

# **Bakalářská práce**

**2016**

**Ilona Čapková**

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Bakalářská práce

Hormonální antikoncepce, její důsledky a pozitivní či  
negativní účinky na zdraví žen

Ilona Čapková

Plzeň 2016

**Západočeská univerzita v Plzni**

**Fakulta filozofická**

Katedra sociologie

**Studijní program Sociologie**

**Studijní obor Sociologie**

**Bakalářská práce**

**Hormonální antikoncepce, její důsledky a pozitivní či negativní účinky na zdraví žen**

Ilona Čapková

*Vedoucí práce:*

**Mgr. Ema Hrešánová, PhD.**

Katedra sociologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity  
v Plzni

Plzeň 2016

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci zpracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

*Plzeň, listopad 2016*

.....

## **Poděkování**

Za odborné vedení práce a trpělivost bych chtěla velmi poděkovat Mgr. Emě Hrešanové, PhD.  
A všem těm, kteří mě po dobu zpracování bakalářské práce podporovali.

## Obsah

<b>1 ÚVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2 SPOLEČENSKÝ KONTEXT ROZVOJE HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE</b> .....	<b>3</b>
2.1 Zavedení hormonální antikoncepce v českém kontextu.....	6
<b>3 SOCIOLOGICKÉ STUDIE REPRODUKČNÍHO ZDRAVÍ</b> .....	<b>10</b>
<b>4 PŘEDSTAVENÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE A JEJÍ POZITIVNÍ A NEGATIVNÍ ASPEKTY</b> .....	<b>14</b>
<b>4.1 Perorální antikoncepce</b> .....	<b>14</b>
4.2 Nouzová antikoncepce.....	14
4.2.1 Nouzová antikoncepce v USA .....	16
4.2.2 Nouzová antikoncepce a její zpřístupnění ve Velké Británii .....	17
4.2.3 Nouzová antikoncepce v Africe .....	18
4.3 Injekční antikoncepce .....	18
4.4 Nitroděložní tělísko .....	19
4.5 Rizika spojená s užíváním hormonální antikoncepce .....	19
4.6 Pozitiva spojená s užíváním hormonální antikoncepce.....	23
<b>5 MEDIKALIZACE</b> .....	<b>26</b>
<b>6 FARMACEUTIZACE ZDRAVÍ</b> .....	<b>30</b>
6.1 Bizarní okolnosti spjaté s užíváním hormonální antikoncepce .....	33
<b>7 ZÁVĚR</b> .....	<b>35</b>
<b>8 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ</b> .....	<b>36</b>
<b>9 RESUMÉ</b> .....	<b>46</b>



## 1 ÚVOD

Hormonální antikoncepce byla vynalezena ve 20. letech minulého století a stala se tak nejpoužívanější ochranou žen před početím. Nicméně tento „převratný objev“ měl a má na své uživatelky i jisté nežádoucí účinky, o kterých se bohužel od svého ošetřujícího lékaře spíše nedozvíme. To se ale nedá říci o důsledcích pozitivních, o těch se naopak dozvídáme dnes již téměř na každém kroku. A možná i proto opadá z žen či dívek strach z jejího užívání.

Cílem své práce, bylo uvést na pravou míru obě strany „barikády“ a představit, jak negativní, tak ale i pozitivní důsledky spjaté s užíváním hormonální antikoncepce. Pro mou bakalářskou práci bylo také důležité poukázat i na proces *medikalizace*. Dle Conrada (1992: 209) medikalizací je nazýván proces, kdy na nemedicínské problémy je nahlíženo jako na medicínské a takovým způsobem jsou i popisovány a léčeny.

Myslím si, že je velmi důležité vědět, zda tomuto bezesporu významnému objevu, zvanému *antikoncepce* neplatíme především za poškozené zdraví, čímž narážím i na farmaceutické korporace, které v podstatě žijí z peněz, které i samotné uživatelky hormonální antikoncepce ročně utratí ve prospěch těchto organizací. Avšak i ty jsou většinou jen pasivními oběťmi lékařských praktik.

Tato bakalářská práce je koncipována jako přehledová studie z oboru medicínské sociologie respektive ze sociologie zdraví a nemoci. Všechny zdroje pro svou práci jsem hledala zejména skrze odborné publikace a odborné časopisy jako Science Direct, JSTOR, Oxford Journal apod.



Má práce začíná samotným rozvojem hormonální antikoncepce, s přihlédnutím na český kontext. Důležité bylo představit i neméně významný reprodukční systém. Posléze uvádím samotné druhy hormonální antikoncepce, které jsou dostupné na našem trhu. Poté již kladu důraz na klíčové negativní, ale i pozitivní důsledky na ženské zdraví. Hormonální antikoncepce totiž ovlivňuje nejen reprodukční systém, ale i fyzické či psychické zdraví. V následující části se dostávám již ke konceptu medikalizace, který především v dnešní době hraje důležitou roli v životech nás všech, ale konkrétně i samotných žen. Následně přecházím k farmaceutickým korporacím a jejich fungování. Celou práci ukončuji poměrně bizarními okolnostmi, které také stojí za vznikem hormonální antikoncepce.

## 2 SPOLEČENSKÝ KONTEXT ROZVOJE HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Zásadním milníkem byla zcela určitě tzv. druhá demografická tranzice, která se nesla i v duchu zavedení perorální hormonální antikoncepce v rámci tzv. „druhé antikoncepční revoluce“. Pro mnohé ženy tato událost znamenala zejména obrovskou svobodu, úlevu či sebekontrolu. Ony se tak staly těmi, které zcela ovládají své tělo, ale i rozhodují o svém intimním životě (Rabušic, 2001: 32).

Dle Chludilové *„rodina ztrácí svou nezastupitelnou funkci, narůstá počet nesezdaných soužití a neúplných rodin. Také se posouvá věk vstupu do manželství a věk, kdy lidé přivádějí na svět své první dítě. Výsledkem je výrazný pokles míry porodnosti“*. Demografická tranzice se vyznačovala také jevy jako například snížení počtu těhotenství u žen vyššího věku, snížení počtu nucených manželství z důvodu neplánovaného otěhotnění či snížení narůstu počatých dětí nesezdaným párům. Tyto uvedené jevy, ale i mnohé jiné, poukazují na nesporný fakt, že antikoncepce značně pomohla ženám a i párům zcela individuálně vnímat a rozhodovat v rámci intimního života či rodičovství (Rabušic, 2001: 40).

Léta šedesátá tak zcela jasně znamenala konec tzv. babyboomu, který nastal po 2. sv. válce. Ženy, které si již několika porody prošly, tak začaly v mnoha případech další odmítat a také se velmi prodloužila doba mezi sňatkem a prvním porodem, nebo mezi prvním a druhým porodem, což se vyznačovalo i neopomenutelným faktem, že mladé páry nepovažovaly instituci manželství za zcela nezbytnou, aby spolu dva jedinci mohli svobodně bydlet či intimně žít. K těmto situacím zcela určitě

napomohla i sociální politika, která obrovsky pomáhá nesezdaným matkám. A to skrze různé sociální úlevy.

Avšak sám Rabušic (2001: 226) poukazuje na fakt, že trh práce v západní společnosti stále více klade na své zaměstnance takové požadavky, které jedince k dobrovolné bezdětnosti bohužel sami vedou. Jedinci by měly být více mobilní se snahou o co největší seberealizace a především bez závazků, což je zejména pro ženy velmi svazující záležitostí. Demonstrativně to tedy v mnoha případech vypadá tak, že u žen, které ještě děti nemají, existuje obava, že by je v budoucnu chtít mohly. A ženy, které děti již mají, mají zase neopomenutelné závazky.

Dle Rabušice (2001: 177-178) by se neměla opomenout ani 2. vlna feminismu, která kladla důraz na rozšíření tzv. dvojí sexuální morálky a na to, aby žena, jakožto individuální osobnost, nebyla spojována pouze s porodem a mateřstvím. Avšak feminismus jako takový se nenesl pouze v duchu změny v sexuální tematice mezi ženou a mužem, ale chtěl, aby si žena zejména vybojovala své místo v životě, aby se individuálně vyjadřovala či měla rovnoprávnost ve vztahu s mužem, a to nejen v intimní sféře života. Zcela zásadní změny jsme tak mohli pozorovat i v profesním či kariéřním životě, ženy jsme tak stále častěji mohli vidět na univerzitách, ale i v pozicích, které dříve zaplňovali zcela výhradně muži. Ženy se staly celkově více nezávislé.

Během druhé vlny feminismu můžeme hovořit i o tzv. liberálním feminismu, který mimo jiné oslavuje rozšíření možností pro ženy, a to včetně zvýšení počtu možností, které mají ženy ohledně výběru antikoncepce. Antikoncepční pilulky poskytují tak další možnost pro ženy, aby mohly řídit svůj život či osud a dochází k závěru, že mít možnost

volby je vlastně velmi dobré (Chesler 2006). Liberální feminismus také ale poukazoval i na fakt, že menstruace je pro ženy v mnoha ohledech obtížná až obtěžující. Například v práci, během dovolené nebo v intimním životě. V těchto situacích to mají ženy o dost těžší nežli muži. Eliminace menstruace by tak byla pro ně mnohdy výhodná (Layne 2010: 70).

Thomas a Ellertson (2000: 923) posuzovali nyní běžně ovládaná léčiva a upozorňují na to, že moderní medicína je především založena na snaze o umělou kontrolu podmínek, které jsou někdy až života ohrožující, vysilující, nepříjemná, ale i otázkou pouhé chuti. Poukazují také na srovnání menstruace a proces stárnutí, kdy stárnutí je normální biologický proces, který je přírodní a nevyhnutelný. Stejně tak vidí i menstruační cyklus ženy.

Avšak faktem zůstává, že každá žena je individualitou a může se svým tělem nakládat podle svého uvážení. Možným problémem, který vidím jako velmi závažný, je ale zejména pozice lékařů, kteří mnohdy nedostatečně informují dívky o možných nežádoucích účincích hormonální antikoncepce. Ty jsou bohužel v mnoha případech velmi závažné a zejména mladistvé dívky si jich během užívání nemusí všimnout, či je připisují k běžným nevolnostem spojených s užíváním těchto léčiv. Prvotním problémem bývá hlavně to, že gynekologové ne vždy provádí odběr krve před předepsáním hormonální antikoncepce, aby se ujistili o vyhovujícím stavu jater a hladiny krevních tuků. V minulosti to bylo zcela běžné, nicméně dnes je to spíše zcela výjimečné. Pro všechny pacienty je tak zcela nezbytné si uvědomit, že lékaři, ať už gynekologové, či jiní odborníci, jsou velmi ovlivněni tzv. farmaceutickou lobby. Předepisují pacientům léčiva, o které si sami říkají, aniž je zcela

potřebují a neuvědomují si rizika s tím spojená. Jelikož nejsou správně, anebo vůbec informováni. Například mladé dívky, které si nechají předepsat hormonální antikoncepci z důvodu srovnání menstruačního cyklu, aniž by žily sexuálním životem.

V rámci kulturních norem, jako je například stanovení toho, jaké metody ochrany jsou považovány za vhodné pro ženy v rozvojových zemích, hraje důležitou roli i politika, která má rozhodující vliv, kam a odkud tyto technologie cestují (Layne 2010: 78).

## **2.1 Zavedení hormonální antikoncepce v českém kontextu**

Snad každému člověku, a to kdekoliv na světě, je více než jasné, že hormonální antikoncepce je převratný objev, který pomáhá ženám na celé planetě žít a do značné míry reguluje i celosvětovou reprodukci. Avšak byly a bohužel i jsou doby, a to zejména v České republice, kdy tento objev nebyl dostupný, kvalitní či cenově příznivý všem ženám, žijícím na tomto území. I proto tak docházelo ve velké míře k nechtěným otěhotněním a potažmo k interrupcím. Nicméně tento proces nebyl vůbec jednoduchý a rozhodně schválený pro každou ženu.

O primární diskuzi, týkající se umělého přerušení těhotenství neboli interrupce, můžeme v Československu mluvit již od první poloviny 20. století. Nicméně tento model nebyl stejně konstruován jako v zemích Severní Ameriky či západní Evropy. Interrupce jako taková ale nebyla zcela jednoduchým „procesem“ pro všechny zájemkyně o tento chirurgický zákrok. Ty v mnoha případech musely za provedení potratu

platit nemalé částky, či dokonce za interrupcí cestovat do sousedních zemí, kde byla povolena (Dudová 2012: 9, 10).

Společenská kontrola nad lidmi se razantně změnila od trestání odhalených případů přes sankce a kontrolovanou prevenci, která se nesla v duchu „komplexu drobných sankcí a preventivně disciplinárních opatření, v nichž hrál ústřední roli permanentní, anonymní a mnohonásobný dozor“ (Tínková 2004: 335). Nicméně na rozdíl od západní Evropy u nás nebyla legalizace interrupce závislá na občanském nátlaku, ale na byrokracii s politickým vlivem. 50. léta provázel ekonomický úpadek, který v sobě nesl i nedostatek primárního zboží pro spotřebitele (Dudová 2012: 37). „V tomto kontextu vláda nahlížela na nemožnost ovlivnit velikost své rodiny jako na jeden ze sociálních problémů – a legalizace interrupce by představovala jeho řešení“ (Kučera 2009, cit. dle Dudová 2012: 37).

Tato doba se mimo jiné vyznačovala menší možností ovlivnění reprodukce. A tak nejužívanější ochranou byl *coitus interruptus* a kondom, který ovšem nenabýval a nenabývá možnosti kvalitní ochrany. Spolehlivost a i důvěra v tyto prostředky tak nebyla zdaleka nejlepší (Srb, Kučera, Vysušilová 1961: 209 - 222). Velkým propagátorem antikoncepce byl v této době lékař Ladislav Hnátek, který se dokonce zasloužil o otevření první antikoncepční poradny, ale ta byla určena pouze ženám, které byly v ohrožení jejich vlastního zdraví. Velmi úsměvně pak působí fakt, že samotné ženy byly nařčeny ze zneužívání antikoncepcí, nicméně ony samy měly obrovský problém vůbec tyto přípravky získat (Dudová 2012: 38).

Zákon o interrupci byl přijat 19. prosince 1957, nicméně nesl v sobě i jisté podmínky. Příkladem bylo, že povolení k interrupci musí být schváleno na základě zdravotních problémů ženy a musí být provedeno v nemocnici nebo v jiném lůžkovém zařízení. V potaz byly brány zdravotní důvody, ale i jiné, vážnější. Za ty byl považován zejména věk ženy nad 44 let, více jak 3 žijící děti v domácnosti, nebo hrůznější důvody, jako je znásilnění či ztráta manžela (Dudová 2012: 46, 47).

Samotná komise, která rozhodovala o osudu ženy a jejího případného potomka, čítala tři členy - dva ze zdravotního prostředí a jednoho tzv. laika, což byla většinou žena, která nesla dobré jméno a pověst. Co se týká omezení toho, do kdy může být interrupce provedena, tak ženy, které byly těhotné více než 3 měsíce, těm již nemohl být proveden legální potrat (Dudová 2012: 47). Poté, co zákon o interrupci vzešel v platnost, razantně stoupl počet žen, mající zájem o interrupci. Nicméně některé nemocnice, potažmo lékaři, tyto zákroky nechtěly provádět, nebo jednoduše neměly dostatek lůžek pro pacientky. Na některých pracovištích docházelo k 10-15 interrupcím denně (Šráček 2009, cit. dle Dudová 2012: 57).

Dle Havránka (1982) docházelo také ale k velmi pozitivnímu jevu. V 70. letech se zvýšila dostupnost antikoncepce. V roce 1970 čítalo žen užívajících antikoncepci až 20 %. Tyto ženy byly ve věku 15-44 let. Užívána byla tak zejména nitroděložní tělíska a hormonální antikoncepce první generace, což byl zejména *Antigest*.

Po převratu v listopadu roku 1989 komunistická strana ustoupila se svými ideologiemi, ale se také razantně změnil i názor na interrupci. To však ještě neznamenovalo úplnou výhru. Objevila se feministická hnutí na

jedné straně a církevní na straně druhé. Ty interrupci nepodporovaly a chtěly ji potlačit. Po převratu se snažili odborníci, včetně gynekologa Jiřího Šráčka, pozměnit zastaralý zákon o interrupci. To by podle všeho i roku 1993 pravděpodobně prošlo, kdyby se do toho nevložil Václav Klaus, ten dal pokyn ministru zdravotnictví návrh nepředkládat. Jediné, co vzešlo v platnost, byl návrh, který říká, že samotná zařízení si určují ceny interrupcí. To ovšem zneprístupnilo tuto možnost pro ženy chudších poměrů (Dudová 2012: 85, 86).

Roku 2003 chtěli konzervativní členové KDU - ČSL zákon o interrupci zcela vyjmout a navrhnout, aby ten, kdo ženě interrupci provede, byl trestán pěti lety odnětí svobody. Proti tomu se ale zvedla velká debatiní vlna a zasáhlo i tzv. hnutí *Gender Studies*. Tento návrh ovšem neprošel a bylo zamítnuto předkládat cokoli, co se týkalo interrupce až do roku 2006. Nicméně je jasné, že v KDU - ČSL je skupina lidí, která je zásadně proti provádění interrupcí v České republice. Nic, co se událo mezi lety 2003 - 2004 v parlamentu, ale nezůstalo bez odezvy. V první řadě členům z *Gender Studies* značně vadil fakt, že by provádění interrupcí bylo nazýváno kriminálním činem. A tak roku 2006 *Gender Studies* odstartovalo projekt s názvem: „*Za právo volby – reprodukční práva žen a mužů*“ (Dudová 2012: 97-106).

Legislativa, která řeší podmínky umělého přerušování těhotenství, se v průběhu let 2003–2014 ve své podstatě výrazně nezměnila. Česká republika má v této chvíli spíše liberální zákon, který umožňuje provedení indukovaného potratu a to zejména, pokud to bereme v potaz ve srovnání s jinými evropskými zeměmi (Český statistický úřad).



### 3 SOCIOLOGICKÉ STUDIE REPRODUKČNÍHO ZDRAVÍ

Většina diskusí zabývajících se genderovou rovností, začínají s argumentem, že ženy a muži by měli být vnímáni jako osoby se stejnou morální hodnotou. To znamená, že muži i ženy by měli mít rovný přístup ke stejným zboží a službám, které jsou potřebné, aby se jim žilo stejně v rámci ekonomické a společenské oblasti jejich života. Avšak tam, kde jsou biologické nebo sociální rozdíly, které ovlivňují buď potenciál, nebo zdraví, pak by bylo nespravedlivé, aby se s nimi zacházelo stejným způsobem (Kuhlmann, Annandale 2012: 21).

Rozdíly mezi muži a ženami v oblasti zdraví a nemoci, jsou velmi dobře známy. Vzory úmrtnosti a nemocnosti u mužů a žen, ukazují výrazné rozdíly. Kromě toho, povaha těchto rozdílů, se liší mezi jednotlivými zeměmi, regiony a mezi různými sociálními skupinami. Jedním z nejčastěji používaných ukazatelů rozdílů v oblasti zdraví, je průměrná délka života. Ta je u žen vyšší prakticky ve všech zemích na světě (Payne, 2006). Avšak ženy drží výhodu v rámci dlouhověkosti. V roce 2006, například, mužská naděje dožití při narození, byla v Iráku o 19 let nižší, než ženská střední délka života (WHO, 2008b).

Mužské a ženské vzory nemocnosti se po celém světě významně liší. Nicméně, je jasné, že ženy jsou mnohonásobně více vystaveny riziku některých přenosných nemocí, jako je malárie, pohlavně přenosné nemocí, nebo nakažení virem HIV, ale i psychické zátěži, jako jsou deprese nebo úzkost. Je také zaznamenána mnohem horší zátěž reprodukčního zdravotního stavu. Oproti tomu muži trpí vyšším rizikem úmyslných i neúmyslných úrazů a problémů souvisejících s alkoholem (Kuhlmann, Annandale 2012: 26).

Podobně jako u genderu, rozmnožování je nedílná součást každé kultury a sociální instituce. Reprodukce, vnímána jako sociální instituce, se vyvíjí do řídicího a kontrolního systému, a je obklopena určitými regulačními systémy, které ilustrují zdraví, pohodu, individuální potenciál a budoucí blaho pro danou společnost (Ettorre, 2002). Reprodukce je také společensky organizovaný systém souborů hodnot, norem, aktivit a společenských vztahů, které symbolizují schopnost přežití člověka, pokrok a individuální potenciál. Zejména pak ženské reprodukční orgány, mohou být zhodnoceny, prostřednictvím reprodukčních režimů a dohledu nad jejich těhotenstvím skrze koncept biomedicíny (Kuhlmann, Annandale 2012: 164).

Již v minulosti bylo nahlíženo na reprodukční zdraví jako na organizační rámec zahrnující tradiční reprodukční otázky, jako je plánování rodiny, zdraví matek a dětí, sexuálně přenosné infekce, neplodnost, sexuální dysfunkce či sexuální násilí. S reprodukčním zdravím souvisí hned několik faktorů či paradigmat. Jsou to práva feministek v rozvojových i rozvinutých zemích, kontrola populace jako motivace pro vznik hormonální antikoncepce, její samotný výzkum a distribuce, rozvoj HIV/AIDS pandemie, zvyšující se výskyt heterosexuálně přenosných nemocí, nebo také neúspěch v plánování rodiny (Dudgeon; Inhorn 2004: 1379).

Vzhledem k tomu, že schopnost reprodukce tvoří klíčovou roli v tvorbě identity žen ve většině společnostech, zkušenosti vyplývající z této oblasti z velké části utvářejí jejich kvalitu a obsah života, ale i společenské postavení. Ženská sexualita je velmi často spojená s naším emocionálním charakterem. Zajímavé je, že například v Indii je plodnost zásadní, a to při tvorbě ženiny identity, narození syna je pak vůbec

největší společenskou prestiží pro tamní ženy (Das Gupta, 1996; Hindin, 2000).

Ženské orgány se dokonce staly podstatou našich ideologických úvah o lidském životě v moderním světě rizik, nebezpečí, nejistoty a nepořádku (Stormer, 2000). V západních společnostech se dnes řeší spíše jakási jistá posedlost regulací reprodukčních orgánů. Avšak v zemích globálního Jihu, základní lidská reprodukce může být často obklopena nebezpečím, nemocí a dokonce i smrtí těhotné ženy. Organizovaná medicína je logicky na míle vzdálena, o proti bitvě o zdraví, nebo takovým hrozbám, jako je tuberkulóza, hladomor a HIV/AIDS (Kuhlmann, Annandale 2012: 171).

Užívání hormonální antikoncepce a její účinnost jsou přímo závislé na zapojení mužů. Ze všech možných antikoncepcí, které jsou v současné době k dispozici, je pro muže pouze vasektomie či pánský kondom, ty jsou zcela pod jejich kontrolou. Naopak pro ženy je dostupná například perorální antikoncepce, injekce, implantáty, nitroděložní preparáty, spermicidy a bariérové metody, jako je membrána nebo ženský kondom. Kromě toho, absence stabilního mužského partnera může být jedním z nejvíce důležitých determinantů touhy žen v zabránění těhotenství, a to zejména pro mladé ženy a ženy s několika partnery. Avšak zdá se důležité upozornit i na to, že v mnoha kulturách je pro muže nepřípustné užívat kondom. Příkladem je Egypt, tamní muži se nechraní, z důvodu toho, že nepociťují takové potěšení a vzrušení kvůli membráně, kterou pánský kondom má. Což přímo či nepřímo vede ženy, k tomu, aby se chránily v rámci sexuálního styku ony. Tento "problém" můžeme ale více či méně vidět nejen na příkladu Egypta, ale po celém světě (Dudgeon; Inhorn 2004: 1385 - 1386).

Další kapitola sama o sobě je neplodnost. Antropologové poukazují na to, že neplodnost je forma jakési reprodukční morbidity s hluboce zakořeněnými sociálními důsledky, které jsou obvykle více závažnější v nezápadních společnostech než v západním světě (Inhorn & Van Balen, 2002). Jelikož v mnoha nezápadních společnostech neplodné ženy trpí silnými společenskými normami, které jim mateřství přímo nařizují. Neplodnost, stejně jako většina reprodukčních zdravotních problémů, je obvykle konceptualizována jako ženský problém. Avšak realita toto tvrzení zpochybňuje, protože biologie neplodnosti není výhradně nebo dokonce z velké části v samičím reprodukčním ústrojí. Nejkomplexnější epidemiologická studie neplodnosti zjistila, že muži jsou jedinou příčinou nebo faktorem přispívající k neplodnosti, a to u více než poloviny všech párů na celém světě (Cates, Farley, Rowe, 1985).

## **4 PŘEDSTAVENÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE A JEJÍ POZITIVNÍ A NEGATIVNÍ ASPEKTY**

Nyní si pojdme představit základní typy hormonální antikoncepce, které jsou na farmaceutickém trhu k dostání.

### **4.1 Perorální antikoncepce**

Antikoncepční pilulky jsou bezesporu globálně nejužívanějším druhem ženské ochrany. Orální kontraceptiva jsou hormonální přípravky, které mohou obsahovat kombinace hormonů estrogenu a progestinu, nebo progestinu samotného. Kombinace estrogenu a progestinu zabrání početí inhibicí uvolňování hormonů luteinizačního hormonu (LH) a folikuly stimulujícího hormonu (FSH) z hypofýzy v mozku (Stoppler, Marks 2015).

Samotné užívání je poté jedno, dvou či třífázové. Monofázické antikoncepční pilulky dodávají stejné množství estrogenu a progestinu každý den. Bifázické antikoncepční pilulky dodávají stejné množství estrogenu každý den po dobu prvních 21. dnů cyklu. V dalších sedmi dnech tedy dochází k menstruačnímu krvácení. A konečně třífázové antikoncepční pilulky mají konstantní nebo měnící se koncentrace estrogenu a progestinu v celém cyklu. Nicméně neexistuje pádný důkaz, který by dokazoval, která z těchto tří variant je vhodnější. Vše spíše záleží na volbě a pohodlí ženy (Stoppler, Marks 2015).

### **4.2 Nouzová antikoncepce**

Mluvit či šířit informace o antikoncepci, ale i o těhotenství, bylo skoro po celé 20. století ilegální. Oba tyto jevy byly velmi stigmatizovány

a znamenaly tabu v rámci ženské sexuality, a to zejména v období od roku 1873 – 1965 (Hawkes 1995).

Luker (1996) uvádí, že revoluce nastala na počátku šedesátých let minulého století, kdy došlo k obrovské revoluci v šíření, ale hlavně užívání antikoncepčních pilulek. Neuběhlo ani pět let a pilulky se staly ve Spojených státech amerických nejužívanější metodou ochrany mezi vdanými, ale i svobodnými ženami.

Oblíbená se stala ale i tzv. nouzová antikoncepce, která dokáže zabránit otěhotnění až do 72 hodin od nechráněného pohlavního styku, ale také v případě, když jakákoliv ochrana selže (Task Force 1998).

Za zmínku určitě stojí i kvalitativní studie ze srpna 1997 z jednoho z menších měst ze Spojených států. Šlo zde zejména o zážitky 21 dospělých jedinců ohledně nouzové antikoncepce. Kontaktování byly skrze telefon, a to od září až do prosince téhož roku. S klienty byly vedeny strukturované rozhovory, které trvaly maximálně dvacet minut a otázky byly kladeny ohledně zkušeností s užíváním nouzové antikoncepce. Klienti v době rozhovorů byly cca tři týdny po užití NA a již v době, kdy se dostavila menstruace (Simonds 2004: 1288).

Klienti byli mezi 18 – 36 lety, ale většinou bylo pod 25 roků. Jedenáct z nich bylo afroameričanů, dva asijskoameričané, sedm bělochů a jeden míšenec. Zajímavostí je, že všichni participanti absolvovali střední školu, jedenáct z nich chodilo v té době na univerzitu a pět z nich již obdrželo bakalářský titul. Dvanáct již mělo zkušenost s otěhotněním a devět nikoliv. Všichni participanti měli pseudonym a také všichni, až na jednoho, co se honoráře vzdal, obdrželi patnáct dolarů za rozhovor (Simonds 2004: 1288).

Pracovníci z organizace Planned Parenthood se denně setkávají s klienty, kteří pomáhají a radí ohledně intimního života. Podávají i informace k nouzové antikoncepci jako například, kdy ji užít, jak ji užít nebo jaké jsou i vedlejší efekty, zejména rizika. Avšak sami dodávají, že mnoho klientů tyto informace ani slyšet nechce. Jediné, co chtějí, je dostat nouzovou antikoncepci a pak odejít (Simonds 2004: 1289).

#### **4.2.1 Nouzová antikoncepce v USA**

Roku 1964 se antikoncepční pilulky staly komerčně dostupné ve Spojených státech, a někteří uváděli, že se změnil běh dějin. Pokračováním roku 1980, se malý počet progresivních lékařů ve Spojených státech amerických snažilo provést antikoncepční prostředky dostupnější. Tito průkopníci se ale setkali s obrovskými překážkami. Mezi nimi byly: Legalita, odpovědnost a otázky efektivnosti. Zejména pak co se týče pilulky po nechráněném pohlavním styku. Mnozí z nich měli obavy, že to není vysoce efektivní a byly obavy, které se týkaly skutečnosti, zda by je ženy používaly správně (Coeytaux, Pillsbury 2001: 80).

V roce 1996 se rozjela linka, které informovala ženy o nouzové antikoncepci. Dokonce i média se zapojila do propagace této linky. Měla až 1000 hovorů týdně. Avšak stále bylo mnoho zdravotníků a gynekologů, kteří se k propagaci této pilulky moc neměli (Coeytaux, Pillsbury 2001: 82).

Významné farmaceutické organizace v USA věděly, že pilulky půjdou na odbyt. Nicméně se báli, že některé organizace budou šířit zvěsti o pilulce jako o potratu a i samotné ženy se budou více spoléhat na

pilulku, nežli na svou odpovědnost. Řešením by bylo, kdyby ženy všechny potřebné informace dostávaly od svých lékařů, ale také i rady, jak se zachovat v určitých situacích a nespoléhat se pouze na pilulku, která nám zabrání otěhotnět (Coeytaux, Pillsbury 2001: 83).

#### **4.2.2 Nouzová antikoncepce a její zpřístupnění ve Velké Británii**

Roku 1999 byla pohotovostní antikoncepce dostupná v šestnácti městech po celé Velké Británii. Existuje celá řada výhod této antikoncepce, jako je účinnost a minimum nežádoucích účinků. Nicméně je k dostání v celé řadě případů v lékárnách, což znamená, že ženy ustupují od předepisování lékařem. Politika dané země ale chtěla předejít nechtěným porodům a potratům, takže tuto alternativu zpřístupnila v lékárnách po celé zemi. Jenomže tím nastaly i etické problémy, například že daná politika omlouvá nechráněný sex a potažmo otěhotnění. Řešením by tak bylo rozšířit úlohu lékárníka a obeznámit ho více s těmito prostředky (Bissell 2003: 2368).

Výsledkem byla studie, kdy rozhovorů se zúčastnilo 55 lékárníků ve věku mezi 20 - 50 roky. Rozhovory se konaly mezi říjnem roku 2000 a lednem 2001 a byly se souhlasem nahrávány. Další částí byl Focus Group s ženami užívající nouzovou antikoncepci (Bissell 2003: 2370). Výsledkem byly rozmanité názory ohledně programu na podporu nouzové antikoncepce. Mnoho lékárníků uvedlo, že systém sníží počet nechtěných těhotenství, avšak také že značně podporuje promiskuitu. Tento program se i v určité míře dost znehodnocoval, a to tím, že některé ženy neváhaly



projet celé město, aby se dostaly do lékárny, kde je ještě nikdo nezná a antikoncepci si zakoupit (Bissell 2003: 2371 – 2374).

#### **4.2.3 Nouzová antikoncepce v Africe**

Ohledně nouzové antikoncepce byla provedena studie i v Africe, které se zúčastnilo celkem 149 žen a 77 mužů ve věku mezi 18 a 40 lety. Všichni byli požádáni o účast v anonymním průzkumu, zahrnující i jejich rodiny a sexuální život. Analýza byla založena na údajích shromážděných v letech 2005 a 2007 během výzkumného projektu *"Nouzová antikoncepci v Africe"*, konkrétně v Senegal, Burkině Faso a Ghaně (Teixera et al. 2012: 149).

Rozhovory byly prováděny s lidmi s různou mírou vzdělání, přičemž bylo důležité, aby ženy byly ve sňatku, jinak jim nebyl povolen sexuální život. Ve skutečnosti bylo paradoxně zjištěno, že nouzovou antikoncepci používají hlavně svobodní lidé. Kromě toho jsme se ale mohli setkat i s názorem, že tato alternativa může vést k nespoutané sexualitě především v Senegal, kde předmanželský sex je sociální stigmatizace (Teixera et al. 2012: 153).

#### **4.3 Injekční antikoncepce**

Dalším druhem hormonální antikoncepce je i injekční metoda, přičemž počátek injekční antikoncepce se datuje k roku 1950. Tato metoda však není vhodná k dlouhodobému užití, i když byla roku 1984 schválena. Nicméně pouze jen pokud jiné metody nebyly vhodné. Krátkodobé injekce jsou k užití zejména v USA, ale i tam jsou stále předmětem výzkumu (FPA - The sexual health charity 2010).

#### **4.4 Nitroděložní tělísko**

Nitroděložní tělísko je ve své podstatě předmět, který je zaváděn do dělohy. Tyto tělíška mají více tvarů, vyrábějí se z plastické hmoty a jsou doplněny různou druhovým, ale nejčastěji měděným drátkem. Obvykle jsou také zaváděna i s vláknem, který vyčnívá z pochvy. Celý tento proces se provádí na specializovaných pracovištích a zcela bez anestézie (Antikoncepce.cz).

Základní mechanismus účinku nitroděložních tělísek pak spočívá v tom, že v děloze působí jako cizí těleso, přitahuje množství bílých krvinek a ty se vrhají na spermie, které postupují dělohou vzhůru. Tento efekt je ještě zvýšen měděným drátkem; uvolňovaná měď má toxický vliv na spermie a rovněž jim brání v cestě pohlavním ústrojím. Nitroděložní tělíška tedy nevyvolávají časný potrat, pouze brání spermiím, aby se dostaly k vajíčku. Nitroděložní tělíška se obvykle zavádějí na nejvýše 5 let, pak se doporučuje jejich výměna, což lze provést v jediném sezení (Antikoncepce.cz).

#### **4.5 Rizika spojená s užíváním hormonální antikoncepce**

První pilulky způsobovaly vážné životu ohrožující následky, včetně krevních sraženin, infarktů a mrtvice. Pilulky dokonce nejsou vhodné pro jakýkoliv typ žen, ty by měly být varovány před neuvědomělým nebezpečím. Antikoncepční pilulky byly prý původně testovány na zhruba sto ženách z Portorika a až následně byly uvedeny na trh. Avšak nespočet žen ztratilo svou plodnost, funkčnost jejich reprodukčních orgánů a celkově kvalitní sexuální život. Důvodem byly, jsou a zřejmě i nadále budou farmaceutické společnosti, a to kvůli jejich nebezpečným a

netestovaných antikoncepčních prostředcích, které ve snaze o dosažení zisku uvedly na trh. Vše jen pak už jen "podpořila" důvěra všech pacientek ke svým lékařům (Sybil Shainwald 2014).

Antikoncepční hormony, nejčastěji předepsané jako perorální antikoncepce (OCs), jsou široce využívány k zabránění těhotenství. Novější generace OC ale zdůraznila, že existuje zvýšené riziko myokardu pro uživatelky a přetrvávající zvýšené riziko žilní tromboembolie. Týká se to zřejmě všech hormonálních antikoncepčních přípravků včetně těch, které obsahují novější progestiny, které snižují krevní tlak. Aktuálně se uvádí, že jako u všech léků, by se i u antikoncepčních přípravků měly zvážit rizika a zároveň přínosy pro individuálního pacienta. U žen starších 35 let by se měly posuzovat i rizikové faktory včetně hypertenze, kouření, diabetu, cévních onemocnění a migrény, a to před samotným užitím. Je tedy jasné, že ženy nad 35 let by si měly nejen sledovat krevní tlak, aby regulace krevního tlaku nebyla ohrožena, ale mělo by u nich být i před použitím hormonální antikoncepce posouzeno riziko kardiovaskulárního onemocnění, hypertenze a diabetu. U těchto žen je zapotřebí vyšší dávka estrogenu k potlačení ovulace (Shufelt, Merz 2009).

Další z problémů, který může vzniknout v důsledku užívání hormonální antikoncepce, je žilní tromboembolie (VTE), což je spojení hluboké žilní trombózy a plicní embolie. Tento jev vzniká zejména kvůli dlouhému sezení nebo ležení. Zkrátka pokud jsou dolní končetiny dlouho nepohyblivé a to ať už kvůli sedavému zaměstnání pacientky, nebo dlouhému letu, či nemoci, která pacientku upoutá dlouhodobě na lůžko. Důležitý je také zdravý životní styl, zdržení se kouření či konzumace červeného masa (Goldhaber 2010).

S těmito problémy se potýkají zejména ženy, které si aplikují transdermální náplasti, vaginální kroužky či podkožní implantáty. Ty mají přibližně šestkrát až sedmkrát zvýšené riziko žilní tromboembolie, ve srovnání s ženami, které nepoužívají hormonální antikoncepci (Lidegaard 2012). Dle Goldhabera (2010) *„Nejméně 10 milionů žen v USA a 100 milionů žen na celém světě užívá kombinovanou perorální antikoncepci. Nicméně tím se i bohužel zvyšuje riziko VTE u běžných uživatelů. Kromě toho se riziko zdvojnásobuje u přípravků obsahujících desogestrel nebo gestoden, známé jako třetí generace progestinů. Proto tedy ženy s vysokým rizikem VTE by měly být podrobeny testování na trombofilii, nežli se rozhodnou vzít perorální antikoncepci“*.

Většina dospívajících nevidí důvod použití kondomu, když jsou chráněny hormonální antikoncepcí. Nevidí riziko nákazy pohlavně přenosných chorob. Jejich hlavní prioritou je zejména zabránění početí. Ve studii dospívajících *Norplant*, dokonce až třetina uvedla, že není nutné použít kondom, když jejich antikoncepce je tak účinná (Roye 1998: 206).

Dle Striferta (2014) *„Existuje jistá hypotéza, že sloučeniny estrogenu a progesteronu, který se používá v orálních antikoncepčních přípravcích, mění stav vajíčka a antikoncepce se tak stávají silným rizikovým faktorem, který napomáhá při vysvětlování nedávného zvýšení výskytu autismu.“* Přesto ale existuje jen velmi malé množství současných studií, které se zabývají účinky perorální antikoncepce na potomstvo. Je jasné, že je třeba většího množství studií tak, aby se potvrdily či vyvrátily spojitosti mezi užíváním orálních kontraceptiv a zvýšeným výskytem autismu (Strifert 2014).

Bylo zjištěno, že dlouhodobé užívání hormonální antikoncepce by mohlo přispět k riziku vzniku rakoviny děložního čípku. Uvádí se, že hormonální antikoncepce může být rozvojovým faktorem ve vzniku tohoto typu rakoviny. Ve Velké Británii se dokonce s tímto zhoubným onemocněním potýká každý rok až 3 200 žen. V Anglii dokonce bylo provedeno šetření a zjistilo se, že ženy, které berou pilulky méně než 5 let, mají zvýšené riziko rakoviny až o 10 %. Ženy, které užívají antikoncepci v horizontu 5 – 9 let, mají riziko dokonce až 60 % (BBC 2003).

Psychologové zjistili, že ženy, které užívají pilulky, mají tendenci vybírat si muže tzv. „macho“ typu se silnými čelistmi a výraznými lícními kostmi. Naopak ženy, které neužívají antikoncepci, si vybírají spíše citlivější typy mužů, ne ty s typickými mužskými vlastnostmi. Vědci ze St. Andrews a Stirling Universities dokonce věří, že pilulky vybudují ženy k vztahům s nevhodnými typy mužů. Ženám ukázali obrázky s několika muži a ony si s přehledem vybraly spíše „macho“ typy narozdíl od žen, které antikoncepci neužívají. Ty mají tak zřejmě větší potenciál si najít věrného a vhodného manžela (BBC 2003).

Klíčem prý může být to, že pilulka blokuje přirozený proces ovulace a tlumí všechny hormonální změny, které se konají v průběhu normálního menstruačního cyklu, to může mít na výběr partnera fatální vliv. Mnohdy nastává situace, že žena, která vysadí antikoncepci a otěhotní, zjistí, že si vybrala špatného partnera (BBC 2003).

Také se ukazuje se, že existuje vysoké riziko výskytu depresivních nálad u psychicky či emocionálně zranitelnějších žen, užívající antikoncepci. Jedná se tak o jasný nežádoucí efekt perorální

antikoncepce. Mechanismy, které ovlivňují náladu, jsou zejména neuroaktivní steroidy, které se v přítomnosti antikoncepce utlumují. Nežádoucí účinky se mohou vyskytovat zejména u přípravků starší generace, obsahující vyšší dávkování a jiný poměr složení estrogeneru a progestinu. V konečném důsledku může tak i na náladu mít vliv menstruace, a to tím, zda je pravidelná apod. (Oinonen, Mazmanian 2002).

#### **4.6 Pozitiva spojená s užíváním hormonální antikoncepce**

I přese všechny negativní informace je zde celá řada výhod v užívání antikoncepčních přípravků. Uživatelé perorální antikoncepce zaznamenali například výrazné snížení menstruačního krvácení či menstruačních křečí. Antikoncepce je velmi efektivní metoda, která má zdravotní výhody v prevenci těhotenství, ale také pozoruhodné účinky na reprodukční systém žen (ESHRE 2005: 513).

Menorrhoea je definována jako: *„Menstruační ztráta krve, kterou trpí přibližně až 10 % žen v reprodukčním věku. Ta se pak paralelně zvyšuje s přibývajícím věkem. Nadměrná ztráta krve poté vede k nedostatku železa, anémii či hysterektomií“* (Hallberg a kol. 1966, cit. dle ESHRE 2005). Bylo prokázáno, že menstruační krvácení se snížilo přibližně až 50 % uživatelkám hormonální antikoncepce. Při jejím užívání dochází dokonce k vymizení menstruace, či snížení její frekvence. A ačkoliv měsíční menstruace je přirozená a normální, není nezbytně výhodná všechny ženy, a to zejména pokud trpí touto ztrátou krve lze menstruaci minimalizovat široce dostupnými formami hormonální antikoncepce (ESHRE 2005: 515).

V průběhu reprodukčního období trpí až 90% žen premenstruačními příznaky. Ty zahrnují zejména bolest prsou, nadýmání, akné, či zácpu. Všechny tyto ženy hledají úlevu, protože tento stav ovlivňuje i ve velké míře mezilidské vztahy. Ženy jsou přecitlivělé a náladové. Premenstruační potíže bývají vyřešeny hormonální antikoncepcí, nicméně u některých žen tyto obtíže přetrvávají, či se dokonce zhoršují v rámci užívání HA. Při léčbě žen s lehkými či středně těžkými příznaky je užívání HA výhodné, avšak při těžších příznacích PMS je zapotřebí specifické léčby (ESHRE 2005: 516 - 517).

Akné je nejčastější kožní onemocnění léčené lékaři. Vyskytuje se až u 40 % dospívajících a 10 % dospělých žen (Redmond a kol. 1997;. Thiboutot et al. 2001, cit. dle ESHRE 2005). Pro léčbu akné je pak u žen více než žádoucí užívat hormonální antikoncepci, která obsahuje antiandrogeny, které do určité míry zabraňují výskytu akné (ESHRE 2005: 517).

Antikoncepční pilulky zprostředkovávají také ochranu uživatelk před kolorektálním karcinomem. U mladých žen se ukázal značný pokles úmrtnosti na rakovinu v posledních několika desetiletích. Analýza trendů v úmrtnosti na rakovinu vaječníků ukázala, že u žen narozených po roce 1920, tj. z generace, která užívá orální kontraceptiva, se snížil výskyt rakoviny vaječníků, a to hlavně v zemích, kde perorální antikoncepce byla ve větší míře využívána (La Vecchia et al. 1998; IARC 1999, cit. dle ESHRE 2005).

Je vysoce pravděpodobné, že hormonální antikoncepce ovlivňuje u žen i sexualitu. Některé studie ukazují, že ženy užívající hormonální antikoncepci, mohou mít lepší sexuální život, intenzitu orgasmu apod.

Tento pozitivní vliv byl pozorován až u 44 % uživatelk hormonální antikoncepce, oproti 36 % žen využívající jiné ochranné prostředky (Oddens 1999, cit. dle Guida et al. 2005).

Dle Derntla (2013: 73) schopnost detekovat chemické podněty je důležitá nejen pro zvířata, ale i pro lidi. Je již více než jasné, že lidské chování je silně ovlivněno čichovým vnímáním. Přímé porovnání mezi ženami užívajícími HA a neužívajícími HA ukázalo na fakt, že ženy, které jsou uživatelkami, mají lepší čichové vnímání. A to zejména pachů v oblasti životního prostředí.



## 5 MEDIKALIZACE

S ženským reprodukčním systémem se pojí i koncept medikalizace, pod který spadá například neoliberalismus, který se nese v duchu produkování těl, která jsou disciplinovaná ve vztahu ke zdraví (Rose 2007: 771). Prvním, kdo s konceptem medikalizace přišel, byl v roce 1970 Irving Zola. Tento proces popsal jako systém „dělání medicíny“, s koncepty zdraví či nemoci, ale pojí se i s vytvářením tzv. autority, která je nedílnou součástí medicínského prostředí (Zola 1972: 487).

Zola (1972: 493) tvrdil, že skrze medikalizaci institucí se plynně zvyšuje rozsah medicíny, která se stává důležitým článkem sociálním kontroly. Kontroly, která klade důraz na denní návyky v rámci prevence nemocí. Nicméně byl zde i Ivan Illich a jeho dílo *Medical Nemesis* (1975: 61), které uvádí, že *„medikalizace byla produktem přeprůmyslované společnosti“*. Vše dle něj tkví i v politice, či v samotném uspořádání společnosti, která nemoci sama vytváří.

Countinho (1999) říká, že například v USA je koncept biomedicíny vnímán zcela jasně, a to, že například těhotenství je zcela normální a moderní. Kdežto menstruovat a nebyť těhotná, je naopak škodlivé. Avšak sám autor pak jemně naznačuje svůj názor a to, že reprodukce je nedílnou součástí lidského života. Nicméně rozhodnutí být bezdětný/á je celosvětově těžce vyslovitelný trend.

Stotland, ve svém článku *Women's Bodies, Doctor's Dynamics* shrnuje situaci následovně: *"Mnoho z procedur prováděných na reprodukčních orgánech žen a léky jim podávané jsou naprosto mimo soulad s jejich reprodukčním systémem. Byly poháněny touhou žen mít děti, na jedné straně, a nevědomá motivace mužských lékařů na straně*

*druhé. Reprodukční techniky, které pronikají do ženských pohlavních orgánů, ať už z lékařského hlediska nebo spíše chirurgicky. Umožňují lékařům fantazírovat, že jsou to právě oni, spíše než matky, kteří počnou a porodí děti. Každá z těchto intervencí je bohužel vědou odůvodněna, ale již zřídka právě vědy zabývá důvody ".*

Časný vývoj medikalizace byla práce zejména feministek, které identifikovaly patriarchální společnost a její rozšíření: "patriarchální medicínu" jakožto klíčovou sílu medikalizace zdravotních problémů žen. Jako reakci pak feministická literatura definovala sexuální politiku zdraví žen a poskytla teoretický základ pro studium těchto znalostí a kontrolu nad ženskými těly (Gabe 2004: 142).

V návaznosti na kritiku feministek a vědeckého poznání medikalizace života žen, studie zabývající se reprodukcí poukázaly na mocenské vztahy těchto praktik. Jsou to zejména ženy, které jsou používány jako pokusný materiál. Například v rámci testování léčby neplodnosti nebo vznik miminek ze zkumavky. Debata se zaměřila na rozsah, v jakém tyto nové technologie byly více prospěšné nebo spíše jakási forma útlaku žen, které jsou posléze viděny v rámci binárního dělení na "spásu či zatracení" (Gabe 2004: 143).

Sociální kontrola je také ústřední a důležité pojetí v sociologii. Již Durkheim rozlišoval mezi represivní a restitutivní kontrolou, vidí druhé jako důležitou charakteristiku komplexních společností. Aspekt sociální kontroly medicíny byl ale koncipován původně Parsonsem, kdy nemoc byla považována jako deviace a medicína a role "nemocného" jako vhodný mechanismus společenské kontroly (Conrad 1992: 215).

Také neznamená, že medicínská sociální kontrola není prováděna skrze lékařskou profesy. To znamená, že bez medikalizace v smyslu definice, lékařská sociální kontrola ztrácí svou legitimitu a je dokonce velmi obtížné jí dosáhnout. V souvislosti s medikalizací deviace, Conrad (1979) rozlišoval tři druhy lékařské sociální kontroly: lékařská ideologie, spolupráce a samotné technologie (Conrad 1992: 216).

Jednoduše řečeno, lékařská ideologie je lékařský model sociálních a ideologických benefitů. Což je hlavně samotná spolupráce lékařů s asistenty a institucionální prostředky. Lékařská technika je pak vnímána ve smyslu využití sociální kontroly lékařských technologických prostředků. Zejména léků, chirurgie, a genetických nebo jiných typů screeningu (Conrad 1992: 216).

Dle Conrad & Schneider (1980a) je ale důležité také upozornit na to, že společenská kontrola bývá velmi cyklická a v mnoha kontextech neustále se měnící. Peyrot (1984) také vhodně dodává, že nové klinické perspektivy jsou důležité, avšak je potřeba je doplnit dřívějšími způsoby sociální kontroly. Například drogová závislost zůstává a měla by vždy zůstat v kompetenci systému trestní justice navzdory medikalizaci. Proto dnes mnohdy najdeme lékařské intervence v oblastech, jako je závislost, pití za volantem či hazardní hry (Conrad 1992: 217).

Dokonce i Melick et al (1979) tvrdí, že je velmi expandována i změna společenské reakce na deviaci od zločinné k lékařské. Avšak tento posun nebyl ideologický, ale vyskytl se spíše z administrativních nezbytností (přeplněné věznice a možnost využít lůžka psychiatrické léčebny).

Bohužel medikalizace je nejen proces z minulosti; ve svých "klasických" formách pokračuje do dnes. Nejvíce ve spojitosti s ženským zdravím můžeme slyšet o tzv. léčbě menstruačního cyklu. Tzv.

"hormonální koktejly" v podobě antikoncepčních pilulek byly pravděpodobně nejprve vyvinuty pro správu cyklů žen, ale nyní je zde možné najít nové využití pro manipulaci mladých dospívající dívek. Nejsou k dispozici žádné údaje, které poukazují na bezpečnost zdravých dívek v rámci dlouhodobého užívání nebo potlačení menstruačního cyklu. Ženy, které jsou součástí těchto farmaceutických taháků, jsou ve své podstatě jen velmi nenásilně účastny v nekontrolovaných pokusech. Proč chceme "opravit" něco, co není rozbité? Ženský cyklus není problém či choroba, nebo příčina jiné nemoci (Sybil Shainwald 2014).

Je pravdou, že existují základní léky k léčbě prevencí chorob, ale jejich použití by mělo být omezeno na to, co je skutečné, a nikoli uměle vytvořené onemocnění. Ano, potřebujeme léky na léčbu rakoviny či jiných zhoubných chorob. Co ale nepotřebujeme, jsou pilulky, které slouží prevenci, a které mohou způsobit více škody nežli užitku (Sybil Shainwald 2014).

Zásahy ovlivňující naprosto normální a běžné ženské funkce, jako je například menstruační cyklus, menopauza, porod, jsou již dnes prakticky na denním pořádku. Byli to právě muži, kteří už v minulosti určili, že my ženy jsme slabší pohlaví. Neumožnili nám volit, vlastnit majetek a přiřadili místo v domácnosti a u dětí, místo ve veřejné sféře. Možná i proto dnes jsou to právě oni, kteří nám skrze lékařskou funkci určují, které naše reprodukční funkce jsou třeba hlídat apod. (Sybil Shainwald 2014).

## 6 FARMACEUTIZACE ZDRAVÍ

Lékaři po celém světě jsou běžně navštěvovány farmaceuty, kteří přichází se stále novějšími výzkumy ohledně lidského zdraví a jeho léčby. Doktory velmi přátelsky a mile představí s produkty firmy, kterou zastupují a snaží se na ně působit nápomocně a pozitivně (Lakoff 2004). Dle Relmana (2001) jeden z hlavních způsobů, jak farmaceutické firmy přimějí lékaře ke spolupráci, jsou nabídky spolupráce na rozvoji nových léků či velmi zajímavý sponzoring jejich budoucího sebevzdělávání.

Conrad (2007) například ve své knize *Medikalizace společnosti* uvádí, že farmaceutické společnosti se staly natolik důležité, že z lékařů vytvářely hlavní hnací sílu medikalizačního procesu. Zatímco Conrad věří tomuto modelu vývoje, jiní uvádí, že je potřeba podchytit pěstování a význam léčiv jakožto specifickou formu medicíny uvnitř i vně medikalizace. Abraham (2010: 604) ale uvádí, že se jedná o proces, při kterém sociální, behaviorální nebo tělesné podmínky jsou vnímány takovým způsobem, který potřebuje léčbu, přičemž mluvíme o léčivech ze strany návrhů lékařů nebo dokonce i pacientů.

Kromě toho, Williams a kol. (2011a) naznačují, že farmaceutizace je dynamický socio-technický proces, který je součástí "farmaceutického režimu". To znamená, že může být chápán jako síť institucí, organizací, ale i herců a artefaktů a procesů spojených s výrobou a používáním léčiv. Tyto společnosti zejména v posledních desetiletích postupují velmi rychlým tempem, trhy s léčivy se velmi se rozšířily, byly identifikovány nové zdravotní stavy (nemoci, choroby,...) důležité léčby a tím byly vyrobeny nové léky na trh.

Bell a Figert (2012: 776) uvádí, že farmaceutizace také mapuje

globální model bohatství a chudoby, a moci či nerovnosti. I když ale existuje mnoho důkazů na podporu tvrzení, že se proces farmaceutizace rychle rozvíjí, přesto je třeba uznat, že farmaceutický průmysl hraje důležitou roli v rámci zmírnění lidského utrpení a prodloužení života samotného.

Dew a kol. studoval význam farmaceutizace v každodenním životě. Stavěli svůj výzkum na morálních obavách z odpovědnosti či disciplíně spojenou s léčivými přípravky, které užívají aktivně či pasivně. Bylo zjištěno, že postoj k lékům se mění v závislosti na faktorech, jako například proč byla užita, jejich dopad na sociální vztahy a názory o tom, co je či není nemoc. Důležité také je, že tvrdí, že léčiva jsou vázána na identitu, neboli to, jak chceme ukázat sami sebe, jaká chceme být viděny druhou osobou, ale i jaký druh světa vidíme my sami. Vše uzavírají tím, že farmaceutický průmysl představuje formy jakési správy, zahrnující různé sady rolí a odpovědností. A to, jak jsou léky hodnoceny, pak závisí na těchto samotných rolích (Gabe 2015: 194).

Ženy, které jdou ke svému lékaři, jsou mnohdy panické a uniformované, v tomto případě nastupuje lékař jako ten, který si vyslechne problém a navrhne, dle něj, adekvátní řešení. Řešení, které vyhovuje ženě, jemu a potažmo i farmaceutické firmě, která ho zastupuje (Padamsee 2011: 1348). Gynekologové, a to v každém období dějin a v každé fázi života žen, se vždy určitým způsobem snažili kontrolovat nebo zasahovat do reprodukčních funkcí žen (Meigs 1987). Někdy ovšem tyto zásahy byly mezi ženami vítány, jako je tomu zejména v případě otázky porodnictví nebo účinné antikoncepce, všechno jsou to obecně akceptované rady od autorit z řad lékařů. Avšak skoro každé fyziologické funkce, a to téměř v každé fázi života žen, byly léčeny někdy až dokonce

patologickým způsobem. Funkce se tak staly příznaky a symptomy se staly nemocí. Mohli jsme se setkat i s názory, že například kolísání hormonů jsou „nedostatky“, které by měly podléhat léčbě (Stotland 2004: 182).

Například tzv. tabu ohledně menstruace bylo v posledních dvaceti letech až dramaticky sníženo. Jelikož produkty týkající se menstruace jsou k vidění dnes již téměř na každém rohu. Zejména v rámci reklamních bloků v televizi, kde mnohdy dochází až v určitém smyslu ke komediálnímu charakteru dané inzerce. Avšak ženy mají stále ohledně menstruace smíšené pocity. Je to důkaz normality, ženskosti a plodnosti, ale je také obstoupen rozpaky, nepříjemnými pocity, až bolestí (Delaney, Lupton a Toth 1976).

Nepříjemné situace v rámci menstruačního cyklu změnila až expanze a dostupnost antikoncepčních pilulek, které nám dokázaly pomoci s nepříjemnými bolestmi, a hlavně zaručily příchod menstruace až po týdenní pauze. Avšak nebyla to nutnost daného režimu. Ve skutečnosti během celé historie ženy byly buď těhotné, anebo kojící, a to mnohdy bez pauzy a během většiny jejich reprodukčního věku (Stotland 2004: 182).

Přijetí vysoké dávky hormonální antikoncepce, bylo rozšířeno již dlouho předtím, než existoval dlouhodobější důkaz o její bezprostřední bezpečnosti. Zatím převažují spíše pozitiva, avšak s výjimkou žen, které mají vyšší riziko získání choroby jako například u kuřáček. Jedno se však nedá antikoncepci upřít, a to že dala ženám kontrolu nad reprodukcí. Na straně druhé to zprostilo muže z odpovědnosti za početí a nyní bohužel ohrožuje zdraví milionů žen (Stotland 2004: 184).

## **6.1 Bizarní okolnosti spjaté s užíváním hormonální antikoncepce**

Zajímavý je příběh A. H. Robinse, který v roce 1970 vstoupil na trh s antikoncepčními prostředky a uzavřel obchod s Dalkon Shield. Jeho levná nitroděložní tělíška byla testována lékaři na jedné z prestižních institucí. Avšak až po devíti měsících od uvedení na trh, společnost započala dvouletou bezpečnostní studii s paviány. Každý osmý pavián zemřel a 30 % utrpělo děložní perforaci. Výsledky nebyly nikdy zveřejněny. Tento antikoncepční prostředek byl ovšem deklarován proti prevenci před otěhotněním, ale bez jakýchkoliv nežádoucích účinků, a to i přesto, že to byl zcela netestovaný výrobek. Tlak FDA vedl k pozastavení výroby, ale až v červnu 1974. Teprve o 10 let později Robins doporučuje, aby ženy, užívající tělíško, ho odstranily. Ovšem již před rokem 1980, Dalkon Shields zůstával v tělech žen z více jak osmdesáti zemí. Paradoxem v tomto případě je, že například jedna z nejmenovaných společností vyrábějící auta ihned majiteli vrátí peníze, pokud brzdy z jejich aut selžou. Pokud se ale prodává vadný a zcela nebezpečný výrobek, který si žena zavádí přímo do těla, nedá se s tím dělat nic (Shainwald 2014).

Také například antikoncepční přípravek YAZ je nyní nejprodávanější antikoncepčním prostředkem ve Spojených státech. V roce 2008 tržby činily přibližně 616 milionů dolarů. Nicméně již od prvního čtvrtletí roku 2004, až po třetí čtvrtletí roku 2008, byly u FDA hlášeny stovky zpráv o úrazech způsobených YAZem. Neuvěřitelné je, že nejméně 50 z těchto zpráv bylo hlášení o úmrtí, a to mezi uživatelkami Yasmin a YAZ. Tato úmrtí byla spojena se srdeční arytmií, srdeční zástavou, plicní embolií, hlubokou žilní trombózou a mrtvicí u žen v plodném věku. Až v únoru



2009 Bayer vložil 20.000.000 dolarů v rámci nápravné reklamní kampaně, vysvětlující informace o antikoncepčním prostředku YAZ, zásady jeho užívání a varování v souvislosti s jejím užitím mezi ženami po celém světě. Ovšem i přese všechno, YAZ je stále nejprodávanějším antikoncepčním přípravkem ve Spojených státech a například jen v prvním pololetí roku 2009 vydělal více než 391 milionů dolarů (Sybil Shainwald 2014).

Dle Sybil Shainwald (2004) trend medikalizace ženského zdraví nevykazuje ani s přibývajícými celými dekády let absolutně žádné známky toho, že polevuje. Podle porodníků a gynekologů z *The American College*, se asi dvě třetiny amerických žen spoléhají na jejich gynekology a jejich primární péči o ně samotné. Avšak jsou stále používány nebezpečné a pochybné metody antikoncepce. Například nitroděložní tělísko *Mirena* slibuje účinnou antikoncepci až po dobu neskutečných 5ti let nebo také již během těhotenství je prováděno na matce i nenarozeném dítěti více než dvacet testů, z nichž některé jsou až životu nebezpečné. Nebo například bizarní "masáž" lékáren, které nabízejí pro ženy, které procházejí menopauzou takzvané "bio-identické hormony," které jsou údajně přírodní, a to jen proto, že jsou odvozeny z rostlinných materiálů. Kromě toho, lékárny také ve velkém začaly s mícháním léčiv, a to proto, aby byly léčiva přizpůsobena konkrétnímu pacientovi. Tyto a jiné produkty, včetně nejrůznějších hormonálních přípravků, jsou vydávány v nadměrném množství a kombinacích, a to zcela bez schválení FDA.

## 7 ZÁVĚR

Je jasné, že ženám dává hormonální antikoncepce pomyslnou volnost a svobodu výběru. Také, a to jsem i ve své práci uvedla, má i mnoho pozitiv. Jedno z největších je samozřejmě ochrana před nechtěným početím, ty další pak jsou pro mnoho žen velmi výhodné. Avšak uvedla jsem i spoustu negativních bodů, na které by se měli vědci v budoucnu více soustředit.

Ve své práci jsem se snažila poukázat na to, že za vznikem hormonální antikoncepce stojí celá řada událostí, lidí, ale i faktorů, které její expanzi ovlivňují. Jako důležité jsem cítila zmínit nejen samotné pozitivní či negativní účinky spjaté s užíváním, ale i koncept medikalizace, či obrovský vliv lékaře a farmaceutů na celkovou situaci. Avšak zjištění není vůbec jednoduché, ale ani konečné. Klady a zápory jsou více či méně na stejné úrovni, ale do budoucna by bylo vhodné se zabývat například výzkumem dlouholetého vlivu užívání hormonální antikoncepce na pozdější otěhotnění. Výsledek tohoto výzkumu, by vnesl světlo do celé této nejednoznačné problematiky.

Z mého pohledu je na antikoncepci nahlíženo jako na všelék. Řeší se tím nejen oddálení mateřství, ale i oddálení nebo úplné vymizení menstruačního cyklu. Avšak neřeší se problémy do budoucna. Nedá se zcela prokázat, zda žena nebude mít tímto způsobem života problémy s plánovaným otěhotněním, nebo i s jinými závažnějšími chorobami. Také si nemyslím, že je na místě tvrdit, že hormonální antikoncepce je krokem dopředu, či zpět. Pravdou je, že až čas ukáže, zda tyto pilulky spíše organismu pomáhají, nebo jej ničí.

## 8 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

Antikoncepce. 2015. „Nitroděložní tělísko bez hormonu“ [online]. [cit. 6. 3. 2015]. Dostupné z:<http://www.antikoncepce.cz/antikoncepce/dlouhodobaa-antikoncepce/nitrodelozni-telisko-bez-hormonu/>

Baeten M. Jared, Lavreys, Ludo, Overbaugh, Julie. 2007. „The Influence of Hormonal Contraceptive Use on HIV-1 Transmission and Disease Progression. *Clinical Infectious Diseases*“. Pages 360-9. *Oxford Journals*

Basso, O., Olsen, J., & Christensen, K. (1999b). Study of environmental, social, and paternal factors in preterm delivery using sibs and half sibs. A population-based study in Denmark. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53(1), 20–23.

Basu, A. M. 1996. The International Conference on Population and Development, Cairo, 1994. Is its plan of action important, desirable and feasible? ICPD: What about men's rights and women's responsibilities? *Health Transition Review*, 6, 225–227.

BBC News World Edition. 2003. „Pill changes women's taste in men“ [online]. [cit. 5. 2. 2015]. Dostupné z:<http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/2675813.stm>

BBC New World Edition. 2003. „Pill linked to cervical cancer risk“ [online]. [cit. 5. 2. 2015]. Dostupné z:<http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/2913465.stm>

Bell, S. 1987. Changing ideas: The medicalization of menopause. *Social Science and Medicine*, 26(6), 535-542.

Bell, S., Figert, A., 2012. Medicalization and pharmaceuticalization at the

intersection: looking backward, sideways and forwards. *Soc. Sci. Med.* 75 (5), 775 - 783.

Bissell, Paul, Anderson, Claire. 2003. „Supplying emergency contraception via community pharmacies in the UK: reflections on the experiences of users and providers“. *Social Science & Medicine* 57: 2367–2378. Science Direct

Boerma, J. T., & Mgalla, Z. 2001. *Women and infertility in sub-Saharan Africa: A multi-disciplinary perspective*. Amsterdam: Royal Tropical Institute.

Broom, D.H. and Woodward, R. (1996) 'Medicalisation reconsidered: toward a collaborative approach to care', *Sociology of Health and Illness*, 18:357–78.

Caserta, D, et al. 2011. „Environment and Women's Reproductive Health“. *Human Reproduction Update*, Vol. 17, No.3 pp. 418–433. *Oxford Journals*

Casper, L. M., & Hogan, D. P. 1990. Family networks in prenatal and postnatal health. *Social Biology*, 37(1–2), 84–101.

Cates, W., Farley, T. M., & Rowe, P. J. 1985. Worldwide patterns of infertility: Is Africa different? *Lancet*, 2(8455), 596–598.

Coeytaux, Francine, MPH, Pillsbury, Barbara, PhD. 2001. „Bringing Emergency Contraception to American Women: The History and Remaining Challenges“. *WOMEN'S HEALTH ISSUES* VOL. 11, NO. 2 MARCH/APRIL 2001. Elsevier Science Inc.

Conrad, P. 1979. Types of medical social control. *Sociol. Health Illness* 1:1-11.

Conrad, P., Schneider, J. (1980a). *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. St. Louis: Mosby. 311 pp.

Conrad, Peter. 1992. Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, Vol. 18 (1992), pp. 209-232.

Conrad, P. 2007. *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Coutinho, M., Elsimar, Segal, J., Sheldon. 1999. *Is Menstruation obsolete?*. Oxford University Press; 1 edition.

Český statistický úřad. Vývoj potratovosti v České republice 2003 – 2014. [online]. [cit. 18. 11. 2016]. Dostupné z:  
<https://www.czso.cz/documents/10180/20562549/13008315a01.pdf/37bea5ec-f3b9-4a36-8804-d2dcb4b117c8?version=1.0>

Das Gupta, M. 1996. Life course perspectives on women's autonomy and health outcomes. *Health Transition Review*, 6(Suppl.), 213-231.

DeJong, J. 2000. The role and limitations of the Cairo International Conference on Population and Development. *Social Science & Medicine*, 51(6), 941–953.

Delaney, J., Lupton, M. J., and Toth, E. 1976. *The Curse: A Cultural History of Menstruation*, EP Dutton, New York.

Delvaux, Thérèse, Nostlinger, Christiana. 2007. „Reproductive Choice for Women and Men Living with HIV: Contraception, Abortion and Fertility“. *Reproductive Health Matters* 15 (29 Supplement):46–66.

Derntl, Birgit et al. 2013. „Menstrual Cycle Phase and Duration of Oral Contraception Intake Affect Olfactory Perception“. *Chemical Sense* 38: 67-75. *Oxford Journal*

Dudová, Radka. 2012. *Interrupce v České republice: zápas o ženská těla*. Sociologický ústav Akademie věd České republiky, Praha.

Dudgeon R., Matthew, Inhorn C., Maria. 2004. *Social Science & Medicine* 59 (2004) 1379–1395.

The ESHRE Capri Workshop Group. 2005. „Noncontraceptive health benefits of combined oral contraception“. *Human Reproduction Update*, Vol. 11, No. 5. Pages 513–525. *Oxford Journals*

The ESHRE Capri Workshop Group. 2009. „The Female Contraception over 40“. *Human Reproduction Update*, Vol. 15, No. 6. Pages 599–612. *Oxford Journals*

Ettorre, E. 2002. *Reproductive Genetics, Gender and the Body* (Abingdon: Routledge).

FPA - The sexual health charity. 2010. „Contraception: past, present and future factsheet“ [online]. [cit. 20. 11. 2014]. Dostupné z: <http://www.fpa.org.uk/factsheets/contraception-past-present-future>

Gabe, Jonathan, Bury, Mike a Elston Marry, Ann. 2004. *Key concepts in Medical Sociology*. London; Thousand Oaks, CA : Sage Publications.

Gabe, Jonathan. 2015. *Pharmaceuticals and society: Power, promises and prospects*. *Social Science & Medicine* 131 (2015) 193 - 198.

Goldhaber, Z. Samuel. 2010. „Risk Factors for Venous Thromboembolism“. *Journal of the American College of Cardiology*. Volume 56. Issue 1. Pages 1–7. *Science Direct*

Greene, M. E. 2000. Changing women and avoiding men: Gender stereotypes and reproductive health programmes. *IDS Bulletin-Institute of Development Studies*, 31(2), 49–59.

Guida, Maurizio et al. 2005. „Effects of two types of hormonal contraception - oral versus intravaginal - on the sexual life of women and their partners“. *Human Reproduction* Vol. 20, No. 4 pages 1100–1106. *Oxford Journals*

Hawkes, G. 1995. Responsibility and irresponsibility: Young women and family planning. *Sociology*, 29, 257 – 273.

Chesler, Giovanna. 2006. *Period: The end of Menstruation? The cinema guild*.

Chludilová, Iva. První a druhá demografická tranzice. [online]. [cit. 18. 11. 2016]. Dostupné z:

<http://www.socioweb.cz/index.php@disp=teorie&shw=121&lst=107.html>

Illich, I. 1975. *Medical Nemesis: The expropriation of health*. London: Marion Boyars

Inhorn, M. C. & van Balen, F. (Eds.), 2002. *Infertility around the globe: New thinking on childlessness, gender, and reproductive technologies*. Berkeley: University of California Press.

Jütte, Robert. 2008. *Contraception; a history*. Cambridge UK: Polity Press

Kay, M. A. (1982a). Writing an ethnography of birth. In M. A. Kay (Ed.), *The anthropology of human birth* (pp. 1–24). Philadelphia: F.A. Davis

Company.

Kohler Riessman, C. 1989. 'Women and medicalisation: a new perspective', in P. Brown (ed.), *Perspectives in Medical Sociology*. Belmont, CA: Wadsworth.

Kuhlmann, Ellen, Annandale, Ellen. (2010; 2012) *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare - Second Edition*. Palgrave and Macmillan.

Lakoff, A. 2004. The anxieties of globalization: antidepressant sales and the economic crisis in Argentina. *Social Studies of Science*, 34(2), 247-269.

Layne, Brenda. 2006. „Labor Inductions on the Rise“. Suite 101, August 13

Layne, Linda, L., Boyer, Kate, et al. 2010. *Feminist Technology*. University of Illinois Press Urbana, Chicago and Springfield

Lidegaard, O. a spol. 2012. „Venous Thrombosis in Users of Non-Oral Hormonal Contraception: Follow-Up Study, Denmark 2001-10“. *Journal of Vascular Surgery*. Volume 56, Issue 4. Pages 1181. *Oxford Journals*

Lippman, Abby. 2004. Women's Cycles Up for Sale. Volume 6/7, Number 4/1. [online]. [cit. 25. 10. 2016]. Dostupné z: <http://www.cwhn.ca/en/node/39520>

London Draper. 2006. „Working Women and Contraception; History, Health, and Choices“. vol. 54, no. 7. *Sage*

Luker, K. (1966). *Dubious conceptions: The politics of teenage pregnancy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.



MacLean, R. 2005. „Injectable Use May Increase Women's Odds of Getting Chlamydia or Gonorrhea“. *International Family Planning Perspectives*, Vol. 31, No. 1. Pages 45-46. *JSTOR*

MD Stöppler, C., Melissa and MD Jay W. Marks. 2015. „Birth Control Pills (Oral Contraceptives)“ [online]. [cit. 10. 3. 2015]. Dostupné z: [http://www.medicinenet.com/oral\\_contraceptives\\_birth\\_control\\_pills/article.htm](http://www.medicinenet.com/oral_contraceptives_birth_control_pills/article.htm)

MD Stöppler, C., Melissa. 2015. „Hormonal Methods of Birth Control“ [online]. [cit. 10. 3. 2015]. Dostupné z: [http://www.medicinenet.com/hormonal\\_methods\\_of\\_birth\\_control/page3.htm#what\\_are\\_the\\_side\\_effects\\_of\\_the\\_pill](http://www.medicinenet.com/hormonal_methods_of_birth_control/page3.htm#what_are_the_side_effects_of_the_pill)

MD Stöppler, C., Melissa. 2015. „Hormonal Methods of Birth Control“ [online]. [cit. 6. 2. 2015]. Dostupné z: [http://www.medicinenet.com/hormonal\\_methods\\_of\\_birth\\_control/article.htm](http://www.medicinenet.com/hormonal_methods_of_birth_control/article.htm)

Meigs, C. 1987. *Females and their diseases, 1848*, Quoted in Speert, *Obstetrics and Gynecology in America*, American College of Obstetricians and Gynecologists, Chicago.

Melick, M. E., Steadman, H. J., Coccozza, J. J. 1979. The medicalization of criminal behavior among mental patients. *J. Health Soc. Behav.* 20:228-37

Murdoch, E. Fern, Ervin Goldberg. 2014. „Male contraception: Another holy grai“. *Bioorganic & Medicinal Chemistry Letters*. Volume 24, Issue 2. Pages 419–424. *Science Direct*

Nada L. Stotland. 2004. Women's Bodies, Doctors' Dynamics. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 32(1), 181–191.

Oinonen KA, Mazmanian D. 2002. „To what extent do oral contraceptives influence mood and affect?“. *J Affect Disord* ;70:229–240. *Oxford Journals*

Padamsee, Juana Tasleem. 2011. The Pharmaceutical corporation and the „good work“ of managing women's bodies. *Social Science and Medicine* 72 (2011), 1342-1350.

Payne, Sarah. 2006. *The Health of Men and Women*. Polity Press; Cambridge, Malden

Peyrot, M. 1984. Cycles of social problem development. *Sociol. Q.* 25:83-96

Polis, B. Chelsea a spol. 2014. „Hormonal contraceptive methods and risk of HIV acquisition in women: a systematic review of epidemiological evidence“. *Contraception*. Volume 90. Issue 4. Pages 360–390. *Science Direct*

Johnston-Robledo, I., et al. 2006. “Kiss your period good-bye”: Menstrual suppression in the popular press. *Sex Roles*, 54, 353-360.

Rabušic, L. 2001. Kde ty všechny děti jsou? Porodnost v sociologické perspektivě. Praha: SLON.

Relman, A. 2001. Separating continuing medical education from pharmaceutical marketing, *Journal of the American Medical Association*. 285(15), 2009-2011.

Rose, N. 2007. Beyond medicalization, *The Lancet*, 369(9562).

Roye, F., Carol. 1998. „Condom Use by Hispanic and African-American Adolescent Girls Who Use Hormonal Contraception“. *JOURNAL OF ADOLESCENT HEALTH* 23:205–211.

Sybil Shainwald. 2014. The Medicalization of Women. [online]. [cit. 25. 10. 2016]. Dostupné z: <http://www.womenshealthadvocate.org/articles/the-medicalization-of-women/>

Simonds, W. et al. (2004). Emergency contraception and morality: reflections of health care workers and client. *Social Science & Medicine* 58 (2004) 1285–1297.

Shufelt, L. Chrisandra et al. 2009. „Contraceptive Hormone Use and Cardiovascular Disease“. *Journal of the American College of Cardiology*. Volume 53. Issue 10. *Science Direct*.

Stormer, N. (2000) ‘Prenatal Space’, *SIGNS: Journal of Women in Culture and Society*, 26 (1), 109–44.

Strifert, Kim. 2014. „The link between oral contraceptive use and prevalence in autism spectrum disorder. *Medical Hypotheses*“. Volume 83, Issue 6. Pages 718–725. *Science Direct*.

Srb, V., Kučera, M., Vysušilová, D. 1961. „Průzkum manželství, antikoncepce a potratů (1959), 4. část.“ *Demografie* 3 (4): 311 – 330.

Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. (1998). Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet*, 352, 428 – 433.

Teixeira, Maria, et al. 2012. „Representations and uses of emergency contraception in West Africa a social anthropological reading of a northern medicinal product“. *Social Science & Medicine* 75: 148 - 155.

Thomas, Sarah L., and Charlotte Ellertson. 2000. „Nuisance or Naturaland Healthy: Should Monthly Menstruation Be Optional for Women?

Tínková, D. 2004. *Hřích, zločin, šílenství v čase okouzlování světa*. Praha: Argo.

Walton B., Trashawn T. 2003. „Femal sexual dysfunction“. *Curr Women's Health Reports* 3. Pages 319–326. *Oxford Journals*.

WHO – World Health Organization (2008b) *World Health Statistics 2008* (Geneva: WHO).

Williams, S., Martin, P., Gabe, J., 2011a. The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociol. Health Illn.* 33 (5), 710 - 725.

Yogman, M. W., Kindlon, D., & Earls, F. 1995. Father involvement and cognitive/behavioral outcomes of preterm infants. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(1), 58–66.

Zola, I. K. 1972. Medicine as an institution of social control. *Sociological Review*, 20(4), 487-504.

## **9 RESUMÉ**

The aim of my bachelor work was to find out what positive or negative side effects has hormonal contraception on women. Hormonal contraception not only prevents woman to get pregnant, but it also has some effects which affects our reproductive health and life. However, my conclusion is that contraception is for women from half good and from half bad. It can help us for example alleviate acne, or alleviate premenstrual syndrome. But it has also some risks, especially the risk of cardiovascular disease for women. However, in today's era of modern technology, contraception is necessary, really important and many women can not imagine to not use contraception in her reproductive life.