

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Katedra genderových studií

Bc. Lenka Grünbergová

**Sociální aspekty hormonální antikoncepce
v životě žen v reprodukčním věku**

Diplomová práce

Vedoucí práce: **doc. Věra Sokolová, Ph.D.**

Praha 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem. Zároveň prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 26. června 2015

Lenka Grünbergová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala doc. Věře Sokolové, Ph.D. za její cenné a odborné rady, pomocnou ruku, kterou mi neváhala poskytnout, a hlavně přátelský přístup, který mi projevovala v průběhu vedení mé diplomové práce. Obrovské díky patří také Hedvice a Věře, Petře a Barboře, Anně a Daně, Vandě a Dagmar a Marii s Evou za jejich ochotu mě vpustit k sobě do života.

V neposlední řadě bych také chtěla co nejupřímněji poděkovat mým nejbližším za to, že mě po celou dobu studia podporovali a zejména v posledním roce respektovali mou zaneprázdněnost a studijní vytížení související s napsáním této práce.

ABSTRAKT

Diplomová práce je zaměřena na sociální aspekty ženské orální hormonální antikoncepce v životech dvou generací žen, tj. dcer a jejich matek. V teoretické části osvětluje zásadní koncepty, které při zkoumání antikoncepce obecně není možné z genderového hlediska opomenout. Upozorňuje dále na důležité historické mezníky, které s tzv. antikoncepční pilulkou souvisí. Prostor je věnován také analýze vývoje antikoncepčního chování české populace od 50. let 20. století.

Empirická část zahrnuje kromě popisu metodologie také analýzu polostrukturovaných rozhovorů s deseti ženami – matkami, které se narodily v 60. letech 20. století a jejich dcerami narozenými kolem přelomu 80. a 90. let. Cílem analýzy provedených rozhovorů je zjistit, jak konkrétně se v životě oslovených žen projevuje obecně přijímaná teze o antikoncepci jakožto emancipačním mechanismu, který pomáhá ženám mít moc nad vlastním tělem a rozhodovat o vlastní reprodukci. Ptám se, z jakého důvodu, kdy a za jakých podmínek se mé komunikační partnerky rozhodly užívat antikoncepční pilulky a jakou roli v tomto rozhodnutí hrály vnější okolnosti. Dále také, jakým způsobem se užívání antikoncepčních pilulek projevilo v jejich vztahu k vlastnímu tělu a sebevědomí a jak ovlivnilo jejich partnerské vztahy a sexuální život obecně. To vše zkoumám s ohledem na případné generační rozdíly v uvedených otázkách a jejich důvody.

Klíčová slova

antikoncepce, hormonální antikoncepce, pilulky, emancipace, sociální kontrola, rodinné prostředí, matka a dcera, partnerské vztahy

ABSTRACT

The diploma thesis is focused on the social aspects of women's oral hormonal contraception in the lives of two generations of women – daughters and their mothers. The theoretical part introduces the fundamental concepts of contraception research based on gender perspective. It also highlights the important historical milestones related to so-called birth control pill. Furthermore, the development of the contraceptive behavior of the Czech population since the 50s of the 20th century is analyzed.

The empirical part of this thesis includes the description of methodology and the analysis of semi-structured interviews with ten women – mothers who were born in the 1960s and their daughters born around the turn of the 80s and 90s. The aim of the analysis is to discover how a generally accepted theory about contraception as the emancipation mechanism that helps women to control their own body and decide about their own reproduction is expressed in the lives of interviewed women. I ask the reason why, when and under what conditions these women decided to use birth control pills and the role of other circumstances in their decision-making. Moreover, I focus on the way how the birth control pills affect the relationship to own body and self-esteem of my respondents. And also, how birth control pills affect their relationships with men and sex life in general. I examine the mentioned issues with regard to possible generational differences and their causes.

Key words

contraception, hormonal birth control, birth control pills, emancipation, social control, family, mother and her daughter, relationships

OBSAH

1	ÚVOD	1
2	TEORETICKÁ ČÁST	3
2.1	Gender a reprodukce	3
2.1.1	Stratifikovaná reprodukce	6
2.1.2	Politika reprodukce	8
2.1.3	Reprodukce a medicínský diskurs	9
2.2	Antikoncepce – „stará jako lidstvo samo“?	11
2.2.1	Stručná historie antikoncepce	11
2.2.2	Orální hormonální antikoncepce pro ženy	12
2.2.3	Hormonální antikoncepce pro muže (v zahraničí)	14
2.2.4	Antikoncepce je genderovaná.....	15
2.3	Margaret Sanger (a srovnání s Evropou)	18
2.3.1	Eugenika, rasismus a antikoncepce	21
2.4	Emancipace a/nebo kontrola	24
2.4.1	Antikoncepce jako emancipační mechanismus	24
2.4.2	Antikoncepce jako kontrolní mechanismus.....	26
2.5	České prostředí	30
2.5.1	Obecné souvislosti socialistických zemí	30
2.5.2	Od coitu interruptu k vlastní sexuální revoluci a zpět (?)	31
2.5.3	Spekulativní odbočka	34
2.5.4	Mužská hormonální antikoncepce v Čechách	35
2.5.5	Nástin českého medicínskému diskursu	36
2.6	Ideologie volby	40
2.7	Význam rodinného prostředí	42
3	EMPIRICKÁ ČÁST	45
3.1	Metodologie	45
3.1.1	Výzkumné téma.....	45
3.1.2	Metodologický postup	46

3.1.3	Paradigma	47
3.1.4	Feministické rozhovory	47
3.1.5	Výběr komunikačních partnerek	49
3.1.6	Medailonky diskusních dvojic.....	49
3.1.7	Metody sběru dat a způsob analýzy.....	54
3.1.8	Etika výzkumu.....	54
3.1.9	Kdo jsem a co do výzkumu přináším	56
3.1.10	Kódování	58
3.2	Analýza.....	59
3.2.1	Představy, očekávání a obavy spojené s antikoncepcí/pilulkami.....	59
3.2.2	Informovanost o antikoncepci a souvisejících tématech	64
3.2.3	Postoje k pilulkám a případné změny v průběhu užívání.....	69
3.2.4	Role gynekoložky/ga v antikoncepčním rozhodování	71
3.2.5	Rodinné prostředí jako prostor pro diskusi (?).....	75
3.2.6	Tělo, já a pilulky.....	82
3.2.7	Partnerské aspekty antikoncepce.....	89
3.2.8	Důvody vysazení pilulek (a případného návratu k nim)	98
3.2.9	Zhodnocení výhod a nevýhod užívání pilulek.....	100
4	ZÁVĚR	103
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ	107

1 ÚVOD

Otázka hormonální antikoncepce je tématem v naší společnosti celkem aktuálním. Internet obsahuje nepřeberné množství článků na zpravodajských serverech či na serverech zaměřených na zdraví a životní styl apod. Toto téma se však objevuje také v tištěných médiích. Stěžejním se pro mě stal článek *Kdo se bojí kouzelné pilulky* z týdeníku Respekt, který vyšel v březnu roku 2014 (a ke kterému mě přivedla vedoucí mé diplomové práce), v němž jeho autorka jako jednu z tezí uvádí generační rozdíl v přístupu k antikoncepční pilulce (Mošpanová 2014). Dnešní matky dospělých dcer ji dle autorky v minulosti přijímaly (či stále přijímají) nekriticky, zatímco jejich dcery si užívání hormonální antikoncepce více rozmyšlejí a kriticky reflektují její vlivy na různé oblasti svého života. Tento článek se pro mě stal hlavním impulsem pro definici tématu a výzkumné otázky mé práce. Ve výzkumu se snažím zachytit generační dimenzi sociálních aspektů (hormonální) antikoncepce v životě dvou generací žen, dcer a jejich matek. Ptám se na důvody, které mé komunikační partnerky k užívání antikoncepčních pilulek přivedly, jakou roli v jejich antikoncepčním chování a rozhodování hrály další okolnosti a jaké změny pilulky do jejich životů přinesly.

Teoretická část diplomové práce je zaměřena na zásadní teoretické koncepty a rámce, které se studiem tématu antikoncepce z feministické perspektivy souvisí. Začínám s vymezením konceptu reprodukce a pokračuji historií antikoncepce a antikoncepční pilulky. V rámci její kontextualizace se snažím zachytit důležité osobnosti, historická období či okamžiky, které pomáhají otázku antikoncepce uchopit z různých úhlů a ukázat její dvojí stránku, tj. moc určité ženy emancipovat a/nebo kontrolovat. Důležitou část práce tvoří také kapitola zaměřená na české prostředí s ohledem na historicko-sociální pozadí antikoncepčního chování a praxe české populace od 50. let minulého století. Další kapitola ukazuje, jakým způsobem v demokratických společnostech do svobodného rozhodování občanek/nů zasahuje tzv. ideologie volby. A protože důležitou součástí diplomové práce je také zkoumání vztahu dcera – matka, závěr její teoretické části je věnován odborným debatám a výzkumnému přístupu k otázce generačních aspektů, tj. zda a prostřednictvím čeho probíhá generační přenos postojů, názorů a hodnot v rámci rodiny a zda a jaký vliv na rozhodování dětí má jejich vztah s rodiči.

Pro empirickou část práce jsem se rozhodla využít polostrukturované rozhovory s pěti páry žen, dcerami (narozenyými v letech 1987 – 1990) a jejich matkami (narozenyými v letech 1960 – 1969), při jejichž analýze se zaměřuji na sociální aspekty související

s jejich antikoncepčními názory a chováním. Zajímá mě, jakými kanály se k mým komunikačním partnerkám dostávaly či dostávají informace o antikoncepci, jaká byla jejich cesta k antikoncepční pilulce a jakou roli v ní hrály gynekoložky/gové, ale rovněž role rodiny v jejich antikoncepčním rozhodování. Dále jsem zkoumala úroveň sdílení otázek souvisejících s intimitou a antikoncepcí právě mezi dcerami a jejich matkami, uvědomované vlivy antikoncepční pilulky na životy dotazovaných žen, a v neposlední řadě roli antikoncepce v partnerských vztazích. Toto vše shrnuji v devíti kategoriích, které při analýze rozhovorů vykrystalizovaly, a to i za pomoci určité předem připravené mřížky, které odpovídala i osnova rozhovorů.

Pro dopsání své diplomové práce jsem si vybrala velmi dobrý rok. Letos totiž „ženská antikoncepční pilulka“ slaví 55. výročí svého uvedení na (americký) trh. Za dobu své služby si prošla obdobím glorifikace, které je spojeno s její stěžejní rolí v ženské emancipaci, ale rovněž obdobím kritiky. Ta se váže nejen k nežádoucím účinkům spojeným s jejím užíváním, ale také k její moci stát se kontrolním a regulačním mechanismem. V porevoluční České republice se antikoncepční pilulka stala symbolem české sexuální revoluce a dle Sobotky et al. (2008) zcela změnila antikoncepční chování populace na českém území.

Antikoncepční pilulka má také potenciál být zneužita např. ke společenské kontrole reprodukce určitých skupin žen, a ani její potenciálně lehkomyšlné předepisování dívkám a ženám s motivací vyřešit s ní spektrum gynekologických problémů nesouvisejících s potřebou prevence početí není vždy možné označit za vhodné, žádoucí a pro dotčené ženy přínosné.

V diplomové práci se snažím ukázat, že (hormonální) antikoncepce se nikdy netýká pouze osoby, která ji užívá. Vždy je součástí spleťtých společenských vztahů, ať už genderových, rodinných, generačních a prostřednictvím diskusí o ní i vztahů vrstevnických, přátelských apod. Mou motivací k sepsání této práce je poskytnout pluralistický pohled na otázku antikoncepce, kterou nikdy není možné považovat pouze za správnou, nebo pouze za špatnou. Doufám také, že se tato diplomová práce může pro její potenciální čtenářky/ře stát jedním ze zdrojů pro přemýšlení o antikoncepci v její komplexnosti.

TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Gender a reprodukce

Reprodukcí jakožto biologický proces vyzdvihly jako jedno ze svých hlavních témat feministické teoretičky tzv. druhé vlny (cca v 70. let 20. století). Konkrétně se jednalo o feministky radikálního zaměření, které jako první začaly budovat systematickou analýzu pohlavně/genderového systému, v němž spatřovaly základní příčinu ženské subordinace. Tento feministický směr obvykle dělíme na radikálně libertariánskou a radikálně kulturní větev, které se mj. i v pohledu na roli reprodukce v ženském životě zásadně rozcházejí¹ (Tong 1998).

Podle radikálně libertariánských feministek byla reprodukční role tím, co zakládá nerovnosti mezi muži a ženami a jedině biologická revoluce – nastolení androgynní společnosti nezávislé na jakýchkoliv rozdílech mezi pohlavími – měla ženám pomoci vymanit se z nespravedlivého uspořádání vztahů mezi pohlavími. Biologická revoluce měla doslova dělohu a penis zprostit jejich určujících významů a zbavit ženy zásadní úlohy v tzv. přirozené reprodukci, která např. dle Shulamith Firestone nikdy nebyla v nejlepším zájmu žen. Tento stav by měly vyřešit umělé/asistované reprodukce (odehrávající se ideálně zcela mimo ženskou dělohu), kde biologie a genetika neměly hrát žádnou roli (Tong 1998).

Představitelky radikálně kulturního feminismu naopak tvrdily, že ženy by se za žádných okolností neměly vzdávat přirozeného nitroděložního těhotenství. Ženská role v reprodukčním procesu pro ně nebyla zdrojem ženského útlaku ze strany mužů, ale naopak ženskou významnou silou, která vytváří právě jedinou závislost mužů na ženách. Důkazem dle nich měla být žárlivost mužů na ženské reprodukční schopnosti a jejich touha ovládnout ženskou biologii skrze vědecké a technologické přístupy, které jakožto lékaři měli ve svých rukách (Tong 1998). Feministickým badatelkám se i na základě diskusí o reprodukci podařilo poukázat na to, jak zásadní roli v konstrukci genderových rozdílů a genderových rolí hraje fyziologie lidského těla.

V 70. letech 20. století byl také feministickou společností „vynalezen“ gender jakožto nová a zásadní analytická kategorie, jejíž zavedení bylo reakcí na nedostačující a problematické dosavadní zaměření feministických teorií na homogenní a univerzální ženskou identitu (Sokolová 2004). Poprvé pojem „gender“ použila v roce 1975

¹ Překlady textů dostupných pouze v anglickém jazyce jsou v celé diplomové práci autorčiny.

feministická teoretička a antropoložka Gayle Rubin, která jím poukázala na fungování sexuálního řádu neboli systému pohlaví/genderu. Vůbec její tematizace rozdílu mezi pohlavím a genderem se stala klíčovou myšlenkou feminismu druhé vlny (Rubin 1975). Pomocí nové analytické kategorie genderu badatelky/lé mohli začít ve svých pracích zvýznamňovat témata související právě s do té doby neuchopitelnou distinkcí biologického pohlaví a tzv. sociálního pohlaví, tj. genderu.

Konstruovanost rozdílů mezi pohlavími vysvětluje např. Sandra Harding na třech rovinách genderové skutečnosti, tj. na symbolickém univerzu, na něj navazující dělbě práce a na sociálních rolích.

Veřejnost má dle Harding „tendenci vnímat a popisovat okolní svět v pouhých dvou protikladných dichotomických kategoriích. Přestože převážná část těchto protikladů nemá nic společného s rozmnožováním, byly souhrnem přiřazeny buďto k mužskému, nebo ženskému principu“ (Harding in Šmausová 2002). Byly mezi nimi také vytvořeny hierarchie – typicky „mužské“ vlastnosti byly označeny za hodnotnější a kvalitativně lepší a staly se tak zdánlivě neutrálním univerzálním měřítkem, které nevyžaduje žádné potvrzování, a podle kterého jsou ostatní vlastnosti a schopnosti posuzovány. Tento maskulinní řád je velice silný, což je zřejmé z toho, že nevyvstává potřeba jej nijak vysvětlovat nebo obhajovat. Zdá se jako by přirozeně zakotvený v naší kultuře. Tento mechanismus se stal základem pro vytvoření mocenské nerovnováhy (nadvlády mužů) a neustálé reprodukce patriarchálního systému, který se zdá být daný a na člověku nezávislý (Bourdieu 2000). Toto vysvětluje první genderovou skutečnost, tedy genderové /symbolické univerzum.

Zmíněné procesy se promítají do společenské dělby práce (tradičně označované jako přirozené) a ženám a mužům jsou pak na základě stereotypů přiřazovány typické protikladné činnosti (opět s odkazem na biologické pohlaví a zdánlivě nezastupitelnou funkci žen v reprodukci), což má vliv na životy všech jednotlivců/kyň, např. i jejich uplatnění na trhu práce (Harding in Šmausová 2002), následně na přístup ke zdrojům, a konečně i k moci.

Obě uvedené genderové skutečnosti mají společnou hnací sílu, kterou jsou stereotypně přiřazované a společností vyžadované sociální role, které se od malička učíme hrát prostřednictvím socializace, aniž bychom si to uvědomovali. Socializací se naučíme, jakému genderu máme odpovídat, jaké role s ním spojené máme hrát, a tedy s jakou pohlavní identitou se máme sžít (Harding in Šmausová 2002), abychom zapadali

do společností předem stanovených dvou binárních kategorií pohlaví. Genderové stereotypy popisují to, jak má vypadat „správná“ žena a „správný“ muž, jak se má chovat, oblékat, jaké vzdělání či zaměstnání preferovat atp. To je také považováno za normu a předpokládá se, že to také platí pro všechny členky a členy dané skupiny (Renzetti, Curran 2003).

Nesprávné hraní rolí a dodržování pravidel, které s nimi souvisí, je ze strany společnosti podrobena sankcím. „Na ničem netrvá „společnost“ tak rozhodně jako na tom, že jednotlivci[/kyně]² musí mít a musí hrát – představovat jedno pohlaví, a sice to, které mají zapsáno napřed v rodném listu a později i v občanském průkazu“ (Šmausová, 2002: 20).

Se společností vyžadovaným a následně hraním tzv. správného pohlaví souvisí také otázka sexuální preference. I s ní je spojen tlak společnosti, která od mala prostřednictvím socializace děti učí, jaké pocity a touhy jsou tzv. normální a za jaké je na místě a morální se stydět (což jednotlivkyně/ec zakouší mj. skrze reakce okolí, které ho za dodržování preferovaných hodnot chválí a za jejich nedodržování či vzpírání se jim ho/ji trestá). A právě tzv. sexuální stud je důležitým prvkem při utváření (sexuální) autonomie jednotlivce/kyňe (Warner 1999).

Při konstrukci vlastní subjektivity hraje také důležitou roli zkušenost a to, jak ji každá/ý z nás pojímá. Osobně zkušenost nechápu jako důkaz faktu a autentický odraz reality, jak to do 80. let minulého století činily sociální vědy, ale v duchu Joan Scott (1991) mě spíše zajímá, jak, kým a čím je zkušenost konstruována a verbálně předávána v rámci dominantního diskursu.

Nově vzniklá analytická kategorie genderu tedy pomohla ukázat, že nelze uvažovat pouze o dvou existujících pohlavích (a k nim přiřazených správných sexuálních preferencích), které od sebe jednoduše rozlišíme na základě jejich fyziologických projevů a znaků odkazujících především na reprodukční funkce jednotlivců/kyň. Gender pomohl také uchopit, že normativně chápáné rozdíly mezi pohlavími dokonce ani na daných fyziologických rozdílech nejsou závislé. Odvíjí se totiž od společenského očekávání a socializačních praktik, které na nás společnost od narození navaluje a učí. I přesto je tradičně rozdíl mezi ženami a muži chápán jako neměnný, bytostný a přirozený, stejně jako substanciální a homogenní ženská nebo mužská identita a chování, které má právě

² Doplněno autorkou.

z biologického pohlaví vycházet. Takové chápání staví na kladení nepřiměřeného důrazu na viditelné odlišnosti, aniž by se stejně taková váha přikládala shodám (Šmausová 2002).

Rozdíly mezi pohlavími potom vypadají a jsou prezentovány jako funkce biologických (a tedy přirozených) rozdílů v podobě mužského a ženského těla. Nejenom těla, ale i naše gesta a chování jsou však vytvářena a formována za pomoci somatizace (kulturního vepisování rozdílů do těl, které se zdají jako by vycházely právě z anatomie, biologie, prostě z nás). Společnost určuje, jak mají těla správně vypadat a být užívána. Takto společností vytvořené tělo poté legitimizuje hierarchický řád založený na mužské nadvládě (Bourdieu 2000).

Fakt, že společnost potřebuje ideálně pouze dvě vzájemně odlišná pohlaví, velice úzce souvisí se společenskou potřebou se reprodukovat, zajistit přežití lidského rodu a jeho trvání. Podle Šmausové „přirozená reprodukce... dosud předpokládá existenci dvou pohlaví“, přičemž dělení všech osob pouze do dvou kategorií „muž“ a „žena“ je zásadním zjednodušením, které však stále přetrvává. Toto binární rozlišování plní v zásadě pouze pořádkovou funkci. Přirozená (či normativní) reprodukce pak velice úzce stanovuje pravidla toho, kdo se má reprodukovat a jakým způsobem (Šmausová, 2002: 16).

Reprodukce se sice může jevit jako zdánlivě nejpřirozenější úkon lidstva nezávislý na okolí, avšak v mé diplomové práci se nebudu zabývat reprodukcí v jejím smyslu sexuálního aktu. Na základě teorie osvětlené výše ji pojímám spíše jako jeden z nástrojů společenské kontroly, který zásadně určuje postavení všech jednotlivců/kyň ve společnosti tím, že jim v konečném důsledku diktuje jak vypadat, jak se chovat, co cítit nebo koho a za jakých podmínek milovat. Spolu s genderem i reprodukci chápu (podobně jako Šmausová) jako analytickou kategorii, skrze kterou lze zkoumat společnost a v ní převládající genderové vztahy.

1.1.1 Stratifikovaná reprodukce

Reprodukce úzce souvisí s lidským tělem v jeho materiálním smyslu, které může být vnímáno jako prostor pro politické boje a vyjednávání. Materiální tělo bylo feministickými teoretičkami v 80. letech 20. století uchopeno jako nástroj, prostřednictvím kterého společnost může ovládat své členky/ny (Rapp 2001).

Zásadní koncept, který s tímto velmi úzce souvisí je tzv. stratifikovaná reprodukce, která ukazuje, že neexistuje nic jako jedna obecná neutrální a univerzální reprodukce, která by mohla vystihnout životní zkušenosti všech jednotlivkyň/ců. Stratifikovaná

reprodukce je „hierarchická organizace reprodukčního zdraví, plodnosti, zkušeností s porodem a výchovou dětí, která podporuje a pozitivně hodnotí mateřství určitých žen, zatímco pohrdá či přímo staví mimo zákon mateřství žen jiných“. Důležité je zde dodat, že stratifikovaná reprodukce nezahrnuje pouze ženy, ale že „úplně všichni jsme nositelkami/li stratifikované reprodukce – jako rodiče nebo bezdětní; plodní či neplodní; nositelky/lé znaků rasy, třídy, etnika/národa a náboženství, kterými daná společnost opovrhuje; jako osoby se sexuální preferencí postavenou mimo zákon, osoby s fyzickým hendikepem nebo bez něj...“ (Rapp, 2001: 469 a 472).

Stratifikovanou reprodukcí Rapp (2001) ukázala, jak moc je vlastně význam reprodukce, zdánlivě neutrální a pro všechny stejné, určující. Reprodukce nahlížená jako stratifikovaná totiž vytváří hierarchie, do kterých jsme všichni automaticky zařazeni i na základě toho, v jakém sociálním prostředí žijeme (to se odvíjí od našeho pohlaví, genderu, rasy/ethnicity, třídy, vzdělání, rodinného zázemí apod.), aniž bychom si to mnohdy jakkoliv uvědomovali a mohli to nějak zásadně ovlivnit. Všichni jsme součástí této hierarchizované stratifikace, která pomáhá odhalit, že reprodukce je vlastně i přes svou biologickou souvislost do značné míry konstruktem, produktem společnosti a způsobem její organizace.

Koncept stratifikované reprodukce se v praxi ukazuje v různých zemích a v různých historických obdobích. Příkladem může být americký systém nastavení sociálních dávek v 70. letech 20. století, kde byly zjevné tohoto snahy systému, aby ženy ze sociálně slabého prostředí (často Afroameričanky či migrantky) měly co nejméně potomků. Jako podmínka pro možnost pobírání sociálních dávek byl tehdy povinně zaváděn Norplant³, byly záměrně nadužívány sterilizace a dětem narozeným sociálně slabým matkám byly odpírány různé benefity, zatímco se občanky/né nejčastěji ze střední třídy majoritní části společnosti mohli těšit podpoře státní rodinné politiky (Roberts 1999). Také mateřství venkovských či negramotných žen nebo migrantek bylo považováno za nežádoucí, nepříznivé, a tedy hodné kontroly. Můžeme sledovat odlišné pohlížení na těhotenství a mateřství různých žen a tím vytváření společenské a kulturní hierarchie (Malat 2000).

³ Hormonální antikoncepční prostředek v podobě plastových trubiček implantovaných pod kůži, aplikovaný na dobu pěti let.

1.1.2 Politika reprodukce

Reprodukce zjevně podléhá mocenským vztahům, jak bylo nastíněno výše a stejně tak má na ni vliv i politická vůle, na což se zaměřuje tato podkapitola. Reprodukce a otázky s ní spojené jsou sice považovány za součást soukromé sféry a rodinného života, avšak právě tato témata se mohou stávat doménou veřejné sféry, občanské společnosti a státních politik. Feministické badatelky ukázaly, že rozdíl soukromé a veřejné sféry je mnohem méně zřetelný než se na první pohled může zdát. „Personal is political“, tedy „osobní je politické“ je významnou tezí myšlení druhé vlny feminismu, která mj. nově ukázala, jak úzce je soukromé a veřejné propojeno (Havelková 2004).

Politika (tj. to, co je chápáno veřejné) dle Ginsburg a Rapp (1991) souvisí se způsoby strukturování moci a jejím odehráváním a uplatňováním v každodenních aktivitách, příbuzenských vztazích, rituálech apod. Takto se ji autorky pokusily zakomponovat do výzkumu reprodukce (tj. to, co je chápáno jako osobní). Politika reprodukce má dle nich globální a lokální perspektivu, protože zkoumá různé úrovně, na kterých jsou reprodukční praktiky často závislé.

Globální perspektiva zde představuje „protínající se zájmy států a dalších mocenských institucí jako jsou např. nadnárodní či národní společnosti, mezinárodní rozvojové agentury, západní medicína a náboženské skupiny vytvářející kontext, ve kterém se odehrávají lokální reprodukční vztahy“ (Ginsburg, Rapp, 1991: 312). Příkladem globální perspektivy mohou být např. experimenty s antikoncepcí podporované nadnárodními farmaceutickými společnostmi či vládami mocných států nebo několika směrný „oběh“ dětí a pečujících osob z tzv. rozvojových zemí do zemí tzv. rozvinutých. Tyto zdánlivě vzdálené mocenské vztahy formují místní/lokální reprodukční zkušenosti obyvatelstva, což vytváří již zmíněnou lokální perspektivu. Jejím příkladem je např. nemožnost zkoumat problematiku pěstounské péče a adopce v totalitním Rumunsku bez celkové analýzy Ceaușescova režimu, který obecně zakazoval antikoncepci a potraty. Rovněž nelze pochopit čínskou politiku jednoho dítěte bez zkoumání rozdílných hodnot, které čínská společnost dcerám a synům tradičně přičítá (Ginsburg, Rapp 1991).

To, jak také může souviset politika s reprodukcí, ukazuje např. změna dominujících politických témat států střední a východní Evropy po pádu nedemokratických režimů a nastolení demokracie na konci 80. let minulého století. Po roce 1989 se v celém

zmíněném regionu obrátila pozornost právě k tématům souvisejícím s reprodukcí. Velmi významným námětem pro diskuse se staly interrupce, jejich zákazy či podmínky a možnosti jejich provedení v daných zemích. A to nejen ve sféře politiky a nově vznikajících vlád, ale také obecně v médiích, vydavatelstvích a v celé nově vzniklé společenské oblasti, kterou můžeme nazvat veřejnou sférou. Koncept politiky reprodukce ukazuje, jak veřejnost a státní politika (spolu s ideologickou kontrolou) ovlivňují každodenní život občanek/nů. Reprodukce se tak stává nástrojem vymezení se vůči minulosti a zároveň terénem pro politické vize nové budoucnosti (Gal, Kligman 2000).

Politika reprodukce také poukazuje na významnou roli tržních zájmů, vzestupu zdravotnických profesí, globálního trhu práce a léčiv, porodnické péče a reprodukční technologie, které v životech všech členek/nů společnosti představují praktiky státního dohledu a regulace jejich reprodukce. Právě těmito praktikami jsou budovány a udržovány pohlavní, sociální/třídní i rasové/etnické kategorie. V takovém prostředí pak všichni, kteří jsou součástí mocenského aparátu, získávají a stejně tak ztrácí vlastní kontrolu nad reprodukcí v souvislosti se sociálním kontextem svých životů (Ginsburg, Rapp 1991). I toto se velice úzce propojuje s již výše zmíněným konceptem stratifikované reprodukce.

Otázka toho, kdo si koho smí brát, definování a regulace tzv. normální sexuality, akceptovatelné formy rodiny, či určování tzv. správné, přirozené dělby práce – to jsou dle Gal a Kligman (2000) příklady konkrétního působení politiky reprodukce. Politika intervenuje do zdraví i sexuality, snaží se dosáhnout idealizované podoby genderů a definuje a omezuje praktiky reprodukce, které jsou pro jednotlivkyně/ci v daném státě možné a dostupné a tím definuje i určité hranice zákonnosti, se kterými se občanky/né musí nějak vyrovnat – ztotožnit se s nimi, nebo se jim postavit na odpor a bojovat proti nim. Nejedná se tedy pouze o jednostranný vliv politiky na reprodukční chování a zkušenosti obyvatelk/lů států, ale i naopak, postoje občanů/ek k reprodukci a veřejné diskuse mají vliv na politické procesy.

1.1.3 Reprodukce a medicínský diskurs

V následující kapitole se zaměřím na to, jak je na reprodukci úzce navázán převládající medicínský diskurs, jakožto další z řady sociálních aspektů, které mají na reprodukci vliv. Medicína si např. dle Tinkové (2014) svou významnost vydobyla

v moderní, post-osvícenské době (18., 19. století), kdy lze vyzorovat zvýšení společenské prestiže připisované zdravotnickým profesionálkám/lům, pro které byla/je typická schopnost hluboce kombinovat teoretické a praktické znalosti jejich zaměření. S tím úzce souvisí proces medikalizace, při kterém „existence, jednání, chování i lidské tělo jsou od 18. století integrovány do stále hustší lékařské sítě“ (Foucault in Tinková 2014: 108).

Spolu s dalšími společenskými změnami (vzestup kapitalismu, nárůst populace) vyvstala i společenská potřeba obyvatelstvo více ovládat, což bylo možno uvést do praxe také skrze medikalizační praktiky. Medikalizace souvisí s konceptem biomoci/biopolitiky (autorem je M. Foucault), která představuje „formu moci, která usiluje o maximalizaci potenciálu či „síly“ lidského života. Jde vlastně o projekt nové „technologie populace“, kde se demografická data, výpočet věkové pyramidy, naděje na dožití, úmrtnost a natalita či samotná strategie podporování porodnosti a sňatečnosti kombinují s podporou výchovy, vzdělání a profesního formování. Celá populace i jednotlivá těla jsou chápána jako nositelé nových proměnných a biologické rysy populace se stávají relevantními prvky pro hospodářství a ekonomické řízení“ (Tinková 2014: 109). Procesy, které započaly v 18. století, dle Tinkové pokračují dodnes a lze na jejich základě vysvětlovat i společenské a medicínské zásahy do lidské reprodukce z minulého století, např. nacistickou eugeniku, asistovanou reprodukci, nucené sterilizace, interrupční komise apod., které bezprostředně s reprodukcí, tématem této kapitoly, souvisí.

To, že je naše reprodukce podrobována společenským/medicínským představám normality a skrze lékařky/ře ovlivňována zvenčí, ukazuje např. obor reprodukční medicíny. Ta má významný vliv na to, kdo se má či by se měl biologicky reprodukovat a kdo naopak už ne (např. prostřednictvím toho, jaké předkládá limity pro asistovanou reprodukci a případně léčbu neplodnosti). Z určitého hlediska je také problematická prenatální diagnostika, která vlastně tím, že stanovuje tzv. normální a nenormální nález, předkládá určitý pohled na to, kdo by se měl/neměl narodit, a je/není tedy hoden života atp. (Slepičková, Šlesingerová, Šmídová 2012).

Osobně vnímám i otázku antikoncepce obecně a hormonální antikoncepce konkrétně jako velice úzce spjatou z otázkou medikalizace a biopolitiky. Většina antikoncepčních prostředků je na lékařský předpis (kromě kondomu), lékařky/ři tedy mají v rukou nejen moc nabízet nám produkty a doporučovat nám různé jimi vybrané postupy dle vlastní

preferenci, ale mají tak také moc nad naší reprodukcí. A protože naše společnost lékařskou profesi s ohledem na její prestiž vnímá a hodnotí pozitivně, jsme tak vlastně tlačeni lékařským pokynům důvěřovat a nekriticky je následovat.

Antikonceptci považuji za jeden z nejdůležitějších konceptů v rámci otázky reprodukce. Domnívám se, že i antikoncepce může sloužit jako analytická kategorie a předmět zkoumání, což jsem se pokusila zachytit v následujících kapitolách.

1.2 Antikoncepce – „stará jako lidstvo samo“?

1.2.1 Stručná historie antikoncepce

Následující kapitola si klade za cíl stručně shrnout historii antikoncepce, která je dle odborné literatury součástí lidského života „co je svět světem“. Představím zde tedy stručný historický přehled antikoncepčních praktik, přičemž se dále blíže zaměřím na historii orální hormonální antikoncepce pro ženy.

Způsoby antikoncepční praxe byly historicky odvislé od toho, jaké teorie početí v různých historických etapách ve společnosti panovaly. Ve starověku se dle dostupné literatury mělo za to, že početí je ovlivněno modlením k různým duchům či zvířatům nebo nošením talismanů. Jakmile ale společnost vospěla do stádia uvědomění spojitosti ejakulace a těhotenství, začaly být lidmi praktikovány různé bariérové antikoncepční metody. U žen se velice často jednalo o vkládání rozličných předmětů či směsí (ze zvířecích výměšků a přírodních produktů) do pochvy, později začaly využívat postkoitální koupele či výplachy s předpokládanými spermicidními příměsemi. Muži naopak používali primitivní kondomy ze střev nebo močových měchýřů zvířat. Ve středověku se ženy pro předejití nebo ukončení těhotenství často uchýlovaly k požívání rtuti, arzenu, olova, železa, mědi, jódu či strychninu, na následky čehož často také umíraly (Connell 2002).

Connell také popisuje tři historicky po sobě jdoucí a na aktivitě mužů závislé antikoncepční metody užívané během pohlavního styku. Prvním byl Coitus saxonicus praktikován na začátku 14. století (snaha „zahnat“ ejakulát do močového měchýře vyvíjením mechanického tlaku na penis před ejakulací), následován Coitem reservatem, během kterého muž prostě vůbec neejakuloval⁴. Třetí historickou

⁴ Tento způsob byl schvalován komunitou Oneida v New Yorku v roce 1847, podle které takto docházelo k eliminaci mužské dominance nad ženami.

a neznámější metodou je i dnes využíváný Coitus interruptus, tedy ejakulace mimo pochvu⁵.

Specifickou část antikoncepční praxe tvoří sterilizace obou pohlaví. Už staří Egypťané vyjímali ženám vaječníky, australské kmeny se naopak uchýlovaly ke kastracím svých mužských potomků např. v dobách hladomoru. Napříč staletími se také setkáváme s interrupcemi, které si ženy samy způsobovaly buď požíváním jedovatých látek, nebo si nechávaly provádět (či si dělaly samy) invazivní zásahy do dělohy (Connell 2002).

Klíčovou událostí v historii antikoncepce je vznik antikoncepčního hnutí, které bývá spojován s kampaní za tzv. dobrovolné mateřství v 70. letech 19. století v Americe. Tato kampaň započala doporučením sexuální abstinence ženám (a tedy tehdy naprosto nevídané možnosti odmítnout plnění sexuálních přání partnerů/manželů) jakožto nástroje, jak zabránit nechtěnému početí. Vývoj myšlenek antikoncepčního hnutí od tohoto doporučení během jednoho století vyvrcholil podporou praktikování různých forem antikoncepce vládami států po celém světě (Gordon 1976).

Moderní formy antikoncepce (různé druhy hormonální antikoncepce, nitroděložní tělíška, vasektomie aj.) souvisí se zjištěním přítomnosti spermií v ejakulátu. Podle Connell se v současnosti vědkyním/cům v této oblasti dává za úkol hledat „ideální antikoncepci“, která bude „absolutně bezpečná, absolutně spolehlivá, vysoce přijatelná, finančně dostupná, okamžitě vratná, jednoduše praktikovatelná, která se bude snadno přepravovat a uskladňovat a bude možné ji (po)užívat nezávisle na pohlavním styku“ (Connell 2002: 9).

1.2.2 Orální hormonální antikoncepce pro ženy

I přesto, že snahy o prevenci početí pravděpodobně sahají do hluboké historie, vynález hormonální antikoncepce pro ženy je spojen s vědeckým pokrokem ve 20. století. Rakouský fyziolog Ludwig Haberlandt (někdy přezdívan jako otec hormonální antikoncepce) na počátku století prováděl pokusy na myších, při kterých dle vlastních slov, myši „hormonálně sterilizoval“. Chtěl tento postup použít také na lidi, ale tento záměr nakonec nebyl realizován a následovalo mnoho let dalšího bádání. Výrazný pokrok přinesla 50. léta, kdy Margaret Sanger⁶ přesvědčila mecenášku Katherine Dexter

⁵ Údajně první zmínka o Coitu interruptu pochází již ze Starého zákona z knihy Genesis, konkrétně z příběhu o Onanovi.

⁶ Velice důležitá osobnost bojující za široce rozšířenou ženskou antikoncepci, blíže viz níže.

McCormick k financování dalšího výzkumu orální hormonální antikoncepce pro ženy, až nakonec v roce 1954 vědci John Rock a Gregory Pincus začali provádět první testy s hormony, které měly bránit ženské ovulaci. Gregory Pincus už v této době označil aplikaci hormonálních „koktejlů“ jako jednu z metod řešení plánovaného rodičovství a světové populační otázky (Křepelka 2013 a Goldin, Katz 2002).

Po třech letech testování v roce 1957 americký Úřad pro kontrolu potravin a léčiv schválil a uvedl na trh hormonální přípravky Norlutin a Enovid, primárně určené pro léčbu zdravotních problémů souvisejících s poruchami ženského menstruačního cyklu. Zásadní zlom ve vývoji ženské hormonální antikoncepce nastal v roce 1960, kdy byl Enovid schválen jako první přípravek orální hormonální antikoncepce pro ženy⁷ (Goldin, Katz 2002)⁸.

Podle Bailey (2006) vynález pilulky výrazně ovlivnil antikoncepční praxi třemi způsoby. Zaprvé takto vznikla vůbec první ženská antikoncepce, která ženám přinesla nezávislost v několika směrech – její užívání nebylo závislé na žádné mužské iniciativě ani souhlasu a navíc nezpůsobovala žádný diskomfort při pohlavním styku (jak tomu mohl být u jiných metod antikoncepce). Zadruhé pilulka přinesla vítanou možnost oddělit od sebe nutnost řešit prevenci početí v přímé souvislosti s aktem pohlavního styku a zatřetí byla pilulka revoluční svou vysokou a nevídanou účinností.

Stačilo pět let po uvedení Enovidu na trh, aby se stal nejpopulárnější formou antikoncepce v Americe, kde ho v té době dle statistických údajů bralo 6,5 milionu vdaných a statisíce svobodných žen⁹ a více než 80 % nevěřících studentek ze střední či vyšší střední třídy mezi 20 a 25 lety¹⁰. Gynekoložky/gové si Enovid rovněž oblíbili – byla to antikoncepce snadno distribuovatelná, zvyšovala jejich lékařskou autoritu a vliv na plánované rodičovství pacientek a nesporná byla i výhodná finanční stránka věci – jistota pravidelně se vracejících pacientek (Siegel Watkins 1998).

Vynalezení pilulky bylo v 60. letech 20. století hodnoceno jako vynález stejné důležitosti jako v pravěku vynález ohně, výroby nástrojů, lovu, zemědělství či v moderní době vynález nukleární energie (Siegel Watkins 1998). Britský týdeník Economist pilulku dokonce nazval největším technologickým pokrokem 20. století (Goldin, Katz 2000).

⁷ Dále v diplomové práci je pro orální hormonální antikoncepci pro ženy užíván pojem „pilulka“.

⁸ První evropský preparát nesl název Anovlar a byl na trh uveden v roce 1961 (Seidlová, 1997).

⁹ Jejich počty nemohou být určeny přesněji, protože nebyly vedeny v oficiálních záznamech.

¹⁰ Pro dokreslení a lepší představu Goldin a Katz (2002) přináší informaci o 41% antikoncepci praktikujících vdaných žen mladších 30 let v Americe, které se v roce 1964 rozhodly pro pilulku.

Od uvedení na trh zažila pilulka jednoznačně nevídaný boom, avšak již ke konci dekády se setkala s poklesem popularity z důvodů jejích nežádoucích účinků, které byly čím dál více tematizovány, a také v souvislosti s feministickou kritikou medicínské profese v rukou mužů a její role v reprodukčním zdraví žen (Siegel Watkins 1998).

Velmi důležitou tezi do debaty o síle pilulky předkládá Darroch (2000), podle které byla před vynalezením pilulky antikoncepční praxe vlastně ženami a muži poměrně sdílená. Vzhledem k převažujícím antikoncepčním praktikám do nich byli určitým způsobem zapojeni oba, žena i muž. Bylo to způsobeno tím, že všechny antikoncepční metody úzce souvisely s probíhajícím pohlavním stykem, a proto nebylo snadné/možné je před partnerem/kou skrýt či zatajit. Pilulka tak, jak píše Darroch, přenesla zodpovědnost za antikoncepci mnohem více na ženy.

Teze Darroch do problematiky přináší nový pohled na sdílení antikoncepce. Avšak je nutné neustále reflektovat genderové vztahy ve společnosti a také historické a kulturní nastavení vztahů mezi muži a ženami. Domnívám se totiž, že pouze fakt, že určitý druh antikoncepce není možné před partnerem/kou zatajit ještě neznamená, že bude tato věc dostatečně spravedlivě sdílená. Je důležité také oplývat určitou mocí k vyjednávání a mít jistotu, že naše slovo a náš názor má v diskusi nějakou váhu, což není možné pokládat za zcela samozřejmé.

1.2.3 Hormonální antikoncepce pro muže (v zahraničí)

Již na přelomu 60. a 70. let minulého století se v Americe projevil apel na výzkum a zavedení účinné, lepší a nové formy antikoncepce pro muže. Výzkumy byly také započaty a brzy se zjistilo, které hormony jsou schopny potlačovat počet spermií v ejakulátu na velmi nízkou hodnotu, objevovaly se však vedlejší účinky (mezi nejčastější patřily příležitostné přechodné poklesy libida uživatele, mírné zvýšení tělesné hmotnosti a výjimečně i rozvoj prsní tkáně). Největší problém ale tkvěl v tom, že žádný z režimů testování nebyl schopen spermií z ejakulátu odstranit zcela, a tedy nebylo možné zaručit stoprocentní antikoncepční účinek (Scheerer 1978).

V 80. letech byly uveřejněny další výsledky výzkumu zaměřeného na mužskou hormonální antikoncepci ukazující, že důležitým aspektem přijetí nové antikoncepční metody samotnými muži je případné neovlivňování jejich libida a potence a také její bezpečnost, účinnost a vratnost. Na počátku testování byli muži k nové formě antikoncepce otevření a hodnotili ji jako přijatelnější než často praktikovanou metodu vasktomie

nebo používání kondomů, avšak v průběhu provádění testů muži vykazovali negativní vliv hormonů na jejich sexualitu. Konečné výsledky byly tehdy takové, že hormony nebyly použitelné právě kvůli nežádoucím účinkům (WHO 1982). Podobná situace přetrvávala ještě v 90. letech, kdy se vědci/kyně věnovali spíše jen experimentálnímu výzkumu hormonální antikoncepce pro muže.

Zásadně důležitým faktorem všech výzkumů je jejich financování. Ringheim (1993) upozorňuje, že farmaceutické společnosti ještě v 90. letech poskytovaly jen málo finančních prostředků na výzkum nových antikoncepčních metod pro muže a reflektuje tento stav v souvislosti s předpokládaným genderovým stereotypem ženské odpovědnosti za antikoncepci.

Lewis (2014) shrnuje několik výzkumů hormonální antikoncepce pro muže, které v minulosti probíhaly a měly potenciál být více či méně úspěšné. Nikdy ale nebyly dotaženy do úplného konce. Článek předkládá několik různých variant, proč tomu tak bylo (a stále je). Uvádí, že jednou z možných forem hormonální antikoncepce pro muže je úplné zamezení ejakulace. Tato forma se však jeví jako nepřijatelná, kvůli přítomnosti stereotypu supermaskulinního muže, alfa samce, který nemůže a nechce vyměnit své „mužství“ za antikoncepci projevující se absencí ejakulace. Největším problémem jsou však již zmíněné finance a neochota je investovat do výzkumu mužské hormonální antikoncepce v době, kdy již existuje spousta druhů ženských hormonálních preparátů schopných regulovat početí velmi obstojně.

Mužská hormonální antikoncepce tedy není úplnou utopií a rozhodně není, resp. nemusela by být předmětem pouze pilotních a nedotažených výzkumů. Vždy se však objeví důvody, které zabrání dokončení výzkumu, případně uvedení nějakého konkrétního přípravku na trh. Jaké genderové důsledky tento problém s mužskou hormonální antikoncepcí přináší, shrnuji v následující podkapitole.

1.2.4 Antikoncepce je genderovaná

V souvislosti s řečeným se zde nabízí otázka, jak by dopadly stejné výzkumy týkající se např. nežádoucích účinků a následné ochoty je přijmout výměnou za antikoncepční účinek pilulky (který, mimochodem, také není zcela stoprocentní), kdyby byly prováděné také s ženami? Kdyby se žen v době před zavedením pilulky na trh při testech výzkumnice/níci ptali, jak se cítí při užívání pilulek, zda a jak se mění vnímání jejich sexuality, vztahu k sobě sama a jaké pociťují psychické či fyzické změny při užívání

pilulek. Možná by se poté věci děly jinak. Je však nutné si zde připomenout, že sociální vědy (a vědy obecně) byly historicky dlouhou dobu především v rukách mužů, vědců, kteří věnovali prostor tématům, která je zajímala a byla jim bližší (Pavlík 2012). Právě to může být důvodem absence zájmu o názory a pocity žen v problematice širokého rozšíření pilulky a jejích nežádoucích účinků.

Je možné připustit, že ženami obsluhovaná antikoncepce se ve svých počátcích opravdu stala emancipačním mechanismem, nástrojem kontroly vlastní reprodukce, vlastního těla a vlastně životem se vším všudy. Snad i proto ženy v takovém množství polykaly a polykají (hořkou) pilulku, která s sebou přinesla a stále přináší větší svobodu v mnoha ohledech (nejen možnost lépe si naplánovat, kdy mít děti a kolik jich mít, ale také možnost věnovat se studiu, zaměstnání a kariéře bez výrazného strachu z neplánovaného otěhotnění). Muži se na své životní cestě nemusí se stejnými zkušenostmi potýkat, proto si v době, kdy začala být mužská hormonální antikoncepce v zásadě na dosah, mohli dovolit odmítat „hormony“ z důvodu zdravotních komplikací vážnějších i celkem malicherných, jako je např. absence ejakulace při vyvrcholení (jak vyplývá z uvedené literatury výše).

Ukázalo se, že pro přijetí hormonální antikoncepce samotnými muži je důležité právě vyloučení jejích nežádoucích účinků¹¹. Není nutné mít lékařské vzdělání na to, aby se kdokoli mohl přesvědčit (např. z příbalového letáku ke kterýmkoliv pilulkám), že ženská hormonální antikoncepce má mnoho potenciálně velmi závažných nežádoucích účinků a i přesto ji lékařky/ři ženám v nemalé míře předepisují a ženy jsou ochotny ji na jejich doporučení stále užívat. Denně tak podstupují poměrně závažná rizika.

Lewis (2014) uvádí, že vedlejší účinky pilulek jsou u žen přebity výhodou – zamezením nechtěnému těhotenství. Tato zásadní výhoda – zamezení těhotenství – z čistě fyziologického hlediska muži bezprostředně pociťována být nemůže, což možná způsobuje potenciálně nižší motivaci některých z nich hormonální antikoncepci užívat i s případnými nežádoucími účinky. Důležitá je tu však také sociální dimenze a společností prosazované genderové stereotypy, které zodpovědnost za reprodukci a výchovu potomků vkládají primárně do rukou žen, a tak na ně vyvíjí i větší tlak přijmout zodpovědnost i za antikoncepci.

Domnívám se však, a souhlasím v tomto s Jaggar (1992), že pokud chce kdokoli jakákoliv témata označovat jako „ženská“, je důležité při tomto posupovat velmi opatrně.

¹¹ I Křepelka (2013) uvádí, že problém pro zavedení mužské hormonální antikoncepce jsou stále přítomné nežádoucí účinky a obavy z možného zvýšeného rizika rakoviny prostaty.

Znamenalo by to totiž, že zájem žen o tato témata je přirozený, tzv. normální, žádoucí a nevyhnutelný a že skupina žen je co do oblastí zájmu homogenní. Životy žen a mužů jsou však „neoddělitelně propojené a neexistují žádné „ženské otázky“, které by nebyly zároveň otázkami mužskými“ (Jaggar, 1992: 787). To dokazuje i fakt, že se muži a ženy zapojují do rozmanitých oblastí života, i těch, které bývaly/bývají stereotypně přiřazovány k opačnému pohlaví/genderu. Naprostou většinu témat lze pak označit prostě za lidská, a to právě bez ohledu na pohlaví nebo gender. To je dle mého názoru zcela zásadní i v oblasti reprodukce a antikoncepce, do které jsou už z principu zainteresováni partnerka i partner.

Pilulka byla rozšířena ve jménu ženského osvobození a zrovnoprávnění s muži. Nerovnosti v oblasti jejího užívání a sdílení všech jejích výhod a nevýhod ženami a muži však i po více než padesáti letech stále přetrvávají. Obrovská rozdílnost, nerovnost a genderovanost v přístupu k hormonální antikoncepci u žen a u mužů je zde zřejmá.

Dovolím si ještě na tomto místě přednést ke zvážení následující myšlenku. Případné zavedení mužské hormonální antikoncepce se na jednu stranu může zdát jako něco, co je pro větší rovnost mezi muži a ženami nevyhnutelnou potřebou – více metod antikoncepce může znamenat i více alternativ možných řešení pro různé partnerské páry.

Z výše uvedeného je zřejmé, že hormonální antikoncepce má na životy žen značný vliv, v pozitivním i negativním smyslu. V tom negativním pouze ženy stále snáší všechna rizika a nežádoucí účinky s tímto druhem antikoncepce spojená. A to i proto, že do finalizace některého z výzkumů mužské hormonální antikoncepce chybí chuť ho financovat, když fungující pilulky – pro ženy – už přeci máme.

Pokud se na to ale podíváme z jiného pohledu a představíme si čistě hypoteticky, že zodpovědnost za hormonální antikoncepci mají na svých bedrech muži, nedáváme jim tak vlastně do rukou další nástroj jejich dominance? Ženy bez možnosti přesvědčit se, zda je jejich partnery hormonální antikoncepce zcela správně užívána, nemají potřebnou jistotu a musí pouze naprosto důvěřovat a spoléhat na partnerovu zodpovědnost. Důvěra v partnerovu/činu zodpovědnost, samozřejmě, vyžaduje respekt, zodpovědný přístup k sexu a partnerství obecně z obou stran – ani muži nemá onu kýženou jistotu. Avšak domnívám se, že právě nemožnost kontroly by mohla být pro ženy, které jsou nakonec primárně zasaženy případným nechtěným těhotenstvím, zásadní komplikací.

1.3 Margaret Sanger (a srovnání s Evropou)

„Žádná žena, která nemá kontrolu nad vlastním tělem, se nemůže nazývat svobodnou. Žádná žena se nemůže nazývat svobodnou, dokud si nemůže vědomě vybrat, zda bude či nebude matkou.“

Margaret Sanger, 1920

V této kapitole se pokouším zachytit příběh, na jehož počátku stojí Margaret Sanger, naprosto zásadní aktérka v otázce ženské emancipace v souvislosti s antikoncepcí, a na jehož konci stojí stejná americká feministická ženské antikoncepční svobody, která si zahrává s ohněm v podobě inklinace k eugenice a rasismu.

V kapitole popisuji historické a společenské události a okolnosti významné pro kompletní uchopení problematiky ženské reprodukční svobody, případně nesvobody, což dokazuje, že i antikoncepce je v přeneseném významu mince, která rozhodně má dvě strany – jedna z nich umožňuje emancipaci určitých žen a druhá sociální kontrolu žen jiných. Která ze stran převládá, záleží na tom, kdo tuto minci právě svírá ve své dlani, a k jakým účelům má v danou chvíli sloužit.

Níže tedy postupně představuji vývoj myšlenek Margaret Sanger, který doplňuji o dostupné informace ze stejné doby z evropského prostředí. Uvědomuji si, že tato kapitola neskýtá nespočet možností, jak ji reflektovat dále v empirické části práce, avšak jsem toho názoru, že bez kapitoly takového zaměření by má diplomová práce o (hormonální) antikoncepci rozhodně nebyla kompletní. Příběh Margaret Sanger totiž ukazuje pohled na antikoncepci z různých úhlů, které jsou dále promítnuty přímo na otázku antikoncepčních pilulek.

Na konci 19. století byly v mnoha státech světa zavedeny zákony, které zakazovaly používání a prodávání antikoncepce a také distribuci informací s ní souvisejících (ve výjimečných případech byly kondomy povolenou formou antikoncepce díky své schopnosti bránit přenosu pohlavních chorob). Patřily sem země jako např. Amerika¹², z Evropy např. Holandsko, Belgie nebo Francie. Najdeme ale i země v tomto ohledu pokrokovější, kam v jisté době patřilo např. Německo, kde již na konci 19. století existovaly organizace nabízející rady a informace o antikoncepci. V této době

¹² Zde byla antikoncepce nelegální až do roku 1965, pro nesezdané páry dokonce až do roku 1972.

se v souvislosti se vzestupem feministických myšlenek již objevoval ženský aktivismus, který proti zmíněným zákazům bojoval¹³ (Roberts 1999 a Glass 1966).

Jak bylo uvedeno, Margaret Sanger je považována za průkopnici antikoncepce z počátku minulého století a také za vynálezkyňu spojení „birth control“, tedy pojmu „antikoncepce“, někdy též plánované rodičovství. Její práce má své zastánkyně/ce, kteří oceňují její aktivitu v oblasti podpory rozvoje a šíření antikoncepčních metod mezi ženy různého věku i společenského statusu. Má však také své zásadní odpůrkyně/ce, kteří tvrdí, že její snahy v oblasti antikoncepce od počátku směřovaly k cílenému omezování porodnosti obyvatel z minorit v Americe.

Průlomovou se v této oblasti stala stať *Family Limitation Pamphlet* (z roku 1914), ve které se Margaret Sanger zabývala konkrétními radami a postupy ohledně zábrany početí. V podstatě začínala v brožurě něčím, co bychom dnes mohli nazvat základní sexuální výchovou, pokračovala bouráním mýtů ohledně početí a popisem různých způsobů antikoncepce. Tento její text byl na svou dobu velmi revoluční a významní lidé z americké elity se ho snažili zakázat, protože v zásadě pracoval s právem žen na medicínskou/zdravotní svépomoc, dával jim do rukou možnost kontrolovat vlastní reprodukci, hájil právo na interrupce a potvrzoval právo žen na (sexuální) užívání si vlastního těla. Sanger byla za sepsání brožury dokonce zatčena. V této době také začala pracovat s vyloženě feministickými tezemi, když v článku *Woman Rebel* mj. uvedla, že ženské tělo patří pouze ženě samotné a že vynucené mateřství je naprostým popřením ženského práva na život a svobodu. Upozornila, že ženy nedosáhnou pokroku, dokud si neuvědomí, že nebudou mít s muži rovné podmínky, dokud právě muži budou mít kontrolu nad ženskou reprodukcí a početím (Jensen 1981). Už zde se začíná ukazovat souvislost možnosti chránit se proti nechtěnému početí s ženskou svobodou.

Postupně ve druhé dekádě minulého století Sanger začala vydávat *Birth Control Review* a pod politickým tlakem (zejména mužských) elit se vzdala argumentů o přínosné ženské svépomoci v otázkách antikoncepce a kompetenci poskytovat informace o prevenci početí a dobrovolném, zodpovědném mateřství přenechala lékařkám/řům. Toto Jensen (1981) vysvětluje jako strategický krok. Sanger si totiž byla vědoma, že lékařky/ři a jejich expertní vědění ve společnosti oplývají výhradní autoritou a že tak ze své pozice mohou mít více možností a vlivu, jak informace ženám distribuovat.

¹³ V Evropě patří k významným bojovnicím za ženskou antikoncepční emancipaci např. Holanďanka Aletta Jacobs, která už v roce 1882 ze své pozice lékařky předepisovala ženám pesary (Glass 1966).

Fakt, že i sama Sanger byla zdravotní sestrou, ji nijak nepomohl v tom, že velká část odborné společnosti považovala její názory za irelevantní. Velmi negativně bylo pohlíženo na její aktivity a názory zejména v oblasti přínosu antikoncepce v otázce řešení sociálních a zdravotních problémů chudých rodin, které propagovala. Objevovaly se názory o jejích úctyhodných snahách zlepšit „lidské plemeno“ a předcházet tak „množení duševně a fyzicky nezpůsobilých jedinců“, avšak s odkazem na významnější vědu, která má toto ve svých rukách a plánech do budoucna, a to eugeniku. Propagovaná emancipaci žen byla lékařskou elitou potírána tvrzením, že největší silou ženy je moc dávat život a výchova dětí je nejvyšší funkcí ženství (Lester, Blakely 1918). Toto je také důkazem patriarchálního a nevyrovnaného nastavení společnosti pracující s genderovými stereotypy a prosazováním vytvořené konstrukce tzv. správného ženství, které prostřednictvím reprodukce mělo sloužit společenskému blahu.

Po první světové válce pak bylo možné antikoncepci chápat jako pomoc pracujícím ženám. Tento názor Sanger sdílela, poukázala na to, že antikoncepce je způsobem ukončení chudoby a také trápení např. sociálně slabých obyvatel (Jensen 1981). S těmito argumenty pracovali rovněž představitelky/lé první antikoncepční kliniky v Anglii, která byla otevřena v roce 1921, a kde byly informace a antikoncepci šířeny právě ve jménu lidského dobra. Toto byly teze, na které tehdejší poválečná společnost reagovala velice pozitivně (Glass 1966).

V Evropě byla ve 30. letech založena první klinika kontroly porodnosti v Holandsku, v níž působili lékařky/ři sdružení v Nizozemské společnosti pro sexuální reformu. Ve Švédsku byla založena Národní asociace pro sexuální výchovu (v roce 1934), sdružení, které poskytovalo poradenství v oblasti antikoncepce, pomáhalo organizovat její širší prodej a podporovalo sexuální osvětu. Island měl zákon z roku 1935, podle kterého byli lékařky/ři povinni informovat ženy, které projevíly zájem o konzultaci možností antikoncepce. V Německu bylo v této době patnáct významných organizací, které se propagací antikoncepce zabývaly, avšak jejich aktivity byly v době nacismu potlačeny (Glass 1966).

Sanger se přibližně do 40. let podařilo za pomoci osvěty mezi ženy významně rozšířit antikoncepci ve formě pesarů. Začala se ale potýkat s nespokojeností mnoha žen s touto formou prevence početí, a proto začala výrazně podporovat vizi hormonální antikoncepční pilulky pro ženy. Její velká výhoda byla spatřována v tom, že se na rozdíl

od dosavadních prostředků užívala nezávisle na probíhajícím pohlavním styku (Siegel Watkins 1998).

Evropa se potýkala s válkou, v druhé polovině 40. let zase s jejími následky. Antikoncepce tedy nebyla nijak významně privilegovaným tématem k řešení. Heineman (2006) se soustřeďuje na oblast západního Německa a ukazuje, že během války a v dalších několika letech po ní byly možnosti antikoncepce velmi omezené – nejrozšířenější se stala opět přerušovaná soulož, protože např. pesary nebo kondomy byly nedostatkovým zbožím.

Ve Skandinávii bylo rozložení používání antikoncepčních prostředků obdobné. Jak píše Sogner (2003), kolem poloviny 20. století byly nejužívanější tzv. konzervativní metody antikoncepce (přerušovaná soulož, počítání ne/plodných dní atp.), na vzestupu byly pesary a jen kolem 20 % tamních párů používalo kondomy. Otázky ohledně sexu byly v této době veřejně tematizovány, což bylo ve Skandinávii považováno za přirozenou posloupnost ve vývoji demokracie, individualismu a dosahování ženských práv¹⁴ (Sogner 2003).

Výše bylo ukázáno, jakým způsobem se v první polovině 20. století vytvářel a proměňoval emancipační narativ antikoncepce a tak to, jakým způsobem do distribuce antikoncepce zasáhla druhá světová válka. Níže je ještě světleno, jak do této oblasti zasáhly rasistické a eugenické myšlenky.

1.3.1 Eugenika, rasismus a antikoncepce

Je důležité si uvědomit, že možnost a schopnost kontrolovat svou plodnost byla v první polovině 20. století příkladem rozdílů mezi bohatými a chudými lidmi, což se také promítlo do základní koncepce eugenického hnutí ve 20. a 30. letech minulého století. V něm se projevovala snaha o vytvoření „lepšího lidského plemena“ tím, že lidé označeni jako „způsobilý, zdatní, hodící se pro reprodukci“ budou mít více dětí než lidé považováni za „nezpůsobilé, nezdatné a pro reprodukci se nehodící“. Ona způsobilost či zdatnost byla posuzována podle různých měřítek, někdy přímo souvisela s bohatstvím/chudobou, a tedy příslušností ke společenské třídě, jindy byla určována dle intelektuálních, morálních a fyzických atributů nebo dle příslušnosti ke konkrétnímu etniku/rase (Valenza 1985). Intelektuální atributy a osobnostní znaky vidělo tehdejší eugenické hnutí v Americe

¹⁴ Norská průkopnice antikoncepce a bojovnice za ženská práva, Katti Anker Moller, dokonce prosazovala myšlenku, že by stát měl zajistit, aby matky dětí byly ekonomicky nezávislé na mužích, bez rozdílu mezi svobodnými a vdanými ženami. Mateřství mělo být dle Moller vždy dobrovolné, a proto dle ní ženy měly mít přístup k antikoncepci. Výsledkem jejího aktivismu bylo vytvoření center mateřské hygieny (Sogner 2003).

jako geneticky determinované, tedy dědičné. Sociální problémy pro zastánkyně/ce těchto myšlenek měly mít původ v biologické degeneraci obyvatelstva. Eugeničky/ci v zájmu zdokonalení společnosti obhajovali záměrnou racionální kontrolu reprodukce některých předem určených skupin občanů/nek (Roberts 1999).

Valenza uvádí poměrně kontroverzní myšlenku, když říká, že: „teoreticky eugenické hnutí nebylo rasistické; mělo překročit rasové bariéry pro celkové zdokonalení lidstva“ (Valenza, 1985: 44). Takto řečeno toto hnutí nutně nemuselo být navázáno na rasu/etnicitu, ale praxe ukázala, že ono avizované a žádoucí zdokonalení lidstva tkví v jeho „očistění“ od obyvatelk/lů, kteří (nikoliv náhodou) patřili k předem vymezené skupině, jejímž spojovacím znakem byla rasová/etnická a třídní příslušnost. Valenzovo tvrzení tedy vnímám zásadně rozporně a i jeho následnou obhajobu eugenické minulosti samotné Sanger vnímám skrze tuto optiku.

Výše bylo nastíněno, že Sanger se v době svých počátků neseťkávala s výraznější podporou ze strany významných lékařských elit, a její hlas tak širší veřejností příliš nerezonoval. Myšlenky eugeniky, která byla považována za vysoce vědeckou disciplínu přinášející tehdejší společnosti logicky odůvodněná a nevyvratitelná tvrzení, byly elitami hodnoceny pro společnost jako celek jako mnohem přínosnější, než propagace antikoncepce zdravotní sestrou a jejími soukmenovkyněmi.

V době, kdy eugenické hnutí v Americe podporovalo porodnost bohatých lidí (při snaze o potlačení porodnosti lidí chudých), přišla tedy Margaret Sanger s požadavkem legalizace antikoncepce. To se zpočátku neseťkalo s přízní eugenického hnutí, protože to v antikoncepci spatřovalo nástroj, který podle jejich vize měli přijímat za své především bohatí lidé, jejichž žádoucí, avšak nízká porodnost se tak měla ještě snížit (Valenza 1985).

Další argument pro zařazení myšlenek Sanger k eugenickému hnutí je ten, že v *Birth Control Review*, kterou v určité době editovala, uveřejňovala i eugenické pohledy na různá témata. Zde je však dle Valenzy třeba si uvědomit, že aby byla Sanger a její myšlenky, akceptovány veřejností, musela antikoncepční tematice vydobýt určitou prestiž. Jednou z cest k této prestiži bylo také určité předvádění spolupráce s respektovanými odborníky/níky na danou oblast, za které byli v té době považováni právě propagátorky/ři eugenického hnutí (Valenza 1985).

Jenže zarámováním své kampaně eugenickými termíny podle Roberts (1999) Sanger ukázala, že antikoncepce slouží národním zájmům, což si tehdejší doba vyžadovala. Nejenže antikoncepcí prosazovala ženské zdraví a svobodu, ale mohla začít pracovat

i s hledáním určitého rasového zdokonalení. Eugenický jazyk, který Sanger používala, dal jejím myšlenkám vědeckou věrohodnost. Následně tedy to, „co na počátku století začalo jako tažení za osvobození žen od potenciální zátěže nedobrovolných těhotenství a nekonečného mateřství, se během druhé světové války stalo metodou sociální politiky. Zaměření pozornosti na právo žen na kontrolu vlastní reprodukce byla nahrazeno zaměřením na národní fiskální bezpečnost státu a etnickou skladbu obyvatelstva“ (Roberts, 1999: 58). Sanger navíc podle Valenzy (1985) věřila, že lidé s těžkým postižením jsou sociální zátěží a nebezpečím pro společnost a že jejich reprodukce snižuje celkovou inteligenci lidské rasy.

Příslušnost k eugenickému hnutí ale není jedinou vadou na kráse, která bývá Sanger přičítána. Setkáme se také s nařčením z rasismu, který jde s eugenikou ruku v ruce. Například Gordon (1976) tvrdí, že zájem Sanger v poskytování antikoncepce minoritám byl motivován právě rasismem. Sanger se na konci 30. let podílela na Negro Project ve snaze vzdělávat Afroameričanky/ny o antikoncepci. Podle Gordon tak Sanger proklamovala, že afroamerická populace je nejméně inteligentní, a tedy nejméně zdatná ke správné výchově dětí. Dle Davis (2003) byla existence Negro Project epizodou v antikoncepčním hnutí znamenající ideologickou výhru rasismu, kdy nebyla hájena práva afroamerické minority na antikoncepci, ale spíše rasistická strategie populační kontroly.

Jak z výše popsaného vyplývá, primárně účtyhodné argumenty o ženské emancipaci a kontrole vlastní reprodukce, se kterými Sanger započala svou aktivistickou dráhu, se po druhé světové válce staly nástrojem sociální kontroly a politiky reprodukce, která vedla k nucenému užívání různých druhů antikoncepce či sterilizacím u znevýhodněných skupin obyvatel. Aby Sanger antikoncepci prosadila, uchýlila se k používání argumentů a jazyka respektovaných elitních zástupců/kyň z řad průkopníků/nic eugeniky. Ukázala přitom prstem na část obyvatelstva (ne náhodou náležící ke stejné etnické/rasové menšině nebo ke stejné třídě), která měla oproti majoritě výrazně ztížené společenské podmínky života a byla považována za problémovou. Proto bylo dle Sanger zapotřebí jim antikoncepci poskytnout – v jejich zdánlivý prospěch.

Přesto, že se Sanger zpočátku snažila bojovat za emancipaci (a nediskriminaci) žen, která souvisela s jejich reprodukční rolí, během své aktivistické kariéry se s vidinou snazšího dosažení úspěchu sama postavila na stranu diskriminujících.

Ucelený a jednoznačný názor na odmítnutí nebo příklon k eugenickému a rasistickému zaměření Margaret Sanger se v rámci odborných textů nehledá snadno.

Existují materiály pro možné přiklonění se k oběma variantám. Pokud ale začneme antikoncepci (důrazně) doporučovat, nereflektovaně distribuovat nebo dokonce nutit někomu jen proto, že se z našeho pohledu reprodukuje víc než by měl, nehledě na potenciální dobré úmysly (zlepšení sociální situace dotčených), pohybujeme se na velice tenkém ledě, který je dle mého názoru v zásadě rasistický a eugenický.

1.4 Emancipace a/nebo kontrola

Pokud se na reprodukci zaměříme jako na analytickou kategorii, můžeme jejím prostřednictvím zjistit, jak a kdy antikoncepce může fungovat jako emancipační a/nebo kontrolní mechanismus (či kombinace obou, jak jsem již zmínila výše).

Názory na antikoncepci se od počátku 20. století pohybují na škále právě mezi dvěma póly: emancipace a kontroly. Prvek emancipace je považován za pozitivní účinek, který s sebou antikoncepční praxe přinesla zejména ženám z vyšší třídy majoritní části společnosti. U žen z minorit bývá pozitivní vliv antikoncepce zmiňován spíše v souvislosti se zlepšující se sociální situací a zdravím.

Naproti tomu antikoncepce jako kontrolní mechanismus má výhradně negativní konotace související se zneužíváním různých antikoncepčních přípravků pro záměrnou regulaci porodnosti předem určených skupin obyvatelstva. O něco úderněji někdy bývá její šíření majoritou mezi minoritu spojováno s aktem genocidy, případně rasové sebevraždy při jejím následném přijetí právě dotčenými minoritami. Následující kapitola bude zaměřena na oba možné pohledy a jejich prolínání.

1.4.1 Antikoncepce jako emancipační mechanismus

Situace kolem antikoncepce v první polovině 20. století v americkém kontextu byla představena spolu s antikoncepční aktivistkou Margaret Sanger výše. Boj za ženskou reprodukční svobodu a sebeurčení započal v době, kdy Margaret Sanger ještě nebyla ovlivněna eugenickým hnutím a společnost šokovala tezemi o souvislosti ženské svobody a možnosti kontrolovat vlastní tělo, které byly velmi revoluční, vezmeme-li v úvahu fakt, že něco tak bazálního jako je volební právo, získaly ženy v Americe v roce 1920.

Zavedení Enovidu¹⁵ na trh bylo vlastně dovršením očekávatelného vývoje, který započala právě osobnost Margaret Sanger. Ta sama stála u zrodu antikoncepční pilulky. Enovid byl na trh vpuštěn ve stejné době, kdy společností začínala pozvolna vířit druhá vlna feminismu, a ženské svobodě a možnosti sebeurčení začalo s ohledem na společenskou změnu, které se postupně udály, svítat na lepší časy. Společenské klima provázané právě i s „vynálezem“ Enovidu dovolilo ženám více se přiblížit možnosti kontrolovat vlastní tělo, tedy dosáhnout další velmi důležité svobody, a to svobody reprodukční.

Mluvíme o době, kdy si ženy začaly vybírat odlišné obory ke studiu, častěji dosahovaly vyššího vzdělání a snad poprvé v historii dostaly reálnou možnost realizovat se ve výrazně kreativnějších zaměstnáních, než jak tomu bylo doposud. Poprvé mohly být ženy plně sexuálně aktivní a nemít (téměř žádné) obavy z nechtěného těhotenství, a to na základě vlastní iniciativy, zodpovědnosti a kontroly. Ženy poprvé dostaly do rukou možnost po vlastní ose řídit vysoce spolehlivou antikoncepci, která jim dovolila začít plánovat si své životy novým, svobodnějším (na mužích méně závislým) způsobem.

Pilulka představuje v historii velký zlom – stala se téměř dokonalou antikoncepcí poskytující téměř úplnou kontrolu vlastní reprodukce. Nejistota v otázkách reprodukce a možnosti plánování rodiny byla jedním z důvodů, proč se rozhodnutí týkající vzdělání a kariéry u mužů a žen výrazně lišila. Ženy obecně kvůli potomkům trávily (a stále ještě tráví) na trhu práce méně času než muži, byly nuceny (a mnohdy stále ještě jsou) vybírat si zaměstnání stereotypně viděna jako ženská, která lépe umožňovala sladit pracovní, soukromý a rodinný život. Možnost plánovat svůj reprodukční život, kterou pilulka poskytla, se stala velice důležitým nástrojem pro dosahování určitého společenského statusu (Birdsall, Chester 1987).

Tento vývoj dokazují i demografické výzkumy z amerického prostředí, podle kterých s sebou 70. léta přinesla více žen v odborně zaměřených studijních programech (právo, medicína, byznys) a prodloužil se věk pro vstup do prvního manželství. Pilulka a její dostupnost pro mladé svobodné nezletilé ženy¹⁶ úzce souvisela s jejich kariérními plány a také zmíněným vstupem do manželství. Ženám se dostalo nevídané jistoty ohledně

¹⁵ První registrované orální hormonální antikoncepce.

¹⁶ Tato skutečnost nebyla samozřejmá. Primárně pilulku mohly užívat jen ženy vdané od jedenadvaceti let věku.

plánování rodiny, a tím pádem nemusely mít strach investovat do vzdělání a věnovat se kariéře (Goldin Katz 2002).¹⁷

Druhá polovina 20. století s sebou přinesla řadu společenských změn, např. potratovou reformu, která společností velmi zahýbala. Když se zabýváme důvody, proč pilulka začala být ženami tak hojně využívána, není možné od sebe oddělovat různé společenské zvraty a dopady vzestupu druhé vlny feminismu, která se váže ke stejnému období. Přidáme-li k podobě tehdejšího společenského klimatu ještě další společenské změny, jako např. obecný růst mezd, společenskou poptávku po kvalifikované pracovní síle nebo šíření technologií, které šetřily práci v domácnosti, není divu, že se pilulka stala u žen tak oblíbeným nástrojem mj. i vlastního rozvoje, kariéry a lepšího uplatnění na trhu práce (Bailey 2006). Podle Solinger (2000) pilulka přinesla ženám sexuální svobodu (v první fázi svobodu od strachu z otěhotnění) a stala se tak přímo „deklarací nezávislosti/svobody“ pro ženy.

1.4.2 Antikoncepce jako kontrolní mechanismus

Dosahováním vyššího vzdělání, kariéry, a tedy větší svobody pro ženy však stálo zcela mimo cíle příslušnic z nižších společenských tříd – ať s užíváním antikoncepce nebo bez ní. S postupem času začal být více tematizován názor, že morální povinností chudých lidí je zmenšování rodiny (tedy počtu narozených dětí), čímž do antikoncepčního hnutí vešla třídní otázka související i s rasismem a eugenikou. Co bylo zpočátku považováno za právo (pro privilegované) začalo být konstruováno jako morální povinnost (pro chudé) (Davis 2003).

V americkém prostředí proběhla v 50. letech debata mezi zástupci afroamerické elity. Ta se dělila na tábor, který věřil, že v množství je síla a popíral, že by snížení porodnosti afroamerické minority zlepšilo jejich životní podmínky. Tato skupina používání antikoncepce s účelem záměrně snížit porodnost považovala za rasovou sebevraždu¹⁸. Druhý tábor naopak vyzdvihoval kvalitu života obyvatel nad jejich kvantitou¹⁹ (Weisbord 1973).

¹⁷ Řešením nechtěných těhotenství byly také potraty, které byly zlegalizovány přibližně ve stejné době jako rozšíření pilulky mezi většinu žen a dospívajících dívek. Pilulka měla ale mnohem větší dopad, na ní byly ženy a díky v praxi „závislé“ více než na potratech proto, že byla z tehdejšího pohledu prostě bezpečná, spolehlivá, efektivní, pohodlná a bezbolestná (Goldin, Katz 2002).

¹⁸ Sem patří např. samozvaný strážce rasy Dr. Julian Lewis.

¹⁹ Do tohoto tábora patřil známý afroamerický aktivista a vědec W. E. B. Du Bois, který antikoncepci nazval vědou aplikovanou na přivádění dětí na svět. Zdůrazňoval také, že ze všech, kteří potřebují antikoncepci, jsou

Pokud se ještě znovu vrátíme k argumentu antikoncepce jakožto nástroje určitého rasového zdokonalení, zjistíme, že pro minoritu a majoritu měl tento argument zcela odlišné významy. Pro majoritní eugenice holdující část společnosti tkvělo zlepšení rasy ve snížení porodnosti sociálně slabých, kteří dle tehdejšího názoru měli mít dědičné genetické defekty (tedy sledujeme antikoncepci jako jasně kontrolní nástroj v rukou majority vůči minoritě). Pro minoritní část společnosti otázka zlepšení rasy souvisela s postupem v oblasti spravedlnosti mezi majoritou a minoritou a vyžadovala transformaci nerovných ekonomických a politických vztahů. Afroamerická minorita nikdy nepracovala s argumenty „defektů“, ale pouze se zlepšením svého zdraví, kterému podle některých mohla právě antikoncepce přispět (Roberts 1999)²⁰.

Shodují se na tomto místě s Roberts (1999) v tvrzení, že odsouzení pilulky jakožto nástroje genocidy není možné považovat za paranoidní nebo neopodstatněné. Takový názor sice odhlíží od role pilulky v otázce ženského sebeurčení, avšak vznikl z reálné historie reprodukčního zneužívání afroamerické minority. Domnívám se totiž, že pokud na danou problematiku použijeme optiku majoritní společnosti, vidíme v antikoncepci prostě pomoc sociálně znevýhodněným a možnost, jak se mít lépe. Pokud však optiku vyměníme a zaměříme se na danou otázku z pohledu afroamerické minority, zjistíme, že jejich kolektivní reprodukční zkušenost je vlastně prostoupena kontrolou a důrazem na restrikcí jejich reprodukce.

Antikoncepce byla ve 20. století, kdy se stala významným společenským tématem, úzce spojena se snahou o kontrolu reprodukce sociálně slabých obyvatel/ek. U žen z nízkých společenských tříd byly často tematizovány ekonomické dopady jejich neplánovaných, potenciálně nechtěných dětí a pilulka začala být brzy spojována s otázkou hrozícího přelidnění. Zastánci/kyně „population control“, tedy „populační kontroly“, napadali reprodukční sebeurčení jakožto jednu ze složek individuální lidské svobody, a zcela obrátili pozitivní „zmocňující“ význam antikoncepce. Udělali z ní nástroj na řešení přelidnění, zpomalení populačního růstů (zejména u sociálně znevýhodněných). Tedy právě v redukci porodnosti byl viděn její největší přínos (Gordon 1976).

Afroameričanky/né na prvním místě – kvůli příliš vysokým počtům dětí a následkům toho na zdraví žen a vysokou kojeneckou úmrtnost (Weisbord 1973).

²⁰ V souvislosti s touto debatou je nutné mít na paměti také historický fakt, že zásahy do reprodukce afroamerické menšiny ze strany většiny jsou historicky zakořeněny již od dob otroctví. S otroky bylo zacházeno jako se zvířaty – otrokáři si vytvářeli vlastní „chov“ (plodné otrokyně např. dostávaly různé odměny a za určitý počet potomků jim byla slibována svoboda), jedním způsobem trestů byla např. kastrace apod. Není proto divu, že antikoncepční intervence do reprodukce byly částí afroamerického obyvatelstva vnímány negativně či přímo rasisticky/genocidně (Weisbord 1973).

Aby tyto myšlenky populační kontroly nebyly pouze abstraktními tezemi, uvádím zde dva konkrétní případy z minulosti, které jasně a přímo ukazují, jak to vypadá, když se antikoncepce dostane do rukou mocným zastánkyním/cům populační kontroly²¹.

Jedním z takových případů, kdy se pokrok v oblasti antikoncepce stal jasným mechanismem kontroly reprodukce vybrané skupiny žen, přináší 90. léta a užívání antikoncepce Norplant v Americe. Norplant (hormonální antikoncepční plastové trubičky implantované pod kůži na pět let) byl obecně představován jako antikoncepce s vysokou efektivitou a vítanou dlouhodobou účinností. Tato forma antikoncepce měla podle Malat (2000) v Americe vyřešit sociální problémy s afroamerickou, hispánskou a původně žijící²² minoritou. Uvažovalo se dokonce, že bude zavádění Norplantu chudým ženám finančně podporováno ze strany státu.

Při těchto diskusích byla naprosto přehlížena fakta týkající se zdraví žen. Nežádoucí účinky byly pro chudé ženy – nejčastěji z výše uvedených minorit – s ohledem na jejich zdravotní stav a předpoklady vyplývajícími z daných životních možností a okolností více rizikové. V šíření Norplantu hrál významnou roli stereotypní předsudek, že ženy z minorit mají příliš mnoho dětí a nejsou zodpovědnými matkami. Pravdou je, že s užíváním Norplantu dotčené ženy často souhlasily, avšak je nutné upozornit, že neměly dostatek informací, patřičné vzdělání, aby se k informacím mohly samy dostat a nadto je vysoce znevýhodňovala jejich ekonomická situace, ve které vidina nechtěného nebo neplánovaného dítěte mohla být ještě více negativní a znepokojující než u žen s lepším ekonomickým zaopatřením (Malat 2000). Norplant byl viděn jako prostředek, který by mohl mít sílu eliminovat nežádoucí chudobu a sociální znevýhodnění – nikdo však neřešil, proč tyto problémy vznikají a jak by se jim dalo předcházet. Zavádění Norplantu se soustřeďovalo pouze na důsledky sociálních problémů. Norplant se stal také nástrojem rasisticky smýšlejících lékařek/řů – kvůli nemožnosti samostatného vyjmutí nabízely dlouhodobé řešení, a tedy kontrolu reprodukce afroamerické populace.

Dalším příkladem mohou být sterilizace quanacrinem²³, které byly v druhé polovině 90. let provedeny stovkám tisíc žen v pětadvaceti zemích světa (nejvíce v Indii). V roce 1998 byl tento druh sterilizace soudně zakázán, ale ukázalo se, že ještě v roce 2003 se sterilizace quanacrinem děly dále. Tento druh „experimentu“ do rozvojových zemí

²¹ Dva vybrané příklady jsou pouze ilustrační, které byly diskutovány při výuce kurzu Rasa a reprodukce v zimním semestru akademického roku 2013/2014.

²² V angličtině „native“.

²³ Jedná se o antimalarikum, které bylo v podobě granulí vloženo do dělohy, kde se rozpustilo, způsobilo zjizvení tkáně a zablokování vejcovodů.

přivezli američtí lékaři Kessel a Mumford, kteří byli přesnými reprezentanty myšlenek populační kontroly. Věřili totiž, že pomáhají bojovat proti přelidnění v rozvojových zemích a proti vzrůstající imigraci do zemí rozvinutých – tyto argumenty tak zakrývaly skutečné problémy s hladem, chudobou, nezaměstnaností a vzděláváním. Ve svých aktivitách šli američtí populační kontroloři dokonce tak daleko, že strategicky zaškolovali venkovské lékaře ze velmi zjištěných důvodů. Tito venkovští lékaři byli pro chudé ženy známí, proto v ně měly důvěru a byly ochotny podstupovat známými lékaři doporučené procedury, u nichž ani nebyly plně srozuměny se skutečnými dopady na jejich zdravotní stav a budoucí plodnost (Dasgupta 2005).

Z uvedených příkladů je zřejmé, jakou roli v otázce zavádění antikoncepce jakožto kontrolního mechanismu hraje moc a její zneužívání, přičemž celá problematika je výrazně intersekcionalní (zahrnuje nerovnosti genderové, rasové/etnické, třídní, věkové apod.).

V současné době není snadné najít takto konkrétní příklady zneužívání antikoncepce. Bádání mě však zavedlo například k informacím o tom, že Bill & Melinda Gates Foundation spolu s farmaceutickou společností Pfizer budou ženám v devětašedesáti nejchudších zemích světa poskytovat hormonální antikoncepci s názvem Sayana Press v podobě zvláště upravených injekcí v ceně jednoho dolaru na tři měsíce. Tyto injekce mohou být aplikovány kamkoliv pod kůži i v nemedicinském prostředí. Ze strany nadace a farmaceutické společnosti se setkáme se s argumenty o dobrovolném plánování rodiny, které dotyčným ženám v chudých zemích pomůže informovaně rozhodovat o tom, zda a kdy mít děti, zamezí to nechtěným těhotenstvím, následné mateřské a novorozenecké úmrtnosti, ženy budou mít lepší vzdělávací a ekonomické možnosti a povede to ke zdravějším rodinám a komunitám. Plánování rodiny je podle Gates Foundation jednou z nejvíce efektivních investic do budoucnosti pro chudé země (viz např. Thomas 2014, Pierson 2014, Bill & Melinda Gates Foundation).

Velice výrazně se zde projevuje politika reprodukce na globální úrovni, jak ji popisuje Ginsburg a Rapp (1991). Nedomnívám se, že uvedený příklad je na místě zcela přirovnávat k výše zmíněným příkladům z minulosti. Pokud ženy z chudých zemí opravdu chtějí účinnou antikoncepci, o které nemusí nikdo kromě nich nic vědět, považuje injekce aplikovatelné v podstatě kdekoliv za dobré řešení.

Stále je však na místě reflektovat, že se jedná o pohled a iniciativu bohatého „západu“, který své ideje spolu s konkrétními opatřeními posílá směrem na chudší

„východ“. I přesto, že se nikde nesetkáme přímo s tezemi o nežádoucím přelidnění chudých lidí (na to se dnes příliš dbá na tzv. politickou korektnost), domnívám se, že i o to je jede z důvodů této západní iniciativy.

Hormonální antikoncepce jako taková je s ohledem např. na její nežádoucí účinky prostě problematická u všech jejích uživatelů/lů, o to více u žen znevýhodněných nedostatkem informací a nedostatečnou možností si je dohledat či zjistit. Je tu zcela nezanedbatelná role někoho dalšího (v tomto případě z bohatého „západu“), kdo má moc ovlivnit, co a jakým způsobem bude ženám z chudých zemí předáno za informace.

Na druhou stranu – jsou takové akce a iniciativy chybou? Jak jinak než předáváním informací „zvenku“ znevýhodněným ženám poskytnout možnost se efektivně chránit před nechtěným těhotenstvím a moci tak např. dosáhnout větších pokroků ve vzdělání či zaměstnání, když podobné aktivity v prostředí, kde žijí, nemohou fungovat. Domnívám se, že je potom zcela zásadně důležité a nutné informace podávat, a to sice co nejvíce přístupně, ale zároveň kompletně, pluralitně a kriticky.

1.5 České prostředí

1.5.1 Obecné souvislosti socialistických zemí

Pokud se zaměříme na otázku postavení žen za socialismu, na teoretické rovině byla rovnost žen a mužů znakem kýžené společenské změny, které chtěl socialismus dosáhnout. Rovnost žen měla být dosažena prostřednictvím jejich návratu na produktivní trh práce, což jim mělo zajistit nezávislosti na mužích. I v socialistickém Československu se dva příjmy pro fungování rodiny staly nutností. Provedené systémové změny způsobily, že se zvýšila zaměstnanost žen stejně jako jejich absolutorium středních škol s maturitou. Když teprtičky/ci upozornili na strukturální znevýhodnění žen (např. existence ženské dvojí směny – v práci a doma), došlo k tomu, že mnohé aktivity, které musely ženy zastávat, byly delegovány na stát, a tedy zespolečňeny – začaly vznikat jesle, školky, veřejné prádelny, závodní jídelny atp. V 60. letech však důraz na ženskou roli ve výchově dítěte znovu nabyl na síle, byla prodloužena mateřská, což přetrvalo až do normalizačních let (Wagnerová 2009).

Vlády socialistických států samy sebe nazíraly jako zodpovědné za své občanky/ny i v otázkách souvisejících s reprodukcí např. v oblasti antikoncepce, sexuálního vzdělání, prenatalní a postnatalní péče. Toto se však nedělo ve jménu ženské reprodukční svobody,

ale obecného společenského kolektivního blaha. Důležité pro socialismus bylo spíše poskytnout každé jednotlivkyni/ci možnost maximalizovat vlastní přínos pro kolektiv, přičemž u žen tento úkol měl být realizován právě prostřednictvím role pracujících matek (Einhorn 2002).

Antikoncepce jako společenské téma byla víceméně tabu, často zahrnuta na černý trh. Už od konce 50. let byla velkým tématem otázka interrupcí, která začala být tematizována v souvislosti s ženským zdravím, které mělo být nelegálními interrupcemi ohrožováno (Wagnerová 2009). Legalizace potratů zákonem o umělém přerušení těhotenství z roku 1957 je dle Havelkové „jeden ze základních momentů emancipace žen za socialismu“ (Havelková 2009: 191), avšak je důležité si připomenout vznik potratových komisí, které měly v rukou moc ženám povolit či nepovolit podstoupení interrupce.

Hlavním tématem bývalých socialistických politik v otázce ženských práv, pokud taková práva byla diskutována, byla tedy především interrupcí. Protože se ale tato diplomová práce zaměřuje na antikoncepci, nebudou zde podrobně rozebírány okolnosti týkající se interrupcí a přístupu k nim, protože interrupci osobně nepovažují za antikoncepční metodu. Jedná se o ukončení již započatého těhotenství, nechápu interrupci tedy jako jednu z možností prevence početí, čímž ve svém nejširším významu antikoncepce je. Zaměřím se tedy v této kapitole na otázky související s antikoncepcí.

1.5.2 Od coitu interruptu k vlastní sexuální revoluci a zpět (?)

Vzhledem k výše zmíněnému není divu, že míra užívání antikoncepce u žen byla v Československu velmi nízká – alespoň s nějakým druhem antikoncepce se setkalo jen 18 % všech „sovětských“ žen, z nichž pouze 5 % užívalo tzv. moderní formy, jako byla pilulka nebo nitroděložní tělísko. V Československu byla rozšířenou antikoncepcí DANA („Dobrá a neškodná antikoncepce“), známé tuzemské nehormonální nitroděložní tělísko, které se v 70. letech 20. století setkalo s kritikou pro jeho vedlejší účinky a selhávání v oblasti jeho nejdůležitějšího účinku, ochrany proti početí.

Podobně na tom Československo bylo s pilulkami vlastní výroby, při jejichž užívání hrozilo větší riziko vedlejších nežádoucích účinků, než jak tomu bylo u pilulek vyráběných v západních zemích (Heitlinger 1987). Kromě DANY se v Československu vyráběly pilulky s názvem Antigest, které byly dostupné od poloviny 60. let. Ještě v roce 1977, kdy se prováděl výzkum, ze kterého Einhorn (2002) čerpala, však pouze 5 % českých

a 2 % slovenských žen pilulku užívalo (ve srovnání např. s 18 % žen v západním Německu). Ve stejném roce bylo zjištěno, že 30 % žen žijících ve městech a 45 % venkovských žen v Československu nemělo vůbec žádné znalosti o antikoncepci a trpělo výrazným nedostatkem vědomostí souvisejících se sexualitou obecně (Einhorn 2002).

V polovině 70. let byly do Československa také dováženy pilulky z Jugoslávie, kde byly vyráběny pod licencí Spojených států amerických a mohly tak přispívat ke zlepšení problematické situace nedostatku antikoncepce vyráběné u nás (avšak ne na příliš dlouhou dobu, protože dovoz se tehdejší vládě zdál příliš finančně náročný). Nedostatek pilulek šel ruku v ruce s nedostatečnými sexuálními vědomostmi, které přiznávali účastnice/níci prováděného výzkumu (Heitlinger 1987).

Většina žen tak spoléhala na zodpovědnost a zkušenosti svých sexuálních partnerů. Nejužívanější antikoncepční metodou byla přerušovaná soulož, i přesto, že se dle statistik jedná o jednu z nejméně spolehlivých antikoncepčních metod. Počet sice od 50. let, kdy na tuto metodu spoléhalo 68 % všech párů, výrazně klesl, avšak i nadále se k ní uchýlovaly dvě pětiny českých a dokonce polovina slovenských žen ve věku 18 – 44 let. Důležité je zde také zmínit velmi nízkou popularitu mužské bariérové metody, kondomu (Heitlinger 1987).

Zajímavé je podívat se na celou tuto problematiku také jinou optikou. V 70. i 80. letech minulého století byla „šťastná rodina“ základem společnosti. Mít děti byla normou, která zásadně ovlivňovala postavení populace v tehdy socialistické československé společnosti. Záviselo na tom např. přidělení bytu pro tzv. rodinnou jednotku již s dětmi nebo pro novomanžele, kteří brzy svůj účel dětnosti měli naplnit (Tomášek 2007).

Z toho vyplývá, jak výrazný nátlak k rodičovství socialistická společnost na své členky/ny vyvíjela. Plodnost byla důležitým ukazatelem fungujícího, zdravého, heterosexuálního vztahu. Byla něčím, co se probíralo nejen v rodině, ale i veřejně, například v práci s kolegyněmi/gy. Pokud byl sezdaný pár delší dobu po svatbě bezdětný, bylo to okolím považováno za podezřelé, a proto hodné komentářů, narážek či dotěrných otázek (Heitlinger 1987).

Z takového pohledu se spoléhání na statisticky nejméně spolehlivou formu antikoncepce jeví o něco srozumitelněji. Zjevný byl také jakýsi kult ženské slušnosti, který předpokládal, že slušná žena sex neplánuje, protože ten „se jí nějak stává“, a proto předem jeho okolnosti a případně i vhodnou antikoncepci nemá připravené, ani je nekonzultuje

s partnerem. Z takového pohledu se v socialistickém Československu nemuselo jednat o ignoranci, nevzdělanost, nerozum nebo nezodpovědnost, ale spíše o jeden z aspektů tehdejších vztahů mezi pohlavími (Heitlinger 1987).

Zásadní zlom, samozřejmě, nastal v 90. letech minulého století. Sametová revoluce s sebou přinesla změny snad ve všech sférách lidského života. Co se týká postavení žen ve společnosti, porevoluční doba je pro ně charakteristická změnami v několika oblastech. Ekonomické změny a s nimi související nátlak na větší flexibilitu zaměstnankyň/ců s sebou přinesly i změny životních strategií žen a mužů. Ženy se však musí potýkat s větší zátěží, protože jsou považovány za primární pečovatelky o malé děti, a tedy ty osoby, které budou po dobu dlouhé mateřské mimo pracovní trh. Se znevýhodněním na pracovním trhu české ženy od revoluce musí počítat a ohlížet se na tuto skutečnost při plánování svých pracovních drah. Musí vyvíjet významnou aktivitu při snaze sladit pracovní, soukromý a rodinný život, protože na základě společenských norem a stereotypů je kombinace práce a rodiny považována za ženskou záležitost (Křížková 2006). V otázce reprodukčního chování lze vyzorovat velkou odchylku od stavu, který v této oblasti panoval před revolucí. Tomášek (2007) mluví o tzv. vžitě bezdětnosti, kdy pro ženy ve věku dvacet a více let je účinná antikoncepce samozřejmostí a aktuální bezdětnost základní jistotou.

Česká republika tedy v 90. letech zažila vlastní sexuální revoluci, s čímž je spojen také výrazný nárůst v oblasti užíváním tzv. moderních forem antikoncepce, zejména pilulek. Ještě na počátku dekády spoléhala až čtvrtina párů na přerušovanou soulož, situace se ale brzy začala měnit a v průběhu následujících let většina žen i mužů získala v oblasti sexuality a antikoncepce mnohem hlubší znalosti. To se projevilo např. i v tom, že již před začátkem sexuálního života je přibližně od konce 90. let většina dospívajících seznámena s rozmanitými možnostmi efektivní antikoncepce, kterou také užívá. I to je oproti minulosti výrazná změna. Postupně se také zvyšoval počet žen mezi 15 – 49 lety, které si nechávají předepisovat pilulky – ze 4 % v roce 1990 až na 47 % v roce 2006 (+ 7 % žen se rozhodovalo pro nitroděložní tělísko, 15 % pro kondom a 7 % stále spoléhalo na přerušovanou soulož a další tzv. přirozené metody) (Sobotka et al. 2008). Kondom se také stal hlavní antikoncepční metodou při náhodném sexuálním styku (Weiss, Zvěřina 2001).

1.5.3 Spekulativní odbočka

Po roce 1989 tedy sledujeme výrazný boom moderní antikoncepce, avšak jak je patrné z tabulky č. 1 (viz níže) z informací Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, počet uživatelů pilulek se od poloviny 90. let přibližně po deseti letech pozvolného stoupaní zastavil a začíná pomalu klesat. Otázkou však zůstává, na jaký druh antikoncepce ženy, které přestávají s užíváním pilulky, přechází. A právě to symbolizuje otazník na počátku minulé kapitoly.

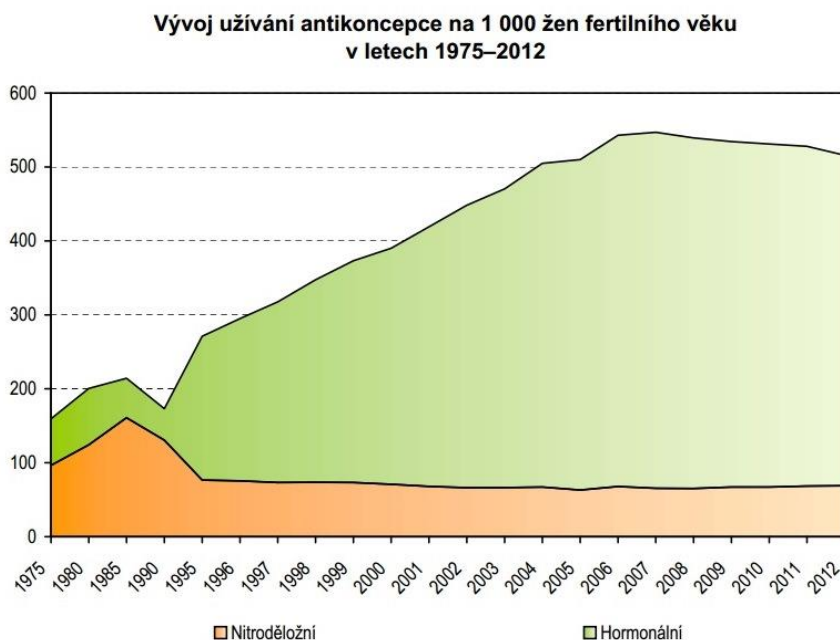
Jones et al. (2009) totiž ukazují, že poměrně často užívané kondomy a přerušovaná soulož se ve svých výsledcích a účinnosti nijak zásadně neliší. Dle jejich dostupných výzkumů se stále zvyšuje počet žen, které se někdy rozhodly spolehnout na přerušovanou soulož či se na ni spoléhají častěji/pravidelně. Mnohdy také v kombinaci s jinými metodami, kdy ono přerušení je potvrzením právě té kýžené jistoty neotěhotnění. Jones et al. předpokládají, že celkové výsledky by byly pravděpodobně ještě vyšší, protože se stává, že přerušovaná soulož často nebývá respondentkami/ty výzkumů vůbec vnímána jako antikoncepční metoda, ale spíše jako určitý praktický postup. Pozitiva přerušované soulože bývají viděna v její nepřetržité dostupnosti (tedy možnosti ji použít/praktikovat kdykoliv bez omezení), a v absenci jakýchkoliv chemických látek.

Studium tohoto tématu mě také zavedlo k internetovému článku s názvem *Žádná pilulka, žádný problém. Seznamte se s generací, která vyndává*²⁴. V článku je uvedena myšlenka, že se čím dál více současných žen navrací k přerušované souloži, protože pilulka už pro ně neznamena symbol osvobození. Preferují bio a ekologické produkty a nelíbí se jim myšlenka užívání synteticky vyrobených hormonů v případě pilulek nebo nepříjemných pocitů při užívání kondomů. Také nejsou spokojeny se zdánlivě rovnostářskými partnerskými vztahy, ve kterých je plná zodpovědnost za prevenci početí na bedrech žen. Takové ženy se navrací k tzv. přirozené metodě počítání neplodných a plodných dní a i přerušovaná soulož je pro ně schůdným řešením antikoncepce, která je pro ně také mnohem více spojená se sdílením s partnery, než kdy předtím (Friedman 2013).

I já si všímám, že i v Čechách přicházíme do doby, kdy je populární žít co nejvíce zdravě, „přirozeně“ a ekologicky. Stává se trendem dávat si větší pozor na to, co jíme, od koho produkty kupujeme, snažíme se léčit přírodními preparáty bez chemie, dokud je to možné. Čím dál častěji také potkávám ženy, které se vyhýbají hormonům a pilulkám

²⁴ Jedná se o volný překlad názvu *No Pill? No Prob. Meet the Pullout Generation*.

a hledají nové, zdravější způsoby, jak se před početím chránit. A tak, kdo ví. Možná, že i v případě antikoncepce budeme následovat zahraniční trendy a začneme se navracet k antikoncepčním kořenům, coitu interruptu.



Tabulka č. 1. ÚZIS ČR. 2013.

1.5.4 Mužská hormonální antikoncepce v Čechách

Výše bylo představeno, že mužská hormonální antikoncepce je v zahraničí řešena už poměrně dlouhou dobu. V českém prostředí však debaty o nové mužské hormonální antikoncepci nijak zvlášť společností nerezonují. V období socialismu byl obecně problém dostat se k dostatečným informacím o antikoncepci, pilulky pro ženy byly nedostatkovým zbožím a hormonální antikoncepce pro muže nebyla tematizována vůbec.

V současnosti média občas zveřejní nějaký článek, který se mužské antikoncepci a zahraničním pokrokům v této oblasti věnuje, nedomnívám se však, že by se jednalo o výrazné impulzy, které by změnily nazírání české populace na antikoncepční praxi.

Český medicínský diskurs zde není možné celistvě analyzovat, ale soudě dle publikací, kterým se věnuji níže, mužská antikoncepce není nic, na co by se čeští lékaři/ky chtěli blíže zaměřovat nebo čemu by chtěli věnovat pozornost. Důvodem je i fakt, že v oblasti mužské antikoncepce lze v současné době vybírat pouze z přerušované soulože, kondomu a vasektomie. Proto se zmínění autoři a autorka zaměřují výhradně

na detailní rozbor ženských (převážně hormonálních) metod antikoncepce. Toto zaměření shledávám jako zásadní problém, který ale autory/kou nebývá vůbec reflektován.

I Petr Křepelka (2013), zástupce mainstreamové gynekologicko-porodnické medicíny uvádí, že výzkumnice/níci v oblasti mužské hormonální antikoncepce nezhálí a snaží se. Je známé složení, jaké by měla mít mužská antikoncepce, aby byla účinná. Neexistuje však žádná klinicky použitelná metoda pro muže, která by zaručila dlouhodobou možnost regulace reprodukce a zároveň vyloučila nežádoucí účinky (například obavy z rakoviny prostaty).

Navzdory Křepelkovi, dle dostupných údajů diskutovaných výše by mužská hormonální antikoncepce mohla obstojně existovat (pokud by výzkumy byly dotaženy do úplného konce). Ale jak uvádí Máslová (in Matějů 2011), „není problém ji [hormonální antikoncepci pro muže] vyrobit, ale uplatnit na trhu. Nikdo by ji nekupoval“

1.5.5 Nástin českého medicínského diskursu

„Až budete dnes večer polykat svou antikoncepční tabletku, dobře a s náležitou úctou si ji prohlédněte. Držíte v ruce věcičku, která dokáže změnit osudy celých národů, věcičku, která má větší sílu než tsunami, atomová bomba a hurikán dohromady. Klidně ji spolkněte, určitě není zdraví škodlivá a vám neublíží; vždyť o tom je celá tato kniha. Jen jste možná zarazila další malý hřebíček do rakve nejen českého národa, ale možná celé jedné lidské rasy.“

Alexandr Barták, 2006

Obsáhnout komplexně téma českého medicínského diskursu není cílem této práce, ani na to zde není prostor. Uvádím spíše jen velmi zevrubný popis českého medicínského diskursu v oblasti antikoncepce zakládající se na třech náhodně vybraných titulech z pera českých lékařů a lékařky týkající se problematiky antikoncepce z různých časových období od 90. let 20. století²⁵. Všechny knihy mají jedno společné – jsou z rukou představitelů a představitelky české mainstreamové medicínské praxe.

²⁵ Knihy byly vybrány při návštěvě Městské knihovny v Děčíně, kdy se při zadání klíčového slova „antikoncepce, kontracepce“ do tamního vyhledávače ukázaly jako dostupné právě tyto tři knihy. V podstatě předem neplánovaně pochází tyto knihy z různého období, což se dle mého názoru nakonec ukázalo jako přínosné – lze na nich vysledovat, jaké informace jsou pro běžnou návštěvnicí/níka knihovny dostupné z různých let.

Po prostudování knih uvedených autorů a autorky jsem došla k názoru, že obecně antikoncepce je jimi vnímána jako naprostá samozřejmost a tzv. norma současné společnosti²⁶. I když nikde nenalezneme explicitní vyjádření, jednoznačně z publikací vyplývá, že antikoncepce je především ženskou záležitostí i odpovědností. Čtenářstvu ukazuje, že v otázkách antikoncepce je třeba mířit na ženy/pacientky nikoliv muže/pacienty nebo ideálně na (partnerské) páry, které se sexuálního aktu účastní společně, a tedy by i dle mého názoru měli sdílet v co největší možné míře zodpovědnost za prevenci nechtěného těhotenství. To dokazuje i fakt, že mužské antikoncepci bývá v knihách věnováno nepoměrně méně místa.

Dle knih je především v zájmu žen se o antikoncepci postarat a rovněž potom snášet potenciální (ne zcela zanedbatelné) nežádoucí účinky např. hormonální antikoncepce, která je zejména v podobě pilulek obecně ze strany mainstreamových lékařů/ek podporována, schvalována a doporučována jako jedna z nejspolehlivějších, a tedy nejlepších forem antikoncepce pro naprostou většinu žen a dívek. Ostatní metody bývají někdy zesměšňovány, je tematizována jejich subjektivně hodnocená neestetičnost, nežádoucí potřebná dovednost manipulace s nimi a úbytek spontaneity při pohlavním styku (zejména v případě kondomu, který Barták (2006) považuje u stabilních partnerských párů za druh podivínství²⁷).

Nežádoucí účinky se autoři a autorka nesnaží nijak skrývat či utajovat, setkáváme se však s jejich bagatelizací a předkládáním jistých pravd čtenářstvu o nulovém vlivu užívání hormonů na budoucí plodnost nebo menstruační cyklus. Z mého pohledu knihy také podsouvají, že přínos pilulek pro dívky a ženy různého věku jednoznačně převažuje jejich nedostatky.

Mohlo by se zdát, že antikoncepční argumenty problematické z pohledu rasy/ethnicity od poloviny minulého století ustoupily a že se již v lékařském mainstreamu nesetkáme s tezemi o chudých imigrantech/kách, kteří svou plodností válčují moderní „antikoncepčně uvědomělé“ původní obyvatelstvo vyspělých zemí světa. Opak je ale pravdou.

Seidlová (1997) svou knihu vydala v nakladatelství Maxdorf, zaměřeném na zdravotnickou literaturu, a to v edici Jessenius vydávající díla předních českých a slovenských lékařů/ek stejně jako Fait (2006). Barták (2012) je členem České gynekologicko-porodnické společnosti.

²⁶ Viz např. shrnující citát Bartáka (2006): „Teprve moderní antikoncepce dokázala... umožnit člověku užívat příjemných stánek sexu, aniž by si nadělal kupu starostí s dětmi“. Barták je členem České gynekologicko-porodnické společnosti.

²⁷ K otázce ženského kondomu Barták dokonce uvádí: „Dr. Radim Uzel píše, že tato antikoncepční metoda je v zahraničí oblíbená..., já se domnívám, že je to metoda bizarní a její použití zůstane omezeno na skalní feministky, které pokládají svého partnera za naprostého idiota a nejsou ochotné mu svěřit vůbec nic. U nás nic takového není dostupné a myslím, že není čeho litovat“ (Barták, 2006: 27).

Barták (2006) uvádí, že: „Antikoncepce tehdy ovšem vítězné tažení světem zahájila, i když vůbec ne v oblastech, kde by bylo nejvíce třeba. Proti očekávání našla hlavní uplatnění především v zemích ekonomicky rozvinutých, kde se v jejím důsledku začala prudce snižovat již tak nízká porodnost. Dokonce by se dalo říci, že čím rozvinutější země, tím více antikoncepce a tím méně dětí, jako by se potvrzovala pravdivost anekdoty, podle které je jejich plození zábavou chudých, zatímco bohatí raději hrají golf... Důsledky na sebe nedaly dlouho čekat. Přetlak plynoucí z hustoty osídlení a s ním souvisejících hospodářských potíží začal vytlačovat obyvatele asijských a afrických zemí do zvolna vymírajících států Evropy, které se přistěhovalectví nebránily: rozvinutá ekonomika přece potřebuje pracovní síly. A protože rodiny nových přistěhovalců mají obvykle více dětí než starousedlíci, Asie a Afrika zvolna dobývá Evropu. Ne válečným tažením, které si představovali katastrofičtí proroci 20. století – nenápadněji, ale možná o to účinněji. Hesla holohlavých křiklounů o „Evropě pro bílé“ na tom nic nezmění. Proti nim totiž stojí malý, ale strašlivý nepřítel skrývající se v kabelkách evropských žen: antikoncepční tableta“ (Barták 2006: 128-129).

V zásadě je možné říci, že žena je v konečném důsledku tou osobou, která se s potenciálně nechtěným či neplánovaným těhotenstvím vždycky musí nějakým způsobem vyrovnat a nést zodpovědnost za své chování (jít na potrat – nechat si dítě). To však neshledávám jako relevantní důvod pro to, aby lékařské knihy, které jsou podle všeho obecně o antikoncepci, nikoliv o antikoncepci ženské, nebyly téměř vůbec mířeny na muže, nepracovaly téměř vůbec s tak bazální otázkou jako je sdílená zodpovědnost párů a nechali všechny nežádoucí účinky hormonů bez sebemenší známky reflexe zakoušet pouze ženy.

Pokud se věnujeme problematice antikoncepce v souvislosti s medicínským diskursem, považuji za vhodné na tomto místě zmínit konzultační metodiku GATHER doporučenou Mezinárodní federací pro plánované rodičovství, kterou v úvodu své knihy *Antikoncepce. Průvodce ošetřujícího lékaře* představuje Fait (2012). Metodika primárně míří na konzultace ohledně ukončení těhotenství, ale je možné ji přenést na veškerou konzultaci související s otázkami plánování rodičovství. GATHER znamená zkratku šesti konzultačních bloků. V českém jazyce byl této metodice přiřknut analogický název POMNIK, a to dle následujícího klíče: Greet clients – Ask clients about themselves – Tell clients about their choices – Help clients choose – Explain what to do – Return for follow-up zní po převedení do českého jazyka jako Pozdrav – Otázka – Možnosti –

Návrh – Instrukce – Kontroly. Písmeno G/P s sebou nese pozornost, vstřícnost, ujištění o diskrétnosti a vysvětlení průběhu konzultace, A/O znamená vyptávání na důvody návštěvy a klientčinu představu vyřešení, zájem o její potřeby, pocity a obavy, vyjadřování empatie a porozumění, T/M představuje jasné vymezení možností, které klientka v daném okamžiku má a diskusi o znalostech klientky o antikoncepčních metodách, H/N odborné nasměrování klientky k definitivnímu rozhodnutí, E/I znamená přesný popis dalšího postupu a konečně R/K je o zjišťování spokojenosti klientky s danou metodou, eventuálně pomoc se změnou (Fait 2012).

Zmíněná metodika představuje dle mého názoru teoreticky velmi dobře návodnou senzitivní metodu, jak může lékař/ka přistupovat k problematice týkající se antikoncepce a ne/plánování rodičovství a reflektovat tak individuální potřeby a přání klientek. Otázkou však zůstává, v jaké míře jsou jednotlivé body uplatňovány v praxi i v souvislosti např. se sociálním postavením klientek a dalšími aspekty, které mohou určovat nerovnováhu lékař/ka – klientka/pacientka.

Z mainstreamové gynekologicko-porodnické medicíny vzešla také Helena Máslová, zřejmě mediálně nejznámější nepřítelkyně a kritička právě mainstreamové lékařské praxe v oblasti gynekologie a porodnictví a průkopnice psychosomatické léčby ženských gynekologických problémů. Máslová se proslavila svými kritickými komentáři k několika palčivým tématům. Domnívám se, že právě její teze v této práci nemohou chybět pro zachování plurality názorů.

Svou pracovní kariéru Máslová započala na klasické gynekologii, ze které ale „byla odejita“ dle jejích slov kvůli několika článkům o lékařsky vedených porodech a o hormonální antikoncepci, kde kritizovala vliv farmaceutických firem a časté předepisování pilulek mladým dívkám. Přestoupila tedy na interní oddělení, ale ani tam se její články nesetkaly s podporou, proto musela odejít do léčebny dlouhodobě nemocných (Votrubová 2011).

Máslová uvádí, že dnešní společnost lidi nutí, aby svou reprodukci plánovali, což po dlouhou dobu způsobovalo masovou poptávku po pilulce, která je jedním z neúčinnějších způsobů tohoto plánování a v posledních letech se stala masovou záležitostí právě proto, že pomáhá prožívat otevřeně vlastní sexualitu bez hrozby nechtěného či neplánovaného otěhotnění (Máslová in Jandová 2013).

Pilulku psychogynekoložka neodsuzuje za každou cenu a ve všech případech, ale zásadně brojí proti jejímu předepisování velmi mladým dívkám, často z důvodů,

kteře s plánováním reprodukce nemají souvislost (např. nepravidelná menstruace, problémy s pletí) a mohou do budoucna ženskému reprodukčnímu zdraví významně uškodit (Máslová in Matějů 2011). Odlišný pohled předkládá také v souvislosti s nerovným přijímáním výhod a nevýhod pilulek. Zatímco na jedné straně její výhody sdílí ženy i muži, s nevýhodami jsou nuceny se potýkat pouze ženy.

Setkáme se také se sociologickými důsledky pilulky, která podle Máslové zcela zásadně změnila společnost. „Je to naprostý mezník v historii západní civilizace. Převedení většiny žen v plodném věku do umělé neplodnosti změnilo chování nejen těchto žen, ale zpětnou vazbou i chování mužů. Celkově ale záleží na úhlu pohledu. Pokud se oprostíme od české kotliny a podíváme se na to z výšky, tak skutečnost, že se na přelidněné planetě nerodí v Čechách děti, není žádný problém“ (Máslová in Mocková 2014).

U Heleny Máslové se setkáváme se zcela odlišnými názory, než které můžeme vidět u výše zmíněných dvou zástupců a jedné zástupkyně klasické české gynekologie. Máslová nejenže pilulku nevidí jako univerzální ideální řešení antikoncepce pro všechny, avšak mnohem více upozorňuje na její nežádoucí účinky v souvislosti s nedostatečně zjišťovanými kontraindikacemi a na ekologické a sociální aspekty, které mají vliv na vztahy mezi pohlavími. Setkáme se také s jejím vyjádřením k přelidnění planety, které, opět v rozporu s autorem výše, rozhodně nespojuje s negativními účinky migrace na „civilizovanou a pilulky milující“ Evropu. Máslová se mnohem více věnuje sociologickým souvislostem, na které má pilulka vliv a nebojí se ani otevřené kritiky medicínské a farmaceutické praxe. Právě proto jsem ji zařadila jako lékařku v opozici k mainstreamu.

1.6 Ideologie volby

V demokratických společnostech žijeme s tzv. ideologií volby, která je v zásadě jedním ze stavebních kamenů a ideologických předpokladů všech demokratických států. Již ze své podstaty zahrnuje premisu, že vše v našich životech je otázkou vlastní individuální svobodné volby – tedy, že vždy a za každých okolností si sami můžeme zvolit, co je pro nás v daném okamžiku nejpřijatelnějším, nejlepším a individuálně preferovaným řešením.

Ideologie volby vychází z předpokladu, že lidé mají různé možnosti, žijí ve svobodné společnosti, která jim nabízí mnoho alternativ, ze kterých si mohou vybírat

a jakožto individuální činitelé/ky jsou schopni dělat rozhodnutí na základě vidiny cíle, kterého chtějí dosáhnout (Lopez 1997).

Takové teze však nelze považovat za automatické a univerzální. Já sama mám pocit, že každá volba je výběrem pouze z aktuálně dostupných možností, které ne vždy odpovídají tomu, co bychom opravdu ideálně chtěli a často je limitována tím, co nám společenské/politické okolnosti (tedy proměnné nezávislé na našich tužbách a potřebách) dovolí.

Rebeca Shaw ve své studii (2007) analyzuje osmdesát telefonátů na Home Birth helpline, britský telefonní (informační a podporující) servis pro ženy, které přemýšlí o porodu doma, ze kterých vyplývá, s jakými překážkami se při svém rozhodování musí tyto ženy potýkat. Tyto překážky totiž velmi často souvisí právě s otázkou svobodné volby a jejích limitů (a tím nemyslím limity dané zákonem). V případě porodu je podle studie totiž právě kontrola nad vlastní volbou a rozhodováním hlavním motivem, proč ho mnoho žen chce podstoupit doma. Domov je místem, kde je nikdo zvenčí v zásadě neomezuje, nevnučuje jim své názory na věc a nezasahuje tak do jejich tělesné integrity, vlastní svobody.

Svobodné a zodpovědné rozhodování by mělo vycházet z toho, že člověk oplývá dostatečným množstvím informací, aby mohl co nejvíce nezávisle dělat daná rozhodnutí. Avšak i toto záleží na kontextu, ve kterém jednotlivci/kyně jsou nuceni žít. Koncept volby však nestojí pouze na přístupu k relevantním informacím o různých možnostech a alternativách, ze kterých lze v dané oblasti vybírat, ale souvisí i se skutečnými možnostmi na tyto alternativy dosáhnout. V případě porodů doma se ukázalo, že ženy musí čelit „volbě“ podléhající lékařským přístupům, tomu, že musí mít k dispozici nezávislou porodní bábu (pokud v místě, kde žijí, vůbec nějaká taková působí a pokud působí, zda si ji mohou dovolit), případně родit doma bez jakékoliv asistence, nebo родit v klasickém nemocniční zařízení a být velmi asertivní k tamním poskytovatelům/kám zdravotní péče (Shaw 2007). Tento příklad ilustruje, že svobodná volba je zásadně omezená okolními vlivy.

Omezují nás také určité okolnosti na v podstatě nevědomé úrovni. Volby, které jsou nám v různých oblastech dostupné, jsou do značné míry ovlivněny diskursem, který ve společnosti převládá. Diskurs má schopnost do společnosti prosakovat skrze medicínské, náboženské, vzdělávací a mediální instituce. Ve chvíli, kdy se nějaký způsob myšlení o určitém problému stává většinou nejvíce akceptovatelným pohledem na věc,

stává se také dominantní, hegemonickou formou přemýšlení, která se následně projevuje ve způsobu přemýšlení a vnímání individuálních jednotlivců/kyň a omezuje tak rovněž jejich volby. To také zásadně souvisí s tím, co daná společnost považuje za normu a od čeho tedy odvozuje správné způsoby chování a rozhodování (Shaw 2010).

Iris Lopez (1997) dokonce uvádí, že odmítá používat termín volba, aniž by reflektovala, že tento termín evokuje zmiňovanou ideu svobodné vůle založené na individuální svobodě, jakožto části liberální ideologie. Současně tvrdí, že všechna lidská rozhodování jsou společensky zprostředkována a někteří lidé mají s ohledem na svůj společenský status větší prostor dělat rozhodnutí než jiní.

Z výše uvedeného vyplývá, že veškeré naše rozhodování (týkající se antikoncepce nevyjímaje) je ve světle liberálního myšlení vnímáno jako svobodné. Ukazuje se však, že svobodná volba podléhá dominantnímu diskursu a představám většiny, která nás pak podle naší svobodné volby soudí. Je zjevné, že v reálu velmi záleží na situovanosti člověka, tedy na jeho sociálním zázemí a statusu/třídě, věku, rase, pohlaví, přístupu ke vzdělání apod. a že možnost volby vlastně čistě svobodná často být nemusí. Ideologie volby se pak v tomto světle zdá být falešným konceptem.

1.7 Význam rodinného prostředí

V minulé kapitole jsem uvedla, jak je možné sledovat vliv okolí a převládajícího diskursu ve společnosti na naše možné volby a zdánlivě svobodné individuální rozhodování. Protože jednou z dimenzí mé diplomové práce je také generační vztah matka – dcera, zaměřím se v této kapitole na přenos postojů a hodnot v rámci rodiny a také na vliv rodinného prostředí na rozhodování a volby zejména v oblasti sexuality a antikoncepce, ke kterým se mé výzkumné otázky vztahují.

Jak uvádí Moen, Erickson a Dempster-McClain (1997), rodičovský vliv na hodnoty, postoje a názory jejich potomstva bývá velmi silný. Velice výrazně se přenáší status rodiny a tzv. sociální adresa, která zahrnuje příslušnost ke společenské třídě, etnické a náboženské pozadí rodiny a často se také přenáší dosažené vzdělání. Sociální adresa úzce souvisí s širším společenským rámcem, do něhož se rodiny musí zařadit právě na základě uvedených charakteristik (třída, etnicita, náboženství, vzdělání) a který následně řídí možnosti rodičů a později také jejich dětí.

Avšak přenos hodnot z rodičů na děti „se stává problematickým v dobách velkých společenských změn, kdy se mladší generace může s tou starší v přesvědčení, hodnotách

a chování rozcházet“ (Moen, Erickson a Dempster-McClain, 1997: 281). Uvedené autorské trio za zlomovou dobu považuje druhou polovinu 20. století, kdy se výrazné společenské změny promítly i do vnímání např. genderových rolí žen a proměnily tak dosavadní přenos hodnot a názorů mezi matkami a jejich dcerami. Důležitá je zde také role pilulek a jejich užívání, které dle Hillard (2000) ovlivnilo vztahy mezi matkami a dcerami, jak je osvětleno níže.

Uvedené teze chápou tak, že ač je status rodičů pro děti, jejich postoje a hodnoty velmi určující, výraznou roli hraje také doba, ve které rodiče své děti vychovávají. Zcela zásadní je celospolečenské klima a jeho změny, které mají vliv na očekávání, která od svých členek a členů společnost má. V rámci těchto změn a jejich vlivů i na genderové role a uspořádání vztahů si potomstvo i s ohledem na starší generaci a její zkušenost vytváří vlastní hodnoty, postoje a názory.

K otázce vztahu matek a jejich dcer výzkum Moen, Erickson a Dempster-McClain (1997) ukazuje, že významným prvkem v přenášení pohledu na genderové role z matky na dceru hraje např. matčino zaměstnání, podle kterého si poté dcery vyjasňují pohled obecně na ženskou práci a výdělečnou činnost. Dalším významným ukazatelem jsou matčiny postoje, které v rámci výchovy na dceru přímo přenášejí.

Rozhodně tedy záleží na tom, jaké nastavení genderových rolí prosazují matky, ale velmi určující je, zda a jak na sebe pohlíží dcery jako na členky společnosti, zaměstnankyně atp. (Moen, Erickson a Dempster-McClain 1997).

Pokud se zaměříme konkrétně na otázku sexuálního chování dospívajících dcer a jeho souvislost s vlivem jejich matek, Hutchinson et al. (2003) představuje několik možných způsobů, jak matky mohou sexuální chování svých dcer ovlivňovat. Je to např. vzájemná blízkost matky s dcerou, dohlížení na její chování nebo přenášení modelů sexuálního chování. Jako nevlivnější na zodpovědné, informované a bezpečné sexuální chování dcery se však ukazuje právě vzájemná komunikace s matkou a její hloubka. Na význam komunikace o intimních otázkách současných matek a dcer má dle Hillard (2000) také vliv užívání pilulek u matek, které jim na základě vztahů v rodině, kde vyrůstaly a také podoby diskusí o intimních tématech pomohlo si ujasnit, jakými matkami chtějí samy být.

„Rodiče mohou přizpůsobovat informace vývojové úrovni svých dětí, využívat různé situace pro jejich poučení, poskytovat morální kontext sexuálního chování a sloužit jako pokračující zdroj podpory a informací“ (Hutchinson et al., 2003: 99). Toto na vztahu

matek a dcer potvrzuje i Hillard (2000), podle které matky dnes ví, že poskytování informací a podpory dětem je připravuje na budoucí samostatné rozhodování.

Zásadní vliv komunikace matek a dcer je možné také navázat přímo na otázku brání pilulek. Hillard (2000) uvádí, že generace dnešních matek (a starší) nepovažovala otázku antikoncepce a brání pilulek za téma, které by měly se svými matkami nějakým způsobem sdílet. Vlastní zkušenost však promítají do svého vztahu s dcerami, „rozhodly se, že v komunikaci o zdravé sexualitě se svými dětmi chtějí být lepší než jejich rodiče. Mluví o mnoha věcech, které jejich rodiče nechali úplně bez diskusí – antikoncepce, sexuálně přenosné choroby, HIV...“ (Hillard 2000: 91). Podle Hillard jsou pilulky antikoncepční možností, kterou matky svým dcerám představují, někdy doporučují na základě vlastní zkušenosti, jindy sdílí i možné negativní účinky a případně také doprovází své dcery do gynekologických ordinací.

2 EMPIRICKÁ ČÁST

2.1 Metodologie

V diplomové práci jsem zrealizovala feministický výzkum založený na kvalitativních polostrukturovaných rozhovorech pohybující se v paradigmatu kritické teorie. Všechny tyto aspekty mnou provedeného výzkumu budou dále blíže definovány a objasněny.

Interpretaci dat a závěry, které z ní vzejdou, ovlivňuje přístup výzkumnice/níka k výzkumu, tedy teorie, se kterými se rozhodne pracovat a paradigma, které vezme za své, důležitá je také vlastní lokace výzkumnice/níka ve výzkumu a její/jeho zájem o výzkumnou otázku a také přístup k procesu interpretace dat a etika výzkumu. Toto jsou také prvky, které dále určují směr, jakým se výzkum bude ubírat, data, která výzkumnice/ník bude zvládnout a roli samotné výzkumnice/níka v celém procesu interpretace (Ramazonglu, Holland 2004).

Považuji za vhodné začít definicí kvalitativní složky mého výzkumu. Kvalitativní výzkum není spjat pouze s jedním paradigmatem, ontologií či epistemologií, nevytváří hierarchie mezi jednotlivými výzkumnými metodami, ani žádnou z nich nepreferuje. V rámci něj výzkumnice/ník může metody různě kombinovat a upravovat je pro to, aby dosáhl/a kýženého cíle, kterým není podat objektivní svědectví o objektivní realitě – výzkumnice/ník si uvědomuje svou nezanedbatelnou roli ve výzkumu. Kvalitativní výzkumu se zaměřuje na sociálně konstruovanou podstatu reality (a vztah výzkumnice/níka a zkoumaného subjektu), řeší každodenní život a vztahy mezi subjekty, nikoliv vztahy mezi proměnnými, jak to dělá výzkum kvantitativní (Denzin, Lincoln 2005).

2.1.1 Výzkumné téma

Ve své diplomové práci se zaměřuji na sociální aspekty hormonální antikoncepce v životě dvou generací žen – dcer a jejich matek. Na základě kvalitativních polostrukturovaných rozhovorů si kladu za cíl vytvořit komparativní generační studii, která se zajímá o postoje mých komunikačních partnerek k antikoncepci obecně a orální hormonální antikoncepci konkrétně. Ptám se, z jakého důvodu, kdy a za jakých podmínek se oslovené ženy rozhodly k užívání hormonální antikoncepce, jakou roli v tomto rozhodnutí hrály vnější okolnosti (rodina, škola, média, vrstevnický tlak a lékaři/ky, apod.), zda a jak jim pilulka zasáhla

do osobních životů, partnerských a intimních vztahů a také vztahu k sobě samé, vlastnímu tělu a sebedůvěře. V neposlední řadě mě zajímá, zda existují, a případně jak konkrétně se projevují generační shody a rozdíly v přístupu a názorech k hormonální antikoncepci.

2.1.2 Metodologický postup

Každý výzkum je prováděn v rámci určité metodologie určující pravidla, kterých je nutné se držet při výzkumu, aby ho šlo považovat za platný. Metodologie vlastně ukazuje, jakým způsobem výzkumnice/ník přistupuje k poznání a také, jak s ním pracuje.

Metodologie zahrnuje různé výzkumné metody, které jsou obecným přístupem k výzkumu a představují techniky a procedury užívané ke zkoumání sociální reality. Při výběru konkrétní výzkumné metody se v zásadě jedná o vymezení přístupu k poznání.

V úvodu této kapitoly jsem zmínila, že vlastní výzkum označuji mj. za feministický. Letherby (2003) sice říká, že neexistuje žádný typicky feministický přístup k výzkumu, ani typicky feministická ontologická a epistemologická pozice. Co však podle Ramazanoglu a Holland (2004) spojuje feministickou metodologii, je práce s feministickými teoriemi, politikou, etikou a časté zakládání si na zkušenosti žen. Feministický výzkum reflektuje východiska a pozici výzkumnice/níka a výrazně tematizuje moc a teorie genderu (Ramazanoglu, Holland 2004). Jak vyplývá z teoretické části mé diplomové práce, feministické teorie i téma moci a genderu jsou její důležitou složkou. Zkušenost mých komunikačních partnerek a to, jak ji vědomě spoluutvářejí jako aktivní subjekty, se pro mě stala červenou nití spojující provedené rozhovory. Jednoznačně tedy svůj výzkum chápu jako feministický.

Reinharz (1992) také uvádí, že základem feministického výzkumu je vedle feministické teorie také zahrnutí postavy výzkumnice/níka do procesu tvorby vědění, přidává ale ještě několik dalších důležitých prvků, jako je např. snaha o sociální změnu a reprezentace lidské diverzity (Reinharz 1992). Mé vlastní zapojení do výzkumu jsem se snažila popsat v rámci podkapitoly „Kdo jsem a co do výzkumu přináším – pozicionalita výzkumnice“, kde chci demonstrovat, že výzkum chápu jako proces, který nemůže být ze své podstaty nikdy zcela objektivní, i když se výzkumnice/ník snaží sebevíc. Toto zapojení subjektivity výzkumnice/níka do výzkumu však rozhodně nechápu jako překážku či problém.

2.1.3 Paradigma

Paradigma lze považovat za set základních přesvědčení o základních principech světa. Tato přesvědčení jsou základní v tom smyslu, že musí být přijata na základě víry, protože neexistuje způsob, jak dokázat, že jsou/nejsou pravdivá – proto při dělení paradigmat není možné určovat, které je lepší/horší. Výběr konkrétního paradigmatu vede výzkumnici/níka nejen k výběru metody zkoumání, ale i v základních ontologických a epistemologických směrech.

Ontologie dává odpověď na to, jaká je povaha světa a co můžeme poznat. Epistemologie představuje soubor postupů pro určení toho, co lze pokládat za poznání, tedy jak vytváříme vědění, případně určení toho, co je poznatelné (Guba, Lincoln 1994). Je tedy čistě o přístupu výzkumnice/níka, v rámci kterého paradigmatu se rozhodne pracovat a následně konstruovat vědění. Je však velmi důležité mít tuto otázku ujasněnou již na počátku výzkumu.

Základně dělíme paradigmata na pozitivismus, konstruktivismus a kritický realismus/kritickou teorii. Posledně jmenované paradigma je mně osobně nejbližší, protože na ontologickou otázku odpovídá tak, že realita je formována sociálními, politickými, kulturními, ekonomickými, etnickými a genderovými faktory, které vykrytalizovaly do série určitých struktur. Epistemologie je v tomto paradigmatu transakční a subjektivistická, tj. výzkumnice/ník a zkoumaný subjekt jsou neustále interaktivně propojeni a závěry výzkumu jsou vždy ovlivněny hodnotami výzkumnice/níka. Metodologie v rámci tohoto paradigmatu bývá transakční – představuje dialog mezi výzkumnicí/níkem a subjektem výzkumu (Guba, Lincoln 1994). Předností kritické teorie a důvodem, proč jsem se rozhodla v tomto paradigmatu pracovat je dle mého názoru to, že umožňuje samotné uvědomění a také respekt k rozmanitosti pohledů a množství cest, které za poznáním mohou vést, aniž by mezi nimi vytvářela hierarchie.

2.1.4 Feministické rozhovory

Rozhovory bývají feministickými výzkumnicemi/níky často využívány z několika základních důvodů. Zásadní je přínos rozhovorů v možnosti přímého kontaktu s komunikačními partnerkami/ry. Rozhovory přináší prostor pro vyrovnání mocenské nerovnováhy, která je zakódovaná ve výzkumech s lidmi – komunikační partnerky/ři o výzkumnících/nících nemají žádné soukromé informace, které jsou po nich naopak

vyžadovány, výzkumnice/níci mají autoritu, která plyne z jejich vědecké pozice. Feministický výzkum je tedy egalitární výzkumnou metodou. Výhodou rozhovorů je jejich flexibilita a spontánnost – v rámci výzkumu můžeme měnit směr podle aktuálních potřeb.

Dalším důležitým aspektem rozhovorů je možnost dát vlastní hlas zkoumaným, které/ří mohou pojmenovat témata, která byla dosud přehlížena a která považují za důležitá. Komunikační partnerky/ři jsou zapojeny do konstrukce dat o vlastních životech (Reinharz 1992).

Důležitou roli v tomto procesu hraje vztah a dialog výzkumnic/íků a jejich komunikačních partnerek/rů. Iris Marion Young (1995) ve své teorii symetrické a asymetrické reciprocity uvádí, že vzájemná symetrická výměna postojů mezi subjekty není možná, avšak ani žádoucí, protože každá/y účastnice/ík komunikace má specifickou historii a sociální pozici. Právě kladení důrazu na specifickou, jedinečnou a výjimečnou dle Young pomáhá k zachování rozmanitosti a plurality názorů.

Když jsem stála na pomyslném počátku mé diplomové práce, výzkumná metoda rozhovorů se pro mě stala základní jistotou, které jsem se nechtěla vzdát ještě dříve, než jsem si ujasnila výzkumné téma. Od počátku jsem věděla, že pokud je možné spojit mé tolik oblíbené přátelské (leč profesionální) „povídání“ o tématech, která jsou pro mě v současné době velmi „živá“, se seriózní akademickou prací, je to přesně cesta, kterou se chci vydat.

Věděla jsem také, že bych chtěla jít „do terénu“ zjišťovat názory, myšlenky a zkušenosti reálných žijících osob s neopakovatelnými a jedinečnými životními příběhy. Lákala mě možnost ptát se na dosud netázané a uslyšet dosud ne(vy)slyšené.

Proto jsem jako metodu zvolila polostrukturované rozhovory, „jež se vyznačuj[í] definovaným účelem, určitou osnovou a velkou pružností celého procesu získávání informací“ (Hendl 2005: 164) a otevřené otázky, které jsem zaměřila na obecně antikoncepční příběh mých komunikačních partnerek, jejich cestu k (hormonální) antikoncepci, význam (hormonální) antikoncepce v jejich životech a změny, které v souvislosti s jejím užíváním nastaly. To vše s ohledem na dvě velice úzce spojené generace žen, dcery a jejich matky.

Ve spolupráci s vedoucí mé diplomové práce jsme vytvořily poměrně rozsáhlý seznam otázek, ke kterým jsem se chtěla s komunikačními partnerkami během rozhovorů dostat. Rozsáhlý proto, že jsem předpokládala, že ne každá z nich bude na stejné komunikační a výrazové úrovni, a proto jsem chtěla být připravená i na možnost,

že komunikační partnerka nebude sama od sebe rozvádět své myšlenky a já ji budu moci bližšími otázkami rozmluvit.

2.1.5 Výběr komunikačních partnerek

Když jsem společně s vedoucí mé diplomové práce došla k rozhodnutí, že zpracuji kvalitativní generační studii, okamžitě se objevila otázka, jakým způsobem oslovit páry dcer a jejich matek, které by se v obou případech chtěly účastnit mého výzkumu. Protože žijeme v době, které vládnu sociální sítě, zkusila jsem využít jednu z nich, konkrétně facebook, kam jsem 16. října 2014 napsala výzvu účastnit se mého výzkumu, na kterou zareagovaly tři mé známé/kamarádky. Probrala jsem s nimi detaily, poprosila je o zjištění, jak by se k potenciální účasti na výzkumu stavěly jejich matky, a čekala na odezvu. Několik týdnů předtím jsem obecně o tématu mé diplomové práce osobně mluvila s jednou kamarádkou, která sama od sebe nabídla, že by se mého výzkumu eventuálně účastnila. Oslovila jsem tedy i ji s již konkrétní podobou a prosbou o oslovení i její matky. Všechny tyto mé známé/kamarádky a jejich matky se rozhodly mého výzkumu zúčastnit. Získala jsem tak čtyři páry žen, které jsem si stanovila jako dostačující počet pro realizaci výzkumu²⁸. Vedoucí mé diplomové práce mi však zprostředkovala ještě jeden pár mně předem neznámých žen, s nimiž jsem rozhovory rovněž provedla.

2.1.6 Medailonky diskusních dvojic

Aby byla níže provedená analýza dostatečně zarámována rodinným kontextem mých diskusních dvojic, rozhodla jsem se na tomto místě kromě základních demografických údajů (rok narození, současné bydliště, vzdělání a dodala jsem také informaci o současných partnerských vztazích/manželství) uvést níže stručný popis vzájemných vztahů analyzovaných dvojic a také důležité údaje vztahující se k jejich zkušenostem s antikoncepcí.

²⁸ Dne 27. října 2014 jsem výzvu k účasti na mém výzkumu a facebooku sdílela pro jistotu ještě jednou. Tato výzva však již zůstala bez odezvy. Nebyla jsem tedy postavena před volbu zužovat výběr párů mých komunikačních partnerek, a tak je můj výběr sice nenáhodný, avšak mnou nijak neovlivněn.

Věra a Hedvika

Věra, nar. 1964

Děčín

střední škola s maturitou

od patnácti let je se svým současným manželem

Hedvika, nar. 1989

Praha

vysoká škola – Mgr.

bez partnera

Tato diskusní dvojice se shoduje na vzájemně otevřeném vztahu. Hedvika je mladší dcerou Věry a má starší sestru, která byla do období Hedvičina dospívání výrazně zainteresována – velmi upřímně a otevřeně spolu diskutovaly o intimních záležitostech a Hedvika proto také dle svých slov nijak zásadně nevyhledávala diskuse s Věrou.

Věra začala užívat pilulky v období před maturitou, aby podle svých slov neotěhotněla dříve, než řádně dodělá střední zdravotnickou školu. Pilulky vysadila z důvodu rozhodnutí tzv. založit rodinu. Po prvním dítěti vyzkoušela také nitroděložní tělísko DANA, se kterou nebyla spokojená, a po druhém těhotenství se vrátila zpět k pilulkám. Ty poté brala přibližně do pětácti let a rozhodla se je vysadit z důvodu zdravotních komplikací.

Hedvika začala užívat pilulky v sedmnácti letech na popud své matky, která se dozvěděla, že Hedvika má vážný vztah, ve kterém je sexuálně aktivní. Identifikuje zpočátku užívání pozitivní vlivy pilulek na její vztah k sobě sama a sebevědomější vztah k mužům. Se zvyšující se informovaností a impulsy ze strany kamarádek časem změnila pohled na pilulky, přehodnotila svůj hodnotový žebříček a z přesvědčení o jejich negativních vlivech v zásadě na všechny oblasti svého života pilulky ve třidvaceti letech vysadila. Má zkušenost s jógovou hormonální terapií a nerada by se někdy k pilulkám ještě vracela.

Dana a Anna

Dana, nar. 1960

Děčín

střední škola s maturitou

od jednadvaceti let je se svým současným manželem

Anna, nar. 1987

Praha

vysoká škola – Mgr.

ve vztahu

Anna je Danino jediné a přesně naplánované dítě. Tato diskusní dvojice se vyznačuje nejvyšší mírou sdílení intimních záležitostí, nejhlubšími diskusemi a také výraznou shodou

v nazírání na různé aspekty partnerských vztahů a další související otázky (antikoncepci nevyjímaje).

Dana začala s užíváním pilulek v jedenadvaceti letech na popud svého tehdejšího o osmnáct let staršího přítele, dnes životního partnera a manžela, který odmítal jakoukoliv jinou formu antikoncepce. Vysazení pilulek spolu naplánovali na dobu, kdy se rozhodli počít dítě. Po narození dítěte se Dana k pilulkám opět vrátila, avšak začaly se jí objevovat výrazné migrény, které přičítala právě jejich působení. Proto pilulky ve třiatřiceti letech vysadila. A protože manžel nechtěl žádné další děti, rozhodla se kvůli potřebě bezpečné antikoncepce podstoupit podvázání vejcovodů.

I Annu přivedla k pilulkám její matka, která je vyhodnotila jako nejlepší antikoncepci pro dospívající dceru začínající první vážný partnerský vztah i sexuální život. Pilulky užívala Anna nejprve dva roky, vysadila je na základě negativních účinků, které pociťovala, vyšší informovanosti a ukončení partnerského vztahu. S příchodem dalšího vztahu a potřebou se chránit proti početí pilulky opět začala užívat, výrazně se jí však zhoršil psychický stav (měla deprese), a proto je opět vysadila. Hormonální antikoncepci ještě zkusila v podobě antikoncepčního vaginálního kroužku. Ani ten ale nepřinesl zlepšení psychického stavu, a tak Anna skončila s hormonální antikoncepcí definitivně. V současné době je její velmi výraznou odpůrkyní, má zkušenosti s tantra-jógou pro ženy, zajímá se o problematiku ženského těla a menstruačního cyklu a pořádá tzv. ženské kruhy.

Barbora a Petra

Barbora, nar. 1966

Děčín

střední škola s maturitou

od sedmnácti let je se současným manželem

Petra, nar. 1990

Pardubicko

vysoká škola – Mgr.

ve vztahu

Petra je jediné a dlouho chtěné dítě Barbory, což se také projevuje v jejich vztahu. Barbora identifikuje svoji aktivní roli ve správné a náležité informovanosti Petry o intimních tématech během dospívání. Tato diskusní dvojice se vyznačuje výraznou shodou v otázkách spojených s pilulkami, jejich braním a vysazováním, a to i s ohledem na pozitivní a negativní účinky pilulek na jejich organismus.

Barbora se dle svých slov dlouhou dobu trápila komplikacemi s menstruačním cyklem. Identifikuje výrazné menstruační bolesti, které zásadně zasahovaly do jejího

života a vlastně i fungování ve společnosti. Kvůli nedůvěře v tehdejší ošetřující gynekoložku tyto problémy nijak neřešila. Se změnou gynekoložky však byly problémy vyřešeny, a to nasazením pilulek, což se událo v Barbořiných cca čtyřiatřiceti letech. Od té doby je s nimi Barboru nadmíru spokojená, vysadila je pouze jednou, na jeden měsíc, a to na popud dcery. Protože jí ale vysazení přineslo pouze negativní změny (psychické i fyzické), pilulky zase nasadila a s užíváním i nadále pokračuje.

Petra s užíváním pilulek začala v šestnácti letech na návrh matky v souvislosti s prvním vážným vztahem a také problematickým menstruačním cyklem, který po matce podle svých slov zdělila. Přibližně před rokem se pilulky rozhodla vysadit z důvodu zjišťování hlubších informací, chuti vyzkoušet na sobě potenciální pozitivní vlivy vysazení a také z důvodu motivace poznat lépe sebe sama bez pilulek. Ani Petře však prý život bez pilulek nesvědčil, zejména s ohledem na problematickou menstruaci, a proto po pěti měsíční pauze pilulky zase začal užívat, což činí do současnosti.

Dagmar a Vanda

Dagmar, nar. 1960
Roudnice nad Labem
vysoká škola – Bc.
potřetí vdaná

Vanda, nar. 1988
Roudnice nad Labem
vysoká škola – Bc.
bez partnera

Vanda je Dagmařina první dcera, kterou měla plánovaně s prvním manželem. V otázce jejich vzájemného vztahu Dagmar identifikuje vlastní otevřenost k diskusím a zodpovídání otázek, kterou však Vanda nijak výrazně nevyžívala. Vztah s matkou ale definuje jako otevřený a kamarádský.

Dagmar se rozhodla začít užívat pilulky po druhém rozvodu ve čtyřiceti letech, kdy usoudila, že v období bez stálého partnera by se měla chránit co nejspolehlivější antikoncepcí. Po roce užívání však Dagmar dostala zánět žil, což zásadně ovlivnilo její pohled na pilulky. Ihned je vysadila a stala se z ní jejich odpůrkyně.

Vanda si recept na pilulky odnesla ze své první preventivní gynekologické prohlídky v patnácti letech. Měla problémy s nepravidelnou menstruací, které její tehdejší gynekolog vyřešil takto. Až do vysoké školy Vanda o užívání pilulek nijak zvlášť nepřemýšlela. Její nazírání na ně však změnilo několik impulsů z jejího okolí – úraz kamarádky a problém se srážlivostí krve způsobenou právě pilulkami, diskuse s blízkou kamarádkou, která

pilulky vysadila a také Vandina zvyšující se informovanost. Proto se Vanda rozhodla pilulky vysadit a v současnosti identifikuje výrazné změny k lepšímu, zejména v psychické oblasti.

Eva a Marie

Eva, nar. 1969

Praha

vysoká škola – JUDr.

potřetí vdaná

Marie, nar. 1990

Praha

studentka VŠ

vdaná

Eva a Marie jsou diskusní dvojicí, která se v několika ohledech vymyká ostatním výše uvedeným dvojicím. Marie je Eviným druhým neplánovaným dítětem, stejně jako bylo její první. Jejich vztah je přátelský a jsou vzájemně informovány o aktuálním dění v jejich životech. Zatímco Eva vzpomíná konkrétní diskuse s dětmi v době dospívání, Marie identifikuje spíše roli staršího bratra. Zatímco Eva dle svých slov nebyla kolem dvaceti let na děti příliš připravená, Marie se na ně těší a již druhým rokem se s manželem snaží o založení rodiny.

Pro Evu se pilulky staly osvobozením. Po dvou neplánovaných těhotenstvích a potřebě ekonomicky zabezpečit rodinu, byly pilulky vytouženou možností spolehlivé antikoncepce, kterou od dvaadvaceti let Eva začala využívat. I přes migrény, které se jí po čase začaly pravidelně objevovat, pokračovala v jejich užívání po dobu dvaceti let. Pilulky vysadila až s příchodem třetího manželství a touhou po další rodině. V současné době má dvě malé dcery a rozhoduje se, zda pilulky začít znovu užívat.

Marie se rozhodla s pilulkami začít z vlastní iniciativy z důvodu toho, že přišla do věku, kdy by jejich antikoncepční účinek mohl být brzy potřebný a také po konzultaci s matkou, která jí doporučila svou gynekologickou ordinaci. Marie užívala pilulky po dobu sedmi let a vysadila je na základě diskuse s manželem o založení rodiny. Až po jejich vysazení se začala více informovat a tematizuje negativní vlivy hormonální antikoncepce na ekologii. V současnosti s manželem plánují rodinu.

2.1.7 Metody sběru dat a způsob analýzy

Data jsem sbírala prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, konkrétně jsem zvolila techniku rozhovoru pomocí návodu, při které má výzkumnice/ník předem připravená témata, která chce v libovolném pořadí v rámci rozhovoru s komunikační partnerkou probrat. Takový návod pomáhá neopomenout důležitá témata, a tedy držet rozhovor v určitých kolejích, zároveň ale umožňuje rozhovor přizpůsobovat aktuálním potřebám komunikační partnerky (Hendl 2005). Možnost individuálního přístupu ke každé komunikační partnerce i prostřednictvím změn v osnově rozhovoru shledávám u této techniky pro rozhovor vedený feministickým způsobem jako velmi žádoucí. Jeho přínos však spatřuji rovněž ve schopnosti neztratit koncentraci na požadované téma, což je při jakémkoliv výzkumu velmi důležitým prvkem.

Provedené rozhovory jsem následně převedla do písemné podoby, konkrétně jsem použila metodu doslovné transkripce, abych zachovala autentický a jedinečný projev mých komunikačních partnerek (Hendl 2005), resp. materiál jsem očistila od vycpávkových slov.

2.1.8 Etika výzkumu

V rámci feministických teorií existují různé názory na to, jaký vztah má panovat mezi výzkumníci a její komunikační partnerkou. Někdy je jako ideální představován blízký přátelský vztah, který výzkumnice a komunikační partnerka spolu mají ještě před započítím výzkumu, a díky němuž se komunikační partnerky otevřou a nestydí se sdílet soukromé informace. Na druhém konci spektra stojí vztah, ve kterém je výzkumnice „cizinkou“, a právě absence jakýchkoliv vazeb je tím, proč jsou komunikační partnerky ochotny se výzkumu účastnit. Někde mezi těmito dvěma póly se nachází pozice zasvěcené cizinky, kdy si výzkumnice sice uvědomuje svou vazbu se světem komunikační partnerky, avšak snaží se ji do výzkumu nijak nezahrnovat (Reinharz 1992).

Má preference v této oblasti byla zřejmá již od chvíle, kdy jsem se rozhodla hledat komunikační partnerky skrze facebook, na kterém jsem spojena pouze s lidmi, které více či méně znám. Osobní vztah preferuji také proto, že rozhovor považuji za zkušenost náročnou pro obě strany, pro výzkumnici i komunikační partnerku, o to více v mém vlastním případě, kdy se na půdu feministických rozhovorů pouštím vůbec poprvé v životě. Proto vítám, že alespoň s polovinou komunikačních partnerek jsem mohla náš vztah

označit za přátelský a takový, ve kterém bych téma antikoncepce rozhodně neoznačila za tabu. Věděla však od počátku, že budu provádět rozhovory také s generací matek (a jedné neznámé dcery). Přesvědčila jsem se však, že vztah, který se předem nezakládá na několikaletém přátelství, nepředstavuje překážku, kterou by správná atmosféra, respekt a dostatek času nemohly překonat. Domnívám se, že se mi potvrdily obě pozice výzkumnice zmíněné výše. S dcerami jsem měla pocit, že si úplně civilně povídáme a jen k tomu máme navíc diktafon. Z rozhovorů s matkami jsem měl, přiznám se, větší respekt. Některé z nich mě dříve znaly jako dospívající dívku, spolužačku nebo kamarádku jejich dcer, a tak jsem nevěděla, co vlastně mám čekat. Ukázalo se, že mé obavy byly zbytečné, povídaly jsme si upřímně a otevřeně jako dvě dospělé ženy, často jsem byla velmi mile překvapená, co vše mi „mé ženy“ byly ochotny sdělit.

Se všemi komunikačními partnerkami jsem nejprve před začátkem samotných rozhovorů probrala a k podpisu předložila informovaný souhlas, který obsahoval základní informace o mé diplomové práci a metodě sběru dat (nahrávání na digitální diktafon a pro jistotu ještě na mobilní telefon), dále o způsobu využití informací, které z rozhovoru vyplynou, prodiskutovala jsem s nimi také otázku anonymity²⁹ a možnost ukončit rozhovor nebo neodpovídat na otázky.

Rozhovory probíhaly na rozmanitých místech. První z nich jsme uskutečnily venku v parku na dece s piknikem, další v mém pražském bydlíšti, tři se konaly v kavárnách nebo podobných podnicích a byla jsem také u pěti komunikačních partnerek doma/na zahradě. Pokud to šlo, snažila jsem se všechny zúčastněné nějak odměnit (drobným pohoštěním, pozorností či zaplacením útraty).

K rozhovorům jsem přistupovala velmi zodpovědně, snažila jsem se přispívat k dobré atmosféře a reagovat na jedinečná sdělení dotazovaných žen bez předsudků, hodnocení a vyjadřování vlastních názorů. Jak velkou zodpovědnost na sebe беру, jsem významně pocítila ve chvíli, kdy jsem s Barborou probírala možnost odmítnout odpovědět na jakékoliv otázky. „Lenko, mám k tobě naprostou důvěru.“ To byla chvíle, která mi jakoby dootevřela oči a dokázala, jakou pozici jakožto výzkumnice mám, tj. požaduji po komunikačních partnerkách, aby se mi zcela otevřely a mluvily mnohdy o velmi intimních věcech. Bylo a stále je mi jasné, že musím dělat, co je v mých silách, abych je nezklamala a podle toho tedy zacházet s informacemi, které mi poskytly. Po provedení rozhovorů jsme vždy ještě poseděly a různě dlouhou dobu si povídaly, většinou jsme

²⁹ A případně změnila jména, pokud o to měly komunikační partnerky zájem.

při dalším povídání narazily i na důvody výběr tématu mé diplomové práce. Pokud to z povídání vyplynulo, snažila jsem se také „na oplátku“ i já sdílet upřímně mé osobní zážitky, zkušenosti a věci z osobního života.

Musím podotknout, že rozhovory probíhaly za velmi příjemných podmínek, oproti původnímu očekávání nervozity jsem se cítila dobře a ani u komunikačních partnerek jsem nezpozorovala nějakou výraznější formu nepohody (snad kromě Evy, která na začátku rozhovoru poprosila o přerušeni kvůli srovnání myšlenek a podotkla, že ji diktafon znervózňuje, což se však dle mého názoru podařilo brzy odbourat, protože zbytek rozhovoru probíhal bez sebemenší komplikace). Žádná z komunikačních partnerek během rozhovorů neodmítla odpovědět na některou z otázek.

Zkrátka, provádění rozhovorů mi poskytlo novou sílu a chuť dále bádát. Vysloveně jsem si je užívala a těšila se na každý z nich. Závěrem bych zde ráda uvedla ještě jeden aspekt, který provádění rozhovorů přineslo do mého života. Navzdory očekávání jsem já sama začala nově vnímat svůj hlas, především z hlediska fyziologie. Po prepisech rozhovorů jsem si začala více všimát tónu vlastního hlasu, své intonace smíchu, ale také slovosledu a vyjadřovacích schopností obecně.

2.1.9 Kdo jsem a co do výzkumu přináším

Feministický výzkumný přístup je především důvěře, určité pokoře, co největší snaze naslouchat a především o snaze minimalizovat mocenský vztah mezi výzkumníci/níkem a jejími/jeho komunikačními partnerkami/ry. K rozhovorům jsem od počátku přistupovala tak, že v nich jakožto výzkumnice vždy oplývám určitou mocenskou pozicí, která mezi mnou a mou komunikační partnerkou vytváří hierarchický vztah. Domnívám se, že právě toto uvědomění mi velmi pomohlo při snaze vytvořit co největší rovnováhu ve vztahu s mými komunikačními partnerkami, což je jedním ze základních znaků feministického způsobu vedení rozhovorů.

Diplomovou práci jsem reálně začala psát až potom, co jsem na Katedře genderových studií složila státní závěrečnou zkoušku. Z toho faktu vyplývá, že mám určité vědomosti v oblasti genderových teorií. O mém studiu mé komunikační partnerky, samozřejmě, věděly. To, že sebe samu považují za feministku, jsem při komunikaci nepovažovala za základní informaci, kterou by o mně měly vědět, ani na tuto otázku nikdy nepřišla řeč, avšak byla jsem připravená na ni případně upřímně odpovědět.

K feministickému výzkumu, který v diplomové práci předkládám, patří také vymezení vlastní pozicionality, aby bylo zjevné mé uvědomění faktu, že do výzkumu vždy vnáším i kus sebe. Neprovedla jsem ho (a vlastně jsem ani nechtěla) jako za všech okolností objektivní výzkumnice, která přišla hledat obecné univerzální pravdy. To v podstatě ani není v lidských silách. Tímto uvědoměním a možností jeho reflexe tak mnou představený výzkum, domnívám se, neztrácí na věrohodnosti, ba právě naopak.

Má snaha o objektivitu vlastně skonala ještě dříve, než se mohla narodit. V době, kdy jsem se rozhodovala pro téma hormonální antikoncepce, jsem ji sama brala bezmála deset let (primárně kvůli zdravotní indikaci) a začínala jsem si uvědomovat, že bezmyšlenkovité každodenní polykání pilulek přestává ladit s mými vyvíjejícími se postoji k životu, vztahům, psychice, vlastnímu tělu, sexualitě a přiznejme si to, i k genderu, mocenským pozicím ve společnosti, medicínském diskursu a feminizmu. V průběhu psaní diplomové práce jsem s hormonální antikoncepcí skoncovala nadobro.

Vymezení mé vlastní pozicionality by nebylo kompletní, pokud bych zde nezmínila názory na hormonální antikoncepci, kterými se nikde netajím, tj. že nesouhlasím s předepisováním pilulek mladistvým dívkám „jako na běžícím páse“ při prvních problémech souvisejících s hormonální nerovnováhou v období puberty. Nelíbí se mi, že pokud jsou pilulky předepisovány kvůli zdravotním problémům, často je neřeší, ale pouze je přikrývají a jich řešení tak odkládají na později. Nemám ani radost z toho, že pilulky jsou tak hojně užívané i přesto, že často mění či přímo dusí naše emoce i rozum, vášně, živočišnost a zdravou přirozenost (i když si jako studentka genderu uvědomuji nebezpečí užívání tohoto slova, neumím najít jiné, které by stejně vystihovalo podstatu toho, co se zde snažím říct). I přesto všechno ale plně respektuji názory a volby ostatních žen i mužů, zejména mých komunikačních partnerek, kterým jsem se ze všech sil snažila nepodsouvat mé názory, nesoudit, nehodnotit a nijak neponižovat ty jejich.

Při rozhovorech jsem se snažila plně respektovat a chápat pozice mých komunikačních partnerek, avšak naprosto si uvědomuji, že jsem nikdy nebyla (a nebudu) moci být ve stejné pozici jako ony, protože každá máme odlišné životní cesty. Snažila jsem se být pokorná a mít neustále na paměti, že naše pozice jsou nezaměnitelné, jedinečné a tedy asymetrické.

Protože část mých komunikačních partnerek považuji za známé či kamarádky, je nutné zde ještě reflektovat, že právě očekávání našeho pokračujícího přátelství mohlo mít určitý vliv na mnou provedenou analýzu. Takové uvědomění mi však pomohlo se na

tento aspekt výzkumu zaměřit a vědomě se snažit o důkladnou genderovou analýzu s upřímným respektem k mým komunikačním partnerkám, jejich výpovědím a zkušenostem.

2.1.10 Kódování

Rozhovory jsem prováděla na základě připraveného seznamu otázek, který odpovídal oblastem navázaným na mé výzkumné téma. Zaměřila jsem se na témata týkající se zkušeností mých komunikačních partnerek s různými druhy antikoncepce a spokojenosti s nimi, zajímala mě jejich informovanost o (hormonální) antikoncepci, rodinné prostředí a jeho vliv na antikoncepční rozhodování, postoje dotazovaných žen k pilulkám a důvody jeho případných změn. Diskutovaly jsme také o vlivu pilulek na partnerské vztahy, psychiku, tělesnost, sexualitu a sebevědomí. Tyto oblasti mi poskytly mřížku, skrze kterou jsem pak rozhovory kodovala.

Při kódování přepsaných rozhovorů jsem se inspirovala teorií Strausse a Corbin (1999) a to tak, že jsem jednotlivá důležitá sdělení a údaje seskupovala do pojmů, mezi nimi hledala vzájemné vztahy a vytvářela tak kategorie (v souladu s výše uvedenou mřížkou), což je základním stavebním kamenem kvalitativní analýzy. Použila jsem tedy nejprve metodu tzv. otevřeného kódování (Strauss, Corbin 1999) v kategoriích navázaných na prodiskutované oblasti a výzkumné otázky, při které jsem se důsledně snažila proniknout do výpovědí komunikačních partnerek, jejich osobních názorů, postojů a zkušeností. Pojmy a hlavní témata výpovědí jsem hledala ve větách, případně větších celcích/odstavcích, často v souvislosti s výzkumnými otázkami a koncepty uvedenými v teoretické části práce. Porovnáváním a spojováním jsem tedy vytvářela konkrétní kategorie a získala tak obecnější, abstraktnější data k analýze, které jsem se průběžně snažila navazovat na teoretické koncepty uvedené v teoretické části diplomové práce.

Otevřeným kódováním jsem tedy data rozdělila na dílčí části, a aby bylo možné je zase spojit a najít vyšší souvislosti, použila jsem následně axiální kódování, které získané údaje skládá dohromady novým způsobem. Při axiálním kódování jsem kategorie uváděla do kontextu, hledala mezi nimi vzájemné vztahy a vytvářela tzv. subkategorie (Strauss, Corbin 1999).

Zcela si uvědomuji, že kódování a kvalitativní analýza dat je činností, kterou do značné míry ovlivňuje subjektivita výzkumnice/níka, a že interpretace kvalitativních dat je něčím jedinečným, co by dva lidé s největší pravděpodobností neudělali stejně.

A to vzhledem k paradigmatu, v rámci kterého pracuji či vzhledem k vlastním zkušenostem, názorům a postojům, se kterými do výzkumu přichází.

2.2 Analýza

Můj primární zájem byl provést výzkum na téma hormonální antikoncepce. Takové zaměření se však ukázalo být příliš úzké, a proto jsem osnovu rozhovoru soustředila obecně na antikoncepci, avšak se zaměřením na antikoncepci hormonální, konkrétně v podobě pilulek. Zajímala mě cesta mých komunikačních partnerek k antikoncepci a důvody (po)užívání, případně vysazování jejích různých druhů, dále vlivy užívání pilulek na rozmanité oblasti jejich životů.

Při kódování rozhovorů mi vykrystalizovalo celkem devět kategorií uvedených níže. Mým cílem bylo v kategoriích zachytit jedinečné, nosné, překvapivé a zvláštní, ale třeba i typické výpovědi mých komunikačních partnerek a podrobit je následně genderové analýze i s ohledem na generační vztah matek a dcer.

Co ještě považuji za velmi důležité uvést před samotnou analýzou je fakt, že pilulky se u zkoumaného vzorku ukazují být něčím tak samozřejmým, že jsou v případě všech dotazovaných žen ztotožňovány s pojmem antikoncepce obecně. Rozhovory ukazují, že některé komunikační partnerky rozlišení antikoncepce a pilulek reflektují, avšak pojmy jako takové během rozhovoru nahodile zaměňují. V takovém případě je užití pojmu dovysvětleno.

2.2.1 Představy, očekávání a obavy spojené s antikoncepcí/pilulkami

Do této kategorie jsem se rozhodla nejprve zařadit odpovědi všech komunikačních partnerek na otevírací otázku rozhovoru, tj. „Když se řekne „antikoncepce“, co Tě/Vás napadne jako první?“. Odpovědi byly často velmi intuitivní, vítala jsem spontaneitu, klidně impulsivnost prvních dojmů a spojitostí se slovem „antikoncepce“. Dá se v zásadě říci, že otevření rozhovoru takovýmto způsobem ukáže nejen, jak ženy vnímají obecně otázku antikoncepce a jaká očekávání a případně obavy mají konkrétně s pilulkami spojené, naznačí však také, v jakém duchu se celý rozhovor ponese.

Barbora (matka): *No ochrana před těhotenstvím – to je asi tak první, co mě napadne.*

Barbora ukazuje typickou asociaci dotazovaných žen spojenou s pojmem „antikoncepce“, která vlastně vyplývá ze samotného výkladu slova a vzhledem k neutrálnímu zabarvení odpověď nelze spojit s žádnou konkrétní metodou antikoncepce.

Anna (dcera): *No strašný svinstvo. Až takhle bych to řekla. V podstatě jed do těla úplně. Pro mě to tak je.*

Dagmar (matka): *Fuj (...). Myslím si, že to pro zdraví ženy není nic dobrého.*

Najdeme také velmi odlišné výpovědi, které je možné umístit napříč názorovým spektrem. Anna a Dagmar dokládají velmi úzké spojení pojmu „antikoncepce“ s výrazně negativní zkušeností a emocí. Jejich odpovědi se však již vztahují nikoliv k pojmu antikoncepce obecně, ale jsou přímo navázány na užívání pilulek.

Anna kvůli pilulkám trpěla depresemi, okolí vnímalo změny její osobnosti, kvůli čemuž se jí málem rozpadl vztah, Dagmar prodělala v souvislosti s užíváním pilulek zánět žil. Antikoncepce pro ně tedy není neutrálním označením prevence početí, ale spíše definicí něčeho, co je pro jejich organismus nežádoucí

Eva (matka): *Prostě přínos pro mě osobně a pro ženskou populaci. Beru to za jeden z největších vynálezů 20. století, protože osvobozuje ženy v tom smyslu, že mají nově možnost regulovat početí a regulovat počet dětí, načasování těhotenství, mateřství (...). Takže to beru jako takovou určitou spravedlnost. No a říkám, obrovský pokrok.*

Eva se naproti tomu vyznačuje výrazně pozitivně zabarvenou odpovědí, rovněž úzce spojenou s vlastním příběhem, kterou lze označit za feministickou. Teze o kontrole vlastní reprodukce a souvislost s ženským osvobozením propagovala už Margaret Sanger v první polovině minulého století, i když primárně navázané na možnosti používat vůbec nějaký druh antikoncepce (Roberts 1999), nikoliv pouze pilulky. S pilulkami osvobození žen spojuje právě Eva. To je velmi úzce navázáno na její životní zkušenost, kdy v osmnácti letech porodila své první neplánované dítě a za další necelý rok otěhotněla podruhé, opět neplánovaně.

Tuto provázanost osvobození žen a pilulek vidím jako spojenou s výhradně vlastní ženskou iniciativou při výběru a praktikování daného způsobu antikoncepce. Důležitou roli hraje také možnost načasovat si případná těhotenství, a tedy věnovat více času např. studijnímu či pracovnímu rozvoji a kariéře. Právě v tomto lze spatřovat onu spravedlnost, o které mluví Eva. Pilulka, jak píše např. Bailey (2006) umožňuje čistě osobní a nezávislé rozhodování o prevenci početí, navíc bez nutnosti souhlasu či spolupráce někoho dalšího. Také v tom tkví emancipační charakter pilulky.

Na představy spojené s antikoncepcí jsou úzce navázána také určitá očekávání – tím hlavním je u dotazovaných žen prostě s prevence početí. Stejně tak je tomu i u diskuse o očekáváních spojených s pilulkami, kde je toto zásadní a převládající odpovědí. Oba tyto aspekty jsou v souladu s typickou odpovědí na výše uvedenou otevírací otázku rozhovoru, týkající se představ.

Při diskusi očekávání navázaných na užívání pilulek mé komunikační partnerky kromě prevence početí zvyšňují také další témata.

Hedvika (dcera): *Že se ti zlepší pleť, že se nemusíš ničeho bát, že ses jištěná, že se nic nestane, že neotěhotníš. A to je asi všechno. (...)Možná ty prsa, že mi vyrostou.*

Věra (matka): *Že to [brání pilulek] způsobuje, že vám i natečou prsa a tak. Takže i sem to na sobě cejtila.*

Hedvika i Věra uvádí fyzické změny, které od brání pilulek vedle antikoncepčního účinku očekávaly. Vlivy na pleť nebo růst prsou se ve výpovědích jeví jako pozitivní, hrající určitou roli ve vnímání estetiky vlastního těla. To je konstruováno jako související s mírou atraktivity pro partnery a zvyšujícím se sebevědomím, což je blíže analyzováno níže.

Další skupinu očekávání tvoří ta, která jsou spojena s důvody (konkrétně viz výše v medailoncích diskusních dvojic), které k započítání užívání pilulek dotazované ženy přivedly, jako např. u Vandy a Barbory.

Vanda (dcera): *V podstatě jenom, že mi [pilulky] zregulujou tu menstruaci, že si jí můžu posunout, to bylo úplně super.*

Barbora (matka): *Protože sem měla problémy s měsíčkama, ale opravdu ošklivý problémy. Bolesti, šílený krvácení, pomalu sem plakala, protože mně bylo opravdu strašně zle.*

Pokud ženy před užíváním pilulek trpěly komplikacemi s menstruačním cyklem, očekávání bylo jednoznačné – tyto komplikace vyřešit a menstruační cyklus upravit. Pro tyto ženy jsou důležité především ty účinky pilulek, pro které byly dle Goldin a Katze (2002) primárně určeny, tedy pro léčbu zdravotních komplikací spojených s poruchami menstruačního cyklu. Využívání i jejich antikoncepčního účinku je poté pouze logickým vyústěním.

Obavy jsou velice rozmanitou oblastí, ve které najdeme odpovědi spadající na celou škálu názorového spektra.

Anna (dcera): *Když netušíš, tak se asi nebojíš...*

Marie (dcera): *Tehdy [na začátku užívání pilulek] ne. (...) Bud' to to bylo tím, že se to tehdy neomílalo tolik eště, nebo že sem se o to tolik nezajímala (...).*

Barbora (matka): *A samozřejmě antikoncepce [myšleno pilulky³⁰] sem se zase bála jí brát, to sem měla takový předsudky, že škodí a že to je nezdravý a kdesi cosi a vyvolává to rakovinu, takže sem se tomu léta bránila. Pak sem jí vyzkoušela a zjistila sem, že to je dobrý.*

Patrný je naprosto zásadní vliv toho, jaké konkrétní informace o pilulkách komunikační partnerky mají, nebo nemají před tím, než začnou pilulky užívat, odkud se k nim tyto informace dostávají nebo nedostávají, a jak jsou zdroje informací důvěryhodné. Anně doporučila užívání pilulek její matka, ke které měla (a stále má) naprostou důvěru, Marie začala s pilulkami z vlastní iniciativy, ale také po konzultaci se svou matkou. Proto ani jedna z nich neměla na začátku užívání potřebu si matčino doporučení ověřovat nebo ho nějak zpochybňovat – důvěra v matčiny zkušenosti a názory je zde zřejmá. Barbora neměla od své matky vůbec žádné informace, čerpala je tedy pouze

³⁰ Pokud dále nebude uvedeno jinak, „antikoncepci“ jsou vždy myšleny pilulky.

ze svého okolí, kterému také věřila. Zlom v jejím přemýšlení o pilulkách s sebou přinesla až změna gynekoložky, která se pro ni stala ideální představitelkou expertního hlasu medicíny a v podstatě i rádkyní, jejíž doporučení byla dle Barbory hodna následování.

Anna s Marií tak v první linii následují v zásadě také expertní hlas svých matek, které jsou jim blízké, a až v druhé linii se obrací na lékařku/ře. Pro Barboru v první linii stojí nekonkrétní hlasy okolí, kterým sice věří, protože ve své blízkosti nemá nikoho důvěryhodnějšího, avšak později se pro ni stává hlavní informátorkou její lékařka.

Dalším velmi důležitým a výrazným tématem v této kategorii je obava přecházející v hrozbu (z) těhotenství.

Petra (dcera): (...) I když i s tou antikoncepcí sem se kolikrát bála, že by se něco, taky není to úplně stoprocentní. Může člověk, nevím, mít horší zažívání a najednou už to nebude fungovat tak, jak má. (...) Do teď se bojím, že bych do toho vlítla náhodou. (...) Mam před sebou ještě spoustu věcí, kterejch chci dosáhnout, a dítě do toho prostě nezapadá teď.

Věra (matka) k otázce obav: Ne vůbec. Vůbec. Naopak, docela sem se na to [pilulky] těšila. A hlavně sem byla ráda, že sem chráněná, opravdu. Předtím sem měla hrůzu. Fakt nevím proč, ale furt sem měla hrůzu, abych odmaturovala a abych nebyla těhotná.

(...)

Tenkrát za toho komunismu, kdybysme byly těhotný už na střední škole, to prostě bylo hrozný.

Hrozba z těhotenství se ve výpovědích komunikačních partnerek projevuje na dvojí úrovni. Jednou je hrozba z otěhotnění kvůli dosavadně ne zcela spolehlivé antikoncepci, což je důvodem pro užívání pilulek, které začnou být téměř okamžitě a téměř stoprocentně účinné. Projevuje se tu částečně teze např. Birdsall a Chester (1987), Davis (2003) nebo Bailey (2006), poukazující na souvislost pilulek s možností vlastního kariérního rozvoje, uplatnění na trhu práce, případně dosažení určitého společenského statusu.

Druhou úrovní je hrozba z těhotenství kvůli selhání téměř stoprocentních (a právě nikoliv zcela) pilulek. U Petry i Věry je aktuálně nechtěné těhotenství vázáno na potřebu dokončení vzdělání, Petra však tematizuje určité užití si života a dosažení určité kariéry.

Je možné u ní vysledovat tzv. vžitou bezdětnost, která je dle Tomáška (2007) typická pro současné české ženy ve věku kolem dvaceti a více let. Tyto ženy považují účinnou antikoncepci za samozřejmost a aktuální bezdětnost za základní jistotu svého života.

Důležité je zde zaměřit se na vliv doby a společenského klimatu, ve kterém by matky a dcery případné těhotenství musely řešit. Věra upozorňuje na společenský kontext československého socialismu, ve kterém byly dospívající dívky výrazně konfrontovány s hrozbou těhotenství na střední škole (a před svatbou). Naproti tomu Petra případné společenské stigma v případě brzkého těhotenství nezmiňuje. Těhotenství konstruuje jako hrozbu pro svůj „životní a kariérní plán“, a tedy se pro ni pilulka v tomto ohledu stává emancipačním mechanismem, který jí pomáhá stanoveného plánu dosáhnout.

2.2.2 Informovanost o antikoncepci a souvisejících tématech

Kvalitní a pluralistické informace jsou, dle mého názoru, obecně důležité pro možnost se samostatně a zodpovědně rozhodovat. Proto byly otázky o zdrojích informací mých komunikačních partnerek o dospívání, (hormonální) antikoncepci, sexualitě atp. v období dospívání i dospělosti důležitou složkou rozhovorů. Z informovanosti totiž vychází nebo se na ni přímo váží i další kategorie, jak bude patrné níže (např. postoje přímo souvisí s tím, jaké máme informace, gynekoložka/log jsou/mohou být zdrojem informací stejně jako rodina atp.).

Tato kategorie se vyznačuje výjimečnou generační shodou v oblasti zdrojů informací. Proto jsem se rozhodla popsat shrnutí nejprve skupiny dotazovaných dcer a poté skupiny dotazovaných matek jako celku s ohledem na zvláštnosti a jedinečnosti u konkrétních žen. Během rozhovorů komunikační partnerky jako informační zdroje vedle rodinného prostředí, které bude popsáno v samostatné kategorii, v různé míře zvýznamňovaly roli kamarádek/spolužaček a školy, literatury nebo médií (zejména internetu).

Marie (dcera): *Na tý základce to [diskuse s kamarádkami] neznamenal nic moc. To vlastně bylo takový: já, ty už si to dostala, tvoje ségra to dostala, já už bych chtěla taky. A takový podobný věci.*

Anna (dcera): *To [diskuse s kamarádkami na téma antikoncepce/pilulek] nebyly oduševnělý debaty o účincích. To bylo: Bereš? Beru. Jakou? Hm. Pak zážitek od gynekologa.*

Marie s Annou potvrzují typický model v době dospívání u skupiny dotazovaných dcer. Určité diskuse intimních témat byly vedeny, ale jejich role bývá definována spíše jako povrchní a nijak zásadní.

Podobné diskuse byly vedeny obvykle ve výhradně dívčích kolektivech. Důvodem je, že komunikační partnerky konstruují tato témata jako „ženská“, kterým chlapci nemohou rozumět. Důležitým faktorem také může být stud sdílet tato témata i se spolužáky, což je dle mého názoru velmi úzce navázáno na genderové stereotypy a jejich promítání v konstrukci typicky „ženských“ a typicky „mužských“ otázek a témat.

Různě důležitá je také role školy, která poskytuje informovanost v oblasti biologie, fyziologie a případně prostředkuje tematické přednášky.

Hedvika (dcera): *Jo, myslím si, že jo, že byly nějaký přednášky na tohle téma [např. sexuálního chování]. A že já jako žena nebo dívka, u který je trochu složitější, když se něco posere, tak sem to brala docela vážně. Nebo jasně, tak vždycky to bylo takový to: jéžiš, přednáška, co nám zas tady budou kecat do věci, který už samozřejmě dávno víme. Ale uvnitř víš, že je to důležitý.*

U Hedviky se ukazuje, jak významná je v konstrukci zodpovědnosti za určité otázky, v uvedeném konkrétním případě za otázky spojené s reprodukcí, internalizace. Hedvika měla pocit, že musí tyto otázky řešit, že se jí bezprostředně týkají, protože je žena, na kterou dle jejích slov potenciální komplikace nebo nepředvídané problémy dopadají více. Toto je opět navázáno na to, jak společnost odlišně konstruuje mužskou a ženskou zodpovědnost za určité oblasti.

Patrná je zde výše uvedená souvislost diskusí definice „dívčích/ženských“ témat v dívčích kolektivech a to, jak tuto oblast podle komunikačních partnerek definuje škola. I prostřednictvím oddělených přednášek (které možná mají pomoci zabránit studu ve smíšených skupinách) dochází k utvrzování žactva a studentstva v tom, že existují „ženské“ a „mužské“ otázky, že antikoncepce je spíše „ženskou“ záležitostí, za kterou mají dívky a ženy více zodpovědnosti. Toto např. Jaggar (1992) odmítá, když říká, že životy nás

všech bez ohledu na pohlaví nebo gender jsou úzce propojené a nelze tedy rozlišovat jakási univerzálně ženská nebo univerzálně mužská témata, která nemají žádnou vzájemnou souvislost.

V dospělosti hraje zcela zásadní roli u skupiny dotazovaných dcer internet, na který se obrací jako na zdroj potřebných informací.

Petra (dcera): No, dost se mi ten názor změnil po tom, co sem právě zvažovala, že je [pilulky] přestanu brát a potom, co sem si na internetu o tom hodně tak nějak četla v různých diskuzích.

Marie (dcera): Ted'ka se třeba hodně koukám na internet, i když si dost hlídám zdroje, na kterých si to čtu. Spíš se snažím nějaký ty lékařský wikipedie a podobný věci, tak tyhle věci hledat tam (...).

Internet poskytuje rozmanité informace všem podle individuální potřeby (a jeho vliv se často projevuje i při rozhodování o vysazení pilulek). Petra s Marií ukazuje rozptyl vyhledávaných a individuálně relevantních informací, který se pohybuje od upřednostňování subjektivních zkušeností až po odborné lékařské informace (u Marie se ukazuje výrazná role expertního vědění, které má v naší společnosti značnou autoritu, jak bude diskutováno níže).

Jako velmi důležitá v podstatě v průběhu celého života se také u skupiny dotazovaných dcer ukazuje role matky, případně dalších členek/nů rodiny, která však bude diskutována v samostatné kategorii.

Komunikační partnerky ze skupiny dotazovaných matek mají mj. také společné to, že se narodily v 60. letech minulého století, a tedy své dospívání prožily v době tzv. normalizace československé socialistické společnosti. Rozhovory s matkami naprosto potvrzují teze Einhorn (2002) o velice nízké informovanosti o antikoncepci a souvisejících tématech v této době.

V oblasti získávání informací v době dospívání je velmi zřetelná identifikace negativního vlivu doby a tabuizování zásadních témat (např. i antikoncepce), které se projevovalo i v rodinných prostředích.

Věra (matka): *Na tý zdravotní škole, tam sme měly vyloženě somatologii a pak sme měly vlastně i přednášky. Chodili nám přednášet prevenci těhotenství a tak. (...)*

Nó, tak hlavně na internátu odpoledne sme se scházely [se spolužačkami] a sme si tak povídaly vůbec vo těch svejch partnerech a vo sexu a: ty máš antikoncepci? A ty nemáš? A jak vy to děláte? To byly diskuse vždycky mezi holkama docela dost.

Barbora (matka): *To bylo tabu. To bylo tabu, zakázaný, to vůbec. Nějaká sexuální výchova, to ste měli až vy potom. To my sme měly, že sme přinesly panenku a učily sme se jí přebalovat. To bylo všechno.*

Role školy se jako významnější jeví pouze u Věry, která vystudovala střední zdravotnickou školu, což významně ovlivnilo její přístup k informacím a její následné antikoncepční rozhodování. Informačním zdrojem do určité míry bývaly, stejně jako u dcer, diskuse v kolektivu kamarádek a spolužaček v oblasti „ženských“ témat omezeny opět pouze na dívčí/ženské kolektivy.

Barbora (matka): *Jako [diskuse o sexualitě] mezi spolužákama? Tam to bylo věčný téma. Vod devátý třídy, ano. Tam se vo ničem jinym nemluvalo. To bylo hlavní téma všech diskusí. Kluci chytrý, ramenatý, všechno znaj. Ani holce nedali pusu, ale už jich měli deset, že jo.*

Do intimních a výhradně „ženských“ otázek tedy spolužáci a kamarádi vpouštění nebyli. Pokud se však jednalo o vztahové/sexuální záležitosti mezi dívkami a chlapci, Barbora upozorňuje na sdílení tématu, přičemž prostřednictvím diskusí o něm mohlo docházet k určitému vyjednávání pozic v kolektivu, kde ventilace intimních zkušeností měla být prostředkem, jak zaujmout.

Jako informační zdroj posloužila také literatura zprostředkovaná někým z okolí, a to jak publikace populární a veřejně dostupná, tak s nadsázkou i literatura samizdatová.

Eva (matka): *Takže co sem měla za informace, tak to bylo z příručky Děvčátka, na slovíčko, kterou mi koupila bratrova manželka.*

Dana (matka): *Jó a ještě vlastně, já už vim. Tak ta jeho [kamarádova] sestra mi pučila pornografický román přepsaný na stroji a já sem ho četla jenom do půlky a pak sem byla úplně šílená hrůzou, že mi ho naši najdou pod peřinkou a tak sem jí to vrátila. (...) Ano, to mi bylo třináct.*

Informačních zdrojů bylo v období dospívání dotazovaných matek velmi málo, stejně tak literatura byla velmi omezená. Publikace *Děvčátka, na slovíčko* z pera tehdejší lékařky Jiřiny Strmeňové byla dle Evy ojedinělým oficiálně dostupným materiálem. Je zde patrná role medicínského diskursu, který i prostřednictvím této příručky působil na její čtenářstvo. Jakožto jedna z mála dostupných publikací pro dospívající příručka potvrzovala autoritu expertního vědění, jehož pohled představovala jako ten (v danou dobu) jediná a správný.

Období dospělosti lze i u dotazovaných matek rozdělit na část „před internetem“, kdy probíhala výměna informací a praktických zkušeností zejména v ženských kolektivech. S příchodem internetu se i matky většinou uchylují k tomuto zdroji a oceňují jeho informační přínos.

Co se týká generačního srovnání v této otázce, skupina dcer tematizuje rodinné zázemí více otevřené k možnosti získávání informací, rovněž vzdělávacímu systému se podařilo projít změnou směrem k otevřenějším diskusím i o intimních otázkách. Jak vyplynulo z rozhovorů, přednášky ve škole na témata související s antikoncepcí dotazované dcery vzpomínají (viz citace Hedviky výše), zatímco jejich matky (kromě Věry) téma antikoncepce konstruují jako společenské tabu (viz citace Barbory výše). V době kolem patnácti let už dcery začínají mít pravidelný přístup k internetu, který posloužil a dále slouží jako hluboký zdroj informací. Je nutné ale vždy reflektovat, jaké informace se k uživatelkám/lům internetu dostávají, kdo je tam vkládá a za jakým účelem. I internet považují za médium, které do značné míry podléhá převládajícímu diskursu ve společnosti.

Mohlo by se tedy zdát, že dcery budou v mnoha směrech mnohem více informované než jejich matky a budou se podle toho rozhodovat. Z rozhovorů vyplývá, že tomu tak skutečně bylo a je v oblastech souvisejících se základním fungováním lidského těla, problematikou menstruace a různých možnostech antikoncepce atp. Pokud ale přejdeme konkrétně k otázce pilulek, není možné u dotazovaných dcer v období před započítím

užívání vysledovat výrazně hlubší znalosti, než u matek. To dle mého názoru ukazuje, jaké informace má společnost potřebu dospívajícím sdělovat. Z rozhovorů vyplývá, že dotazované dcery skutečně jsou v době dospívání více srozuměny s otázkou antikoncepce obecně, kterou považují za vlastní zodpovědnost. Autority, které mají moc vědění vytvářet a potom dospívajícím předávat však zapomínají na důležitost kompletních, pluralitních a kriticky podávaných informací (např. konkrétně o pilulkách), na základě kterých by se dospívající mohli zodpovědně rozhodovat, jaký druh antikoncepce si osvojí.

Domnívám se, že informovanost je v podstatě mocenskou kategorií velice úzce propojenou s převládajícím diskursem, jak se z rozhovorů ukazuje být aktuální. Diskurs podle Shaw (2010) do společnosti prosakuje skrze různé instituce, ať skrze školu, výše uvedenou medicínu či média a na základě toho, co je aktuálně považováno za vhodné a dostačující vědění, předává konkrétní vybrané informace dál, zatímco jiné odmítá brát v potaz a tím je veřejnosti vlastně zamlčuje. To má podle Shaw za následek nejen omezené možnosti rozhodování všech jednotlivkyň/ců, ale také nátlak na chování a rozhodování, které daná společnost (a převládající diskurs) považují za správné a tzv. normativní. A právě to pak ovlivňuje naše konkrétní rozhodnutí v různých životních situacích.

2.2.3 Postoje k pilulkám a případné změny v průběhu užívání

Obsah této kategorie tvoří odpovědi přímou na otázku změn postojů na pilulky během jejich užívání. Je na místě zmínit, že postoje dotazovaných žen nebyly vždy něčím přesně vymezeným, často spíše vyplývaly z celkového vyznění rozhovorů. Vandě se však podařilo přesně artikulovat otázku změny postojů a její důvody.

Vanda (dcera): Během střední školy, bych řekla, vůbec ne, protože tam braly všechny moje spolužačky antikoncepci (...). No na vysoký, já bych řekla, že dost dlouho sem to vůbec neřešila. Fakt, že mně to tak vyhovovalo. (...) A pak nějak, hele asi až na tom magistrovi sem to začala nějak to. Vlastně, že kamarádka přestala brát antikoncepci a nějak na tom internetu začaly se vobjevovat víc ty informace, že člověk začal to sledovat, pro a proti. (...) A potom ještě další moje kamarádka, tý se stal úraz (...) a měla špatnou srážlivost krve a zjistilo se, že je to díky antikoncepci, takže okamžitě vysadit. (...) A právě potom sme se vo tom bavily a dost mě to šokovalo. (...) Takže to mě ještě nakoplo víc se v to zajímat, víc si vo tom přečíst a pak to i vysadit sama.

Petra (dcera): *Mezi svejma kamarádkama sem, kupodivu, když sem nad tím začala přemejšlet, že je přestanu brát a sem tam sem to někde nadhodila, tak sem najednou zjistila, že dost lidí kolem mě nebere, nebo je taky vysadilo. A člověk žil v tom, že v těch šestnácti, nebo kdy je začal brát, je berou všichni kolem něho a už žil tak nějak v tom, že všichni berou do teď.*

Vanda s Petrou poukazují na důležitý fakt, že v době nasazování pilulek byly srozuměny s tím, že dospívající dívky v jejich okolí často také pilulky braly. Pilulky se tak pro ně (často v kombinaci s doporučením matek) staly normou, kterou nebylo třeba více promýšlet. U dotazovaných matek se s tímto aspektem nesetkáme. Dle kontextu jejich výpovědí pilulky v období studia na střední škole nebyly relevantním tématem k řešení, protože byly považovány za tabu. (Výjimkou je Věra, která pilulky začala užívat podobně jako spousta jejích kamarádek/spolužaček už na střední zdravotnické škole, což je však výhradně navázáno právě na studovaný obor a přístup k odborným informacím.)

U Vandy je tedy postoj k pilulkám na začátku jejich užívání definován neutrálně/pozitivně, protože pilulky plní to, kvůli čemu je začala užívat – regulují menstruační cyklus, případně u jiných žen, chrání před neplánovaným/nechtěným otěhotněním. Takový postoj je možné najít v zásadě u všech komunikačních partnerek, tedy dcer stejně tak jako matek. Splněná očekávání se rovnají neutrálnímu nebo pozitivnímu postoji.

Vanda však také ukazuje ještě jeden důležitý aspekt. Při konfrontaci se zásadními impulzy ze svého okolí, které jí donutí hledat důkladnější informace, je ochotna změnit svůj postoj k pilulkám v jejich neprospěch. Stejně jako např. Petra, kterou překvapilo zjištění, že má ve svém okolí i ženy, které pilulky neberou a donutilo ji to začít o pilulkách uvažovat jinak nebo Anna (dcera), pro kterou byly důležitým impulzem ke změně postoje hlavně pocíťované změny osobnosti, ale také prostudování příbalového letáku pilulek. Pro Dagmar (matku) byl zásadním impulzem prodělaný zánět žil, který naprosto otočil její názor na pilulky a pro Danu (matku) to byly výrazné migrény, které pilulkám připisovala³¹.

Víra v účinnost pilulek a pozitivní postoj k nim a změna v doufání jejich selhání představuje zcela odlišný způsob proměny postoje k pilulkám.

³¹ Změny postojů u Anny, Dagmar a Dany však nejsou konkrétně artikulovány, proto nejsou doloženy přímou citací.

Eva k otázce změny postoje k pilulkám během užívání: *Asi ano. Protože pak vlastně, když bylo dětem zhruba kolem deseti, tak moje první manželství dospělo k rozvodu a zároveň sem se seznámila se svým dalším partnerem a bývala bych ráda s ním založila rodinu. Takže tam to bylo, ten můj postoj se změnil v tom smyslu, že sem možná trošičku doufala, že třeba ta antikoncepce selže (...).*

Zjevně jinak velmi racionální Eva, která, jak je výše uvedeno, považuje pilulky za jeden z největších vynálezů 20. století, začala postupem života doufat v selhání jejich účinnosti, která jí dříve tolik ulehčila život. I přesto, že zodpovědnost za antikoncepci měla Eva ve svých rukách – ona nesměla zapomenout každý den spolknout pilulku – rozhodující vliv měl v této otázce manžel, resp. Evin respekt k němu. I z důvodu nesouladu v této otázce vedlo toto Evino manželství k rozvodu.

Z výše uvedeného vyplývá, že se „něco“ musí stát, aby dotazované ženy začaly jinak přemýšlet, přehodnocovat své postoje k pilulkám a následně k sobě nebo k partnerským vztahům. Pokud se však toto „něco“ nevyskytuje, postoj zůstává kontinuálně stejný (jako např. u Barbory (matky) trpící výrazně komplikovanou menstruací, kterou pilulky pomohly vyřešit, za což je Barbora od začátku braní před patnácti lety dosud glorifikuje).

2.2.4 Role gynekoložky/ga v antikoncepčním rozhodování

Do této kategorie řadím odpovědi, ve kterých jsme se při rozhovorech s komunikačními partnerkami dostaly např. k tématu první návštěvy gynekologické ordinace, k procesu předepsání prvního receptu na pilulky, postojům gynekoložky/ga k tomuto úkonu a informacím, které při tom ne/byly ženám podány. Diskutována byla také otázka vysazení pilulek. U dotazovaných dcer je tato kategorie úzce provázána s rodinným prostředím (viz níže), protože otázku návštěvy gynekologie diskutují s matkami, které také mnohdy návštěvu samy iniciují.

Vanda (dcera): *No a doktor [gynekolog] mi řekl, že to [nepravidelný menstruační cyklus] bude řešit antikoncepcí, že určitě dřív nebo později budu sexuálně aktivní, tak by mi jí stejně předepsal. (...) Měla sem důvěru, takže jo. Protože doktor, co sem k němu docházela, tak je, nebo aspoň v Roudnici,*

je nejlepší, takže ta důvěra tam odehrála roli, než že bych se pídila po dalších informacích.

Do gynekologické ordinace ženy přivádí buď potřeba preventivní prohlídky, zdravotní problémy nebo právě potřeba řešit antikoncepci, která bez lékařského předpisu není dostupná. Velmi důležitou součástí této kategorie je otázka důvěry, kterou také Vanda zmiňuje. Já důvěru vnímám jako něco velmi osobního, jako stav vzájemného respektu a uznávání jedinečnosti. V uvedeném případě z lékařské praxe se z mého pohledu jedná spíše o nekritickou víru a následování autority určitého diskursu, který je nastavený jako expertní, a tudíž legitimní. Víra v odborné znalosti a schopnosti dané/ho lékařky/ře je úzce spjata s prestiží, kterou společnost lékařským profesím od 19. století připisuje (Tinková 2014). Prestiž je zase navázána na autoritu, kterou medicínskému diskursu veřejnost přikládá, strach, který v lidech budí a disciplínu, ke které je vede. Pacientky/ti pak věří, nekladou otázky a chovají se tak, jak se od nich očekává a jak je jim doporučeno.

Eva (matka): (...) Gynekolog mi vysvětlil, že antikoncepce je trošku jako šaty. Prostě musí padnout na tělo, z jeho pohledu té pacientce, a že je potřeba pár měsíců vydržet u jednoho typu antikoncepce, že se to nějakým způsobem usadí. A skutečně sme přišli na antikoncepci, která mi vyhovovala.

I u Evy je zřejmé následování lékařových rad a víra v to, že se splní, co je slibováno. Projevuje se zde však ještě další rozměr, a to rozměr genderových stereotypů, se kterými Evin gynekolog pracuje. Ze své autoritativní pozice lékaře (a muže) k Evě přistupuje stereotypně jako k ženě, které metaforou padnoucích šatů nejlépe přiblíží, proč jí „nesluší“ každá značka pilulek a proč je třeba snášet komplikace související s nevyhovující značkou, dokud se společně prozkouší k té vyhovující.

Anna (dcera): Já sem třeba po těch práškách měla silný deprese, opravdu hodně silný, a gynekolog mi řek, že to je úplně v pořádku, že si stačí je změnit – ty prášky. A potom sem neměla absolutně žádnou chuť na sex (...).
(...)

„Je možný, že po nich mám deprese? Protože sem si všimla, že mam úplně změnu osobnosti a nálad.“ „No to je úplně běžný, tak je můžeme změnit.“ Tak to bylo asi naposled, co sem se s nim o tom chtěla vůbec bavit.

Uvedená víra v expertní vědění u dotazovaných žen v zásadě trvá, dokud trvá i spokojenost s navrhovanými postupy a plní se očekávání spojená s užíváním pilulek. Ve chvíli, kdy dojde k nějakým komplikacím, jejichž řešení není klientkou gynekologické ordinace posouzeno jako správné či odpovídající její potřebě, s nekritickou vírou je konec.

Víra v postupy představitelky/le medicíny tedy může být nabourána poměrně snadno a její vybudování již nemusí být vůbec možné. Anna po uvedené zkušenosti téměř přestala na gynekologii docházet, než si našla soukromou kliniku, která lépe odpovídá jejím představám.

Hedvika (dcera): U mě měla ta první doktorka vroubek s tou antikoncepcí, co mi předepsala, takže sem měla potom problém jí důvěřovat jako vůbec. (...) Myslim si, že pro mě je gynekoložka hodně zásadní osoba a tu důležitost, kterou sem vyžadovala, tak tu nesplňovala, ta první doktorka.

I pro Hedviku je dle jejích slov důvěra důležitou součástí vztahu gynekolog/žka – klientka, který vidí jako zásadní. První gynekoložka Hedvice totiž poprvé předepsala stejnou značku pilulek, jakou brala její matka, což bylo právě matkou posouzeno jako neadekvátní. Došlo k iniciativě matky, jejímu nabourání autority rozhodnutí Hedvičiny gynekoložky a Hedvičín vztah ke gynekoložce byl trvale narušen.

Gynekoložky/gové dotazovaných žen nesehrávají žádnou roli v diskusi o antikoncepci obecně. Jejich role je tedy navázána výhradně na iniciativu žen návštěvy ordinace a potřeby vyřešit nějaký problém. V tomto případě tedy na diskusi a poskytnutí (předepsání) hormonální antikoncepce, pilulek.

Marie (dcera): Protože sem tam přišla poprvý, tak sme udělaly tu registrační kartu, zaplatila sem poplatek, pani doktorka, jak říkám, vůbec odběr krve nedělala. Maminka tam chodila, takže vyšla z toho, že teda zná nějakou anamnézu, zeptala se mě na srážlivost krve a de facto sme zkonzultovaly, jakou vona mi nabídla a s tím sem odešla (...). Tam mi jenom řekla, jak se to užívá,

a myslím si, že... Nepamatuju si, že bysme měly k tomu nějakou hlubší diskusi, nějaký fakt hlubší poučení.

Věra (matka): *Ne. Jenom, jak sem [gynekoložce] oznámila, že chci normální antikoncepci, tak mě prohlídla a napsala tablety, poučila mě a to bylo všechno. (...) Abych si přečetla leták: „Přečtěte si leták a až vám budou docházet, tak si můžete přijít pro další recept s tím, že už nemusíte na prohlídku, ale že vám jenom sestřička napíše recept“. Takle to bylo.*

Výpovědi Marie a Věry dobře shrnují shodu mých komunikačních partnerek o diskusi ohledně nasazení pilulek s gynekoložkou/gem. Ženám bývá podáno pouze základní vysvětlení týkající se pilulek, většinou bez upozornění na nežádoucí účinky a spíše s odkázáním na příbalový leták bez hlubší anamnézy.

Vyplývá, že prvky metodiky pro gynekoložky/gy GATHER/POMNIK, na kterou upozorňuje Fait (2012) (viz výše, podkapitola Nástin českého medicínského diskursu), v zásadě nejsou aplikovány – klientky nemají detailní a rozmanité informace o různých alternativách řešení problémů a stává se tedy, že nemohou činit dostatečně informovaná rozhodnutí. Domnívám se zde, že i tímto způsobem, ač možná nezáměrně, dochází k upevňování mocenské nerovnováhy mezi lékařkou/řem a klientkou a opětovnému potvrzování autority expertního autoritativního vědění, které klientkám bez lékařských znalostí nenáleží a proto s nimi lékařky/ři mohou jednat spíše jako s objekty medicínských zásahů, než jako se subjekty odpovědnými za sebe sama.

Moc je tedy výrazným prvkem, který je v medicínském diskursu přítomen, a není tomu jinak ani u oboru gynekologie. Ta v rámci medicíny jako komplexní oblasti podle Shaw (2007) podléhá spolu s dalšími významnými společenskými institucemi převládajícímu diskursu ve společnosti a zásadně tak ovlivňuje ženskou reprodukci. Diskurs je také velmi úzce provázán s politickými procesy, a tak se i zde může projevat politika reprodukce, prostřednictvím které, jak píše Ginsburg a Rapp (1991), politika zasahuje do soukromých, a tedy i reprodukčních témat např. nastavením zdravotnického systému, trhu léčiv apod.

Dalším důležitým tématem v kategorii Role gynekoložky/ga v antikoncepčním rozhodování je vysazení pilulek.

Vanda (dcera): *Von [gynekolog] zkoušel mě ne ani přesvědčit, ale ptal se mě, proč chci přestat, říkal mi, proč bych neměla přestávat – že když se k tomu budu chtít vrátit, že je tam nejvyšší to riziko trombózy, že nejriskantnější to je, když začneš brát tu antikoncepci. Takže sem mu řekla s tím, že sem o tom přemejšlela už hodně dlouho a že sem pevně rozhodnutá, že už nikdy nechci brát, takže proto sem se rozhodla, že jí vysadím.*

Zásadní je zde vůbec proces rozhodnutí s užíváním pilulek přestat. Protože vysazení bývá dobře promyšleným krokem, který je reakcí na změny, které v životech žen nastaly, a protože tyto změny často souvisí i se změnou vnímání sebe sama a pohledu na svět, bývá vysazení doprovázeno velmi rozhodnými postoji.

Zatímco v započetí užívání je role gynekoložky/ga logicky zcela zásadní a nezastupitelná, vysazení je komunikačními partnerkami považováno za zcela osobní rozhodnutí, které není nutné (někdy ani žádoucí) s někým dalším diskutovat, pokud není navázáno na otázku zdravotního stavu nebo jednoduše snahu otěhotnět. Toto opět odráží výše diskutovanou mocenskou pozici gynekoložka/log – klientka. Pokud se chce žena začít chránit před početím pilulkami, souhlas gynekoložky/ga je pro ni nepostradatelný. Vysazení pilulek je však zcela odlišným vztahem, žena si o tom rozhoduje skutečně svobodně bez potřeby cizího dobrozdání, pokud se nejedná o zdravotní indikaci.

V této kategorii se nijak výrazně neprojevují generační rozdíly. Sametová revoluce přinesla do naší společnosti výrazné změny a k posunu došlo v mnoha oblastech. Patrná je lepší informovanost žen zejména s ohledem na zpřístupnění internetu, otevřely se hranice, je tedy možné cestovat a získávat zkušenosti ze zahraničí atd. Domnívám se tedy, že je legitimní očekávat, že se promění i přístup gynekoložek/gů v otázce předepisování pilulek. Z rozhovorů je však patrné, že i když komunikační partnerky začínaly užívat pilulky v různém období (počátek 80. let 20. století až druhá polovina první dekády století jednadvacátého), přístup gynekoložek/gů dotazované skupiny žen zůstává ve výše diskutovaných ohledech překvapivě stejný.

2.2.5 Rodinné prostředí jako prostor pro diskusi (?)

Kategorie zabývající se rodinným prostředím mých komunikačních partnerek je v případě dcer i matek soustředěna na rodinu, kde vyrůstaly, tj. kde byly dětmi. V případě matek však zahrnuje také témata související s rodinou, kde jsou matkami, aby bylo možné srovnat

nejen to, do jaké míry koresponduje vnímání dcer a matek jejich vzájemného vztahu a společného rodinného prostředí (dále jako „současná rodina“), ale také, zda vůbec a případně jakým způsobem matky ve svých současných rodinách pracovaly či pracují s modely z rodin, kde vyrůstaly.

Do této kategorie řadím výpovědi vztahující se k míře otevřenosti rodin k diskusím o intimních tématech, dospívání, sexualitě, antikoncepci/pilulkách apod. Zajímalo mě, zda k diskusím vůbec docházelo, kdo je případně inicioval, jak probíhaly a kdo se do nich zapojoval atd. Opět se zde soustředím nejprve na dotazované dcery.

Petra (dcera): *Já si myslím, že máme především s mamkou hodně otevřenéj vztah a že se o různých věcech dost bavíme.*

(...)

Já si myslím, že s tatškou mám hodně dobrej vztah, ale moc spolu nemluvíme. Ale je to asi hodně daný i tím, jak pracuje v zahraničí³², tak že ho moc často nevidím.

Anna (dcera) na otázku iniciativy diskusí: *Obojí. My [s matkou] sme jako kamarádky. Ale když ona se mnou řešila svoje problémy s tátou, to nebylo úplně dobrý.*

(...)

Můj táta je hodně stará škola. O dost starší než mamka, takže byl vychovanej v tom, že o určitejch věcech se prostě nemluví.

Hedvika (dcera): *(...) Ale pamatuju si chvíle, kdy mamka přišla a tak jako nesměle, ale chtěla bejt jistá, tak něco nadhodila a já sem většinou byla ten člověk, kterej o tom moc nechtěl mluvit.*

(...)

Třeba s mym tátou, to vůbec se nedá. Protože von ne vždycky umí projevit feelings, pocity. A přijde mi, že tomu nerozumí, že do toho nevidí. Samozřejmě ho to strašně zajímá, ale prostě ne, nezeptá se.

³² Otec Petry jezdí na lodi, bývá pravidelně tři týdny doma a tři týdny v práci.

Ukazuje se, že pro Petru i Annu je určitá míra sdílení informací, zkušeností a zážitků s matkami v podstatě něčím běžným, co je na denním pořádku, identifikují otevřenost matek pro diskuse a jejich připravenost odpovědět na případné otázky, kterou v různé míře využívají. U Hedviky je detailně s matkou diskutovat o něco nižší.

Sdílení (iniciované matkami) může mít však kromě přínosů také určitou negativní stránku, kdy informace z matčina intimního života nestaví dceru do jednoduché situace při konstruování vztahu ke svému otci, jak se ukazuje v případě Anny, nebo může do vzájemného vztahu s matkou přinášet určitý diskomfort.

Marie (dcera): *Já si vůbec nepamatuju, že bysme to [intimní otázky v době dospívání] s rodičema nějak řešili. Jako si myslím, že s mamkou sme se o tom bavily, ale fakt si to nepamatuju. Vůbec mi to neutkvělo v hlavě. Utkvělo mi v hlavě to, že sme to řešili ve škole, s rodičema vůbec. S tatškou určitě ne, si myslím.*

Vanda (dcera): *Ty jo. Jestli já si vůbec na něco takovýho [na diskuse s matkou v době dospívání] vzpomenu, čoveče. To já vůbec nevím. Asi nějaká diskuse tam proběhla. Ale asi to nebyla žádná nějaká dlouhá diskuse. (...) Jako s mámou máme kamarádskej vztah [v současnosti], říkáme si téměř všechno, ale s tátou máme zvláštní vztah a rozhodně ne kamarádskej.*

Marie a Vanda v dětství zažily rozvod rodičů a dále vyrůstaly s matkami. S otci neměly nijak zvlášť hluboký vztah založený na diskusích a sdílení intimity, což se však neprojevuje ani v nerozvedených rodinách mých komunikačních partnerek. Odlišnost od ostatních dcer je zde však zřejmá v otázce diskusí s matkami, které ani Marie ani Vanda nedefinují nijak konkrétně. Ví, že by za matkami mohly přijít, ale nepamatují si, že by tuto možnost nějak výrazně využívaly, nevzpomínají si ani na matčinu iniciativu. Rozvod rodičů se v tomto zdá být určující.

Otázka účasti v diskusích o intimních tématech je vysoce genderovanou oblastí. Pokud je otec v současné rodině přítomen (rodiče nejsou rozvedeni), aktivně do diskusí nezasahuje, ani je neinicuje, což dcerami není vnímáno jako problém nebo jak něco, co by vztahům v rodinách škodilo. Z rozhovorů lze tedy rozklíčovat určité uchýlení se ke stereotypu „ženských“ témat, kterým muži/otcové nemohou rozumět, a tak diskuse

o nich nechávají na matkách dcer. Vztahy a nastavení z doby dospívání dcer bývají udržovány i v období dospělosti, přičemž genderové nastavení diskusí rovněž přetrvává.

U skupiny dotazovaných matek v otázce podoby rodinných prostředí v období dětství nacházíme výraznou shodu.

Dana (matka): *Moje matka, když moje kamarádka začala menstruovat, tak mi to říkala s nosem zapíchnutým do šicího stroje a strašně se styděla. (...) A byla z toho, chudinka, úplně přepadlá.*

Eva (matka): *A co se týče rodičů, maminky, tak že by mi v tom [v orientaci v intimních otázkách v době dospívání] nějak pomohla, poučila mě nebo tak, tak – na to možná ještě budou otázky – to se nestalo. Rodiče byli věřící, takže v podstatě asi předpokládali, že nepřipadá do úvahy, abych pohlavní život zahájila před tím, než uzavřu sňatek a nějak asi i před tím zavírali oči.*

(...)

Téměř nula, nic. Ta generace mých rodičů (...), myslím si, že to byl velmi častý problém, tak se těmto záležitostem vyhýbala. My sme se asi jako děti ani moc neodvažovaly ptát, protože to fakt bylo takové to tmářství.

Diskuse o intimních otázkách se v rodinách nevedly v podstatě bez ohledu na to, zda se jednalo o matku nebo otce. Výjimku tvořily akutní situace (např. první menstruace), kdy matky byly okolnostmi nuceny uvést své dcery do „ženské“ problematiky a dospělého života, což činily stručně bez hlubších debat a někdy se studem. Matky se jednoznačně shodují, že za takové nastavení v rodinách mohla doba, tj. uzavřenost a tmářství československého socialismu, absence celospolečenských diskusí a tabuizace témat souvisejících se sexualitou. Potvrzují tak v zásadě to, co píše Moen, Erickson a Dempster McClain (1997) o vlivu společenských okolností mj. i na nastavení interrodinného prostředí. U Evy je však ještě naprosto zásadní také vliv její nábožensky založené rodiny. To dokazuje, že důvody tabuizování určitých témat a informační uzavřenost doby 70., 80. let minulého století nemohou být připisovány za každých okolností pouze socialismu, ale mohou být i mnohem rozmanitější.

Dagmar (matka): *Všechny tydle informace, co se týkalo nějaký intimity, sexuality, tak sem měla od babičky. S tou sem mohla si povídat, ale s maminkou nikdy. Takže doma v rodině sme vo tom nemluvili vůbec. (...) Tim, že možná, že sem to měla probraný s tou babičkou, tak mě ani nenapadlo se na to mámy ptát. Možná by mi něco řekla, ale já sem za ní nijak nepřišla. (...), Protože babička byla hrozně hodná, tak se nás snažila chránit, takže já sem se i dlouho bála vůbec mít sex, protože babička, že můžu hned bejt těhotná. Takže sem z toho měla docela strach.*

Barbora (matka): *A moje babička mi řekla: no a ted' [po příchodu první menstruace] nesmíš spát s žádným klukem. Asi tak. (...) Babička: „Ty už si to dostala. Ted' už můžeš bejt teda těhotná.“ Tak místo, aby: ty chudinko moje malá, tys to dostala poprvé, seš ještě na základce, tak takovýdle. Tak sem dostala vynadáno, běda, kdybych s nějakým spala. To mě docela bolelo.*

Zvláštním prvkem, který se např. u Dagmar a Barbory objevuje, je zasahování do intimních otázek ještě přes další generaci. Jejich babičky bývají aktivními postavami při dospívání svých vnuček. Pokud jsou v rámci rodiny nějaké diskuse vedeny, pak pouze po ženské linii, což udržuje stereotyp diskusí „mezi námi děvčaty“. Babičky mají vědění a zkušenosti, které vnučkám chtějí předávat, někdy to však činí poměrně necitlivě, což může vnučky v době dospívání výrazně ovlivnit.

Dalším tématem v kategorii Rodinného prostředí je možná reflexe modelů z rodin, kde matky vyrůstaly a jejich překlápění do rodin současných.

Dagmar (matka): *Určitě sem jí dycky říkala, že cokoliv by potřebovala vědět, na cokoliv se zeptat, tak že může přijít, že jí všechno řeknu, co bude potřebovat.*

Eva (matka): *Myslím si, že dneska, jak se o tom hovoří, bych řekla, mnohem otevřeněji (...), tak že to je osvobozující jak pro ty děti, tak pro ty rodiče. Vy jako rodič máte jistotu, že ste tomu dítěti předal důležitý informace a to dítě, si myslím, že to je pro něj asi, snad, doufám, nejpříjemnější forma sdělení spíš, než hledat někde v nějakých knihách. A zároveň bych i řekla, že to nějakým způsobem prohloubí, upevní i ten vztah, když se rodič baví s dítětem o takhle*

intimních záležitostech. Že je to sblíží. Jenomže třeba moji rodiče nebo rodiče mých rodičů, tam všechno probíhalo z hlediska autority. A ty rodiče nabili dojmu, že kdyby sdělovali takovýhle informace, tak že se to neshoduje s jejich postavením, s jejich rolí.

Zkušenost z vlastního dětství a dospívání se zdá být např. pro Dagmar a Evu v současných rodinách výrazně určující pro vytváření vlastního vztahu s dcerou a pro nastavení rodiny v otázce sdílení informací, zkušeností a zážitků, a tedy v otevřenosti komunikace s dcerami.

Podle Moen, Erickson a Dempster-McClain (1997) je přenos hodnot rodičů na jejich děti v době výrazných společenských změn komplikovanější, protože tyto změny přináší i do mezilidských vztahů nové prvky a uspořádání. Generace dotazovaných matek se také během svého života musela vyrovnat s velkými společenskými změnami, které s sebou přinesla Sametová revoluce. Lze pak dle mého názoru předpokládat, že i když dotazované matky v této zlomové době již nebyly dětmi a nemusely se tedy v dospívání potýkat se změnami, které revoluce přinesla, stala se tato výrazná společenská změna dalším činitelem toho, že se dnešní matky rozhodly ve svých současných rodinách nenásledovat modely z rodin, kde vyrůstaly. U současných matek je patrný v podstatě diametrální rozdíl v rodinném nastavení sdílení a debat.

Co však zůstává neměnné, je zapojení manželů/současných otců do debat s dcerami.

Věra (matka): *Jemu [manželovi] sem to vždycky říkala, co říkaly holky a co sem s nima diskutovala. Ale von v tomhlentom měl vždycky vůči holkám, s nima vo tom mluvit, zábrany, docela. Jako se styděl, nebo nechtěl to s nima řešit. Von vždycky říkal mně: řekni jim todle a todle (...). Nechával to na mně.*

Barbora (matka): *Ale furt je to holka, takže když sou problémy, řeší je s maminkou a já je pak tlumočím, když se něco děje. Taky, aby taťka neměl pocit, že nic neví, a že my si to pečeme samy a von je ten bokem, což von špatně snáší, takže já to potom zase konzultuju s taťkou.*

Dana (matka): *Protože to [diskuse s dcerou] prostě byla moje práce a on tydlety věci, těm jednak nerozumí a v podstatě se toho bál jako čert kříže, těch diskusí.*

I přesto, že manželé/otcové aktivně nevystupují, chtějí být informováni o důležitých věcech z dceřina života. Matky pak plní roli prostřednic, tlumočnic a informátorek zároveň. Projevují se i zde genderové stereotypy. „Ženské“ věci má dle komunikačních partnerek s dcerou řešit matka, která se v nich lépe vyzná a umí je lépe a beze studu artikulovat. Na druhou stranu otcové chtějí být informováni a tak se vlastně účastnit i této oblasti dceřina života, která je ale konstruována jako „ženská“. Chtějí však také ovlivňovat informovanost svých dcer a jejich směřování, což činí skrze své manželky. Potřebují se cítit jistí ve svých pozicích v rodině.

Na místě je ještě se v této kategorii zastavit u otázky započetí užívání pilulek.

Věra (matka): *Říkala sem si: bojím se, abyste nevytěhotněly, to bych vám nepřála v takle mladym věku. A to sem jim říkala na rovinu, jak budete mít, nebo sem viděla, že maj partnera, říkám: jedeme na gynekologii, zajistíme hormonální antikoncepci, ať ste klidnější, já sem klidnější, muž je klidnější. (...) Jo, my sme se vo tom bavily a dycky sem jim říkala: holky, až budete mít jednou partnera, nestydte se, řekněte mi to, pudeme zajistit antikoncepci.*

Hedvika (dcera Věry): *Tak začala sem brát [pilulky], když sem měla stálýho partnera, měla sem sex pravidelně a s tím přišla mamka, jestli by nebylo dobrý, abych se chránila antikoncepcí.*

Eva (matka): *Já sem jí [dceru] i poslala za svym gynekologem, takže určitě s tím nápadem přišla a já si myslim, že i přes ta rizika, která si uvědomuju, tak sem si říkala, že pokud budou krevní testy v pořádku, pokud ten gynekolog k tomu dospěje, že už to lze. (...) Ne aby se zopakoval můj příběh. Tak určitě sme to spolu řešily a já sem jí poslala za svym gynekologem.*

Marie (dcera Evy): *No, jako asi sem se jí [matky] na to zeptala, si myslim. Protože do tý doby sem ke gynekologovi moc nechodila, takže jenom jako třeba*

do nemocnice, když sem byla menší a něco se dělalo, takže si myslím, že sem se jí zeptala, ke komu chodí a že bych ty prášky chtěla. Sem zas nebyla takovej anarchista, že bych si to sama zařídila bez jejího vědomí, no.

Zatímco pro skupinu dotazovaných matek, opět shodně, otázka nasazení pilulek nebyla nijak navázána na debatu s vlastními matkami, v současných rodinách tomu bývá právě naopak – současné matky bývají buď přímými iniciátorkami započetí užívání pilulek, nebo jej rozhodně podporují, jak je patrné z citací Věry a Evy.

Z rozhovorů s dotazovanými matkami vyplývá určité poučení se z chování jejich matek, které je vnímání jako „chybné“ a snaha vytvářet ve vlastních rodinách prostředí otevřené k diskusi. Jednoznačně se tak potvrzují teze Hillard (2000), podle které se zkušenost z dětství matek projevuje v následném uspořádání vztahu a potřeby diskusí o intimních tématech s vlastní dcerou. Hillard ve své stati upozorňuje i na poskytování dostatečných informací dětem jakožto podpory budoucího zodpovědného rozhodování. Zkušenost matek z jejich dospívání je v jejich výpovědích rámovaná negativně a zpětně vnímána jako limit, který v době dospívání ovlivnil jejich další volby.

Je zřejmé, že se proti vlastní zkušenosti z dětství ženy aktivně vymezují, a na jejím základě se rozhodují intimní otázky s dcerami sdílet a vytvářet takové rodinné prostředí, ve kterém jejich dcery budou cítit, že pro případnou diskusi a otázky mají dveře otevřené. To se jim vede, jak vyplývá např. z citací dotazovaných dcer na začátku této kapitoly. Patrná je u dotazovaných matek také snaha být pro svou dceru vnímána jako otevřená kamarádka, rádkyně a partnerka, která např. prostřednictvím sdílení svých antikoncepčních zkušeností pomáhá dcerám vyjednat si budoucí vlastní pozice v této otázce.

Domnívám se, že v případě, kdy jsou matky aktivní v započetí užívání pilulek svých dcer či ho přímo schvalují a podporují, se jedná o určitou formu iniciace dcer do otázky zodpovědnosti za vlastní reprodukční zdraví. Dcery jsou pak ve zcela jiné pozici, než byly jejich matky, které od nikoho neměly dostatečné informace, nikdo s nimi kvalitně nekomunikoval a nepodporoval tak jejich subjektivitu. Tu u svých dcer současné matky pěstují právě také prostřednictvím antikoncepce/pilulek.

2.2.6 Tělo, já a pilulky

Při rozhovorech jsme se s komunikačními partnerkami dostaly také k tématu psychického rozpoložení, pocitu sebevědomí/sebejistoty a vztahu k sobě samé/vlastnímu tělu s ohledem

na užívání pilulek a jejich případné vysazování. Tyto oblasti a témata z nich vyplývající jsem se rozhodla zařadit do kategorie nazvané Tělo, já a pilulky. Níže budou uvedené oblasti postupně diskutovány, i když je třeba mít na paměti, že jsou vzájemně velmi úzce propojeny a mají na sebe zásadní vliv.

Téma vlivu užívání pilulek na psychické rozpoložení se v rámci rozhovorů velmi často projevuje bez nutnosti přímého dotázání, a to zejména u dcer. Psychické rozpoložení považují za něco, co zastřešuje další oblasti, které v této kategorii diskutují, tedy vztah k sobě sama/vlastnímu tělu, případně pocit sebevědomí. Proto ho analyzuji jako první.

Petra (dcera): Přide mi, že když je [pilulky] беру, tak sem náladovější nebo mám stavy úzkosti z ničeho nic a to mam i ted' znova, když sem je začla znova brát. Že prostě pak někdy se mi chce brečet z ničeho nic, sem taková dost citlivá, přecitlivělá.

Vanda (dcera): A poprvé, když sem [po vysazení pilulek] dostala tu normální přirozenou menstruaci po těch čtyrech měsících, tak uplně sem se vyklidnila a uplně takovej zenovej mód u mě nastal a fakt hele, výkyvy nálad u sebe nepozoruju vod tý doby. Fakt sem taková racionálnější, nejsem už tak emotivní – předtim sem byla hrozně plačtivá. Fakt každá blbost mě dokázala rozhodit. Takže ted' sem už taková normálnější.

Věra (matka): To si nevzpomínám, že by nějak byly nějaký nálady, to ne. To bych neřekla ani.

V této oblasti se projevuje generační dimenze. Z rozhovorů vyplývá, že identifikace žádných vlivů na psychické rozpoložení je typická pro skupinu dotazovaných matek, což je doloženo citátem Věry, který by bylo možné vztáhnout i na ostatní dotazované matky. Zatímco skupina dotazovaných dcer vždy nějaké vlivy identifikuje.

Negativní vlivy užívání pilulek na psychiku jsou typickou odpovědí, ke které se dotazované dcery v rozhovorech často vrací. I přesto, že jim pilulka přináší kýženou potřebu účinné antikoncepce, necítí se s ní být celkově ve svých životech šťastnější a klidnější – nejen co do otázky antikoncepce, ale „životní pohody“ obecně. Právě pocit psychické nepohody se může stát jedním z důvodů, proč ženy začínají přemýšlet

o vysazení pilulek, a když to udělají, identifikují v této oblasti změny k lepšímu, pocity šťastnějšího, kvalitnějšího a podle Vandy i normálnějšího života.

S ohledem na vyznění rozhovorů se domnívám, že uvedený generační rozdíl je způsoben lepší současnou informovaností dotazovaných žen – pokud víme, co pilulky mohou způsobovat (a jsme tedy důkladně seznámeny i s jejich negativními účinky), můžeme se na to více soustředit, více se zaměřit na případně změny a detailněji sledovat, co se s námi děje.

Co se týká vztahu k sobě sama/vlastnímu tělu, z rozhovorů vyplývá, že toto může být poměrně abstraktním tématem, které nemusí být přímo definováno nebo přímo zohledněno. Je však možné toto téma v kontextu dalších výpovědí vyzorovat a identifikovat změny, které sem užívání pilulek přináší.

Vztah k sobě sama může být odrazem vztahu k fungování vlastního těla, zdraví či nemoci, ale může být také více abstraktní, vázán spíše na stav mysli, přičemž komunikační partnerky ve svých výpovědích konstruuji rozpojení těchto dvou oblastí (těla a mysli/vlastního já). Velké rozdíly se v této kategorii objevují v případě užívání pilulek a po jejich vysazení.

Petra (dcera): [Pilulky přinesly] *možnost si to [menstruaci] korigovat, jak chci, takže to fakt je z toho pohledu, že sem očividně moderní žena, která si chce plánovat svůj čas. A mít všechno pořádně pod kontrolou, aby jí nic nezaskočilo, nepřekvapilo.*

Věra (matka): [Vztah] *ke svému tělu [při užívání pilulek], spíš i psychicky, že prostě můžu sebe sama ovládat něčím. A byla sem taková spokojenější, jistější (...).*

Zvýšený a vítaný pocit sebekontroly a ovládnání sebe sama v oblasti reprodukce a také v souvislosti s možností posouvat si menstruační cyklus při braní pilulek je jedním z významných témat, které komunikační partnerky v této oblasti definují. Nejedná se však pouze o pocit kontroly a řízení materiálního těla (např. tím, kdy má nebo nemá menstruat), důležitý je právě i psychický rozměr kontroly, uvědomění si toho, že pilulky poskytují poměrně spolehlivou možnost „mít věci ve vlastních rukách“, jak ukazuje výše uvedený Petřin citát.

V tomto podání se pilulky projevují jako emancipační mechanismus. Petra jej vztahuje na potřeby moderní ženy, která si podle její konstrukce chce o všem sama rozhodovat, chce mít možnost mít pod kontrolou vlastní reprodukci, vlastní tělo, vlastní čas a možnost si vše plánovat podle individuální potřeby. To jí dává svobodu a volnost. Projevuje se tedy, že otázky komunikačními partnerkami typicky označované jako „ženské“ (např. menstruace, těhotenství) jsou zásadně určující ve vnímání vlastní svobody a celkově kontroly vlastního života a že na toto vnímání má vliv i forma používané antikoncepce.

Eva (matka): *Že si [při užívání pilulek] určuju směr, jakým se v tom životě ubírám, tam, kde je to možný. (...) Takže tak nějak sem si připadala, že si začínám ten život řídit sama.*

Dagmar (matka): *Asi v tu chvíli [v době užívání pilulek] sem měla pocit, že si vo tom všem rozhoduju já.*

Vnímání sebe sama a pocit sebevědomí spolu souvisí velmi úzce a není dle mého názoru možné je analyzovat odděleně. U obou oblastí se totiž ve výpovědích komunikačních partnerek objevuje role pilulek jako nástroje pro možnost rozhodovat o vlastním životě, což doposud nebylo možné, protože svůj život prostřednictvím reprodukce neměly „ve vlastních rukách“. Byly v tomto hledu závislé na spolupráci svých partnerů nebo přímo jejich aktivitě. Eva i Dagmar tedy možnost řídit samy vlastní reprodukci interpretují jako ukazatel sebevědomí a i emancipační mechanismus popsany výše, který dokládá, že mít právě reprodukci pod kontrolou je pro pocit vnímání sebejistoty, sebevědomí, ale také vnímání svobody a nezávislosti pro komunikační partnerky určující.

Anna (dcera): *Protože i tak jak sem brala antikoncepci a přestala, tak sem prošla i sama nějakým vývojem. Že sem sama na sobě pracovala (...) a přestávala sem jí brát, protože jsem si začla víc vážit sama sebe. Myslim, že to šlo společně spolu.*

Eva a Dagmar představují jeden způsob, jak komunikační partnerky nahlíží na souvislost užívání pilulek a sebevědomí/sebejistoty. Typický pro dotazované ženy je však pohled, který reprezentuje Anna, tedy nemožnost od sebe oddělit osobnostní vývoj nutně nesouvisející s pilulkami a právě jeho vliv na sebevědomí.

Dalším výrazným tématem je v oblasti vztahu k sobě samé/svému tělu menstruace související s možnostmi a schopnostmi se reprodukovat.

Marie (dcera): *Myslím si, že teď [po vysazení pilulek] si vůbec mnohem víc i vážím ty své ženskosti, protože dřív sem třeba byla spíš navztekaná z toho, že menstruaci vůbec mám, že mě to bolelo, než sem ty prášky brala (...). Teďka naopak, když tu menstruaci dostanu, tak sem strašně ráda, protože vim, že to funguje tak, jak má.*

Marie menstruaci po vysazení pilulek identifikuje jako známku své ženskosti, kterou v podstatě definuje velmi esencialisticky. Zároveň ale z jejího citátu vyplývá, že ženskost je pro ni něco, co je proměnné, protože záleží na vnějších vlivech, zde konkrétně na užívání pilulek.

Hedvika (dcera): *Jako třeba když sem měla předtím ty prášky, tak ta menstruace byla úplně jiná. To bylo takový, nevěděla sem, že je to vono, že to je správně.*

(...)

A když sem brala ty hormony, tak ta menstruace to bylo úplně mimo mě. To nebylo moje. Jak kdyby to bylo úplně cizí, že jo. No a taky sem se cejtala úplně strašně. Měla sem výkyvy, narost mi knír, a to sem si řekla, že teda takhle rozhodně ne. A pak sem začla nad tím uvažovat trošku jinak. Že musím k sobě přistupovat jinak.

Hedvika v uvedeném citátu tematizuje fyzické změny související s užíváním pilulek, které konstruuje jako negativní. Konkrétně knírek, z genderového pohledu zcela typicky stereotypní maskulinní atribut, je konstruován jako nežádoucí. I u Hedviky je přítomné esencialistické vymezení vlastní ženskosti, ve kterém nic jako „maskulinní knír“ nemá své místo a je také jedním z důvodů k přehodnocení pohledu na pilulky.

Rovněž Hedvika zvýznamňuje menstruaci v souvislosti se vztahem ke svému tělu a sobě samé. Právě také skrze menstruaci si tento vztah utváří. V době užívání pilulek je menstruace Hedvikou vnímána jako nepřírozená, nepatřící k jejímu tělu a tím pádem také ubírající pocity ženskosti. Vysazení pilulek Hedvika konstruuje jako cestu k normalizaci svého těla procesů v něm probíhajících. Vůbec možnost tematizovat tyto otázky se při rozhovorech ukázala jako spojená až se zkušeností vysazení pilulek, které se zdá být zlomovým okamžikem při přehodnocování přístupu k sobě a pohledu na svět mých komunikačních partnerek.

Petra (dcera): Říkala sem si, že vlastně je mi pětadvacet a neznám sebe sama bez hormonů. Že v pětadvaceti vůbec nevím, jaký to je, jaká sem, svým způsobem.

Hedvika (dcera): Asi je pravda, že potom, co sem to [pilulky] přestala brát, sem si to [tělesnost] začla vědomě uvědomovat. Co je moje tělo a jakej na to má vliv, že do něj něco peru. A že to je vlastně moje tělo, že tohle sem já. Což sem během toho [při užívání pilulek] tak vůbec neměla. Tak samozřejmě sem se prohlížela, jaký mam prsa, zadek, ale spíš z tý duševní stránky a mentální nebo jak to říct. (...) [Po vysazení pilulek] to bylo opravdový. Začla sem víc si sebe všímat v tomhlenctom ohledu. Začla sem najednou brát v úvahu, že všechno, co říkám a dělám a cejtím, tak sem já a že to něco znamená. Nebo znamená... že to prostě sem já. (...) Takže je pravda, že pak sem se trošku otevřela, jak kdyby mně někdo rozep zip.

Barbora (matka): Ano, [při braní pilulek] tělo neubližuje mně, já mu neubližuju, že do něho necpu prášky proti [menstruačním] bolestem, který sem brala na hrsti. (...). Takže sme si tak vyšly navzájem vstříc.

Dalším tématem, které se u Petry a Hedviky projevuje, je jejich vnímání pilulek jako činitele, který potlačuje a svazuje schopnost vnímat a uvědomovat si sebe sama ve své opravdovosti. Vysazení pilulek tuto schopnost jakoby rozváže a zpřístupní lepší sebepoznání.

V tomto ohledu je např. u Petry přítomen určitý paradox s tezí o emancipační schopnosti pilulky, která je uvedena na začátku diskuse oblasti vztahu k sobě samé/svému tělu. Na jednu stranu Petra pilulku definuje jako osvobozující, na stranu druhou ji konstruuje jako svazující mechanismus zabraňující plně poznat sebe sama. Takový paradox dokládá, že prostě není možné jednoznačně a paušálně určit, zda jsou pilulky pouze osvobozujícím, nebo pouze svazujícím a škodlivým prvkem.

Jako zcela zásadní se v oblasti vnímání sebe sama a svého těla jeví určité fyzické a psychické rozpojení. „Tělo“ a „mysl/já“ jsou Hedvikou i Barborou konstruovány jako dvě oddělené součásti osobnosti. Hedvika podle svých slov vlastně nějakým způsobem fungovala jako celek, ale s pilulkami její tělo jakoby nebylo její, jakoby jí nepatřilo. Bylo pod vlivem chemie, proto nad ním neměla plnou kontrolu a nemohla si sama obrazně „rozepnout zip“. Až když došla k uvědomění, že jí současný psychický i fyzická situace nevyhovuje, rozhodla pilulky přestat brát, čímž mohlo k „rozeptnutí zipu“ dojít. Podle této konstrukce po vysazení pilulek už Hedvičino tělo není samo sobě vlastním vězněm. Dochází k opětovnému spojení „těla“ a „mysli/já“ a možnosti být sama sebou a poznat sebe samu.

U Barbory je fyzické a psychické rozpojení konstruováno zcela opačně než u Hedviky. Rozpojení je navázáno na výrazné komplikace s menstruací a menstruačním cyklem, které mají na vnímání sebe sama a vztah ke svému také významný vliv. Barbora svou osobnost přímo v uvedeném citátu konstruuje jako „tělo“ a „mysl/já“, které až prostřednictvím pilulek mohou nalézt určitou harmonii a přestat si vzájemně ubližovat. V takové formulaci se projevuje naprostý protiklad s Hedvikou, pro kterou jsou pilulky překážkou, a opět to poukazuje na rozličné způsoby vnímání kladů a záporů pilulek u dotazovaných žen.

V této kategorii jsou některými komunikačními partnery zmiňovány a v různých souvislostech opakovány negativní změny, které jim pilulky do života přinesly. Je důležité zde uvést zajímavý poznatek, a to, že tyto negativní změny jsou jimi vnímány jako něco, co se týká v podstatě pouze jich samotných. Ženy si uvědomují, že je užívání pilulek mění, což vnímají negativně a dochází k internalizaci odpovědnosti a vlastně i obviňování za problémy a komplikace, které nechtěné změny mohou do partnerských vztahů přinést. Výhody pilulek (prevence početí, klid, spontaneita sexu atd.) jsou v páru sdíleny a případně konstruovány jako součást partnerské rovnosti, ale když zanalyzujeme důsledky, projevuje se teze o nevýhodách – změnách osobnosti, nechut' k sexu atp.,

za které pak ženy vlastně viní pouze samy sebe a pilulky. Čistě emancipační narativ je i tímto opět zpochybněn.

2.2.7 Partnerské aspekty antikoncepce

Partnerské vztahy jsou v zásadě takovým vrcholem, na kterém se promítají veškeré výše diskutované vlivy a změny, které do různých oblastí pilulky přináší. Kvalita partnerského vztahu je ovlivněna mnoha aspekty, ale v této kategorii se snažím postihnout především ty, které se vztahují k otázce antikoncepce.

Antikoncepce je něco, co je v každém heterosexuálním páru dříve či později nějak řešeno a důležité je, jakým způsobem k vyjednávání dochází, kdo iniciuje diskuse apod. Vedle těchto otázek jsem do této kategorie zahrнула ještě část antikoncepční historie mých komunikačních partnerek, tj. jaké druhy antikoncepce vyzkoušely a proč a jakou roli v těchto volbách sehrávali jejich partneři. Zajímalo mě také, zda a jakým způsobem byly ve vztazích komunikačních partnerek diskutovány pilulky apod.

Dagmar (matka): *On [první sexuální partner a později manžel] si dával pozor. Tam de facto sme ani nikdy ten kondom, možná v začátku, když sme teda přešli k intimitě. A pak když sme byli manželé, tak víceméně to bylo v jeho režii.*

Věra (matka) k otázce kondomu: *No ten... ten sme moc nepoužívali. Můj muž opravdu spíš ten přerušovanej styk a ten kondom málokdy jsme používali. A i když ho měl, tak stejně jsme dělali přerušovanej styk. Prostě sme se báli těhotenství.*

Dana (matka): *Žádná [antikoncepce v prvním sexuálním vztahu]. Tam jenom přerušovaná antikoncepce. (...) No modlila sem se vždycky, aby to proběhlo. Vono toho moc nebylo. Ale byla sem nervózní, že jo, to jo. (...) Tenkrát jednak bylo to v režii těch chlapců, že jo, a já sem o tom neměla ani páru u toho prvního. Ten věděl, co dělá. A já bych udělala pro něj všechno, že jo.*

Co se týká volby první antikoncepce na začátku prvních sexuálních vztahů, mezi mými komunikačními partnerkami se objevují generační rozdíly. Jejich důvody zásadně souvisí s informovaností partnerských párů v této oblasti, případně s dosavadními

zkušenostmi v oblasti sexu. Podle Heitlinger (1987) byla za socialismu nejrozšířenější antikoncepční metodou přerušovaná soulož a většina žen v otázce antikoncepce spoléhala na zodpovědnost a zkušenosti svých partnerů. Identifikuje také, že kondom nebyl mezi páry příliš oblíben. Skupina dotazovaných matek potvrzuje zmíněné teze. Shoduje se na hojném praktikování přerušované soulože, na přenechávání zodpovědnosti partnerům a i v otázce kondomů potvrzují, že povědomí o nich bylo rozšířené, avšak jejich užívání nebylo samozřejmostí. Důvody se však u dotazovaných žen liší. Dagmar ukazuje, že kondom mohl na začátku vztahu sloužit jako určitá pojistka spolehlivější antikoncepce, než byla přerušovaná soulož. Po svatbě se ale na první dítě dlouho těšila a nezabývala se tedy více antikoncepcí, kterou zcela přenechala v režii partnera. Ve výpovědích Věry a Dany je patrná hrozba těhotenství, kterou Věra s partnerem sdílela, a tomu také přizpůsobovali způsob ochrany. Dana artikuluje souvislost své zamilovanosti a ochoty přizpůsobit antikoncepci přáním partnerů, i za cenu vlastní nespokojenosti a stresu z potenciálního otěhotnění. V takové výpovědi jsou sexuální zkušenosti tím, co zakládá převahu ve vztahu a moc rozhodovat o způsobu antikoncepce podle vlastních preferencí, v podstatě bez ohledu na pocity partnerky.

Anna (dcera): No, začala sem [s užíváním pilulek] před tím než jsem přišla o panenství. (...) Určitě s prvním sexem. S prvním přítelem, vážným. To byl hlavní důvod, jako že se to tak prostě dělá, že se to tak musí, že jo.

Marie (dcera): V prvním ročníku na střední škole [nasadila pilulky] a už vlastně ani nevím proč. Já si nejsem jistá totiž. Já si myslím, že ještě předtím, než sem tehdy měla přítele. Takže možná jenom z takovýho sichru, že bych třeba přítele mohla mít.

Naproti tomu dotazované dcery přichází do styku s pilulkami ještě před započatím sexuálního života, nebo velmi brzy po něm. Zodpovědnost za antikoncepci mají natolik internalizovanou, že v podstatě ani nepřemýšlí o ničem jiném. Brát pilulky pro jistotu se pro ně stává normou.

Pilulky mohou mít na partnerské vztahy vliv naprosto zásadní. Jak bylo výše uvedeno, jejich užívání souvisí s pocitem sebevědomí, které mohou zvyšovat, dodávají ženám také pocit nezávislosti a svobody. Otázka kontroly vlastní reprodukce (právě

v kombinace s uvedenými vlivy na sebevědomí aj.) se pak ukazuje jako výrazně určující právě ve vztazích s muži a k mužům.

Hedvika: (...) *Měla sem pocit, že mi to všechno tak jako usnadní, jak kdybych se z toho shrbenýho pubertáka narovнала a najednou byla žena. (...) Na začátku to bylo fakt hodně intenzivní, pak někdy v první třetině třeba, to bylo skvělý, to sem se fakt cejtila hodně dobře. A vlastně sem nevěděla, proč se tak cejtim, nebo čím to je. Ale to bylo, když sem byla sama, tak sem hrozně cejtila sebe jako ženu nebo jako někoho, kdo má hroznou sílu ty chlapy zaujmout nebo si s nima hrát nebo bejt královna. Já sem byla královna v té době.*

Hedvika vlastně možnost ovládat vlastní reprodukci pilulkami a být tak sexuálně aktivní bez výrazné hrozby neplánovaného otěhotnění konstruuje jako způsob, jak být pro muže přitažlivá a atraktivní, ale zároveň jako způsob, jak nad nimi získat nadvládu, a tedy určitou sexuální převahu. Ženství bylo v této době pro Hedviku navázáno na potenciální sexuální nevázanost a v zásadě i vlastní dočasnou neplodnost. Stejně jako bylo již v předchozí kapitole uvedeno u Marie, i Hedvika, která jinak vlastní ženskost konstruuje spíše esencialisticky v uvedeném citátu reflektuje závislost svého ženství na něčem zvenčí, v tomto konkrétním případě na chemii a syntetických hormonech.

Pokud partnerky již pilulky užívají a seznámí s tímto faktem své nové partnery, tato otázka není ničím, vůči čemu by se partneři ve vztazích nějak vymezovali nebo měli potřebu s partnerkami na toto téma více diskutovat. Prostě to berou jako fakt. Důležitější je však rozhodování o vysazení pilulek.

Petra (dcera): *Ten [partner] byl pro [aby přestala brát pilulky], protože to bral, že když budu spokojenější, když je brát nebudu, tak mu je to jedno. On s tím problém absolutně neměl, že bych je nebrala. Takže to finální rozhodnutí nechával na mě, že je to, do jistý míry, moje věc, jestli budu brát prášky, nebudu brát prášky. (...) Todle nechával: je to tvoje tělo, tak já budu respektovat jakýkoliv tvoje rozhodnutí.*
(...)

[Partner říkal:] *bud' budeme používat kondom, nebo budeš brát dál prášky a nebudem ho používat. Ale bylo mu to jedno v tom smyslu, že se přikloní k oběma dvěma variantám a nebude nějak prudit.*

Petřin partner sice otázku pilulek konstruuje jako týkající se výhradně Petry, na druhou stranu však antikoncepci artikuluje ve světle respektu k rozhodnutí partnerky a nabízí alternativu v podobě používání kondomů. Ztotožňuje se tedy s potenciálním převzetím odpovědnosti za antikoncepci, což je dle mého názoru jedním z ukazatelů vyrovnaného partnerského vztahu.

Petřin příklad ukazuje typickou opověď mých komunikačních partnerek. Diskuse s partnerky na téma pilulek bývají hlubší, když partnerky přemýšlí o jejich vysazení. Právě to totiž bývá pro ženy stěžejním krokem, který mají potřebu s partnerky více sdílet a diskutovat. S partnerky chtějí probrat případné změny, které by užívání nebo vysazení pilulek mohlo do jejich vztahu přinést. Partneři nechávají finální rozhodnutí na partnerkách – je to přeci jejich tělo.

Výjimečným tématem, které z rozhovorů vyplynulo, je otázka kulturní podmíněnosti postojů partnera k otázce užívání pilulek u žen.

Vanda ke zjištění partnera, že užívá pilulky: *A tak hned začal vyvádět, začal mi vyjmenovávat negativní věci. A já sem ho úplně ignorovala, že je to moje tělo, že já si to vo tom můžu rozhodovat, jaký prášky já si vezmu a úplně sem to vopravdu zarputile hájila, že já si to rozhodnu a todlencto. Takže tam to bylo formou hádky a ne diskuse. (...) A pak už, že dobrý, že je to moje rozhodnutí, už se k tomu nějak nevracel.*

Zkušenost s partnerem z jižní Evropy Vanda artikuluje jako důkaz kulturních rozdílů v nahlížení na užívání pilulek (partner je více informován o negativních účincích pilulek, které bere v potaz a výrazně je tematizuje), přičemž ji interpretuje poměrně stereotypně. Pohled jednoho muže, samozřejmě, není možné zcela generalizovat a považovat jej automaticky za důkaz kulturního rozdílu obecně, avšak není na tomto místě ani možné vyvrátit potenciální odlišnosti, které ale mohou mít souvislost s výchovou, vzděláváním, podobou medicínské diskursu, vlive médií atd.

I přes neshodu s partnerem v pohledu na pilulky vidíme i u Vandy shodné vyústění, tj. partnerův respekt k rozhodnutí partnerky. Vanda užívání pilulek konstruuje jako výrazně genderovou záležitost moci a kontroly. Je pro ni dokladem toho, že je agentkou vlastního rozhodování a to, co se s ní děje, má ve své moci a pod vlastní kontrolou. „Zarputilé hájení“ užívání pilulek je vlastně způsobem vyjednávání (mocenských) pozic v partnerském vztahu, kterým Vanda ukázala, že je rovnocennou partnerkou s vlastním názorem na věc.

Dalším zásadním aspektem jsou v této kategorii kondomy. Ty jsou v oblasti antikoncepce tzv. evergreenem. V době československého socialismu byly (spolu s přerušovanou souloží) jedinou antikoncepcí, která se dala pořídit bez lékařského předpisu. Nějakou zkušenost s ním mají všechny komunikační partnerky.

Vanda (dcera): *Takže já sem [u nestálých vztahů] vždycky jasně: chceš, nechceš – byl to takovej můj přístup. Takže tam se vo tom [o použití kondomu] ani nijak nediskutovalo, tam to prostě bylo: ber, nebo běž.*

Weiss a Zvěřina (2001) uvádí, že v současnosti je kondom hlavní antikoncepční metodou při jednorázových sexuálních stycích díky jeho schopnosti chránit před pohlavně přenosnými chorobami, což zcela potvrzuje uvedená Vandina citace. Vanda (opět) ukazuje, že chce mít svou reprodukci naprosto pod kontrolou. Způsob antikoncepce nedefinuje jako něco, o čem se vyjednává. Antikoncepce (pilulky, ale i kondom) je pro Vandu nástrojem artikulace vlastní emancipace a důkazem vlastní subjektivity.

Jak vyplývá z provedených rozhovorů, kondom také představuje nejčastější antikoncepci, ke které se páry uchylují na začátku vztahů a také v období, kdy ženy přestanou s užíváním pilulek.

Petra (dcera): *Říkali sme se současným partnerem, že to není moc spontánní, když člověk bere kondom (...). Je to takový to přerušení nějakýho náhlýho vzplanutí.*

Anna (dcera): *Mam pocit, že třeba mi [v kondomu] vadí ten latex. Není to úplně materiál, kterej by mi seděl.*

Kondomy však také někdy bývají spíše z nouze ctností, protože komunikačním partnerkám mohou ubírat spontánnosti v oblasti sexu, případně způsobovat nespokojenost s materiálem jako takovým. Takové komplikace vedou k hledání nových způsobů ochrany.

Objevuje se však i zcela odlišný pohled, podle kterého kondomy do vztahu a sexu přináší genderovou rovnost a emancipaci.

Hedvika k otázce vlivu metody antikoncepce na partnerský vztah: *Jo. V tu chvíli sem cejtila, že je ta zodpovědnost na něm. Za sebe sem cejtila, že von jí ted' může na vlastní kůži pocejtít, tu zodpovědnost. Tim, že vědomě používáme kondom a že ho má. A že už je to ted' naše společná záležitost. Když sem měla prášky [antikoncepční], tak to bylo fakt jenom vo mně nebo vo tom, že já sem ten člověk, kterej je musí brát pravidelně, já sem ten člověk, kterej má zodpovědnost. Ale s tim kondomem už to bylo jiný. (...)* *To spojení s tim kondomem je takový paradoxně opravdovější v tom, že tam sme voba v tom stejně.*

(...)

Je to hlavně vo tom, že ten kondom má na sobě ten chlap. Když ho nemá, tak jak kdyby se nic nestalo, jak kdyby vo nic nešlo. Že to vyřešej ty prášky, dobrý. Ale když ho má von, tak ten podíl na chránění máme voba stejnej.

V uvedené výpovědi Hedviky se přesně potvrzuje, co k antikoncepci píše Darroch (2000). Tj. že vzhledem k metodám antikoncepce před vynalezením pilulek byla antikoncepční praxe výrazně spravedlivější (ve smyslu genderové rovnosti) a zásadně sdílení. Do metod byli zapojeni v různé míře oba z páru, což bylo způsobeno tím, že metody souvisely s právě probíhajícím pohlavním stykem a nebylo tak v zásadě možné tuto věc spolu nesdílet. Až pilulka podle Darroch udělala z antikoncepce více ženskou zodpovědnost. Toto však předpokládá vyrovnaný partnerský vztah, ve kterém se partnerka a partner vzájemně respektují, spolupracují a nezastávají genderové stereotypy a esencialismus.

Dana (matka): *Já sem byla strašně zamilovaná a prvních deset let sem ho viděla jako pána boha. Takže takhle. Zareagovala sem vždycky přesně tak, jak chtěl. Přišlo mi to správný.*

(...)

No já sem začala [s užíváním pilulek], když sem začala chodit se svým mužem. Tak on mi řek, ať si pořídím antikoncepci, jinak budu okamžitě v jiným stavu a von, že se tím nehodlá zabejvat, že to je moje věc.

(...)

My sme vôbec o takových intimních věcech nemluvili. To bylo tabu. Byly mužský práce a ženský práce. A já sem měla na starosti dodržovat to, co sme si domluvili, že otěhotnim, až když to bude domluvený a on se staral o to, z čeho budeme žít.

Danin citát je třeba vnímat skrze optiku jejího celoživotního manželství. Byla zpočátku velmi zamilovaná, určující pro ni byla mužova spokojenost, pro kterou byla ochotna udělat mnoho. Z jejího příběhu je patrný možná až strach z autoritativního manžela. To se později projevilo ve vztahu, který má Dana k sobě samé, ke své dceři a ostatním ženám. Našla v sobě esencialistické ženství, ke kterému vedla/vede i svou dceru Annu a ve kterém spatřuje právě svoji sílu.

V partnerských vztazích, pokud jsou nastaveny výrazně patriarchálně, tj. mocensky výrazně nevyrovnaně v neprospěch žen (jak uvádí např. Bourdieu 2000), se však také můžeme setkat se zásadní nerovností i v oblasti antikoncepce. Jak ukazuje případ Dany, partner může od počátku dávat najevo odhodlání se v antikoncepční otázce nijak neangažovat, odmítat jakoukoliv roli v této oblasti a zodpovědnost plně nechávat na bedrech partnerky, jejíž kroky jsou iniciativou partnera navedeny do gynekologické ordinace pro recept na pilulky.

Projevuje se zde jedna z genderových skutečností, o kterých píše Harding (in Šmausová 2002), konkrétně zdánlivě přirozená, avšak výrazně genderovaná dělba práce, na základě které jsou ženám přiřítány činnosti právě s odkazem na biologické pohlaví a zdánlivě nezastupitelnou funkci žen v reprodukci. Vidíme tedy, že i antikoncepce může být nejen genderovanou, ale i mocensky zatíženou kategorií, která odhaluje rozložení dominance a submise v partnerských vztazích (a společnosti celkově).

Tato kategorie je velmi bohatá a není úplně snadné přehledně upozornit na všechny důležité prvky, které se v ní objevují. V otázce partnerských aspektů spojených s pilulkami lze však nalézt zajímavý generační aspekt, který souvisí s praktikováním antikoncepce v podobě přerušované soulože.

Dotazované matky shodně tuto metodu se svými prvními partnery používali na počátku svých sexuálních životů (někdy v kombinaci s kondomy). Metoda sice skýtá určitý diskomfort právě v podobě nutnosti přerušit pohlavní styk, navíc ji nelze označit za spolehlivou. Projevuje se však, a je výše doloženo citáty, že antikoncepci v době dospívání považovaly (nebo byly nuceny považovat s ohledem např. na nedostatek informací) dotazované matky v zásadě za mužskou záležitost a zodpovědnost, a pak nezbývalo než partnerům důvěřovat a doufat, že jejich sebeovládání nezklame. To se mění po započetí užívání pilulek.

Eva (matka): *Tak sem usoudila [po dvou neplánovaných dětech], že už se prostě musím chránit nějakým bezpečným způsobem. A proto sem začala brát hormonální antikoncepci, abych se nedostala úplně do problémů, protože už v těch jednadvaceti s dvěma dětmi při studiu, obrovský ekonomický problémy v rodině, tak pro mě byla obrovská v tu chvíli pomoc.*

Barbora (matka): *Klid, nestresuju se, protože vim, že беру prášky. Maximálně jim věřim, kdy za celý léta, kdy už si taťka nemusel dávat pozor, říkal: fakt nemusim? Říkám: no nemusíš. Tak se nikdy nestalo, že by byl nějaký problém. (...) Takže možná, že spíš sme se víc uvolnili. Že sme už nemuseli, a já hlavně, že sem neměla ten pocit, ten červíček, kterej tam někde je: jéžiš, táto, bacha.*

Možnost začít užívat pilulky je pak z genderového hlediska výrazným emancipačním elementem v případě Evy a určitým druhem vysvobození z pocitu nejistoty ohledně případného otěhotnění u Barbory. Antikoncepce je potom také často vnímána jako ženská záležitost, což souvisí s nastavením partnerského vztahu a osobními životními zkušenosti.

Z provedených rozhovorů a příběhů dotazovaných matek usuzují, že tuto zkušenost vnímají jako velmi důležitou při výchově svých dcer. Nemusí se jednat přímo o verbální předávání vlastního příběhu. Toto zrcadlení se projevuje spíše iniciativou matky v započetí užívání pilulek u dcery, která již má prvního partnera, nebo přichází do věku, kdy se započetí sexuálního života zdá být na dosah.

Užívání pilulek v mladém věku potom dotazovanými dcerami nebývá zpočátku nijak zásadně reflektováno. Je to samozřejmá věc, se kterou „se prostě počítá“. Partnerské diskuse na téma antikoncepce se v zásadě vedou po linii – „bereš, nebereš“,

pokud s diskusí začne partner, případně – „beru/neberu“, pokud si tuto věc chce vyjasnit partnerka, což určuje následující postup v otázce sexu a antikoncepce. Se zkušenostmi však také přibývá i sdílení, ukazuje se, že otázka partnerské rovnosti v této oblasti bývá pro dcery zásadní. Velký zlom v tomto tvoří období vysazování pilulek, kde je sdílení nejsilnější, s partnery probíhají diskuse nejen o způsobu antikoncepce, ale také potenciálních vlivech vysazení na partnerský vztah, sex, partnerčino tělo apod. Takovou proměnu lze přičítat také proměně, kterou společnost prošla a vlastně i to je součástí generační dimenze této otázky.

Kategorie partnerských vztahů může být pojata také přímo s ohledem na vlivy užívání pilulek na sex a sexualitu dotazovaných žen. Tato oblast je rovněž velmi úzce svázána s již výše diskutovanými, zásadní vliv je však zřejmý.

Marie (dcera): *Pro mě to [změna v sexu při užívání pilulek] teda bylo spíš tím směrem, že můžu být spontánní a užít si to [sex].*

Dana (matka): *Svoboda byla v tom, že sem mohla sexuální život prožívat bez jiných starostí.*

Pilulky tedy poskytují ženám sexuální nevázanost (a případně možnost otevřít se novým sexuálními zážitkům či experimentům) a také určitou odvázanost, tedy možnost užívat si sexuální život plnými doušky bez velkého stresu z nechtěného otěhotnění, přináší do oblasti sexu uvolnění, klid a spontaneitu.

Petra (dcera): *Vlastně i jeden z důvodů, proč sem je [pilulky] chtěla zkusit vysadit, bylo, že sem najednou pocítovala nechutenství k sexu. A mam třeba i teď pocit, i ten doktor mi to říkal, že prášky, antikoncepce, dost vysušuje sliznici. A já s tímhle mám problém, že prostě to není úplně tak, že by to šlo dobře. Takže vim, že když sem je nebrala, tak to bylo lepší. (...)*

Pozitivní a v zásadě emancipační vliv pilulek na oblast sexuálního života, může však mnohdy být vykoupen negativními vlivy pilulek na sexuální apetit. Ten se totiž často podle komunikačních partnerek po nějaké době snižuje, a tím pádem přináší ženám i jisté

komplikace v této oblasti. Snížení sexuálního apetitu bývá také důvodem pro vysazení pilulek, jak dokládá Petra.

Anna: (...) Ale myslím si, že třeba tadyto [pilulky] hodně utlumuje pravou ženu. Já myslím, že to utlumuje ženský projevy, vášně a erotiku.

Pro Annu jsou dokonce pilulky tím, co ničí jinak esencialisticky konstruované „pravé ženství“ v souvislosti s ženskou (heterosexuální) sexualitou, což je dle Anny v naprostém rozporu s tím, od svého sexuálního života očekává. I v této konstrukci je pak pilulka spíše svazujícím než emancipačním mechanismem.

2.2.8 Důvody vysazení pilulek (a případného návratu k nim)

V této kategorii se objevuje mnoho odpovědí a vzájemně provázaných důvodů, které se vždy váží k osobním zkušenostem žen a souvisí i s již výše diskutovanými tématy.

Dana (matka): Von [manžel] mi řekl: dobře, ale předem mi to oznam, abych nebyl překvapený. Takže jsme byli domluvený, že až pocítím touhu a potřebu, tak že se domluvíme a v podstatě to tak přesně probíhalo. (...) Já sem je [pilulky] vysadila na začátku, když sem se rozhodla, že budu mít Aničku a pak sem byla půl roku čistá.

Důvodem k vysazení byla např. u Dany snaha otěhotnět, k čemuž se váže i případný návrat k pilulkám, který je spojen jednoduše s opětovnou potřebou antikoncepce. Důležité je v příběhu Dany však také upozornit na fakt, že její jinak patriarchálně založený manžel jí v této otázce nabídl poměrně spravedlivou dohodu, kterou pak společně přesně dodrželi.

Dagmar (matka): To sem měla ten zánět žil (...) a já už v té době sem pak měla nového manžela, takže jsme se domluvili, že se budem chránit jinak a tabletky sem přestala ze dne na den používat.

Dagmar představuje další možný důvod vysazení pilulek, který je navázán na zdravotní problém, které se v souvislosti s užíváním pilulek mohou objevit. V takovém

případě pak dochází k partnerské diskusi a shodě na praktikování jiné antikoncepční metody.

Barbora (matka): *Jo a vlastně von to [vysazení pilulek] byl i trošku popud dcery, protože ta taky v té době, že čte, že ty prášky ubližujou. (...) A pak přišla s tím, že by jí přestala brát, tak takovej červíček, mě nahlodala. Tak říkám: že bych to taky zkusila? (...) Tak sem to zkusila a nenene. Zase sem se k nim vrátila.*

(...)

Začalo mě [bez užívání pilulek] bolet tělo, začala mě bolet hlava, byla sem protivná, měla sem pocit sama ze sebe, že sem protivná. Najednou mi tady vyskočil bed'ák, tady vyskočil bed'ák – takový ty nehezky. A vůbec sem to nebyla já. Cejtla sem na sobě, že sem taková, sem si připadala podrážděná, a hlavně mě začalo bolet celý tělo, jak stařenka sem si připadala (...) Uplně jak kdybych vylezla ze svého těla a to tělo se jako by se začalo hroutit, jo, bylo divný, bylo opravdu divný. No a pak sem si teda počkala na měsíčky, zase sem si jí nasadila, a opět sem cejtla, jak se zase dostávám do svého normálu.

U Barbory se objevuje ojedinělý důvod, vysazení pilulek „na zkoušku“ jako reakce na negativní informace o pilulkách podávané dcerou. I v tomto se projevuje výše diskutované vnímání vlastních dcer jako partnerek k diskusi.

Stav bez užívání pilulek však Barbora nevyhodnotila jako přínosný. Identifikuje zhoršení fyzického i psychického stavu po jejich vysazení. I v tomto citátu Barbora opět dokazuje výše uvedený prvek rozpojení osobnosti na „tělo“ a „mysl/já“. To tentokrát není vnímáno jako důvod k vysazení pilulek, ale k jejich užívání bez přerušení, protože s nimi se Barbora dle svých slov cítí dobře a normálně. Pár Barbory a Petry je ze všech mých diskusních dvojic jediný, který se k užívání pilulek po jejich vysazení zase vrátil. Proto zde není možné analyzovat další důvody znovuužívání pilulek.

U mých komunikačních partnerek je častým důvodem pro vysazení pilulek pociťování různých (již výše diskutovaných) negativních fyzických ale hlavně psychických změn, které přičítají právě pilulkám. Zřetelná je v tomto také souvislost se vzrůstající informovaností v této oblasti, případně reflexe impulsů z okolí, které mj. také nutí začít

se více zamýšlet nad přístupem k životu, ke světu či k sobě sama, a to vše případně ve spojení ještě s dlouhou dobou užívání pilulek.

Anna: Nikdy v životě. Nikdy. To fakt jako, ani si nedovedu představit žádnou situaci, kdy bych řekla, že jo. Protože kdybych měla nějaký zdravotní problém, kterej by mi řekli, že to vyřešej prášky, tak je to naprostá blbost, protože bych to řešila třeba na psychický úrovni nebo tak. Nedovedu si představit, že je nějaký ženskej problém, kterej se tím dá vyřešit. Fakt ne.

Co se však v diskusích s komunikačními partnerkami projevuje velmi výrazně, shrnuje Anna (nejvíce odhodlaně). Je to nechut' se k pilulkám vůbec někdy vrátet, která je navázána právě na předchozí zkušenosti a pociťování negativních účinků na různé oblasti života.

2.2.9 Zhodnocení výhod a nevýhod užívání pilulek

Základní výhodou, která z podstaty pilulek vychází, je antikoncepční účinek a s ním související možnost si lépe užít sex. Důležitý je také vliv pilulek na menstruaci, její bezbolestnost, pravidelnost menstruačního cyklu a možnost si jej dle potřeby posouvat, což může umožňovat lepší život³³.

Eva (matka): [Výhody pilulek jsou v tom] že se v podstatě z těch ovládaných bytostí, žen, dostáváme na roveň těm mužům. Že prostě sme také dámami situace, pánem situace. Můžeme plánovat život trošičku líp než předtím, než hormonální antikoncepce byla k dispozici, kdy žena byla v podstatě... Vlastně nás to zbavuje i ekonomický závislosti, že jo. Že dítě ještě nechcete a že se budete věnovat zaměstnání, že se budete realizovat tam. Já to vnímám jako krok ke zrovnoprávnění mezi muži a ženami.

Solinger (2000) píše, že pilulka přinesla ženám svobodu od hrozby neplánovaného těhotenství, ale také svobodu sexuální, čímž se stala v zásadě deklarací nezávislosti pro ženy. Tato teze se projevuje v uvedené citaci. Moc pilulky v kontrole vlastní

³³ Oboje již výše citováno.

reprodukce je také spojováno s novou možností seberealizace ve vzdělání, ale také později na trhu práce. Projevují se zde účinky pilulek, které mj. zmiňují i Birdsall a Chester (1987).

U Evy se nejvýrazněji ze všech komunikačních partnerek objevuje tematizace většího pocitu svobody a nezávislosti související také s možností mít pod kontrolou svoje tělo a svou reprodukci. Eva měla v brzkém věku neplánované dvě děti, přičemž tato životní situace ji způsobila komplikace. Nemuset se v takto zásadní otázce spoléhat na nikoho jiného a na nic jiného, co není možné bezprostředně ovlivňovat, se proto pro Evu ukazuje jako zásadní pro pocit ženské svobody a emancipace. Eva vlastní emancipaci artikuluje skrze teze o síle pilulky činit vztahy mezi muži a ženami spravedlivějšími. Toto může být překvapivé s ohledem na teze diskutované např. v kategorii Partnerských aspektů týkající se nerovností, které pilulky do vztahů mezi muži a ženami přináší. Potvrzuje se zde, že pilulky není možné definovat jako ženám buď přínosné, nebo škodící. Otázka antikoncepce musí být vždy analyzována s ohledem na jedinečné životní pozice každé jednotlivkyně.

Oblast nevýhod je vcelku rozmanitá. Není však nutné zde opět opakovat negativní změny, které pilulky dotazovaným ženám do života přinesly. Tyto změny jsou potom individuálně také posuzovány jako nevýhody.

Petra (dcera): A nevýhoda určitě to, že do sebe cpu zbytečně hormony, který do sebe cpát nechci.

Anna (dcera): V podstatě tím, že člověk mění svojí podstatu hormonama – to je v podstatě hormonální změna těla. To mně přijde, už jenom tadyto mi přijde hrozný. Proč ze sebe dělat někoho jinýho? Proč si měnit poměr hormonů, který tam jsou a funguje to a je to tak správně, něčím jiným. No a všechny ty věci, co jsem říkala. Změny nálady, deprese, ztráta libida.

Dana (matka): [Žena, když užívá pilulky] přijde o svoje myšlení, o svoje pocity, vlastně to za ní rozhodnou úplně jiný hormony. A v podstatě přijde i o správnou volbu partnera, protože vyzařuje úplně jiný vlny, jiný chemikálie, takže si vybere na základě toho úplně špatnýho, no špatnýho, úplně jinýho partnera, než kterej by proběh tou přírodní, přirozenou cestou.

U Petry, Anny i Dany se objevuje konstrukce toho, že pilulka obecně znamená nežádoucí „přídavek“ do těla, který má nakonec negativní vliv na spoustu dalších oblastí. Podstata sebe sama je jimi vnímána esencialisticky, avšak zároveň může podléhat právě oněm „přídavkům“ zvenčí, pilulkám, které podle Anny i její matky Dany mohou osobnost změnit nebo dokonce způsobovat její ztrátu. I zde je zřetelné esencialistické vnímání podstaty vlastní osobnosti, jejíž „přirozenost“ je narušována hormony v pilulkách. Výše již několikrát zmiňovaná teze o konstrukci rozpojení těla a mysli se projevuje i v citátu Dany.

Dana (matka): No, tenkrát sem mohla pociťovat svobodu, že jo. A dneska vim, že to nebyla svoboda, ale že sem byla otrokyně. (...) Otrokyně, že sem to musela řešit sama, že to bylo jenom na mně a že sem si já sama ničila tělo v podstatě.

I když tedy pilulky mohou být obrovským přínosem do oblasti sexu a sexuálního života, z podstaty jejich možných nežádoucích mohou být i potenciálně škodlivé. U Dany se projevuje teze např. Máslové (in Matějů 2011), která upozorňuje na to, že výhody, které s sebou pilulky přináší, jsou v páru sdílené, a tedy si jich mohou užívat partnerka i partner, nevýhody však musí přijímat pouze žena. Tento fakt také poukazuje na jeden z genderových aspektů pilulek a nerovnost, která se v něm projevuje.

I přesto, že nevýhody pilulek jsou některými mými komunikačními partnerkami (a je jich většina) vnímány jako zásadní, po různě dlouhou dobu je přijímají, aby si byly jisty. Aby se cítily dostatečně zodpovědné i za tak partnerskou a společnou věc, jako je prevence početí. Až spolu se vzrůstající informovaností, vývojem sebe i svého okolí a společnosti mohou právě tolikrát zmiňované nevýhody a negativní vlivy za to, že ženy mění názor na pilulky, odvrací se od nich a dívají se na ně více kriticky.

3 ZÁVĚR

Cílem mé diplomové práce bylo zjistit, jaké sociální aspekty a okolnosti hrají významnou roli při antikoncepčním rozhodování a chování mých komunikačních partnerek, pěti diskusních dvojic dcer, jejichž věk se pohybuje od cca pětadvaceti do osmadvaceti let a jejich matek, kterým je mezi šestačtyřiceti a pětapadesáti lety. K tomu jsem využila polostrukturované rozhovory, v nichž jsme s komunikačními partnerkami hovořily o jejich zkušenosti s různými druhy antikoncepce, důvodech, které je přivedly k užívání antikoncepčních pilulek a o tom, odkud se k nim v době od dospívání do současnosti dostávaly informace o antikoncepci a souvisejících tématech. Řešily jsme také, jakou roli v jejich antikoncepčním rozhodování sehrálo rodinné prostředí, ve kterém vyrůstaly a jejich ošetřující gynekoložka/log. Dostaly jsme se také k otázce, zda a jaké změny antikoncepční pilulky přinesly do jejich života, vztahu k sobě samé a do partnerských vztahů. To vše jsem následně analyzovala prostřednictvím genderové analýzy i s ohledem na generační dimenzi, kterou jsem zkoumala v otázkách, kde se ukázala být výrazně patrná.

Analýza odhalila několik důležitých zjištění souvisejících s užíváním pilulek. Jako velmi zásadní se jeví tematizace určitého rozpojení „těla“ a „mysli“, které část dotazovaných žen formulovala právě v souvislosti s užíváním antikoncepčních pilulek. Toto rozpojení probíhá ve dvou liniích. První z nich je konstruována tak, že bez pilulek „tělo“ a „mysl“ tvoří jeden celek. Ten je hormony obsaženými v pilulkách nabourán a „tělo“ si pod vlivem pilulek vlastně začíná žít vlastní život, do kterého „mysl“ v podstatě nezasahuje/zasahovat nemůže. K uvědomění tohoto rozpojení dochází až v okamžiku, když se ženy rozhodnou s užíváním pilulek skoncovat. „Mysl“ jakoby oživne, začne si toto uvědomovat a reflektovat a může dojít k opětovnému spojení „těla“ a „mysli“ v celek, který tvoří „opravdovou“, „přirozenou“ a „normální“ osobnost. Pilulky v tomto procesu tedy hrají roli nežádoucího činitele zvenčí, který sice pomáhá řešit potřebu účinné antikoncepce, ale vlivem rozpojení „těla“ a „mysli“, které způsobuje, přináší do životů žen mnoho starostí a problémů (zejména psychických, které se mj. týkají také vztahu k sobě sama).

Druhá linie rozpojení je v zásadě opačná. Bez pilulek „tělo“ „mysli“ ubližuje. Nejsou spolu v symbióze, nerozumí si nebo si dokonce ubližují. „Tělo“ např. opakovaně ubližuje „mysli“ nepravdělnou nebo příliš silnou a bolestivou menstruací, která má vliv na sebevědomí ženy, a samozřejmě také na její vztah k sobě sama. Pilulky pak v tomto

případě hrají roli mediátora, který dá vše do pořádku. Znormalizuje menstruační cyklus, tj. „tělo“, které si začne s „myslí“ rozumět. Stanou se tak celkem, který je vnímám jako „normální“ a správný. V případě, že jsou pilulky vysazeny, dochází k opětovnému rozpojení, nespokojenosti s aktuálním stavem a až jejich nasazení může problémy s neshodou mezi „tělem“ a „myslí“ dlouhodobě vyřešit.

Z genderového hlediska rozpojení „těla“ a „mysli“ má u dotazovaných žen negativní důsledky na jejich pocit kontroly nad sebou samými, nad svým tělem a vlastním životem, a tím i oslabuje jejich vyjednávací a mocenské pozice v sociálních interakcích i partnerských vztazích. To má také vliv na jejich agentnost a pocíťování vlastní subjektivity, která se z jejich výpovědí jeví jako oslabena uvedeným rozpojením, tj. „rozbitím“ celistvosti vlastní osobnosti. Patrné jsou také vlivy této otázky na chápání vlastního žensství komunikačních partnerek, kdy v případě, že „tělo“ a „mysl“ tvoří celek (ať už s pilulkami nebo bez nich“), objevuje se artikulace „opravdovějšího“ žensství, které dotazované ženy shodně konstruují esencialisticky.

Jak bylo v poslední kapitole na několika místech uvedeno, důležitým tématem jsou nežádoucí účinky, které jsou s užíváním pilulek spojeny. Komunikační partnerky se s nimi vyrovnávají různým způsobem. Některé z nich je jsou během svého života ochotny snášet, protože pro ně je důležitější antikoncepční účinek. Převládá však uvědomování si nežádoucích účinků jako něčeho, co do života přináší problémy, které je dříve či později nutné řešit. Stěžejní je v tomto ohledu fakt, že nežádoucí účinky, které na sobě ženy pocíťují, jsou jimi považovány za čistě vlastní odpovědnost, za níž si v podstatě internalizují vinu. I na základě toho poté může docházet k výše uvedenému rozpojování „těla“ a „mysli“. Dotazované ženy tedy u tohoto problému odhlíží od faktu, že antikoncepce ze své podstaty není pouze ženskou záležitostí.

Co se týká teze o pilulkách jakožto emancipačním mechanismu, z rozhovorů jasně vyplynulo jeho problematické pojetí. Na jednu stranu se emancipační narativ, samozřejmě, v rozhovorech projevoval, pilulka pomáhá ženám řídit menstruační cyklus, čas a prostřednictvím možnosti plánovat si početí má také vliv na jejich studium a kariéerní rozvoj. Pilulky však také bývají vnímány jako něco, co je v organismu navíc, a na co je potřeba každý den myslet a pravidelně brát. K tomu se opět přidává tematizace nežádoucích účinků, které nejenže nejsou s partnery sdílené, ale ještě mohou dle slov mých komunikačních partnerek měnit ženskou osobnost a podstatu. Projevuje se tak narativ pilulky jako svazujícího a nežádoucího „přidavku“ do organismu, ke kterému se ženy

po vlastní zkušenosti s ním už nechtějí vracet. Zvýznamňují totiž uvědomění, že vlivem hormonů se mění, odcizují se od sebe sama a je tak oslabena jejich agentnost a možnost a schopnost o všem samostatně rozhodovat a mít svůj život pod kontrolou.

Generační dimenze dle mého názoru nejzásadněji vyvstala v otázce informovanosti. Ta souvisí se socialistickým režimem, který v době dospívání dotazovaných matek znemožnil jejich přístup k pluralitním informacím a tabuizací určitých témat ovlivnil také nastavení sdílení intimních otázek v rodinách, kde tyto ženy vyrůstaly. Současné dotazované dcery nejenže vyrůstají ve společnosti mnohem informačně otevřenější, vyrůstají také s „jinými“ matkami. S matkami, které si uvědomují svůj vlastní hendikep z dospívání v podobě nedostatečné informovanosti, na kterou později mohly navazovat další jejich životní přešlapy. Ale také s matkami, které jako hendikep pocítují nedostatečné sdílení intimních otázek v rodinách, kde vyrůstaly. Z rozhovorů vplynulo, že současné matky chtějí být jiné. Chtějí mít s dcerami partnerský, přátelský (kamarádský) vztah, prostřednictvím brzkého přístupu svých dcer k pilulkám, který často iniciují nebo prostředkují, jim chtějí pomoci stát se aktivními subjekty, činitelkami svých životů, chtějí jim pomoci se emancipovat

Pro současné matky mohly být určitým nástrojem iniciace do „dospělého ženství“ diskuse s jejich matkami při příležitosti první menstruace (i když často jen stručné a povrchní). Tyto diskuse současné matky ve svých rodinách do jisté míry nahradily výhradně „ženskými“ diskusemi o antikoncepci se svými dcerami, které z dospívajících dívek dělají plodné ženy, zodpovědné za vlastní reprodukci.

Současné dcery iniciativu svých matek v této oblasti v zásadě vítají a možnost užívat pilulky v době začátku svého sexuálního života hodnotí kladně. Vliv různých okolností, zejména pocítování nežádoucích účinků je však zavádí k jinému způsobu nazírání na problematiku a chtějí se více zaměřovat na své esencialisticky pojímané ženství, kterému dle jejich vlastní artikulace užívání pilulek škodí a obrací se proto po diskusi se svými partnery k jiným formám antikoncepce.

Provedené rozhovory tedy potvrdily, že antikoncepční pilulka není buď mechanismem emancipačním, nebo mechanismem svazujícím. Může být pro jednu ženu tím, pro druhou oním, může být obojím naráz nebo se může různě v čase měnit. Vždy toto bude záviset na sociálním kontextu jedinečných životů jejich uživatelék, na životních situacích, ve kterých se budou nacházet, na genderovém nastavení vztahů, které budou prožívat a na vyjednávacích pozicích, ve kterých se v danou dobu budou nacházet.

Domnívám se, že téma hormonální antikoncepce se v současnosti ukazuje být čím dál více aktuálním, a proto doufám, že by i má diplomová práce mohla přispět k hlubšímu zamyšlení potenciálních čtenářek/řů nad jejími zkoumanými sociálními aspekty. Byla bych také ráda, kdyby se má diplomová práce stala inspirací pro další výzkum v oblasti antikoncepce, jejích dopadů na společnost, genderové, rodinné, generační a partnerské vztahy a případné zrovnoprávnění i nerovnosti, které do nich může přinášet.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

Literatura:

Bailey, M. J. 2006. "More Power to the Pill: The Impact of Contraceptive Freedom on Women's Life Cycle Labor Supply". In *The Quarterly Journal of Economics* 121 (1): 289-320.

Barták, A. 2006. *Anti-koncepce*. Praha: Grada.

Birdsall, N., L. A. Chester. 1987. „Contraception and the Status of Women: What is the Link?“. In *Family Planning Perspectives* 19 (1): 14-18.

Bourdieu, P. 2000. *Nadvláda mužů*. Praha: Karolinum.

Connell, E. B. 2002. *The Contraception Sourcebook*. New York: McGraw-Hill.

Darroch, J. E. 2000. „The Pill and Men's Involvement in Contraception“. In *Family Planning Perspectives* 32 (2): 90-91.

Dasgupta, R. 2005. "Quinacrine Sterilization in India: Women's Health and Medical Ethics Still at Risk". In *Different Takes* 34: 1-4.

Davis, A. 2003. "Racism, Birth Control and Reproductive Rights". In R. Lewis, S. Mills (eds.). *Feminist Postcolonial Theory*. London: A Reader. Edinburgh University Press.

Einhorn, B. 2002. *Cinderella Goes to Market: Citizenship, gender and women's movements in East Central Europe*. New ed. London: Verso.

Fait, T. 2012. *Antikoncepce*. Praha: Maxdorf.

Gal, S., G. Kligman. 2000. *The Politics of Gender After Socialism*. University Press.

Ginsburg, F., R. Rapp. 1991. „The Politics of Reproduction.“ In *Annual Review of Anthropology* 20: 311-343.

Glass, D. V. 1966. „Family Planning Programmes and Action in Western Europe“. In *Population Studies* 19 (3): 221-238.

Goldin, C., L. F. Katz. 2000. „Career and Marriage in the Age of the Pill“. In *The American Economic Review* 90 (2): 461-465.

- Goldin, C., L. F. Katz. 2002. „The Power of the Pill: Oral Contraceptives and Women’s Career and Marriage Decisions“. In *Journal of Political Economy* 10 (4): 730-770.
- Gordon, L. 1976. *Woman’s Body, Woman’s Right: Birth Control in America*. New York: Grossman.
- Guba, E. G., Y. S. Lincoln. 1994. „Competing Paradigms in Qualitative Research“. In N. K. Denzin, Y. S. Lincoln. *Handbook of qualitative research*. London: SAGE Publications, s. 105-116.
- Havelková, H. 2004. „První a druhá vlna feminismu: podobnosti a rozdíly“. In L. Formánková, K. Rytířová (eds.). *ABC feminismu*. Brno: NESEHNUTÍ, s. 169-182.
- Havelková, B. 2009. „Genderová rovnost v období socialismu“. In M. Bobek, P. Molek, V. Šimíček (eds.). *Komunistické právo v Československu. Kapitoly z dějin bezpráví*. Brno: Mezinárodní politologický ústav, Masarykova univerzita.
- Heineman, E. D. 2006. “The Economic Miracle in the Bedroom: Big Business and Sexual Consumption in Reconstruction West Germany“. In *The Journal of Modern History* 78 (4): 846-877.
- Heitlinger, A. 1987. *Reproduction, medicine and the socialist state*. New York: St. Martin's press.
- Hendl, J. 2005. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Hillard, P. J. A. 2000. „Mothers, Daughters and the Pill“. In *Family Planning Perspectives* 32 (2): 91-92.
- Hutchinson, M. K. et al. 2003. „The Role of Mother–Daughter Sexual Risk Communication in Reducing Sexual Risk Behaviors Among Urban Adolescent Females: A Prospective Study“. In *Journal of Adolescent Health* 33: 98 – 107.
- Jaggar, A. M. 1992. „Feministická etika: projekty, problémy, perspektivy“. In *Filosofický časopis* 40 (5): 782-798.
- Jensen, J. M. 1981. „The Evolution of Margaret Sanger’s „Family Limitation“ Pamphlet, 1914 – 1921“. In *Signs* 6 (3): 548-567.

- Jones, R. K. et al. 2009. „Better than nothing or Savvy Risk-reduction Practice? The Importance of Withdrawal“. In *Contraception* 79 (6): 407 – 410.
- Křepelka, P. 2013. *Hormonální antikoncepce*. Praha: Mladá fronta.
- Lester, J. E., S. B. Blakely. 1918. “Birth Control”. In *The American Journal of Nursing* 18 (9): 778-784.
- Letherby, G. 2003. *Feminist Research in Theory and Practice*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press
- Lopez, I. 1997. „Agency and Constraint“. In L. Lamphere, H. Ragone, P. Zavella (eds.). *Situated Lives: Gender and Culture in Everyday Life*. New York: Routledge.
- Malat, J. 2000. “Racial differences in Norplant use in the United States”. In *Social Science & Medicine* 50 (9): 1297-1308.
- Moen, P., M. A. Erickson, D. Dempster-McClain. 1997. „Their Mothers’ Daughters? Intergenerational Transmission of Gender Attitudes in a World of Changing Roles“. In *Journal of Marriage and Family* 59: 281-293.
- Mošpanová, E. 2014. „Kdo se bojí kouzelné pilulky“. In *Respekt* 25 (11): 54-62.
- Pavlík, P. 2012. Přednáška kurzu Metodologické přístupy v genderových studiích, 1. 11. 2012. FHS UK.
- Ramazonglu, C., J. Holland. 2004. *Feminist methodology: challenges and choices*. London: SAGE.
- Rapp, R. 2001. „Gender, Body, Biomedicine: How Some Feminist Concerns Dragged Reproduction to the Center of Social Theory“. In *MAQ* 15 (4): 466-477.
- Reinharz, S. 1992. *Feminist Methods in Social Research*. New York: Oxford University Press.
- Renzetti, C. M., D. J. Curran. 2003. *Ženy, muži a společnost*. Praha: Karolinum.
- Ringheim, K. 1993. „Factors that Determine Prevalence of Use of Contraceptive Methods for Men“. In *Studies in Family Planning* 24 (2): 87-99.
- Roberts, D. 1999. *Killing the Black Body*. Vintage.

- Roberts, D. 2000. „Black Women and the Pill“. In *Family Planning Perspectives* 32 (2): 92-93.
- Rubin, G. 1975. „The Traffic in Women: Notes on the 'Political Economy' of Sex". In R. Reiter (ed.). *Toward an Anthropology of Women*. New York: Monthly Review Press, s. 157-210.
- Scott, J. 1991. „The Evidence of Experience“. In *Critical Inquiry* 17 (4): 773-797.
- Seidlová, D. 1997. *Kontracepce pro praxi. Průvodce metodami zábrany otěhotnění*. Praha: Maxdorf Jessenius.
- Shaw, R. 2007. „'It's Your Body, Your Baby, Your Birth': Planning and Achieving a Home Birth“. In *Feminism & Psychology* 17 (4): 565-570.
- Shaw, A. 2010. „Media Representation of Adolescent Pregnancy: The Problem with Choice“. In *Atlantis: Critical Studies in Gender, Culture & Social Justice* 34 (2): 55-65.
- Schearer, S. B. 1978. „Current Efforts to Develop Male Hormonal Contraception“. In *Studies in Family Planning* 9 (8): 229-231.
- Siegel Watkins, E. 1998. *On the Pill: A Social History of Oral Contraceptives, 1950-1970*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Slepičková, L., E. Šlesingerová, I. Šmídová. 2012. „Biomoc a reprodukční biomedicína: konceptuální inspirace pro český kontext“. In *Sociologický časopis* 48 (1): 85-106.
- Sobotka, T. et al. 2008. „Czech Republic: A rapid transformation of fertility and family behaviour after the collapse of state socialism“. In *Demographic Research* 19: 403-454.
- Sogner, S. 2003. „Abortion, Birth Control, and Contraception: Fertility Decline in Norway“. In *The Journal of Interdisciplinary History* 34 (2): 209-234.
- Sokolová, V. 2004. „Současné trendy feministického myšlení“. In L. Formánková, K. Rytířová (eds.). *ABC feminismu*. Brno: NESEHNUTÍ, s. 199-212.
- Strauss, A., J. Corbinová. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu*. Brno: Sdružení Podané ruce. Boskovice: Nakladatelství Albert.

Šmausová, G. 2002. „Proti tvrdošíjné představě o ontické povaze gender a pohlaví“. In *Sociální studia* 7: 15–27.

Tomášek, M. 2007. „Naše blízké vztahy a společenské demokratizační změny. K novému chápání zdrojů integrace a reprodukce společnosti po roce 1989“. In *Gender, rovné příležitosti, výzkum* [online] 8 (2): 1-6 [cit. 15. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.genderonline.cz/uploads/09f1de7f6ceb1af5ad810a7824ad1a96a144de0a_nase-blizke-vztahy-a-spolecenske-demokratizacni-zmeny.pdf>.

Tong, R. P. 1998. *Feminist Thought. A More Comprehensive Introduction*. London: Westview Press.

ÚZIS ČR. 2013. Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky. Činnost oboru gynekologie a péče o ženy v roce 2012. [online]. [cit. 12. 12. 2014]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-oboru-gynekologie-pece-zeny-roce-2012>>.

Valenza, C. 1985. „Was Margaret Sanger a Racist?“. In *Family Planning Perspectives* 17 (1): 44-46.

Wagnerová, A. 2009. „Co přinesl a co nepřinesl českým ženám socialistický model rovnoprávnosti – aneb nejen jesle a traktoristky“. In L. Sokačová (ed.). *Gender a demokracie: 1989 – 2009*. Praha: Heinrich Böll Stiftung; Gender Studies, o.p.s.

Warner, M. 1999. *The Trouble with Normal: Sex, Politics, and the Ethics of Queer Life*. Harvard: University Press.

Weisbord, R. G. 1973. “Birth Control and the Black American: A Matter of Genocide?”. In *Demography* 10 (4): 571-590.

Weiss, P., J. Zvěřina. 2001. *Sexuální chování v ČR – situace a trendy*. Praha: Portál.

World Health Organization. 1982. „Hormonal Contraception For Men: Acceptability and Effects on Sexuality“. In *Studies in Family Planning* 13 (11): 328-342.

Young, I. M. 1995. „Asymetrická reciprocita: O morální úctě, údivu a obohacené myšlence“. In *Aspekt* 2-3: 30-37.

Internetové zdroje:

Bill & Melinda Gates Foundation. [cit. 5. 3. 2015]. Dostupné z: <<http://www.gatesfoundation.org/What-We-Do/Global-Development/Family-Planning>>.

Friedman, A. 2013. „No Pill? No Prob. Meet the Pullout Generation“. In NYmag. [online]. [cit. 8. 1. 2015]. Dostupné z: <<http://nymag.com/thecut/2013/09/pill-no-prob-meet-the-pullout-generation.html>>.

Jandová, L. 2013. „O mužích, kterým nerostou vousy, a ženách, co odkládají mateřství“. In *Novinky.cz*. [cit. 10. 12. 2014]. Dostupné z: <<http://www.novinky.cz/zena/298969-o-muzich-kterym-nerostou-vousy-a-zenach-co-odkladaji-materstvi.html>>.

Křížková, A. 2006. „Pracující rodiče: ženy i muži“. In *Socioweb 1* [cit. 18. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.socioweb.cz/upl/editorial/download/125_socioweb%201-06%20cely%20pdf.pdf>.

Lewis, T. 2014. „Who wants male pill?“. In *The Guardian*. [cit. 20. 2. 2015]. Dostupné z: <<http://www.theguardian.com/society/2014/feb/01/who-wants-male-contraceptive-pill-chauvinism>>.

Matějů, P. 2011. „Antikoncepce pro mladistvé je zvěrstvo, tvrdí gynekoložka“. In *OnaDnes.cz*. [cit. 10. 12. 2014]. Dostupné z: <http://ona.idnes.cz/antikoncepce-pro-mladistve-je-zverstvo-tvrdi-gynekolozka-helena-maslova-1lv-/spolecnost.aspx?c=A110810_143328_spolecnost_jup>.

Mocková, Z. 2014. „Lékařka Helena Máslová: Mít děti bude v budoucnu prestiž“. In *Aktuálně.cz*. [cit. 10. 12. 2014]. Dostupné z: <<http://magazin.aktualne.cz/lekarka-helena-maslova-mit-deti-bude-v-budoucnu-prestiz/r~66ec509e005511e49c2f0025900fea04/>>.

Pierson, R. 2014. Pfizer, Gates Foundation, expand contraceptive access in poor nations. Reuters. [cit. 5. 3. 2015]. Dostupné z: <<http://www.reuters.com/article/2014/11/13/us-pfizer-gates-contraception-idUSKCN0IX1WF20141113>>.

Tinková, D. 2014. „Biomoc a „medikalizace“ společnosti jako rysy „modernity““. In *Antropowebzin* 3-4: 107-118. [cit. 15. 3. 2015]. Dostupné z: <<http://antropologie.zcu.cz/webzin/index.php/webzin/article/viewFile/195/204>>.

Thomas, K. 2014. „Pfizer and Aid Groups Team Up on Depo-Provera Contraceptive for Developing World“. In *The New York Times*. [cit. 5. 3. 2015]. Dostupné z: <<http://www.nytimes.com/2014/11/14/business/pfizer-and-aid-groups-team-up-on-depo-provera-for-developing-world.html>>.

Votrubová, A 2011. „Helena Máslová: O porodech a lécích s psychogynekoložkou“. In *Instinkt*. [cit. 10. 12. 2014]. Dostupné z: <http://instinkt.tyden.cz/rubriky/rozhovor/helena-maslova-o-porodech-a-lecich-s-psychogynekolozkou_25947.html>.