
Biomoc a reprodukční biomedicína: konceptuální inspirace pro český kontext*

LENKA SLEPIČKOVÁ, EVA ŠLESINGEROVÁ, IVA ŠMÍDOVÁ**

Fakulta sociálních studií MU, Brno

Biopower and Reproductive Biomedicine: a Conceptual Inspiration for Czech Sociology of Medicine

Abstract: The article examines the concept of biopower as it relates to contemporary reproductive medicine. It puts forth analytical frames for understanding the ways in which the power and hegemony of modern Western medicine (biomedicine) are applied and negotiated in the field of human reproduction, and it proposes possible uses for such frames in the sociological study of Czech reproductive medicine. It deals mainly with biopower and biopolitics as analytical concepts pertaining to the control and administration of the modern population, governmentality, medicalisation, and authoritative knowledge. The article conceives biomedicine as a sign of the normalisation of modern society, identified with the Western concept of health and illness and the idea of technological progress, and subjects it to critical sociological analysis. It focuses on an analysis of reproductive medicine, a key sphere of biopower. In the context of biopower, analysis of the normative nature of reproductive medicine and its consequences in the wider social space is significant. Such consequences affect intimacy and sexuality, the institute of kinship, heteronormative reproduction, gender identities, and more. The authors' interest in this subject is motivated by the strong connections between reproductive medicine, technology, and the commodification of health and illness. The article also focuses on the methods that Czech sociology has used to date to study this topic. The authors aim to introduce a conceptual approach into Czech sociology of medicine and use it to analytically link the theme of biopower and reproductive medicine.

Keywords: biopower, reproductive biomedicine, medicalization, DNA and embryo manipulation, assisted reproduction, childbirth.

Sociologický časopis / Czech Sociological Review, 2012, Vol. 48, No. 1: 85–106

* Tato stať vznikla v rámci projektu podpořeného Grantovou agenturou České republiky „Porody, asistovaná reprodukce a zacházení s embryi. Sociologická analýza současné reprodukční medicíny v ČR“ (GAP404/11/0621).

** Veškerou korespondenci posílejte na adresu: Mgr. Lenka Slepíčková, Ph.D., Ústav populačních studií, e-mail: lenka.slepickova@gmail.com; Mgr. Eva Šlesingerová, Ph.D., sociální antropologie, e-mail: eslesi@fss.muni.cz; PhDr. Iva Šmídová, Ph.D., genderová studia, e-mail: krizala@fss.muni.cz; Katedra sociologie, FSS MU, Joštova 10, 602 00 Brno.

Úvod

Biologická reprodukce se týká každého z nás – všichni jsme byli počati, odnošeni a narodili jsme se, nezanedbatelné procento z nás má potomky. Reprodukce je citlivým a zásadním tématem života každého člověka, je předmětem vzrušených medicínských, akademických i veřejných debat. Populační studia, sociální politika i demografie věnují biologické reprodukci české populace opakovanou pozornost.¹ Výstupy těchto výzkumů jsou pak tématem různých mediálních sdělení: od alarmujících zpráv, že v důsledku poklesu porodnosti nebude na důchody, přes moralizující stanoviska o úpadku lidské kultury, který je spojován s vymíráním evropské civilizace, až po texty o proměnách životních stylů v době pozdní modernity a kritiku zužování reprodukce na její biologickou stránku. Odborné analýzy reprodukčního chování české populace si objednává státní správa [např. Rychtaříková, Kuchařová 2008; Kuchařová et al. 1999], biologická reprodukce je permanentně přítomným tématem také v oblasti populárního a popularizujícího diskurzu.

Rozsáhlým teoretickým aparátem, který nám umožňuje zabývat se biologickou stránkou reprodukce, neboť i ta je – vedle sociální reprodukce coby výostné oblasti pro tento typ zkoumání – zasazena do sítě sociálních významů, institucí, hodnot či mocenských bojů, disponuje také sociologie. Její zkoumání nemůže opomenout zásadní instituci v oblasti biologické reprodukce, kterou je reprodukční biomedicína. Reprodukční biomedicína je nezpochybňovanou expertní autoritou na poli reprodukce. Ojedinelé, ale výrazně medializované snahy vymánit se z její působnosti jsou doprovázeny sankcemi různého typu – střety s okolím, s lékaři, se zákonem. Je jednou z oblastí medicíny, která je vysoce prestižní, nákladná, využívá nejmodernějších technologií a zároveň má moc konat „zázraky“.²

Reprodukční biomedicína má výrazně normativní charakter, odráží dominantní společenské hodnoty a uspořádání a zároveň je reprodukuje a ovlivňuje. Určuje, kdo je a kdo není hoden biologické reprodukce (například prostřednictvím limitů léčby neplodnosti nebo prenatální diagnostiky), jak se od početí vyvíjí a jak vypadá normální dítě a jaké „postižení“ dítěte je nežádoucí. Stanovuje, v jakém věku je reprodukce normální a v jakém je riziková a potenciálně patologická (prostřednictvím indikace testů na vrozené vývojové vady od určitého věku rodičky), jak může vzniknout příbuzenský vztah (pravidly pro využívání dárcovských materiálů či náhradních matek v asistované reprodukci), jak je reprodukce prostorově i genderově organizována, a jak se má chovat zodpovědná matka

¹ Mezi inspirativní texty tohoto typu patří například Křížová [2006], Hrešanová [2008], Rabušic [2001], Hašková [2010] a další zamyšlení.

² Novinové a časopisecké články týkající se reprodukční medicíny, které ve své práci analyzovala Lenka Zamykalová [2002], mají například tyto titulky: „Co nedokázala příroda, umí doktor Mrázek“, „Zázraky umějí v Hloubětíně“, „Zázrak ze zkumavky“, „Lékařské zázraky oplodnění in vitro jsou už dnes běžnou praxí“ atd.

a zodpovědný otec (například prostřednictvím lékařské dominance nad vedením porodu či instituce otce u porodu).³

Reprodukční biomedicína významně určuje také normy chování správné ženy a správného muže, a obecněji udržuje hegemonii tradičního genderového řádu. I když se od reprodukce přesuneme k dělbě práce, obojí stojí na udržované legitimitě hierarchických vztahů mezi ženami a muži. Podobně jako i v dalších zdravotnických zařízeních, v prostředí porodnic, klinik asistované reprodukce i pracovišť jinak souvisejících s lidskou reprodukcí je autoritativní pozice lékařské profese (doneslávná reprezentovaná výhradně muži)⁴ legitimizována také odkazy k expertní, racionální (mužské) práci lékařů na straně jedné a k péči a (ženské) zkušenostní praxi dalšího zdravotního personálu na straně druhé [k genderovanosti pracovních organizací viz Acker 1991]. Genderovanost vztahů je ještě výraznější ve vztahu lékař (nejen jazykově, genericky muž) – pacientka (žena). V tomto smyslu se způsob organizace jednání v organizacích reprodukční medicíny podílí na udržování heteronormativní genderové hegemonie či ideologie.

Následující přehledová stať prezentuje jeden ze způsobů, jakým je možné na reprodukční medicínu nahlížet perspektivou sociální vědy. Soustředí se především na Foucaultův koncept biomoci a na možnosti jeho použití k analýze a interpretaci lékařské praxe, zabývá se také koncepty jeho následovníků, jako je Brigitte Jordan (autoritativní vědění), Nikolas Rose (nové subjektivity), Heather Cahill (podmíněnost vzniku biomedicíny genderovou a třídní sociální strukturou) i Paul Rabinow (biomoc).⁵ Možnosti použití jejich konceptů ilustrujeme na třech konkrétních oblastech reprodukční medicíny: v zacházení s embryi či kmenovými buňkami; v praxi porodů a v asistované reprodukci.

Samotný pojem biomedicína (neboli „západní“, „alopatická“) se dnes v sociálněvědním diskurzu používá k souhrnnému označení „profesionální západní medicíny“, přičemž předpona bio- zdůrazňuje skutečnost, že se jedná o medicínu, jejíž praxe je založena na exaktních vědeckých oborech, jako je biologie, chemie, fyzika [Gaines, Davis-Floyd 2004].⁶ Pojem biomedicína explicitně odkazuje k existenci dvou fundamentálně odlišných přístupů v péči o zdraví, které

³ Způsoby, jakými různorodé biomedicínské technologie užívané v oblasti reprodukční medicíny udržují a utvářejí hierarchie genderové, třídní či příbuzenské, popsaly prostřednictvím konceptu stratifikované reprodukce Ginsburg a Rapp [Ginsburg, Rapp 1995]. Reprodukce je podle nich organizována hierarchicky, plodnost, porodnost či reprodukční zkušenosti různých osob nejsou oceňovány stejně. K reflexi tohoto konceptu v českém prostředí viz Hrešanová [2008].

⁴ Detailnější analýza proměn tohoto genderovaného nastavení v souvislosti s feminizací lékařské profese bude předmětem jiného textu, stejně jako analýza relativity moci lékařů ve světle státních intervencí do zdravotního systému a tržního nátlaku (nejen) farmaceutických společností.

⁵ Nabízíme tedy publiku *Sociologického časopisu* naši konceptuální práci, ze které mohou vycházet další sociologové a socioložky reprodukční medicíny.

⁶ Do kategorie alternativní, neboli nekonvenční či komplementární medicíny (CAM – Complementary and Alternative Medicine), spadají v podstatě všechny ostatní léčebné

lze vystopovat od doby raného Řecka: preventivního a kurativního (biomedicína). Zatímco preventivní přístup se zaměřuje na ochranu a udržování zdraví celé populace, dnes převažující kurativní (léčebný) přístup je spojován s klasifikací a léčbou individuálních chorob pacientů, tedy s nápravou a obnovou zdravého těla [Cahill 2001].⁷ Biomedicínský přístup ke zdraví a nemoci specifický pro moderní západní společnost je jedním ze zásadních projevů moderní biomoci, tedy způsobu vládnutí a administrace moderní populace.⁸

Biomoc a biomedicína jako nástroje k řízení a vytváření populací?

V analýze reprodukční medicíny v českém kontextu jsme se rozhodly vycházet z Foucaultova rámování kategorie živého, z biomoci/biopolitiky a pastýřské moci jako představy o způsobu vládnutí a administrace moderní populace [Foucault 1999]. Jakkoliv je i v české sociologii na dílo Michela Foucaulta často odkazováno, podrobnější pohled ukazuje, že v aplikaci jeho konceptů na oblast lidské reprodukce má nejen česká sociologie reprodukční medicíny ještě značné rezervy. To nás vedlo k úvahám nad využitím Foucaultových konceptů, zejména biomoci, k analýze současně praxe reprodukční medicíny a politiky vědění o ní. Příklady v tomto textu pocházejí jak z českého prostředí, tak z existujících analýz anglosaské produkce. Tento text usiluje o to vykročit z řady prací, které nejen v českém kontextu Foucaultovy koncepty jen mechanicky zmiňují jako „povinný

praktiky – lidové léčitelství, tradiční čínská medicína, akupunktura, homeopatie, psychotronika, kineziologie aj.

⁷ Zaběhnuté termíny preventivní lékařství nebo léčebně preventivní péče zde však nejsou přesné, protože pod ně je standardně zahrnováno zejména očkování, nebo „preventivní operace“, tedy také silně biomedicínsky rámované činnosti. Pro anglické termíny popisující klíčové dvě funkce medicíny – „preservative“ a „restorative“ [Cahill 2001] – by terminologicky přesnějším překladem byla „hygiena a péče o zdraví“ na jedné straně a „kurativní medicína“ na druhé straně.

⁸ Je zajímavé, že v českém prostředí bylo studium zdravotní péče a hygieny v lékařském vzdělávání výrazně omezeno, anebo dokonce odděleno. Například v Brně se hygiena studuje na jiné univerzitě než všeobecné lékařství (na Lékařské fakultě zbylo nelékařské studium ošetrovatelství a specializace ve zdravotnictví). Lékařská fakulta Masarykovy univerzity má z celkem 59 povinných předmětů šestiletého studia všeobecného lékařství jen tři, které spadají i do specificky vymezené sféry preventivní zdravotní péče – preventivní a sociální lékařství a veřejné zdravotnictví. Jistou symbolickou váhu však prevence a zdraví při studiu medicíny mají, předmět Zdraví, prevence, zdravotnictví je součástí rigorózní zkoušky v 10.–12. semestru studia (Informace ze Studijního katalogu 2010/11 na <http://www.med.muni.cz/index.php?id=11>). Souvislosti lidského zdraví s výživou a životním prostředím se ale v Brně studují na Fakultě veterinární hygieny a ekologie Veterinární a farmaceutické univerzity (http://fvhe.vfu.cz/adresa/sekce_ustavy/uhtml/vyuka.html). Na lékařské fakultě figuruje výživa člověka jen mezi tříletými bakalářskými studijními obory a hygiena je předmětem vyučovaným ve 4.–6. ročníku. Hygienu a preventivní lékařství tak lze studovat až v rámci specializace doktorského studia spolu s epidemiologií.

úvod“ k prezentaci svých empirických dat, a načrtnout jeho možnosti pro analýzu současné praxe reprodukční medicíny v České republice.⁹

Michel Foucault identifikuje v knize *Slova a věci* [Foucault 2007], tři diskurzy, v rámci kterých se na sklonku klasické doby ve svém nestálém a neúplném sloučení konstituuje postava zvaná Člověk. Člověk se podle něj objevuje v protnutí tří domén: života, práce a jazyka, kde se neustále sjednocuje a konstituuje jako suverénní subjekt [ibid.]. Foucault tak uvedl do sociální a kulturní teorie téma diskurzivního utváření člověka a zdůraznil roli, jakou v této perspektivě hraje kategorie života a koncepty biomoci a biopolitiky. Až do pozdní modernity se v uvažování o člověku zdá být absolutně daným pojetí „jedno tělo, jedno já“. Během osvícenství se objevuje představa suverénního subjektu: autonomní bytosti, jejíž nezávislost se projevuje zejména ve cvičení vlastní vůle, jednání a volby, ale i v určitých formách dominance a podřízení [viz Fraser, Greco 2005].¹⁰ Život se stal kategorií administrace a analýzy, postava člověka a charakter jeho lidství se staly tématem pro vědy o člověku.¹¹ Medicína jako jedna z klíčových věd o člověku (vedle biologie či antropologie) patří k důležitým institucím, v nichž byla a je realizována moderní představa o vědecko-technickém pokroku a profesionalizaci. Medicínské vědění má velkou moc jak ve vztahu k představě o individuálních tělech/lidech, tak ve vztahu ke správě, kontrole a normalizaci společnosti. Tento způsob analýzy odkazuje právě ke zmíněnému Foucaultovu konceptu biomoci a kategorii „života“. Důraz na bios, tedy na kategorii živého, stojí v základech moderního procesu vytváření a správy populace prostřednictvím biomoci a biopolitiky.¹²

Foucault popisuje biomoc jako „kontrolované zapojení těla do aparátu produkce a přizpůsobení fenoménu populace ekonomickým procesům“ [Foucault 1999: 141]. Autor charakterizuje proces „převzetí moci nad životem“ politickou mocí společnosti, která si sama přisoudila úkol správy nad životem [op. cit.: 139]

⁹ Aktuální programy pravidelných konferencí tematických skupin British Sociological Association a zkušenost potvrzená aktivní účastí na některých z nich jen potvrzuje, že jak v Human Reproduction Study Group, tak v Medical Sociology Group je aplikace Foucaultových konceptů zatím spíše kusá a patří k velmi hodnoceným výzkumným metám.

¹⁰ Takové transcendentální já, vzývané osvícenci 18. století, je ale politicky a sociologicky vzato fikcí, neboť lidské bytí je vždy nutně zapuštěno v konkrétních sociálních sítích zvláštních skupin, jakkoliv jsou povaha i existence těchto skupin historicky kontingentní a proměnlivé. Z Foucaultova a obecněji z poststrukturalistického hlediska je každé jáství vždy konstituované diskurzivně-mocenskými vztahy a pozice svobodného subjektu, jenž by zpředměťňoval svět, aniž by sám byl těmito diskurzivně-mocenskými vztahy zpředměťňován, je fikcí moderní filosofie vědomí [Barša 2005].

¹¹ Ostatně ještě před Michelem Foucaultem, v roce 1966, napsal francouzský historik Georges Canguilhem esej „Koncept života“, v níž se zabývá kulturní analýzou „života jako produktivní síly“. V genealogii tohoto konceptu od starověku po dnešek Canguilhem zdůrazňuje specifičnost současného rozumění tématu života, jež je v moderní době odvozeno z perspektivy molekulární biologie [Franklin, Lury, Stacey 2000: 192].

¹² Například v textech *Zrození biopolitiky* [Foucault 2009], *Dějiny sexuality I – Vůle k vědění* [Foucault 1999] atd.

v několika sociálních oblastech; medicína patří mezi ně. Jak Foucault píše, biomo-
moc, tedy moc nad životem, se soustředila kolem dvou propojených pólů: „První
z těchto pólů se při svém formování soustředil na tělo jako stroj: na jeho výcvik,
zvyšování jeho schopností, na souběžný růst jeho užitečnosti a poslušnosti, na jeho
integraci do systémů administrativní a ekonomické kontroly: to vše bylo zabezpe-
čeno procedurami moci, které charakterizují *disciplíny anatomo-politika lidského těla*.
Druhý, který se zformoval o něco později, asi v polovině 18. století, se soustředil
na tělo-prostor, na tělo prostoupené mechanikou živého a sloužící jako podklad
biologických procesů: plodnosti, porodnosti a úmrtnosti, zdravotního stavu, dél-
ky trvání života, dlouhověkosti se všemi podmínkami, které na ni mohou mít vliv;
dějí se celou sérií intervencí a *regulativní kontroly – bio-politika populace*“ [Foucault
1999: 162; kurzíva v orig.]. Sociálním polem a kontextem *par excellence*, kde se tato
vyjednávání dějí, je již zmíněná pozdně moderní biomedicína.

Medicinizace, governmentality a autoritativní vědění¹³

Paralelně s Foucaultovou analýzou biomoci se v sociologii rozvíjel kritický přístup
k sebe prezentaci medicíny jako pokrokové instituce, zásadně vylepšující zdraví
a životní podmínky obyvatel, stejně jako pochybnosti o čistě altruistických moti-
vech jednání lékařů [Dubos 1959; Illich 1976; Cahill 2001]. René Dubos [1959] vyjá-
dřil deziluzi ze schopnosti medicíny zlepšovat zdraví a McLachlan a McKeown
[McLachlan, McKeown 1971] přišli se sociologií medicínského pseudoprogresu.
V sedmdesátých letech minulého století se – zejména v kritickém kontextu – rozví-
jí koncept medicinizace, který popisuje tendenci medicíny rozšiřovat svou působ-
nost a monopolní kontrolu a tím i moc a autoritu na oblasti, které dříve do její
kompetence nespádaly, jako jsou například porody, umírání, menopauza, léčba
závislostí, psychické poruchy, sexuální dysfunkce [Conrad 1992].¹⁴

Princip medicinizace odkazuje k Foucaultovu pojetí pastýřské moci. Fou-
cault [2001] tímto souslovím nazývá rozvoj technik moci zaměřených na jedince
a určených k jeho řízení. Pastýřská moc je zdánlivě laskavá a ochranná, pastýř

¹³ Čeští autoři, věnující se sociologii medicíny, překládají anglický koncept „medicaliza-
tion“ různým způsobem: jako medikalizaci, medicinalizaci, medicinizaci. V tomto textu
jsme se rozhodli pro užívání varianty „medicinizace“.

¹⁴ Conrad [1992] upozorňuje na dva hlavní teoretické zdroje tohoto proudu: Talcotta Par-
sonse [Parsons 1951] a teorii labelingu. V Parsonsově funkcionalistické teorii je medicína
především institucí sociální kontroly, neboť skrze ni společnost kontroluje svou stabilitu,
která je nemocí ohrožena. Nemoc Parsons definuje jako specifický typ deviance. Nemocný
sice nevykonává své běžné společenské role, ale není za to negativně sankcionován, neboť
mu není připisována zodpovědnost za jeho nemoc. Podmínkou pro absenci sankcí je však
správný výkon role pacienta, která obsahuje také povinnost dávat najevo nežádoucnost
a přechodnost svého stavu, vyhledat odborníky a podrobit se léčebnému procesu [Parsons
1951]. Teorii labelingu se koncept medicinizace inspiroval zejména v důrazu na klíčovou
roli procesu definování nemocí, patologií, normality.

stádu velí a chrání je v zájmu dobra jednotlivých oveček. Dobrý a zodpovědný pastýř musí být připraven přijmout některá tvrdá rozhodnutí, aby omezil tíhu, již by slabé či nemocné ovce ohrozily celé stádo [Foucault 2001]. Pastýřskou moc nad jednotlivci nelze spojovat jen s mocí státu nad občany. Podle Illiche [Illich 1976] a dalších kritiků medicínské praxe [Lupton 2003] je dokonce stát tím, kdo je ovládnán zájmy medicínsko-průmyslového komplexu. Jak upozorňuje Rose [2007], nová pastorační moc není již dávno jednosměrná. „Odehrává se v plurálním a soutěživém světě, v němž se střetávají pravidla určená etickými komisemi a profesními sdruženími s vědeckými poznatky, s postoji a kritérii zaměstnavatelů a pojišťoven, s psychologickými a biotechnologickými testy, s radami svépomocných patientských organizací a dokonce – mohli bychom dodat – s kritickou perspektivou, kterou přinášejí náboženské organizace a sociologové.“ [Rose 2007: 73]

Pro proces medicinizace je klíčovým aktem definování: „medicinizace znamená definovat problém v lékařských termínech, použít lékařský jazyk k popsání tohoto problému, přijmout lékařský rámec k porozumění tomuto problému a užít lékařskou intervenci k jeho léčbě“ [Conrad 1992: 211]. V procesu, kdy se stávají předmětem zájmu medicíny, nejsou pacienti vždy jen pasivními objekty moci profesionálů: některé nemoci a poruchy získaly medicínskou definici právě na popud pacientů. Tak tomu bylo v případě posttraumatické stresové poruchy nebo chronického únavového syndromu. Paralelně je naopak možné sledovat odpor proti medicinizaci některých problémů a úsilí o jejich demedicinizaci, jako je tomu v případě porodů (hnutí za přirozený porod), homosexuality, anorexie nebo některých duševních poruch [Conrad 1992]. Aktivní účast pacientů na obou procesech je důkazem moci, kterou medicínské vědění disponuje – definovat problém v medicínských pojmech znamená přiznat mu reálnou existenci – ze simulantů, lenochů, či labilních nebo neschopných lidí se v procesu medicinizace stávají pacienti, trpící konkrétní diagnózou. Nemoc je někdy zdrojem náhradní sociální identity [Cockerman 2009]. Z vážně nemocných se naopak, mluvíme-li o procesu demedicinizace, mohou stát lidé s alternativním životním stylem.¹⁵

Ivan Illich [1976] využil reflexi procesu medicinizace k radikální kritice současné medicíny: lékaři a komerční medicínské instituce podle něj vytvářejí nerealistické představy o zdraví, na jejichž základě se zvyšuje poptávka po léčbě a závislost populací na lékařských zásazích do sociálních problémů nebo zcela přirozených procesů. Ivan Illich zavádí také pojem iatrogenní poškození (tedy život a zdraví ohrožující) pro účinky lékařských zásahů, které popsal na úrovni individuální, sociální i kulturní. Nežádoucí vedlejší produkty lékařského pokroku podle něj nevznikají jako důsledek lidského nebo systémového selhání, ale jsou rutinně produkovány v každodenní praxi dobře školených lékařských profesionálů a zároveň imunní vůči jakémukoli řešení. S rostoucí technologizací medicíny a medicinizací společnosti se jejich dopad zvyšuje. Illich se svým kritickým pohledem na medicínský systém stal zakladatelem směru v sociologickém

¹⁵ Blíže k těmto procesům např. Dummit [2006], Epstein [2008] a Jassanoff [2004].

zkoumání medicíny, který se nazývá politická ekonomie medicíny [Lupton 2003]. Ta kritizuje současnou zdravotní péči pro její závislost na medicínských technologiích a podřízenost zájmům farmaceutických společností, zdravotních pojišťoven a profesionálů. Finanční zdroje by se měly přesunout ke zkoumání sociálních a environmentálních kořenů nemocí a udržování dobrého zdraví namísto současné výhradní orientace medicíny na farmakologické a technologické řešení akutních symptomů [Lupton 2003]. Na tyto rysy biomedicíny se zaměřují i další empirické analýzy v sociálních vědách a jejich konceptuální uchopení situace současné západní medicíny. Kritizované rysy biomedicíny spojují s existencí jisté formy moci, moci spravující a utvářející životy členů populace – biomoci. Jde o situaci, kdy ekonomická a politická moc společnosti vytváří podmínky pro správu životů aktérů.

V přednáškách o zrození biopolitiky, které byly zaměřeny na vznik a rozvoj moderního státu, Michel Foucault rozvinul koncept vládnutí neboli governmentality, použitelný pro analýzu vykonávání moci od starověkého Řecka až po moderní dobu. Zdůrazňuje dva body: za prvé ukazuje na vzájemnou sounáležitost technik moci a forem vědění. Chápat technologie moci není možné bez analýzy forem politické racionality, která ji podepírá a umožňuje. Mechanismy racionalizace jsou způsoby pojmenování problémů, poskytování argumentů, či různá ospravedlnění, nakládání s problémem apod. Pro politickou racionalitu neexistuje čisté, neutrální vědění, které jednoduše „re-prezentuje“ realitu vládnutí; tato racionalita produkuje také intelektuální nástroje na zpracovávání reality (jednání, procedury, instituce, právní formy), které se potom stávají součástí technologie politiky. Za druhé se koncept vládnutí dá použít i v obecnějším smyslu, který naznačuje úzké spojení mezi vztahy moci a procesy subjektivizace, protože idea vládnutí v 19. století neměla pouze politický význam. Označovala také procesy sebekontroly, poučení a rady pro rodiny a děti, organizaci domácnosti, směřování duše apod. Z tohoto důvodu Foucault definuje vládnutí jako vedení, přesněji jako „řízení chování“ a také jako termín, který se pohybuje od „vládnutí sobě“ k „vládnutí druhým“, přičemž se zaměřuje konkrétně na neoliberalismus a jím ovlivněné formy vlády¹⁶ [viz Foucault 2008; Lemke 2001].

Stejně jako Michel Foucault i Pierre Bourdieu [Bourdieu 2000] zdůrazňuje důležitost moci při fungování společenské struktury. Ukazuje to na konceptu symbolické moci, jejíž největší podíl kontroluje moderní stát skrze symbolický kapitál – moc udělovat tituly (např. medicínské), akreditovat obory (např. lékařské, čínskou medicínu apod.) či garantovat a negarantovat soudní spory (např. o profesní kompetence a odpovědnosti porodních asistentek proti lékařskému personálu). Foucaultovy myšlenky o vzájemné koexistenci moci a vědění při vytváření a spravování jednotlivců i celých populací zásadně ovlivnily sociální studia medicíny. Obohatil analýzu medicíny nejen o koncepty biomoci a biopolitiky, ale také ideou tzv. autoritativního vědění. K ustavování tohoto autoritativního vědění a deva-

¹⁶ Konkrétně se jedná o německý poválečný neoliberalismus a rozdíl mezi freiburskou a frankfurtskou školou a neoliberalismus chicagský.

luace ostatních systémů vědění dochází prostřednictvím mechanismů, pomocí nichž jsou vytvářeny, udržovány a zobrazovány hierarchické sociální struktury. V kontextu reprodukční medicíny, konkrétně v porodnictví, tento proces popsala antropoložka Brigitte Jordan [1977, 1992a, 1992b, 1993, 1997], na jejíž práci navázala řada dalších autorek a autorů [např. Davis-Floyd, Davis 1996; Davis-Floyd, Sargent 1997; Ellison 2003]. Autoritativní vědění je to, které mezi paralelními systémy vědění získává převahu a stává se závaznou normou pro jednání v konkrétních situacích. Ustavování autoritativního vědění je neustálý sociální proces, který reflektuje a udržuje mocenské vztahy v rámci komunity jednajících, na které přitom působí jako přirozený nebo demokraticky dohodnutý řád věcí. Legitimizace jednoho typu vědění zároveň devaluje nebo zcela potlačuje jiné systémy vědění. Jejich zastánce označuje jako zpátečnické, nepoučené nebo naivní potížísty. Typickým představitelem těchto procesů je pro Jordan americké porodnictví, v němž medicínské vědění převládá nad jiným věděním (například ženinou znalostí vlastního těla) a zároveň delegitimizuje všechny ostatní zdroje. To, že jeden systém vědění „vítězí“ nad jiným, přitom podle Jordan není pravidlem – například porodní praktiky na Yucatánu jsou založeny na kombinaci a sdílení vědění různých aktérů, kdy každý z nich přispívá svou vlastní zkušeností a odborností (podobně rovnoprávné sdílení autorit a vědomostí autorka popsala ve své práci o pracovišti využívajícím špičkové technologie [Jordan 1992b]).

Vztahem mezi mocí biomedicíny, pevně zakotvené v sociální struktuře a hierarchiích, a nahlížením žen na vlastní tělo se zabývala Emily Martin [1992]. Ve své vlivné knize *The Woman in the Body* ukazuje, jak jsou zkušenosti amerických žen z různých sociálních tříd ve třech etapách jejich života (v pubertě, kolem porodu a v menopauze) ovlivněny mechanickými metaforami typickými pro kapitalistický systém produkce, jejichž prostřednictvím jsou tyto procesy popisovány v odborném jazyce.

Zkoumání medicíny v českých sociálních vědách

Západní sociologie a další sociálně-humanitní obory několik desítek let věnují svou výzkumnou pozornost konceptualizaci reprodukčního chování a poli, v němž se jeho velká část odehrává a pojmenovává. I tam je prostor pro důkladnější aplikaci Foucaultových konceptů stále jen částečně zaplněný. Přitom právě jejich užití umožňuje intenzivnější mezibadatelské porozumění praxi i rámování lokálních reprodukčních medicín.

V rámci zdejší sociologické reflexe byly do sociálněvědného prostředí koncepty biomoci a biomedicíny, normalizace aplikovány jen velmi omezeně a v dílčích kontextech. Zdeněk Konopásek¹⁷ a Jan Paleček [Konopásek, Paleček 2006]

¹⁷ Zdeněk Konopásek otevřel vědní studia na tomto poli českému odbornému publiku řadou překladů tematických statí na stránkách časopisu *Biograf*. Toto české odborné periodikum věnuje analýzám témat souvisejících se zdravím, nemocí a medicínou prostor opa-

analyzují hranici normality v oblasti psychiatrické diagnostiky a léčby. Jaroslava Hasmanová Marhánková [2008] se zabývala konstrukcí normality a rizik ve vztahu k prenatálním screeningům v prostředí českého zdravotnictví. Ukázala, že odmítnutím rutinní aplikace technologií ženy zpochybňují jejich klíčový význam pro kategorizaci těhotenství a mohou se dostat do zásadního konfliktu s institucí a profesionály, kteří o ně mají v průběhu těhotenství a porodu „pečovat“ [op. cit.]. Pojem biopolitika je zmíněn ve stati tematizující normativní očekávání vázaná na bez/dětnost [Hašková, Zamykalová 2006]; autorky s ním však v textu důkladněji nepracují, aplikují zejména Foucaultovy koncepty sebe/disciplinace a pastýřské moci v souvislosti s propopulačními opatřeními.

Ema Hrešanová se rovněž zabývala reprodukční medicínou, konkrétně kulturami českých porodnic [Hrešanová 2008]. Ve své práci založené na etnografickém výzkumu organizačních kultur dvou porodnic popsala sociální interakce, proces akulturace rodiček do prostoru porodnic, vztahy mezi aktéry porodu, i proces související s povoláním a statusem lékařů a porodních asistentek. Iva Šmídová analyzovala proměny porodu v institučním prostředí porodnic a re/produkcí genderového řádu po normalizaci přítomnosti otců u porodu [Šmídová 2008a]. Definování hranic normality v prostředí asistované reprodukce a zacházení s embryi se věnovala Lenka Zamykalová [Zamykalová 2003]. O vyjednávání partnerských a genderových rolí v kontextu neplodnosti a asistované reprodukce psala Lenka Slepíčková [Slepíčková 2009, 2010].¹⁸

Karel Čada zaměřil svou pozornost na lékovou politiku v kontextu dvou procesů, které podle něj charakterizují dvousměrný vztah mezi společností a medicínou – medicinizace společnosti a socializace medicíny [Čada 2009]. Zatímco koncept medicinizace používá tak, jak jej – v návaznosti na Parsonse a teorii labelingu – definoval Conrad a později kriticky rozvedl Illich nebo Lupton, koncept socializace medicíny popisuje jako opozitní pro koncept medicinizace a vhodný pro popis toho, jak společnost v současné době ovlivňuje medicínu. Týká se to jak volání po větších právech pacientů a jejich zahrnutí do rozhodovacího procesu v léčbě, tak společenské determinovanosti různých diagnóz a způsobů léčby, úsilí o demedicinizaci některých problémů či popularity alternativních způsobů léčby.

Text Zuzany Parusníkové [Parusníková 2000] prezentuje koncepty biomoci Michel Foucaulta či rizikové společnosti Ulrich Becka ve vztahu k současnému kultu zdraví, propojenému s ekologickou dimenzí. Širším souvislostem profesní identity lékařů nebo vztahu mezi alternativní medicínou a biomedicínou jsou věnovány také práce a výzkumy Evy Křížové [Křížová 2002, 2006a, 2006b]. Eva

kovaně. Jejich přístup je však inspirován zejména přístupem tzv. science and technology studies (STS).

¹⁸ Iva Šmídová pak zkoumala jednak genderové vztahy a rodinné partnerské pečovatelské strategie v rámci dominantního esencionalizujícího přístupu k genderu v českém prostředí [Šmídová 2009], jednak „přirozenost“ mateřské péče a „biologickou neuzpůsobenost“ otců ke starosti o novorozenáta [Šmídová 2008b].

Šlesingerová [Šlesingerová 2005, 2008] se věnovala analýze populárních reprezentací genomu, embrya a DNA, přičemž poukázala na současné formy vyjednávání hranic skupinových identit, hranic lidství.

Sporé analýzy reprodukční medicíny z českého prostředí, jež indikují užití biomoci a představují medicinizovaný svět i jednostranné užití technologií, vyzývají k doplnění. Zároveň nabízejí příležitost hledat cesty k interpretaci a porozumění těmto procesům na poli reprodukční medicíny právě za pomoci představených konceptů. V dalším textu se zaměříme na několik konkrétních oblastí reprodukční biomedicíny a naznačíme, kudy by se analýzy biomoci (Foucault a Rabinow) a odvozených konceptů (autoritativní vědění Jordan, nové subjektivity Rose či podmíněnost vzniku biomedicíny genderovou a třídní sociální strukturou Cahill) mohly dále ubírat třeba právě v českém prostředí.

Konceptuální inspirace k analýze konkrétních oblastí reprodukční medicíny

Texty Michela Foucaulta [Foucault 1999, 2007, 2009], Paula Rabinowa [Rabinow 2003], Nicolase Rose [2007], Ivana Illiche [Illich 1976] a dalších se zabývají specifickou formou moderní moci, která se ustavila k administraci populace vznikajících národních států. Governmentalita – jak tento termín používá Michel Foucault [2008] – je ukázkou působení moci a vědění ve specifických podmínkách plánování, vedení a řízení živých lidí – populace. Natalita, mortalita, demografie, statistiky nemocí, patologií – to jsou všechno nástroje biomoci; moci definující a tvořící podmínky pro život a správu reprodukce obyvatelstva.

Současná praxe reprodukční medicíny v České republice je výsostným příkladem radikálně medicinizované oblasti lidského života a uplatňování biomoci v rámci medicíny. Kombinuje hned dva aspekty biomoci: anatomo-politiku lidského těla i biopolitiku populace: zaměřuje se na zlepšení výkonnosti těla v oblasti reprodukce a „napravuje“ reprodukční dysfunkce individuí (přičemž je příznačné, že hovoříme spíše o nápravě, než o léčbě). Ženské tělo je v rámci těchto procesů vnímáno jako stroj, jehož úkolem je počít, donosit a porodit „zdravé“ dítě [Cahill 2001; Davis-Floyd 1992], konkrétně pod ostré světlo porodního sálu a dohled lékaře, který dítě prostřednictvím vážení, měření, popisu a dezinfekce včlení do světa ovládaného biomedicínou. U změn nemocniční organizace porodu je hodnoceno, zda nezvýší promile novorozenecké úmrtnosti (české porodnictví se honosí mezinárodní statistikou, kde se dlouhodobě umísťuje na nejvyšších pozicích, hodnoty se u tohoto kritéria blíží nule)¹⁹ a málo se přihlíží k jednání

¹⁹ Ve statistikách se evidují zemřelí do šesti dnů po narození (a pak mezi 7.–28. dnem, tzv. pozdní novorozenecká úmrtnost). Hrubá míra této úmrtnosti (tzn. počet zemřelých do 6., resp. 28. dne po narození ku 1000 živě narozeným dětem) je v České republice velmi nízká – 1,00 do šestého dne (respektive 1,81 za první měsíc). V Německu a Holandsku, kde jsou častější porody doma či v porodních domech, jde také o nízká čísla – 1,97 (v prvních šesti dnech a 2,59 od narození do 28. dne) a 2,11 (2,82), údaje jsou za rok 2008 (Zdravotnic-

samotných aktérů (rodičky, novorozence a jejich doprovodu). Zároveň současná česká medicína detailně a souhrnně kontroluje reprodukční schopnosti populace, které jsou vyjadřovány konkrétními čísly, určuje věkové limity zdravé a potenciálně patologické reprodukce a možnosti využít technik asistované reprodukce, pracuje se statistikami a grafy vyjadřujícími reprodukční úspěšnost podle věku, omezuje přístup k asistované reprodukci těm, jejichž reprodukce není považována za žádoucí, a odměňuje či sankcionuje různé typy reprodukčního chování [Zamykalová 2003; Hašková, Zamykalová 2006; Hasmanová Marhánková 2008].

V rámci aplikace výše uvedených konceptů na oblast reprodukční medicíny je aktuální zabývat se tím, jak se ustavuje důvěra v systém moderní reprodukční medicíny, jak je normalizován status biomedicíny, jak je skrze biomedicínu ustavována normalita vládnutí nebo jakými cestami vstupuje kategorie statusu, genderu, etnicity do tohoto procesu. Načrtněme si možnosti užití analytických nástrojů představených v textu ve třech oblastech reprodukční medicíny: 1. v otázkách zacházení s embryi či kmenovými buňkami; 2. v praxi porodů a 3. v asistované reprodukci.²⁰ Zvolená tři témata propojujeme v různých analytických rovinách, jelikož jsme si vědomy rozdílných kontextů, které se vážou na tato tři pole. Například situaci vyjednávání pozice embrya zachycuje převážně a privilegovaně lékařský vědecký diskurz, v případech pro veřejnost zajímavých překročení hranic ji zmíní veřejný diskurz skrze média, politiku, popularizaci vědy. Jednoduše: nelze zkoumat subjektivní pozici embrya jako takového. Zatímco v případě asistované reprodukce či situace porodu musíme brát v úvahu i diskurzy každodennosti, fenomenologickou perspektivu aktérů, kteří svoji situaci emicky reflektují či žijí.

V tématu zacházení s embryi lze užít výše rozpracované konceptualizace v souvislosti s konceptem „živého“ (bios), je přínosné je užít také v rámci reprodukční biomedicíny na zacházení, jednání, vyjednávání statusu zárodku, embrya, otázku kmenových buněk atd. Diskurzy biologie a genetiky se stávají stále více jazykem popisujícím lidství, efekty změn životního prostředí a budoucnost reprodukce [Nelkin, Lindee cit. podle Franklin, Lury, Stacey 2000: 189].²¹ V procesu

ká ročenka ČR 2009, 2010). První z čísel nás staví v Evropě na druhou příčku za Lucembursko; pokud jde o kojeneckou úmrtnost (do jednoho roku), jsme v Evropě na 7. místě (ibid.). V evropském měřítku se tedy takto „soutěží“ o promile, v českém kontextu pak biomedicínský důraz na tyto míry zastírá statisticky nesledované: co vůbec tyto statistiky mohou vypovědět o kvalitě života jak novorozenců, tak o procesu, kterým přišli na svět.

²⁰ Jsme si vědomy toho, že pole, na kterém stojíme, obsahuje řadu dalších zajímavých a relevantních témat (puberta, menstruace, antikoncepce, menopauza, těhotenství, reprodukce DNA v tzv. národním genomu atd.). Nemůžeme se dopodrobna věnovat všemu a přivítáme práce dalších našich kolegů a kolegyní.

²¹ Fakt života se v moderní době biologizuje tak, že např. začátek života je reprezentován jako příběh evolučního přírodního výběru. Stejně tak počátek každého individuálního života je vysvětlován biologicky jako početí, tedy spojení vajíčka a spermií, které vede k následnému rozvoji embrya a plodu. Tyto interpretace ukazují na unikátní (genetický)

asistované biomedicínské reprodukce hraje významnou roli fáze preimplantační diagnostiky,²² která představuje nový způsob zacházení s lidskými zárodky, přináší nové otázky týkající se hranic lidství, příbuzenství či definic zdraví a nemoci [Zamykalová 2003]. Embryo se v rámci biospolečnosti [Rabinow 2003a, 2003b] stává hraničním objektem, součástí různých světů, na jedné straně objektem vyjednávání morálních hodnot a jejich normalizace, na druhé straně předmětem vědeckého popisu světa a místa člověka v něm [Williams, Wainwright, Erich, Michael 2008]. A to vše v rámci výzkumu kmenových buněk, kdy se tyto ocitají na hranici definice mezi lidskou bytostí a představou embrya jako pouhého shluku buněk; je objektem vědy a zároveň objektem morálky a etiky [op. cit.]. Na příkladu vyjednávání sociálního, klinického, biologického a morálního statusu embrya se zřetelně ukazuje souvislost mezi pojetím člověka, lidského těla, zdraví, popřípadě nemoci v moderní biomedicíně. Zároveň z těchto vyjednávání vyvěrají dilemata, s nimiž se potýká definice a zacházení se zárodkem lidské bytosti.

Další z klíčových oblastí reprodukční medicíny tvoří porodnictví. V českém prostředí na tomto sociálním poli jednoznačně dominuje lékařské pojetí přístupu k porodu. Jde o téměř výhradně medicinizovanou oblast lidského života [Conrad 1992]. Sociálněvědné analýzy anglosaské produkce popisují paradoxní vývoj, kdy se z porodů, historicky i kulturně ženské domény, spadající do soukromé sféry, stala záležitost genderovaná výrazně mužsky.²³ Navíc se odehrává ve for-

projekt, prostřednictvím kterého se utvářejí různé individuality. A korespondují také s *přírodním* faktem lidské různosti, faktem života nebo evolucí Homo sapiens, jednoduše s diskurzivním rámcem biologie [Franklin, Lury, Stacey 2000: 35]. Emily Martin pak ve své klasické studii kriticky poukazuje na socializaci přírody ve vědeckých textech, jež pak slouží jako autoritativní podklady pro legitimizaci například etablovaného genderového řádu tím, že připsuje buňkám lidské vlastnosti podle stereotypní genderové osy. Toto převrácení příčin a následků, kdy odborné články líčí reprodukci jako závod aktivních, soutěživých spermií o velké, neohrabané, líné vajíčko [Martin 1991], pak na obecné rovině interpretuje také Bourdieu [Bourdieu 2000].

²² V procesu asistované reprodukce český zákon nařizuje všem párům genetické vyšetření. Darování pohlavních buněk je zde dovoleno a upraveno v zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění. V souladu s tímto zákonem a dle mezinárodních norem (např. Úmluva o lidských právech a biomedicíně, Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2004/23/EG o stanovení jakostních a bezpečnostních norem pro darování, odběr, vyšetřování, zpracování, konzervaci, skladování a distribuci lidských tkání a buněk) byl u nás vytvořen program darovaných pohlavních buněk (<http://www.gennet.cz/>).

²³ Jak naznačil již úvod stati, akce, výkon, odpovědnost i kontrola ze strany lékařů a empatie a vycítění ze strany ostatního zdravotního personálu nejsou jen neutrálními atributy současných pracovních pozic a odznaky míry profesionality. Odkazují k tradiční dělbě práce podle genderové osy, jež v žebříčku prestiže drží zcela jednoznačný poměr hodnocení těchto skóre.

Skutečnost, že mezi lékaři v odvětví porodnictví, nemocniční gynekologie či reprodukčních technologií a medicíny obecně přibývá lékařek, ještě automaticky neznamená, že hierarchie pozic v těchto organizacích ztratí jasnou genderovou strukturu (přednostové klinik a ředitelé ústavů jsou muži, jimž kariérní úspěch zapadá do sociálně žádoucích

máliním institučním prostředí reprezentovaném (donedávna výhradně) muži-lékaři [Cahill 2001; Winnick 2004]. Zároveň autoři a autorky věnující se porodnické praxi poukazují na nerovné mocenské postavení přisouzené různým aktérům a typům vědění v této oblasti, zejména na disproporci mezi formálním univerzitním vzděláním (lékařským cechem) a prakticky získanými dovednostmi (porodní báby, duly, porodní asistentky) a na výrazně asymetrický charakter tohoto vztahu [ibid.; Fisher 2009; Reiger 2008]. Terčem výzkumné pozornosti sociologie věnované porodnictví se opakovaně stávají mechanismy, kterými je udržována dominance lékařského přístupu nad alternativním, porodně-asistentským přístupem [Donnison 1977; Cahill 2001; Reiger 2008; Davis-Floyd 1992; Davis-Floyd, Sargent 1997; Jordan 1993; v českém prostředí Hrešanová 2008 nebo ještě dříve Hašková 2001a, 2001b].²⁴ Jakkoli jsou tyto dva přístupy v silné opozici, badatelsky přínosné je zaměřit se zejména na způsoby, jakými je ustavována důvěra v ten první a jak probíhá vylučování alternativních přístupů. A zároveň, jak jsou nová zjištění a postupy v oblasti porodnictví přičleňovány nebo naopak zavrhovány hegemonní biomedicínou.

Hegemonie biomedicíny se odráží i v symbolickém systému, který máme k dispozici pro uchopení praxe porodu a vědění o nich. To na „jazyku“ porodu a užívání terminologie, která se k němu váže, přibližuje studie Winnick [2004]: jde jednak o (biomedicínský) termín „odrodit ženu“ (anglicky „deliver a baby“ a „delivery“ pro porod), jednak alternativní „žena rodí“ („give birth“ a analogické „childbirth“), přičemž každý z nich konotuje jiný vztah rodičky, dítěte i přítomného personálu. Rodička buď jen „doručuje“ dítě na svět, je objektem expertů („oni ji odrodí“), nebo je klíčovou hráčkou celého procesu [Šmídová 2008a]. Analýza procesu vyjednávání biomedicínského pojetí porodu znamená zmapovat jak ustavenou moc biomedicíny (a potenciální výzvy ke změnám) a mechanismy jejího udržování v rámci porodnictví, tak se zaměřit na statusovou, etnickou, ale zejména genderovou hegemonii na tomto sociálním poli [např. Carrigan, Connel, Lee 1985; Connell, Messerschmidt 2005; Hearn 1983, 2004, 2008].

lidských biografii). Neznamená ani, že na ženy lékařky začneme pohlížet bez perspektivy genderových očekávání primárně jako na (potenciální) matky rodin, jež by měly dát životní prioritu svým dětem před kariérní pozicí. Touto optikou na sebe často nahlízejí i aktérky a aktéři v bílých pláštích – a nejsou v české společnosti nikterak osamoceni.

Pokud jde o porody, institucionalizovaný gender najdeme v pravidlech samotné organizace a zacházení s klienty, v našem případě s klientkami [Acker 1991]. V České republice je běžná – a lékaři explicitně ceněná – praxe, kdy se rodící žena s důvěrou svěří do rukou formální organizace a institučního personálu, a to zároveň s očekáváním garance bezrizikového, neproblematického „výsledku“ založeného na jejich expertním vědění a řadě odznaků autority. Charakteristikám jako pasivní-aktivní, emocionální-racionální, partikulární a univerzální, individualismus-kolektivita [jde o klasická Parsonsova dilemata orientace aktérů v rolích, Parsons 1951, 1955], jež tento vztah vystihují jako jednoznačně nerovný, snadno přiřadíme konkrétní aktéry, a spolu s Bourdieuem [Bourdieu 2000] i příslušný gender.

²⁴ Porodnictví je tématem i pro historické analýzy, například knihy Tinkové [Tinková 2010] nebo Doležala [Doležal 2001].

Na současnou praxi biomoci a biopolitiky poukazuje diskurzivní prostor pro vyjednávání mezi různými pojetími a praxí porodů. V českém kontextu vezměme za příklad medializované domácí porody. Dominanci biomedicínského přístupu ukazují již zmíněné české zdravotnické statistiky, které kromě primární pozornosti věnované úmrtnosti (první sada tabulek věnovaných novorozenci v klíčové každoroční publikaci *Rodička a novorozenec*), evidují pouze „porod mimo zdravotnické zařízení“ (jde řádově o 3,5 promile ze všech živě narozených dětí). Pro plánované porody doma nejsou oficiální statistiky. V aktuálních publikacích komentují existující kategorii takto: „Řada takovýchto porodů je „nehodou“ o čemž svědčí i řada předčasně narozených dětí mimo jakékoliv zdravotnické zařízení“ [*Rodička a novorozenec 2009 2010*: 23]. V roce 2009 se narodilo celkem 415 živých dětí mimo zdravotnická zařízení (4 mrtvé), z toho 368 s porodní váhou 2,5 kg a více (32 dětí mezi 2–2,5 kg), zbývá tedy jen 15 s malou porodní váhou, u nichž se dá s určitostí tvrdit, že nešlo o plánované porody [ibid.: 104–5]. Skoro 87 % těchto dětí tedy možná nemuselo být onou „nehodou“, část z nich představuje plánované porody doma – těm však samostatná kategorie, legitimní místo ve statistikách porodnosti, zatím nebyla přidělena. Jde o ukázkou exkluze představitelů jiných forem vědění, jež podle Jordan zapadá do praxe udržování vědění autoritativního [Jordan 1993].

Praxe, která vylučuje alternativní přístupy k porodu a která nepracuje s postojí a hodnocením aktérek – klientek, poukazuje na státem a zákonem prosazovaný typ biomoci, pro něj je typické přenesení zodpovědnosti za porod na expertní systém. Tento způsob governmentality prosazuje standardizovaný a instrumentální charakter přístupu k porodům, k rodičkám, novorozencům a otcům. A to i skrze nerovné vyjednávání hegemonie dvou nesmiřitelných diskurzů – porody doma nebo porody v porodnici.

Vedle zacházení s embryi a praxe i rámování porodů patří k reprodukční medicíně i její exponenciálně rostoucí sekce – asistovaná reprodukce. Léčba neplodnosti je výsostným příkladem oblasti lidského života, nad níž převzala medicína kontrolu až v posledních desetiletích (spolu s objevy na poli reprodukční medicíny, které umožnily provedení mimotělního oplodnění). Do té doby byla neplodnost páru ranou osudu, se kterou bylo nutné se smířit, dnes je technickým problémem, který je možné řešit za pomoci nejmodernějších medicínských technologií, nebo se alespoň o toto řešení pokoušet. Lékaři mají k dispozici mnohem větší škálu postupů a technik, než jaká je technicky, finančně a psychicky pro pacienty únosná, léčba nikdy nemůže být „dost dobrá“ a její možnosti plně vyčerpány [Sandelowski, Holditch-Davis, Harris 1990], což vytváří tlak na pacienty, aby vyzkoušeli maximum toho, co se jim nabízí.

Neplodnost se ze soukromého problému stala ve druhé polovině minulého století problémem veřejným, který je navíc hojně medializován – jen málokdo dnes neví, že kvalita a počet spermií v ejakulátu mužů západního světa prudce klesá, a že děti „ze zkumavky“ rok od roku přibývá. Kvantifikace plodnosti/neplodnosti populace, distribuce „viny“ za vzrůstající počet problémů s početím dítěte, či proces léčby a způsob její úhrady z veřejného zdravotního pojištění je

výborným polem pro studium genderově daných rolí v reprodukci, biopolitické správy moderní populace nebo nadvlády biomedicínského vědění. Skutečnost, že jsou to zákony, které stanovují, kdo se může či nemůže léčbě podrobit (a v ČR vyslovují konkrétní požadavky jak ve vztahu k věku ženy, tak ve vztahu k typu partnerského páru, který léčbu může absolvovat), odkazuje na společenský zájem na konkrétním typu reprodukce, a nezájem o jiný.

Biopolitické zákony stanovující některá omezení asistované reprodukce jsou však ve srovnání s limity v jiných zemích benevolentní (povoleny jsou u nás například procedury asistované reprodukce využívající dárce spermatu nebo vajíček). Hranice toho, co je indikací k léčbě, toho, kdy léčba nemá naději na úspěch, stejně jako rozsah použitých technik je v České republice do značné míry záležitostí rozhodování lékařů u konkrétních pacientů. Lékaři navíc přiznávají, že jejich praxe neodpovídá vždy oficiálním limitům, posouzení konkrétních případů je individuální – poskytují péči i za cenu porušení oficiálních regulací. Nejčastěji se v této souvislosti hovoří o asistované reprodukci pro nezadané ženy nebo pro ženy překračující věkový limit, sdílené asistované reprodukci pro lesbické páry a „náhradním (surogátním) mateřstvím“.²⁵ Odnětí některých svobod lékařské profese v procesu deprofesionalizace lékařů je vyváženo otevřením nových, v nichž se lékař pohybuje autonomně a v nichž může také sledovat různé zájmy.

Závěr

Z dosud publikovaných, jakkoliv nepočetných, sociologických studií je patrné, že reprodukční medicína praktikovaná v České republice je výrazně biomedicínská, komodifikuje zdraví a nemoc a má výrazný normativní a autoritativní charakter. Zároveň řeší klíčové sociální téma života každého člověka, je předmětem veřejných diskuzí a je adorována jako oblast medicíny, která vítězí nad vrtochy „přírody“. Tímto textem jsme chtěly dodat inspiraci a zejména nabídnout konceptuální rámec badatelkám a badatelům v českém prostředí k tomu, abychom mohli relevantně popisovat, analyzovat a interpretovat způsob, jímž je uplatňo-

²⁵ O individuální posuzování životní situace (věku, partnerství, tragické události v podobě ztráty dítěte nebo dětí) jednotlivých žadatelů (přesněji žadatelek) o péči vypovídali lékaři ve výzkumu Lenky Zamykalové [Zamykalová 2003]. Informace o praktikovaném sdíleném mateřství pochází z neformálního rozhovoru s pracovnící jednoho brněnského centra asistované reprodukce. Způsob, jakým je na českých klinikách asistované reprodukce dosahováno náhradního mateřství, popsali ostatním účastníkům konference o asistované reprodukci, která se konala v listopadu 2008 v Brně, lékaři Pilka a Mardešič v rámci své reakce na jeden konferenční příspěvek. Z jejich výpovědi bylo zřejmé, že se nejedná o praxi výjimečnou a že není považována za porušující zákon. „Český právní řád zná instituce, které, pokud se vhodně časově naskládají, umožní de facto provedení náhradního mateřství,“ řekl prof. Mardešič. Časopis *Týden* přinesl 21. 12. 2008 reportáž o náhradním mateřství v České republice, reportáž obsahovala také anonymní rozhovory s několika náhradními matkami i rodičovským párem [Ševela 2008].

vána moc a vyjednávána legitimita hegemonie biomedicíny v sociálním poli biologické reprodukce.

Do sociálněvědného výzkumu v oblasti medicíny je ožehavé se pouštět. Podobu debaty zásadně ovlivňuje autoritativní dikce lékařů z privilegované, expertní pozice, která má k dispozici veliký symbolický kapitál a specifickou sílu jistého typu moci a vědění.²⁶ Biomedicína má největší vliv v určování hranice mezi zdravím a nemocí, normality a patologie (testy vrozených vad u embryí a imperativ indukovaného potratu), žádoucího a nežádoucího (je v pořádku otěhotnět pomocí IVF po čtyřicítce?), živého a neživého (etické otázky manipulace s kmenovými buňkami nebo embryi). Lékaři v prostředí reprodukční medicíny pracují s citlivými a společensky závažnými, morálně zatíženými vztahy a významy, jako je rodičovství, přibuzenství, otcovství, mateřství. Jejich činnost vyvolává řadu etických i legislativních otázek. Zároveň disponují velkou mocí, danou specifickým věděním a používáním vyspělých technologií, ale i vlivem na veřejný diskurz. V médiích je reprodukční medicína popisována jako prestižní profese, a to jak v souvislosti s aktuálními technologickými pokroky, tak s jejími úspěchy, které jsou často spojovány se „zázraky“. Reprodukční medicína také značně ovlivňuje veřejný diskurz a vnímání rizik spojených s reprodukcí – nejen že se ví, že plodnost mužů historicky klesá a že plodnost žen je (kriticky) vztahována ke konkrétnímu věku, ale i mnoho potenciálních rodičů se snaží vylepšit své reprodukční schopnosti už v době předcházející snahám o početí na základě medializovaných lékařských doporučení.

Mocenské pole, které je reprodukční medicíně dostupné, je ve srovnání s jinými oblastmi medicíny značně široké – týká se každého, neexistuje zde samoléčba, vše je medicinizováno, téměř všechny ženy rodí (a mnohé páry i plodí) pod dohledem lékařů, existuje už i předtěhotenský lékařský dohled, a systém těhotenského dohledu je detailně propracován a silně normován, jak ukazuje na příkladu prenatalních screeningů Hasmanová Marhánková [Hasmanová Marhánková 2008]. Zároveň je reprodukční medicína výjimečným příkladem medicínské oblasti, do níž pronikly soukromé peníze pacientů – ti jsou nuceni si všechny zákroky mimo pojišťovnou hrazené standardní úkony platit z vlastních zdrojů. Reprodukční medicína je výspou moderních a finančně náročných technologií, neustále vylepšovaných intenzivním výzkumem.

²⁶ Badatelé v oblasti české sociologie medicíny pak opakovaně prezentují rozčarování nad tím, jak jsou jejich témata a vědecké výstupy systematicky v lékařském prostředí marginalizovány. Lékařská pracoviště (i fakultní, vzdělávací) je berou jako servisní „techniky“, jejichž hlavním úkolem je příprava nástrojů ke sběru dat v lékařských výzkumech (zdroj: ústní informace z tematického semináře a vlastní i zprostředkované zkušenosti z prezentací na lékařských konferencích). Hierarchie věd či konkurence badatelů na překrývajícím se výzkumném poli je pochopitelně prostorem, kde se potvrzují a jen neochotně posouvají etablované mocenské pozice. Jen v samotném poli sociologie se hrají přesilovky a hry v oslabení o to, která ze sociologií je tou pravou a která z metod tou exaktnější, jak trefně ukázal text Zdeňka Konopásky „Sociologie jako power play“ [Konopásek 1996], nebo pozdější text Marka Skovajsy o parametrech dobré (české) sociologie [Skovajsa 2007].

V textu jsme představily cestu, jak může sociální věda pro porozumění současné situaci reprodukční medicíny v České republice konstruktivně použít vybrané analytické nástroje. Na úrovni tří dílčích výzkumných témat – porodů, umělého oplodnění a zacházení s lidskou DNA, embryem – jsme navrhly způsob, jak by mohly v sociálněvědných analýzách reprodukční medicíny pomoci k jejímu porozumění koncepty biomoci, biopolitiky, medicinizace a governmentality. Oblast lidské reprodukce obecněji je pak brána, jak ukázali Paul Rabinow a Peter Rose ve svém textu „Biopower today“ [Rabinow, Rose 2006], jako jedna z klíčových oblastí, kde se nad populací i nad jedinci uplatňuje moc. Tito autoři vycházejí ve svém textu z Foucaultových analýz sexuality. Právě dispozitiv sexuality byl pro Michela Foucaulta zásadním analytickým nástrojem pro zkoumání reprodukce individuální i celých národů, který spojuje anatomopolitiku a biopolitiku. Podle Rabinowa a Rose se ale situace reprodukce zhruba po padesáti letech od Foucaultových textů oddělila od sexuality a setkává se s novými výzvami. Například v kontextu diagnostikované neplodnosti se asistovaná reprodukce stává otázkou autonomní volby člověka a je dokladem manifestované schopnosti medicíny a národních států kontrolovat situaci reprodukce obecně, například skrze populační optima, politiku regulace porodnosti, komodifikaci a legislativní úpravu dárcovství vajíček či spermií apod. Novou oblastí biomoci je předimplantační diagnostika, kam patří zejména analýza DNA a zacházení s lidskými kmenovými buňkami a zárodky [Rabinow, Rose 2006: 208–212].

Díky těmto konceptům tedy můžeme sociologicky reflektovat instituci medicíny, která stojí v samotném základu konstituce moderní společnosti. Můžeme rozkrývat její konkrétní část zabývající se správou, administrací a komodifikací života populace, zde ilustrovanou konkrétně ve třech tématech objímajících široké pole medicíny reprodukční. Bereme tímto v úvahu rozvoj sociální teorie a analýzy západní biomedicíny tak, jak je v posledních třiceti letech nabídl Michel Foucault, Ivan Illich, Nikolas Rose, Brigitte Jordan či Heather Cahill a jak jsou aplikovatelné při kritickém uvažování nad procesy, které stojí v pozadí každodenní praxe, prestiže a moci reprodukční biomedicíny.

LENKA SLEPIČKOVÁ pracuje jako výzkumná pracovnice na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity. Zabývá se sociologií medicíny a sociologií rodiny, konkrétně nedobrovolnou bezdětností, asistovanou reprodukcí, adoptioním rodičovstvím, tranzicí k mateřství a složenými rodinami. Ve svých aktuálních výzkumných projektech se věnuje medicinizaci neplodnosti prostřednictvím reprodukčních technologií a perspektivou dětských aktérů týkající se rodiny a blízkých vztahů. Na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity učí Metodologii sociálního výzkumu a Sociologii rodiny.

EVA ŠLESINGEROVÁ je odbornou asistentkou na Katedře sociologie FSS MU v Brně, působí zde na oboru sociální antropologie. Výzkumně se dlouhodobě zabývá zejména těmito tématy: tělo/tělesnost, medicína, vzpomínání/zapomínání. Jedná se např. o tyto projek-

ty: Vtělená teorie, Vzpomínání a zapomínání na češství/jiní Češi, Imaginace genů, atd. V současné době se konkrétně zabývá analýzou kulturní symboliky, reprezentace DNA a genomu, analýzou muzeí a výstav (např. Mendelovo muzeum genetiky, Muzeum Anthropos atd.) a obecně etnografickým výzkumem reprodukční medicíny a genetiky v ČR. Učí předměty Současná sociální a kulturní teorie, Antropologie, tělo a medicína, Antropologie příbuzenství či Vizuální antropologie. Věnuje se také hudbě a chovu včel.

IVA ŠMÍDOVÁ působí na katedře sociologie Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně jako odborná asistentka oboru genderová studia. Přednáší kursy s tematikou genderové struktury společnosti a kritická mužská studia. Realizovala výzkumy na téma rovných příležitostí žen a mužů v českých podnicích (2000–2002); vlivu vzdělání na očekávané uplatnění na trhu práce z hlediska genderu (2006–2008); alternativních životních drah mužů v ČR (1997–2003); rodin, kde pečují otcové (2004); představ o náplně rodičovství před a po narození prvního dítěte (2005–11), v rámci něj analyzovala zkušenost přítomnosti otců u porodu. V současné době zkoumá českou reprodukční medicínu, zejména oblast porodnictví a porodů. A podporuje týmový výzkum.

Literatura

- Acker, J. 1991. „Hierarchies, Jobs, Bodies. A Theory of Gendered Organisations.“ Pp. 162–176 in J. Lorber, S. A. Farrell (eds.). *The Social Construction of Gender*. London: Sage.
- Bourdieu, P. 2000. *Nadvláda mužů*. Praha: Karolinum.
- Cahill, H. A. 2001. „Male Appropriation and Medicalization of Childbirth: A Historical Analysis.“ *Journal of Advanced Nursing* 33 (3): 334–342.
- Carrigan, T., B. Connell, J. Lee. 1985. „Toward a New Sociology of Masculinity.“ *Theory and Society* 14 (5): 551–604.
- Cockerham, W. C. 2009. *Medical Sociology*. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.
- Connell, R. W., J. W. Messerschmidt. 2005. „Hegemonic Masculinity. Rethinking the Concept.“ *Gender and Society* 19 (6): 829–859.
- Conrad, P. 1992. „Medicalization and Social Control.“ *Annual Reviews of Sociology* 18: 209–232.
- Čada, K. 2009. „Medikalizace společnosti a socializace medicíny.“ [online]. Příspěvek přednesený na Doktorandské konferenci sociologie a příbuzných oborů. Praha, 21. 5. 2009 [cit. 6. 4. 2010]. Dostupné z: <<http://tarantula.ruk.cuni.cz/ISS-118-version1-Cada.doc>>.
- Davis-Floyd, R. 1992. *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley: University of California Press.
- Davis-Floyd, R., E. Davis. 1996. „Intuition as Authoritative Knowledge in Midwifery and Homebirth.“ *Medical Anthropology Quarterly* 10 (2): 237–269.
- Davis-Floyd, R., C. F. Sargent (eds.). 1997. *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-cultural Perspectives*. Berkeley, Los Angeles: University of California Press.
- Doležal, A. 2001. *Od babičství k porodnictví*. Praha: Karolinum.
- Donnison, J. 1977. *Midwives and Medical Men. A History of Inter-Professional Rivalries and Women's Rights*. London: Heinemann Education.
- Dubos, R. J. 1959. *Mirage of Health: Utopias, Progress, and Biological Change*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.

- Dumit, J. 2006. „Illnesses You Have to Fight to Get: Facts and Forces in Uncertain, Emergent Illnesses.“ *Social Science and Medicine* 62 (3): 577–590.
- Ellison, M. A. 2003. „Authoritative Knowledge and Single Women’s Unintentional Pregnancies, Abortions, Adoption, and Single Motherhood: Social Stigma and Structural Violence.“ *Medical Anthropology Quarterly* 17 (3): 322–347.
- Epstein, S. 2008. „Patient Groups and Health Movements.“ Pp. 499–540 in E. J. Hackett, O. Amsterdamska, M. Lynch, J. Wajcman (eds.). *The Handbook of Science and Technology Studies*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Fisher, J. A. 2009. „Re-inscribing Gender in New Modes of Medical Expertise: The Investigator–Coordinator Relationship in the Clinical Trials Industry.“ *Gender, Work & Organization* 17 (2): 150–173.
- Foucault M. 1999. *Dějiny sexuality I. Vůle k věděni*. Praha: Hermann & synové.
- Foucault, M. 2001. „Omnes et Singulatim: Towards a Critique of Political Reason.“ Pp. 298–325 in J. D. Fabion (ed.). *Power: The Essential Works*. London: Allen Lane.
- Foucault, M. 2007. *Slova a věci*. Praha: Computer Press.
- Foucault, M. 2009. *Zrození biopolitiky. Kurz na Collège de France (1978–1979)*. Brno: CDK.
- Franklin S., C. Lury, J. Stacey. 2000. *Global Culture. Global Nature*. London: SAGE.
- Fraser, M., M. Greco. 2004. *The Body. A Reader*. London: Routledge.
- Gaines, A. D., R. Davis-Floyd. 2004. „Biomedicine.“ Pp. 95–108 in C. R. Ember, M. Ember (eds.). *Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and Illness in the World’s Cultures. Volume 1*. New York: Plenum Publisher.
- Ginsburg, F. D., R. Rapp (eds.). 1995. *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Hasmanová Marhánková, J. 2008. „Konstrukce normality, rizika a věděni o těle v těhotenství: Příklad prenatalních screeningů.“ *Biograf* (47): 19–49.
- Hašková, H. 2001a. *Názorové difference k současným změnám v českém porodnictví*. Praha: SOÚ AV ČR.
- Hašková, H. 2001b. *Sociální aspekty porodu: zpráva z výzkumu*. Praha: Aperio.
- Hašková, H. 2010. *Fenomén bezdětnosti*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- Hašková, H., L. Zamykalová. 2006. „Mít děti – co je to za normu? Čí je to norma?“ *Biograf* (40/41): 3–53.
- Hearn, J. 1983. *Birth and Afterbirth. A Materialist Account*. London: Achilles Heel.
- Hearn, J. 2004. „From Hegemonic Masculinity to the Hegemony of Men.“ *Feminist Theory* 5 (1): 49–72.
- Hearn, J. 2008. „Book Review: Howson, R. (2006). Challenging Hegemonic Masculinity. London: Routledge.“ *Men and Masculinities* 11 (3): 125–128.
- Hrešanová, E. 2008. *Kultury dvou porodnic: etnografická studie*. Plzeň: Vydavatelství ZČU v Plzni.
- Illich, I. 1976. *Limits to Medicine – Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. New York: Pantheon.
- Jasanoff, S. (ed.). 2004. *States of Knowledge: The Co-production of Science and Social Order*. Abingdonm New York: Routledge.
- Jordan, B. 1977. „The Self-diagnosis of Early Pregnancy: An Investigation of Lay Competence.“ *Medical Anthropology* 1 (2): 1–38.
- Jordan, B. 1992a. „Authoritative Knowledge and Its Construction.“ Introductory Remarks to *Symposium on Birth in Twelve Cultures: Papers in Honor of Brigitte Jordan. Annual Meetings of the American Anthropological Association*. San Francisco, 3. 12. 1992.
- Jordan, B. 1992b. „Technology and Social Interaction: Notes on the Achievement of Authoritative Knowledge in Complex Settings.“ [online]. *IRL Report No. IRL92-0027*. Palo Alto, CA: Institute for Research on Learning [cit. 28. 2. 2011]. Dostupné z: <http://www.lifescapes.org/Papers/AK.ms.IRL27.pdf>.

- Jordan, B. 1993. *Birth in Four Cultures. A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Prospect Heights, Illinois: Waveland Press.
- Jordan, B. 1997. „Authoritative Knowledge and Its Construction.“ Pp. 55–79 in R. E. Davis-Floyd, C. Sargent (eds.). *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-cultural Perspectives*. Berkeley, Los Angeles: University of California Press.
- Konopásek, Z. 1996. „Sociologie jako power play.“ *Sociológia* 28 (2): 99–125.
- Konopásek Z., J. Paleček. 2006. „V moci ďábla: Exorcismus věřícíma očima.“ *Biograf* (40–41): 138–171.
- Křížová, E. 2002. „Nekonvenční medicína z pohledu praktických lékařů.“ *Praktický lékař* 82 (7): 425–429.
- Křížová, E. 2006a. „Alternative Medicine: A Dispute on Truth, Power or Money?“ Pp. 197–210 in Ch. Rehmann-Sutter, M. Düwell, D. Mieth (eds.). *Bioethics in Cultural Contexts*. Dordrecht: Springer.
- Křížová, E. 2006b. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- Kuchařová, V., A. Nedomová, L. Zamykalová. 1999. *Předpoklady sňatkového a rodinného chování mladé generace*. Praha: VÚPSV.
- Lemke, T. 2001. „The Birth of Bio-Politics‘ – Michel Foucault’s Lecture at the Collège de France on Neo-Liberal Governmentality.“ *Economy & Society* 30 (2): 190–207.
- Lupton, D. 2003. *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE.
- Martin, E. 1991. „The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles.“ *Signs* 16 (3): 485–501.
- Martin, E. 1992. *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.
- McLachlan, G., T. McKeown (eds.). 1971. *Medical History and Medical Care: A Symposium of Perspectives Arranged by the Nuffield Provincial Hospitals Trust and the Josiah Macy Jr. Foundation*. London, New York: Oxford University Press.
- Parsons, T. 1951. *The Social System*. Glencoe, IL: Free Press.
- Parsons, T. 1955. „The American Family: Its Relations to Personality and to the Social Structure.“ Pp. 3–33 in T. Parsons, R. F. Bales (eds.). *Family, Socialization and Interaction Process*. Glencoe, IL: The Free Press.
- Parusníková, Z. 2000. „Biomoc a kult zdraví.“ *Sociologický časopis* 36 (2): 131–142.
- Rabinow, P. 2003. *Anthropos Today. Reflections on Modern Equipment*. Princeton: Princeton University Press.
- Rabinow, P., N. Rose. 2006. „Biopower Today.“ *BioSocieties* 1: 195–217.
- Rabušic L. 2001. *Kde ty všechny děti jsou? Porodnost v sociologické perspektivě*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- Reiger, K. 2008. „Domination or Mutual Recognition? Professional Subjectivity in Midwifery and Obstetrics.“ *Social Theory & Health* 6 (2): 132–147.
- Rodička a novorozenec 2009. 2010. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky.
- Rose, N. 2007. *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty First Century*. Princeton, Oxford: Princeton University Press.
- Rychtaříková, J., V. Kuchařová (eds.). 2008. *Rodina, partnerství a demografické stárnutí*. Praha: VÚPSV.
- Sandelowski, M., D. Holditch-Davis, B. G. Harris. 1990. „Living the Life: Explanations of Infertility.“ *Sociology of Health and Illness* 12 (2): 195–215.
- Skovajsa, M. 2007. „Po tři čtvrtě století, aneb k jedné až příliš spalující kritice současné české sociologie. Komentář k esejí Zdeňka R. Nešpora ‚Před ¾ stoletím...‘.“ *Sociologický časopis / Czech Sociological Review* 43 (2): 423–431.

- Slepičková, L. 2009. „Nepłodnost jeho a nepłodnost její: Genderové aspekty asistované reprodukce.“ *Sociologický časopis / Czech Sociological Review* 45 (1): 177–203.
- Slepičková, L. 2010. „Couples Undergoing Infertility Treatment in the Czech Republic: Broad Range of Possibilities in a Traditional Milieu.“ *Social Theory and Health* 8 (2): 151–174.
- Ševela, V. 2008. „Případy neposkvřněného početí.“ *Týden* 15 (51–52): 42–45.
- Šlesingerová, E. 2005. „Imaginace genů a hranice etnických identifikací.“ *Sociální studia* 2 (2): 35–55.
- Šlesingerová, E. 2008. *Imaginace národních genů a vtělená sociální teorie*. Disertační práce. Brno: Fakulta sociálních studií MU.
- Šmídová, I. 2008a. „Otcovství u porodu: re-konstrukce genderových vztahů v rodině.“ *Sociální studia* 5 (1): 11–34.
- Šmídová, I. (ed.). 2008b. *Pečovatelská otcovství: Zkušenost a genderové vztahy*. Brno: IVRIS, knihovnicka.cz.
- Šmídová, I. 2009. „Changing Czech Masculinities? Beyond ‚Environment And Children Friendly‘ Men.“ Pp. 193–206 in E. Oleksy (ed.). *Intimate Citizenships: Gender, Sexualities, Politics*. New York: Routledge.
- Tinková, D. 2010. *Tělo, věda, stát. Zrození porodnice v osvícenské Evropě*. Praha: Argo.
- Tošner, M. 2005. „Sociální vědec je součástí zkoumané reality. O postrevoluční emancipaci, vztahu teorie a praxe a dvojím pojetí kultury. Interview s Pavlem Baršou (Praha 31. 3. 2005).“ [online] *AntropoWEBZIN* 02/ 2005: 59–76 [cit. 12. 10. 2010]. Dostupné z: <<http://antropologie.zcu.cz/clanek/socialni-vedec-je-soucasti-zkoumane-reality>>.
- Williams, C., S. P. Wainwright, K. Erich, M. Michael. 2008. „Human Embryos as Boundary Objects? Some Reflections on the Biomedical Worlds of Embryonic Stem Cells and Pre-implantation Genetic Diagnosis.“ *New Genetics and Society* 27 (1): 7–18.
- Winnick, T. A. 2004. „Delivery: Gender and the Language of Birth.“ *Advances in Gender Research* 8: 51–85.
- Zamykalová, L. 2003. „Kdo smí participovat na asistované reprodukci.“ *Biograf* (31): 26–50.