

Abstrakt:

Who can participate in assisted reproduction? Managing the borders of infertility

In this article I study the practices of assisted reproduction technology in the Czech Republic. The text is based on a 18-month field work consisting of media analysis and of interviewing doctors, embryologists, members of ethical committees, patients, representatives of the Ministry of Health, lawyers, members of the pro-life movement and representatives of churches. I concentrate on the ways how different actors negotiate one of the possible boundaries of assisted reproduction. How do they define and answer the following questions: Who can participate? Which candidates for therapy (and motherhood or fatherhood) via assisted reproduction are viewed as legitimate and which are not? Is infertility defined as an illness and thus belonging to the sphere of medical intervention or as a socially constructed situation? I discuss "borderline" practices such as the treatment of lesbian couples or single women and at the moment "out of borders" practices such as surrogate motherhood and the therapy of postmenopausal women. I focus mainly on the discursive strategies that are mobilized. I also analyse the ways the categories of nature, science and society and their mutual relationship are used. I observe how a delicate balance and a temporary consensus are managed and which actors are (in the end) more influential than others.

Citujte takto:

ZAMYKALOVÁ, L. (2003): Kdo smí participovat na asistované reprodukci? Ustavování hranic neplodnosti. *Biograf* (31): 86 odst. Dostupné na adrese <http://www.biograf.org/clanek.php?clanek=v3103>

1.

Reprodukce byla vždy nějak „asistovaná“. Jak přesvědčivě ukazují antropologické práce v oblasti teorie příbuzenství ([Franklin, McKinnon 2000](#)) a reprodukce ([Ginsburg, Rapp 1995](#)), nebyla nikdy jen záležitostí jednotlivých párů. Tato asistence nabývala a stále nabývá různých podob: účast členů širší komunity či rodiny před a v průběhu těhotenství a porodu, užívání substancí podporujících plodnost, pití bylinkových čajů, provádění tělesných i meditačních cvičení apod. Mě však zajímá jen jeden relativně nedávný, medicínský způsob asistované reprodukce.[\[1\]](#)

2.

Jde o lékařské zásahy do reproduktivního procesu nebo, spíše, medicínské způsoby reprodukce, které byly umožněny poválečným rozvojem vědy a medicíny. A je to právě tento technický, medicínský, vědecký aspekt, který činí nové reproduktivní technologie novými. Činí z nich pro jedny symbol nezadržitelného pokroku vědy, pro jiné varovný signál rizik plynoucích z přílišné technizace a instrumentalizace lidského života a pro někoho v různé míře obojí. Nový je také rozsah těchto technologií reprodukce: stále více dětí s jejich pomocí přichází na svět a každoročně vznikají nové metody rozšiřující okruh párů, kterým lze pomoci (od neplodnosti/bezdětnosti k dítěti), ale také rozšiřující okruh a počet neplodných.

3.

V dalším textu budu mluvit o asistované reprodukci (dále AR), kterou se dnes míní především techniky mimotělního oplodnění (in vitro fertilizace, dále IVF). AR je pak hlavně to, co se děje

v laboratořích a na klinikách. Má to být terapeutická metoda — léčba neplodnosti, ale je to stále více i metoda diagnostická.

4.

AR je běžně definována jako léčba neplodnosti (a méně jako jedno z možných řešení bezdětnosti). Její počátky na konci 70. let bývají explicitně spojovány se snahou vědců a lékařů vyvinout účinnou terapii ženské neplodnosti, obejít překážku otěhotnění spočívající v neprůchodných vejcovodech. Někteří ale tuto motivaci zpochybňují ([Seguin 2001](#); [Neresini, Bimbi 2000](#): 212) a upozorňují, že IVF vznikla spíše jako vedlejší produkt základního výzkumu procesů fertilizace. Nicméně, i když se zaměříme na praxi klinik a na deklarace lékařů, zjistíme, že vývoj AR značně rozšířil a posunul spektrum jejího možného užití. Postupně se AR začala vyvíjet směrem k léčbě mužské neplodnosti a to často „skrže“ těla zdravých a plodných žen ([van der Ploeg 1995](#)). Dnes existují metody umožňující početí genetického potomka i lesbickým a mužským homosexuálním párům nebo těhotenství (s darovaným vajíčkem) ženám v menopauze. Kdo je tedy neplodný, kdo je léčen? *Jak jsou ustavovány hranice neplodnosti?* To je hlavní otázka, kterou chci v tomto článku tematizovat.

Hranice neplodnosti

5.

Reprodukce „s dopomocí“ medicíny se odehrává v složitém spleťu různých osudů, motivů, rozhodnutí, vývoje vědy, medicíny i modelů rodiny. V tomto textu sleduji praxi AR určitou perspektivou. Vstupuji s páry na kliniku. Anebo spíše – zajímají mě situace, které o tomto vstupu rozhodují. [\[2\]](#) Ne každý (neplodný resp. bezdětný) může na AR participovat. Zajímá mě, ze kterých uchazečů o AR se stávají pacienti, jaká mateřství a otcovství jsou považována za legitimní a jaká nikoliv. Roli přitom hraje věk, sexuální orientace, rodinný stav resp. typ soužití partnerů. Někteří uchazeči a uchazečky jsou zatím vyloučeni, ale někdy jen oficiálně, a v praxi klinik jsou přijímáni, např. *lesbické dvojice a samotné ženy bez partnera/partnerky*. To jsou praktiky na hranici. Potom jsou praktiky za hranicí – *náhradní (surogátní) mateřství a oplodnění postmenopauzálních žen* – metody, které nejsou v ČR realizovány. Výsledky rozhodování o legitimitě uchazečů jsou důležité pro pacienty (do jaké kategorie budou sami patřit), pro pojišťovny (kolika lidem budou léčbu hradit), pro lékaře (kolik a jakých pacientů budou léčit) i pro etiky (jak přijímání resp. odmítání některých uchazečů souzní s etickými principy). Začátek je důležitý. Jak jsou vyjednávány hranice neplodnosti? Kdy je neplodnost definována jako nemoc a AR jako (její) léčba? Kdo je pacient, kdo je neplodný? Kdo smí participovat?

6.

Otázka, kdo smí participovat, úzce souvisí s otázkou, na čem participovat. Jak definovat neplodnost. Běžná odpověď na obě otázky zní: neplodnost je porucha reprodukce projevující se neschopností ženy otěhotnět resp. neschopností muže ženu oplodnit; AR je léčba neplodnosti a týká se neplodných párů, mužů a/nebo žen – to jsou pacienti. Podle očekávaného reprodukčního modelu, který je součástí mnoha novinových článků, brožurek, popularizačních knih a webových stránek týkajících se neplodnosti, je začátek následující. Muž a žena plánovali společný život, uzavřeli sňatek (začali spolu žít), chvíli možná založení rodiny odkládali. Potom se více než rok snažili, ale k otěhotnění ženy nedošlo. Žena se proto obrátí na gynekologa a ten buď diagnostikuje jednu z medicínských indikací pro AR nebo se mu nepodaří zjistit nic určitého. Pár následně navštíví centrum AR a to pokračuje v diagnostikování – hledání zdravotní příčiny neplodnosti u ženy i u muže.

7.

Já se pokusím na následujících stránkách ukázat, že tento popis je až výsledkem složitého vyjednávání, že činí neviditelnými mnohé aktéry a situace. Ukážeme si, že neplodnost lze také

chápat jako zbytkovou výstupní kategorii AR – ten, kdo zůstane i po její aplikaci bezdětný, je neplodný. Aspoň do doby, než se objeví nové metody. Tradiční definice hranic neplodnosti má tendenci se zacyklit: neplodnost definuje AR (jako léčbu) a ta zase neplodnost jako nemoc. Tato definice neříká o neplodnosti a AR nic moc konkrétního. Upozorňuje nás ale na jejich pevné propojení.

8.

Nechci tento kruh rozplétat, spíše chci vztah neplodnosti a AR pojednat trochu jinak. Začnu jakoby od konce – budu se věnovat metodám, které se v ČR (a v mnoha dalších zemích) neprovádějí: náhradnímu mateřství a oplodňování postmenopauzálních žen. Půjde tedy o zatím neúspěšné uchazeče či spíše uchazečky o status pacienta. O bezdětnost a/nebo neplodnost, ze které se nepodařilo udělat nemoc. Poté se podíváme na případ lesbických matek a svobodných žen. Na uchazečky, které zůstávají v zákulisí, které jsou pacientkami neoficiálně. Nakonec se dostaneme k ostatním (úspěšným) uchazečům. Vyjednáváné, více či méně pevné hranice vymezují více či méně pohyblivé jádro – co je neplodnost, co je AR.

Matkou v zastoupení

9.

Náhradní mateřství se jako jedna z mála metod AR v ČR neprovádí. Její zavedení není doporučeno centrální etickou komisí při Ministerstvu zdravotnictví a výklad zákona o rodině (matkou je ta, která dítě porodila) její provádění znemožňuje. Přesto se mu však budu věnovat – neboť i metody na hranici nebo dokonce za hranicí definují to, co rozumíme pod asistovanou reprodukcí, co je „uvnitř“ ohraničeného prostoru. Navíc tato metoda svou „extrémností“ zviditelňuje jinak skryté předpoklady. Ukazuje nikoli jen na spory ohledně umělosti versus přirozenosti AR, ale především na to, jak málo se ve skutečnosti shodneme na zdánlivě základních a jednoznačných pojmech – např. co znamená slovo matka.

10.

Tento způsob asistované reprodukce se setkává s největší kritikou. Těhotenství jako placená služba – „pronájem dělohy“ – je podle mnoha odcizenou prací a vykořisťováním žen třetího světa, které stále tvoří část náhradních matek.[\[3\]](#) Největší odpor jednoznačně vyvolává využití náhradních matek ženami z vyšších vrstev, které nechťejí kvůli těhotenství přerušovat kariéru.[\[4\]](#)

11.

Na druhou stranu zastánci této metody upozorňují, že jiné formy asistence (lékařské, dárcovské) jsou akceptovány, tak proč ne tento způsob účasti další osoby. Motivy náhradních matek jsou různé – mohou si chtít přivydělat, ale stejně důležité může být, že se v roli těhotné ženy cítí dobře, že chtějí (podobně jako dárci orgánů) někomu pomoci, že tím chtějí odčinit své předchozí „reprodukční hříchy“ jako jsou potraty nebo opuštění dětí. Většina z nich má své vlastní děti a je to někdy i podmínkou, aby se tak snížilo riziko, že se žena dítěte nebude chtít vzdát.

12.

Obecně se objevují dva obrazy náhradních matek i párů, které tento typ AR využívají ([Kirejczyk 2000](#)). Na jedné straně je náhradní mateřství popisováno jako altruistický dar jedné ženy druhé ženě, v rámci rodiny či přátelských vztahů – náhradní matky poskytují dar rodičovství. Ženám žádajícím o tuto metodu osud či nehoda odepřely možnost donosit dítě. Je zde medicínská indikace – absence dělohy, opakované potraty – neléčitelné patologie těla ženy. Motivy obou stran jsou v těchto případech akceptovány jako legitimní a v některých státech vedly k zákonnému zakotvení výjimek ze zákazu náhradního mateřství.

13.

Z druhé strany je ale náhradní mateřství zobrazováno jako průmysl na výrobu dětí – náhradní matky jsou popisovány buď jako vykořisťované ženy z nižších společenských tříd, případně ze zemí třetího světa a/nebo jako ženy, kterým jde primárně o peníze s touto službou spojené. Páry žádající o tuto metodu jsou potom z vyšších tříd a dostatečně bohaté. Ženy se snaží vyhnout těhotenství ze „sobeckých“ důvodů: kvůli kariéře, kvůli zachování štíhlé postavy. Důvody leží zcela mimo medicínu.

14.

V České republice se oba obrazy, popisy náhradního mateřství, také objevují: v médiích i argumentech pro i proti zavedení této metody u nás. To, kdy jsou užívány a kým, významně přispívá k tomu, proč tato metoda u nás není praktikována, resp. jakým způsobem a v jakých kontextech se uvažuje o jejím ne/povolení. Mezi zastánce patří část lékařů a páry, které by ji mohly využít. Mezi odpůrce většina etiků a teologů. S oběma typy popisů pak pracují novinové články. Debata o náhradním mateřství neprobíhá v ČR pouze na hypotetické rovině. V roce 1998 byl na stránkách tisku, v právnických časopisech, v etických komisích a centrech AR diskutován případ mladé ženy, která měla málo vyvinutou dělohu a jejíž matka se nabídla dítě donosit.

15.

Tato žena byla v jednom brněnském centru AR přijata s indikací na IVF. Teprve v situaci, kdy již byla připravena embrya k transferu, se zjistilo, že žena má dělohu o velikosti palce a že není možné embrya zavést. Vznikl problém, co s embryi. Matka mladé ženy, které bylo čtyřicet čtyři let, se nabídla k donošení embryí pro svou dceru. Lékaři byli rozhodnutí toto přání obou žen splnit. Po diskusi s právníky byli upozorněni, že podle zákona by matkou dítěte byla žena, která jej porodila, tedy jeho genetická babička. Ani řešení dodatečnou adopcí nebylo možné, protože naše zákony zakazují adopci mezi příbuznými. To vedlo lékaře k odmítnutí provedení této metody. Celý případ následně posuzovala etická komise – šlo o rozhodnutí, co udělat s nevyužitými embryi, lékaři je chtěli použít na výzkum.^[5] Média tuto situaci komentovala velmi emocionálně, kromě klasických informačních článků byl publikován i jeden z nemnoha komentářů k AR, vyjadřující stanovisko redakce:

Věda tvrdí, že uměle vytvořené dítě je výrobkem genů své biologické matky a biologického otce. Táž věda však tuší, že zážitek z mateřského lůna, ještě před narozením, ovlivňuje budoucí duši více než cokoli jiného. Čí novorozenec tedy je? [...] Existuje však jeden naprosto nevyvratitelný důvod, proč mu [náhradnímu mateřství] nebránit. Člověk zasahuje už dnes mnohem brutálněji do přirozeného běhu věcí: potrat čili vražda nenarozeného dítěte je prakticky ve všech civilizovaných zemích povolený, ba běžný. Tam, kde je možno nenarozené děti usmrcovat, nikdo nemá ani stín práva bránit jiným, aby je přiváděli na svět sebepodivnějšími metodami. ([Komárek 1998](#))

16.

Tento komentář je zajímavý hned z několika důvodů. Je jedním z mála silných vyjádřeních důvodů pro povolení této metody. Použité diskurzivní argumentace jsou pro ustavování hranic v AR typické. Původ rodičovství je lokalizován do genetického jádra buňky, náhradní mateřství toto pevné – biologické – pouto znejasňuje. Centralita genetického jádra je znakem diskurzu, který budu nazývat *instrumentalistickým*. *Dítě je výrobkem genů*. Dále se pracuje s tvrzeními vědy. Všimněme si: vědy, nikoli vědců. Takové zacházení s pojmy se podobá tzv. empiricistnímu diskurzu, tak jak jej studuje např. Michael Mulkay nebo Jonathan Potter ([Mulkay 1997](#); [Potter 1996](#): 151-158).^[6] Ten dělá z vědy pevný celek: *věda tvrdí, táž věda tuší*. Věda je aktér: něco dělá, říká. Zdůrazňování jednoty a celistvosti je znakem *diskurzu jednoho hlasu*.

17.

Náhradní mateřství je zásahem do *přirozeného běhu věcí*, vedle *brutálnějších* zásahů jako je potrat, je ale zásahem ospravedlnitelným. Spojení s potraty je silné, protože je kontrastní: jednou se *nenarozené děti* zabíjejí, podruhé je cílem jejich narození. Narození dětí je prezentováno jako vždy, za všech okolností pozitivní. Jsou dvě možnosti: (spíše nerealistická) strategie nezasahování do přirozeného řádu, do přírody, do reprodukce a strategie zasahování. V druhém případě ovšem není jasné, kam položit hranici – jak zasahovat, do jaké míry? Jak jednou začneme, není předem jasné, kde máme skončit. Tam, kde je mobilizována příroda a přirozenost, budu mluvit o *diskurzu přirozenosti*.

18.

Následující ukázka z novinového článku nabízí jinou optiku ([Riebauerová, Karásková 1998](#)). Pohled jedince, jeho biografie:

Medicína to umí a peníze by se také našly. Dokonce to ani přímo nezakazuje zákon. A přece to nejde. [...] Medicínsky je celý postup běžnou rutinou. [...] Skutečný právní problém nastane až po porodu. „I z hlediska etiky jsou to velice složité věci a nejvíc rozruchu kolem vždycky udělá bolest konkrétních lidí. Tím se ale právo nemůže řídit, právo musí dát obecná pravidla.“ Řekl Jiří Haderka. [...] „Etika, především na otázku, zda smíme dělat vše, co umíme, odpovídá ne.“ [Jan Payne, předseda centrální etické komise MZ]

19.

Perspektivou jedince lze porozumět všem, i těm nejpodivnějším přáním. Lze se vcítit do pozice lidí žádajících tuto metodu. Problém nastává na rovině společnosti. Jakmile důsledky nějakého jednání přesahují jednotlivce a jeho rodinu. Tento způsob popisu nazývám *diskurzem individualizace dopadů*. Je používán zejména v kontroverzních situacích a bývá základem argumentací ve prospěch specifikace zákonů ve smyslu definice výjimečných (a tedy individuálních a individuálně posuzovaných) situací. Je vyjádřením snahy o spravedlivé rozhodování, které bude dostatečně univerzální, ale nebude paušalizovat.

20.

Diskurz individualizace dopadů má mnoho podob a užívají jej všichni: novináři, etici, pacienti/tky i lékaři. Posledně jmenovaným pomáhá nejen ospravedlnit některé rozporně vnímané techniky AR, ale také své osobní postoje: něco jiného je postoj lékaře jako jedince a něco jiného může veřejně prohlásit jako reprezentant profese, jako reprezentant AR. Odkaz na rovinu osobních postojů nabízí větší šíři voleb. Jeden z lékařů o metodě náhradního mateřství řekl: „Zase vám říkám jako soukromá osoba – myslím si, že by to mělo být umožněno.“

21.

Odkaz na rovinu společnosti zase umožňuje zúžit prostor rozhodování lékařů na oblast medicíny, vědy a technických dopadů. Dochází k dělbě odpovědnosti mezi vědu a společnost. Následující dvě ukázky dobře ilustrují tuto strategii:

Etickou rozpornost nevidím, spíš právní. Většinou právo reaguje na konkrétní precedensy, ani ne tak u nás, ale je diktováno společností. Čili, jestliže společnost má nějaké důvody k tomu, aby to zakázala, tak to zakáže a tím pádem se prostě společnost tímto směrem nebude vyvíjet. (lékař 2) [\[7\]](#)

Vycházím [Jiří Tesařík] z Helsinské deklarace [práv pacienta]. Jestliže ve sporu etických principů proti sobě stojí zájem společnosti nebo lidstva a zájem jedince, dávám vždycky přednost zájmu jedince. A to i v případě, že by z toho pro společnost mohl časem vzniknout nějaký problém. Ostatně společnost je tu od toho, aby problémy řešila. ([Zahradníčková 1999](#))

22.

Společnost má rozhodovat, *společnost má své důvody*, proč náhradní mateřství zakázat. Společnost má řešit problémy, které mohou nastat v důsledku toho, že medicína často nadřazuje zájem jedince nad zájmy společnosti. Opět příklad diskurzu jednoho hlasu, který činí ze společnosti makroaktéra, jeden kompaktní celek. Dobře ohraničenou oblast, do které (pro tuto chvíli) věda a medicína nepatří, stojí mimo ni.

23.

Věda, medicína – AR – může řešit technické otázky spojené s aplikací této metody. Jde o orgány: dělohu, vaječníky a gamety nesoucí genetickou informaci (vajíčka). Pokud se pohybujeme pouze v rámci medicíny, pak některé problémy zmizí. Náhradní mateřství pak představuje pouze jedno z možných uplatnění darovaných vajíček a je v tu chvíli jedno, že dárkyní vajíčka je dcera a příjemkyní její matka. To, co se děje po porodu, už medicína neřeší. Čistě technicky jde jen o to, že dárkyně vajíčka (a budoucí příjemkyně dítěte, jeho sociální matka) musí mít funkční vaječníky a v nich zdravá vajíčka. Příjemkyně vajíčka a náhradní matka musí zase mít funkční dělohu schopnou donosit dítě k porodu. Relativní je i otázka věku. Zatímco obecně se mateřství žen starších padesáti let považuje za společensky nepřijatelné a medicínsky rizikové, v případě, kdy jde pouze o těhotenství a porod a nikoli následné mateřství a péči o dítě, je i kategorie věku bezpředmětná.

Protože u surogačního mateřství, tam jde o dělohu jako takovou, prostě by dcera byla dárkyní pro matku. Dcera má – biologicky má – ty vajíčka a matka má dělohu. Takže ona, i když bude v přechodu, to znamená, že tam nám těch čtyřicet let nijak nevadí, prostě jediné snad se zvýšenými riziky v těhotenství. To je obecně důvod, proč to nechceme dělat ženám nad padesát let. I z hlediska sociálního, že se dítě narodí vlastně staré ženě, je to otázka výchovy a tak dál. Takže to má socioekonomické a různé – psychologické souvislosti. Proto se to nedělá. Ale tehdy v tom konkrétním případě [z roku 1998] by to klidně šlo, i kdyby ta dcera měla pětatřicet, ta matka pětapadesát, technicky by to šlo. (lékař 2)

24.

Ovšem, jak jsme viděli výše, lékaři si uvědomují, že porodem teprve nastávají hlavní problémy a ani proto nejsou v otázce zavedení či nezavedení této metody jednotní. Někteří lékaři, a především etici, také nesouhlasí s dělením odpovědnosti, dopadů a rizik mezi vědu a společnost. Pro ně je tato metoda celkově, v rámci vědy i společnosti, nedělitelně problematická. Podobně by podle nich mělo zůstat nedělitelné i biologické mateřství. Metoda náhradního mateřství tuto biologickou jednotu narušuje a může vést až k degradaci rození dětí na průmysl.

Dítě to těhotenství prožije s jinou ženou. Nevím, můj osobní pocit je, že já bych do toho nešel, připadá mi, že to je příliš experiment, trošku. Že dobře – narodí se naše dítě, ale narodí se jiné matce. Nevím, možná už jsem opravdu trošku starý, ale připadá mi to jako první krok k tomu udělat z toho rození dětí průmysl. (profesor etiky na evangelické teologické fakultě)

25.

Pokud převažuje typ diskurzu přirozenosti založený na nedělitelnosti mateřství (podepřený navíc jeho zakotvením v zákonech), pak je změna směrem k náhradnímu mateřství nemožná.^[8] Vývoj v ČR – způsob, jakým je toto téma medializováno, jak o něm mluví lékaři, právníci i někteří etici – ale naznačuje, že do budoucna lze očekávat spíše jeho zavedení.^[9] Média používají dvě odlišné a propojené strategie popisu náhradního mateřství. V článcích o zahraniční, převážně americké praxi převažuje již zmíněný „sobecký“ obraz náhradního mateřství – ženy bojující se o štíhlou linii, AR jako průmysl a komerce, fotografie „vykořisťovaných“ žen. Články o ČR zdůrazňují odlišnost praxe AR v ČR, zodpovědnost našich lékařů a problém situují do zákonů, které si neumějí poradit s dělitelností mateřství (kterou umožnil vývoj AR). Přinášejí příběhy

žen, kterým by tato metoda mohla pomoci a které jsou zcela odlišné od žen amerických. V člancích o ČR jednoznačně převažuje „altruistický“ obraz náhradního mateřství. Celá praxe AR vychází z předpokladu dělitelnosti rodičovství na genetické, fyzické (těhotenství) a sociální, bez něj je nemyslitelná. I lékaři proto, spolu s právníky, situují jádro problému do zákonů.

26.

V současné době ale nikdo nepředpokládá, že by se kvůli metodě, díky které se celosvětově narodily spíše desítky než stovky dětí, měnil tak zásadní zákon, jakým je zákon o rodině. Spíše se uvažuje o inspiraci britskou úpravou, kdy o každém případě rozhoduje soud – rozhoduje, zda dítě zůstane u své fyzické matky, nebo bude adoptováno svou matkou biologickou.[\[10\]](#)

Babičky-matky

27.

V současné době platí v ČR dvě věkové hranice pro vstup žen do AR. Jen do čtyřiceti let věku ženy je léčba hrazena pojišťovnou a v čtyřiceti osmi letech se jí AR uzavírá zcela, bez ohledu na způsob úhrady. Vzhledem k vysokým finančním nákladům spojeným s AR, zůstávají za hranicemi AR nejen páry, kde je ženě více než čtyřicet osm let, ale také mnoho párů, kde je ženě nad čtyřicet let.

28.

Z medicínského, technického hlediska a v mnoha dalších ohledech je situace postmenopauzálních žen (žen po přechodu) velmi podobná situaci žen v případě náhradního mateřství. Je tu starší žena, která má funkční dělohu, ale nemá již vajíčka nebo má vajíčka špatné genetické kvality a je tu mladá žena, která vajíčka daruje.[\[11\]](#) Sociální matkou chce ale být ta starší z žen. A jak později uvidíme, právě toto její přání je nejvíce problematizováno. Další rozdíl spočívá v tom, že dárkyně a příjemkyně vajíčka musí být navzájem anonymní, není možné darování např. mezi sestrami či matkou a dcerou.

29.

I zde se objevují dva popisy postmenopauzálních matek. První je spíše negativně laděný obraz babiček-matek. Žen, které nebudou mít dost sil, aby dítě vychovaly až do jeho dospělosti a které se svým dětem díky velkému věkovému rozdílu odcizí. Stejně úvahy nad riziky otcovství v pokročilém věku nejsou příliš často zmiňovány, v kombinaci se starší matkou však vysoký věk otce podle některých vede k riziku, že by AR produkovala potencionální sirotky.

30.

Druhý popis je naopak pozitivní a týká se budoucnosti: postmenopauzální mateřství je chápáno jako logické pokračování trendu odkládání sňatků a rození dětí a stále rostoucí emancipace žen. Ženy i muži budují svou profesní kariéru a rození dětí budou postupně odkládat až za hranici přirozených reprodukčních schopností ženy. Až to technologie AR umožní, budou si mladé ženy mrazit svá vajíčka stejně tak jako si muži dnes mrazí sperma. Založení rodiny lidé odloží na dobu, kdy budou již zcela finančně zajištěni a budou se moci plně věnovat pouze výchově dětí. Rodina budoucnosti by tedy mohla být dvougenerační ([Kirejczyk 2000](#); [Pfeffer 2000](#)).

31.

V ČR se lze zatím setkat především s prvním z popisů. Jeho převaha – v médiích, v názorech lékařů, zástupců pojišťoven i pacientů – vede k tomu, že do budoucna zřejmě nelze očekávat výrazné posuny věkových limitů pro přístup do AR. Navíc poptávka ze strany žen není příliš velká. Argumenty proti i pro otevření AR i ženám nad čtyřicet osm let věku, stejně tak jako některé s nimi spojené diskurzivní strategie, jsou podobné situaci v otázce náhradního mateřství.

Převažují odůvodnění „přirozenou“ hranicí plodnosti žen, mírou úspěšnosti metod AR a „sociální“ hranicí mateřství.

32.

Hranice čtyřiceti osmi let, ale někdy i hranice čtyřiceti let, a její vázanost na ženy (resp. absence u mužů) je často vysvětlována následujícím způsobem. Primární je biologický důvod, vajíčka stárnou – jsou tu limity přírody, které nelze obejít. Pak je tu míra úspěšnosti AR u starších žen a úzce napojená finanční efektivita této technologie. Ta je rozhodující pro pojišťovny. V současné době není rentabilní provádět AR ženám nad čtyřicet let. I kdybychom tyto dva důvody obešli – použili darovaná vajíčka a nemuseli sledovat finanční stránku – pak tu zbývá třetí, neméně důležitý. Společensky je mateřství starších žen přijímáno zatím s velkými rozpaky a obecně spíše není schvalováno. Následující úryvek z rozhovoru je dobrou ilustrací převažující argumentace:

Jednak se předpokládá, nebo je prokázáno, že se vzrůstajícím věkem ženy se množí chromozomové aberace [...] Čili to je jedna věc. Druhá věc, která evidentně hraje roli, je, řekl bych, ten faktor sociální, protože já osobně si myslím, že člověk by měl být rodičem nejpozději tehdy, kdy je schopen o to dítě se postarat do jeho dospělosti [...] Tam je ovšem otázka ještě jedna, že u ženy je fyziologický limit. Zatímco u muže není fyziologický limit [...] Rozhodně bych si asi stanovil nějakou hranici, která by měla být v podstatě stejná u muže i u ženy [...] Je fakt, že prostě jsou muži, kteří si pořizují v těch šedesáti děti [...] Tam zase ta biologická hranice není, u mužů nenastává nějaká menopauza, tam pouze se zhoršováním zdravotního stavu prostě se zhoršují ty reprodukční schopnosti, ale není tam žádný předěl. (embryolog 3)

33.

Embryolog začíná od (buněčného) jádra problému – to je fyziologický limit bránící ženám nad určitý věk mít „přirozeně“ děti. Na další úrovni přistupuje sociální limit – jen do určitého věku máme schopnost své děti vychovat až do jejich dospělosti. U mužů žádný limit není, odkazuje se na „přirozenost“ otcovství ve starším věku – starší muži se stávají otci normálním, tj. medicínsky neasistovaným způsobem.

34.

Diskurz přirozenosti zde vychází z dichotomie umělé (medicínsky navozené) a přirozené (odehrávající se v těle, bez pomoci medicíny, v přírodě). Mezi příčinami jsou ustaveny vztahy posloupnosti. Tento způsob popisu budu označovat jako *diskurz hierarchizace příčin*.

35.

Další z lékařů také pracuje s diskurzem hierarchizace příčin a rozlišuje ekonomické důvody, které jsou až druhotné, a omezení, vyplývající z podstaty věci, tj. ony biologické limity:

Něco jiného je to, co je dáno pojišťovnou a jiná jsou omezení, která vyplývají z podstaty věci. Pojišťovna stanovila tento věk jenom proto, že úspěšnost metod po čtyřicátém roce věku je tak mizivá, že se jim nevyplatí to platit, to je ten důvod, jiný důvod tam není. Prostě když se podíváte na křivku úspěšnosti v závislosti na věku té pacientky, tak se dostáváte u třicetipětiletých a výše na úspěšnost, která je vyjadřována čísly dvě a půl až pět procent. (lékař 7)

36.

Je zajímavé, že nedochází k propojení těchto důvodů. Zástupci pojišťovny totiž provádí totéž rozlišení. S tím rozdílem, že statistické tabulky, které jsou základem limitů pro úhradu léčby, jsou chápány jako věrný odraz biologických limitů a zákonitostí. Tedy lékaři odpovědnost spojují s pojišťovnami a jejich ekonomickými zájmy, a pojišťovny zase odpovědnost spojují s lékaři a jejich neúspěchy, které jsou limitovány přírodou, biologií. Obecně při ustavování

věkových limitů hraje důležitou roli *diskurz kvantifikace*, způsob, jakým je měřena úspěšnost jednotlivých metod AR, jak se pracuje se statistikami, s čísly, s procenty ([Potter 1996](#): 187-194).[\[12\]](#)

37.

Jedna z embryoložek ale poukazuje na to, že věk (a s ním spojované biologické limity) není tak jednoznačnou kategorií, pracovat s ním jako s tvrdou statistickou proměnnou může být zavádějící:

Je potřeba se taky asi podívat na populaci té které země. Určitě u nás žena v padesáti je prostě starší než padesátiletá západní Němka, bývalá. Díky celému předcházejícímu životu, zdravotní péči a životnímu stylu. Ono se to časem srovná, ale určitě, když porovnáte padesátiletou Rusku, tak je daleko starší v těch padesáti, biologicky, než padesátiletá Češka, protože jsou to sedřený ženský, který ten život neprožil v bůhvíjaké pohodě. Takže i k tomu je potřeba přihlížet. Někdy vám přijde čtyřicetiletá šmrncovní ženská, které byste v životě čtyřicet let neřekla. A někdy přijde třicetiletá, a vy si myslíte, že je babička. (embryoložka 4)

38.

Na to, jak jsme staří – co skutečně znamená naše rodné číslo – má vliv společnost, ve které žijeme. Něco znamená věk vajíček, něco jiného zase věk sociální: člověk je tak starý (mladý), na kolik let se cítí. Citovaná embryoložka jde ve svém tvrzení ale ještě dál: padesátiletá Ruska je biologicky starší než padesátiletá Češka a ta zase starší než padesátiletá Němka. Důležitý je i vzhled žen, na kolik let vypadají – tedy kombinace věku biologického (zdravotního stavu) a sociálního (oblečení, vzhled, styl). Žena-babička nemusí mít ani vnoučata ani nemusí být nutně ve věku důchodkyň. Zůstáváme ale na úrovni nemnoha, do jisté míry výjimečných žen, v diskurzu individualizace (dopadů). Tyto individuální případy jsou zatím nepočtené a tedy statistiky (které je nezohledňují) lze nakonec vzít jako rozumný základ rozhodování. V budoucnosti, a možná docela brzké, lze o zvýšení věkové hranice uvažovat. Jak podotkl v rozhovoru jeden z lékařů: „Dneska je moderní mít děti okolo čtyřicítky.“

39.

I další ukázka pracuje se sociálním kontextem věku a stárnutí a s kategorií babiček, ale trochu jiným způsobem:

Nejstarší ženu jsme myslím měli pětáčtyřicetiletou. Ale to už jim potom rozmlouváte, říkáte – je to vaše rozhodnutí. Já zase na druhou stranu neřeknu ne, pokud má žena menzes, pokud má cyklus, tak ten výkon můžete udělat. Když bude mít v padesáti měsíčky. Nemělo by se to dělat klimakterickým ženám, to, co dělají v Itálii – babičkám – které nějak nastimulujeme hormony a dávají jim darovaný embrya, tak to jde klidně do šedesáti, ale to je blbost. Vždycky říkám: podívejte se, je vám čtyřicet, čtyřicet pět let. V tomto případě, pokud chce vaše dítě jít na vysokou školu, a chcete je vychovat – průměrný věk čtyřicet pět a dvacet pět, když půjde z té vysoké, to vám bude sedmdesát, sama si zvažte, jestli se chcete dožít promoce svého dítěte nebo žít se svědomím, že nevíte, co to děcko bude dělat, jestli máte někoho, kdo ho bude vychovávat, to si zvažte sama. A když se to tak vezme, tak těch čtyřicet dva, čtyřicet tři, je taková hranice, kdy by se člověk měl té promoce ještě dožít. (lékař 7)

40.

Všimněme si, zodpovědnost je (zvláště ve věku od čtyřiceti až čtyřiceti osm let, kdy už léčbu nehradí pojišťovna) delegována na ženu. Jde o oblast sociálních důsledků. Technicky, medicínsky je možné (téměř) všechno, ale *nemělo by se to dělat babičkám*. Kategorie babička je zde použita v duchu výše popsaného negativního obrazu postmenopauzálních žen. Nemyslí se

předčasně stará žena, sedřená životem, ale „tradiční“ babička v důchodu, starající se o vnoučata. Takové babičky přece nerodí děti. Nejde o to, že starší ženy pokoušející se o AR většinou babičkami nejsou, že žádné své děti a tedy ani vnoučata nemají. Kategorie babička je spojena s ženou určitého věku bez ohledu na její rodinný status.

41.

Přírodu (stejně tak jako společnosti či vědu) lze rétoricky využít pro opodstatnění pevných (věkových) hranic i pro jejich zrušení či rozvolnění. Podobně jako je důležitý ne věk sám o sobě, ale věk v souvislosti s okolnostmi našeho stárnutí, tak je často důležitější věk vajíček než věk dělohy (biologický věk ženy). Můžeme použít vajíčka mladé dárkyně a dělohu lze „omladit“ skrze metodu náhradní matky – potom zase mohou být starší vajíčka. Slovy jednoho z lékařů: „V těle starší ženy je možno hormonálně vybudovat stav [těla] ženy mladší“. Věk je relativní kategorie.

Ve čtyřiceti letech vlastně přichází statistická hranice, kdy se efektivita IVF s jejími gametami dostává na úroveň pěti až deseti procent. A tehdy je tam potom jednoznačně indikace, nebo jednoznačná... Prostě je tam indikace zdravotnická nebo lékařská k tomu, aby se použily dárcovské gamety. A ty musíte mít od ženy, která má do pětatřiceti let, ale vy je můžete přenést do ženy – tam stačí, aby ta žena měla dělohu a v ní sliznici. Protože ta žena může mít menstruaci, nebo vůbec nemusí mít menstruaci – tzn. že může mít i víc než padesát let, může jí být i šedesát let a my jsme schopni hormonálně to endometrium tak vybudovat, jako kdyby měla menstruační cyklus, že do ní dodáváme hormony a to endometrium roste. A tehdy do ní můžeme přenést dárcovské gamety. (lékař 2)

42.

Následující ukázky z novinových článků používají (konstruuji) fakta přírody velmi podobně. Biologické hodiny mohou být u ženy pevně dané – ale u každé ženy jinak. Pevnost přírodních limitů mluví pro rozvolnění hranice, nikoli pro její upevnění. Konkrétní věkový limit by možná měl být opuštěn a hranicí by měly být reprodukční schopnosti jednotlivých žen, přítomnost resp. nepřítomnost menstruace, která signalizuje funkci vaječníků. Problém je lokalizován, spojen s jedním orgánem – s vaječníky. Věk – to je hlavně věk vajíček a jeho hodiny tikají v každé ženě jinak. Z hlediska medicíny, z hlediska technologie by jako kritérium stačilo zeptat se každé uchazečky, zda menstruuje. Zeptat se těla, přírody.

Ptáte se, jaký věkový limit jsme stanovili u nás? Při této léčbě by se neměla překračovat přirozená plodnost ženy. A ta končí kolem osmačtyřiceti let. [...] biologické hodiny prostě nezastavíš. (Antonyová 1998)

[doktor Čekal, klinika Gest] Limit možností je ve vaječnících. V přechodu, to je od čtyřiceti pěti do padesáti pěti let se vajíčka unaví. Tvrdnou a pro spermie je těžší se do nich dostat. Nicméně biologické hodiny jdou u každé ženy různě. ([Vašíčková 2001](#))

43.

V rozhovoru novinářky s ředitelem jednoho z center AR je rozhodování o hranicích delegováno na společnost:

VS: Kde vy vidíte etické hranice asistované reprodukce?

JK: Jedním z těch pravidel je třeba horní věková hranice 46 let. Starším ženám už tento zákrok neprovádíme. Chceme především, aby se o těchto problémech hovořilo, aby společnost dala najevo, co je pro ni přijatelné, a co už ne. [...]

VS: Nebylo by však pro vás jednodušší, kdybyste se mohli držet pevné normy. [...]

JK: No samozřejmě, že bylo. My ale dnes a denně sledujeme, jak jsou životní situace pestré. Těžko je můžete stlačit do nějakých regulí. Každý lidský osud má svou cenu, je neopakovatelný.

([Suchá 2001](#))

44.

Společnost má dát najevo, co je pro ni přijatelné. Zároveň je poukázáno na to, že stanovení pevné hranice je vždy těžké, neboť individuální situace jsou jimi těžko zobecnitelné. Opět přichází ke slovu vlivný diskurz individualizace dopadů – na jedné straně je tu kompaktní kategorie společnosti, která jako celek rozhoduje (diskurz jednoho hlasu) a zároveň nekonečná různorodost biografií, která dosažení společenského konsensu velmi ztěžuje. Poukázání na tento rozpor není náhodné, je použito v situaci, kdy se někteří lékaři a etici snaží vyvolat diskusi o nutnosti přijetí specifického zákona o AR, který by dnes poměrně svobodně vyjednávane okolnosti praxe AR pevně stanovil. Mnoho lékařů se domnívá, že absence zákona má i své výhody – umožňuje např. právě individuální posouzení případů a flexibilní posouvání hranic neplodnosti.

45.

Velmi podobně je diskurz individualizace (dopadů) použit v následující ukázce:

Přišly nové techniky, takže si některé ženy řekly, že to ještě zkusí. Potom zase často překročí věk, aby byly dobře stimulovatelné. [...] Každý to bere jinak, ale já nevím, jestli ty maminky padesátnice, jestli je to dobře. Myslím si, že ta příroda nějaké ty své mantinely má a ví, proč to je takhle. Myslím, že i potom fyzicky a psychicky to může být problém – to dítě by třeba bylo dobře opečovávané. Nevím, zase je to individuální. Když je ta paní už v menopauze, tak nevím, jestli to má cenu. [...] Takže bych to nechala, dokud ta žena menstruuje, protože vyvolávat to pak nějak uměle... Ale zase na druhou stranu, třeba měli dítě, přišli o něj za dramatických okolností, a pak když tady člověk slyší ten příběh, a když ona se tak strašně upne na to, tak je těžké jí říct, že to je nesprávné, úplně. To, co chce. (embryoložka 2)

46.

Nejdříve je definováno obecné a univerzální, příroda. *Příroda ví, proč to tak je*, proč u žen dochází k menopauze (opět diskurz jednoho hlasu). Neplodnost žen v menopauze je přirozená, není patologickým stavem, který by měl být předmětem AR (diskurz přirozenosti). Embryoložka navrhuje, stejně tak jako výše uvedený lékař, shodnout se na flexibilní hranici reprodukčních schopností té které ženy. Jenže individuální *dramatické* osudy problematizují i tyto (flexibilní) přírodní, přirozené limity. V kontextu některých životních příběhů nelze odeprít ani vyvolání menstruace uměle.

47.

Hranice věku tedy získávají (různý) význam na základě mnoha různých okolností. Ženy mají své životní příběhy, svůj životní styl. Jejich reprodukční schopnosti končí v různém věku. Uvažovat o věku žen znamená uvažovat o věku vajíček, věku dělohy, věku, na který se ženy cítí, započítat věk dožití v dané populaci. Velký vliv mají stávající možnosti AR.

48.

Důležitou roli hrají statistiky úspěšnosti – jak a na základě čeho se počítají. Úspěšnost v AR má mnoho podob. Například pro laboratoř je úspěchem, pokud se embrya v ní kultivovaná dobře rýhují, implantují a je jich dostatek. Zdravotní pojišťovna považuje za úspěch minimální finanční náklady a minimální zdravotní rizika. Pro ženu (a i pro lékaře) je úspěchem narození zdravého dítěte ([Řežábek 2001](#)). A právě úspěšnost měřena na ukončená těhotenství je v případech postmenopauzálních matek velmi nízká. To je jeden z důvodů, proč stále existují dva věkové limity. Hranice čtyřiceti let věku ženy, přímo odvozená od bodu statistických křivek úspěšnosti a

finančních nákladů, který přesahuje míru solidarity nastavené ve zdravotním pojištění, a hranice čtyřiceti osmi let věku, do které finanční náklady nesou pacienti a za kterou se dnes úspěšnost blíží nule. Hodnota čtyřiceti osmi let také vychází z horní hranice průměrného věku, ve kterém dochází u žen k menopauze. Zohledňování individuálních případů žen, u nichž dochází k menopauze ještě později pak podle mnohých nemá prakticky smysl.

49.

Nejsilnější, ve smyslu nejviditelnější, je ve vyjednávání věkových hranic hlas lékařů a pojišťoven. Zodpovědnost rozhodovat je delegována právě na ně a především na jejich statistiky. Toto jejich postavení je posilováno mediálními reprezentacemi – v každém článku je citován některý z lékařů, případně čísla ze statistik. Hlas pacientů a pacientek je slabší, o matkách padesátnicích se píše pouze v článcích o „skandálních“ praktikách zahraničních lékařů. Na druhou stranu může být i velmi vlivným. Jak jsme viděli, je to nakonec často síla životního příběhu, která rozhodne o významu věkové hranice. To, že pár přijde při nehodě o své jediné dítě, je nakonec důležitější než to, jestli daná žena menstruuje, a je tedy přirozeně plodná, jestli jsou statistiky úspěšnosti v její věkové kategorii téměř rovny nule či jestli jsou matky padesátnice společensky přijímané. Síla těchto příběhů ale klesá s četností jejich užívání. Jejich síla je v jejich výjimečnosti, na tom je založena jedna z podob diskurzu individualizace (dopadů). Jakmile by se argumentace „dramatickými“ osudy stala příliš častou, ztratila by svou přesvědčivost.

50.

Podobně odkaz na objektivní fakta přírody, přirozenou a pohyblivou hranici plodnosti žen danou přítomností menstruace, není v současné době tím nejdůležitějším. Úspěšnost AR u žen nad čtyřicet a zvláště nad čtyřicet pět let je natolik nízká, že je podle mnohých vlastně jedno, jestli bude hranice definována věkem nebo pohyblivě. I proto je nakonec za rozhodující považována společenská definice legitimní podoby mateřství (rodičovství). Je definována jako rozhodující, neboť odkaz na ní je morálně přijatelnější než odkaz na (ekonomickou) efektivitu AR. Lze tedy očekávat, že zvýšením úspěšnosti AR, s vývojem nových metod a rostoucí poptávkou ze strany žen, bude důležitost přisuzovaná společnosti spíše klesat. Hlas společnosti může být pak definován i jako diskriminující. Dnes tomu ale tak není.

Matkou bez otce: lesbické páry a svobodné ženy

51.

Dosud jsem se věnovala zatím neúspěšným uchazečům nebo spíše uchazečkám o AR. Muži jsou obecně v praxi AR spíše neviditelní, v případě lesbických dvojic a svobodných matek je jejich neviditelnost v jistém smyslu absolutní, zůstává pouze sperma anonymního dárce. A právě nepřítomnost sociálního otce, který by dítě po narození spolu s matkou vychovával, je jedním z hlavních důvodů odmítání lesbických párů a obecně žen bez muže. V následujícím textu se budu věnovat zejména (oficiálnímu) odmítání lesbických žen a dvojic, resp. jejich skrytému a neoficiálnímu přijímání na některých českých soukromých klinikách. Ženám bez partnera je totiž také často přisuzována homosexuální orientace, i když se samy označí za heterosexuální (výjimku tvoří vdovy).[\[13\]](#)

52.

Podle zákona o péči o zdraví lidu má každá žena během svého života nárok na čtyři hrazené cykly. Není upřesněn rodinný stav ani sexuální orientace, což podle většiny lékařů znamená, že *de iure* mohou poskytovat léčbu i svobodným ženám. *De facto* se ale léčba takových žen provádí jen výjimečně a centra tyto zákroky veřejně nepřiznávají. Ze zákona o rodině, úmluvy o právech dítěte i ministerské vyhlášky o IVF zase podle některých vyplývá, že AR má být vyhrazena pro manželské páry. Rozpor v zákonných normách tu ale je, a tak si centra sama vytvářejí pravidla

svého fungování. Mezi nejčastější argumenty, podobně jako v případě postmenopauzálních matek, patří odkaz na „přirozenou“ plodnost a/nebo sociální definici legitimního rodičovství.

53.

Z hlediska rodinného stavu a sexuální orientace jsou z AR svobodné ženy, lesbické nebo mužské homosexuální páry zatím oficiálně vyloučeny. A to přesto, že mohou splňovat některá medicínská kritéria a že se objevují nové techniky, které rozšiřují možnost genetické reprodukce i na ně.[\[14\]](#) Proč tomu tak může být, se pokusím ukázat na následujících úryvcích rozhovorů. Následující ukázka dobře reprezentuje názory lékařů z center AR:

Já se domnívám, že by [zákon] neměl umožňovat reprodukci svobodným ženám, protože to je model, který by vedl k závažným sociálním důsledkům. Jednak by ty děti neměly otce a dále by neměly příjem od toho otce, tím pádem by se stát musel o ně starat a celá ta struktura společnosti, která přece jen je založená na rodině, by se tím úplně – ona už teď je pěkně nahlodaná – a tohle si myslím, že by už byla poslední rána. Takže já si myslím, že ženám bez partnera by neměl zákon umožňovat reprodukci skrze dárce. (lékař 4)

54.

Rodina je základ společnosti a AR by ji neměla svou praxí podkopávat – jsou tu určité normy a tradice, kterých je dobré se držet. Žádoucí společenská struktura je už beztak narušena častým výskytem „přirozených“ rodin se samoživitelem/kou v čele, takže AR by tuto situaci neměla zhoršovat produkcí dalších neúplných rodin. Je potřeba brát ohledy na práva dítěte, nikoli za každou cenu naplňovat „právo na dítě“, a právem dítěte je narodit se do úplné rodiny.

55.

Rodina složená z muže, ženy a jejich dětí je něco přirozeného. To je klíčový argument většiny etiků či zástupců církve. Někteří z nich, často věřící katolíci, zpochybňují už samotnou praxi mimotělního oplodnění či darování spermií či vajíček, které je předpokladem použití AR nejen u homosexuálních, ale i většiny heterosexuálních párů či jednotlivců.

Uznáváme-li rodinu jako základ společnosti, pak je toto vše [zákaz užití darování spermií či vajíček] zcela přirozené. [...] Jak lze pohlížet na dárčovství gamet? Jistě všichni cítíme rozdíl oproti fertilizaci homologní. [...] Ti, kteří hájí ty nejliberálnější postoje, argumentují, že ve světě dnes stejně panuje promiskuita a manželská nevěra, že velká část manželství se stejně rozpadá, že řada dětí stejně otce „nemá“, „takže to vyjde nastejno“ [...] Rozhodně bychom neměli tuto situaci pomocí vědy a lékařského působení napodobovat. Měli bychom totiž napodobovat ne to, co je, ale to, co by být mělo. ([Munzarová 2000](#): 48-50)

56.

Z druhé strany, jak v další ukázce podotýká člen ústavu pro lékařskou etiku, se ale centra AR mají zaměřit pouze na terapii medicínských problémů a neřešit sociální problémy některých skupin populace (homosexuálních párů).

Tady je pak otázka, jestli rozšířit přístup k AR nad rámec terapeutických indikací, takže a) je přirozeně neplodný, b) je to následek biologických deformací, tak tam by AR měla být užita jako terapie a jako terapie taky hrazena z pojištění, aspoň tedy určité pokusy o ní. To musí být limitováno určitým počtem, aby se to pak nedělalo zbytečně, také to musí být psychologicky, aby to nevedlo k rozrušení vztahu mezi nimi. No ale tam, kde ta ženská nebo ten mužskej vlastně jsou biologicky schopný dítě mít a nejsou schopný ho mít jenom proto, že nechtějí partnera plodného, nebo když se rozhodne nějaká lesbická dvojice, že bude mít dítě, homosexuální pár nebo žena panna, která chce mít dítě, ale nechce chlapa, tak

to už není nemoc, to už je sociální problém, který by medicína řešit neměla svými prostředky, protože kdyby se ho snažila řešit, tak by nezabránila komercializaci reprodukce. (pracovník ústavu pro lékařskou etiku)

57.

V případě některých sporných situací je lepší uchýlit se pod ochranná křídla medicínských indikací a neplést se do věcí společnosti. V jednom případě AR aspiruje na prevenci sociálních problémů spojených s neúplnými rodinami, v druhém se drží striktně medicínské indikace neplodnosti. Jako první je uvedena genetická, vrozená úroveň – někdo je „přirozeně neplodný“ – druhá je zvnějšku způsobená neplodnost, výsledek zhoršeného životního prostředí. AR je pak může postupně, po jednotlivých vrstvách řešit. To je další z příkladů užití diskurzu hierarchizace příčin a diskurzu přirozenosti.

58.

Následující úryvek novinového článku naopak AR s řešením sociální situace lesbických žen explicitně spojuje:

V poslední době bereme v tichosti i svobodné pacientky, říká jeden z lékařů. Je to napůl nelegální, aspoň podle platného zákona o rodině. Ale podle našeho názoru je to lepší, než aby tyto ženy sháněly chlapy po barech. ([Čermák 1995](#))

59.

AR má jejich situaci, tento sociální problém, řešit právě proto, že tyto ženy jsou *biologicky schopné dítě mít* (přirozená plodnost). AR by jim měla umožnit, aby si k dítěti nemusely „pomáhat“ jinak. Aby nemusely *shánět chlapy*. V některých souvislostech odkaz na „chlapy“, „mužský“ a „ženský“ využívá představy přirozené sexuality mezi mužem a ženou. Jindy, v případě zoufalých lesbických žen, je tato sexualita definovaná jako vynucená a jakoby nečistá.

60.

V podobném duchu odporuje v následující ukázce sexuoložka Fifková známému sexuologovi a poslanci Zvěřinovi. Ten se pokouší omezit AR pouze na indikace neplodnosti vycházející ze soužití heterosexuálního páru. *Být lesbičkou není zdravotní porucha*. Fifková zase upozorňuje, že odmítnout poskytnutí AR lesbickým ženám z nich dělá neautentické milenky: *otrljší z nich získají sperma od muže*:

61.

„Umělé oplodnění je v našich podmínkách chápáno jako lékařská metoda pro léčbu neplodnosti. A dvě dámy těžko mohou být neplodným vztahem, který vyžaduje léčebnou péči.“ Konstatoval Jaroslav Zvěřina z pražského Sexuologického ústavu. [...] Zvěřina je proti tomu, aby o umělé oplodnění mohl žádat kdokoli. „Pro mě je to léčebný výkon. Být lesbička není zdravotní porucha.“ Naopak pražská sexuoložka Hana Fifková míní, že žena by měla mít přístup k umělému oplodnění (jistěže ne bezplatnému), aniž by kdokoli pátral po jejích důvodech. Poukázala na to, že některé lesbičky si dnes stejně poradí: „Ty otrlejší prostě získají sperma od muže.“ ([Homosexuální páry mají... 1999](#)).

62.

V mnoha předcházejících ukázkách byla vyjednávána nejen příroda (odkaz na přirozenost plodnosti a sexuality), ale i společnost – odkazem na určité společenské normy a zaběhaná pravidla. V moderním diskurzu se taková pravidla generují jednak v přímé návaznosti na to, co je označeno za „přirozené“, mobilizací přírody, a jednak politickým hlasováním, při němž se pak často argumentuje tím, co je vyzkoušené „tradicí“. Zatím není přirozené (běžné, akceptované),

aby homosexuální páry měly děti. Jak zaznělo v jednom z rozhovorů: *nemáme s nimi dlouhodobou zkušenost.*

63.

A není jich tolik. Stávají se však více viditelnými. V novinových článcích se stále častěji dočítáme o lesbických dvojicích, kterým k dětem pomáhají nejmenované soukromé kliniky ([Doležalová 2001](#)). I proto jsem tyto uchazečky o AR, o status neplodného pacienta, v úvodu označila jako částečně úspěšné a mimotělní oplodnění lesbických žen a párů jako hraniční praxi AR. V čem se liší od praktik za hranicemi – náhradního mateřství a postmenopauzálního mateřství? Nejprve bych měla zdůraznit, že se jedná o neoficiální a skrytou praxi – rozdílně s těmito uchazečkami zacházejí (někteří) lékaři, nikoli např. členové etických komisí či právníci.

64.

V případě lesbických párů či samotných žen se často jedná o mladé plodné ženy – v jejich případě je úspěšnost metod AR mnohem vyšší než u žen nad čtyřicet nebo nad padesát let (postmenopauzální matky). Není to ani praxe zakázaná zákonem, vyhláškou či doporučeními centrální etické komise, zatímco metodický pokyn pro vykazování úkonů AR v otázce věkových limitů pro úhradu ze zdravotního pojištění i pro léčbu uvádí obě hranice: čtyřicet i čtyřicet osm let. Náhradní mateřství sice také není zakázáno zákonem, jeho zákaz je ale odvoditelný ze zákona o rodině (matka je žena, která dítě porodila). Zákon o péči o zdraví lidu naopak umožňuje výklad, který činí poskytování péče samotným ženám bez partnera legálním.

65.

Tyto rozdíly ve formálních pravidlech a „tvrdých“ datech statistik bezpochyby přispívají k rozdílnému zacházení s různými skupinami uchazeček o AR. Neméně důležitá je strategie medikalizace (bezdětnosti) lesbických párů či jednotlivých žen. Jak jsme viděli výše, odpůrci postmenopauzálních matek označují jejich neplodnost (resp. bezdětnost) za nepatologickou a tedy přirozenou – nevyžadující léčbu skrze AR. Neplodnost lesbického páru je označována ze nepřirozenou (protože odporující přirozené plodnosti žen v tomto páru), a tedy nevhodnou léčby. AR je definována jako léčba neplodnosti heterosexuálního páru.

66.

Jednou z cest, jak v případě lesbických dvojic vyklouznout z medicínských indikací, resp. jak je redefinovat, je vymezení neplodnosti jako neúspěchu jiných metod AR ([Kirejczyk 2000](#)).^[15] AR definuje neplodnost lesbických žen. Stejně tak jako u jiných (heterosexuálních) párů, kde není dopředu jasná diagnóza a kde problém není v muži (muž má dobrý spermiogram resp. zcela chybí), se i zde začíná s umělou inseminací, jednoduchou a levnou metodou.^[16] Její neúspěch je pak definován jako znak neplodnosti lesbické ženy a indikace k tomu, aby byla přijata do programu mimotělního oplodnění – IVF. Neplodnost lesbických dvojic tak získává i medicínský charakter, i v jejich případě je pak AR léčbou (byť i skrze muže-dárce spermatu).

67.

Další strategií je odkaz na „přirozený“ výskyt lesbických či mužských homosexuálních párů s dětmi z předcházejících manželství – ten je užíván jako podpora jejich začlenění do AR i argument proti. Jak ve skriptech lékařské etiky uvedla doc. Munzarová: to, že se něco ve společnosti vyskytuje, neznamená, že by to praxe AR měla kopírovat. Na druhou stranu je analogie s „přirozeným“, tedy medicínsky neasistovaným výskytem některých jevů často úspěšně mobilizována pro podporu některých technologií AR, např. pro využití dárců spermatu. Jak řekl jeden z lékařů: „V populaci má, především díky nevěrám žen, až třicet procent dětí jiného biologického otce než je ten, který je vychovává a který je jako jejich otec oficiálně uveden.“

68.

Otázka otevření či neotevření AR i lesbickým párům je u nás zatím okrajovou záležitostí. Mnou uváděné informace o úspěšných lesbických párech jsou z tisku, při rozhovorech všichni na mou otázku, komu je AR určena případně komu by mohla či měla být, zmiňovali pouze heterosexuální páry. Rozdíly panovaly v tom, zda zahrnout jen manžele nebo i nesezdané partnery. Samotné ženy a lesbické dvojice nebyly vůbec uváděny.

69.

Zatím jsou samotné ženy či lesbické páry v praxi AR jen částečně začleněny do programů využití darovaného spermatu metodami umělé inseminace případně mimotělního oplodnění. [17] Díky podobě s metodou náhradního mateřství není dnes možné žádat o tzv. sdílené lesbické mateřství, kdy jedna z žen daruje vajíčko, které je po oplodnění spermatem dárce vloženo do dělohy druhé ženy, která jej donosí a porodí. Některé nové metody AR nabízejí další stupeň začlenění – sdílené genetické mateřství nebo otcovství homosexuálních párů. Techniky jsou v počátcích, ve stádiu testování a jde o něco, co by velmi výrazně změnilo chápání „přirozeného“ rodičovství. Vývoj v této oblasti proto mimo jiné souvisí s tím, jak se bude postavení homosexuálních dvojic a jedinců vyrovnávat s postavením heterosexuální populace a zda bude posilovat či oslabovat primárnost genetické, pokrevní vazby jako základu rodičovství.

Neplodnost jako nemoc: nemoc jako spojenec

70.

V úvodu jsem si položila otázku: Kdo smí participovat? Kteří uchazeči a uchazečky o AR jsou úspěšní a kteří ne? S kým se to vlastně počítá v očekávané chronologii reprodukce? S páry, nikoli jednotlivci. S muži jakéhokoli věku a s mladými ženami. S ženami a muži, kteří žijí v dlouhodobějším heterosexuálním svazku, ne s homosexuálními jedinci či páry. Kromě nich se ještě mohou účastnit anonymní dárce a dárkyně. Některé formy asistence, způsoby distribuce rizik spojených s reprodukcí, nejsou povolené – příbuzenské darování vajíček či spermií, náhradní mateřství. Mnohem více požadavků je kladeno na ženy. Ženy musí dokazovat svou způsobilost k mateřství. Pouze silné individuální příběhy legitimují mateřství samotných žen či lesbických párů. Ženy se musí podřizovat společenským definicím žádoucího mateřství a v určitém věku na snahy o otěhotnění rezignovat.

71.

V technologiích AR nejsou tyto „správné“ kategorie účastníků předem vepsány. Když to zjednoduším, pak AR předjímá pouze ženu s dělohou, vajíčka (tedy tutéž nebo další ženu), spermie (muže), laboratoř s přístroji, kultivačními médii, řízenou atmosférou, lékaře a embryology. Praktické naplnění kategorií není dáno – kdo bude moci být nazýván pacientem, komu bude dítě říkat mami a tati, jaké mají být vztahy mezi rodiči, je vyjednáváno až v praxi AR. Toto vyjednávání v ČR vedlo k ustavení určitých, více či méně pevných, dodržovaných i občas překračovaných hranic neplodnosti. V takto ohraničeném prostoru se zatím nacházejí *heterosexuální páry, kde ženy nepřekročily věkovou hranici čtyřiceti, resp. čtyřiceti osmi let.*

72.

A na čem tyto páry vlastně participují? Jaká neplodnost je popisována – stávají se z úspěšných uchazečů o AR pacienti? V předcházejícím textu se objevilo hned několik podob neplodnosti, některé explicitně, jiné implicitně. Je tu *neplodnost medicínských indikací*, ta nejsnadněji lokalizovatelná do těla ženy či muže: do neprůchodných vaječníků, do nedostatečného počtu spermií. Tato neplodnost se nejvíce blíží definici nemoci. Někdy se ale nepodaří odhalit příčiny, potom se mluví o *neplodnosti jako nemoci páru*, výsledku soužití konkrétního muže a ženy. Zde už je spojení s nemocí slabší, neplodnost není vidět (jako srůsty vaječníků na ultrazvuku), vidět je až bezdětnost páru. Mnozí lékaři i etici v této situaci citují definici Světové zdravotnické

organizace (WHO), podle které je nedobrovolná bezdětnost považována za nemoc.^[18] Pak tu máme *neplodnost jako patologii*, nepřirozený stav odporující přirozenému stavu plodnosti (člověka jako živočišného druhu). Bez ohledu na příčinu. Rétoriku neplodnosti jako patologie či nemoci se někdy daří udržet i u lesbických párů, kde chybí jeden ze základních předpokladů tří předcházejících definic – heterosexuální vztah. Je *výsledkem použití technologií AR* – pokud sperma zdravého dárce ženu neoplodní, je u ženy diagnostikována nevysvětlitelná neplodnost a je zapojena do medicínského protokolu dalších metod AR. Pak je tu definitivní neplodnost. Ta, která zůstává po vyčerpání všech možností AR, *neplodnost jako zbytková kategorie*.

73.

Ve všech těchto případech je *neplodnost různými způsoby propojena s nemocí*. Navazující otázka zní, která z těchto neplodností je chápána jako taková nemoc, která by měla být hrazena ze zdravotního pojištění. Která si zaslouží solidaritu ostatních pojištěnců. Kam sahá hranice nemoci?, ptá se v jednom článku Martina Riebauerová (1996). Mobilizuje neplodnost jako nepřirozenou patologii, jako situaci těch, kdo *prohrávají v boji s přírodou* (i příroda může být nepřirozená):

Rozvoj lékařské vědy, stále dokonalejší v možnostech stvořit lidskou bytost, zdokonalit ji zásahem do genů či prodloužit jí život, je fascinující. A zároveň z něj běhá mráz po zádech. Otázky, jež navozuje, nejsou jen etické, ale i ekonomické. [...] Ptejme se, čím vším můžeme a také chceme být jako plátcí povinného pojištění solidární s těmi, kteří prohrávají v boji s přírodou. [...] Neschopnost počít dítě neohrožuje život, umělé oplodnění zase není léčbou. Máme se však zcela otočit zády k těm, jimž příroda nepřála a pro něž je představa nemít dítě totéž, co pro jiné nemoci dýchat?

74.

Někteří odpůrci AR nezpochybňují status neplodnosti jako nemoci, ale status AR jako léčby. AR neplodnost neléčí, i po provedení jejích metod pár zůstává neplodný, tj. neschopný počít dítě „přirozenou“ cestou. AR tedy nenabízí návrat k přirozenému stavu plodnosti, ale *obchází* problém. Je jedním z možných řešení bezdětnosti, nikoli úspěšnou terapií neplodnosti.

Ono vůbec termín léčba neplodnosti je velmi zavádějící, u IVF nejde o léčbu neplodnosti, protože ten manželský pár zůstane stejně nadosmrti neplodný, prostě sám nepočne dítě, to je obcházení určitého problému a vytvoření jakési náhrady toho, co by mělo přirozeně vzniknout, někde mimo ten manželský pár a jaksi dosazení toho do té rodiny. Není to léčba neplodnosti. (členka Hnutí Prolife)

75.

Způsobů, jak neplodnosti připsat status nemoci, je více a jsou různě úspěšné. Existují i snahy opačné – odebrat jí tento status. Nejsou však příliš časté. Přes občasné pochybnosti nad mírou, do jaké je neplodnost tradičně chápána nemocí, má tato své poměrně jasné místo v medicínském diskurzu. Je součástí skript, učí se o ní medicí, píše se o ní na webových stránkách zabývajících se zdravím, nemocemi a léčbou, píše se o ní v novinových rubrikách Zdraví či Věda a technika. Spojení s medicínou je pro neplodnosti (a tedy AR) důležité – je to známý a silný diskurz, který není zpochybňován. Spojení s ním znamená, že některé věci už není nutné vysvětlovat a vyjednávat. Bývá výhodnější než spojení s vědou, kde se mluví o experimentech, kde se věci teprve zkouší.

76.

Pro koho je toto spojení výhodné? *Kdo vyjednává hranice neplodnosti?* V úryvcích, které jsem analyzovala, promlouvali hlavně lékaři, jejich texty, jejich citace v novinách. Ale také členové etických komisí, členka Hnutí Prolife, příběhy pacientů, statistiky, zákony. Lékaři (a embryologové) nerozhodují sami – jsou ale často označeni za konečné arbitry. Je jim přisouzena

hlavní zodpovědnost a moc. Tato jejich pozice je mimo jiné založená na výše uvedeném spojení s medicínským diskurzem. Nejdůležitějším spojencem je ale nemoc. Neplodnost jako nemoc – nemoc jako spojenec. Je to zvláště určité širší pojetí neplodnosti jako nemoci. Nejenže je neplodnost nemocí orgánů (těla), nepřírozeným stavem soužití muže a ženy, je to především *epidemie neplodnosti*. V novinách velmi často čteme tyto a podobné titulky: „Plodnost mužů se prudce snižuje“, „Početí? Stále větší problém.“ Nebo „Neplodných párů stále přibývá“ ([Grosmanová 2001](#); [Lesáková 2001](#); [Kobesová 1999](#), zvýraznění autorka).

77.

Tato neplodnost jako nemoc, která začíná nabývat rysů epidemie, je základnou, ze které lze mobilizovat mnohem širší síť. Lze na svou stranu získat například stát. Neplodnost je (v kontextu stárnutí populace) socioekonomický problém, stát by proto její léčbu (AR) měl podporovat.

Neplodnost určitě nemoc je, protože nedobrovolně neplodný pár je prostě pár nemocný. Dobrovolně neplodný, to je něco jiného. Nechápu, proč by stát neměl nějakým způsobem podporovat tuto léčbu. Navíc klesá porodnost, takže každé dítě, co se narodí, tak zaplatí pánbůh za ně. V podstatě ta snaha toho státu by měla být taková, že všechno, co vede k reprodukci, by měl nějakým způsobem preferovat. (embryoložka 4)

78.

Stát, ministerstvo či poslanci ale nemají být hlavními rozhodovateli o praxi AR. Rozhodovat by měla veřejnost. Nebo spíše, za (laickou) veřejnost by měli rozhodovat odborníci – lékaři.

Otázka zůstává, zda je parlament k projednávání takového problému [speciální zákon o AR] vůbec to pravé místo. Demokracie má své meze. V parlamentu sedí laici, kteří se zabývají nejméně stovkou jiných důležitých věcí. [...] Ne všichni si uvědomují, že rozhodnout o umělém těhotenství může být těžší než třeba rozdělit republiku. ([Čermák 1995](#))

79.

Odpovědět na otázku, kdo rozhoduje, jednoslovně – lékaři – není tak úplně přesné. Jsou to sice často oni, na které je delegována odpovědnost, jejichž rozhodování je činěno explicitním, hlavním. Vidíme ale, že lékaři sami mobilizují mnoho různorodých pomocníků, že do procesu rozhodování vtahují mnohé aktéry: zákony, statistiky, pacienty s jejich příběhy, epidemii neplodnosti, stát a jeho pravomoci, instituce demokracie a jejich meze. Bez těchto spojenců by moc lékařů rozhodovat a jednat značně zeslábla nebo možná i zmizela.

80.

Jakými způsoby lékaři mobilizují výše uvedené spojence? Jak jsou vyjednávány kategorie úspěšných a neúspěšných uchazečů? Jak neplodnost nabývá statusu nemoci a AR statusu léčby? V předcházející analýze jsem pojmenovala několik převažujících diskurzů.

81.

Jedná se o různé formy *diskurzu jednoho hlasu* – ten je mobilizován ve snaze připsat odpovědnost a kompetence rozhodovat na vědu, přírodu či společnost, a to často v situacích, které jsou nebo by se mohly stát kontroverzními. Zároveň jsou tyto oblasti konstruovány jako pevné, objektivní a vzájemně oddělené celky. Věda ví, jak vzniká člověk. Příroda ví, do kdy se žena může stát matkou. Společnost se rozhoduje, zda se žena může stát náhradní matkou. Mnoho podob na sebe také bere *diskurz přirozenosti*, který umožňuje normalizovat praxi AR a různými způsoby „smiřuje“ laboratoř s přírodou či společností nebo např. spojuje neplodnost s nemocí. Dále je častý *diskurz individualizace (dopadů)*, a to zvláště v situacích, kdy je potřeba dosáhnout

výjimky z univerzálních pravidel pro poskytování AR, např. zahrnout lesbické páry. Biografie se může v určitém kontextu stát silnější než společnost s jejími pravidly a historií. Naopak v situaci, kdy je cílem posílit univerzalitu pravidel a jednoznačnost rozhodování, je užíván *diskurz hierarchizace příčin* (kauzální řetězec příčin neplodnosti začínající často u genetického jádra) a *diskurz instrumentalizace* (právnícké či medicínské). Oba tyto „technické“ diskurzy mají mimo jiné předcházet vzniku kontroverzí a sporů. Konečně v mnoha různých situacích je mobilizován *diskurz kvantifikace*. Často ve snaze narýsovat jasnou hranici (např. věkovou) oddělující úspěch od neúspěchu, ženy, které se mohou stát matkami, od žen, které by na mateřství měly rezignovat. A podílí se také na popisu neplodnosti jako epidemie.

82.

Tyto diskurzivní strategie jsou typické pro celou oblast AR a vyjednávání jejich hranic. Užívají je v různé míře všichni: lékaři, právníci, etici, pacienti. Objevují se v novinových a odborných článcích i v zákonech. Nedají se spojit vždy jen s jednou skupinou, s jedním typem textů. Užívám je v tomto článku vlastně i já.

Závěrem

83.

Neplodnost jistě existovala před asistovanou reprodukcí, před tou, jejíž historie začala na sklonku 70. let ve Velké Británii. Existovaly a stále existují mnohé definice. Dlouho převažovala ta, která její příčinu spatřovala pouze v ženách. Neplodnost byla znakem nedostatečnosti žen, jejich nižšího statusu. Existovaly a stále existují i mnohé formy asistence. Ta praxe asistované reprodukce, kterou jsem se v tomto článku zabývala, posiluje určitou definici neplodnosti jako nemoci a tím zároveň svůj status jako léčby. Neplodnost je situována do těla ženy či muže, na úroveň genů i psychických problémů, je popisována jako důsledek zhoršujícího se životního prostředí a určitých životních stylů, jako důsledek emancipace žen i nevhodného oblékání mužů. Neplodnost už není definována jako čistě „ženská“ záležitost. Naopak, stále více se mluví o mužské neplodnosti, vyvíjejí se techniky zaměřené právě na její terapii. Léčba ale stále probíhá skrze těla žen – tedy stále více skrze těla zdravých a plodných žen. Z určitého pohledu asistovaná reprodukce „ženský“ obraz neplodnosti nezeslabuje, ale posiluje.

84.

Nové a sofistikovanější metody mimotělního oplodnění počet neplodných snižují (pomáhají stále více párům k dítěti) a zároveň zvyšují (více párů prochází klinikami, neplodnost je více vidět, definice neplodnosti jako léčitelné nemoci se rozšiřuje). Nové metody a výsledky experimentů (teoreticky) rozšiřují okruh potenciálních pacientů daleko za heterosexuální sezdané páry, v praxi (a oficiálně) je ale asistovaná reprodukce omezena právě na ně. Někteří lékaři by zákonem vymezili své pacienty ještě mnohem kazuističtěji. Asistovaná reprodukce stejně tak rozšiřuje pojetí rodičovství, jako konzervuje jednu z jeho „tradičních“ podob. Rozšiřuje i zužuje definici nemoci. Neplodnost je jejím předpokladem, je na jejím začátku, a stejně tak je jejím výsledkem, je na jejím konci. S posilováním statusu asistované reprodukce jako léčby posiluje i neplodnost jako nemoc. S rostoucím počtem klinik a nových metod roste počet neplodných a pacientů. Neroste jen počet vyléčených, ale i těch, kteří přes rostoucí statistickou úspěšnost AR zůstávají neplodní (a především bezdětní).

85.

Medicína a věda, v praxi asistované reprodukce úzce propojené, nejen některé hranice zeslabují, prolamují a odstraňují, ale i jiné posilují a ustavují nové. Před asistovanou reprodukcí byly lesbické a mužské homosexuální páry z (biologické, genetické) reprodukce vyloučeny proto, že předpokladem rodičovství byla kombinace mužských a ženských pohlavních buněk. Nebyl (explicitně a písemně) určen horní věkový limit pro legitimní mateřství. Možnost otěhotnění

končila u žen s funkcí jejich vaječníků, to byl horní limit. S ním končila možnost mužů a žen o těhotenství rozhodovat. S novými metodami lze dosáhnout sdíleného rodičovství homosexuálních dvojic i mateřství postmenopauzálních žen. Nabízejí možnost redefinovat ne-reprodukcí homosexuálních dvojic a postmenopauzálních žen jako medicínskou patologii, jako léčitelnou neplodnost. Předpisy, formální i neformální pravidla, upravující praxi asistované reprodukce jsou ale zatím vykládány v neprospěch těchto uchazečů. Zůstávají na hranici a ještě častěji za hranicí neplodnosti, za dveřmi klinik. Hranice neplodnosti vedou mezi sezdanými a nesezdanými, mezi lidmi s heterosexuální a homosexuální orientací, mezi mladými a starými (ženami).

+++

86.

Článek můžeme uzavřít takto: neplodnost je považována za nemoc, dokonce za nemoc, jejíž výskyt v populaci se blíží epidemii. Asistovaná reprodukce je léčbou neplodnosti a léčí pacienty – heterosexuální páry ve věku přirozené plodnosti. Tento závěr je velmi podobný vymezení, se kterým jsem začínala. Podstatný rozdíl je ale v tom, že jsem se tento popis pokusila ukázat spíše jako výsledek a nikoli jako předpoklad praxe asistované reprodukce. Není definitivní a nevyplývá z podstaty (esence) neplodnosti, vědy, přírody či společnosti. Je to dočasný a částečný konsensus o tom, co je neplodnost, kdo jsou neplodní a jaká je role asistované reprodukce. A také co je příroda, věda a společnost.

Poznámky

1) Tento článek vychází z jedné kapitoly mé diplomové práce nazvané Asistovaná reprodukce: Problém ustavování hranic. Je založen na analýze rozhovorů nasbíraných v období červen 2000 až prosinec 2001, analýze novinových článků (1978-2001), studiu zákonů a dalších relevantních dokumentů a literatury. Tématu asistované reprodukce jsem se také věnovala v článku Otcem po smrti?: Management trajektorií v asistované reprodukci ([Zamykalová 2001](#)).

2) Ne že by se vyjednávalo jen před vstupem na kliniku. Vyjednávání hranic neplodnosti – kdo je legitimní uchazeč, jestli je neplodnost nemoc – je součástí celé praxe AR (provádění metod, vykazování lékařských výkonů v registru, psaní článků). „Před“ vstupem na kliniku se odehrává pro páry a jednotlivce, kteří do ní chtějí vstoupit.

3) Někteří tento argument zpochybňují a ukazují, že sociální status náhradních matek je ve skutečnosti často stejný nebo jen o málo nižší než status páru, se kterým uzavírá smlouvu ([Goslinga-Roy 2000](#)).

4) Tyto ženy však tvoří spíše menšinu, to lze aspoň usuzovat z několika málo terénních výzkumů v této oblasti AR (srov. [Goslinga-Roy 2000](#)). Na rozdíl od jiných metod AR je tato nejen méně prakticky prováděná, ale i méně studovaná. Její popisy a analýzy bývají méně empiricky podložené.

5) Vycházím zde ze dvou rozhovorů – s lékařem, který tehdy o provedení uvažoval, a s členkou etické komise, která spolurozhodovala o osudu embryí.

6) Empiricistní diskurz je podle Pottera ([1996](#)) jednou z tzv. externalizujících technik. Je to rétorická strategie, jejímž cílem je popis reality (působící jako) nezávislý na svém producentovi. Strategie konstruuje „realitu tam venku“ (*out-there-ness*) a nezávislého vnějšího pozorovatele. Je jedním z typických diskurzů vědy, zvláště oficiálních odborných textů. Není však zdaleka užíván pouze vědci. Mezi jeho rysy patří gramatická forma minimalizující účast autora (*pasivum*

– konstrukce neosobnosti), data jsou primární – data jsou aktér (něco říkají, dokládají) a laboratorní či obecně vědecká práce je charakterizována jako podléhající přísným a univerzálním pravidlům. Věda je chápána jako depozitář pevných objektivních faktů. Existuje jedna objektivní realita, ke které máme všichni stejný přístup.

[7\)](#) Všechny provedené rozhovory byly anonymizovány, na své respondenty odkazují jako na lékaře/lékařky či embryology/embryoložky apod., číslo má pomoci rozlišit jednotlivé respondenty. Rozhovory byly doslovně přepisovány, citace byly upraveny do spisovné češtiny.

[8\)](#) O vývoji názorů na nedělitelnost biologického mateřství v Nizozemí píše např. Kirejczyk ([2000](#)). Upozorňuje, že s technologiemi AR umožňujícími dárcovství vajíček a náhradní mateřství končí fakticita a nepopiratelnost mateřství. Podle některých nizozemských právníků by mělo být možné, aby se nejen muži, ale i ženy soudily o rodičovství. Mohlo by být možné popřít nejen otcovství, ale i mateřství. Mateřství, nejen otcovství, by bylo právníkou fikcí. Nepřenositelnost mateřství ve smyslu nemožnosti smluvního podstoupení otěhotnění za účelem porodu a předání dítěte jiným osobám se v ČR věnuje např. Haderka ([1999](#)) či Pilka ([2001](#)).

[9\)](#) Jeden z návrhů zákona (vypracovaný v Sexuologickém ústavu) o AR s náhradním mateřstvím počítá a to ve výjimečných, medicínsky indikovaných případech.

[10\)](#) Poznámky z konference O legislativních aspektech AR v ČR, která se konala 27.4. 2001 v hotelu Praha a kterou pořádalo pražské soukromé centrum AR – Iscare (*Israel Care*).

[11\)](#) To je vlastně třetí věková hranice, dárkyně vajíček musí být podle vyhlášky mladší třiceti pěti let. Jako hlavní důvod je uváděn nárůst geneticky poškozených vajíček u žen nad třicet pět let. Podle některých lékařů a embryologů je to ale hranice do jisté míry arbitrární a lze si představit její posuny v rozmezí od třiceti pěti do čtyřiceti let.

[12\)](#) Diskurz kvantifikace je podle Pottera ([1996](#)) jednou z častých strategií produkce fakticity popisů. Typickým příkladem jsou různé registry. Cílem je, aby statistiky přesvědčily své čtenáře, že realitu věrně odrážejí. Čísla podle Pottera hrají důležitou roli v přesvědčování o pravdivosti popisů. Táž čísla lze různě interpretovat, dopady lze zveličovat i zmenšovat. Mezi různé rétorické konstrukce kvantity patří např. i to, jak jsou statistiky graficky prezentovány.

[13\)](#) V tomto smyslu dochází ke shodě i etická komise Sekce asistované reprodukce (listopad 1999): „Konsensus 2 – neprovdané ženy jsou dávány na úroveň lesbiček.“ Citováno z materiálů poskytnutých jedním z lékařů.

[14\)](#) Pro mužské páry přichází do úvahy klonování (podle některých českých lékařů technika, která se brzy stane součástí AR) nebo techniky mu podobné. Vzniklá embrya by pak mohla donosit náhradní matka. Lze také uvažovat o použití darovaných vajíček sestry jednoho z mužů a jejich oplodnění spermiemi druhého muže. Oba by s dítětem měli genetickou vazbu – jeden jako otec, druhý jako strýc. Obdobnou praxi lze vysledovat i v případě lesbických párů ([Carsten 2000:12](#)). Viz také novinové články: Spermie nejsou k oplodnění nutné ([2001](#)), Muži dostanou šanci počít dítě bez ženy. Díky zkušenostem s klonováním bude možné vytvořit „mužská vajíčka“ ([1998](#)) apod.

[15\)](#) Jen menšina lesbických dvojic přichází s „klasickými“ indikacemi neplodnosti jako jsou např. neprůchodné vejcovody.

[16\)](#) Umělou inseminaci (zavedení spermií tenkou trubičkou do dělohy) lze také chápat jako analogii k pohlavnímu styku heterosexuálních párů. Lesbické dvojice zase často před příchodem na kliniku AR „podomácku“ zkoušejí umělou inseminaci. Viz Oplodnění bez pravidel ([1995](#)).

[17\)](#) V kontextu vývoje metod léčby mužské neplodnosti dochází k poklesu zájmu o darované sperma. I to může v budoucnu přispět k častějšímu přijímání lesbických žen, které by tuto ztracenou poptávku mohly nahradit.

[18\)](#) Za neplodný je považován pár, kde žena do dvou let pravidelného pohlavního styku neotěhotní. Za pravidelný považuje WHO styk dvakrát až třikrát týdně. Úplná shoda však v otázce pravidelnosti nepanuje. Obecně uznávaná psychologická dimenze ne/plodnosti spíše znemožňuje, aby tato intimní oblast lidského soužití byla přísně standardizována. Nepředpokládá se ale, že by AR měla být určena manželům, kteří se doma „míjejí“.

Literatura

CARSTEN, J., ed. (2000): *Cultures of relatedness: New approaches to the study of kinship*. Cambridge: Cambridge University Press

FRANKLIN, S. / Mc KINNON, S. (2000): New directions in kinship study: A core concept revisited. *Current Anthropology*, (41): 275-279

GOSLINGA-ROY, G.M. (2000): Body boundaries, fiction of the female self: An ethnographic perspective on power, feminism, and the reproductive technologies. *Feminist Studies*, 26 (1): 113-141

GINSBURG, F.D. / RAPP, R., eds. (1995): *Conceiving the New World Order. The Global Politics of Reproduction*. Berkeley (USA): University of California Press

HADERKA, J.F. (1999): Právní ochrana statusu dítěte narozeného z lékařsky navozeného oplodňování: co je a co není právně přípustné v České republice. *Právnick*, (6): 217-220

KIREJCZYK, M. (2000): Enculturation through script selection: Political discourse and practice of in vitro fertilization in the Netherlands. In: A. R. Saetnan, N. Oudshoorn, M. Kirejczyk, eds.: *Bodies of technology. Women's involvement with reproductive medicine*. Columbus: Ohio State University Press. Str. 183-206

MULKAY, M. (1997): *The embryo research debate: Science and the politics of reproduction*. Cambridge: Cambridge University Press

MUNZAROVÁ, M. (2000): *Vybrané kapitoly z lékařské etiky II.: Aktuální etická problematika některých lékařských oborů*. (skripta) Brno: Masarykova Univerzita

NERESINI, F. / BIMBI, F. (2000): The lack and the „need“ of regulation for assisted fertilization: The Italian case. In: A. R. Saetnan, N. Oudshoorn, M. Kirejczyk, eds.: *Bodies of technology. Women's involvement with reproductive medicine*. Columbus: Ohio State University Press. Str. 207-238

PFEFFER, N. (2000): Regulating reproduction. In: A. R. Saetnan, N. Oudshoorn, M. Kirejczyk, eds.: *Bodies of technology. Women's involvement with reproductive medicine*. Columbus: Ohio State University Press. Str. 254-277

PILKA, L. (2001): *Bioetické otázky asistované reprodukce*. (z připravované publikace, materiál poskytnut autorem, nestránkováno)

POTTER, J. (1996): *Representing reality: Discourse, rhetoric and social construction*. London: Sage

ŘEŽÁBEK, K. (2001): Hodnocení úspěšnosti v asistované reprodukci. *Česká gynekologie*, 28 (2) (pracovní verze, nestránkováno, poskytnuto autorem)

SEGUIN, E. (2001): Narration and legitimation: The case of in vitro fertilization. *Discourse & Society*, 12 (2): 195-215

van der PLOEG, I. (1995): Hermafrodite patients: In vitro fertilization and the transformation of male infertility. *Science, Technology & Human Values*, 20 (4): 460-482

ZAMYKALOVÁ, L. (2001): Otcem po smrti?: Management trajektorií v asistované reprodukci. *Cargo*, (3-4): 242-279

ZAMYKALOVÁ, L. (2002): Asistovaná reprodukce: Problém ustavování hranic. Diplomová práce. Praha: FSV UK

Novinové články

ANTONYOVÁ, J. (1998): Vymodlené děti. *Květy*, jaro 1998, str. 24-25

ČERMÁK, M. (1995): Děti z montážní linky. Léčba neplodnosti se potýká s etickými i legislativními problémy. *Lidové noviny*, 8. července, str. 1

DOLEŽALOVÁ, J. (2001): Dvě matky a Kryštof. *Reflex*, 1. listopadu, str. 26-28

GROSMANOVÁ, M. (2001): Plodnost mužů se prudce snižuje. *Lidové noviny*, 14. srpna, str. 14

Homosexuální páry mají děti většinou z dřívějších vztahů. (1999): *MF Dnes*, 25. května, str. 13

KOBESOVÁ, J. (1999): Neplodných párů stále přibývá. *Lidové noviny*, 17. února, str. 11

KOMÁREK, M. (1998): Lepší umělé než mrtvé. *MF Dnes*, 22. září, str. 12

LESÁKOVÁ, I. (2001): Početí? Stále větší problém. *MF Dnes*, 9. května, str. 6

Muži dostanou šanci počít dítě bez ženy. Díky zkušenostem s klonováním bude možné vytvořit „mužská vajíčka“. (1998): *MF Dnes*, 22. září, ČTK, str. 13

Oplodnění bez pravidel. (1995): *100+1*, 4, str. 34-35

RIEBAUEROVÁ, M. (1996): Kam sahá hranice nemoci. *MF Dnes*, 6. května, str. 13

RIEBAUEROVÁ, M. / KARÁSKOVÁ, I. (1998): Chcete být náhradní matkou? Zapomeňte: stojí před vámi zákon i etické dilemma. *MF Dnes*, 19. září, str. 1, 4

Spermie nejsou k oplodnění nutné. (2001): *MF Dnes*, 13. července, Reuters, str. 14

SUCHÁ, V. (2001): Lidský osud se do žádných pravidel nevtěsná. „Kdo si vezme na svědomí zakazovat chtěné dítě?“ ptá se ředitel Centra asistované reprodukce. *MF Dnes*, 28. dubna, str. 4

Úředníci uvažují, co pacient zaplatí. (1996): *MF Dnes*, 24. června 1996, str. 4

VAŠÍČKOVÁ, M. (2001): Dítě na stará kolena. *MF Dnes*, 10. listopadu, str. 12

ZAHRADNÍČKOVÁ, H. (1999): Dávám přednost zájmu jedince před zájmem společnosti. *Lidové noviny*, příloha Věda, 17. dubna, str. 1

Zákony, podzákonné normy a doporučení

Návrh zákona o asistované reprodukci (neautorizováno, nedatováno, poskytnuto jedním z lékařů)

Opatření ministerstva zdravotnictví ČSR – Podmínky pro umělé oplodnění (OP-066.8-18.11.82)

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně

Zákon o rodině v posledním znění zákona č. 91/1998 Sb.

Zákon o péči o zdraví lidu v posledním znění zákona č. 167/1998 Sb.

Zákon o Úmluvě o právech dítěte č. 104/1991 Sb.

Zásady postupu při poskytování a vykazování výkonů asistované reprodukce a jejich vazba na minimální standardy pracovišť asistované reprodukce Komise MZ pro IVF (1997)