

**Univerzita Karlova v Praze**

**Filozofická fakulta**

**Bakalářská práce**

**2010**

**Tereza Sojková**

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra sociologie

**Sociologie medicíny – Medicinalizace společnosti**

**Medical Sociology – Medicinalization of Society**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Tereza Sojková

Praha 2010

Vedoucí práce: PhDr. Eva Křížová, PhD.

## Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí své bakalářské práce PhDr. Evě Křížové, PhD. za ochotu, odborné vedení a cenné rady při zpracování tohoto tématu.

Prohlašuji,

že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením PhDr. Evy Křížové, PhD., a uvádím v ní veškeré prameny, které jsem použila.

V Praze dne 20. 7. 2010

---

Tereza Sojková

**Anotace:**

Bakalářská práce se zabývá sociologií medicíny především teorií medicinalizace společnosti. První část práce je věnována historickému vývoji sociologie medicíny a popisuje její tři hlavní teoretická východiska: funkcionalistický přístup, politicko ekonomické paradigma a sociální konstruktivismus. Dále je popsán koncept medicinalizace společnosti, který se v sociologii medicíny objevuje na konci 60. let 20. století. Medicinalizace je definována jako proces, kdy původně nemedicínské problémy jsou klasifikovány a léčeny jako problémy medicínské. Názorně je tento jev popsán v části věnované medicinalizaci ženského zdraví.

**Abstract:**

The bachelor thesis deals with the theme of medical sociology, especially with the concept of medicalization of society. The first part focuses on the historical development of the medical sociology and describes three main theoretical bases: the functionalist approach, political economy paradigm and social constructivism perspective. Further it describes the theory of medicalization, which appeared in the medical sociology in the late 1960s. Medicalization is defined as the process when originally nonmedical problems are classified and treated as medical ones. This phenomenon is specified in the section dealing with the medicalization of women's health.

**Klíčová slova:**

Sociologie medicíny, Medicinalizace, Mateřská a porodní péče, Asistovaná reprodukce, Náhradní mateřství

**Key words:**

Medical sociology, Medicalization, Childbirth and Prenatal care, Assisted conception, Surrogate motherhood

## **Obsah:**

<b>1</b>	<b>Úvod .....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Sociologie medicíny .....</b>	<b>8</b>
2.1	Vymezení předmětu sociologie medicíny.....	8
2.2	Vznik a vývoj sociologie medicíny .....	11
<b>3</b>	<b>Teoretická východiska sociologie medicíny .....</b>	<b>15</b>
3.1	Funkcionalistické pojetí Talcotta Parsonse.....	15
3.2	Politicko ekonomické paradigma.....	16
3.3	Sociální konstruktivismus .....	19
<b>4</b>	<b>Medicinalizace .....</b>	<b>21</b>
4.1	Definice pojmu .....	21
4.2	Vzestup medicinalizace .....	22
4.3	Medicinalizace vs. demedicinalizace.....	25
4.4	Vývoj kritických přístupů k medicíně .....	27
<b>5</b>	<b>Žena jako objekt medicinalizace .....</b>	<b>31</b>
5.1	Feministický přístup k medicinalizaci ženského zdraví .....	32
5.2	Medicinalizace mateřské a porodní péče .....	36
5.2.1	Problematika prenatalních screeningů .....	37
5.2.2	Etika asistované reprodukce a problém náhradního mateřství .....	39
<b>6</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>46</b>
<b>7</b>	<b>Použitá literatura .....</b>	<b>48</b>

# 1 Úvod

Nemoc, zdraví, péče o naši fyzickou i psychickou pohodu, to vše jsou podstatné sociální jevy, které se týkají každého z nás. Možná právě proto, že jsou tak samozřejmou součástí našich životů a jsou zdánlivě omezeny na realitu organickou – naše tělo, se sociologie začala touto problematikou zabývat poměrně pozdě. Avšak tyto pojmy mají své významné společenské vymezení a jsou bezpochyby spojeny nejen s různými sociálními problémy ale i celkovou sociokulturní proměnou naší společnosti.

Dnešní smýšlení lidí ve vyspělých zemích je v mnohých směrech posedlé zdravím, prevencí nemocí a snahou „být normální“. Díky lepším odborným znalostem a dokonalejším technikám je nastaven určitý ideál zdraví, se kterým poměrujeme stav našeho těla a snažíme se podle daných norem vymezit zdravý životní styl. Na jednu stranu je v naší společnosti jasně patrná snaha návratu k přírodě – ať již uvažujeme současný „bio“ trend či různé druhy propagovaného přírodního léčení – na straně druhé však žijeme ve společnosti, pro kterou je příznačné nadužívání medikamentů, mnohdy naprosto neopodstatněně, přílišná závislost na medicíně a pasivita v přístupu k našemu tělu. Kritéria zdraví a normalnosti se přitom neustále zpřísňují, rozšiřují a člověk je z různých zdrojů zahrnován informacemi o vhodné a nevhodné stravě, pohybu, příkazy, zákazy a doporučeními. Díky tomu ztrácíme autonomii a jakýsi racionální pohled na nás samé. Mnohdy již nedokážeme rozlišit, které problémy v našich životech spadají do kompetence medicíny a kdy se jedná o problémy spíše společenské nebo ryze individuální podstaty. To vše je umocněno faktem, že zdraví a prevence nemocí se v naší společnosti stalo velmi výhodným obchodním artiklem. Farmaceutický průmysl společně s přímou reklamou vytvořil obraz člověka jako spotřebitele, kterému je i v případě jeho naprostého zdraví nabízena široká paleta doplňků stravy, vitaminů a jiných farmaceutických výrobků. Tím dochází jen k další podpoře medicinalizace a psychiatrizace běžného života i v podstatě zdravých lidí.

Ve své práci bych chtěla přiblížit některé kritické názory na tzv. medicinalizaci života a nabídnout tak širší pohled na některé společenské jevy v naší společnosti. Díky obrovskému rozvoji techniky a vědeckých poznatků, které moderní medicína využívá, se tak na jednu stranu stává opěvovaným oborem, ke kterému je vzhlíženo s nadějí na stále nové a nové objevy, avšak na druhou stranu je třeba také uvážit sílící kritiky, které zaznívají nejen z oboru sociologie, filozofie, ale též etiky či práva. Důsledkem vysoce specializované a technizované

léčby dochází dle jejích kritiků k dehumanizaci lékařského přístupu k pacientům a ovlivňování oblastí lidského života, které dříve do medicínské kompetence nespadaly. Vystává tak pro společnost i současný medicínský diskurs mnoho etických otázek vztahujících se k hranici legitimity medicínské intervence. Mimo jiné také obava, zda neustálá expanze vědy nenarušuje respekt k tradičním hodnotám, jako je náboženství, intimita, sexualita a integrita rodiny.

Mou snahou je v této práci popsat a zhodnotit pozitivní i negativní důsledky medicínalizace a poukázat na hlavní argumenty kritiků moderní medicíny. Dále bude mým záměrem ukázat, v kolika různých oblastech života společnosti se tento proces projevuje a blíže popsat tento jev v životě žen. Na úvod předkládám stručný přehled disciplíny sociologie medicíny, předmětu jejího zájmu a historický vývoj. Poukážu na hlavní směry, které ovlivnily chápání zdraví, nemoci a vztah medicíny k laické veřejnosti. Při psaní této práce jsem čerpala nejen z literatury sociologické, článků, které se týkaly této oblasti, ale také ze Zdravotnických novin.



## 2 Sociologie medicíny

### 2.1 Vymezení předmětu sociologie medicíny

Sociologie medicíny je poměrně mladou subdisciplínou sociologie, která si však již našla svou důležitou pozici a uplatnění v systému sociálních věd. Poskytuje teoretická východiska a v rovině praktického využití je třeba zmínit, že se v dnešní době podílí na formulaci zdravotní politiky státu. Sociologie popisuje medicínu jako instituci, subkulturu, vědu i jako ideologii. Od svého vzniku se tato disciplína postupně přesunula z okraje zájmu do středu pozornosti, o čemž svědčí i její zcela oprávněné místo ve výuce na lékařských fakultách.

Označení této disciplíny je doposud terminologicky nejednotné. Setkáváme se s označením sociologie medicíny, zdravotnictví, sociologie zdraví a nemoci, lékařská sociologie atd. Základní záměr je však pro všechna označení stejný. Zkoumají spojitosti existující mezi různými oblastmi a problémy medicíny a sociologie. Soustředí se na prakticky použitelné strategie medicínské praxe a formování zásad zdravotní politiky. „Je to vědecká disciplína, jež užívá teorie a metody empirické sociologie za účelem rozboru fenoménů „zdraví“ a „nemoc“, stejně jako k analýze vztahů „zdravotnické zařízení“ a „zdravotnické povolání“ v interakci s pacientem.“<sup>1</sup> Předmětem zájmu je především zkoumání životního způsobu jedinců, potažmo sociálních skupin, sledování vzorců chování v situaci nemoci, sociální nerovnost ve zdraví a nemoci, popřípadě měnící se role, jejich sociální determinace a postavení jedince. Dále také zdravotně kulturní normy uznávané danou společností, frekvence výskytu onemocnění v ohrožených (rizikových) skupinách populace a psychosociální aspekty determinující zdravotní stav jedince.<sup>2</sup> Do jejich kompetencí spadá též zkoumání specifických vztahů v léčebném procesu, dopad nemoci na sociální strukturu a organizace, efektivnost zdravotní politiky v daném sociálním systému. Sociologie medicíny je nápomocnou vědou při řešení otázek týkajících se „účinnosti prevence, vyváženosti lékařské péče, ohodnocení medicíny jako socioekonomického a sociokulturního subsystému společnosti“ a dalších.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Bártlová, S.: Sociologie medicíny a zdravotnictví. GRADA. Praha 2005. Str. 14

<sup>2</sup> Špatenková, N.: Problematika zdraví a nemoci. Olomouc: UP, 2003.

<sup>3</sup> Bártlová, S.: Sociologie medicíny a zdravotnictví. GRADA. Praha 2005. Str. 15

Příbuznými obory sociologie medicíny jsou sociální lékařství, sociální hygiena, epidemiologie a psychologie zdraví a nemoci, která se zabývá rolí psychologických faktorů při udržování dobrého zdravotního stavu, při prevenci nemocí, při zvládnání negativních zdravotních stavů (emocí), při vyrovnávání se s chronickými nemocemi atd. Dále jsou využívány poznatky ze statistiky a demografie. I v samotné medicíně existuje mnoho speciálních disciplín zabývajících se sociálními aspekty zdraví a nemoci – například sociální pediatrie, sociální psychiatrie apod. – čímž se v mnohém překrývají se sociologií medicíny.<sup>4</sup> Sociologie medicíny může být i samostatnou sociologickou disciplínou, která studuje výše zmíněné problémy se snahou jim sociologicky porozumět.

Zdraví a nemoc jako předmět sociologie jsou velmi těžko definovatelné pojmy. Všeobecně je přijímána definice zdraví Světovou zdravotnickou organizací (nejedná o definici v pravém slova smyslu, spíše představa záměru WHO) tj. „zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody (well-being) a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“.<sup>5</sup> Definice zdraví je zakotvena v ústavě Světové zdravotnické organizace od roku 1948. „Obsahuje prvek negativního vymezení zdraví (nepřítomnost nemoci nebo vady) i prvek pozitivní (stav úplné duševní, tělesné a sociální pohody). Definice však neříká, co se myslí pohodou (well-being). Nepochybně zde bude hrát výraznou roli subjektivní pocit pohody, ale jen na něj se pojem zdraví omezit nedá.“<sup>6</sup> Bártlová ve vztahu k této definici uvádí, že zdraví je pojímáno jako složitý systém „v němž subsystém fyzický, psychický a sociální tvoří společný, se svým okolím existenčně spjatý dynamický celek.“<sup>7</sup> Ze sociologického hlediska tak není zdraví pouhou individuální záležitostí, ale je neodmyslitelně spjaté se sociálním prostředím jedince. Definici zdraví nabízí také učebnice Sociálního lékařství, která uvádí, že „zdraví není jen biologickou charakteristikou organismu. Je významnou humánní hodnotou, a to jak individuální, tak sociální. Je provázáno mnohými společenskými, právními, politickými, ekonomickými, kulturními a dalšími aspekty.“<sup>8</sup>

---

<sup>4</sup> Špatenková, N.: Problematika zdraví a nemoci. Olomouc: UP, 2003

<sup>5</sup> Holčík, J.: Zdraví 21. Výklad základních pojmů. Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2003. Str. 20. **Z anglického originálu:** „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ Dostupné na <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

<sup>6</sup> Holčík, J.: Zdraví 21. Výklad základních pojmů. Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2003. Str. 23

<sup>7</sup> Bártlová, S.: Sociologie medicíny a zdravotnictví. GRADA. Praha 2005. Str. 21

<sup>8</sup> Holčík, J., Žáček, A., Koupilová, I.: Sociální lékařství. Masarykova Univerzita. Brno 2006. Str. 25

Jak dále Holčík upozorňuje, je obtížné vyjádřit zdraví jako biosociální kategorii jednotnou definicí. Poukazuje na možnost vnímat zdraví jako určitý model, který je blíže charakterizován v návaznosti na předmět a okolnosti výkladu, studia, výzkumu nebo praxe. Rozlišuje tři základní modely zdraví:

- **Biomedicínský model zdraví** – rozhodující roli mají symptomy nemoci a diagnostická kritéria; stav nepřítomnosti nemoci je považován za zdraví. Zdraví je v této souvislosti pokládáno za protiklad nemoci nebo smrti. V návaznosti na rozvoj sociologie a celé řady humanitních oborů byl biomedicínský model doplňován o model sociologický, všímající si společenské role individua, humanitní model, který vyzvedá morální a volní stránku existence člověka, nebo model behaviorální, respektující význam chování pro zdraví lidí a snažící se využívat zjištěných poznatků jak ke zlepšení zdraví, tak ke zvýšení kvality života.
- **Ekologicko sociální model zdraví** – zdraví je podmíněno přírodním a sociálním prostředím. Tento model se zaměřuje na celou osobnost jedince jako člena rodiny a společnosti, příslušejícího k určité kultuře a plnícího odpovídající občanské a sociální role. Snaží se porozumět kulturním, sociálním a individuálním hodnotám a posoudit jejich vztah ke zdraví.
- **Celostní (holistický) model zdraví** – pojetí zdraví jako celku. Zdraví není prostým protipólem nemoci, je ve své podstatě jinou kategorií než nemoc. Lze soudit, že zdraví je hodnotou spíše obecně humánní a sociální než jednostranně medicínskou.<sup>9</sup>

Zdraví je také často definováno ve vztahu k sociálním rolím člověka (viz Parsons), jako schopnost individua plnit svoje společenské úlohy. Zdraví je nutné pro fungování společnosti jako celku, proti tomu nemoc je spíše zátěží ohrožující sociální soudržnost a jednotu. Od této definice se také odvíjí potřeba zkoumat sociální vlivy na zdraví a nemoc.

Také nemoc má svůj podstatný společenský význam. Sociologické vymezení tohoto pojmu vychází z pojetí jednoty organismu a prostředí. Tím je umožněno chápat nemoc v rovině životních procesů člověka, které se odehrávají v systému člověk a prostředí. „Nemoc v tomto pojetí pak není ničím jiným než poruchou tohoto systému. Je to potenciál vlastností organismu, které zmenšují, respektive omezují možnosti organismu vyrovnat se v průběhu

---

<sup>9</sup> Holčík, J., Žáček, A., Koupilová, I.: Sociální lékařství. Masarykova Univerzita. Brno 2006. Str. 28

života s určitými nároky prostředí, v němž člověk žije.<sup>10</sup> Stejně jako zdraví má nemoc bio-psycho-sociální základ, a tak je třeba zkoumat nejen jednotlivé faktory životního a sociálního prostředí, ale také jejich vzájemnou interakci s lidským organismem a způsobem života jedince. „Ať už je primární činitel jakýkoliv, člověk vždy nemoc prožívá a nemoc vždy implikuje sociální změny (postavení, role), i kdyby jen krátkodobé a přechodné.“<sup>11</sup> Nemoc se projevuje v oblasti tělesné, psychické i sociální. Hodnocení nemoci lékařem (objektivní hodnocení) a vnímání nemoci nemocným člověkem (subjektivní hodnocení) se nemusí vždy shodovat, avšak soulad obou pohledů je nepostradatelný z hlediska spolupráce lékaře a pacienta.<sup>12</sup>

## 2.2 Vznik a vývoj sociologie medicíny

Sociologie medicíny vzniká jako samostatná disciplína po II. světové válce v USA, „jednak v souvislosti s mohutným vědeckovýzkumným rozvojem medicíny, jednak pod vlivem sociálních, politických a kulturních proměn.“<sup>13</sup> Obor sociologie medicíny nebyl uměle zkonstruován, ale vznikl přirozeně s vývojem medicíny a péče o zdraví.<sup>14</sup> Nejprve se zaměřovala na čistě empirické výzkumy a teprve později přešla k sociálně politické analýze. Začíná se zkoumat chování jedince během nemoci a léčení a vliv různých sociálních aspektů na duševní i fyzické zdraví.

Sociologické přístupy v oblasti zdravotnictví se však využívali již dříve. Mezi práce, které jsou tematicky blízké oblasti zdravotnictví, můžeme řadit např. Durkheimovu *Sebevraždu* (1897) a *Le Playovu Rodinu* (1871). Durkheim ovlivnil vývoj lékařské sociologie a sociální patologie popisem problematiky sebevražednosti, ve kterém vychází z teze, že sebevražda není z pohledu sociologického pouze individuální záležitostí, ale je v podstatě sociálním jednáním.<sup>15</sup> Nicméně v průběhu 19. a první polovině 20. století se sociálním aspektům moderního lékařství věnovala pozornost spíše v rámci jiných vědních disciplín, např. v sociálním lékařství, sociální hygieně a později ve veřejném zdravotnictví.

---

<sup>10</sup> Bártlová, S.: Sociologie medicíny a zdravotnictví. GRADA. Praha 2005. Str. 43

<sup>11</sup> Křížová, E.: Úvod k sociologii medicíny a zdravotnictví. Univerzita Karlova. Praha 1993. Str. 13

<sup>12</sup> Křížová, E.: Úvod k sociologii medicíny a zdravotnictví. Univerzita Karlova. Praha 1993. Str. 12

<sup>13</sup> Křížová, E.: Sociologie na poli medicíny a zdravotnictví – Cizinec nebo vetřelec?. Acta Universitatis Carolinae. 2001. Str. 118

<sup>14</sup> Bártlová, S.: Sociologie medicíny a zdravotnictví. GRADA. Praha 2005. Str. 19

<sup>15</sup> Keller, J.: Dějiny klasické sociologie. SLON. Praha 2007. Str. 217

Označení sociologie medicíny se prvně objevuje u Charlese Mc Intira v roce 1894 a o několik let později (v roce 1902) vydává Elizabeth Blackwellová soubor svých článků pod titulem *Essays in Medical Sociology*. „Po celé období 20. – 30. let byla však sociologie medicíny synonymem pro sociální lékařství.“<sup>16</sup> Ke konstituování sociologie medicíny ve 2. polovině 20. století významně přispěli T. Parsons, R. K. Merton, A. Strauss, E. Freidson a H. Becker. Avšak za autory, kteří předjímalí vývoj této disciplíny, je nutné uvést také M. Webera a představitele symbolického interakcionismu tj. G. H. Meada, Ch. H. Cooleyho, W. I. Thomase a F. Znanieckiho. Od M. Webera je převzat jeho popis moderní byrokracie a organizace ve vztahu k fungování nemocnic, které jsou také pokládány za přísně řízené a organizované, takže mohou být považovány za prototyp byrokratické organizace.

Hlavním vlivným předpokladem symbolického interakcionismu (interpretativní teorie) bylo pojetí sociálních deviací. Sociální realita je považována za subjektivní, lidé ji do značné míry konstruují a spoluutvářejí. Thomas a Znaniecki jsou autory termínu „subjektivní definice situace“, podle níž je situace reálná, je-li reálná ve svých důsledcích. Na základě této teze je deviantní chování relativizováno, není pojímáno „jako fatálně dané, nýbrž jako naučené a vyprovokované sociální situací, která v jedinci aktivizuje deviantní chování jen jako část z širokého rejstříku jiných možností.“<sup>17</sup> Práce autorů W. I. Thomase a F. Znanieckiho vedly k novému pohledu na posuzování sociálně kulturních rozdílů symptomů nemoci a k formulování společenské definice zdraví a nemoci. Koncepce sociologie G. H. Meada a Ch. H. Cooleyho se stala základem pro tradiční výzkum lékařské sociologie, která zkušenosti z nemoci analyzuje prostřednictvím nemocného v kontextu společenského hodnocení. V rámci symbolického interakcionismu lze také zmínit příspěvek Ervinga Goffmana, který se zabýval studiem psychiatrických zařízení a své obecné závěry shrnuje v teorii totálních institucí. Jeho poznatky „mohly být vztaženy nejen na nezdravotnické instituce, ale v jisté míře i na všeobecné nemocnice všech typů a úrovní a na další sociálně-zdravotní instituce.“<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> Křížová, E.: Sociologie na poli medicíny a zdravotnictví – Cizinec nebo vetřelec?. Acta Universitatis Carolinae. 2001. Str. 117

<sup>17</sup> Křížová, E.: Úvod k sociologii medicíny a zdravotnictví. Univerzita Karlova. Praha 1993. Str. 76 - 77

<sup>18</sup> Křížová, E.: Sociologie na poli medicíny a zdravotnictví – Cizinec nebo vetřelec?. Acta Universitatis Carolinae. 2001. Str. 129

O určitou systematizaci se snažil Robert Strauss, který v rámci sociologie medicíny rozlišuje dva okruhy – *sociology of medicine* a *sociology in medicine*. Prvá bývá překládána jako sociologie medicíny a pohlíží na zdravotnictví jako na společenskou instituci, zkoumá její strukturu. Výzkumy v této oblasti se pak často týkají například administrativní struktury nemocnice, vztahy mezi lékaři a pacienty, funkce zdravotnictví ve společnosti apod. Druhý okruh, sociologie v medicíně, bývá často nazývána sociologií lékařství a zabývá se sociálními podmínkami vzniku nemocí. Patří sem především sociologické problémy civilizačních chorob, problematika tzv. návykových onemocnění atd.<sup>19</sup> Odlišné dělení nabízí polská socioložka Magdalena Sokolowská, která dělí tuto disciplínu na sociologii „pro medicínu“ a „o medicíně“.

„Jakkoliv je dělení na sociologii medicíny a sociologii v medicíně oprávněně jako teoretická systematizace a slouží pro účinné vymezení příslušných kompetencí, tak v praktickém výzkumu ztrácí význam. Čím více rozumí odborník sociologie medicíny jak sociologii, tak medicíně, tím lépe pro výzkum. Přesto by se měl sociolog opírat především o své dobré znalosti sociologie a sociologického výzkumu a v případě lékařské problematiky konzultovat vždy s příslušnými odborníky na medicínu, případně přizvat do výzkumného týmu lékaře jako poradce.“<sup>20</sup>

V Evropě se sociologie medicíny rozvinula v druhé polovině 50. let, nejdříve ve Velké Británii a Německu. Mezi významné představitele dějin sociálního lékařství v Německu je třeba uvést R. Virchowa (1821 – 1902), A. Grotjahna (1869 – 1931) a S. Neumanna (1819 – 1908). Podstatná byla Virchowova formulace medicíny jako „sociální vědy“, ve které prezentuje požadavek, aby stát zajišťoval svým občanům právo na péči o zdraví. Vycházel ze zásady, že příčiny mnoha nemocí jsou nejen fyzické či biochemické, ale především sociální. Grotjahn upozorňoval na důležitost sociálních faktorů pro zdraví sociálních skupin a na celkový význam sociálního lékařství pro rozvoj péče o zdraví. V roce 1957 vychází pod vedením René Königa sborník věnovaný problémům ustavující se lékařské sociologie, který se zabývá otázkou sociálního kontextu nemoci, reflektuje americké teoretické koncepce a rozvíjí problematiku spolupráce sociologie a medicíny na obecné úrovni.<sup>21</sup>

---

<sup>19</sup> Bártlová, S.: Sociologie medicíny a zdravotnictví. GRADA. Praha 2005. Str. 16

<sup>20</sup> Špatenková, N.: Problematika zdraví a nemoci. Olomouc. UP 2003.

<sup>21</sup> Křížová, E.: Úvod k sociologii medicíny a zdravotnictví. Univerzita Karlova. Praha 1993. Str. 10 - 11

Mezi další autory zabývající se sociologií medicíny patří M. Pflanz, J. J. Rohde, A. Mitscherlich a J. Siegrist.

Na začátku 60. let se začíná konstituovat také v bývalém Československu, ale zde byly podmínky pro všeobecný rozvoj sociologie značně omezené. Ve druhé polovině 60. let, kdy dochází k dočasnému obnovení sociologie u nás, byla ustanovena i sekce sociologie medicíny v rámci Československé sociologické společnosti. Je reprezentována sociology V. Tlustým, J. Kebortem, J. Paterou a dalšími. Dokladem, že již v této době byla u nás snaha o rozvoj sociologie medicíny a její zahrnutí do lékařského vzdělání, je publikace „Sociologie pro studenty medicíny I., II.“ z roku 1968 V. Tlustého a kol. Sociální lékařství obohatil také František Procházka a Hynek Pelc, díky nimž bylo do sociálního lékařství zavedeno mnoho nových výzkumných metod právě z oblasti statistiky a sociologie. V důsledku dalšího politického vývoje byla činnost této společnosti pozastavena a možnost dalšího rozvoje sociologie medicíny vzniká až po roce 1989.

Důležitým impulsem pro celkový rozvoj sociologie medicíny po roce 1989 byla změna v pojetí zdraví a péče o něj, uplatňovaném ve Světové zdravotnické organizaci. Program této organizace, nazvaný „Zdraví pro všechny do roku 2000“, si kladl za cíl zajistit pro všechny lidi takovou úroveň zdraví, která by jim umožnila sociální i ekonomicky produktivní život.<sup>22</sup> „Program je založen na široké definici zdraví jako bio-psycho-sociální kategorii, respektuje nespornou hodnotovou prioritu zdraví, bere v úvahu široké spektrum determinant zdraví a různý stupeň jejich ovlivnitelnosti, zdůrazňuje širokou sociální podmíněnost zdraví i péče o něj, soustavně využívá poznatků nejen medicínského výzkumu, ale i dalších oborů, a to zejména sociomedicínských a socioekologických.“<sup>23</sup> Díky těmto změnám se medicína začíná více zajímat o sociologii a do středu pozornosti se dostávají sociální souvislosti zdraví, nemoci a nerovnosti. Zvláště v posledních letech, kdy došlo k alarmujícímu nárůstu civilizačních chorob a nových infekčních chorob, je snaha o rozšíření působnosti medicíny v oblasti změny sociálního chování jedince i celé společnosti.

---

<sup>22</sup> Bártlová, S.: Sociologie medicíny a zdravotnictví. GRADA. Praha 2005. Str. 12

<sup>23</sup> Zdraví 21 – Osнова programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu, WHO. Praha 2000. Str. 3

## 3 Teoretická východiska sociologie medicíny

### 3.1 Funkcionalistické pojetí Talcotta Parsonse

Jednou z nevlivnějších teorií, které ovlivnily sociologické pojetí nemoci a medicíny, bylo dílo Talcotta Parsonse *The Social System* z roku 1951. Zdraví je zahrnováno mezi funkční potřeby každého jedince, a proto v rámci systému jako celku působí vysoká míra nemocnosti dysfunkčně. Z tohoto důvodu má mít společnost zájem na kontrole výskytu nemoci a snažit se tento jev minimalizovat. Parsons zdůrazňuje význam nemoci na funkci sociálního systému. Nepovažuje ji jen za nějaké vnější ohrožení, ale za nedílnou součást rovnováhy systému, která závisí na tom, jak je u jeho členů motivovaný pocit sociální povinnosti. Medicínu považuje za „mechanismus“, který má řešit nemocnost členů celé společnosti.<sup>24</sup> Chápe úlohu medicíny jako instituci sociální kontroly. Ve své teorii role nemocného – sick role – ukázal, že nemoc přináší vedle tělesných pocitů také sociálně očekávané chování. Být nemocný znamená určitou formu deviace, avšak s rozdílem, že za daný stav není člověk odpovědný, nemoc „není jeho chyba“<sup>25</sup>. Měl by však usilovat o to, tuto odchylku co nejdříve ukončit, uzdravit se. Člověk je během nemoci vytržen ze svého každodenního života, je mu znemožněno plnit své povinnosti a zastávat své sociální role. Dále jsou pro stav nemoci příznačné stavy úzkosti a obav o svou budoucnost. Pro běžného jedince je tento stav vysoce nevyhovující a frustrující.<sup>26</sup> Tím, že jedinec přijme roli nemocného, vyhledá odbornou pomoc, dochází ke společenskému uznání jeho stavu a zároveň je zde možnost kontroly ze strany lékaře. Lékař je v tomto systému osobou kompetentní a má sociální legitimitu na poskytnutí pomoci. V jeho zodpovědnosti je vykonat vše, co je v jeho silách, aby pacientovi pomohl.<sup>27</sup> Jeho role se vyznačuje určitou asymetričností, protože ačkoliv vystupuje vůči pacientovi laskavě a chápavě, jeho doporučení a nařízení mají zcela direktivní povahu a od pacienta se očekává uznání autority lékaře a submisivní typ chování. Zároveň však, jak Parsons uvádí, není zde ustanoven žádný systém sankcí, který by tuto autoritu podporoval či vynucoval.<sup>28</sup> Parsons definuje základní znaky

---

<sup>24</sup> Parsons, T.: *Social System*. Free Press. New York 1951. Str. 432. (Citace z anglických textů, pokud není uvedeno jinak, přeložila Tereza Sojková.)

<sup>25</sup> Parsons, T.: *Social System*. Free Press. New York 1951. Str. 440

<sup>26</sup> Parsons, T.: *Social System*. Free Press. New York 1951. Str. 443

<sup>27</sup> Parsons, T.: *Social System*. Free Press. New York 1951. Str. 450

<sup>28</sup> Parsons, T.: *Social System*. Free Press. New York 1951. Str. 463



lékařské role – funkční specificitu, afektivní neutralitu, univerzalismus a kolektivní orientaci. Pokud bychom měli stručně definovat jednotlivé aspekty lékařské role, pak funkční specificita je významným předpokladem pro výkon lékařské profese, vyjadřuje požadavek na vysoce odborné vzdělání a specializaci lékaře. Afektivní neutralita vyjadřuje požadavek na objektivitu v přístupu k pacientům, sympatie či antipatie nesmí ovlivňovat vztah lékaře k nemocnému. Z univerzalismu vychází důraz na povinnost lékaře poskytnout své znalosti a pomoc každému, kdo je potřebuje. Kolektivní orientace je hodnota role lékaře, která vyžaduje, aby kladl zájmy pacienta nad své vlastní, zajistit každému optimální péči. Očekává se tedy, že motiv zisku je v oblasti medicíny naprosto vyloučen.<sup>29</sup>

Parsonsov popis úlohy medicíny v sociálním systému a jeho teorie role nemocného je dodnes jedním ze základních teoretických předpokladů sociologie medicíny. Parsonsova teorie je později podrobena kritice, mimo jiné je mu vytýkána přílišná jednostrannost, nepřipouští alternativní možnosti léčby a zanedbává důležitost rozdílů v lidském chování a kulturním pojetí nemoci. Dále Parsons ve své teorii zanedbává, že pacientovy soudy jsou podmíněny věkem, pohlavím, sociální třídou či etnickou skupinou aj. Není rovněž řešen podíl pacienta na vzniku onemocnění v důsledku nevhodného životního stylu či chování. Jedním z autorů, který se kriticky vymezuje k funkcionálnímu paradigmatu je Elliot Freidson, o kterém bude pojednáno dále.

### **3.2 Politicko ekonomické paradigma**

Politicko ekonomický přístup, označovaný též jako teorie konfliktu v sociologii medicíny, se začal uplatňovat v 70. letech jako kritika funkcionalistického přístupu k úloze medicíny ve společnosti. Jeho vliv byl velmi výrazný právě v průběhu 70. - 80. let. Vychází z tradičních myšlenek marxismu, jejich pohledu na kapitalistickou společnost a předpokladu konfliktu, jako nutné součásti společenských vztahů. Je zároveň reakcí na masivní nárůst úlohy medicíny a zvyšující se výdaje na lékařskou péči. Politicko ekonomický přístup se zaměřuje především na distribuci moci a jejích zdrojů ve vztahu ke zdraví a medicíně. Zdraví je tímto přístupem pojímáno jako jeden z významných aspektů politické a ekonomické oblasti. „Instituce medicíny má zajišťovat, aby populace zůstala zdravá a mohla tak přispívat

---

<sup>29</sup> Parsons, T.: Social System. Free Press. New York 1951. Str.435

k fungování systému – v roli pracovníků a konzumentů.<sup>30</sup> Moderní medicína v kapitalistické společnosti je pak označována za neefektivní, příliš nákladnou a je jí dávana vina za vytváření nerovností. Proklamují, „že příčiny nemocí jsou úzce spojeny se socioekonomickými faktory, které jsou samy o sobě výsledkem kapitalistické produkce: znečištěné životní prostředí, stres, nadprodukce chemicky upravených potravin a další.“<sup>31</sup> Podle zastánců této teorie se v kapitalistické společnosti stala lékařská péče zbožím a předmětem zisku. Z tohoto důvodu je vztah mezi lékařem a pacientem založen na odlišných zájmech a stává se konfliktním.<sup>32</sup>

Jak uvádí Lupton, politicko ekonomická teorie je však ve svých kritikách často velmi rozporuplná. Medicína je například kritizována za přílišnou expanzi do života společnosti a zároveň za exkluzi nepriviligovaných. Také je této teorii vytýkáno, že naprosto opomíjí fakt výrazného zlepšení zdravotního stavu populace, prodloužení průměrné délky života spojené s celkovým zlepšením životních podmínek a pokrokem v medicínské vědě. To vše se vyvíjelo v souladu s požadavky kapitalistického ekonomického systému. Nicméně tento přístup zůstává i nadále velmi důležitým v pojetí sociálních aspektů zdraví a nemoci.

Jedním z vlivných kritiků medicínské dominance je Elliot Freidson. Ačkoliv byl tento autor zpočátku ovlivněn symbolickým interakcionismem (později částečně opouští interakcionistické pojetí), je zároveň uváděn mnohými autory (Lupton, Bury, atd.) jako zástupce politicko ekonomického přístupu. Nicméně je třeba zdůraznit, že sám Freidson je kritický k teoriím, které označují změny v medicíně jako „pokles medicíny“, „oslabení profesionální suverenity“, „deprofesionalizaci“ či „proletarizaci“. Pokládá je za příliš obecné bez relevantního vztahu ke skutečným a zásadním změnám, které se na poli medicíny odehrávají. Dle Freidsona nevytvořily tyto teorie žádný koncept, který by umožnil analyzovat důsledky těchto změn ve společnosti.<sup>33</sup>

Důvody proměny moderní medicíny spatřuje Freidson v několika oblastech. Od 60. let prochází medicína rozsáhlými změnami. Inovace, pokrok v lékařské péči i výzkumu, rozvoj techniky a nových technologií významně ovlivnily značný nárůst nákladů na lékařskou péči.

---

<sup>30</sup> Lupton, D.: *Medicine as Culture*. SAGE Publications. London 2003. Str. 9

<sup>31</sup> Lupton, D.: *Medicine as Culture*. SAGE Publications. London 2003. Str. 10

<sup>32</sup> Lupton, D.: *Medicine as Culture*. SAGE Publications. London 2003. Str. 10

<sup>33</sup> Freidson, E.: *Medical Profession in Transition*. 1986. Str. 1

Svou úlohu sehrálo i veřejné mínění. „Tradiční postoj veřejnosti k vědě a medicíně zvláště, se posunul od naprosto nekritického souhlasu a důvěry k více odbornému pohledu a znepokojenému postoji (ale ne zcela kritickému).“<sup>34</sup> Velký vliv na názory veřejnosti měly etické otázky vztahující se k lékařským výzkumům, dále narůstající obavy ze znečišťování životního prostředí, z bezpečnosti nových léků a také samotná intervence medicíny do oblastí, které byly dříve považovány za životu přirozené.

Ve svém díle „Profession of Medicine“ (1972) zavádí do sociologie medicíny teorii konfliktů a kriticky se vymezuje vůči Parsonsovu funkcionálnímu modelu, jež označuje za abstraktní. Freidson vychází ze sociální konstrukce reality Bergera a Luckmanna a teorie labelingu a konfliktualistické teorie.<sup>35</sup> To, co Parsons považuje za legitimní autoritu a důvěru, považuje Freidson za dominanci medicíny a vidí zde možnost konfliktu. Dle jeho názoru je realita vztahu mezi lékařem a pacientem složitější. Střetávají se zde dva různé sociální systémy a je nutné si uvědomit, že pacient není pouhým pasivním vykonavatelem vůle lékaře. Jak Freidson upozorňuje, uplatňuje se ve vztahu lékař-pacient laický referenční systém.<sup>36</sup> „Důraz na nepřekročitelnost hranic mezi laickým a expertním světem je posilována užíváním odborného jazyka, přístrojů, pomůcek, oblečením a dalšími symboly. Lékařská profese si podle Freidsona svou autonomii vyzískala výměnou za příslib, že bude plnit společensky důležité cíle v souladu s uznávanými hodnotami.“<sup>37</sup> Na chování pacienta mají nezanedbatelný vliv celkové charakteristiky jeho sociální osobnosti, jeho zkušenosti, znalosti a jeho vlastní interpretace nemoci. Tím dochází ke konfrontaci a mnohdy i konfliktu těchto dvou odlišných pohledů na nemoc - z hlediska pacienta a lékaře. Podle Freidsona nezachycuje Parsonsův model tyto vzájemně soupeřící síly, jejich dynamiku a možné konflikty, které zde vznikají.

Další kritické přístupy některých autorů přiblížím dále ve své práci v souvislosti s procesem medicinalizace společnosti.

---

<sup>34</sup> Freidson, E.: *Medical Profession in Transition*. 1986. Str. 2

<sup>35</sup> Bury, M.: *Health and Illness in a Changing Society*. Routledge. London and New York 2000. Str. 88

<sup>36</sup> Bury, M.: *Health and Illness in a Changing Society*. Routledge. London and New York 2000. Str. 88

<sup>37</sup> Křížová, E.: *Sociologie na poli medicíny a zdravotnictví – Cizinec nebo vetřelec?*. Acta Universitatis Carolinae. 2001. Str. 122

### 3.3 Sociální konstruktivismus

Sociálně konstruktivistické pojetí problematiky zdraví a nemoci se v sociologii začíná uplatňovat v 80. letech 20. století a zůstává dominantní koncepcí i na začátku 21. století.<sup>38</sup> Jedním z výrazných vlivů byly práce Michaela Foucalta<sup>39</sup>. Sociální konstruktivismus je považován za velmi působivý avšak často také sporný přístup, který považuje veškeré lidské poznání za produkt sociální interakce a interpretace. Lidské poznání není vnímáno jako univerzálně platné, neměnné a neutrální, ale naopak je považováno za proměnlivé v rámci sociální interakce. Přístup sociálního konstruktivismu je založen na předpokladu rozdílnosti objektivní reality a způsobu, jakým je tato realita prezentována v lidském vědomí.<sup>40</sup> Naše vnímání reality není pouhým zrcadlovým odrazem, ale konečným produktem naší vlastní interpretace a představivosti. Ve vztahu k sociologii medicíny pojímá konstruktivismus problematiku těla a nemoci jako subjekty, které nemohou být zcela odděleny od společenského kontextu. Jsou ovlivněny subjektivním vnímáním každého jedince, a proto pouhý vědecký přístup k chápání nemoci je omezující. Je kladen důraz na fakt, že stavy nemoci, poruchy, bolesti jsou uvědomovány a interpretovány skrze sociální chování jedince, a proto i jejich zkoumání by mělo zahrnovat kulturní a sociální hlediska. Konstruktivismus upozorňuje, že medicínská moc nespočívá jen v samotné instituci medicíny, ale je rozvíjena každým jedincem v průběhu procesu socializace, kdy přijímá určité hodnoty a normy chování. Centrem pozornosti je pro sociální konstruktivismus otázka sociálních aspektů biomedicíny a vzestup technickovědeckých poznatků. Velmi názorně vysvětluje vztah sociálního konstruktivismu k medicíně Deborah Lupton, která uvádí, že sociální konstruktivismus nutně nezpochybňuje realitu nemoci. Pouze zdůrazňuje, že tento stav a zkušenost je interpretován skrze sociální aktivitu, a proto by měl být zkoumán také ze sociálního a kulturního hlediska.<sup>41</sup>

---

<sup>38</sup> Lupton, D.: *Medicine as Culture*. SAGE Publications. London 2003. Str. 12

<sup>39</sup> Foucaltovo pojetí diskursu zdraví jako technologie disciplinární moci. Podrobněji Parusniková, Z.: *Biomoc a kult zdraví*. Sociologický časopis. 2000, Vol. 36 (No. 2: 131 – 142)

<sup>40</sup> Wainwright, D. : *Sociology of Health*. SAGE Publications. London 2008. Str. 10

<sup>41</sup> Lupton, D.: *Medicine as Culture*. SAGE Publications. London 2003. Str. 14

Také sociální konstruktivisté považují instituci medicíny za důležitý nástroj sociální kontroly, ale oproti politicko ekonomickému přístupu, který viděl medicínu jako utiskující, na suverenitě založenou moc, konstruktivisté považují medicínu za instituci vytvářející vědění, které je proměnlivé v čase i místě.<sup>42</sup>

Názory především na diagnostikování duševních poruch ovlivnila v rámci konstruktivismu etiketizační teorie, která se zaměřuje na proces určování normality a deviantního chování a s tím související stigmatizaci jedince.<sup>43</sup> Etiketizační teorie nepovažuje deviaci za vlastní lidskému chování, ale chápe ji jako výsledek lidské interakce, lidského interpretování, definování a hodnocení jak vlastního jednání, tak jednání druhých. Pro sociologii medicíny je tak vznesena otázka, nakolik jsou některé medicínské diagnózy skutečně určovány na základě pravého stavu a nakolik jsou uměle konstruovány. V oblasti duševního zdraví, kde je lidská variabilita mnohem větší než v tělesné, je velmi problematická otázka stanovení patologického a normálního. Mnohé kritiky proto upozorňují na nespolehlivost určování psychiatrických diagnóz a na to, jak může dál toto silné sociální stigma v podobě diagnostiky duševní poruchy ovlivnit chování jedince.<sup>44</sup>

Podrobný rozbor a především kritiku některých sporných aspektů konstrukcionismu nabízí M. R. Bury. Jako první problém uvádí sklon konstrukcionismu k relativismu. Pokud jsou veškeré poznatky pouze sociálním produktem a jejich hodnocení se odvíjí od kritérií, která jsou dána specifickou kulturou, časem a sociálními podmínkami, pak je touto tezí zpochybněna i teorie konstruktivismu. Jak mohou být tvrzení konstruktivismu oprávněná, když samy o sobě nabízejí určitý způsob pohledu na svět, který však nemusí být o nic víc platný než jakýkoli jiný způsob?<sup>45</sup> K této kritice podává vysvětlení D. Lupton, která uvádí, že zastánci konstrukcionistického pojetí neuvažují o nemoci jako čistě sociálním konstrukt, nepopírají její biologickou podstatu, ale zdůrazňují, že je jí dán určitý sociální a kulturní význam, který by neměl být opomíjen.<sup>46</sup> Dále Bury upozorňuje na přílišné zveličování úlohy medicíny ve společnosti, které souvisí s konstrukcionistickým konceptem medicinalizace.

---

<sup>42</sup> Lupton, D.: *Medicine as Culture*. SAGE Publications. London 2003. Str. 13

<sup>43</sup> Bártlová, S.: *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. GRADA. Praha 2005. Str. 59

<sup>44</sup> Bártlová, S.: *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. GRADA. Praha 2005. Str. 59

<sup>45</sup> Bury, M. R.: *Social Constructionism and the development of medical sociology*. Str. 151

<sup>46</sup> Lupton, D.: *Medicine as Culture*. SAGE Publications. London 2003. Str. 14

## 4 Medicinalizace

### 4.1 Definice pojmu

Termín „medicalization“ je v současné sociologii medicíny jedním z klíčových pojmů. Tímto výrazem je označen proces expanze medicíny do stále širších oblastí společnosti a její snaha o řešení problémů, které nejsou ve své podstatě nemocí. Zrození, stárnutí, umírání, poruchy chování, ale třeba i lidská sexualita jsou právě těmi oblastmi, ve kterých se současná medicína snaží o aplikování kategorií normy a odchylky a řeší problémy, které jsou původně společenské podstaty. Medicína se tímto stává hlavní institucí sociální kontroly stejně jako tradiční náboženství a právo.<sup>47</sup> Jedná se o kulturní či civilizační proces, který přináší mnoho pozitivních, ale také negativních důsledků pro společnost. Samotný výraz medicinalizace je některými autory definován jako neutrální pojem, avšak mnohem častěji se setkáváme s jeho použitím ve smyslu kritiky.

V sociologii se tento pojem objevuje v 60. letech 20. století, ale první zmínky k problematice expanze medicíny, především v oblasti duševních poruch, jsou již v literatuře z 50. let. Tehdy byl nejvíce spojován s tzv. psychiatrizací, tj. se vzrůstajícím počtem diagnóz v oblasti psychiatrie, s problematikou pojetí delikvence a poruch chování (například článek „Sickness or Sin“ od Barbary Wooton z roku 1956, dalším autorem z tohoto období je Thomas Szasz)<sup>48</sup>. Ačkoliv se mi nepodařilo přesně zjistit, kdo prvně použil termín „medicinalizace“, podle některých odborných článků<sup>49</sup> je za autora tohoto pojmu považován Irving Kenneth Zola. Davis kromě Zoly odkazuje též na Eliota Freidsona, který popisuje expanzi medicíny a pojmání sociálních deviací jako nemoci (Profession of Medicine, 1970).<sup>50</sup> Ještě před dalším detailnějším rozbohem se zaměřím na překlad tohoto pojmu a jeho užití v českém jazyce.

---

<sup>47</sup> Křížová, E.: Proměny lékařské profese z pohledu sociologie. SLON. Praha 2006. Str. 24

<sup>48</sup> Davis, E.J.: How Medicalization Lost Its Way. Society. Vol.43, No. 6 /2006. Str. 51

<sup>49</sup> Za autora pojmu **medicinalizace** označuje Zolu např. M. Verweij: Medicalization as a Moral Problem for Preventive Medicine. Blackwell Publishers. Bioethics. Vol.13, n. 2 /1999. Str. 91 **s odkazem na:** Zola, I.K.: Medicine as an Institution of Social Control. Sociological Review 20, 1972. Stejný odkaz nabízí E. J. Davis (viz výše).

<sup>50</sup> Davis však neuvádí, zda již E. Freidson používá označení „medicinalizace“. Originální práce E. Freidsona nejsou bohužel v knihovnách a elektronických zdrojích dostupné.

V současné literatuře, v rámci sociologie medicíny, se můžeme setkat s překladem slova „medicalization“ výrazy medikalizace, medicinizace či medicinalizace. Rozborem těchto používaných termínů se zabýval Ústav pro jazyk český AV ČR. Slovo „medikalizace“ není dle odborníků na český jazyk vhodným překladem vzhledem k faktu, že významově neodpovídá anglickému originálu. Dvě další formy překladu jsou obě přijatelné, ale upřednostněn je výraz „medicinalizace“, neboť (podle jazykových odborníků) nejlépe vyjadřuje původní význam anglického slova.<sup>51</sup>

## 4.2 Vzestup medicinalizace

Jak jsem již zmínila výše, sociologie se studiem procesu medicinalizace začala zabývat na konci 60. let 20. století. Peter Conrad uvádí jako teoretická východiska tohoto konceptu Talcotta Parsonse (viz Parsonsovo pojetí medicíny jako instituce sociální kontroly) a teorii labelingu. V této době medicína významně expanduje a čím dál víc osobních a sociálních jevů je zakomponováno do lékařské terminologie nemocí a poruch. Zpočátku se výzkum zaměřoval zejména na témata spojená s medicinalizací sociálních deviací a souvisejícím nárůstem klasifikací psychických poruch, ale později se ukázalo, že tento jev se projevuje v širokém okruhu společenských problémů. Křížová vymezuje tyto oblasti, které jsou v dnešní době medicinalizovány:

- Reprodukce života – medicína reguluje početí, rovněž těhotenství bývá definováno spíše jako zdravotní problém, než jako přirozený stav. Porod je chápán přednostně jako lékařský problém a ne jako sociální záležitost příchodu nového člověka do rodiny. Vybudování speciálních institucí (porodnic), zavedení pravidelných lékařských kontrol těhotné ženy, oddělení rodičky od jejího přirozeného prostředí a sociálního zázemí, oddělení matky od dítěte, zavedení propagace umělé výživy, to vše splňovalo představu správné péče o matku a dítě. Dnes je tento postup revidován a do naší praxe pracně pronikají některé tradiční přístupy jako je rooming-in, podpora kojení, přítomnost otce u porodu, psychosociální příprava nastávající matky i otce. V zahraničí je dokonce snaha provádět porody alespoň u zcela fyziologicky probíhajících těhotenství v domácnosti matky.

---

<sup>51</sup> Křížová, E.: Jak překládat termín „medicalization“ do češtiny? Psychosom. 1/2010

- Péče o staré, handicapované a umírající lidi – byla rovněž svěřena medicíně, která často jen supluje péči sociální a zajišťuje její absenci. Staří lidé, handicapovaní a umírající potřebují nepochybně péči, ale ne nezbytně medicínskou. Nemocniční či ústavní péče nahrazuje přirozenou, neinstitucionální péči o nesoběstačného člověka. Jsou-li obtíže starého či postiženého člověka definovány jako medicínské, je to z hlediska jeho rodiny sociálně přijatelnější, než umístění v domově důchodců, které jasně signalizuje, co starému člověku chybí. Zrození života a smrt, přirozené procesy a nedílná součást života, byly z tohoto života vyděleny a manipulovány odborně a izolovaně v anonymních, racionálně fungujících zařízeních s přesvědčením, že právě tato znamenají pokrok v přístupu k daným otázkám.

- Sport: špičkový sport se bez spolupráce s medicínou neobejde a v mnohém je na ní přímo závislý, často v negativním slova smyslu (doping apod.)

- Problematika alkoholismu, návykových onemocnění, drogové závislosti, sebevražednost, sexuálních poruch aj. je chápána jako problematika nemoci a předána do sféry medicíny, i když její kořeny tkví často mimo ni. Medicína má tendenci imputovat i odchylkám chování od respektované normy diagnostický štítek a pojímat tuto odchylku jako nemoc, již je nutno a možno léčit.

- Vysoká spotřeba léků a produktů farmaceutického průmyslu jako náhradní způsob řešení životních nesnází potlačováním jejich vnějších projevů.<sup>52</sup>

Prvními autory, kteří přenesli význam medicinalizace přes hranice psychiatrie na celou oblast medicíny, byl Eliot Freidson a Irving Zola.<sup>53</sup> Oba autoři důrazně upozorňují na funkci medicíny jako nástroje sociální kontroly a neustálý rozmach jejích kompetencí, který je důsledkem jednak výrazného společenského hodnocení významu zdraví a utilitaristického až technického přístupu k životu. Medicína, dle tvrzení těchto autorů, rozšiřuje své kompetence do různorodých oblastí lidského života, čímž přesahuje svou původní a legitimní úlohu.

Jedním z dalších autorů, který se věnuje podrobnému rozboru tématu medicinalizace, je americký sociolog Peter Conrad. V knize *The Medicalization of Society* (2007) upozorňuje, že v 70. letech, kdy začal přednášet sociologii medicíny, nebyla klasifikace nemocí tak

---

<sup>52</sup> Křížová, E.: Úvod k sociologii medicíny a zdravotnictví. Praha 1993. Str. 51

<sup>53</sup> Davis, E.J.: How Medicalization lost its way. *Society*. Vol. 43, No. 6/2006. Str. 52



různorodá a obsáhlá jak ji známe z počátku 21. století. Nemoci či problémy typu obezity, alkoholismu, syndromu hyperaktivity, anorexie, premenstruačního syndromu (PMS) atd. nebyly nikde zmiňovány, nebyly v té době klasifikovány medicínou jako nemoci.<sup>54</sup> Jak dále uvádí, v posledních třiceti až čtyřiceti letech bylo mnoho problémů (individuální i společenské podstaty) zahrnuto do kategorie nemoci a jsou tak dnes již celospolečensky vnímány. Zásadní podstatou medicinalizace je definice: „určitý problém je definovaný v lékařských termínech, popsán lékařským jazykem, je chápán v medicínském rámci a řešen lékařskou intervencí.“<sup>55</sup>

Mezi sociální a kulturní faktory, které měly vliv na rozmach medicinalizace, uvádí Conrad snižování vlivu náboženství, trvalou a bezmeznou víru ve vědu, racionalizaci, zvyšující se prestiž medicínské profese a sklon moderní společnosti k technologickému řešení problémů. Tyto faktory nejsou ani tak vysvětlením, jako spíše určitým kontextem, ve kterém se proces medicinalizace objevuje.<sup>56</sup> Úlohu, kterou dříve plnila náboženská víra, rodina, zákonodárství, přebírá medicína. Zvláště patrné je toto převzetí funkce u všech jevů, které souvisí s reprodukcí života a celkově lidskou sexualitou. V souvislosti s rozšiřující se působností medicíny uvádí Křížová pojem omnipotence lékařů, jež vyjadřuje pocit, že lékařské vzdělání je dostatečnou kvalifikací pro posuzování i nelékařské problematiky. Určitou legitimizací tohoto trendu je právě velká důvěra veřejnosti a její rostoucí očekávání od schopností medicíny.<sup>57</sup> Z tohoto důvodu nelze přisuzovat medicinalizační proces pouze lékařské profesi. Svou podstatnou úlohu zde sehrála různá společenská hnutí, sdružení pacientů a v neposlední řadě také farmaceutický průmysl. Pacientské organizace aktivně usilovaly o ovlivňování podoby současné medicíny za účelem medicinalizovat svůj problém. Příkladem může být medicinalizace alkoholismu, o kterou se velkou měrou zasadilo uskupení „Alcoholic Anonymous“.<sup>58</sup> Právě případ alkoholismu je jednou ze sporných otázek procesu medicinalizace. Alkoholismus či další sociální deviace dříve považované za nemorální, hříšné a patologické jednání, tak tímto procesem nabývají svůj medicínský význam a přesouvají se do kategorie nemocí.

---

<sup>54</sup> Conrad, P.: *The Medicalization of Society*. The John Hopkins University Press. Baltimore 2007. Str. 3

<sup>55</sup> Conrad, P.: *The Medicalization of Society*. The John Hopkins University Press. Baltimore 2007. Str. 5

<sup>56</sup> Conrad, P.: *The Medicalization of Society*. The John Hopkins University Press. Baltimore 2007. Str. 8

<sup>57</sup> Křížová, E.: *Proměny lékařské profese*. SLON. Praha 2003. Str. 24

<sup>58</sup> Conrad, P.: *The Medicalization of Society*. The John Hopkins University Press. Baltimore 2007. Str. 9

Také problematiku zneužívání návykových látek a gamblingu biomedicínský model z dnešního pohledu zařazuje do lékařských diagnostických kategorií a lze jen polemizovat o tom, zda a do jaké míry je tento trend prospěšný společnosti i jednotlivcům. Kde lze určit hranici mezi nedostatkem volných vlastností, poruchou hodnotové orientace, chování a závislosti jako nemocí?

### **4.3 Medicinalizace vs. demedicinalizace**

Podle Conrada se medicinalizace může vyskytovat ve třech oddělených úrovních:

1. Konceptuální úroveň (úroveň pojmu) – medicínská terminologie je přijata k definování určitého problému,
2. institucionální úroveň – organizace přijímají lékařský přístup k léčení daného problému, na který se specializují,
3. úroveň interakce lékař – pacient – problém je jasně definovaný jako medicínský a léčen patřičným medicínským postupem.

Jak již bylo zmíněno výše, medicinalizace je často spojována s kontrolou deviance a způsobem jakým deviantní chování nabývá medicínský význam. Tento proces není přímý, ale zahrnuje pět po sobě následujících stádií. První stadium představuje definování určitého chování jako deviantního ještě bez medicínské definice. Druhé stadium znamená prezentování medicínskému pojetí deviantního chování (např. alkoholismus) v odborných publikacích (např. deskripce nové diagnózy jako byl syndrom hyperaktivity). Ve třetím stadiu je přijato tvrzení o dané diagnóze medicínou i nemedicínskými skupinami jako jsou svépomocné skupiny či farmaceutický průmysl. Často je právě jejich působení daleko více zřejmé, zajišťují veřejnou publicitu i politický lobbying. Ve čtvrtém stadiu je tvrzení o deviantním chování legitimizováno. Konečné stadium medicinalizace zahrnuje institucionalizaci medicínské kategorie pro deviantní chování a její následnou kodifikaci v klasifikačním systému nemocí. Jak nasvědčuje tento teoretický model, pokusy o ustanovení deviantního chování jako medicínskému problému jsou často sporné a s nejistým výsledkem. Logicky také vyplývá, že míra medicinalizace se může u různých jevů lišit. Medicinalizace proto nemusí být úplná. Conrad píše o stupních medicinalizace, kdy některé jevy jako smrt, porod a vážné psychické poruchy jsou plně medicinalizovány, ale drogová závislost nebo menopauza jsou

jen částečně. Medicínské kategorie nemocí se mohou určitým způsobem posunovat na kontinuu od minimální k úplné medicinalizaci.<sup>59</sup>

I když současný trend ve společnosti směřuje spíše k další medicinalizaci různorodých problémů, je třeba zmínit, že se jedná o obousměrný jev, tj. jejím protipólem je proces demedicalizace. Ten nastává, pokud je chování/problém vyřazeno z lékařské terminologie. Jedním z příkladů demedicalizace je masturbace, která byla v 19. století považována za nemoc a byla léčena. Dalším často uváděným příkladem je homosexualita, která byla Americkou psychiatrickou asociací vyřazena ze seznamu duševních chorob v roce 1973. Také v procesu demedicalizace hrají podstatnou roli různá společenská hnutí, tak jak tomu bylo v případě homosexuality – hnutí za rovnoprávnost homosexuálů nebo v rámci feministických hnutí se aktivizuje hnutí pro přirozený porod.<sup>60</sup>

Ačkoliv je již dnes mezi sociology přijat všeobecný konsenzus o podstatě popisovaného procesu, není zde jednotná shoda o jeho příčinách. Někteří autoři tvrdí, že expanze medicínské pravomoci je primárně následkem medicínské profese, usurpující si právo na definování a kontrolu zdraví, ve snaze rozšířit svou profesionální dominanci. Jiní považují medicinalizaci za výsledek složitých sociálních procesů, na které medicína pouze reaguje tímto způsobem.<sup>61</sup> Jednotliví autoři se též odlišují v ohledu, zda pojímat výraz „medicinalizace“ v neutrálním, negativním či pozitivním smyslu. Ti, kteří zaujímají negativní stanovisko, vidí v expandujících kompetencích medicíny nástroj sociální kontroly a útisku (Zolla, Illich aj.). Naopak zastánci pozitivního smyslu poukazují na její reálné klinické i symbolické přínosy pro společnost. Pozitivum spatřují v tom, že redefinování problému jako předmětu medicínské intervence, jeho legitimita jako stavu nemoci, přináší lidem nejen možnosti léčby, ale také sejmutí určitého stigma, které může s některými symptomy souviset. Conrad uvádí příklad chronického únavového syndromu.<sup>62</sup>

Je tak třeba uvážit, že paradigma medicinalizace přispělo k novému chápání sociálních procesů vztahujících se k moderní léčbě a rozvoji medicínské diagnostiky a nastavilo také kritický rámec pro další analýzu instituce medicíny, problémů zdraví a nemoci.

---

<sup>59</sup> Conrad, P.: *The Medicalization of Society*. The John Hopkins University Press. Baltimore 2007. Str. 6

<sup>60</sup> Čada, K.: *Medikalizace společnosti, socializace medicíny*. Doktorandská konference, Květen 2009

<sup>61</sup> Gabe, J., Bury, M., Elston, M. A.: *Key Concepts in Medical Sociology*. SAGE. London 2004. Str. 61

<sup>62</sup> Conrad, P.: *The Medicalization of Society*. The John Hopkins University Press. Baltimore 2007. Str. 11

## 4.4 Vývoj kritických přístupů k medicíně

První teorie se zaměřovaly především na kritiku snahy medicíny rozšiřovat svou působnost, moc a vliv na pacienty, kteří byli pojmáni jako pasivní aktéři. Často bylo spojováno uplatňování této moci formou sociální kontroly a někteří autoři užívají termín „medicínský imperialismus“<sup>63</sup>. Mezi autory, které lze řadit mezi první kritiky medicíny, lze uvést Elliota Freidsona, Ivana Illicha, Michela Foucalta a Irvinga Zolu. Freidson například ve své knize *Profession of Medicine* zastává názor, že uplatňování medicínské autority je často v rozporu se zájmy veřejnosti. Zola nazývá lékařskou profesi „pohřebištěm pravdy“, kdy „názory lékařů silně ovlivňují názory ostatních nejen na antisociální chování, ale i na každodenní život celé populace.“<sup>64</sup>

Stejně tak americký sociální filozof Ivan Illich prezentuje značně radikální postoj k hodnocení celkového zlepšení zdravotního stavu moderní společnosti. Nepřisuzuje tento výsledek snaze medicíny, ale celkově zlepšujícím se ekonomickým a hygienickým podmínkám. Mimo to tvrdí, že moderní medicína podkopává lidskou schopnost starat se sám o sebe a uvádí pacienty do stavu závislosti na profesionálech – lékařích, kteří díky svému dominantnímu postavení ve společnosti přesahují v mnohém své kompetence.<sup>65</sup> Ve své knize *Limits to Medicine* (1976) podrobuje moderní medicínu nekompromisní kritice. V každé společnosti medicína, stejně jako právo a náboženství, definují, co je normální a žádoucí chování jedinců. Medicína má však i tu moc označit určitou lidskou nespokojenost nebo problém za legitimní stav nemoci. Illich mluví o iatrogenезi, což je poškození zdraví způsobené zásahem lékařské péče, kterou rozlišuje na klinickou, sociální a kulturní. Klinická iatrogenезe zahrnuje poškození pacienta přímo lékařem, vlivem vedlejších účinků léků atd. Kulturní iatrogenезi popisuje Illich důsledky vytržení člověka z jeho přirozeného prostředí. Sociální iatrogenезe, stěžejní pro můj další výklad, znamená poškození zdraví působením medicínsko-průmyslového komplexu. Sociální iatrogenезe vystihuje jeden z negativních důsledků moderní medicíny, tj. že určité nemoci produkuje sama, vlastní činností. Některé původně dobře míněné zásahy medicíny do určitých oblastí života se v průběhu let obrátily proti lidem.

---

<sup>63</sup> Furedi, F.: *Medicalisation in a Therapy Culture*. In *A Sociology of Health*. Edited by Wainwright, D. SAGE Publications. 2008. Str. 98

<sup>64</sup> Bártlová, S.: *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Grada. Praha 2006. Str. 114

<sup>65</sup> Illich, I.: *Limits to medicine – Medical Nemesis: The expropriation of health*. Penguin Books. 1976. Str. 49

„Iatrogenní medicína posiluje patologickou společnost, ve které se sociální kontrola (vykonávaná medicínským systémem) stala hlavní ekonomickou aktivitou.“<sup>66</sup> Vytvářením nových diagnóz a důrazem na normu zdraví zvyšuje medicína a farmaceutický průmysl poptávku po léčbě a farmaceutických produktech. Dále Illich upozorňuje na „diagnostický imperialismus“ medicíny. V medicinalizovaných společnostech jsou účelově vytvářeny různorodé kategorie, do kterých jsou lidé zařazováni. Lékaři různých odborností (Illich používá anglický termín *medical bureaucrats*) tak rozdělují lidi na ty schopné řídit auto, na jedince osvobozené od pracovních povinností, na ty, kdo by měli být trvale hospitalizováni apod.<sup>67</sup> Každý takovýto druh ohodnocení přisuzuje jedinci specifický status, který je založen na lékařském názoru. Z příslušného medicínského statusu jedince pak mimo terapeutickou oblast vyplývají dva důsledky. „Prvním je, že je člověk osvobozen od práce, vojenské služby či manželského svazku, a druhý pak znamená právo ostatních zasahovat a narušovat svobodu člověka jeho umístěním do ústavu nebo odepření mu možnosti vykonávat práci.“<sup>68</sup>

Illich také podrobil ostré kritice přístup lidí k péči o zdraví. Vytýká jim přílišnou závislost na lékařské péči, ztrátu schopnosti pečovat o své zdraví svépomocí a celkovou pasivitu. Lidé postrádají sebekontrolu a vůli řešit své problémy, které pak přenechávají pouze expertní péči. Jediný způsob, jak zvrátit sociální iatrogenézi, je podle Illicha politická reforma, která by omezila profesionální dominanci medicíny.

Proces medicinalizace a sociální iatrogenéze je zasazen do kontextu medicínsko-průmyslového komplexu (MPK), který naznačuje spojení zájmů medicínské vědy a ekonomické produkce. Komárek označuje medicínsko-průmyslový komplex za expertní autoritu, která „jakékoli prováděné opatření vždy odůvodní odkazem na ultimátní důvod, zdraví.“<sup>69</sup> Medicínsko-průmyslový komplex svou mocí ovládá zbytek laické veřejnosti a udává, co je jí ku prospěchu a co nikoli. Opět je tím většina lidí – pacientů stavěna do pasivní role, kdy ve snaze zbavit se odpovědnosti za sebe sama, slepě přijímá veškeré expertní vědění a bezmezně věří ve spásonosný účinek lékařské péče a medikamentů. Jak také Komárek upozorňuje, „není cílem medicínsko-průmyslového komplexu zisk, ale primárně

---

<sup>66</sup> Tamtéž. Str. 51

<sup>67</sup> Tamtéž. Str. 85

<sup>68</sup> Tamtéž. Str. 86

<sup>69</sup> Komárek, S.: Spasení těla – Moc, nemoc a psychosomatika. Mladá Fronta. 2005. Str. 107

moc, byť vyjádřením moci peníze často jsou.<sup>70</sup> Peníze jsou v dnešní společnosti zdrojem úcty, a tak i ve vztahu ke zdravotní péči se stávají hodnotícím měřítkem její důležitosti a kvality. Jak shrnuje Komárek „není-li něco nákladné, vzniká dojem, že se o zdraví „nepečuje““<sup>71</sup> Ve vztahu k tématu medicinalizace připomíná rozmach rozmanitých „módních“ diagnóz jako je celulitida, lehká mozková dysfunkce nebo hyperaktivita, které jsou stále více zjišťovány. Také úvaha o reprodukci a smrti prošla výraznou proměnou. „Zatímco v tradičních a archaických společnostech bylo rozmnožování a smrt, vznik a zánik, nejtriviálnější náplní každodennosti, dnes se oboje cítí jako cosi výjimečného.“<sup>72</sup>

Rané kritiky procesu medicinalizace ze 70. let minulého století vycházely z představy, že v důsledku závislosti na lékařské péči je tendence vnímat každou odchylku od normy jako nemoc. Toto úzké zaměření jen na úlohu medicíny a lékařů vedlo k tomu, že byly opomíjeny kulturní vlivy, které se podílí na expanzi medicinalizace ve společnosti. Pokles profesionální dominance lékařů spolu s novými formami medicinalizace, které jsou nezávislé na lékařské profesi, vedly k tomu, že tento jev byl později redefinován a pojat jako kulturní proces.<sup>73</sup> Dnešní pojetí medicinalizace se tak vztahuje k mnohem obsáhlejšímu kulturním a sociálním změnám ve společnosti než které zahrnuje samotná úloha medicíny. Dnes už je také zřejmé, že celý tento kulturní proces není zprostředkován pouze medicinou. Zdůrazňování hodnoty a významu zdraví v západní společnosti, rozmach farmaceutického průmyslu a norma zdravého životního stylu jsou podstatnými faktory, které vedou společnost k aplikaci lékařských pojmů na různorodé problémy. Farmaceutický průmysl plní jednu z hlavních úloh v procesu medicinalizace. V minulosti byla hlavním faktorem medicinalizace lékařská profese a diagnostický proces, avšak od 80. let, jak uvádí Conrad, přebírá úlohu v západních společnostech farmaceutický průmysl spolu s biotechnologií a hnutí pacientů jako spotřebitelů. Z tohoto důvodu je dnes velmi složité obhajovat tvrzení dřívějších kritiků, kteří pokládali pacienta za pouhý pasivní objekt zájmu medicínské kontroly.

Zatímco dříve byli iniciátory medicinalizace lékaři, dnes jsou to často spotřebitelé (pacienti), kteří lékařské služby v rozšířené míře žádají. Furedi se vyjadřuje o skupině dnešních „expertních pacientů“, konzumentů, které považuje za velmi vlivné aktéry

---

<sup>70</sup> Komárek, S.: Spasení těla – Moc, nemoc a psychosomatika. Mladá Fronta. 2005. Str. 112

<sup>71</sup> Komárek, S.: Spasení těla – Moc, nemoc a psychosomatika. Mladá Fronta. 2005. Str. 127

<sup>72</sup> Komárek, S.: Spasení těla – Moc, nemoc a psychosomatika. Mladá Fronta. 2005. Str. 124

<sup>73</sup> Furedi, F.: Medicalization in a Therapy Culture. SAGE Publications. London 2008. Str. 100

medicinalizace.<sup>74</sup> I přes tento fakt, kdy je tzv. medicínsko-průmyslový komplex (farmaceutický průmysl, pacient-spotřebitel) považován za určitý hnací motor klasifikace nových nemocí a poruch, a má z tohoto trendu výrazný prospěch, bylo by stále velmi zjednodušující (jako v případě úlohy medicíny) považovat ho za jediný zdroj procesu. Frank Furedi proto klade větší důraz na význam medicinalizace jako výsledku působení kulturních a celospolečenských změn, než jednotlivých faktorů.<sup>75</sup>

I v tomto směru se však názory některých autorů rozcházejí. Například Joseph E. Davis (*How Medicalization Lost Its Way*, 2006) odmítá toto široké pojetí medicinalizace a upozorňuje, že její současná definice je poněkud zmatečná a pozbývá svůj původní význam. Davis se domnívá, že zahrnování mnoha dalších sociálních a kulturních jevů do procesu medicinalizace (viz Frank Furedi) a její oddělování od instituce medicíny, ve snaze více generalizovat tento proces, není účelné a ztrácí se tak souvislost s primárním obsahem tohoto pojmu. Davis nesouhlasí s tím, jak je v současné teorii medicinalizace posouván význam lékařské profese do pozadí, více zdůrazňována úloha farmaceutického průmyslu, biotechnologie a trhu. Ačkoliv jsou tyto faktory nepochybně významné pro současnou sociální přeměnu medicíny, nespojují s hlavním významem medicinalizace tj. definování nemocí. V tomto směru je stěžejní institucí pouze medicínská praxe a její terminologie. Například současná kritika nadužívání medikamentů a enormních zisků z prodeje léků, se soustřeďuje na vtíravou reklamu farmaceutických firem. Co však podceňuje a opomíjí je fakt, že se tak děje za podpory a souhlasu moderní medicíny. Jak tedy vyplývá z názvu Davisova článku, domnívá se, že současná teorie medicinalizace „ztratila svou cestu“ a snaží se zahrnout příliš rozsáhlou oblast.<sup>76</sup>

Medicinalizace nadále zůstává podstatným a přínosným konceptem pro sociologii medicíny. Jak se však shoduje mnoho autorů, je nutné utřídit dosavadní poznatky a vytvořit více integrovanou teorii, která by podrobněji postihovala příčiny a následky (ať negativní či pozitivní) tohoto procesu a byla relevantní k proměnám současné moderní lékařské péče.

---

<sup>74</sup> Tamtéž. Str. 101

<sup>75</sup> Tamtéž. Str. 101

<sup>76</sup> Davis, E. J.: *How Medicalization lost its way*. Society. Vol 43, No. 6/2006. Str. 56

## 5 Žena jako objekt medicinalizace

Jednou z oblastí, na kterou teorie medicinalizace upozorňuje především, je změna v pojetí ženského těla, zejména pak procesu reprodukce. Biologické procesy jako je menstruace, těhotenství, porod, menopauza, ale také estetické aspekty ženského těla, které byly dříve pojmány za přirozenou součást života ženy, se v dnešní společnosti stávají stále více středem medicínského zájmu a vyvolávají tak mnoho etických i právních dilemat o legitimitě medicínských zásahů do této oblasti. Jak konstatuje Giddens, díky rozvoji techniky a moderní medicíny získáváme stále větší kontrolu nad svým tělem (v souvislosti s reprodukcí, například dostupnost antikoncepce), což však přináší nejen nové možnosti, ale také nové obavy a problémy.<sup>77</sup> Jen pro představu uvažme například společenský diskurs ohledně umělé reprodukce, genového inženýrství, prenatalních screeningů, otázky náhradního mateřství, hormonální terapie, potratů apod. V širším pojetí medicinalizace ženského zdraví by bylo možné uvažovat celkovou proměnu ve společenském chápání těla a vliv sociálních faktorů na mnohé poruchy zdraví (například problematika příjmu potravy). Problematika chápání ženského těla je velmi obsáhlá a relevantní nejen k sociologii medicíny, ale i k celkovým sociokulturním proměnám ve společnosti. K tomuto tématu jsou velmi přínosné studie gender a feministické sociologie.

Literatura uvádí následující oblasti ženského života, které jsou medicinalizovány:<sup>78</sup>

- Reprodukční proces ženy: plodnost, těhotenství, porod, menopauza
- Sexuální dysfunkce
- Kontrola váhy
- Vzhled ženského těla a s ním související kosmetická chirurgie
- Stáří

---

<sup>77</sup> Giddens, A.: Sociologie. Argo. Praha 2000. Str. 139

<sup>78</sup> Wainwright, D.: A Sociology of Health. SAGE Publications. London 2008. Str. 117



## 5.1 Feministický přístup k medicalizaci ženského zdraví

Rozdíly ve zdraví mezi muži a ženami jsou dány nejen fyziologickou odlišností, ale také sociálním konstruktem gender rolí.<sup>79</sup> Studie, zabývající se vztahem genderu a zdraví dokládají, jak mohou nepřímo ovlivňovat zdraví jedince – přes volbu zaměstnání, životní styl a celkový přístup ke zdraví a péči o něj. Přes zjevný fakt, že ve vyspělých zemích se ženy dožívají v průměru o 5-7 let více než muži, je však určitým paradoxem, že v nemocnosti a kritickém hodnocení zdravotního stavu vévodí ženy.<sup>80</sup> Můžeme se domnívat, že jedním z možných vysvětlení je právě proces medicalizace a s ním související enormní nárůst medicínské klasifikace různorodých duševních i fyzických problémů v životě žen. Dle většiny autorů, zabývajících se problematikou genderu a zdraví, jsou různé jevy (problémy) v životě žen neúměrně více medicalizovány. Názorným příkladem je problematika porodu, neplodnosti, menopauzy, kosmetická chirurgie, poruchy příjmu potravy a úzkosti či deprese. Utváření gender pohledu na medicínu začíná v 70. letech. V této době také zaznívají první kritiky ze strany feministické sociologie. Feministické hnutí se staví proti dominantnímu zastoupení mužů v medicíně a její funkci sociální kontroly nad ženským tělem. Odmítají pasivní a submisivní pozici ženy, zcela závislou na lékařské autoritě.<sup>81</sup> Avšak jak uvádí Lupton, ani feministický postoj k ženskému tělu není zcela jednotný. Na jednu stranu se objevují tendence zdůrazňovat jedinečnost ženského těla oproti mužskému, na druhou stranu je zde opačná tendence, která se snaží výrazně redukovat rozdíl mezi ženským a mužským pohlavím a pohlížet na ženskost jako na sociální konstrukt vytvořený medicínským a vědeckým diskursem.<sup>82</sup> Podrobněji představím hlavní aspekty feministické kritiky v souvislosti s pojetím antikoncepce, těhotenství a porodu.

Zásadní událostí, která výrazně ovlivnila životy žen a následně pohled na roli medicíny ve vztahu k ženám, byla možnost antikoncepce, která se stala dostupnou v 60. letech 20. století díky objevu výroby hormonu estrogenu. V té době nešlo jen o pojetí antikoncepce ve smyslu svobody ženy, kontroly nad reprodukčním procesem, ale všeobecně byl vyzdvihován význam ženského hormonu estrogenu, jako zdroje krásy, ženskosti

---

<sup>79</sup> Conrad, P.: *Health and Health Care as Social Problems*. Rowman and Littlefield Publishers. Maryland 2003. Str. 189

<sup>80</sup> Gabe, J., Bury, M., Elston, M. A.: *Key Concepts in Medical Sociology*. SAGE Publications. London 2004. Str. 9

<sup>81</sup> White, K.: *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*. SAGE Publications. London 2002. Str. 130

<sup>82</sup> Lupton, D.: *Medicine as Culture*. SAGE Publications. London 2003. Str. 142

a věčného mládí. Následně byla menopauza diagnostikována jako nemoc způsobená nedostatkem tohoto hormonu (v anglické literatuře uváděno jako „deficiency disease“) a hormonální terapie se stala zcela běžnou a široce rozšířenou metodou „léčby“. <sup>83</sup> Z důvodu nízké ceny a snadné dostupnosti byla v 70. letech hormonální terapie masově propagována a samotní lékaři glorifikovali její účinky. Obrat nastává v druhé polovině 70. let, kdy se díky výzkumům stává víc a víc zřejmé, že existuje přímá souvislost mezi hormonální terapií a rizikem vzniku rakoviny. V návaznosti na tyto kontroverzní výsledky sílí ve společnosti feministické hnutí, které výrazně polemizuje o legitimitě pojetí menopauzy jako nemoci. Je jím upřednostňován názor, že menopauza je přirozený projev stárnutí ženského těla, součástí životního cyklu, kterou většina žen snáší bez větších obtíží, a proto není důvod k lékařské intervenci. Dle feministického pojetí je právě toto vytváření mýtů a umělých obav kolem menstruace, menopauzy a celkově reprodukčního procesu pouze formou sociální kontroly nad ženami. „Pokud jsou ženy vnímány jako fyzicky a emocionálně hendikepované menstruací a menopauzou, nemohou soupeřit s muži. Zdravotní péče legitimuje sexismus pod rouškou vědy tím, že přisuzuje ženským fyzickým i mentálním schopnostem závislost na jejich reprodukčních orgánech.“ <sup>84</sup>

V kritice pojetí porodu je feministický přístup založen na dichotomii mezi „přirozeným“ a „medicínským“ modelem. <sup>85</sup> Od počátku mnohé feministky spojovaly tuto pojmovou odlišnost s odlišností ženského a mužského přístupu. Muži jsou feministickým hnutím považovány za ty, kdo ovládají vědu, rozvoj technologie a instituci moderní medicíny. Tato mužská dominance způsobuje, že jsou ženské reprodukční procesy uměle konstruovány jako patologické, abnormální či nepřirozené, vyžadující být pod kontrolou medicíny. Medicinalizace porodu tak v tomto smyslu představuje usurpaci kontroly a možnosti rozhodování medicínskou autoritou. Od ženy se očekává důsledná spolupráce s lékaři a uznání použití veškeré medicínské technologie. Mnohé feministky proti tomuto modelu namítají, že je kladen důraz pouze na potřeby dítěte, ale potřeby ženy-matky jsou přehlíženy. Jak ale upozorňuje S. J. Brubaker, není tato pojmová dichotomie slov „přirozený“ a „medicínský“ zcela smysluplná pro všechny ženy a představa o podobě „přirozeného“ nebo

---

<sup>83</sup> Conrad, P.: Health and Health Care as Social Problems. Rowman and Littlefield Publishers. Maryland 2003. Str. 193

<sup>84</sup> Conrad, P.; Leiter, V.: Health and Health Care as Social Problems. Rowman & Littlefield Publishers. Oxford 2003. Str. 199

<sup>85</sup> S., J., Brubaker : Medicalization, Natural Childbirth and Birthing Experiences. Sociology Compass. 3/1 (2009). Str. 32

„medicínského“ porodu se neustále mění. Problematický je právě význam slova „přirozený“. V poslední době se společenské hodnocení tohoto přívlastku stalo velmi pozitivní a podle Conrada je ve vztahu ke zdraví často užíváno k zastoupení slova „dobrý“ nebo „prospěšný“. Ať již v souvislosti s léky, přístupem k léčbě, ale také s životním stylem, stalo se slovo „přirozený“ určitou módní ikonou a vzorem. Naopak vše uměle vyrobené, chemické se stalo synonymem pro nevhodné a špatné pro naše zdraví.

Ve 20. století zdvihl vlnu kritik vůči přílišné medicínské intervenci a farmaceutickému průmyslu takzvaný thalidomidový skandál. Lék thalidomid byl uveden na trh na konci 50. let a prodával se několik let téměř po celém světě. Byl používán jako uklidňující látka pro zmírnění ranních nevolností během těhotenství. Následky však byly katastrofické. Během několika let bylo prokázáno, že tento lék způsobuje těžké vývojové vady plodu a jeho distribuce byla definitivně zastavena v roce 1961. V důsledku jeho užívání se celosvětově narodilo asi 10 tisíc dětí s nejrůznějšími postiženími, především končetin. Thalidomidový skandál přispěl následně k celosvětovému zpřísnění kontroly a testování léčiv.<sup>86</sup>

Ve vztahu k medicinalizaci porodu je však výklad pojmu „přirozený“ stále problematický. Mnohem zásadnější, jak uvádí Sarah Brubaker, je dominantní kulturní a celospolečenská definice porodu, která nám může pomoci lépe pochopit proces rozhodování ženy (ohledně porodu) v rámci specifického kulturního kontextu. „Zatímco některé ženy mohou jednoduše odmítnout přijetí dominantních kulturních norem, většina žen se snaží dodržovat nastavené a akceptované normy sociálního chování.“<sup>87</sup> Jak dále dodává, trend tzv. přirozených porodů (porod doma nebo za asistence porodní asistentky) vznikl jako reakce na čistě medicínský model, tj. na zvyšující se medicinalizaci v této oblasti. Ve feministické literatuře je patrná odlišnost mezi porodem s využitím a bez využití lékařské intervence a technologií. Tradiční feministický přístup nesouhlasí s použitím medicínské technologie, protože ta výrazně narušuje přirozenost porodu a odpírá ženě kontrolu nad procesy jejího vlastního těla. Již samo nemocniční prostředí je proto pro zastánce této teorie nepřijatelné. Brubaker s odkazem na Simonds a kol. (2007) tak konstatuje, že „přirozený“ model porodu je pouze ten, který je uskutečněn doma nebo s porodní asistentkou.

---

<sup>86</sup> Zdravotnické noviny: Velká Británie: Oběti thalidomidu se dočkaly omluvy. 4/2010. Str. 8

<sup>87</sup> S., J., Brubaker: Medicalization, Natural Childbirth and Birthing Experiences. *Sociology Compass*. 3/1 (2009). Str. 41

Dále autorka nabízí také kritiku poměrně radikálního feministického přístupu. Jedním z argumentů proti feministické koncepci je už samotný fakt, že většina dnešních žen definuje porod jako proces, který vyžaduje vedení a dohled medicíny a nijak nezpochybňují použití lékařské technologie.<sup>88</sup> Důraz, který je feminismem kladen na význam slova „přirozený“ ve smyslu dobrého, tak podle kritiků pouze vyvíjí nátlak na ženy odmítat lékařskou intervenci, v důsledku čehož se pak mnoho žen cítí být omezováno a pocítují výčitky, pokud tento nejvhodnější „přirozený“ model porodu – matky nesplňují. Brubaker se zabývá otázkou, jak vlastně ženy definují význam slova „přirozený“ a zda se dnešní podoba lékaři vedeného porodu nestala tak samozřejmou, že je již považována za jedinou přirozenou. V této souvislosti prezentuje autorka názor (s odkazem na studii kanadské autorky Macdonald, 2006), že „každý porod je odlišný a individuální význam toho, co je přirozené, se neodvíjí od strnulých teoretických kritérií, ale z perspektivy každé ženy.“<sup>89</sup> Mezi faktory, které ovlivňují přístup ženy k porodu, řadí Brubaker věk, sociální postavení, kulturní přesvědčení, ekonomický status a individuální charakteristiky. Brubaker na základě svých poznatků shrnuje, že pro ženy je při porodu mnohem podstatnější právo rozhodovat než otázka nemocničního prostředí a zda je či není použita medicínská intervence. V souladu s dalšími autory se shoduje, že v současné době ženy odlišují „přirozený“ a „medicínský“ porod podle absence či prezence analgetik nebo anestézie. Přičemž většina žen nepřijímá striktně jeden nebo druhý přístup, ale spíše se v postojích nacházejí někde uprostřed. V souvislosti s tím navrhuje Brubaker, aby byl dosavadní dichotomický koncept „přirozeného“ versus „medicínskému“ modelu porodu redefinován jako určité kontinuum.<sup>90</sup>

Ačkoliv tedy stále zaznívají kritiky ze strany feminismu, volající po přirozeném přístupu k porodu, zůstávají na úrovni akademického filozofického diskurzu. Mnohem podstatnější je, že představa „přirozenosti“ porodu je neustále diskutována a redefinována jak lékaři, tak samotnými ženami. Brubaker zdůrazňuje potřebu dalších komparativních výzkumů, které by nám umožnily lépe pochopit konstrukci zmiňované dichotomie a poznat, zda je opravdu paradigma medicinalizace tím klíčovými konceptem pro tuto problematiku. „Je důležité se mnohem podrobněji zabývat otázkou, co ženy a lékaři považují

---

<sup>88</sup> S., J., Brubaker: Medicalization, Natural Childbirth and Birthing Experiences. *Sociology Compass*. 3/1 (2009). Str. 41

<sup>89</sup> S., J., Brubaker: Medicalization, Natural Childbirth and Birthing Experiences. *Sociology Compass*. 3/1 (2009). Str. 41

<sup>90</sup> S., J., Brubaker: Medicalization, Natural Childbirth and Birthing Experiences. *Sociology Compass*. 3/1 (2009). Str. 44

za „medicínské“, „normální“ a „abnormální“.<sup>91</sup> Podle Brubaker, při současném nárůstu rizikových těhotenství, předčasných porodů a asistované reprodukce tak v naší společnosti nejspíš shledáme větší souhlas a podporu náležící medicínskému přístupu. Podobný názor prezentuje také Laura Purdy, která v rámci feministických kritik zastává spíše střední cestu. Purdy oponuje striktním kritikám medicíny a uvádí, že mnohdy byl proces medicínalizace pro ženy přínosem. Jako příklad uvádí problematiku potratů. Navíc, jak dále upozorňuje, neplodnost, těhotenství a porod jsou přes veškeré argumenty aspoň z části medicínskou záležitost, a tak nevidí jako řešení úplný odklon od medicínské intervence. Podle jejího článku je jasně patrné, že ani v rámci feministického přístupu není zcela jasný konsensus ohledně jednotné kritiky, a můžeme se tak setkat s různou interpretací problému medicínalizace a ženského života.

## 5.2 Medicínalizace mateřské a porodní péče

V českém kontextu je systém mateřské a porodní péče dlouhodobě považovaný za silně medicínalizovaný. Pro socialistický systém zdravotní péče byla charakteristická značná dehumanizace vztahu mezi lékařem a pacientem vyplývající z vysoké byrokratizace medicíny.<sup>92</sup> K rodičkám se přistupovalo jako k nemocným a byl kladen důraz na častou a pravidelnou kontrolu a lékařský dohled. „Prenatální péče byla oddělená od péče během porodu, v porodnicích byly matky a jejich děti separovány“...“pocity ženy a její spokojenost s poskytovanou péčí byly v této souvislosti spíše opomíjeny a nebyla jim věnována žádná zvláštní pozornost.“<sup>93</sup> I když byl tento stav v 90. letech pozvolna měněn, je podle mnohých výzkumů pro systém porodní a mateřské péče stále charakteristická značná míra medicínalizace a lékařských intervencí.<sup>94</sup> To potvrzuje také postavení profese porodní asistentky v českém porodnictví. „Světová zdravotnická organizace vydala v roce 1986 souhrn doporučení pro péči v průběhu normálního, fyziologického porodu...z doporučení mj. jednoznačně vyplývá, že nejvhodnějším poskytovatelem péče je porodní asistentka.“<sup>95</sup> Lékaři

---

<sup>91</sup> S., J., Brubaker: Medicalization, Natural Childbirth and Birthing Experiences. *Sociology Compass*. 3/1 (2009). Str. 45

<sup>92</sup> Hrešanová, E., Hasmanová Marhánková, J.: Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami. *Sociologický časopis*. 2008, Vol. 44, No. 1. Str. 88

<sup>93</sup> Hrešanová, E., Hasmanová Marhánková, J.: Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami. *Sociologický časopis*. 2008, Vol. 44, No. 1. Str. 89

<sup>94</sup> Hasmanová Marhánková, J.: Konstrukce normality, rizika a vědění o těle v těhotenství. *Biograf* (47): 56odst.

<sup>95</sup> Publikace *Ženy a česká společnost: Hodnocení implementace Pekingské akční platformy na národní a mezinárodní úrovni*. Otevřená společnost, o.p.s. 2010. Str. 34

však zaujímají k porodním asistentkám značně kritický a odmítavý postoj a udržují si tak monopol na péči o zdraví žen.<sup>96</sup> Odůvodnění jejich postoje je založeno spíše na nepodloženém předpokladu zvýšené prenatální úmrtnosti než na odborném vysvětlení. Výsledkem tak je, že možnost využití porodních asistentek je pro většinu žen v České republice nedostupná.<sup>97</sup>

### 5.2.1 Problematika prenatálních screeningů

Současnou problematikou pojetí těhotenství v českém prostředí se zabývá také Jaroslava Hasmanová Marhánková v článku „Konstrukce normality, rizika a vědění o těle v těhotenství“ (2008), která popisuje přístup současné medicíny na příkladu prenatálních screeningů.<sup>98</sup> Na základě rozhovorů s ženami, jejichž těhotenství bylo lékaři diagnostikováno jako rizikové, se snaží poukázat na způsoby, „jakými jsou ženská těla v rámci medicínského systému podrobována kontrole či jak jsou konstruovány naše představy o „normálním“ těle a normy mateřství.“<sup>99</sup> Podle citované autorky je „v současném medicínském diskurzu každé těhotenství a porod vnímáno jako potencionálně patologické“.<sup>100</sup> Přičemž normy, které určují hranice normality průběhu těhotenství, se neustále upřesňují a následně tak stoupá počet těhotenství, která jsou klasifikována jako riziková.<sup>101</sup> Jak dále uvádí, lékařská definice rizika pak nejen vyděluje ženu mimo normalitu, ale také ji staví do specifického vztahu k lékařskému autoritativnímu systému. Právě na příkladu prenatálních screeningů Hasmanová Marhánková poukazuje na autoritativní medicínské vědění. „Prenatální screeningy je potřeba vnímat nejen jako způsob získávání informací o těhotenství, ale také jako mechanismus

---

<sup>96</sup> Zdravotnická statistika v publikaci Rodička a novorozenec 2008 (UZIS) uvádí klesající podíl porodů vedených porodní asistentkou (z 22,3 % v roce 2005 na 21,3 % v roce 2008).

<sup>97</sup> Publikace Ženy a česká společnost: Hodnocení implementace Pekingské akční platformy na národní a mezinárodní úrovni. Otevřená společnost, o.p.s. 2010. Str. 34

<sup>98</sup> Prenatální screening je vyšetření, které zjišťují riziko vrozené vývojové vady. Patří mezi ně krevní testy, ultrazvukové vyšetření. Při pozitivním výsledku screeningů je ženám nabídnuto cílené vyšetření – amniocentéza, odběr placenty, odběr krve plodu či cílené ultrazvukové vyšetření.

<sup>99</sup> Hasmanová Marhánková, J.: Konstrukce normality, rizika a vědění o těle v těhotenství. Biograf (47): 56odst.

<sup>100</sup> tamtéž

<sup>101</sup> Hasmanová Marhánková uvádí v odkazu na Statistiku Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR poukazují na rostoucí procento žen se závažnými komplikacemi během těhotenství. Zatímco mezi lety 2001 až 2005 kolísala počet těchto žen mezi zhruba dvanácti až patnácti procenty, v roce 2006 se již blížil téměř dvaceti procentům.

konstrukce lékařské autority a vědění definujícího nejen společenské představy „správného“ těla, ale také toho, kdo a prostřednictvím čeho tuto představu definuje.“<sup>102</sup>

Jedno z hledisek podporujících přístup k prenatalní diagnostice klade důraz na její význam v posílení ženské autonomie a možnosti rozhodování díky větší informovanosti. Ale jak upozorňuje autorka, s odkazem na Königsmarkovou (2006), ignoruje tato argumentace „problematičnost interpretace výsledků testu i samotné možnosti se svobodně rozhodnout.“ Často se tak stává, že jsou ženy vystaveny závažnému rozhodování jen na základě informací vycházejících z pravděpodobnosti určitých rizik. Ve svém výzkumu se Hasmanová Marhánková věnuje také skupině žen, které se z různých důvodů rozhodly odmítnout podstoupení těchto vyšetření. Všechny ženy se v tomto ohledu shodují, že jejich odmítavý postoj k prenatalním screeningům měl za následek proměnu vztahu s jejich ošetřujícím lékařem a často se ocitly v pozici žen-potíživetek, kterým bylo výrazně dáno na vědomí, že jejich přístup je nezodpovědný a iracionální. Další fakt, který dotazované ženy často uvádí je, že díky neustálému zdůrazňování rizik a možných důsledků jejich rozhodnutí, byl celkově pozměněn i jejich vztah k těhotenství. V důsledku těchto obav a vyvolávaného strachu se tak mnohé ženy cítily spíše jako „nemocné“ pacientky. K tomu podává autorka vysvětlení podle dalších výzkumů: „prenatální screeniny se v současné době staly samozřejmou součástí těhotenství. Tyto výzkumy přitom naznačují, že ženy často tato vyšetření vnímají jako přirozenou součást péče. Tato samozřejmost přitom nabývá normativního charakteru, který vede k tomu, že ženy, které se rozhodnou jej neabsolvovat, jsou vnímány jako deviantní.“ Z toho jasně vyplývá, že dobrovolnost a s ní spojená reálná možnost tato vyšetření odmítnout, je výrazně zastřena důrazem na zodpovědnost, která je na ženy v tomto směru kladena.

Z medicínského hlediska je však také nutno udat argument, který vyplývá z posledních výzkumů. Díky kvalitní prenatalní diagnostice se například daří odhalit poškození plodu tzv. Downovým syndromem, na jejímž základě je možné těhotenství předčasně ukončit. Jak uvádí Zdravotnické noviny (v odkazu na British Medical Journal) bylo například v Anglii v letech 2007- 2008 stanoveno o 71% více prenatalních diagnóz Downova syndromu, což je ovlivněno zejména zlepšenou prenatalní diagnostikou.<sup>103</sup>

---

<sup>102</sup> Hasmanová Marhánková, J.: Konstrukce normality, rizika a vědění o těle v těhotenství. Biograf (47): 56odst.

<sup>103</sup> Zdravotnické noviny. Děti s Downovým syndromem ubývá díky screeningu. 45/2009. Str. 13

## 5.2.2 Etika asistované reprodukce a problém náhradního mateřství

### 5.2.2.1 Definice a vývoj metod asistované reprodukce

Asistovaná reprodukce je dynamicky rozvíjející se oblast lékařství. Díky novým technologiím, které umožňují medicíně zasahovat do lidské reprodukce, je v dnešní společnosti možná pomoc párům, které dříve mít potomky nemohli, ať již ze zdravotních či jiných důvodů. Ačkoli tyto techniky zpočátku vyvolávaly intenzivní etickou diskusi, byly časem společností přijaty pozitivně, a to i v zemích s velmi silnou náboženskou tradicí. Určitým potvrzením jejich legitimacy bylo také stanovisko Světové zdravotnické organizace, která definovala nedobrovolnou bezdětnost jako nemoc<sup>104</sup> „a reprodukční techniky byly od počátku rozvíjeny jako metody k překonání patofyziologické odchylky.“<sup>105</sup> Ve směrnici Evropské společnosti pro reprodukci a embryologii člověka je deklarováno, že „cílem asistování při reprodukci u nechtěně bezdětných párů není manipulování s přírodou, ale optimalizace přirozené fertilitní schopnosti páru, který lékaře žádá o pomoc.“<sup>106</sup> Podpora rozvoje těchto technik tedy byla založena jednak na přesvědčení, že se jedná o jakousi extenzi přirozeného procesu reprodukce s jasným stanovením, že jejich použití bude pouze na základě medicínské indikace. „Techniky asistované reprodukce dnes představují již celou škálu diagnostických a terapeutických klinických i laboratorních metod, jejichž základem zůstává manipulace s pohlavními buňkami a in vitro fertilizace (IVF).“<sup>107</sup> Tato metoda byla objevena v Anglii v roce 1978 a již o čtyři roky později byla realizována také v České republice.

V důsledku společenských změn a výrazného medicínského pokroku v této oblasti se v 90. letech objevují nové etické otázky a pochybnosti o masové akceptaci těchto lékařských praktik. Je to dáno především silicím tlakem, aby tyto techniky byly použity „i mimo rámec klasických terapeutických intervencí – například oplodnění lesbického páru, svobodné ženy, oplodnění po úmrtí partnera a podobně.“<sup>108</sup> Mimo to se také začíná rozvíjet

---

<sup>104</sup> Neplodnost je podle Světové zdravotnické organizace považována za nemoc. Za neplodný se považuje ten pár, v němž žena do dvou let pravidelného pohlavního styku neotěhotní, přičemž za pravidelný pohlavní styk se považuje frekvence 2 – 3x týdně. **Zdroj:** Frinta, O.: Asistovaná reprodukce – nová právní úprava. Právní fórum. 30. 4. 2007. Asistovaná reprodukce. Str. 11

<sup>105</sup> Zdravotnické noviny. Etika a umělá reprodukce – 1. část. 13/2003. Dostupné na <http://www.zdn.cz>, přesný odkaz viz Použitá literatura.

<sup>106</sup> Zdravotnické noviny. Etika a umělá reprodukce – 1. část. 13/2003

<sup>107</sup> Asistovaná reprodukce. Gennet.cz.

<sup>108</sup> Zdravotnické noviny. Etika a umělá reprodukce – 1. část. 13/2003



nový obchod – „prodej gamet geneticky hodnotných dárců.“ MUDr. Tomáš Lajkep, autor článku *Etika a umělá reprodukce* (Zdravotnické noviny, 2003) označuje tento nový fenomén za „disociaci mezi reprodukcí a sexem“ a vyjadřuje obavy, že může vést k masivní komercializaci reprodukčního chování. Jak dále upozorňuje „prohlubující se disociace mezi sexem a reprodukcí a následná medicinalizace a technologizace reprodukčního a sexuálního chování překonává pojmání sexuality a reprodukce jako něčeho magického a posvátného“.

### 5.2.2.2 Právní úprava metod asistované reprodukce

S účinností od 1. června 2006 platí v České republice zcela nová právní úprava asistované reprodukce.<sup>109</sup> Jedná se o zákon č. 227/2006 Sb., který upravuje dvě důležité oblasti lékařské vědy – výzkum na lidských embryonálních buňkách a asistovanou reprodukci.<sup>110</sup> Zákon vymezuje:

- a) kdo a za jakých podmínek má přístup k metodám a postupům asistované reprodukce
- b) řádně upravuje otázky dárcovství zárodečných buněk
- c) řeší statusové otázky dítěte narozeného z asistované reprodukce tak, aby mu způsob jeho početí nebyl na újmu

Podle české legislativy se „asistovanou reprodukcí rozumí postupy a metody, při kterých dochází k manipulaci se zárodečnými buňkami nebo s embryi, včetně jejich uchování, a to za účelem léčby neplodnosti ženy nebo muže.“<sup>111</sup> Jak Frinta zdůrazňuje, je touto definicí jasně vymezen účel asistované reprodukce, tj. léčba neplodnosti, čímž se česká legislativa vymezuje oproti jiným zemím<sup>112</sup>, ve kterých je stále častěji tato metoda pojímána jako „služba“ např. pro osamělou ženu či ženu z lesbického páru. Přístup k umělému oplodnění je umožněn ženě a muži, kteří spolu tvoří neplodný pár, bez ohledu na to, zda jde o manžele či nikoliv. Zákon také nestanoví konkrétní věkovou hranici, do které je umožněno asistovanou reprodukci provést (u dárcovství ovšem věková hranice určena je). Limitem je tedy plodný věk ženy a odborné posouzení lékaře, zda zdravotní stav ženy jí umožňuje tuto léčbu podstoupit. Velkou pozornost zákon věnuje obsahu a formě žádosti muže a ženy. Žádost musí

<sup>109</sup> Frinta, O.: *Asistovaná reprodukce – Nová právní úprava*. Právní fórum. 30. 4. 2007. Str. 11. Zdroj: Systém ASPI (Automatizovaný systém právních informací)

<sup>110</sup> Ve Sbírce zákonů je tento zákon uveden pod názvem „o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech a o změně některých souvisejících zákonů“. V souvislosti s asistovanou reprodukcí zákon novelizuje tyto právní předpisy: a) zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, b) zákon č. 94/1963 Sb., o rodině a c) zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních.

<sup>111</sup> Novelizace zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu

<sup>112</sup> Frinta uvádí příklad Velké Británie

být písemná a následuje ji opakované vyslovení souhlasu muže před každým provedením umělého oplodnění.<sup>113</sup> Za zmínku také stojí právní úprava úhrady asistované reprodukce ze zdravotního pojištění.<sup>114</sup> Zdravotní péče poskytnutá v souvislosti s mimotělním oplodněním se ze zdravotního pojištění hradí nejvíce třikrát za život a věková hranice ženy je stanovena na 39 let.<sup>115</sup>

### 5.2.2.3 Paradigma medicinalizace a asistovaná reprodukce

Jak jsem již uvedla v části věnované feministickému přístupu k medicinalizaci ženského zdraví, podstatou feministické kritiky je způsob jakým medicína pohlíží na ženy jako na pasivní objekty a pojímá otázku reprodukce jako výhradně medicínskou záležitost. Techniky lidské reprodukce nezahrnují pouze těhotenství a porod, ale také antikoncepční metody a techniky asistované reprodukce. Právě poslední dvě zmiňované metody představují výraznou možnost kontroly a regulace lidské reprodukce, kterou moderní medicína umožňuje, a dobře také vystihují proces medicinalizace ženského života.<sup>116</sup> V rámci teorie medicinalizace je tak dominance moderní medicíny stále více interpretována na základě jejích možností „stvoření života“ skrze techniky asistované reprodukce. Hlavním obsahem tohoto diskursu jsou sociální, etické a kulturní aspekty těchto technik. Vývoj asistované reprodukce a značné rozšíření jejího možného užití tak s sebou přináší podstatnou otázku, kdo a za jakých okolností se stane rodičem dítěte.<sup>117</sup> Věda a medicína má v tomto směru možnosti neustále rozšiřovat a odstraňovat hranice v pojetí rodičovství, a tak je jen na základě společenského konsensu ustanoveno, jaká mateřství a otcovství jsou považována za legitimní.<sup>118</sup> S technologiemi asistované reprodukce, které umožňují dárcovství zárodečných buněk a náhradní (surogátní) mateřství, tak končí jasné, zdánlivě jednoznačné vymezení pojmu „matka“.

---

<sup>113</sup> Podrobněji viz Frinta a přesné znění uvedeného zákona

<sup>114</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Zdroj: ASPI

<sup>115</sup> Dolní věková hranice ženy je stanovena na a) 18let – v případě diagnózy oboustranné neprůchodnosti vejcovodů a b) 22 let - ostatní ženy.

<sup>116</sup> Barry, A. M., Yuill, Ch.: Understanding Health. SAGE Publications. London 2002. Str. 41

<sup>117</sup> Barry, A. M., Yuill, Ch.: Understanding Health. SAGE Publications. London 2002. Str. 44

<sup>118</sup> V České republice je tato legitimnost prozatím dána hranicí věku, sexuální orientace, soužitím partnerů a jasným (legislativním) vymezením možností použití technik asistované reprodukce.

Nabízí se tak označení ženy jako<sup>119</sup> „náhradní (surogátní) matky“, „biologické matky (z angl. „egg mother“), „zákonné matky“ (z angl. „legal mother“) a adoptivní matky.<sup>120</sup> Podobně můžeme uvažovat, zda dárce mužské pohlavní buňky má status otce.

#### 5.2.2.4 Náhradní mateřství

Podstata náhradního mateřství spočívá v tom, „že budoucí otec zcela přirozeným způsobem oplodní náhradní matku, nebo dodá své spermie, které jsou jí posléze aplikovány do dělohy. Pokud má pár zájem na jednoznačně vlastním genetickém potomkovi, je možné provést oplodnění z rodičovských gamet (vajíčka a spermie rodičů) klasickým způsobem „dítěte ze zkumavky“ (IVF) a embryo vložit do dělohy náhradní matky. Lze však také použít gamet dárcovských, v kombinaci (vajíčko matky a spermie dárce či naopak), nebo dokonce obou gamet dárcovských.<sup>121</sup>

Tato metoda asistované reprodukce se v České republice neprovádí, ale v současnosti se možná podoba tohoto zákona již projednává ve Výboru pro lidská práva a biomedicínu Rady vlády ČR.<sup>122</sup> Náhradní mateřství by měla upravovat tzv. surogační smlouva a její plnění by strany mohly uplatňovat u soudu. Ale ani zástupci práva si nedokáží představit, jak by bylo plnění takové smlouvy vymahatelné. Možnost náhradního mateřství je již legislativně ustanovena například ve Velké Británii, v Austrálii, v Indii a v některých státech USA. Ve většině ostatních evropských států jako Francii, Polsku, Rakousku, Německu, Španělsku, Švýcarsku, Dánsku nebo Chorvatsku je náhradní mateřství nelegální. V USA se situace liší podle států, a to od povolení surogační smlouvy přes žádnou právní úpravu až po výslovný zákaz.<sup>123</sup>

Problematika náhradního mateřství má své zastánce i odpůrce. Ani feministický směr není v této otázce jednotný. Zaznívají ostré kritiky náhradního mateřství, které jej popisují jako způsob vykořisťování ženy (náhradní matky), jako dehumanizaci mateřství a překročení mezi svobodného rozhodování ženy. Na druhou stranu obhájci této metody upozorňují,

---

<sup>119</sup> Lupton, D.: *Medicine as Culture*. SAGE Publications. London 2003. Str. 168

<sup>120</sup> Již dříve bylo samozřejmě možné dělit mateřství na „biologické“ a „adoptivní“, ale teprve metoda náhradního mateřství narušuje biologickou jednotu mateřství.

<sup>121</sup> Honzák, R.: Děloha na leasing a proč jsem proti. *Zdravotnické noviny*. Publikováno dne 28. 8. 2009

<sup>122</sup> Honzák, R.: Děloha není futrál na dítě. *Zdravotnické noviny*. 11/2010. Str. 18

<sup>123</sup> Vláda České Republiky: Ministryně jednaly o institutu „náhradní matky“. Dostupné na: <http://www.vlada.cz/cz/media-centrum/aktualne/ministryne-jednaji-o-institutu-nahradni-matky-61408/>

že žena má právo se svobodně rozhodnout jak bude nakládat se svým tělem a surogační smlouva, kterou žena dobrovolně uzavře, je tak vyjádřením její autonomie a svobody. Navíc připomínají, že „jiné formy asistence (lékařské, dárcovské) jsou akceptovány, tak proč ne tento způsob účasti další osoby.“<sup>124</sup> Metoda náhradního mateřství tak vyvolává sporné otázky, které se dotýkají nejen dětí, matek a otců, kteří jsou v tomto procesu zainteresováni, ale celospolečenského diskursu ohledně legitimity použití metod asistované reprodukce.<sup>125</sup>

Zastánci surogátního mateřství vítají tento druh smlouvy jako výraz toho, že mateřství (těhotenství a porod) a následná výchova potomka jsou dvě oddělitelné lidské funkce. V tomto směru je nahlíženo na těhotenství jako na placenou službu (práci), kterou je žena ochotna poskytnout. Je zdůrazňováno, že dobrovolný souhlas ženy předchází samotnému těhotenství a je tak výrazem jejího racionálního a kompetentního rozhodnutí.<sup>126</sup> Na jedné straně může být surogátní mateřství pojímáno jako výraz altruismu, tj. žena poskytne tuto „službu“ bez nároku na finanční odměnu, na druhé straně je však velmi často popisováno jako průmysl na výrobu dětí.<sup>127</sup> Náhradní matky jsou popisovány jako vykořisťované ženy z nižších společenských vrstev nebo jako ženy, kterým jde primárně o zisk. Odpůrci tak varují před tím, aby na dítě bylo nahlíženo jako na předmět obchodu a před znehodnocením váhy samotného lidského života. Otázka, zda by mělo být náhradní mateřství placenou službou, a do jaké míry, tak zůstává nedořešena. Mělo by být poskytováno čistě dobrovolně bez vidiny finančního zisku nebo být placenou službou jako jakákoliv jiná práce? Nebo by „kupující“ pár měl hradit pouze náhradu ušlého zisku spojeného s rolí těhotné ženy? Obhájci surogátního mateřství namítají, že předmětem smlouvy není prodej dítěte, ale poskytnutí služby (těhotenství a porodu), která je srovnatelná s poskytováním jiných služeb. Aby se předešlo tomu, že by ženy vstupovali do takového smluvního vztahu čistě z ekonomických důvodů, navrhuje zastánci, aby právo na uzavření smlouvy měly jen ženy na určité socio-ekonomické úrovni.<sup>128</sup> Jak uvádí Shanley, „proč by měla být žena vykořisťována tím, že je za tuto službu

---

<sup>124</sup> Zamykalová, L.: Kdo smí participovat na asistované reprodukci. Ustavování hranic neplodnosti. BIOGRAF, č. 31, 2003. Odds. 11. Dostupné na: [http://www.biograf.org/index.php?aktivni=autori&filtr\\_autori=1](http://www.biograf.org/index.php?aktivni=autori&filtr_autori=1)

<sup>125</sup> Shanley, M., L.: Surrogate Mothering and Women's Freedom: A Critique of Contracts for Human Reproduction. *Journal of Women in Culture and Society*. Vol. 18, no. 3, 1993. Str. 619

<sup>126</sup> Mnoho právních úprav surogátního mateřství stanoví, že surogační smlouvu může uzavřít pouze žena, která již má zkušenost s těhotenstvím, a je tak srozuměna s tím, jaké psychologické a fyzické změny jsou s tímto stavem spjaty.

<sup>127</sup> Zamykalová, L.: Kdo smí participovat na asistované reprodukci. Odds. 13

<sup>128</sup> Shanley, M., L.: Surrogate Mothering and Women's Freedom: A Critique of Contracts for Human Reproduction. *Journal of Women in Culture and Society*. Vol. 18, no. 3, 1993. Str. 621

placena, ale ne pokud za ni placena není?<sup>129</sup> Pokud by stát zakazoval placení náhradního mateřství, byla by tím tato služba pojmána stejně, jako je již tradičně pojmána ženská domácí práce, jako neplacená, neekonomická aktivita. Není však žádný konsensus o tom, jak definovat náhradní mateřství ve smyslu práce. Těhotenství obnáší fyzické, psychologické a emocionální proměny ženy. Na rozdíl od jiné práce není vědomě kontrolovatelné, trvá nepřetržitě devět měsíců. Je tedy vůbec možné tento proces nějak kvantifikovat a vyjádřit jeho hodnotu v penězích? Pokládat mateřství za druh komerční produkce znevažuje pouto mezi matkou a dítětem, které se vytváří v průběhu těhotenství, a pokud se žena na základě surrogátní smlouvy zavazuje k přetrhání veškerých emocionálních vazeb k dítěti, degraduje ji to na pouhý nástroj, objekt k použití.<sup>130</sup>

Náhradní mateřství je často jeho kritiky připodobňováno k lehčí formě prostituce. Žena v podstatě prodává své tělo, a tak stejně jako prostituce neměla by být metoda náhradního mateřství legální. Podle tohoto argumentu by žena neměla mít možnost uzavřít smlouvu, jejímž obsahem je prodej jejího těla. Avšak zastánci náhradního mateřství namítají, že nelze srovnávat účel prostituce a náhradního mateřství. Ačkoliv obojí je druh „placené služby“, cílem náhradního mateřství je přivést na svět dítě bezdětnému páru, a proto je stěží přirovnatelné k prodeji těla za účelem sexuálních služeb. Další námitka proti „argumentu prostituce“ upozorňuje, že lidé mají možnost „prodávat svá těla“ různými legálními způsoby, tj. prodej zárodečných buněk, plazmy, vlasů. Pokud tedy tyto způsoby nejsou považovány za prostituci, proč za ni považovat instituci náhradního mateřství? Jak dále namítají, tělo ženy není předmětem surrogátní smlouvy, není předmětem prodeje. Ženě je pouze finančně kompenzována poskytnutá služba. „Argument prostituce“ také neopodstatněně zveličuje moc, kterou má „kupující pár“ nad náhradní matkou. Žena podpisem smlouvy vyjádří svůj souhlas se splněním určitých povinností, ale je právem vymezeno, do jaké míry může „kupující pár“ na ženu dohlížet nebo ji kontrolovat. Opět je kladen důraz na svobodu rozhodnutí ženy a její obeznamenost se všemi omezeními, které ze služby náhradního mateřství vyplývají.

---

<sup>129</sup> Shanley, M., L.: Surrogate Mothering and Women's Freedom: A Critique of Contracts for Human Reproduction. *Journal of Women in Culture and Society*. Vol. 18, no. 3, 1993. Str. 623

<sup>130</sup> Anderson, E., S.: Is Women's Labor a Commodity?. *Philosophy and Public Affairs* 19. 1990. Str. 75

### 5.2.2.5 Shrnutí

Praxe asistované reprodukce vychází v případě náhradního mateřství „z předpokladu dělitelnosti rodičovství na genetické, fyzické (těhotenství) a sociální.“<sup>131</sup> Ale je nutné si položit otázku, byla by takováto praxe stále ještě medicínou? A pokud uvážíme možné právní komplikace a psychické důsledky všech možných zúčastněných (včetně dítěte), existuje vůbec nějaká legitimní autorita, která by o možnosti náhradního mateřství mohla rozhodnout? Podle stávajícího zákona o rodině (č. 94/1963 Sb.) je matkou žena, která dítě porodila, proto by ani po předchozí domluvě nebylo vydání dítěte náhradní matkou právně vymahatelné. Zastánci náhradního mateřství považují za hlavní argument právo ženy (potažmo páru) na dítě, ale jak oponuje Honzák, není toto právo mezi základními lidskými právy. Jak vtipně podotýká, mohly by pak ženy vznést své právo na to mít manžela. Ačkoliv si uvědomují, jak je těžké vcítit se do role ženy, která se musí vypořádat se zoufalstvím a beznadějí pokud jí není dopřáno mít vlastní dítě, domnívám se, že v tomto případě je problém psychických a sociálních důsledků příliš závažný. Lidská reprodukce by tak opravdu byla posunuta za hranice přirozených lidských procesů. Těhotenství je pro ženu zásadní životní stav, při kterém se tělo mění nejen po stránce biologické, ale též psychické. V důsledku působení hormonálních změn tak vzniká mezi matkou a dítětem silné pouto. Jak bude žena schopna se vyrovnat s faktem, že musela (i přes dobrovolnost) dítě odevzdat do rukou jiné matky? Je v silách medicíny domyslet jaké můžou být psychické následky pro náhradní matku? A je vůbec možné zákonem ošetřit situace, které by mohly nastat, pokud se dítě nenarodí zdravé? Osobně jsem velmi vděčná za techniky asistované reprodukce, které dnes pomáhají mnoha párům v početí vlastního potomka, a uvědomuji si, jak zásadní je role matky v životě ženy. Zároveň se domnívám, že sporných otázek je ohledně instituce náhradního mateřství příliš. I kdyby se dala právně ošetřit všechna možná rizika, přesto je tu nezanedbatelný fakt možné psychické újmy náhradní matky (a vlastně i samotného dítěte), která se právně ani finančně vyjádřit nedá. Souhlasím tak s názorem, že by „právo na dítě“ v této podobě nemělo být posvěceno českou legislativou.

---

<sup>131</sup> Zamykalová, L.: Kdo smí participovat na asistované reprodukci. Odds. 25

## 6 Závěr

Mou snahou bylo v této práci představit u nás často opomíjenou a dosud plně nerozvinutou sociologii medicíny a v jejím rámci teorii medicinalizace. Zpočátku zcela jasné, jednoznačné téma, se průběžným studiem literatury začalo v mých očích proměňovat v poměrně širokou a obsáhlou koncepci, jejíž různorodost reflektuje současné výzvy a etické otázky, které stojí nejen před institucí medicíny, ale i celou společností. Bylo by nespočet témat, která by v rámci medicinalizace stála za podrobnější rozbor. Problematika deviací, současného kultu zdraví, rozmach kosmetické chirurgie, v současnosti diskutovaná problematika očkování a mnoho jiných. Ve vztahu k lidskému zdraví, nemoci a medicíně se neustále objevují nové poznatky, které následně mění celospolečenský diskurs. Já jsem si pro svou práci vybrala problematiku medicinalizace ženského života, speciálně období těhotenství a porodu, na nichž jsem se snažila poukázat, jak současná moderní medicína ovlivňuje prožívání tohoto zásadního období ženy. Je to oblast, ve které se střetávají nejen práva ženy, dítěte a možností medicíny, ale také je zde dobře patrná problematičnost vysvětlení slov „přirozený“ versus „medicínský“. Na jedné straně je radikální kritika feministického přístupu a apel na demedicalizaci těhotenství a porodu, na druhé straně je fakt, že tento přístup zřejmě nevystihuje všeobecný názor mezi ženami.

Je velmi složité se osobně názorově vymezit v rámci paradigmatu medicinalizace a posoudit, jak dalece je kritika medicíny oprávněná. Měl by mít pojem medicinalizace neutrální význam? A co všechno by měl zahrnovat? To jsou na poli sociologie stále nevyřešené otázky. Jak jsem popsala ve své práci, proces medicinalizace byl v mnoha oblastech pro společnost přínosný. Domnívám se tedy, že by i přes převažující kritické pojetí měl tento výraz mít spíše neutrální význam, aby nebyly opomíjeny jeho pozitivní důsledky. Tím spíš, pokud vezmeme v úvahu, že výklad této problematiky je dle mého názoru velmi subjektivní. Jedním člověkem odmítaná a kritizovaná medicínská intervence může být jiným s vděčností přijímána. Často je v souvislosti s medicinalizací upozorňováno, že medicína překračuje hranice své působnosti, ale někdy je velmi obtížné stanovit tuto pomyslnou hranici a vymezit jasné kompetence medicíny. Ať již přijmeme užší vymezení medicinalizace, které se vztahuje pouze k působení medicíny, či obsáhlejší variantu zahrnující působení celospolečenských změn, úlohu farmaceutického průmyslu a expertních pacientů, je zřejmé, že před sociologií medicíny stojí nelehký úkol.

Vzhledem k různorodosti dosavadních přístupů je třeba vytvořit ucelenou teorii a více se zaměřit na výzkumy, které by nám lépe objasnily pozitivní i negativní důsledky celého procesu medicalizace. Můžeme některé kritiky současné medicíny považovat za příliš radikální, přehnané, avšak neměli bychom před nimi zcela zavírat oči. Vědci, lékaři a ani laická veřejnost by neměli pouze oslavovat dosažené úspěchy, ale také si jasně uvědomovat morální aspekty a celospolečenské důsledky vědeckého pokroku. Na některé z nich jsem poukázala ve spojitosti s lidskou reprodukcí. Teorie medicalizace by se tak v současné sociologii medicíny mohla stát přístupem, jehož cílem nebude nasazovat medicíně psí hlavu, ale bude vysvětlovat proměny v chápání zdraví a nemoci, úlohu medicíny a vědeckého pokroku v kontextu socioekonomických, kulturních a morálních změn ve společnosti. Na základě empirických výzkumů může objasnit, jak se liší přístup ke sporným tématům v laické a odborné veřejnosti a být tak velmi přínosná v jejich řešení. Teorie medicalizace společnosti potvrzuje, že sociologie medicíny zastává nezpochybnitelnou roli v rámci společenských věd a nabízí velmi zajímavý pohled na problematiku zdraví, nemoci a zdravotní péče.



## 7 Použitá literatura

- Barry, A. M., Yuill, Ch.: Understanding Health. SAGE Publications. London 2002
- Bártlová, S.: Sociologie medicíny a zdravotnictví. GRADA. Praha 2005
- Bergeron, V.: The Ethics of Cesarean Section on Maternal Request. Bioethics. 9/2007
- Brubaker, S., J.: Medicalization, Natural Childbirth and Birthing Experiences. Sociology Compass. Volume 3, Issue 1, Date: January 2009, Pages: 31-48
- Bury, M.: Health and Illness in a Changing Society. Routledge. London 2000
- Bury, M.R.: Social constructionism and the development of medical sociology. Sociology of Health and Illness. Volume 8, Issue 2, Date: June 1986, Pages: 137-169
- Conrad, P.: Medicalization of Society. The John Hopkins University Press. Baltimore 2007
- Conrad, P; Leiter, V.: Health and Health Care as Social Problems. Rowman & Littlefield Publishers, Inc. Oxford 2003
- Čada, K.: Medikalizace společnosti, socializace medicíny. Doktorandská konference. 2009
- Demelio, J.; Sorensen, K.: Enhancing Autonomy in Paid Surrogacy. Bioethics. Vol. 22 No. 5, 2008. Str. 269-277
- Davis, J., E.: How Medicalization Lost Its Way. Society. (Volume 43, Number 6). 2006
- Freidson, E.: The Medical Profession in Transition. Published in Medical Sociology. Compiled by M. W. Smith. University of Maryland. 1975
- Frinta, O.: Asistovaná reprodukce – Nová právní úprava. Právní fórum. 30. 4. 2007. Str. 11. Zdroj: Systém ASPI (Automatizovaný systém právních informací)
- Furedi, F.: Medicalization in a Therapy Culture. In: A Sociology of Health. Edited by D. Wainwright. SAGE Publications. London 2008
- Gabe, J.; Bury, M.; Elston, M. A.: Key Concepts in Medical Sociology. SAGE Publications. London 2004
- Giddens, A.: Sociologie. Argo. Praha 2000

- Hasmanová Marhánková, J.: Konstrukce normality, rizika a vědění o těle v těhotenství: Příklad prenatalních screeningů. Biograf (47): 56 odst. Staženo dne 15. 1. 2010 (<http://www.biograf.org/clanky/members/clanek.php?clanek=v4702>)
- Holčík, J., Žáček, A., Koupilová, I.: Sociální lékařství. Masarykova Univerzita. Brno 2006
- Holčík, J.: Zdraví 21. Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie. Zdraví pro všechny ve 21. století. Vyd. 1. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Praha 2004
- Honzák, R.: Děloha na leasing a proč jsem proti. Zdravotnické noviny. Publikováno 28. 8. 2009. Staženo dne 2. 4. 2010 (<http://www.zdn.cz/denni-zpravy/komentare/deloha-na-leasing-a-proc-jsem-proti-441439>)
- Honzák, R.: Děloha není futrál na dítě. Zdravotnické noviny. 11/2010. Str. 18-19
- Hřešánová, E., Hasmanová Marhánková, J.: Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami. Sociologický časopis. Vol. 44, No. 1: 87-111. Praha 2008
- Illich, I.: Limits To Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health. Penguin Books. London 1976. Str. 428 - 473
- Kapr, J. a kol.: Sociální deviace, Sociologie nemoci a medicíny. Sociologické Nakladatelství. Praha 1991
- Komárek, S.: Spasení těla, Moc, nemoc a psychosomatika. Mladá Fronta. Praha 2005
- Křížová, E.: Jak překládat termín „medicalization“ do češtiny? Psychosom. 1/2010. Staženo dne 17. 2. 2010. ([http://www.psychosom.cz/?page\\_id=529](http://www.psychosom.cz/?page_id=529))
- Křížová, E.: Proměny lékařské profese z pohledu sociologie. SLON. Praha 2006
- Křížová, E.: Úvod k sociologii medicíny a zdravotnictví. UK. Praha 1993
- Křížová, E.: Sociologie na poli medicíny a zdravotnictví – Cizinec nebo vetřelec?. Acta Universitatis Carolinae. 2001
- Lajkep, T.: Etika a umělá reprodukce. Zdravotnické noviny. 13/2003. Staženo dne 2. 4. 2010 (<http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/etika-a-umela-reprodukce-1-cast-152740>)
- Lupton, D.: Medicine as Culture. SAGE Publications. London 2003

Mechanic, D.: Medical Sociology. A Selective View. The Free Press. New York 1968

Parsons, T.: The Social System. Collier-Macmillan Canada. Toronto 1951

Parusniková, Z.: Biomoc a kult zdraví. Sociologický časopis. Vol. 36, No. 2: 131-142. 2000

Publikace Ženy a česká společnost: Hodnocení implementace Pekingské akční platformy na národní a mezinárodní úrovni. Otevřená společnost, o.p.s. 2010.

Purdy, L.: Medicalization, Medical Necessity, And Feminist Medicine. Blackwell Publishers. Bioethics. 3/2001

Shanley, M., L.: Surrogate Mothering and Women's Freedom: A Critique of Contracts for Human Reproduction. Journal of Women in Culture and Society. Vol. 18, no. 3, 1993

Špatenková, N.: Problematika zdraví a nemoci. Olomouc: UP, 2003. Staženo 14. 9. 2009

(<http://www.u3v.upol.cz/files/prednaska-zdravi-a-nemoc.doc>)

Vláda České Republiky: Ministryně jednaly o institutu „náhradní matky“. Staženo dne 13. 7. 2010

(<http://www.vlada.cz/cz/media-centrum/aktualne/ministryne-jednaji-o-institutu-nahradni-matky-61408/>)

Zamykalová, L.: Kdo smí participovat na asistované reprodukci. Ustavování hranic neplodnosti. BIOGRAF, č. 31, 2003. Odds. 11. Staženo dne 20.6.2010

([http://www.biograf.org/index.php?aktivni=autori&filtr\\_autori=1](http://www.biograf.org/index.php?aktivni=autori&filtr_autori=1))

Zdraví 21 – Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu, WHO. Praha 2000.