

Бојан Жикић

**Спречавање зачећа:**  
*од контролисања плодности*  
*до конструкције идентитета\**

**Апстракт:** У раду се даје основна подела контрацептивних средстава према томе ко их користи, на који начин функционишу и како се дистрибуирају, разматра се њихово место у политици планирања и управљања људском репродукцијом, те њихово коришћење у изградњи појединачних и групних идентитета у одговарајућим социокултурним контекстима.

**Кључне речи:** контрацепција; популациона политика; антропологија; друштвени и културни контекст; културни идентитет

Као што то је речено за репродукцију, контрацепција јесте спој концепта и праксе који утиче на одређени социокултурни контекст и на који одређени социокултурни контекст утиче, такође (в. Жикић 2008). Поред савремених контрацептивних техника, али и одговарајућег социокултурног односа према њима, који су махом и даље резервисани за западне културе, начини, тј. технике спречавања зачећа и социокултурни односи према њима, варирали су и варирају од културе до културе, посматрано синхронно или дијахроно, сасвим свеједно. У основи, три су нивоа на којима се то дешава.

Ти нивои јесу, на првом месту, сами појединачни корисници контрацептивних средстава, затим њихов међусобни однос, тј. однос између њих као припадника мушког и женског пола, те напослетку, однос који непосредно окружење, најчешће породица или сродничка група, има према свему томе. Наравно, ако то већ није јасно из саме формулације контрацепције, тј. спречавања зачећа, она се односи искључиво на хетеросексуалне партнере. Употреба кондома у мушком хомосексуалном односу, на пример, јесте мера заштите против полних или болести које се преносе путем крви, али спречавање зачећа представља, по природи ствари, реаговање на могућу последицу хетеросексуалног односа, и повезано је са репродукцијом и репродуктивним здрављем (упор. Guest 2004).

---

\* Резултат учешћа на пројекту 147035 МНЗЖС РС.

Према ауторима који се овом тематиком баве као ужом специјалношћу, контрацепција обухвата коришћење лекова, хемијских, механичких и хируршких средстава као и понашања која контролишу фертилитет међу сексуално активним хетеросексуалним особама. У сваком случају, различити методи спречавања зачећа могу да се категоришу према модусу оперисања, тј. према начину на којем раде, затим према томе да ли их треба сматрати традиционалним или савременим, те према томе да ли резултати њихове употребе зависе од произвођача и дистрибутера или од корисника (Russell and Thompson 2000, Trussell and Kowal 2004).

Оно што је названо "модусом оперисања" покрива разлике између хормоналних, механичких и хируршких метода. Хормонални контрацептивни методи јесу нова, или боље рећи најновија, технологија спречавања зачећа, развијена у другој половини двадесетог века. Поред различитих оралних контрацептивних пилула, обухватају средства која су инјективна, тј. убризгавају се и имплантабилна, тј. која се уносе у организам не-хируршким путем, али која служе као хормонални "умецци", односно понашају се као механичке баријере при лучењу одређених хормона (в. нпр. Naz 2004, Herndon and Ziemann 2005).

Механичка средства укључују управо оно што се назива методима баријере, попут дијафрагме или кондома, вагиналних прстенова или тзв. сунђера, тј. мембрана. Кондоми<sup>1</sup> су добили на значају у последње две деценије посебно, са схватањем да се ради о јединој ефективној заштити од вируса који изазива синдром стеченог недостатка имунитета, али и од "оригиналних" полних болести, што значи да представљају, вероватно, најшире употребљавано контрацептивно средство у свету. Хемијска контрацептивна средства, попут спермицидних крема и желеа, на пример, користе се веома често заједно са неким од метода баријере, у циљу повећања ефикасности оних првих. Интра-утеринска средства се сматрају механичким средствима, такође, али се од метода баријере разликују по томе што изискују медицинску интервенцију, а не контролу корисника. Хируршки методи укључују васектомију за мушкарце, те тубалну лигацију или оклузију за жене (в. Drake et al. 1999, Cates and Raymond 2004, F. Stewart 2004, G. Stewart 2004).

Неки аутори додају "бихејвиоралне" методе модусу операције, тј. одговарајуће понашање спрам полног чина хетеросексуалних партнера. У њих укључују једноставну апстиненцију, тј. уздржавање од полног чина, coitus interruptus – извлачење пениса из вагине непосредно пре ејакулације, "ритам" или метод календара – неприступање полном чину током претпостављеног плодног периода до кога се долази бројањем дана менструалног циклуса, као и "природне методе реуглисања плодности". Ово

<sup>1</sup> Данас се производе, иначе, и у "мушкој" и у "женској" варијанти.

последње односи се на уочавање менструалних образаца у вези са опажањима промене температуре тела и/или стања вагиналног секрета, да би се проценили фертилни периоди у којима ће се апстинирати или користити кондоми (Russell and Thompson 2000, Kowal 2004a, b). Занемаримо ли то, да је проблематичан термин "природни" у овој последњој категорији, с обзиром на то да имплицира да су остали контрацептивни методи "неприродни", а то су категорије које се међусобно искључују, мора се рећи да је и само одређење ове категорије као "бихејвиоралне" проблематично, пошто сви облици спречавања зачећа укључују неку врсту бихејвиоралне стратегије, односно извесно планирање понашања од стране особа које их примењују.

Подела контрацептивних метода на "традиционалне" и "савремене", укључује у принципу, све до сада набројане технике спречавања зачећа. Тако би "традиционални" методи укључивали и апстиненцију и коитус-интеруптис и "ритам" метод, а поред тога, на пример, непенетративни секс (тј. оно што се назива петингом) још, те приде различита хербална, тј. биљна контрацептивна средства и најразноврснија, рецимо механичка средства, слична онима која су названа методама баријере, а која су била позната у готово свакој традиционалној предтехнолошкој култури (в. Trussell and Kowal 2004). Ова врста поделе средстава за спречавање зачећа, поред тек релативне теоријске вредности, заправо, служи заговорницима потпуне неефикасности тзв. традиционалних средстава, који преферирају термин "прескриптивна" уместо "савремена" средства. Тај термин односи се на све савремене контрацептивне методе који су доступни клинички или преко институција које се баве планирањем породице (Ravindran et al. 1997).

Подела контрацептивних средстава, која говори о томе на који начин је постављена контрола тих средстава, разликује она чија употреба зависи од корисника и средства чија употреба је одређена начином производње и у том смислу се дистрибуира, најчешће лекарском препоруком и/или интервенцијом. Док у "корисничку" категорију спада већина средстава означених као "традиционална" или "бихејвиорална", као и методи баријере и оралне контрацептивне пилуле, "произвођачко-дистрибутивна" категорија обухвата инјектабилна, имплантабилна и интра-утеринска средства, те стерилизацију. Изузимајући оралне контрацептивне пилуле, већина нових технологија у овој области тежи ка "произвођачко-дистрибутивној" категорији. Најновија истраживања усмерена су ка могућности стварања инјектабилног имунолошког контрацептива за жене, или антифертилне вакцине. Постоји интерес за стварање мушког хормоналног контрацептива, али тренутно и веома слаба истраживачка активност на том плану (в. Russell and Thompson 2000).

Сва поменута одређења представљају контрацепцију као "чињеницу", или као "ствар", а категорисана су према епистемолошким судовима о

томе како та средства делују, евентуално према њиховим пореклима и историји коришћења, те према томе, ко контролише начин на који се користе. Иако је очигледно важно разумети и схватити функционисање ових технологија на чињеничном нивоу, дакле у том смислу ко, како, када и где их користи у пракси, треба имати у виду, такође, да је контрацепција истовремено социокултурни конструкт, или социокултурна концепција, али и физичка чињеница, тј. нешто што на извештан начин произлази из наше биофизичке датости. То значи да контрацепција захтева људско посредовање, где је то посредовање, како је изнето, могуће пратити на индивидуалном нивоу, на нивоу хетеросексуалног пара, те на нивоу њиховог непосредног социокултурног окружења.

Контрацептивна средства делују у телима, али у смислу тога да су посредована читавим низом односа, институција, знања и веровања, делују и на тела, тј. на личности. Наравно, различите културе на различите начине схватају личности и људско физичко тело, из чега следи да ће, на пример, различите културе охрабривати или омогућавати неке видове спречавања зачећа, а неке друге игнорисати, да ће неке културе у потпуности негирати потребу за коришћењем ових средстава – из религијских, социјалних или било којих других разлога – те да ће се појединци односити према свему томе потпуно идиосинкратички у свим тим културама, у крајњем случају.

Контрацепција дакле функционише и као биолошка и као социокултурна појава, а антропологија може да је прати као читав опсег понашања неразводног од репродуктивног здравља, представа о томе и праксе. Ово, такође, може да се проучава на различитим нивоима: од фармацевтских компанија које развијају и производе нове контрацептивне технологије, преко твораца и планера стратегија и политике који ове производе инкорпорирају у своје пројекте, те дистрибутера који "клијентима" нуде услуге на локалном нивоу, до милиона људи широм света који користе средства против зачећа. Ултимативни циљ антрополошког истраживачког рада на овој проблематици био би уочавање, описивање и разумевање различитих институционалних и ванституционалних "слојева" ових нивоа, кроз које контрацептивне стратегије и праксе функционишу у различитим социокултурним контекстима. На тај начин могла би да се добије јаснија перспектива и о мотивима и поступцима који утичу на функционисање контрацепције као социокултурне чињенице на корисничким нивоима.

Поменути нивои на којима се прати функционисање контрацепције не коегзистирају у хармонији, наравно. На различитим нивоима појављују се различити интереси и вредности, који иду, уопштено, од жеље за профитом до потреба људи широм света да користе сигурна и ефективна контрацептивна средства који ће им омогућити да контролишу свој фертилитет. Треба имати у виду то, наравно, да евентуална профитабилност

представља, често, основну силу, али некад и ограничавајући фактор, у развијању и маркетингу нових контрацептивних технологија од стране фармацевтских компанија. Некада је тешко одвојити интересе и вредности различитих нивоа, а чести су и конфликти интереса у оквиру одређеног нивоа, за шта су пример компетативни интереси по питању популационе контроле и контроле рађања у агендама институција и организација које се баве међународним здравственим развојем<sup>2</sup>.

Популациона контрола, одосно тежња да се ограничи прираштај становништва једне земље, на пример, пре свега из економских разлога, има корене у малтузијанским бригама од друге половине прошлог века на овамо у вези наводне популационе кризе, тј. страха да ће становништво планете ускоро угрозити њене природне ресурсе и сопствено економско благостање. Да карикирам, мада лично мислим да то јесте један угао виђења истине, ради се о страху свињоликих градоначелника из "Алана Форда"<sup>3</sup> од тога да би њихов годишњи приход могао да опадне са милион и по на милион четиристо деведест девет хиљада деветсто долара, због тога што би суданска деца, рецимо, хтела да једу сваког дана. У сваком случају, раширено је мишљење да слични погледи на светску популациону динамику имају везе, пре, са расистичким и политички конзервативним страховима за стабилност светског економског и политичког поретка, уопште, него са проблемима екологије и ресурса, које би експанзија светске популације, наводно, могла да изазове (в. Hodgson and Cotts Watkins 1997, Robinson 1997, Connelly 2003).

Директнија критика идеологије популационе контроле, види је као чист расизам и негативни елитизам или социјални дарвинизам, односно као наследника деветнаестовековних и нацистичких еугеничких теорија у сваком погледу – идеолошком, организационом и личном (Hartmann 1995, Abernethy 2002, Neumaier 2006). У псеудонаучном смислу, основу оваквих ставова представља тзв. закон становништва енглеског економисте с краја осамнаестог и почетка деветнаестог века Томаса Малтуса, који је у делу "Есеј о принципима становништва" (1798)<sup>4</sup> тврдио да су људи осуђени на

<sup>2</sup> Опсег тога креће се од питања ко ће се бавити датом проблематиком у одређеној средини, до тога на који начин би одређена политика могла бити спроведена, а најређи су случајеви супротстављених перспектива по питању тога *шта* треба радити, мада их има, в. нпр. World Health Organization 2000, Pati and Cullins 2000, Stewart and Carignan 2004.

<sup>3</sup> Ко не зна о чему говорим, није положио *Тест опште информисаности*, па му је узалудно и читање овог текста.

<sup>4</sup> Занимљиво је да је Малтус тај трактат првобитно објавио анонимно (у оригиналу *An Essay on the Principle of Population as It Affects the Future Improvement of Society, with Remarks on the Speculations of Mr. Godwin, M. Condorcet, and Other Writers* London: J. Johnson), а да се појавио под његовим именом 1803.

беду и сиромаштво уколико се не предузму мере за ограничење пораста становништва, пошто становништво расте геометријском прогресијом, наводно, а животна средства аритметичком, па уколико закажу природне недаће и ратови, морамо се обратити мерама друштвене принуде и контроле!

Речено је да су на врху нивоа социјалне организације контрацепције мултинационалне фармацеутске компаније са изузетно великим улагањима, али и потенцијално још већим профитима, у развоју нових контрацептива. Те компаније тесно сарађују са међународним владиним и невладиним организацијама, најчешће, што и омогућава велика новчана улагања у истраживање нових контрацептивних технологија. Следећи ниво може да се опише као улоге које у одређеним државама имају њихове владе и политике тих влада, у смислу непосредних последица по развој и примену контрацептива и стратегија у погледу репродуктивног здравља (упор. Bongaarts and Bruce 1995, Gage 1998). Домени политика који се односе на фертилитет и репродукцију могу да буду изразито про-наталистички, неутрални и антинаталистички, односно могу да охрабрују или да не охрабрују бројчани раст становништва једне земље, или да се уопште не баве природним прираштајем као стратешким чиниоцем, или чиниоцем од значаја за политику те земље.

У пракси, дешава се често да је политика владе неке земље, по питању фертилитета и репродукције, пронаталистичка за један део њеног становништва, а антинаталистичка за други. То је у бившој Родезији данашњем Зимбабвеу, на пример, био случај са белом и црном популацијом, а у Израелу крајем двадесетог века, са јеврејским и палестинским становништвом (в. Kaler 2000, 2003, Капаанећ 2000)<sup>5</sup>. Одатле, не треба да чуди то, што су подређене групе у друштвима у којима су такви социоетнички или социорелигијски односи постојали, дочекивале иницијативе надређених за промоцију планирања породице, често, сумњајући да се испод тога крију геноцидне намере. Што је најгоре, у неким случајевима – као на пример камбоџанских избеглица у Тајланду током грађанског рата у Камбоџи, тада Кампуџији, седамдесетих година прошлог века – такве сумње нису биле сасвим без основа (упор. Russell and Thompson 2000).

Ниво који директно произлази из нивоа на коме оперишу државне владе, институције задужене за доследно спровођење владиних планова и политике по питању фертилитета и репродукције у пракси, заједно са системима здравствене и социјалне заштите кроз које ова оператива делује, најчешће, а што представља, заправо, ниво практичне реализације теоретских стратегија по овим питањима у сваком друштву. У многим савременим друштвима, сервиси за планирање породице нуде се грађанима у некој вр-

<sup>5</sup> Претпостављам да је јасно на кога се односи про-, а на кога анти- у овим случајевима; коме није, нека види фусноту 4.

сти медицинске арене, односно у релативном несагласју и компетативно-сти, прво, између јавне и приватне лекарске праксе, а затим између здравства уопште и социјалних служби и програма. Оваква ситуација може да се подведе под назив "медикализација", чиме се означава померање медицинског интереса и експертизе у области живота који су, у датој средини, раније били ван медицинског домена (Blake 1998, de Bessa 2006).

Проблем са "медикализацијом" уочен је и описан као један од "односа моћи", тј. као однос између две категорије људи, у којем је једна доминантна над другом и то користи у своје сврхе. Када је у питању контрацепција, конкретно, односно планирање породице, такви односи, манифестни и латентни, постоје између произвођача/дистрибутера и корисника контрацептива, односно савета о планирању породице. Доминантна је перспектива произвођача/дистрибутера, наравно, тачније то је оно о чему се води рачуна при изради стратегија политика које се тичу фертилитета и репродукције (Blanc and Ann A. Way 1998). На плану "медикализације", ти односи моћи испољавају се, најчешће, као суштинско неразумеваше две заинтересоване стране, можда и због тога што им се интереси ретко поклапају. Као што је већ речено, кориснички интереси јесу здравствена сигурност и ефикасност контрацептива, док су медицински, произвођачко-дистрибутерски и интереси влада економски оријентисани, углавном, са њихових посебних аспеката, разуме се (de Bessa 2006).

У самој пракси, ради се о дискрепанцији између медицинског и социјалног контекста, најчешће, тј. о разлици у перспективама из којих се гледа на преписивање и дистрибуирање средстава за спречавање зачећа са једне стране, и њиховог коришћења, са друге. Како су показала истраживања, на пример, у Узбекистану, Непалу, или палестинском делу Израела, али и самим Сједињеним Америчким Државама, моћ коју демонстрирају консултанти породичног планирања и лекари, огледа се у рутинским, површним и алкавим прегледима, отвореном подсмевању "незнању" клијената, сталном подсећању клијената на статусне разлике између њих и стручњакаб. Уз потпуну неупућеност у економску или културну стварност својих клијената, лекари или саветници планирања породице често и ниподаштавају те контексте, а како истраживања показују, то узрокује не више само индивидуални, већ и колективни отпор погођених група према политици фертилитета и репродукције и према организованој здравственој заштити уопште (в. Barrett and Cynthia Buckley 2007, Charagain 2005, Kanaaneh 2002, Baill et al. 2003).

Изношење ових података није битно, осим као критика других професија на основу резултата антрополошког теренског рада. Контрацептиви

---

<sup>6</sup> Треба имати на уму да се ради о становништву нижег социјалног статуса, незнатне економске моћи и слабијег образовања.

су намењени коришћењу у реалном, свакодневном животу и то коришћење задира дубоко у личне односе хетеросексуалних парова који одлучују о употреби контрацептива и/или о бројности своје породице, поготово када су у питању тзв. земље у развоју. То значи, да би се разумели ставови које људи заузимају поводом тога у таквим срединама, неопходно је имати релевантна сазнања о социокултурном контексту у којем живе.

"Слобода избора", тј. пропагирање тога да породица не мора да буде бројна како то на пример налажу традиционални друштвени и културни односи, често потпуно промашује поенту: људи је доживљавају као наметнуту, а планери одговарајуће политике не знају због чега је то тако. Једна врста разлога томе јесте то, што се заборавља да та слобода избора значи и одговарајуће образовање, одговарајући ниво друштвених односа и, што је веома важно, културну применљивост саме идеје и метода којима се остварује. Ови разлози произлазе из оне важније групе разлога, у суштини, односно из проблематике личних односа потенцијалних корисника контрацептива. Било да се ради о дословном личном нивоу односа неког хетеросексуалног пара, или о томе како тај однос "прописује" њихов непосредни социокултурни контекст, у питању је увек родна опозиција мушко/женско у датој заједници. Проучавање контрацепције – у смислу односа према њој, постојања традиционалних метода, тога ко доноси одлуке о коришћењу и којих средстава и томе слично, у ствари, јесте проучавање тога како у свакодневном животу функционише та социокултурна димензија поларизације на мушкарце и жене (упор. Rakhshani et al. 2005).

Поред биофизичких чинилаца, дакле, који недвосмислено "постављају задатке" у погледу фертилитета и репродукције у зависности од тога ком полу особа припада, односно одговарајуће концептуализације тог рода у датој средини, да бисмо добили одговор, рецимо, на питања због чега у неким деловима Мексика или у Бангладешу жене морају да крију од својих мужева да користе контрацептиве или зашто нека заједница експлицитно супругу дозвољава физичко насиље над својом супругом (али не и на пример над децом), консеквентно треба да покушамо да откријемо какав значај као представи, концепту, конструкту – како већ хоћете – нека култура придаје плодности, зачећу, репродукцији, питањима контролисања своје бројности (упор. Thompson 2000, Simmons 1996, Caldwell and Khuda 2000). Свака акција у пракси – а нарочито она за коју се тврди и сматра да је намењена специфичним потребама одређене групе људи – требало би да буде утемељена, прво, на информацијама до којих се долази тзв. класичним теренским радом, а онда и на одговарајућој контекстуалној интерпретацији тих информација.

Планери политике управљања репродукцијом, обично, не обраћају пажњу на обрасце понашања који се друштвено преносе, на веровања, установе и догађања који чине живот становништва циљаног таквом полити-

ком, односно на оно што у антропологији називамо културом. Када то и чине, термин "култура" постаје нешто што јесте супротстављено "рационалности", "здравом разуму" или "професионализму". У таквим условима, тај термин постаје политизован, добија конотацију проблема, нечега што укључује назадност или тврдоглаво придржавање непримереним традицијама, тј. нешто што објашњава неуспех одговарајуће политике репродуктивног управљања и контроле путем дистрибуције контрацептива, на пример. Другим речима, непријемчивост одређеног програма у некој средини, никада није резултат приступа, већ културе – која га неће, наводно и без анализа због чега то тако јесте (в. Ravindran et al. 1997, Thompson 2000).

Један од најбољих примера неодрживости тезе о таквој "ирационалности" или "назадности" културе, тј. културе као препреке у "контрацептивном описмењавању", представља случај етиопских Јевреја, који су мигрирали у Израел током осамдесетих година прошлог века. Након потпуне социоекономске и културне промене начина живота када су се једном обрели у Израелу, етиопски Јевреји добили су приступ савременој здравственој заштити, односно савременим начинима обезбеђивања репродуктивног здравља, практично изненада. Нису се, међутим, прилагодили ни моделу израелских секуларних породица, где се низак фертилитет сматра делом обрасца савременог урбаног начина живота, нити су остали на више религијској традицији потпуног одсуства контроле свог фертилитета. Њихов избор бивао је некоришћење средстава за спречавање зачећа, често, али и опредељивање за не исувише бројним породицама, такође (Phillips Davids 2000).

Понашање етиопских Јевреја, разуме се, није било ирационално, већ је било условљено њиховим културним односом према фертилитету, репродукцији и контрацепцији. Њихова стратегија планирања породице била је таква, да су контрацептиви коришћени не за потпуно ограничавање фертилитета и репродукције, већ за спационирање деце, односно за прављење пожељних временских размака међу њима. Циљ који су желели да постигну – и према демографској статистици и успели у томе – био је максимизирање животног фертилитета, заправо: оптималним временским размаком између деце сматрали су три године, што им је омогућавало и даље четворо до шесторо деце, у зависности од индивидуалних доба ступања у брак. Као латентни циљ, показало се да је у питању обезбеђивање потпуног здравља труднице/породиље и новорођенчади, за шта су у потпуности били мотивисани традиционалним представама о здрављу и болести, о тзв. здоровој крви и томе слично. На тај начин су остали верни одређеним вредностима своје традиционалне културе, али и усвојили неке вредности друштва у које су се инкорпорирали, што им је омогућило, између осталог, да задрже свој дистинктивни културни идентитет етиопских Јевреја у Израелу (в. Phillips Davids 2000, Vail 2004).

Контрацептиви, односно средства против зачећа, не функционишу само као регулатори фертилитета, дакле, већ и као симболи или метафоре других битних концепата одређене културе, а што значи и као елементи конструкције идентитета. Схватање овога омогућава њиховим произвођачима и дистрибутерима, заједно са политичким планерима, да реализују потенцијал контрацептива у смислу што већег утицаја на демографске трендове у неком друштву или култури. Тако, у савременим културама Запада, на пример, где очигледно не постоји дискрепанција ни између приступа политици управљања репродуктивним процесима и културе, а самим тим ни толики несклад између интереса различитих социјалних нивоа на којима се одвија све то, постоји нека врста социокултурног консензуса свих тих нивоа управо о симболичкој асоцијацији нових контрацептивних технологија са прогресом, развојем и модерношћу (в. Bongaarts and Bruce 1995, Russell and Thompson 2000, Free and Ogden 2005).

Успостављање такве значењске везе између контрацептива и прогреса и савремености, успело је да учини контрацептиве једним од елемената симболичке модерног друштва, коме се тежи из развојне грађанско-демократске перспективе земаља у развоју, било да се ради о земљама бившег Совјетског Савеза, односно Варшавског пакта, или о ваневропским земљама у којима се формира средњи грађански слој, који покушава да установи одговарајуће обрасце западне културе за своје социокултурне норме и вредности – онако како их виде, разуме се. Тако се почело у једном Узбекистану, на пример, са доживљавањем контрацептива као средстава која не служе само регулисању индивидуалног фертилитета. Уз повезивање одговарајуће државне политике, уопште, са промоцијом коришћења средстава против зачећа као уношења нових цивилизацијских вредности у животе државе и њених грађана – очито је да се изједначавају појмови "цивилизацијски" и "западни" – почело је да се формира јавно мњење о томе да регулисањем сопственог фертилитета, грађани доприносе подизању угледа своје државе у свету и њеном ступању у ред савремених нација! То је најлакше учинити употребом контрацептива, разуме се (в. Barbieri et al. 1996, Krenzel and Katarina Greifeld 2000).

Са друге стране, у Галилеји, делу Израела са палестинским становништвом претежно, постојање или непостојање тежње да се репродукција контролише, постало је мерило прогреса и савремености, само по себи, у другој половини деведесетих година прошлог века, без патриотских претензија. Палестинци који су сматрали да подржавају те концепте и они који су себе сматрали носиоцима традиционалних вредности (исламских, пре свега), успоставили су однос међусобне евалуације управо на основу индивидуалних одређења према контроли репродукције. Оно што су једни сматрали погрешним концепцијама, недопустивим, чак патолошким понашањем, други су сматрали фундаменталним животним вред-

ностима. Ситуација која је омогућила ово, било је ширење мреже јавне здравствене заштите на територијама под палестинском самоуправом. Контрацептиви су постали широко доступни и уз постојање индивидуалних социокултурних, политичко-економских и сличних преференци, питање "слободе избора" актуелизовано је у пракси, у дословном смислу свог значења. У заједницама попут палестинске, које су подељене у свакодневном животу и даље између носиоца тзв. традиционалних и тзв. савремених социокултурних норми и вредности, питање оваквог избора је све увек нека врста мача са две оштрице (в. Kanaaneh 2000, 2002).

Такав избор постаје и манифестација индивидуалног идентита и поред тога, како је већ речено, мерило евалуације осталих чланова заједнице, а то није ограничено само на галилејске Палестинце. Разлог томе је све то, што се на тај начин одговорност за евентуално контролисање репродукције и управљање њоме спушта на појединачни ниво, тј. на ниво стварних људи у њиховим свакодневним животима, који су оптерећени комплексним социокултурним односима и њиховим нормама и симболиком иначе. На тај начин индивидуални идентитети постају самоодређење спрам мерила и вредности које заједница сматра изузетно важним: морално одобравање или санкционисање употребе контрацептива зависиће од тога којој од поменутих струја особе припадају. Међутим, како моралне норме никада не остају идеје нереализоване у пракси, од одговора на питање слободе избора зависиће место које ће одређена особа или пар заузети у тој заједници, односно зависиће то, како ће се одразити односи које произлазе из њене друштвене структуре на њихове свакодневне животе (упор. Hogan and Viratu 2004).

Да сумирам: контрацептиви јесу најважнији и најраспрострањенији начин покушаја контролисања и управљања фертилитетом и процесима хумане репродукције. Они јесу више од технологије или понашања по себи, као што је то случај са свим културним артефактима, заправо. Контрацептиви као појава и или концепт, функционишу као представе и изрази култура, моралности и емоција. Ако узмемо то да у данашње време представљају симбол модерности, на пример, или ултимативно вредности западне културе којима се тежи, видећамо да као такви бивају третирани на различите начине: негде се обертуре прихватају, негде им се жестоко опире, негде се користе на начин и у смислу који изненађује њихове официјелне западне заговорнике и промотере, али готово нигде не постоји неутралан однос према њима – уколико имамо средину у којој постоји јасно дефинисана државна политика по питањима фертилитета и репродукције, разуме се. У том смислу, тј. на основу односа према управљању репродукцијом и коришћењу средстава за спречавање зачећа, може да се каже да у одређеним срединама, слично другим културним симболима, контрацептиви постају део онога шта људи јесу, део њихових идентитета и односа.

### Литература

- Abernethy, Virginia Deane. 2002. Population Dynamics: Poverty, Inequality, and Self-Regulating Fertility Rates, *Population and Environment*, Vol. 24, No. 1: 69-96.
- Baill, I. Cori, Vanessa E. Cullins, Sangeeta Pati. 2003. Counseling issues in tubal sterilization, *American Family Physician*, Vol. 67, No. 6: 1287-1294
- Barbieri, M., A. Blum, E. Dolkigh, A. Ergashev. 1996. Nuptiality, Fertility, Use of Contraception, and Family Policies in Uzbekistan, *Population Studies*, Vol. 50, No. 1: 69-88
- Barrett, Jennifer and Cynthia Buckley. 2007. Constrained Contraceptive Choice: IUD Prevalence in Uzbekistan, *International Family Planning Perspectives*, Vol. 33, No. 2: 50-57
- Blake, Judith. 1998. Fertility Control and the Problem of Voluntarism, in Paul Demeny and Geoffrey McNicoll (eds.), *Population and Development*, London, Earthscan, 112-120
- Blanc, Ann K. and Ann A. Way. 1998. Sexual Behavior and Contraceptive Knowledge and Use Among Adolescents in Developing Countries, *Studies in Family Planning*, Vol. 29, No. 2: 106-116
- Hunter de Bessa, Gina. 2006. Medicalization, Reproductive Agency, and the Desire for Surgical Sterilization among Low-Income Women in Urban Brazil, *Medical Anthropology* 25: 221-263
- Bongaarts, John and Judith Bruce. 1995. The Causes of Unmet Need for Contraception and the Social Content of Services, *Studies in Family Planning*, Vol. 26, No. 2: 57-75
- Caldwell, Bruce and Barkat-e-Khuda. 2000. The first generation to control family size: A microstudy of the causes of fertility decline in a rural area of Bangladesh, *Studies in Family Planning*, Vol. 31, No. 3: 239-251.
- Cates, Willard Jr. and Elizabeth G. Raymond. 2004. Vaginal Spermicides, in *Hatcher et al. 2004*, 357-370
- Chapagain, Matrika. 2005. Masculine interest behind high prevalence of female contraceptive methods in rural Nepal, *Australian Journal of Rural Health* 13: 35-42
- Connelly, Matthew. 2003. Population Control is History: New Perspectives on the International Campaign to Limit Population Growth, *Comparative Studies in Society and History*, 45: 122-147
- Drake, M.J., I.W. Mills and D. Cranston. 1999. On the chequered history of vasectomy, *BJU International* 84: 475-481
- Free, Caroline and Jane Ogden. 2005. Emergency contraception use and non-use in young women: The application of a contextual and dynamic model, *British Journal of Health Psychology* 10: 237-253
- Gage, Anastasia J. 1998. Sexual Activity and Contraceptive Use: the Components of the Decision-Making Process, *Studies in Family Planning*, Vol. 29, No. 2: 154-166
- Guest, Felicia. 2004. HIV/AIDS and Reproductive Health, in *Hatcher et al. 2004*, 141-178

- Hartmann, Betsy. 1995. *Reproductive Rights and Wrongs. The Global Politics of Population Control*, Boston: South End Press
- Hatcher, Robert A., James Trussell, Felicia H. Stewart, Anita L. Nelson, Willard Cates Jr., Felicia Guest, Deborah Kowal. (eds.) 2004. *Contraceptive Technology*, 18th revised edition, New York: Ardent Media
- Herndon, Emily J. and Miriam Ziemann. 2005. New Contraceptive Options, *American Family Physician*, Vol. 69, No. 4: 853-860
- Hodgson, Dennis and Susan Cotts Watkins. 1997. "Feminists and Neo- Malthusians: Past and Present Alliances," *Population and Development Review*, Vol. 23, No. 3: 469-523
- Hogan, Dennis P. and Belay Biratu. 2004. Social Identity and Community Effects on Contraceptive Use and Intentions in Southern Ethiopia, *Studies in Family Planning*, Vol. 35, No. 2: 79-90
- Kanaaneh, Rhoda. 2000. New Reproductive Rights and Wrongs in Galilee, in *Russell et al. (2000)*, 161-178
- Kanaaneh, Rhoda Ann. 2002. *Birthright the Nation: Strategies of Palestinian Women in Israel*, California Series in Public Anthropology Series, Berkeley: University of California Press
- Kaler, Amy. 2000. Fertility Running Wild: Elite Perceptions of the Need for Birth Control in White-Ruled Rhodesia, in *Russell et al. (2000)*, 81-102
- Kaler, Amy. 2003. *Running After Pills: Gender, Politics and Contraception in Colonial Rhodesia*, Portsmouth NH: Heinemann
- Kowal, Deborah. 2004a. Abstinence and the Range of Sexual Expression, in *Hatcher et al. 2004*, 297-302
- Kowal, Deborah. 2004b. Coitus Interruptus (Withdrawal), in *Hatcher et al. 2004*, 303-308
- Krengel, Monika and Katarina Greifeld. 2000. Uzbekistan in Transition – Changing Concepts in Family Planning and Reproductive Health, in *Russell et al. (2000)*, 199-220
- Naz, R.K. 2004. Human Synthetic Peptide Vaccine for Contraception Targeting Sperm, *Archives of Andrology* 50: 113–119
- Neumayer, Eric. 2006. An empirical test of a neo-Malthusian theory of fertility change, *Population and Environment*, Vol. 27, No. 4: 327-336
- Pati, Sangeeta and Vanessa Cullins. 2000. Female sterilization. Evidence, *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, Vol. 27, No. 4: 859- 99
- Phillips Davids, Jennifer. 2000. "Weak Blood" and "Crowded Bellies": Cultural Influences on Contraceptive Use Among Ethiopian Jewish Immigrants in Israel, in *Russell et al. (2000)*, 129-160
- Rakhshani, F., S. Niknami, A. R. Ansari Moghaddam. 2005. Couple Communication in family planning decision-making in Zahedan, Islamic Republic of Iran, *Eastern Mediterranean Health Journal (La Revue de Santé de la Méditerranée orientale)*, Vol. 11, No. 4: 586-593
- Ravindran, TK Sundari Marge Berer, Jane Cottingham. 1997. *Beyond Acceptability: Users' Perspectives on Contraception*, London: Reproductive Health Matters for World Health Organization

- Robinson, Warren C. 1997. The Economic Theory of Fertility Over Three Decades, *Population Studies*, Vol. 51, No. 1: 63-74
- Russell, Andrew, Elisa J. Sobó, and Mary S. Thompson (eds.) 2000. *Contraception Across Cultures. Technologies, Choices, Constraints*, Oxford/ New York: Berg
- Russell, Andrew and Mary S. Thompson. 2000. Introduction: Contraception across Cultures, in *Russell et al. (2000)*, 3-25
- Simmons, Ruth. 1996. Women's lives in transition: A qualitative analysis of the fertility decline in Bangladesh, *Studies in Family Planning*, Vol. 27, No. 5: 251-268
- Stewart, Felicia. 2004. Vaginal Barriers, in *Hatcher et al. 2004*, 371-404
- Stewart, Gary K. 2004. Intrauterine Devices (IUD), in *Hatcher et al. 2004*, 511-544
- Gary K. Stewart and Charles Carignan (2004), Female and Male Sterilization, in *Hatcher et al. 2004*, 545-588
- Thompson, Mary S. 2000. Family Planning or Reproductive Health? Interpreting Policy and Providing Family Planning Services in Highland Chiapas, Mexico, in *Russell et al. (2000)*, 221-243
- Trussell, James and Deborah Kowal. 2004. The Essentials of Contraception, in *Hatcher et al. 2004*, 211-248
- Vail, Shalvah. 2004. Ethiopian Jewish Women: Trends and Transformations in the Context of Transnational Change, *Nashim: A Journal of Jewish Women's Studies & Gender Issues* 8: 73-86
- World Health Organization. 2000. *Improving Access to Quality Care in Family Planning: Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*, 2nd edition, Geneva: Reproductive Health and Research, World Health Organization
- Жикић, Бојан. 2008. Неукроћена „горопад“: управљање репродукцијом као културна пракса, *Етноантрополошки проблеми*, (н.с.) год. 3 св. 1: 143-157

---

---

Bojan Žikić

### Contraception: From Fertility Control to Identity Construction

Paper features basic classification of contraceptives according to their use, modus operandi, and distribution. Role of contraceptives in reproduction policies is discussed, alongside with using them as tools of identity construction in particular social and cultural contexts.

*Key words:* contraception, reproduction policies, social and cultural context

Bojan Žikić

### Prévenir la conception: du contrôle de la fertilité à la construction de l'identité

Le présent travail propose une classification de base des moyens contraceptifs en fonction de leurs utilisateurs, les modes de leur fonctionnement et distribution. Sont étudiés, par ailleurs, la place que les moyens contraceptifs occupent dans la politique dédiée à la planification et gestion de la reproduction humaine, ainsi que le rôle qu'ils assument dans la construction des identités, individuelles et de groupe, dans un contexte socioculturel donné.

*Mots-clés:* contraception, politique de la population, anthropologie, contexte social et culturel, identité culturelle