

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Diplomová práce

**Dárcovství v kontextu nových reprodukčních technologií a jeho dopad
při vytváření příbuzenství**

Linda Šimánková

Plzeň 2015

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Katedra sociologie

Studijní program Sociologie

Studijní obor Sociologie

Diplomová práce

Dárcovství v kontextu nových reprodukčních technologií a jeho dopad

při vytváření příbuzenství

Linda Šimánková

Vedoucí práce:

PhDr. Tomáš Kobes, Ph.D.

Katedra sociologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2015

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

Plzeň, duben 2015

Zde bych ráda poděkovala PhDr. Tomáši Kobesovi, Ph.D., za vedení mé práce, cenné rady a věnovaný čas. Dále děkuji všem respondentkám za poskytnuté rozhovory a samozřejmě bych ráda vyjádřila vděčnost své rodině a blízkým za podporu.

OBSAH

1 ÚVOD	6
2 PŘEKLAD A NOVÉ REPRODUKČNÍ TECHNOLOGIE	8
3 METODOLOGIE	12
4 PODSTATA PŘÍBUZENSTVÍ A REPRODUKCE	14
5 NEPLODNOST A JEJÍ LÉČBA	17
6 NOVÉ REPRODUKČNÍ TECHNOLOGIE – Fakta a úskalí NRT	21
6.1 Dárcovství	26
6.1.1. Kritéria pro výběr dárkyně	28
6.1.2 Anonymita dárcovství	30
6.1.3. Výběr dárkyně	31
6.1.4 Preference dárcyň příjemkyní	33
6.1.5 Motivace a odměny dárcyním	36
6.1.6. Dárcovství z pohledu dárkyně	39
6.1.7. Příjemci darovaného vajíčka či spermí.....	42
6.1.8 Děti z darovaného vajíčka	45
6.2 Náhradní mateřství	48
6.3 Reprodukční kliniky	51
6.4 „Tvorba rodiny“ v kontextu NRT	55
8 ETICKÁ PROBLEMATIKA A ZÁKONY	57
9 ZÁVĚR	60
10 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	63
11 SEZNAM ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ	65
12 RESUMÉ	66

1 ÚVOD

Víme, kdo všechno patří do naší rodiny? A co to vlastně znamená být s někým příbuzný? A co, když jsme adoptovaní nebo z darovaného vajíčka, spermie či embrya? Na základě čeho definujeme náš vztah k lidem, kteří nás vychovali? Budeme smýšlet o tom, jak asi vypadal dárce nebo dárkyně, kteří umožnili naše početí? Naomi Cahn se svých čtenářů ptá, zda vůbec vědí, kdo všechno je součástí jejich vlastní rodiny. Na základě čeho lidé definují své bližní a zda je považují za příbuzné z toho důvodu, že se jim narodili, nebo že si je za příbuzné zvolili. Představme si situaci, že jsme se narodili z darovaného vajíčka. S kým jsme pak příbuzní? S dárkyní, nebo se ženou, která nás vychovala (Cahn 2013:1-3)? V České republice je dárcovství zcela anonymní (Ostró, Pilka, Lešník 2009: 45). Měli bychom pak mít právo vědět, s kým sdílíme geny? Většina lidí o této problematice nepřemýšlí, ale je třeba si uvědomit, že celosvětově je více než jeden milión lidí narozených za pomoci dárcovství (Cahn 2013: 2). Skrze nové reprodukční technologie (dále jen NRT) vznikají příbuzenské vazby, které komplikují sociální, kulturní a ekonomické významy rodiny.

Ve své práci se zaměřím na tvorbu a vnímání příbuzenství v kontextu NRT. Reprodukční kliniky mají tu moc, že neplodný pár promění v plodný. To vše se odehrává v několika fázovém transformačním procesu s pomocí různých zprostředkovatelů, jako jsou lékaři, léčený pár, dárce a další, kteří pomohou neplodnému páru počít. NRT velmi rázně zasahují do přírodní sféry, která byla dříve lidskými silami velmi těžko regulovaná. Tyto společenské techniky manipulují s biologii člověka a zpochybňují tak jasné vymezení příroda versus společnost.

V rámci této procedury se však odehrávají další zajímavé procesy a pro nezainteresované velmi skryté události jako například výběr dárkyně. Ve své práci jsem se soustředila zejména na dárkyně, protože dárcovství vajíček je složitou záležitostí a dotýká se vnímání mateřství, u kterého se předpokládá, že je integrální součástí ženské identity (Slepičková: 2009: 179). Jak se dárkyně

staví k dárcovství? Na základě jakých kritérií jsou vybírány? Má léčený pár možnost zvolit si vzhled nebo jiné vlastnosti své dárkyně? Jak je vlastně taková neplodnost detekována a jak pak rodiče a dárci vnímají dítě počaté s pomocí NRT – dárcovství? To jsou jedny z mnoha otázek, které budu ve své práci analyzovat.

V teoretické části své diplomové práce detailně představím základní princip transformačního procesu v perspektivě Actor-Network Theory (dále jen ANT) a tyto principy vztáhnou k procesům s využitím NRT. V tomto případě se jedná o překladový proces, jenž neplodný pár transformuje do páru plodného. Takový proces samozřejmě neprobíhá sám o sobě, ale ke svému fungování vyžaduje celou řadu zprostředkovatelů, se kterými budu pracovat v následujících kapitolách své práce. Takovým mediátorem může být v procesu překladu téměř cokoliv. Od léčené ženy, dárkyně, využívané buňky, lékaře až po gumové rukavice, které se při vyšetření a chirurgických zákrocích používají (Law 2006: 54-58). Na základě překladového procesu, vymezím nejdůležitější témata, jež budu teoreticky představovat a zároveň je provážu s rozhovory, které jsem prováděla s přímými účastnicemi asistované reprodukce – s lékařkou reprodukční kliniky, s dárkyní vajíček a s čekatelkou na darovaná vajíčka.

2 PŘEKLAD A NOVÉ REPRODUKČNÍ TECHNOLOGIE

Pokud lidé v historii čelili neplodnosti, neměli moc možností, jak svou situaci změnit. Akceptovali ji jako danost, kterou nemohli ovládat. NRT situaci mění a přispívají tak ke zpochybnění v minulosti ustanovených zřetelných rozdílů mezi přírodou a společností (srov. Latour 2003).

Latour přichází s konceptem Ústavy, jenž věří v úplné oddělení lidských od nelidských jsoucen a přichází s hypotézou, že slovo „moderní“ označuje dva odlišné tábory praxí. První z nich pracuje s principem „očišťování“, kdy se od sebe snaží oddělit dvě ontologicky odlišné zóny, na jedné straně zónu lidí, a na druhé zónu nelidských jsoucen. Druhý tábor vytváří prostřednictvím překladu hybridy přírody a kultury (Latour 2003: 48-54). V kontextu NRT se z lidské reprodukce stává hybrid, který narušuje toto klasické rozdělení příroda a společnost. Ve své knize Nikdy jsme nebyli moderní, Latour udává, že hybridů je v současném světě nespočet. Příkladem mohou být aktuální zprávy, ve kterých se dozvídáme, že díra v ozónové vrstvě se neustále zvětšuje, že lesní požár ohrožuje vzácné druhy, které chtějí ochránci zvířat zachránit. V novinách je možné nalézt velké množství hybridních článků, ve kterých se mísí věda, politika, ekonomie, technika, náboženství a další. Hybridem se můžeme stát i my sami, pokud se budeme stavět napříč různými vědeckými disciplínami. Můžeme se stát polovičními inženýry, polovičními filozofy a tak dále. Dalším příkladem může být Pasteur a jeho práce s mikroby, díky čemuž přispěl k objevu antibiotik a dnes tak má lidstvo možnost léčit nemoci, na které by se dřív běžně umíralo. Příroda s kulturou se snoubí den co den a v tom spočívá moderní paradox. Jakmile zkoumáme hybridy, střetáváme se směsí přírody a kultury. Tyto jevy však podle Latoura vedou ke generování paradoxů. První z nich předpokládá, že příroda není naší konstrukcí a je imanentní, kdežto společnost naší konstrukcí je. Druhý z nich udává, že příroda je uměle vytvořena v laboratoři a společnost není lidskou konstrukcí (Latour 2003: 11-17). Latour tedy přichází s určitou hypotézou, že prostřednictvím překladu, ve kterém svou roli sehrávají různí zprostředkovatelé, dochází k tvorbě hybridů, které zahrnou jak lidská, tak nelidská jsoucná. A tato praxe je pro mou práci důležitá, neboť

využívá řetězce, kterým spojuje celou řadu zdánlivě nesouvisejících záležitostí a dochází tak k překladu z biologického do sociálního a naopak. Takovým hybridem může být například zmražené embryo.

NRT jsou právě příkladem takového stírání jasného rozdílu mezi přírodou a společnostmi, kdy není možné určit, kdo nebo co jedná. Zda jedná sféra přírody (spermie, vajíčko, embryo, těhotenství), nebo sféra kultury (lékaři, pár, metody NRT apod.). Jsou to lékaři, kteří ženě implantují do dělohy embryo, nebo je to spermie a vajíčko to, co jedná?

V tomto smyslu můžeme nazírat metody asistované reprodukce jako určité zprostředkovatele, které jednotlivé aktéry transformují. Příkladem může být fakt, že se z neplodné ženy stane plodná a tak dále. Problematikou překladu promýšlí John Law (2006), který tento proces ilustroval na několika případech z praxe, přičemž jeden z nich byl z prostředí reprodukční medicíny. ANT předpokládá, že aktéry v překladatelském procesu mohou být i nelidská jsoucná. Law udává jako příklad překladového procesu práci Charis Cussins (1998), která ve svém výzkumu ukázala, jak se lidé v kontextu NRT stávají objekty. Cussins argumentuje tvrzením, že není nutně nehumánní jednat s lidmi jako s objekty a předpokládá, že tento postup může být zásadní při tvorbě subjektivity. Dodává, že páry musí při léčbě neplodnosti projít tzv. čtyřmi stádii, přičemž všechny z nich mají něco společného s objektivací. Prvním z nich je gynekologické vyšetření ženy. Tělo je doslova podrobena inspekci pod dohledem lékaře a pečující sestry. V rámci vyšetření jsou využívány různé nástroje, gumové rukavice. Ošetřující gynekolog také diskutuje se svou pacientkou a pozornost je soustředěna především na vnitřní reprodukční orgány ženy a nástrojem objektivizace se stávají právě dříve zmíněné instrumenty a komunikace při vyšetření. Druhým stádiem je ultrazvukové vyšetření pacientky, které se snaží zaznamenat ovulaci, cysty, těhotenství a další. V tomto případě je více objektivací. Třetím stádiem je diagnostická operace, při které lékaři laparoskopicky vyšetřují dutinu břišní a hledají příčinu neplodnosti, nebo odebírají vajíčka. Protože je pacientka pod narkózou – v nevědomí, nehraje zde aktivní roli. Lépe řečeno – její tělo zde sehrává aktivní roli, nikoliv vědomí. Zde

je objektivace uskutečněna. Ve čtvrtém stádiu je pacientka upozadována, neboť pozornost je věnována procesům, které probíhají zcela mimo lidské tělo. Vajíčka a spermie se setkávají ne v lidském těle, ale ve zkumavce – při in vitro fertilizaci. V rámci této fáze embryologická laboratoř i tělo pacientky mizí a místo toho jsou přítomny objekty, které „přináleží“ tělu léčené ženy a také tělu dárce nebo dárkyně. Mimo tělo se setkávají spermie s vajíčkou a mimo tělo také vznikají embrya. Tuto fyzickou separaci od lidských těl Cussins nazývá „ontologií propojení“ mezi částmi těla a pacienty. Je to integrální součástí trajektorie, která povede zpátky k „normálnímu“ těhotenství (Cussins 1998: 575-610). Vajíčka a embrya tedy náleží pacientce, nebo lépe řečeno – jsou upraveny tak, aby jí náležely. Na základě jistých okolností jako je například úspěšné těhotenství, se tento proces objektivace – proměna pacientky na soubor objektů pozitivně protíná s konstrukcí její vlastní subjektivity. Příkladem může být právě prožití těhotenství, které je důležitou součástí života ženy. Law udává, že práce Charis Cussins představuje určité rozdíly v překladu – představuje zájem v neslučitelnosti: mezi objektivací a subjektivitou (Law 2006: 54-58). Tento přechod je podstatný z toho důvodu, že ženám v procesu léčby NRT není přiznána subjektivita. Lékaři se v určitých případech ptají pouze těla a je zajímavé tyto postupy sledovat v kontextu reprodukční medicíny, která pracuje s neplodností, jež je svým způsobem velmi subjektivní záležitostí, neboť se jedná o nepříjemnou diagnózu, se kterou lidé nějak pracují a prožívají ji. Pro Lawa je práce Charis Cussins příkladem několika fázového překladového procesu, který začíná základním gynekologickým vyšetřením, pokračuje diagnostikou a zakončen je mimotělním oplodněním (Law 2006: 54-58).

V praxi to funguje tak, že pár přijde k lékaři s tím, že se jim nedaří počít dítě. Následuje diagnostika neplodnosti, různá vyšetření, konzultace s lékařem, určí se vhodná metoda léčby – IVF, dárcovství a další (Řežábek 2014: 12-15). Figuruje zde tedy složitá síť, ve které společně jednají jak lidské aktéři (pár, lékaři, dárci), tak nelidské (spermie, vajíčka, zkumavka, nástroje) a tato síť postupně transformuje neplodný pár v plodný. Pokud je pro léčbu páru doporučeno využít

metody dárcovství, začne se na základě určitých kritérií postupně rozhodovat o tom, kdo je a kdo není vhodný dárce.

Indikace a léčba neplodnosti zpochybňuje západní koncepci vnímání příbuzenství, která pracuje s představou biogenetické vazby rodičů s dětmi (Skupnik 2010: 24). NRT svým působením takovou vizi rozvrací a zároveň roztírají hranici mezi přírodou a společností. Důležitou roli v NRT hraje právě dárcovství, v němž do lidské reprodukce vstupuje třetí aktér. V případě mé diplomové práce je to dárkyně, která je s postupem času podrobena také objektivaci a její role je tak „redukována“ pouze na darování vajíčka s nějakými genetickými vlastnostmi (Cahn 2013: 52). A právě na těch je zajímavé sledovat, jak lidé smýšlejí o vytváření rodiny a příbuzenství.

Má práce bude vycházet z překladového procesu v kontextu NRT, neboť se v následujících kapitolách budu postupně věnovat fázím tohoto řetězce, které budu analyzovat na základě relevantní literatury a doplňovat je svými zjištěními. Nejprve se budu věnovat podstatě vnímání příbuzenství. A pak ve své práci popíši, jak vypadá reprodukční medicína v praxi. Začnu s detekcí neplodnosti, která je spouštěčem celého řetězce, dále přejdu k druhům NRT a detailně se budu věnovat procesu dárcovství, kterému jsem přizpůsobila i výběr respondentek, díky nimž jsem měla možnost realizovat praktickou část svého výzkumu. Posléze se budu věnovat tématu rodiny, ve které je dítě z darovaného vajíčka či spermie. Samozřejmě bude i etická problematika reprodukční medicíny.

3 METODOLOGIE

Dárcovství je unikátní metodou NRT, díky které vstoupí do rodiny někdo třetí, kdo neplodnému páru poskytne genetický základ pro jejich dítě – vajíčko či spermii. Z „klasické“ rodiny se najednou stává rodina, jež žije život společně ještě s někým „třetím“, kdo by sice měl stát zcela mimo ně, ale jeho existence vznáší celou řadu otázek, se kterou se mohou rodiny potýkat celý život (Ehrensaft 2005: 2). V praktické části své práce jsem se zaměřila na osoby, jež mají s procesem dárcovství v NRT bezprostřední zkušenost – tzn. na dárkyni, příjemkyni a lékařku, se kterými jsem provedla rozhovory. U dárkyně a příjemkyně jsem se soustředila především na jejich prožitou zkušenost a jejich postoje, proto jsem zvolila hloubkové rozhovory, jejichž záměrem je především porozumět dotazovaným a nechat je vyprávět jejich příběhy, pocity a všimnout si významů, které přidělují svým prožitkům (Seidman 2013: 9). S lékařkou jsem mluvila zejména o fungování reprodukčních center, metodách NRT, neplodnosti a o praxi klinik, proto jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, ve kterém jsem již měla dopředu připraven seznam otevřených otázek (Leech 2002: 665). Snažila jsem se prostřednictvím rozhovorů odhalit, jakým způsobem smýšlí jednotliví aktéři o příbuzenství, o rodině, jak probíhá samotný proces dárcovství a jak fungují reprodukční kliniky v českém prostředí.

Provedla jsem celkem tři rozhovory se třemi respondentkami, které mi poskytly nezávislé informace o chodu na třech rozdílných klinikách a především mi zprostředkovaly svou osobní zkušenost s procesem dárcovství. Mé otázky směřovaly hlavně na proces asistované reprodukce a na vnímání příbuzenství v kontextu NRT. Nicméně rozhovory probíhaly spíše jako běžná konverzace, kde se často témata měnila. Je samozřejmé, že každá konverzace se dotýkala trochu jiné perspektivy asistované reprodukce. Například příjemkyni jsem nejprve poprosila, aby mi vyprávěla svůj příběh od samého začátku, popsala své pocity po diagnostice neplodnosti a přiblížila mi fungování reprodukční medicíny v České republice. V rámci těchto otázek jsem se také soustředila na vnímání třetí osoby v reprodukci – dárkyně. Má další respondentka – lékařka mi poskytla informace o NRT, o chodu na klinice, využívání jednotlivých metod a o

detekci neplodnosti. S dárkyní jsem se soustředila na samotný proces dárcovství, kde mě zajímal průběh, absolvovaná vyšetření, kritéria, která musela splňovat a také jsem se zajímala o to, jakým způsobem nahlíží potenciální existenci dítěte, jež nese její geny a příjemce. Rozhovory zkrátka neměly pevně danou strukturu. Snažila jsem se spíše o to, aby vše probíhalo v přátelské a uvolněné atmosféře. Všechny rozhovory trvaly zhruba kolem dvou hodin.

Respondentky jsem hledala prostřednictvím svých sociálních sítí a internetových diskuzí. Dárkyni a lékařku jsem sehnala s pomocí přátel a známých a s příjemkyní už to bylo složitější. Nejprve jsem neúspěšně zkusila oslovit několik žen na diskuzních fórech. Nebylo to jednoduché, protože řada z nich vystupovala anonymně a nebylo možné jim poslat soukromou zprávu. Často má žádost o spolupráci zůstala bez odpovědi nebo mi bylo nabídnuto zodpovězení otázek prostřednictvím e-mailu. Naštěstí jsem po nějaké době našla diskutující, která o tomto problému otevřeně psala na veřejném fóru a vyšla mi vstříc a mohly jsme pokračovat v naší konverzaci i osobně.

Rozhovory jsem prováděla v podzimních měsících v klidném a nerušeném prostředí. Své respondentky jsem poprosila o souhlas s nahráváním výpovědí a ujistila je o anonymitě výzkumu. Jejich jména jsem v práci nahradila pojmy „dárkyně“, „příjemkyně“ a „lékařka“. Se všemi jsem zůstala v kontaktu i po skončení výzkumu.

Základem pro analýzu dat bylo neustálé pročitání přepsaných rozhovorů, kde se postupně začala rýsovat stěžejní témata pro mou diplomovou práci. Rozhovory jsem analyzovala neustálým pročitáním, kdy jsem si všímala zajímavých záležitostí, které jsem se snažila propojovat s jednotlivými fázemi překladového procesu.

4 PODSTATA PŘÍBUZENSTVÍ A REPRODUKCE

Dříve než se začnu věnovat samotnému procesu asistované reprodukce, je třeba představit základní charakteristiky vnímání příbuzenství a rodiny, protože NRT ve svém důsledku zasahují do příbuzenského systému a je tedy třeba danou problematiku zmínit.

Lidé ve svém počtu potřebují řád, aby život ve světě byl smysluplný a srozumitelný. Příbuzenství je v tomto smyslu možné nazírat jako systém klasifikace, v jehož kategoriích má každý svou příbuzenskou roli a s tou se pojí určitá očekávání a chování. Příbuzenství se běžně chápe jako nevyhnutelný a přirozený aspekt reprodukčních charakteristik. Podle této definice, by příbuzenský vztah měl být podstatou reprodukce, ale tato teze nemusí platit všude, protože pracuje s předpokladem, že se lidé reprodukují, ale způsoby a představy o reprodukci se liší. Z toho důvodu jsou koncepty prokrece a úlohy mužů a žen rozdílné. Nějakým způsobem rozumíme reprodukci my v kontextu naší kultury, jiným způsobem to vnímají například Trobriandští ostrované, podle nichž má početí na svědomí duch předka, jenž vstoupil do ženy. Představy o podstatě reprodukce jsou různé a stejně tak jsou různé představy o podstatě vztahu mezi rodiči a dětmi, ale zároveň je nutné dodat, že tento vztah je rozeznáván univerzálně. Rodiče jsou si se svými potomky všude na světě bližší, než s ostatními členy svých komunit. Tento fakt je zapříčiněn tím, že existuje univerzální představa o předání určité substance, která je společně sdílená. Pojetí této substance je opět napříč kulturami rozdílné. Například na západě je charakterizována sdílením společných genů a krve jak rodiči, tak dětmi. V naší společnosti věříme, že geny a krev jsou tím, co předci předávají svým potomkům, a proto příbuzenství nazýváme jako pokrevní (Skupnik 2010: 22-24).

Západní kultura se vymezuje předpokladem, že sociální aspekty rodičovství se odvíjejí od primárních biologických zákonitostí lidské prokrece. Jiné kultury zase upřednostňují spíše sociální vazby. Naskýtá se otázka, která z představ o lidské reprodukci je ta správná. V západní koncepci je příbuzenství vymezováno na základě určité krevní, genetické vazby. Ačkoliv je současná nauka o prokreaci v západní společnosti všeobecně a vědecky přijímána, přesto

v ní lze shledat nedostatky. Teorie může být nabourána například fenoménem zmizelých dvojčat a tzv. chimérismem. Může se stát, že v rané fázi vývoje obě embrya v děloze splynou a narodí se tak jedinec, který má dvě odlišná DNA. Stává se tedy „chimérou“, jež vykazuje znaky své vlastní a znaky zmizelého dvojčete. Jaroslav Skupnik v této souvislosti upozorňuje, že došlo k případu, kdy žena potřebovala transplantaci ledvin a její synové podstoupili jakožto možní dárci genetické testy, které prokázaly, že pouze jeden ze synů je biologický. Ale jak to bylo možné, když všechny tři děti počala, odosila a porodila? Ukázalo se, že její pohlavní buňky byly odlišného původu než zbytek těla a obsahovaly genom její nenarozené sestry (Skupnik 2010: 45-47). Takové vnímání příbuzenství je zpochybňováno například i NRT, jež mnohdy využívají genetické informace osob, které s největší pravděpodobností dítě vychovávat nikdy nebudou. Příkladem je právě dárcovství, které umožní neplodným párům počít dítě. Znamená to pak, že páry vychovávající děti s jiným genetickým kódem nejsou rodinou?

Euro-americké společnosti primárně definují příbuzenství na základě biologické podstaty a sekundárně na základě sociálně definovaného vztahu. Tato definice vytváří z příbuzenství určitý hybrid, jenž je tvořen na jedné straně společností a na druhé straně biologii. Příbuzní mohou být na základě genů a krve, nebo na základě manželství a proces prokreace je nazírán jako aspekt biologie, nikoliv společnosti. Ale je třeba si uvědomit, že tento proces je v současné společnosti dalším hybridem, neboť lidé již mají možnosti, jak do tohoto - dříve čistě biologického aktu vstupovat. Příkladem mohou být právě NRT, které vnášejí další nejasnosti do distinkce mezi biologickým a sociálním rodičovstvím. Co je tedy přirozené? Asistovaná reprodukce vytváří biologické rodiče jakožto specifickou kategorii, protože přirozená fakta prokreace jsou řízena technologickými a medicínskými postupy. Sociální fakta příbuzenství jsou zas řízena legislativně – příbuzenství je tedy v případě NRT řízeno dvojím způsobem (Strathern 1992 16-20). Při početí hraje důležitou roli jak matka, tak otec. NRT tento koncept narušuje a je v této situaci dobré si všimnout, jak příjemkyně, které jsou neplodné, uvažují o identitě svého potomka.

Příjemkyně: *„Pro mě je furt lepší mít to dítě napůl moje... I kdyby se pak něco stalo. V pubertě se naštvou a začnou ti něco vyčítat... A takhle jsem si vždy říkala.. Co kdybych se do té situace dostala... Tak jako dobrý, no. Já mu nemůžu říct, že jsem jeho máma biologická, ale může v tu chvíli se za mě postavit manžel a říct, ale můj jsi.. A nějakým způsobem tu situaci urovnat... Že ten jeho argument vůči mně, nemůže použít na toho tátu.“*

Má respondentka – příjemkyně klade důraz na biogenetickou souvislost, kterou díky životním okolnostem limituje ve prospěch otce. Má respondentka – dárkyně zase zdůrazňuje význam výchovy a zároveň zmiňuje opět implicitně předpokládanou biogenetickou souvislost, která je manifestní ve fyzickém vzhledu.

Dárkyně: *„Není to úplně nepříjemný pocit... Jako já si myslím, že rodič je ten, kdo to dítě vychová, takže tohleto nevnímám jako nijak špatně.. Jako občas.. Možná by mě zajímalo, jak ty děti vypadaj. Já mam třeba docela výrazný rty, tak jestli maj ty rty po mně, nebo malej nos, ale to je asi konečná.“*

Příjemkyně zmiňuje, že díky genetickému poutu může otec disponovat vyšší autoritou vůči dítěti. Dárkyně sice vyzdvihuje důležitou úlohu výchovy, ale zároveň promýšlí biogenetickou souvislost na základě vizuální podoby. Nyní se ve své práci zaměřím na první fázi překladového procesu, ve které je třeba definovat a diagnostikovat neplodnost, jež spolu se svými důsledky může chápání příbuzenství a prokreace v západních společnostech zpochybnit.

5 NEPLODNOST A JEJÍ LÉČBA

Neplodnost byla dříve vnímána jako danost, se kterou nebylo možné pracovat. NRT však takovou skutečnost změnila a lidé se v rámci asistované reprodukce stávají součástí širokého komplexu vyšetření a postupů, které vedou k diagnóze a k léčbě. Lékaři mají možnost zjistit, proč to tak je a navrhnout vhodné řešení. V této kapitole se budu snažit popsat postupy, jakými je člověk transformován v neplodného. Neplodnost je velkým strašákem párů už jen z toho důvodu, že zcela převrací jejich přirozené očekávání – očekávání, že se jednoho dne stanou rodiči (Bonaccorso 2009: 38).

Neplodnost se v rozvinutých částech světa stává stále větším problémem. Svůj podíl má nezdravý životní styl, který se pojí s obezitou, kouřením, pohlavně přenosnými nemocemi jako jsou například Chlamydie a další. Zejména v ekonomicky rozvinutých zemích je významným faktorem odklad dětí do pozdějšího věku, kdy dochází ke stárnutí vaječnic. Na základě těchto indicií, přijal Evropský parlament v roce 2008 usnesení, že členské státy EU musí zajistit párům všeobecně dostupnou léčbu plodnosti¹. Páry, kterým se nedaří počít potomka, by měly podstoupit vyšetření spermatu a vyšetření, při kterém zjistí, zda vůbec probíhá ovulace. Ženy, u kterých nedochází k ovulaci, by měly podstoupit hormonální vyšetření. Dále se zjišťuje průchodnost vejcovodů, popřípadě se laparoskopicky odstraňují například srůsty, které mohou bránit přirozenému početí. Na základě výsledků těchto vyšetření by měly být páru podány informace o tom, jaké šance na přirozené početí mají a jak moc je pravděpodobné těhotenství po využití NRT (Ostró, Pilka, Lešník 2009: 9-10). Podle lékařů v České republice je neplodnost detekována ve chvíli, kdy se partnerům nedaří minimálně rok počít.

Lékařka: „Tvrdí se, že neplodnost je definovaná ve chvíli, kdy se nejméně rok partneři snaží o početí. Pokud jim to rok nejde, tak potom teprve se začíná mluvit

¹ Srov. Usnesení Evropského Parlamentu ze dne 21. 02. 2008. [online]. [cit. 18. 04. 2015]. Dostupné z: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2008-0066+0+DOC+XML+V0//EN>

o tom, že by to mohla být neplodnost, ale jen dneska s tím jaká je doba, tak jde o to, co je to snažení se. Protože jestli je to jeden pohlavní styk někdy, kdy jim to vyjde jednou za půl roku, tak ani po roce se nedá potom mluvit o neplodnosti. Musí tam být opravdu ta snaha o to početí.“

Medicína pracuje s konvencionálním pravidlem jednoho roku a teprve pak je pár brán v potaz jako potenciálně neplodný. V tu chvíli následuje další krok – to je hledání příčiny. Jakmile je pár diagnostikován, je možné zahájit léčbu. Diagnostiku by měl provést terénní gynekolog, který pacientům dá doporučení na specializované reprodukční kliniky. To samozřejmě nemusí být pravidlem, protože každé centrum asistované reprodukce má své vlastní postupy.

Lékařka: „Měla by jít k obvodnímu gynekologovi, nebo k lékaři, ale k nám mohou chodit i rovnou. My nepotřebujeme doporučení obvodního lékaře, nebo gynekologa a mohou kontaktovat přímo nás. My tedy budeme chtít případně výpis její gynekologické karty, nebo něco takového, takže tak.“

Čím dříve začne pár svou situaci řešit, tím lépe, protože léčba za pomoci NRT může být náročná a zdlouhavá. Reprodukční medicína se tedy stává nadějí neplodných párů, neboť v současné době je již medicína v tomto oboru natolik vyspělá, že nabízí bezpočet možností řešení. Asistovaná reprodukce je definována jako odvětví medicíny, kde se pracuje mimo tělo člověka s vajíčky, se spermii a s embryi (Řežábek 2014: 10-13).

Jakmile je pár diagnostikován nebo pochybuje o své plodnosti, navštíví reprodukční kliniku. Monica E. Bonaccorso popisuje situaci na italských klinikách, kde potkává rozdílné páry z různých tříd, různého vzdělání, politické orientace a dalších. Ač jsou lidé odlišní, ve výsledku mají mnoho společného. Jsou zde jisté konvence, které obecně následují: nejprve stráví pár let spolu, poté se zasnoubí a svatba následuje po studiích, kdy mají práci, byt a jsou zkrátka zajištěni. Většinou se jedná o páry, kde již oba partneři překročili hranici třiceti let, ale to samozřejmě není pravidlem. Další fází je tedy diagnóza

neplodnosti, která je pro většinu párů velmi krutým ordelem. Následuje šok, neustálé otázky typu „Proč zrovna my?“ (Bonaccorso 2009: 38). V tuto chvíli dochází k promýšlení vlastní subjektivity. Lidé se ptají: „Co je se mnou špatně?“, „Kde jsme udělali chybu?“ a tak dále.

Příjemkyně: „No, bylo to šílený. Rázem si uvědomíš, že když tě někdy napadalo, jaký by to bylo – jako život bez dítěte, že bych náhodou nemohla mít děti – když jsem to někde slyšela u někoho, tak mi to přišlo, že se mě to netýká. Že jako proč, když jsem zdravá, cykly mám normální. Z ničeho v podstatě nevybočuju. Nebylo snadný to zjistit. Jak ti to zjistí, tak rázem se ti celý svět protočí a ty své životní priority uspořádáš úplně jinak.“

Partneři si najednou uvědomí, že život nebude takový, jaký si jej představovali. Neplodnost je skutečně devastující zprávou a lidé jsou častou nepřípravou jí čelit. Je tolik šokující, protože zcela rozvrací běžná lidská očekávání. Očekávání, která jsou vnímána jako něco přirozeného, daného. To, že se spolu dvojice usadí, koupí dům, založí si rodinu. Budoucnost je najednou nejistá. V tu chvíli musí neplodný pár uklidnit medicína, která jim představí alternativní možnosti početí dítěte (Bonaccorso 2009: 35-40). Neplodnost je tedy definována na základě neúspěšné snahy o početí, která trvá déle jak rok. Následující kroky medicíny se snaží najít odpověď na otázku proč tomu tak je. To probíhá prostřednictvím různých vyšetření. Zeptala jsem se lékařky, jaké zákroky musí léčený pár podstoupit.

Lékařka: „Tak mělo by být jasné, že jsou neplodní. Potom samozřejmě se udělá nějaké základní vyšetření u ženy, jako se udělají hormonální profily, AMH test kvůli ovariální rezervě, udělá se samozřejmě gynekologické vyšetření, aby bylo jasné, že tam není žádná jenom obstrukce, nebo něco takového. No a vyšetřuje se i ten partner, protože nás zajímá samozřejmě ten spermioqram, jestli není problém u partnera.“

Má respondentka - příjemkyně popsala s diagnostikou svou zkušenost.

Příjemkyně: „Oni mě diagnostikovali v podstatě krví a zjistili, že mám málo vlastních vajíček. Každá ženská se narodí s určitým počtem vajíček a já jsem například o ty své přišla ve 22, 23 letech. To znamená, že v době, kdy jsem chtěla to dítě, už moc nebyly. Sice ty vajíčka ještě mám, ale moje tělo se chová, jakoby mu bylo 40 let. Ve 28 letech přišli na to, že moje tělo je v podstatě v předčasný menopauze. Že ty vajíčka už jsou vypotřebované, a pokud tam jsou, tak už nejsou tak kvalitní, jako kdyby mi bylo 25.“

Zde je možné si povšimnout příkladu objektivace, neboť diagnóza mé respondentky byla určena z krve. V prvním kroku je důležité detekovat u páru neplodnost. Lékaři ji definují v tu chvíli, kdy se partneři minimálně jeden rok neúspěšně snaží počít. Dalším krokem je diagnostika typu neplodnosti, v rámci níž probíhají vyšetření, která zahrnují krevní testy, testy kvůli ovariální rezervě, spermioqram, hormonální profily, gynekologické prohlídky a další. V tomto smyslu je možné si povšimnout, že dochází k objektivacím, neboť největší pozornost se vztahuje právě na lidské tělo. Jakmile lékaři zjistí důvod, který brání přirozenému početí, mohou přejít k dalšímu kroku – zvolit vhodnou metodu léčby.

6 NOVÉ REPRODUKČNÍ TECHNOLOGIE – Fakta a úskalí NRT

Asistovaná reprodukce je obor medicíny, ve kterém se pracuje mimo tělo člověka s vajíčky, spermii a embryi a cílem je těhotenství ženy. Postupy v reprodukční medicíně slouží k léčbě či k prevenci patologického stavu – neplodnosti. Na území České republiky může být léčen neplodný pár – muž a žena, přičemž nemusí být manželé. Metod a postupů v léčbě neplodnosti je velké množství a každá žena na léčbu reaguje individuálně. Některé postačí jednoduchá stimulace ovulace medikamenty, jiné potřebují mnohem náročnější metody od mimotělní oplodnění, až po dárcovství vajíček či spermií (Řežábek 2014: 12).

Lékařka: „V podstatě to je celá škála, jakou si dovedete představit. Je to od těch v podstatě časovaných pohlavních styků, kdy monitorujete cyklus pacientky a zjistíte ovulaci, případně ji můžete navodit a v té době dojde k pohlavnímu styku. Přes intrauterinní inseminace, až po mimotělní oplodnění.“

Úspěchy NRT jsou často medializované v tisku i v televizi a vytvářejí falešné dojmy jako například, že žena s jejich pomocí otěhotní hned, nebo že bez nich sterilitu lékaři nevyřeší. To samozřejmě nejsou pravdivé informace, neboť NRT mají své indikace, podmínky. Také jsou zde jisté výhody, ale i rizika (Řežábek 2014: 13). S neúspěchem v praxi se setkala i má respondentka – lékařka.

Lékařka: „Ono strašně záleží na tom, proč ten pár léčíte. Pokud léčíte pár, kde je problém na straně muže, kdy je partnerka zdravá a chybějí jenom ty spermie, tak pak je to relativně jednoduchá věc, kterou vyřešíte a pacientka má velmi vysokou a reálnou šanci, že otěhotní třeba hned při prvním cyklu. Ale jsou páry, kde řešíte tzv. ideopatickou sterilitu, což je sterilita v podstatě neznámá. Vy nevíte, kde je problém. Všechno vypadá normálně, ale přesto netěhotní, ale ti netěhotní třeba i po desátém IVF cyklu.“

Cílem NRT je umožnit neplodnému páru počít. Zde se rozjíždí poměrně složitý řetězec událostí, který má za úkol jednu jedinou věc – neplodnou ženu transformovat v těhotnou. Po diagnostice neplodnosti je třeba určit vhodnou metodu k léčbě. V rámci tohoto procesu probíhá velké množství vyšetření a pohovorů, které se dotýkají obou partnerů. Nejprve lékař zjišťuje celkovou anamnézu obou partnerů, kde sledují dobu, po kterou se pár snaží o dítě, frekvenci pohlavních styků, pravidelnost a četnost menstruace, předchozí operace a nemoci, užívané léky aj. Následuje vyšetření spermogramu partnera, vyšetření protilátek proti spermiím. U ženy se lékaři soustředí na ovariální rezervu, na cesty spojující spermie a vajíčko, sledují děložní dutinu a následuje imunologické vyšetření. Dalším důležitým bodem je genetické vyšetření, které se však provádí pouze v určitých případech. Po sériích testů by mělo být zřejmé, jaký problém stojí za neplodností páru a lékaři by tak mohli partnerům představit další postupy v léčbě (Řežábek: 2014: 51-60). Zeptala jsem se své respondentky – příjemkyně, jaké testy s manželem podstoupili a jak klinika v jejich případě postupovala.

Příjemkyně: „V podstatě se tam řešily nejvíc různé ty nemoci. To znamená, aby oni zjistili z každé té strany, co by v tom mohlo být, proč se to nedaří. Takže veškeré nemoci, které si dokážeš vzpomenout, že tvoje rodina měla. Pak pokud tam nezjistějí, že by byla nějaká příčina. Tak buď tě navedou na inseminaci. To je první krok. Máš to šestkrát do roka na pojišťovnu zdarma, a pokud se to nepovede, tak teprve tě posílají do celého cyklu ivf – umělého oplodnění. Já jsem byla ten případ, že mně tu inseminaci ani nedoporučovali..“

Lékaři se tedy snaží nejdříve monitorovat celkovou rodinnou anamnézu obou partnerů a podle toho pak také postupují. Buď pacientku navedou na inseminaci, což je nejpoužívanější metoda, při které je partnerovo sperma s pomocí lékařů vpravováno do dělohy ženy (Robertson: 1994: 8). Pokud tato metoda nezabere, volí klinika další možnosti léčby.

Od roku 1978 od narození prvního dítěte ze zkumavky Luisy Brown, se NRT rozšířily do takové míry, že uživatelům nabízejí spousty možností, jak počít dítě. Od dárcovství (vajíček, spermií, embryí), surogátních matek, in vitro fertilizace až po možnost zmrazení svých vlastních vajíček, spermií, embryí například z důvodu těžké nemoci, po které by dotyčný/á již nemusel/a být nadále plodný/á. NRT jsou v současnosti diverzifikovány, globální a co je důležitým momentem – zpochybnily jasné rozdíly mezi sexem a prokreací, přírodou versus společností, biologií versus sociálním a jiné. Jak již bylo řečeno výše, NRT jsou globálním fenoménem, přičemž je poukazováno na fakt, že nejsou rovnoměrně distribuovány v různých společnostech. To znamená, že některá společenství jsou privilegovanější, některá méně. S ohledem na neplodnost, je celosvětově zhruba 15% neplodných párů, které se k NRT z různých důvodů nikdy nedostanou. S tím souvisí fakt, že NRT vytvářejí rozdíly mezi rasami a vedou ke vzniku nerovností a sociální nespravedlnosti. Příkladem může být, že náhradní matky bývají vyhledávány mezi minoritními skupinami chudých žen nebo žen z rozvojových států. Dalším příkladem je záměrné upřednostňování bílých žen z post sovětských zemí jako dárcyň vajíček. Tyto nerovnosti mezi bohatými a chudými zeměmi jsou reflektovány zejména v transnacionálním trhu s lidskými gametami a s dárci/dárkyněmi, kteří/které je produkují (Birenbaum-Carmeli, Inhorn 2009: 3-8).

Další úskalí, která NRT přinášejí, jsou různé etické a právní diskuze. Jako první se samozřejmě nabízí postoj jednotlivých církví. Například v muslimském světě bylo dárcovství a náhradní mateřství dlouhou dobu přísně zakázáno. Ačkoliv se Vatikán staví k využívání NRT negativně, jsou to právě katolické země, ve kterých je asistovaná reprodukce hojně využívána. Vystává zde velké množství etických otázek jako například: jak mohou být dárci/dárkyně, surogátní matky ochráněny před různou formou diskriminace a nátlaku? Kdy začíná život – embryem, nebo člověkem? Která embrya mají být použita pro výzkum a která pro implantaci? Kdo rozhoduje o tom, které technologie jsou eticky a sociálně přijatelné? Jak tyto technologie proměňují rodiny? Mělo by využívání NRT být zahrnuto v zákonné debatě pro gay rodiny zahrnující manželství? Je tedy

možné si povšimnout, že NRT sebou přináší velké množství nezamýšlených důsledků, viz rozevírání sociálních nůžek a celou řadu dalších eticky problematických aspektů (Birenbaum-Carmeli, Inhorn 2009: 8-10).

Pro zajímavost je třeba zmínit, že NRT nejsou jen možností pro páry čelící neplodnosti, ale jsou také metodou pro početí dítěte u homosexuálních párů. Tyto páry stejně tak jako heterosexuální plánují společnou budoucnost včetně založení rodiny. Lesbické a gay rodiny se od heterosexuálních rodin liší v tom, že jejich role nejsou genderově rozdělené. Nikdo pořádně neví, jak takovou gay a lesbickou rodinu vytvořit a je zde prostor pro kreativitu. Podle výzkumu M. Bonaccorso zmiňují homosexuální páry v souvislosti se zakládáním rodiny slova, jako jsou non-konformita, odlišnost nebo novost. Vytváření rodiny nebo rození dětí není v kontextu homosexuálních dvojic považováno jako něco přirozeného, běžného. Páry stejného pohlaví vnímají sami sebe jako tzv. „přetvářeče“ základních předpokladů společnosti. V jejich případě je třeba znovu promýšlet koncepty mateřství a otcovství, které jsou vytvářeny určitými heteronormativními pravidly. Homosexuální dvojice mají tedy své vlastní způsoby plození dětí. Jedním z nich může být klasický heterosexuální pohlavní styk s cílem prokreace, některé páry využijí reprodukční kliniky, kde si vyberou vhodného dárce spermatu. Situace gayů je mnohem komplikovanější, protože k vysněnému dítěti zkrátka ženu potřebují. Proto je jednou z využívaných metod surogátní matka. Pro zajímavost je třeba zmínit, že lesbické ženy si jako dárce často vybírají gaye pro asexuální početí, aby tak byl zdůrazněn ambivalentní status. Muži se zase poohlížejí po lesbách, které by jim mohly odnést dítě. Homosexuální páry si oproti heterosexuálním dvojicím nemohou dovolit tvářit se normativně. Rozhodnutí vytvořit rodinu není v jejich případě ve společnosti očekáváno. Je to složité dobrodružství, které se započne po narození dítěte. Páry se najednou musí vypořádat s rolí matek, otců a to může být v případě dvojic stejného pohlaví poněkud komplikovanou záležitostí (Bonaccorso 2009: 84-106).

Pokud je u pacientky stanovena diagnóza, která souvisí s nízkou nebo žádnou ovariální rezervou, se kterou se potýká právě má respondentka –

příjemkyně, může ji být doporučeno využít vajíčka dárkyně. Na dárcovství se poměrně výrazně ukazuje, jak společnost smýšlí o příbuzenství v kontextu asistované reprodukce. Následující kapitola bude detailně popisovat tento fenomén včetně zajímavých a skrytých procesů, které v tomto kontextu probíhají.

6.1 Dárcovství

Svět dárcovství je zahalen tajemstvím. Je to svět, ve kterém se lidé navzájem často neznají, a přesto společně stvoří nový život. Tajemstvím je často opředena i existence dítěte, které o způsobu svého početí nemusí vědět. A i kdyby o svém původu vědělo, neznamená to, že dárce někdy vypátrá. Ačkoliv je reprodukční medicína poměrně drahou a náročnou záležitostí, počet lidí, kteří využívají jejích služeb, se v posledních několika dekádách dramaticky zvýšil (Cahn 2013: 13-14).

Dárcovství oocytů (vajíček) je proces, který umožní neplodným ženám prožít těhotenství. Problémem v této metodě asistované reprodukce je nedostatek darovaných vajíček. Na rozdíl od dárcovství spermií se jedná o invazivní zásah do těla dárkyně a je jasné, že jsou zde dlouhé čekací doby. Z toho důvodu lékaři v České republice nabízejí čekatelkám možnosti jako je například získávání dárkyň přes samotné pacientky, nebo sdílení oocytů. Jedná se o velmi invazivní metodu, která zahrne do procesu třetí osobu, a proto je jasné, že jde o eticky citlivou problematiku. Pravidla a legislativa dárcovství se sice v různých místech Evropy liší, ale společným bodem pro většinu zemí je zachování anonymity dárkyně. Jak již bylo zmíněno výše, dárkyň je nedostatek, a proto volí spousta čekatelek známou dárkyni. Některé páry chtějí mít dokonce co největší množství informací, a z toho důvodu anonymní dárkyni odmítají. Ostró, Pilka, Lešník na základě této informace rozdělují dárkyně do tří skupin. První skupinou jsou dobrovolné dárkyně oocytů, které se ze své vlastní iniciativy rozhodly darovat vajíčka. Zde je riziko, že dárkyně to během léčby vzdají. Příjemkyně tedy musí počítat s tím, že žádné vajíčko k dispozici nebude. Dalším problémem může být anonymita, v rámci níž se mohou vyskytovat velké sociální a jiné rozdíly mezi dárkyní a příjemkyní a budoucí matky se budou obávat, že okolí pozná, že dítě není geneticky jejich. Druhou skupinou jsou dárkyně, které byly získány pacientkou. Zde je rizikem známost mezi ženami. Kritika se zaměřuje především na roli dárkyně ve vztahu k dítěti, která by mohla v budoucnu zproblematizovat rodinné vazby. Třetí skupinou je tzv. sdílení oocytů,

kde dochází ke spolupráci dárkyně i příjemkyně. V tomto programu se používají vajíčka od pacientek, které jsou zařazeny v programu IVF. Zde je plusem ověřený zdravotní stav dárkyně (Ostró, Pilka, Lešník 2009: 43-44). S tím souvisí otázka, kterou jsem položila své respondentce – lékařce. Jakým způsobem je vůbec možné takovou dárkyni sehnat.

Lékařka: *„Zase. Jak kdo a různé. U nás většinou pokud možno spíš z osobních kontaktů, nebo doporučení od někoho, kdo už tady byl, protože to jsou pro nás dárkyně, na které se potom můžete spolehnout.“*

Linda: *Takže ty dárkyně si může třeba přivést i léčený pár?*

Lékařka: *„Teoreticky může, ale nemůže počítat s tím, že toto bude jejich dárkyně. Takže my tuhle možnost nevyužíváme, protože je po tom hrozně těžký tomu páru vysvětlit, že sice přivedli dárkyni, ale že ta dárkyně nemůže být jejich, protože to dárcovství je anonymní.“*

Dárkyně jsou získávány různě. Některá centra asistované reprodukce to zkoušejí prostřednictvím internetu, jiná zase upřednostňují dárkyně, které získají z osobních kontaktů, nebo z doporučení svých klientů. Aby však byla žena do procesu dárcovství vůbec zařazena, musí splňovat kritéria, kterým se budu věnovat v následující podkapitole. Tato kritéria opět vedou k objektivaci, neboť se klade velký důraz na fyzické zdraví.

6.1.1. Kritéria pro výběr dárkyně

Dárkyně musí splňovat určitá kritéria. Jedním z těchto kritérií je například věk, kdy je v České republice podmínkou, aby nebyla dárkyně starší 35 let. Často je kladen důraz na anonymitu, ale jak již bylo v práci zmiňováno, dárkyň je nedostatek, a tak příjemkyně často přivedou své známé, u kterých ovšem nesmí předpokládat, že budou automaticky jejich dárkyněmi (Ostró, Pilka, Lešník 2009: 45). Na příkladu výběru dárkyně je možné si povšimnout, jaké strategie lékaři i příjemci používají pro výběr dárkyní. Na základě toho je možné si povšimnout, jak smýšlejí o příbuzenství a o rodině. Existují poměrně přísná kritéria pro výběr dárkyň. Páry chtějí pro své budoucí dítě to nejlepší možné geny, proto musí být dárkyně zcela zdravá, mladá, mít vzdělání zakončené maturitou, a další.

Lékařka: D: *„To je dost dané zákonem. Tam je věk do 35 let, musíte být plnoletá – takže od 18 let. Pak je tam dané, že to musí být žena zdravá a to zdraví se definuje na základě určitých daných vyšetření.“*

Linda: *„Jaká vyšetření?“*

Lékařka: D: *„Tak vyšetření sexuálně přenosných chorob jako je HIV, hepatitida B a C a syfilis. Pak se dělá vyšetření genetické karyotyp a vyšetření na cystickou fibrózu + samozřejmě pokud je tam nějaký důvod proč byste měla testovat ještě něco jiného, tak to samozřejmě musíte otestovat taky. Měla by být samozřejmě psychického i tělesného zdraví.“*

Linda: *„Dělá i nějaké psychotesty?“*

Lékařka: *„U nás dělá. My máme psychologa, který provádí pohovor.“*

Jak se v mém dalším rozhovoru ukázalo, psychotesty nejsou až tak běžnou součástí vyšetření, protože má respondentka – dárkyně žádné nepodstoupila. Záleží asi na praxi různých klinik.

Dárkyně: „*Absolutně žádný, akorát když to začínalo, tak jsem musela podepsat papír, že nebudu pátrat po tom, kde ty vajíčka jsou, nebo komu je dali.*“

Má respondentka – dárkyně uvedla, že na začátku celého procesu vyplňovala vstupní dotazník. Zeptala jsem se ji, jaké informace musela klinice poskytnout.

Dárkyně: „*V dotazníku se mě ptali na nemoci v rodině, na mojí výšku, váhu, barvu očí, barvu vlasů, počet sexuálních partnerů a to bylo asi de facto všechno. Pak klasicky bydliště, rodné číslo atd. Atd.*“

Otázky kliniky se tedy týkaly zejména zdravotního stavu klientky a dále také fyzického vzhledu. Zkusila jsem se své respondentky – dárkyně zeptat, zda má představu o tom, jaká dárkyně musí splňovat kritéria.

Dárkyně: „*Kritéria.. Ted' si úplně nejsem jistá, ale myslím si – jo – určitě musí mít maturitu a pak už jde jenom o to zdravotní. Nesmí trpět nadměrnou obezitou, nesmí být asi ani moc hubená, to si taky myslím a pak jde vlastně o tu genetiku. Tam se dělalo vyšetření na srážlivost krve, na nějaký plicní onemocnění atd atd.. Záleží na tom, aby ten člověk byl zdravý, co se týče genetiky a jinak je to asi jedno.*“

Dárkyně tedy musí splňovat kritéria, která jsou v mnoha případech dána zákonem. Jak již bylo řečeno v citacích, nesmí být starší 35 let, musí být zcela zdravá, mít maturitu a asi by mělo být nějak zajištěno hodnocení psychického stavu dárkyně. Protože situace, kdy taková žena začne třeba po pěti letech pátrat po „svém“ biologickém dítěti, by mohla být velmi nepříjemná pro všechny účastníky procesu. V praxi je to na uvážení klinik, zda se rozhodnou pro nábor dárkyň využívat pomoc psychologa. Zajímavým faktem ve výběru dárkyně je podmínka splněné maturity. Což odkazuje k tomu, že dárkyně musí být inteligentní. Tento fakt by měl zaručovat určité „kvality“. V tu chvíli je tedy

z procesu vyloučena celá řada žen na základě nějakého sociálně rozpoznávaného atributu.

6.1.2 Anonymita dárcovství

V současné době je v České republice promyšlena otázka, že by anonymita dárců/dárkyň byla zrušena a dítě by mělo mít právo dozvědět se v době zletilosti totožnost svého biologického „rodiče“. Otázkou však je, zda je to správně. Karel Řežábek (2015) před tím důrazně varuje a udává, že dětem, rodičům i samotným dárcům by takové informace mohly zkomplikovat život. Udává, že země, ve kterých byla anonymita prolomena, čelí klesajícímu zájmu dárců pomáhat a zmiňuje například Francii. Karel Řežábek dále udává, že pravděpodobně každý pětadvacátý má jiného otce, než toho, který je zapsán v matrice a to znamená, že jev, kdy dítě nezná svého biologického rodiče je poměrně častý a dokud to nikdo nerozebírá, neřeší se to.² Na otázku týkající se anonymity jsem se zeptala i svých respondentek.

Příjemkyně: „Jsem pro, aby bylo vše anonymní. Pokud bych věděla, jak vypadá dárkyně, pořád bych měla tendenci porovnávat dítě s dárkyní. Takhle si myslím, že ho dokážu lépe přijmout. Každý má v životě těžké chvíle a nikdy nevíš, jak se kdo může v určité situaci zachovat.“

Má respondentka – příjemkyně si rozhodně nepřeje, aby byla anonymita prolomena. Je znát, že si uvědomuje vazbu, kterou by dárkyně mohla na dítě mít.

Lékařka: „Anonymita dárců by měla být jednoznačně zachovaná. Nevidím jediný důvod proti. Povinnost sdělit potomkovi, že pochází z dárcovství vajíček,

²http://zpravy.idnes.cz/rozhovor-s-lekarem-z-centra-asistovane-reprodukce-rezabek-pao-domaci.aspx?c=A141223_145100_domaci_kop#utm_source=sph.idnes&utm_medium=richtext&utm_content=top6

spermií nepřinese žádný klad do vztahu rodičů a dětí. Vidím spíše negativní dopad na rodinné vztahy a to jak u příjemců, tak u dárců při sdělení identity případným potomkům.“

Lékařka upozorňuje na fakt, že zrušení anonymity by mohlo zkomplikovat život jak dárcům, tak příjemcům. V souvislosti s touto problematikou mě však napadá jeden příklad, který je třeba vzít v potaz. Pokud je pár neplodný, kam se vydá? Pravděpodobně do centra asistované reprodukce, které je nejbližší jeho bydlišti. Pokud zase půjde někdo darovat, pravděpodobně nevyrazí na druhý konec republiky, ale vydá se na kliniku, kterou bude mít poblíž. To znamená, že dárce a biologický „potomek“ se mohou celý život nacházet klidně v jednom městě. Co když se pak setkají spolu a padnou si do oka? Existuje vůbec nějaký způsob, kterým by bylo možné zaručit, že tato situace nenastane?

6.1.3. Výběr dárkyně

Jak již bylo řečeno výše, příjemci si svého dárce nebo dárkyni vybírat nemohou, protože se jedná o ryze anonymní záležitost. Kdo však má možnost vidět jak příjemce, tak dárce, jsou lékaři, kteří se k sobě přiřazují na základě určitých kritérií.

Lékařka: „Funguje to tak – já to řeknu tak, jak to organizujeme my a pravděpodobně to tak v bleděmodrým dělají i jiná centra. Samozřejmě ten systém tam pak může být trošičku odlišný, ale vy máte příjemkyni, nebo pár a ti vám dají požadavky. Samozřejmě požadavky odpovídající a ne to, že musí mít hudební vzdělání, hrát na piáno a já nevím co všechno. Ale jde o to, že samozřejmě od příjemců víte vzhled. Hlavně fenotypově, aby vypadali stejně. Takže vy víte, jak vypadá ten pár – jeden druhý a adekvátně tomu hledáte dárkyni.“

Lékaři jsou tedy schopni do jisté míry respektovat přání svých pacientů, ale co je nejdůležitější – je jejich vzhled. Na základě podobnosti vybírají vhodného dárce nebo dárkyni. Má respondentka - příjemkyně mi popsala, jak situace probíhala v jejím případě:

Příjemkyně: „Přijdeš na první konzultaci k tomu doktorovi, bavíte se o těch svých požadavcích. Za mě to rovnou vyplňoval doktor – a v podstatě to tam rovnou diktoval. Říkal mi: „takže, zvolíme dárkyni - jaké máte vlasy? Dobře, hnědý, kaštanový oči; jakou máte výšku?“, „kolik váhu?“ „a krevní skupinu, tu si nabereme, to tam také napíšeme.“... No a pak vzdělání, ale to nám bylo jedno. Dárkyně totiž mají mít středoškolský vzdělání s maturitou, takže nic „níž“ by se tam v uvozovkách nemělo dostat. Ale já si taky myslím, že může být někdo daleko chytřejší s učňákem a nemusí mít maturitu. Ta maturita zase není všechno. Asi ten člověk něco v životě dokázal, ale zase si myslím, že to není až tak úplně důležitý. Někdo si prostě stanoví, že jsou oba vysokoškoláci, takže oba chtějí, aby i ta dárkyně měla vysokou školu – i to si tam můžeš uvést. Spíš se snaží, aby ti rodiče tou typologií co nejvíc odpovídali jako vzhledově no..“

Příjemci tedy mohou mít specifická přání například ohledně vzdělání, ale nejdůležitějším bodem zůstává vzhled. Lékaři se snaží příjemcům vybrat takového dárce nebo dárkyni, kteří jim budou podobni. Zkusila jsem se zeptat své respondentky – lékařky, zda se v praxi stává, že mají páry nějaké speciální požadavky ohledně dárců.

Lékařka: „Mohou mít, ale zase na druhou stranu my děláme medicínu, neděláme děti na míru a je samozřejmě otázka – ta praxe u těch center může být jiná, ale většinou, co vím, tak ty centra nějakým způsobem garantují tu kvalitu těch dárkyň, řekla bych.“

Dárci jsou si také vědomi faktu, že jsou s párování s příjemci na základě

vnější podobnosti. Ostatně v praxi mohla tento aspekt pozorovat má respondentka – dárkyně v čekárně, kde se často sešli společně i s léčenými páry.

Dárkyně: *„Já si pamatuju, že když jsem byla na tom prvním odběru, tak jsme vlastně seděli v čekárně společně s těma lidma, co chtějí ty buňky a i my dárci a vím, že tam seděl jeden německý pár a oba byli zrzci a já jsem byla v tu dobu taky zrzavá – obarvená a oni si mě strašně prohlíželi, ale úplně nehorázným způsobem, že prostě sjížděli od hlavy k patě.. A takový to „hele, koukej“ to mi přišlo fakt vtipný.“*

Dárkyně jsou tedy přiřazovány k párům na základě vnější podobnosti. Čekatelé na darovaná vajíčka mohou mít své vlastní požadavky jako například vysokoškolské vzdělání, ale nejdůležitějším kritériem pro přiřazení zůstává vzhled. Dárkyně by měla svým vzhledem odpovídat příjemcům – měla by být podobné postavy, výšky, mít podobnou barvu vlasů, očí. Tento fakt odkazuje k představě o nějaké biogenetické vazbě rodičů k dítěti, která je manifestní nejvíce ve fyzickém vzhledu.

6.1.4 Preference dárkyň příjemkyní

Dárcovství je zajímavý proces, na kterém lze pozorovat různé preference rodin a důležitou úlohu příbuzenství. Elizabeth S.F. Roberts se ve svém výzkumu zabývá Asistovanou reprodukcí v Ekvádoru. Na úvod zmiňuje příběh Fridy, která se z New Yorku vydala zpět do své domoviny do Ekvádoru kvůli IVF, která je zde levnější. Dalším důvodem byl fakt, že Frida přijala vajíčko od Anabely, což byla žena Fridy synovce. Tyto dvě ženy si byly velmi blízké a Anabela byla velmi ochotná ji pomoci, protože to byla věc, kterou Fridě prostě „dlužila“. Autorka textu udává, že ekvádorské ženy preferují jakožto dárkyně své

příbuzné – sestry, neteře, kmotřenky, švagrové aj. - než aby přijaly vajíčko od anonymní dárkyně vybrané klinikou (Roberts 2009: 113-115).

Další příklad, který Roberts uvádí, je darování vajíčka mezi sestrami. Lucia a Ingrid. Otázkou však bylo, jaký vztah bude mít Ingrid k dítěti, které bude z jejího vajíčka. Bude jej vnímat jako synovce, neteř? Na to žena odpovídá, že dítě bude součástí ji samotné. Lucia bude o dítě pečovat, jak nejlépe to bude možné. V tomto případě Lucia Ingrid za vajíčko nic neplatilo, neboť tím největším darem pro rodinu bylo dítě samotné (Roberts 2009: 129-130). Zeptala jsem se své respondentky – příjemkyně, zda si dovede představit, že by jí vajíčko darovala příbuzná.

Příjemkyně: *„Tak to si myslím, že by nebylo dobrý.“*

Linda: *„A z jakých důvodů?“*

Příjemkyně: *„Jako už bych neměla v sobě takovou tu jistotu, že to dítě je jenom pro mě... Že já jsem jenom TA osoba... Kdyby se to dítě pak náhodou dozvědělo – nechtěla bych to řešit. Ta osoba by viděla mojí výchovu a něco by se jí nelíbilo, a pak by do toho nějak zasahovala... Nebo jako máš majetnický sklony k něčemu. Tady bych se toho bála, takže radši nevědět.“*

Má respondentka si takovou situaci výrazně nepřeje z obavy, že by jí známá dárkyně mohla zasahovat do výchovy a celkově do vztahu s dítětem. Je možné si opět povšimnout, že si je vědoma nějaké další vazby, která by dárkyně mohla mít a nevnímá ji jako pozitivní.

Je samozřejmé, že příjemci mají nějaké představy o dárkyni a podobným způsobem to funguje i naopak. Zeptala jsem se své respondentky – příjemkyně, jak by měla vypadat jejich ideální dárkyně:

Příjemkyně: *„Jak by vypadala... Jako na vzhledu mi vůbec nezáleží. Spíš bych byla ráda, aby to byl člověk, který když si něco umíní, tak se snaží to dotáhnout. Sportovní typ. Pro mě je spíš důležitý to nitro.. Aby ten člověk něco dokázal.“*

Má respondentka upřednostňuje spíše povahové vlastnosti před těmi vizuálními a zároveň si přeje, aby to byla osoba, která ví, co chce a která něco dokázala. Toto tvrzení odkazuje k faktu, že dárkyně by měla být schopná a inteligentní žena. Zkusila jsem se zeptat opačně – jakou dárkyni by nechtěla.

Příjemkyně: „Přede mnou stála holčina v čekárně a říkala, že si právě přišla pro ty peníze a byla to ta dárkyně. A ve mně tak nějak trošku hrklo, protože i když tady říkám, že ten vzhled není důležitý, což je pravda, ale v tu chvíli jakoby když toho člověka vidíš asi minutu, tak si prostě všimneš, jak vypadá a teď si říkáš.... Ta holčina se mi i líbila, ale pak jsem viděla, že na ní venku čekají další dva kluci, který vypadaj jakože přišli z hospody, když to mám takhle říct.. No a teď jsem si říkala... Aha, tak holka možná nemá prachy a ti tři lidi dali hlavu dohromady, jak sehnat peníze, tak možná přišli na tohle, že je to nejjednodušší cesta, jak ty peníze získat.. To se mi například nelíbilo, no.. Ale zase nemůžeš nad tím až takhle přemýšlet.“

Má respondentka – příjemkyně tedy upřednostňuje vnitřní povahové vlastnosti nad těmi vnějšími vzhledovými. V této citaci je jasně vidět, že si nepřeje, aby dárkyní byla žena, která to dělá pouze pro peníze.

Proč ženy vlastně volí možnost dárcovství? Podobnou otázkou se ve svém výzkumu zabývala Monica E. Bonaccorso, které své respondentce - Matildě snažící se o početí dítěte z darovaného vajíčka položila výše zmíněný dotaz. Matilda ji odpověděla, že se původně snažila za každou cenu mít dítě ze svého vlastního genetického materiálu z toho důvodu, že její geny jsou součástí jí samotné a chtěla, aby manžel měl dítě s ní a ne s jinou ženou. Zde je možné si povšimnout, že Matilda klade důraz jak na biologickou, tak psychologickou podstatu člověka. Přijetí vajíčka se pro ni stává nepříjemnou a náročnou procedurou, ale nic jiného jí nezbyvá. Když dojde na debatu o biologických vazbách, zdá se, že páry volí své vlastní strategie konceptualizace svých názorů. Většina z nich se raději oprostí od svých osobních postojů z toho důvodu, aby se necítili nepříjemně. Zajímavým postřehem je v tomto případě zmínka o

významu biologických vazeb. Spousta lidí totiž věří, že pokud zemřou, něco po nich na tomto světě zůstane – něco jejich vlastního. Nezemřou úplně – kompletně, protože po nich zůstává dítě, které si z rodičů něco nese. Někteří dále věří, že spermie a vajíčka s obsahem DNA dokáží ovlivnit inteligenci a chování dítěte. Jiní zase vyzdvihují roli prostředí, ve kterém je malé vychováno. V každém případě hledají páry různými způsoby a strategiemi, jak harmonizovat tato silná dilemata (Bonaccorso 2009: 51-56). Tento příběh znovu poukazuje na fakt, že lidé si silně uvědomují biogenetickou souvislost a často se snaží jí nějakým způsobem dosáhnout. V následující podkapitolách se zaměřím na dárkyně – na jejich motivace, odměny a vnímání procesu dárčovství.

6.1.5 Motivace a odměny dárkyním

Dárci a dárkyně gamet by podle většiny mezinárodních etických výborů neměli být odměňovány za svůj přínos. Samozřejmě se to v různých zemích liší. Například v USA jsou dárkyně velmi dobře placeny. Pokud se žena rozhodne darovat vajíčka, čeká ji poměrně náročný a zdlouhavý proces, který obnáší všechna možná vyšetření, hormonální stimulace a to nemluvím o psychických a sociálních záležitostech, které se samozřejmě mohou časem objevit. Jedná se o invazivní zásah do těla, který je prováděn v celkové narkóze (Ostró, Pilka, Lešník 2009: 45). Proto je zajímavým tématem motivace dárkyň. Zeptala jsem se své respondentky – dárkyně, co bylo vůbec prvním impulsem pro to, aby se rozhodla darovat vajíčka.

Dárkyně: *„Hele, to byla asi absolutně velká náhoda, protože jsem potkala kamarádku a ta říkala, že se na tu kliniku chce jít zeptat. Já jsem o tom ještě přemýšlela, byla jsem v tom městě nová a nevěděla jsem, že tam vůbec nějaká klinika je atd. Atd. A ona, že se chce jít na tu kliniku kouknout, jestli nepůjdu s ní a já říkám, jakože bych šla, takže jsme vyplnily dotazník, okamžitě jsme šly*

na prohlídku a kamarádka z toho teda utekla, protože tam vlastně je to všechno o injekcích. Tam je to všechno o injekcích, hormony, odběry krve, takže u ní z toho sešlo. Já to teda dokončila. Takže jsem měla jeden odběr – to bylo v prváku v únoru a další odběr jsem měla ve třetíku taky kolem zimy, takže jsem měla dva odběry.“

Má respondentka uvedla, že do procesu se dostala díky své kamarádce, se kterou se rozhodly absolvovat tento proces společně. Přešla jsem tedy k otázce motivace.

Dárkyně: „Ano.. Motivace.. No tak jako, nebudeme chodit kolem horký kaše – nebyly to zrovna malé peníze – to zaprvé A další impuls byl, že v mém okruhu bylo dost lidí, kteří právě nemohli počít. Měli tady s tím problémy, tak jsem si řekla, že můžu pomoci. Mně to nic neudělá, de facto z toho budu mít ještě peníze plus ještě, že někomu pomůžu. Takže nejedno kritérium..“

Má respondentka se rozhodla svá vajíčka darovat po součtu několika impulsů. Nejprve se tedy jednalo o prvotní domluvu s kamarádkou, která byla možným prvním hybatelem tohoto procesu, dalším motivačním faktorem byly peníze a osobní zkušenost s neplodností u lidí z blízkosti dárkyně.

Co se finančních odměn týče, je celkem jasné, že by tento náročný proces, který je poměrně invazivním zásahem do těla i života dárkyně, měl být určitým způsobem odměněn. Podle zákona by lidské tělo nemělo být zdrojem finančního prospěchu. Kliniky hradí dárcům vynaložené výdaje spojené s darováním zárodečných buněk. To může být například cestovné, ušlý zisk, bolestné apod. Další náhrada může být požadována na příjemkyni, na které má být provedeno umělé oplodnění (Řežábek 2014: 49).

Lékařka: „Zákon tvrdí, že dárcovství je bez nároku na finanční či jinou odměnu a pokud, tak dárci, nebo dárkyně mohou dostat náhradu výdajů, která musí být hospodárně vykazatelná. Když porovnáte dárci a dárkyni, tak dárci to, že dá

ejakulát – to je poměrně jednoduchá záležitost – ty náklady jsou tam úplně jiné, protože tady stráví chvíličku, nic se s ním neděje. Kdežto ta dárkyně – ta musí na ultrazvuky, musí píchat hormonální léčbu, musí dojít k tomu odběru, který je invazivní a je to v anestezii, takže tam ty náklady jsou úplně jiný.“

Tato finanční kompenzace není malá částka, což je vzhledem k absolvovanému zákroku pochopitelné. Zeptala jsem se na konkrétní částku odměny své respondentky – dárkyně.

Dárkyně: „Poprvé jsem dostala asi 18 tisíc a půl. A pak jsem dostala 20 tisíc. Takže to bylo takhle, přičemž jsou tam různé bonusy, že třeba proplácí cestu atd. Atd.. To jsem teda nechtěla, protože jsem v blízkosti centra vlastně bydlela.“

Reprodukční medicína není levnou záležitostí. I přes to, že prvních několik pokusů hradí pojišťovna, nestačí to pokrýt veškeré náklady, které jsou dále spojeny například s hormonální stimulací pacientek.

Lékařka: „Myslím si, že úhrada je od pojišťovny je +- 22 – 25 tisíc. Problém je v tom, že i když to hradí pojišťovna, tak pojišťovna zaplatí jenom určitý objem té práce – takové to nejmenší gro, co musíte udělat, ale u některých párů my musíme použít ještě jiné techniky, které nespádají, do toho gro, co platí pojišťovna, takže tam jsou doplatky od pacientů a ty se samozřejmě mohou lišit kliniku od kliniky.“

Příjemkyně: „Na pojišťovnu mě to vyšlo kolem 25-26 tisíc. Že v podstatě jsem vysolila před 50 tisíc a vlastně jsem se nedočkala ani toho embryotransferu. Pak jsem to udělala jako samoplátce bez těch injekcí. Jen na základě nějakých hormonálních prášků a to mi vyšlo kolem 16-20 tisíc. Vyšlo to levnějš, protože tam nebyly ty injekce, no.“

Z výpovědí mých respondentek je znát, že využívání NRT je poměrně

drahou záležitostí, kterou často není schopna pokrýt ani pojišťovna. V této chvíli je z procesu opět vyloučena řada párů, jenž si nemohou léčbu finančně dovolit. V následující podkapitole se zaměřím na vnímání dárcovství z pohledu dárkyně.

6.1.6. Dárcovství z pohledu dárkyně

Dárcovství gamet je vysoce komplexní a technologická procedura, jež vyžaduje asistenci lékařů, ale nejvíce ze všeho spočívá v participaci dárců/dárkyň. Bez nich by léčba nebyla možná. Dárci jsou svým způsobem při procesu přítomni, avšak často anonymní. Jistá úskalí jsou v tom, že příjemci mohou po zbytek života přemýšlet o tom, kdo je třetím aktérem a to může být psychicky náročné. Někteří neustále budou přemýšlet nad tím, kdo je dárcem, jehož geny děti nesou. Dárcovství zkrátka není, pouze fyzický akt. Páry si ospravedlňují dárcem jako osoby, které se snaží pomoci neplodným dvojicím bez nároku na odměnu. Snaží si vytvořit o těchto „třetích účastnících“ jakousi pozitivní představu. Dárcovství může být konceptualizováno dvěma způsoby. Jeden způsob zahrnuje pouze akt tělesné emise určený anonymnímu příjemci a druhý se týká osobního vztahu mezi příjemcem a dárcem – „partnerů v podniku“. Dárci jsou tedy představováni jako osoby, jejichž zájmem je altruisticky pomoci neplodným párům. Často je usuzováno, že se jedná o osoby, které soucítí s těmi, kteří nemohou počít a jejich hnací silou je především morálka, nikoliv nějaká finanční kompenzace. Dárcovství gamet je často srovnáváno s transplantací krve nebo s dárcovstvím orgánů. Během léčby neplodných párů se pojetí dárců postupně proměňuje a dárci již nejsou vnímány jako celistvé osoby toužící pomoci, nýbrž jako části těl - buňky. Je to zejména strategický krok, ke kterému nabádají i samotné kliniky, aby se recipienti od tohoto faktu snáz oprostili. Páry, které jsou v léčbě s pomocí dárcovství, často o dárcích nemluví a darované gamety jsou často vnímány jako něco „nelidského“ a jejich role nabude nového významu až po početí a s dárci již nebude mít nic společného. Rodiče často svým dětem neříkají pravdu ze

strachu, že by se dítě celý život zajímalo o dárce a mohlo tak vnést do rodiny nežádané vazby (Bonaccorso 2009: 57 – 65). V této souvislosti je třeba upozornit na fakt, že darování vajíček je složitou procedurou, která trvá zhruba několik měsíců. Zeptala jsem se své respondentky – dárkyně jak celá procedura vypadá.

Dárkyně: *„Je třeba hormonálně stimulovat. To trvalo docela dlouho, protože třeba dva měsíce jsem tam docházela právě vždycky na odběr, čekalo se, až dostanu periodu, aby se mohla odebrat krev a tak dále a pak jsem dostala hormony. Dostala jsem několik ještě v průběhu těch třech měsíců jsem dostala ještě jednu nějakou injekci, to už si nepamatuju. Ale vlastní příprava před tím odběrem ta probíhala tak, že jsem – to je asi kolem 14,18 injekcí, které se píchají jednou denně do břicha, nebo vlastně v okolí břicha a ta dárkyně si může vybrat, že dostane ty injekce buď sebou, přičemž dostane vše potřebné k tomu a může si to píchat sama, a nebo když s tím má někdo jo velkej problém, tak prostě dochází denně na tu kliniku, kde mu to sestřička píchne, přičemž já jsem těch injekcí potřebovala docela málo – asi kolik... asi 11? a nejvíc jsem měla asi 14 těch injekcí podruhý, přičemž po těch prvních sedmi injekcích já tam jdu na kontrolu, oni se kouknou jak ty vajíčka dozrávají a pak se určí třeba ještě 4 injekce, pak zase kontrola, pak se určí ten finální den odběru.“*

Samotný proces odběr vajíček probíhá následovně.

Dárkyně: *„Těsně před tím, než jsem měla jít, jsem dostala speciální injekci. Nabralo se to do injekční stříkačky, vyměnila se jehla za takovou tu slabou a píchlo se to do břicha. Potom jsem k tomu dostala nějak další speciální prášek, kterej byl strašně důležitý – vzít si ho na čas přesně.. myslím, že to bylo asi 12 hodin před tím odběrem + k tomu jsem dostala antibiotika – normální práškový a antibiotický vaginální čípky. Antibiotika pro jistotu. Při každým zákroku do těla musí být antibiotika, aby se nevyvolala infekce, takže to jsem dostala takhle.“*

Linda: *„A byla jsi v narkoze?“*

Dárkyně: „*Jo, uspali mě, ale nebyla to taková ta klasická narkóza, že by mě třeba intubovali, nebo takhle, ale klasicky mi napíchlí žílu, něco mi píchli do žíly, cítila jsem takový jakoby pálení v krku a do 10 vteřin absolutně mimo, netušila jsem vůbec nic.*“

Dárkyně většinou mohou po odběru po nějaké chvíli společně s doprovodem kliniku opustit, přičemž jsou okamžitě vypláceny.

Dárkyně: „*Je tam postel, malá skříňka a židle a tam tě vlastně nechaj vyspat 2 hodiny, pak tě vzbudí a musíš jít pod dozorem. Nepustí tě samotnou z kliniky, takže tě propustí pod dozorem, přičemž tě okamžitě vyplácí... Není to převodem na účet, nebo tak něco. Okamžitě dostaneš vyplacenou částku.*“

Rene Almeling mluví v případě dárcovství o tzv. komodifikaci těla, která zahrnuje biologické, ekonomické, kulturní a strukturální faktory. Těla jsou produkována skrze strukturální kontext lékařského trhu. Biologickými faktory jsou darované buňky, ekonomickými faktory jsou nabídka, poptávka a stanovená cena genetického materiálu. Kulturním faktorem jsou genderované aspekty rodičovství, které zdůrazňují altruistickou rétoriku. Strukturálními faktory je pak organizační kontext lékařských komerčních agentur, které zajišťují vše ohledně dárcovství. Samotné dárcovství je velmi genderovaná záležitost. Ke zplození embrya je potřeba jen jedno vajíčko a jen jedna spermie. Ženské tělo obsahuje limitovaný počet vajíček, kdežto muž má v podstatě neomezené zásoby spermatu, které se neustále doplňují. Extrakce vajíček je velmi náročnou a riskantní procedurou, a proto jsou vajíčka na trhu ceněna mnohem vyšší cenou než mužské spermie (Almeling 2007: 319-340). Je možné si povšimnout, že dárkyně jsou silně podrobeny objektivaci, neboť jejich role je s postupem času redukována pouze na „buňku - vajíčko“. Jakmile jsou oocyty odebrány, odchází dárkyně z kliniky pryč a její úloha tak již skončila, neboť do zorného pole lékařů jde již pouze vajíčko, které na klinice setrvá a stává se tak výrazným

aktérem v léčbě neplodnosti. V následující podkapitole se zaměřím na příjemce, kteří jsou nedílnou součástí procesu.

6.1.7. Příjemci darovaného vajíčka či spermií

Je spousta lidí, kteří z nějakého důvodu čelí neplodnosti a NRT se tak stávají jejich jedinou nadějí. Existují však faktory, jež mohou pár z procesu asistované reprodukce vyřadit. Věk a další jiné záležitosti se mohou stát kritérii, kvůli kterým budou páry z procesu dárcovství vyloučeny.

Lékařka: *„Pojišťovna hradí do 39 let a zákon stanovil hranici 50 let, takže to je věk. Věk partnerky. Druhá věc je za určitých okolností, ačkoliv se to velice těžce těm pacientkám sděluje, je to samozřejmě BMI (Body mass index). My samozřejmě nemáme daný, že pokud BMI přesahuje tolik a tolik, tak pacientku nevezmem do léčby, ale lékař, který tu pacientku přijímá, tak si musí zvážit to riziko, protože samozřejmě s nadváhou a s obezitou jako vznikají přídatné komplikace k tomu vlastnímu cyklu, takže váha může být také limitujícím faktorem.“*

Jakmile jsou páry přijaty, může začít léčba. Pro zajímavost jsem se své respondentky – příjemkyně, zeptala, jak takový finální moment – přenos oplodněného vajíčka do dělohy v praxi vypadá.

Příjemkyně: *„Je to jakoby taková stříkačka s dlouhou pipetou, vůbec to nebolí a ten zákrok trvá... Ono záleží na tom, jak je děloha postavená. Když je přímá a není tam problém, protože některý holky maj ještě zakřivený dělohy, takže ten transfer asi bude složitější. Ale u mě trvá ten transfer minutu, takže vůbec to nebolí. Absolutně bez problému. Přejde, zkontroluje tě doktor před tím embryotransferem. Zajde si do laboratoře, přijde paní z laboratoře s nějakou*

pipetou, zeptá se tě kontrolně na jméno a prostě tou pipetou ti to vpraví až do dělohy.“

Podle mé respondentky se jedná o bezbolestnou proceduru, kterou ovšem každá žena vnímá individuálně a může mít své vlastní problémy, kvůli kterým se proces zkomplikuje.

K nárůstu využívání NRT vede několik faktorů. Jednak skýtá AR rozmanité množství metod a kliniky jsou v západních zemích zcela běžně dostupné ve většině větších městech. Dalším faktorem je růst průměrného věku při prvním dítěti. Ženy odkládají první dítě do pozdějšího věku, taktéž svatby a roste počet kohabituujících partnerů. Tím pádem zde vzniká nový typ rodiny - „Blue Family“ model, který klade důraz na ženskou seberealizaci a odkládání svateb a dětí do pozdějšího věku. Opakem tohoto typu rodiny je tzv. „Red Family“ model, jenž zdůrazňuje heterosexuální sex, svatbu a reprodukci. Kliniky asistované reprodukce jsou nejvíce dostupné v zemích, ve kterých dominuje právě model „Blue Family“. Údajně je míra neplodnosti vyšší u žen bez vysokoškolského vzdělání a takové si léčbu pomocí NRT často nemohou dovolit právě kvůli financím. Většina žen, které navštěvují centra asistované reprodukce, jsou bílé, vzdělané a majetné. Jedná se tedy o ženy s vyšším socioekonomickým statusem. Dalším důležitým faktorem, který rozhoduje o tom, kdo si bude moci léčbu neplodnosti dovolit, je hrazení AR pojišťovnou (Cahn 2013: 15-16).

Ne všechny metody NRT zahrnují dárcovství vajíček, spermií nebo embryí. Lidé dokonce silně nepreferují léčbu pomocí dárcovství. Obecně je spíše přijímána představa darovaného vajíčka, než spermií. Studie, která byla publikována v roce 2010, přišla s tvrzením, že jak muži, tak ženy vnímají užívání darovaných spermií v porovnání s darovaným vajíčkem jako něco, co jim neumožní si maximálně vychutnat radosti rodičovství. Jako něco, co by mohlo vést k manželskému konfliktu (Eisenberg 2010: 924-926). Vědci spekulují, že tento negativní postoj vychází z představy o matce, která bude dítě bezmezně milovat nezávisle na genetické vazbě. Otec údajně nezvládne vytvořit tak silné

a nesobecké city. Nacházíme se v patriarchální společnosti, kde děti přebírají jména po otci a jakmile je muž neplodný, je to pro něj silné stigma v tom smyslu, že jsou méněcenní a ztrácejí tak svou mužnost. (Cahn 2013: 17-18)

Pokud párům nezbyvá jiná možnost, než využít metody dárcovství – je jedno zda spermií či vajíček, často kladou důraz na to, že dítě bude geneticky příbuzné aspoň s jedním z nich. Dalším pozitivem je, že dárcovství umožní příjemkyním prožít těhotenství. Pro ženskou identitu může být prožití těhotenství právě stěžejním bodem v životě. Ženy tak mají možnost si dítě porodit (Bonaccorso 2009: 41). Tento fakt odkazuje k prožívání vlastní subjektivity prostřednictvím těhotenství, které je důležitým bodem v životě žen.

Příjemkyně: „Jo, o to mi právě jde. Prožít si to. Aspoň jednou v životě prožít těhotenství.“

Páry si volí metodu dárcovství z toho důvodu, že mohou operovat v mezích něčeho, co nazývají „normalitou“ nebo „normálností“. Může se to zdát být paradoxem, neboť o standardní situace nejde, ale důležitým bodem je fakt, že páry zakoušejí to, co všichni ostatní. Ženy se cítí jako jakákoliv jiná žena a muži zase jako jakýkoliv jiný muž. Chtějí být zkrátka „normální“ a cítit se jako ostatní, kteří mohou mít děti – dosáhnout nějaké konformity. V tomto světle je taková adopce, která je běžně vnímána jako pozitivní akt, páry reprezentována jako složitá a nežádoucí možnost. Páry udávají, že adopce je složitý proces, ve kterém figurují sociální pracovníci, kteří budoucí rodině pokládají velké množství otázek, pečlivě je prověřují apod. Podle nich je metoda dárcovství mnohem snazší volbou (Bonaccorso 2009: 42-43). V tomto kontextu si opět můžeme povšimnout prožívané subjektivity u párů, které se snaží počít dítě – snaží se žít „normální“ život jako ty ostatní páry.

6.1.8 Děti z darovaného vajíčka

Již od samotného počátku vyžívání NRT je diskutována otázka vztahu dítěte ke svým „nebiologickým“ rodičům. Dříve se předpokládalo, že tato chybějící vazba by mohla být určitou hrozbou pro vztah dítěte k rodičům. Je diskutována otázka problematiky identity u dětí počatých z darovaných gamet. Děti se také mohou cítit podvedeny, pokud v budoucnu zjistí fakta o svém početí (Golombok, Cook, Bish, Murray 1995: 286).

Linda: *„Máš v plánu dítěti říct, že je z darovaného vajíčka?“*

Příjemkyně: *„Určitě.“*

Linda: *„A už jsi přemýšlela jak?“*

Příjemkyně: *„Asi je nejlepší mu to říct co nejdřív. Když mu to pak řekneš v pubertě, tak si myslím, že to bude ještě větší šok.“*

Koncepce pomocí darovaného genetického materiálu může mít negativní vliv v případě, pokud nedostatek genetické vazby zasahuje nějakým způsobem do vztahu mezi dítětem a rodiči. Je stanoveno, že dětský sociální a emocionální rozvoj je podporován kontextem vztahu mezi dítětem a rodiči. Interakce, které jsou v tomto případě znázorněny teplem domova, zodpovědností a senzitivitou k dětským potřebám a kontrolou, pozitivně ovlivňují vývoj dítěte. Zdá se, že problémy ve vývoji dítěte počatého s pomocí dárců vznikají, pokud metoda početí zasahuje proces interakce mezi rodiči a dítětem. Další problém může vzniknout na straně rodičů, pokud se některý z nich nevyrovná se svou neplodností i po narození dítěte. Některé páry se s touto situací vyrovnají lépe, jiné hůř a taková situace může končit až rozpadem manželství a to samozřejmě negativně ovlivní i samotné dítě (Golombok, Cook, Bish, Murray 1995: 285-286). Podle studie těchto autorů je však situace v praxi jiná. Rodiny s dítětem počatým pomocí NRT jsou často kvalitnější, než rodiny s přirozeně počatým dítětem. Rodiny s dětmi z asistované reprodukce dosahovaly vyššího skóre při měření proměnných, jako jsou interakce rodičů s dětmi, „teplo domova“ a matky

emocionální vztah k dítěti. Rodiče přirozeně počatých dětí naopak vykazovaly mnohem vyšší známky stresu souvisejícího s rodičovstvím. Studie také ukázala, že genetické sítě jsou méně významné, než touha po rodičovství. Má respondentka – dárkyně v rozhovoru uvedla, že by se o dítě počaté z jejích buněk rozhodně nebála, protože věří, že takové dítě bude mít tu nejlepší možnou péči. Jsou však země, které kladou na tyto genetické vazby důraz, a proto je leckde anonymita dárcovství zrušena. Například v Británii dostanou děti po 18. roce informace o dárcích. Údajně je to dobré pro správný vývoj identity člověka (Golombok, Cook, Bish, Murray 1995: 295-296).

Dárkyně: „Jako rozhodně si myslím, že pokud podstupují umělý oplodnění, tak to dítě bude vymodlený, takže je mi naprosto jasný, že se ty děti budou mít jako v bavlnce, protože jsou vymodlený.“

Jak jsem ve své práci zmiňovala dříve, i v České republice byla nedávno diskutována otázka o zrušení anonymity dárců. Tento návrh však ve vládě neprošel.³ Zkusila jsem se své respondentky – dárkyně zeptat na situaci, kdy by měla možnost dítě počaté díky jejímu vajíčku poznat.

Dárkyně: „Tak jako si myslím, že třeba za dvacet let, kdyby mi někdo zaklepal na dveře a řekl: „hele, čau – já jsem z tvý buňky“, tak nevím no.. Asi bych ho nebo ji pozvala na kafe a jako těší mě, ale to je asi všechno. Kdyby to byl nákej dvouletej drobek, tak bych mu asi dala lízátko a čau.“

V této citaci je jasně vidět, že si dárkyně udržuje odstup už jen větou, kterou používá „já jsem z tvý buňky“.

Dárcovství je metodou, na které je možné pozorovat spoustu zajímavých událostí. Do reprodukce vstupuje někdo třetí a komplikuje tak významy rodičovství. Pro mou práci byly důležitým bodem kritéria, která musí dárkyně

³http://zpravy.idnes.cz/ministri-odmitli-navrh-ktery-utoci-na-pravidla-umeleho-oplodneni-p9r-/domaci.aspx?c=A150107_095843_domaci_kop

splňovat a na základě čeho je vybírána vhodná dárkyně pro léčený pár. Na těchto procesech bylo možné zaznamenat, jak je v kontextu dárcovství vytvářeno samotné příbuzenství v laboratorních podmínkách. Lékaři jsou ti, kteří dělají finální výběr a dárkyni přiřazují k čekatelům na základě vizuální podobnosti. Zajímavým bodem zjištění bylo, že dárkyně musí mít vzdělání s maturitou, jež by měla svědčit o její inteligenci a celkově musí splňovat přísné parametry a mít zkrátka velmi kvalitní vajíčka. Taková praxe mě však přivádí k myšlence, zda centra asistované reprodukce nedisponují určitými až eugenickými tendencemi.

Dárcovství je složitým a propojeným řetězcem, ve kterém figuruje celá řada aktérů s vlastnostmi. V tomto smyslu je důležité upozornit na fakt, že role dárkyně se v průběhu procesu zredukovala pouze na vajíčko, u kterého jsou garantované určité kvality. Součástí toho bylo velké množství vyšetření a několika měsíční příprava na finální odběr vajíček, kterým proces pro dárkyni skončil. Podobně to probíhá i u léčeného páru, který postupuje také testy a na základě určitých atributů může být z procesu NRT i vyloučen. Samotná implantace oplodněného vajíčka probíhá za vědomí pacientky a údajně se jedná o bezbolestný zákrok. Pokud vše proběhne bez komplikací a celý proces je ukončen těhotenstvím, překladový proces tak dosáhne svého cíle – neplodnou ženu prostřednictvím mnoha úkonů a s pomocí dalších osob – lékařů a dárců, transformuje v těhotnou.

6.2 Náhradní mateřství

Další metodou NRT, kterou bych ve své práci ráda zmínila je surogátní (náhradní) mateřství. Tento typ asistované reprodukce zahrnuje také participaci třetí osoby, ale v České republice se neprovádí až tak často a chybí zde legislativní uchopení (Řežábek 2014: 17), proto jsem mu bohužel nevěnovala až takovou pozornost jako dárcovství. Nicméně do práce jsem metodu zahrnula, protože jsem se snažila zjistit, jaká je běžná praxe s náhradním mateřstvím v České republice na reprodukčních klinikách

Jedná se o proces, ve kterém žena „propůjčí“ svou dělohu neplodnému páru a odnese tak jejich dítě. Dítě pak může mít dvě matky – jednu, která dítě porodí a druhou, která jej vychová. Touto problematikou jsem se již zabývala ve své bakalářské práci, kdy jsem na základě zkoumání literatury a rozhovorů s účastníky došla k závěru, že matkou je vždy žena, která dítě vychová.

Tato procedura využívá principů in vitro fertilizace (IVF), kdy je vajíčko oplodněno mimo lidské tělo a poté implantováno do dělohy náhradní matky. Surogátní mateřství je často tabuizované téma a v některých zemích je dokonce zakázáno. Jiné země se tuto formu NRT snaží právně regulovat. (Lycett 2009: 214).

V České republice je otázka náhradního mateřství velmi často diskutovanou záležitostí, ačkoliv není legislativně ukotveno. To znamená, že není povoleno, ale ani zakázáno. Indikací k surogátnímu mateřství by měly být hlavně medicínské důvody například genetické a vývojové vady dělohy, chybějící děloha a tak dále. (Ostró, Pilka, Lešník 2009: 161-163). Jak již bylo zmíněno výše, surogátní mateřství není legislativně ukotveno a zájemkyně tak hledají náhradní matky často přes internet. Stačí do vyhledávače zadat slovní spojení „hledám náhradní matku“ a vyjede bezpočet diskuzí na nejen na ženských fórech, ale i gay fórech, medicínských fórech aj.⁴ Je tedy možné si povšimnout významné role internetu. Zkusila jsem se na metodu surogátní matky zeptat své respondentky – lékařky, abych zjistila, jaká je běžná praxe.

⁴ Například: <http://nahradni-materstvi.webnode.cz/kniha-navstev/>

Lékařka: „*To v podstatě neřešíme, protože to je spíš právní problém.*“

Linda: *A setkali jste se na klinice s touto žádostí?*

Lékařka: *Setkali, setkali jsme se a znám další kliniky, kde se s tím setkávají, ale v podstatě to u nás není rozšířená technika oproti třeba Americe.*

Linda: „*A můžete danou situaci nějak řešit?*“

Lékařka: *Aspoň co vim, co se v praxi děje, tak většinou ty IVF centra mohou udělat cyklus, ale to ostatní řešení, protože tam největší problém je ta právní stránka – to je kvůli tomu, že určitá věc chybí v našich zákonech. Takže to surogátní mateřství tam je velký vakuum a potom se musíte vypořádat s tím, že v českém zákoně je matka ta, která to dítě porodí. A tomu se nevyhnete. Ve chvíli, kdy to porodí jiná, tak je matkou, takže tam je to prostě těžký a to se musí řešit přes právníky a musí si to vyřešit ten pár, který by to eventuálně chtěl. Ale jako jo, určitě tady je. Dělá se málo – ve výjimečných případech, protože je to extrémně složité, hlavně po té právní stránce*

Je tedy možné zaznamenat, že lékaři se s tou metodou příliš nesetkávají, protože sebou přináší velké množství problémů a především zde nastává problém s určením mateřství, jež podle paragrafu 50a českého zákona přináleží ženě, která dítě porodila.⁵ Proto je třeba danou situaci složitě řešit přes právníky.

Surogátní mateřství je specifická forma NRT, která má zároveň silný dopad na psychiku neplodného páru. Podle výzkumů se páry, které využily metody náhradní matky, cítí méně sebevědomě jakožto rodiče. Dále jsou celé těhotenství v nejistotě, neboť náhradní matka má právo si dítě po porodu ponechat, pokud změní názor. Specifický je také vztah neplodné ženy k náhradní matce jakožto plodné, většinou mladší ženě, kdy může docházet až k depresi a k pocitu méněcennosti u neplodné ženy. Údajně je situace lepší, pokud se surogátní matkou stane příbuzná nebo známá páru. Dalším faktorem, který ovlivňuje rodičovství je také to, zda náhradní matka zůstane po porodu

⁵§ 50 zákon č. 94/1963 sb. [online]. [cit. 19. 04. 2015]. Dostupné z: <http://zakony.centrum.cz/zakon-o-rodine/cast-2-hlava-3-paragraf-50a>

dítěte v blízkém kontaktu s rodinou. Tato metoda NRT může také ovlivnit celoživotní vztah rodičů a dítěte. Už jen z toho důvodu, že chybělo těhotenství, ve kterém se vytváří prenatální pouto mezi matkou a dítětem. Dále zde může být problematický aspekt toho, že je v rodičovství někdo „třetí“, kdo může do rodiny celý život zasahovat. Do složité a psychicky náročné situace se dostává i náhradní matka, která musí po těhotenství a po porodu dítě odevzdat (Lycett 2009: 214-216).

Náhradní mateřství a dárcovství buněk, jsou asi těmi nejvýraznějšími metodami NRT, které dokážou zpochybnit běžné chápání rodiny v západní společnosti. V následující kapitole se budu věnovat místům, ve kterých jsou NRT prováděny a kde se celý transformační proces odehrává – reprodukčním klinikám.

6.3 Reprodukční kliniky

Reprodukční kliniky zaujímají v procesu asistované reprodukce svou specifickou roli. Jsou zvláštním místem, kde se proces oplodnění stává explicitní záležitostí, jež postrádá intimitu. Stává se podnikem, který vyžaduje medicínskou kvalifikaci. Podle párů jsou pracovníci klinik schopni „produkovat neprodukovatelné“ a jsou schopni kontrolovat a zajistit reprodukci. Jsou to ti, kteří vědí o zdravotním stavu páru nejvíce informací, stanovují diagnózy, shání genetické materiály a mají v rukou celý projekt. To jim dává poměrně velkou autoritu, důvěru párů, které jim vkládají do rukou celý svůj život, neboť se pracovníci těchto klinik stávají jejich „poslední nadějí“. Ačkoliv vkládají pacienti do klinik veškeré své naděje, může se stát, že léčba bude neúspěšná. V těchto případech se kliniky zříkávají zodpovědnosti. Je třeba si uvědomit, že léčba neplodnosti pomocí NRT je experimentální medicínskou procedurou, která je velkým zásahem do sféry přírody (Bonaccorso 2009: 72-75).

Léčbu neplodnosti na reprodukčních klinikách hradí v České republice pojišťovny. Avšak jsou zde určitá omezení úhrady. Například inseminace je pojišťovnou hrazena šestkrát ročně, poplatek za sperma dárce je 1000-1500 korun a to zdravotní pojišťovna nehradí. In vitro fertilizace je hrazena pouze do 39 roku ženy a cyklus IVF je zaplacen pojišťovnou pouze třikrát. Další pokusy už si musí neplodný pár hradit sám. Tato ustanovení se odvíjejí od zákonů Evropské unie, které zároveň regulují veškerou manipulaci reprodukčních center s tkáněmi a buňkami. Ekonomickými otázkami se zabývá Sdružení center asistované reprodukce, které jedná se zdravotními pojišťovnami (Řežábek 2014: 35-36).

Samotné kliniky si uvědomují, že pomáhají vytvářet příbuzenství, a proto používají specifickou terminologii, kterou se snaží vyvolat familiárnost. Využívání této terminologie pomáhá párům překonávat obavy a pochyby. Kliniky udávají, že pro páry, které k nim přijdou, nemohou udělat zázraky. Ale co mohou, je dát jim dítě – rodinu a radost z těhotenství, porodu. Konejší je, že s trochou štěstí, budou brzy držet v náručí své dítě. Je třeba páru dodat důvěru, že budou

brzy rodiči. Jedná se tedy o zvláštní práci s řečí, s volbou slov, kterými se lékaři snaží uklidnit páry, které zoufale touží po dítěti a absolvují jeden program za druhým. Dárcovství je představováno jako praktika pro vytvoření rodinného života a řešení, které přinese radost a štěstí. Kliniky udávají, že dárcovství rozhodně nekomplikuje rodinný život. Jakmile se dítě narodí, pár zapomene na nějakého dárce, dárkyni. Uklidňují své klienty zkušenostmi párů, které proceduru absolvovaly před nimi. Pracovníci reprodukčních klinik také často pracují s empatií, která je v těchto případech maximálně potřebná. Je třeba, aby budoucí rodiče příliš nevnímali odkaz dárce/dárkyně, ale soustředili se hlavně na to, že budou mít své vysněné dítě. Je tedy třeba zdůrazňovat emocionální a sociální vazby, které se vytvoří mezi dítětem a rodiči. Lékaři tedy sehrávají i roli psychologů, kdy zdůrazňují význam sociálního mateřství, nebo otcovství a upozadují genetické vazby. Tento jazyk, který kliniky používají, slouží ke standardizaci dárcovství (Bonaccorso 2009: 81-83).

Veškeré procesy, které souvisejí s NRT a snaží se o transformaci neplodného páru v pár plodný, probíhají na půdě reprodukčních klinik, ve kterých pracuje lékařský personál – včetně sester, lékařů, embryoložek a dalších. Kliniky musí splňovat řadu zákonných požadavků a být patřičně vybaveny. Jak personálně, tak přístrojově. Centra asistované reprodukce povinně zasílají údaje o léčbě IVF do Národního registru reprodukčního zdraví České republiky (Řežábek 2014: 16).

Již po drobné internetové rešerši je možné zaznamenat, že kliniky často vystupují s různými slogany o životě a lásce. Je to pochopitelné, neboť se jedná o místo, které plní sny, a kde lékaři doslova dělají zázraky. Pokud se snaží získat dárkyně, používají větná spojení jako například „darujte život“, „splňte druhým přání“. Reprodukční kliniky jsou zkrátka zcela jedinečným místem. Pracovníci si uvědomují, že otázka neplodnosti je velmi citlivou záležitostí, která vyžaduje značnou míru empatie a diskrétnosti (Bonaccorso 2009: 72-73).

V rámci svého výzkumu jsem navštívila dvě reprodukční kliniky ve dvou různých městech a díky tomu jsem měla možnost si důkladně prohlédnout prostředí. Personál na mě působil velmi příjemným a pohodovým dojmem. Byla

jsem svědkem i událostí, kdy si lékař osobně došel do čekárny pro čekající dvojici, podali si ruce, představil se. Byl zde tedy kladen důraz na osobní kontakt lékařů s pacienty. Čekárny byly útulně zařízeny s pohodlnými křesly, na zdech visely obrazy šťastných rodin a dětí. Kliniky na mě zkrátka působily velmi pozitivním dojmem. Rozhodla jsem se na přístup personálu a prostředí klinik zeptat svým respondentek – dárkyně a příjemkyně. Má respondentka – příjemkyně obešla klinik více a poskytla mi srovnání.

Příjemkyně: „Ze začátku pocit dobrý. Pak jsem zjistila, že tě vždy objednají na nějaký čas a vezme tě vždy doktor, který má službu. Takže jsem měla vždy pocit, že tomu Doktorovi musím říct celý můj problém od znova. Po čase začneš mít pocit, že řeší to, co vidí v papírech. Ale každá jsme jiná a na každou působí něco jiného. Po dobu 1 roku co jsem tak chodila, jsem pořádně nevěděla co mi je a proč to nejde. Pořád mě cpali hormonama a tlačili do dalšího pokusu umělého oplodnění.“

Poté nějaké době neúspěchů se má respondentka rozhodla kliniku změnit.

(Klinika 1=X; Klinika 2=Y)

Příjemkyně: „První návštěva mě opět nakopla, že se může něco změnit. Sestričky a doktoři jsou úžasní. Prostředí čisté a příjemné. Porovnání s X neporovnatelné. V Y víš, že ti lidé jsou tady pro tebe a né ty pro jejich výdělky. Poplatky nižší než v X a přístup nepřekonatelný. Snaží se mi přizpůsobit co nejvíce. No úžasné. I když tam mám za sebou 6 pokusů bez úspěchu, nemůžu na ně říct jedno špatné slovo. U vložení embryjka může s tebou partner na sál, v X ho před 2. dveře na celé oddělení ani nepustili. Chudáci chlapi spali v autech před klinikou.“

Má druhá respondentka – dárkyně byla s přístupem personálu velmi spokojena, což je přirozené, protože darování vajíček není jen tak a kliniky si takových klientek velmi cení.

Dárkyně: „Všichni jsou tam strašně příjemní – nedá se to srovnat s normálním zdravotnictvím, protože oni de facto od tebe něco chtějí.. Hrozně příjemný ženský jsou tam.“

Reprodukční kliniky jsou zkrátka specifickým místem, kde je tvořen nový život medicínou. Navštěvují je lidé, kteří čelí nepříjemné diagnóze, která obrátila jejich život naruby a u lékařů je třeba, aby projevili dostatečnou míru empatie (Bonaccorso 2009: 40). To se samozřejmě odráží i na fyzickém prostředí reprodukčních klinik, které by mělo být pro pacienty diskrétní a pohodlné.

Kliniky se snaží o to, aby léčený pár, který při příchodu čelil neplodnosti, opouštěl jejich centrum s dítětem. Jak jsem již zmiňovala výše, překladový proces probíhá na půdě těchto klinik, které zajišťují vyšetření, které skladují lidské buňky a embrya, shánějí dárce a dárkyně, komunikují s klienty. Transformační proces by tak měl být završen těhotenstvím ženy. Má další kapitola se zaměří na zajímavou stránku asistované reprodukce a to, jak příjemci – léčený pár vytváří svou rodinu, ve které chybí genetická vazba s jedním nebo s oběma rodiči dítěte.

6.4 „Tvorba rodiny“ v kontextu NRT

Jelikož se ve své práci věnuji otázce tvorbě příbuzenství a rodiny, je třeba zmínit, jak samotné páry o těchto situacích smýšlí. Pro zajímavost uvedu v této kapitole několik příkladů ze zahraničí.

Pár, který se rozhodne využít dárcovství, většinou doufá v to, že dítě bude geneticky příbuzné alespoň s jedním partnerem. Při nejmenším je prostřednictvím dárcovství záruka využití „dobrých genů“. Tyto páry pak vytvářejí svou rodinu v našem kulturním kontextu, ve kterém jsou biogenetické vazby klíčové. Samotný porod dítěte je velkou změnou v životech partnerů. Když se k tomu přidá třetí osoba – dárce/dárkyně, situace pro ně může být komplikovaná. V některých zemích není dárcovství anonymní a pár má tak možnost si dárce/dárkyni vybrat z řad svých přátel. Další možností je využití internetu, kde si z řad „uchazečů“ mohou budoucí rodiče vybrat svého dárce. Tyto internetové „banky“ podávají informace o vzhledu, vzdělání a zdravotním stavu dárců. Některé z nich mají v nabídce dokonce fotografie z dětství, nahrávky hlasů nebo ukázky ručně psaného písma. Lidé si zkrátka své dárce mohou vybírat, na základě svých vlastních preferencí. Banky tohoto typu se často odvolávají na to, že využívají „kvalitní jedince“ a párům tak nabízejí tu nejlepší možnou genetickou výbavu pro jejich potomka a budoucí rodiče zas věří, že svému dítěti dluží ty nejlepší možné geny. Je zajímavé, že v kontextu výběru dárce hrají geny nesmírně důležitou roli, ale v kontextu budoucího života rodiny s dítětem z darovaného vajíčka či spermie ztrácejí svůj význam. Pro zajímavost California Cryobank obsahuje celou databázi dárců, kde je vzhledově přirovnává ke slavným celebritám. Lidé si zde také mohou zvolit dárce na základě vyznání, původu aj.⁶ (Cahn 2013: 49-53).

Zajímavá je volba náboženského vyznání u dárců. Spousta lidí ji může považovat za bezpředmětnou, ale jsou skupiny, pro které je volba dárců na základě stejného vyznání naprosto klíčová. Tou skupinou mohou být například židé, u nichž musí reprodukční medicína dodržovat přísné postupy. Páry by

⁶<http://www.cryobank.com/search?listview=0#>

měly svou situaci konzultovat s rabínem, který by jim k procesu měl dát svolení, dárce musejí být židovského původu. Dítě je považováno za židovské pouze v tom případě, jsou-li „obě matky“ židovského původu. Pokud jedna z nich tento původ nemá, dítě bude muset v budoucnu konvertovat, aby mohly být vyloučeny veškeré pochyby.⁷

Pro některé páry může být situace, ve které je dítě biologicky příbuzné pouze s jedním partnerem složitá. Rodiče si často uvědomují, že je mezi nimi a dítětem určitý nerovný vztah, kdy má jeden z nich svým způsobem navrch. Páry jsou si vědomy, že „vytvářejí“ děti, které k nim velmi úzce přilnou, ačkoliv je s nimi nemusí pojit biologické vazby. V tomto případě mají dárce a dárkyně nesmírně důležitou úlohu: stávají se příležitostí, díky které mohou rodiče pro své potomky zvolit tu nejlepší možnou genetickou náhradu sebe samých. Ženy si mohou prožít těhotenství a porod a mít tak pod kontrolou prenatální vývoj dítěte. Navzdory chybějící genetické vazbě, nepřijdou o gestační spojení s dítětem. Vědci upozorňují, že právě tato fáze je pro budoucí vývoj dítěte významná. Nejde pouze o to, zda matka v těhotenství kouří, pije nebo užívá drogy, ale jde i o celkový zdravotní stav ženy. Dalším zajímavým bodem je situace, kdy se rodiče rozhodnout mít s pomocí dárců sourozence. Některé americké banky nabízejí možnost volby stejného dárce nebo dárkyně. Narozené děti jsou pak biologicky příbuzné, a zároveň jsou obě geneticky příbuzné s jedním z partnerů (Cahn 2013: 54-59). Je tedy možné si povšimnout, že páry často volí takovou strategii, aby vybraly vajíčko ženy, která jim bude nejvíce podobná – nejen vizuálně, ale i v jiných záležitostech jako například Židé, kteří kladou důraz na stejné náboženské vyznání u své dárkyně. Partneři se sami za sebe snaží sehnat tu nejlepší možnou „náhradu“, která zajistí jejich potomkům to nejlepší možné genetické vybavení.

⁷<http://www.jewishfertility.org/egg-donation.php>

8 ETICKÁ PROBLEMATIKA A ZÁKONY

NRT jsou obrovským zásahem do sféry, ve které se člověk nepohybuje dlouho. Diskutovaná je otázka týkající se morálního postavení embrya, která otevírá diskuzi o tom, kdy vzniká lidská bytost. Zde se střetávají dva tábory, kdy jeden tvrdí, že život vzniká po oplození a druhý zastává názor, že embryo má status potenciální lidské bytosti. Odborná veřejnost zastává především druhé tvrzení. To však neznamená, že otázka o morálním postavení embrya ve vědeckých kruzích již není aktuální. Problematickým aspektem je také fakt, že díky hormonální stimulaci často vznikne více embryí, která jsou využita několika možnými způsoby. Některá se zmrazí a připraví se pro případné příjemce, jiná jsou využita pro výzkum a poslední možností je likvidace. To staví rodiče do nepříjemné role, kdy musí rozhodnout, jak s embryi naložit. Dalším problematickým aspektem NRT je právě dárcovství genetického materiálu, kdy je do procesu reprodukce zahrnuta třetí osoba. Zde může dojít k narušení dosavadního konceptu rodiny tak, jak ji známe. Dítě i rodiče se mohou celý život potýkat s řadou otázek, které souvisejí s dárcem/dárkyní. I samotný dárcce/dárkyně se pravděpodobně nikdy nezbaví vědomí, že „tam někde“ je jejich biologické dítě. V České republice by mělo dárcovství fungovat anonymně a pár by dárcce/dárkyni měl znát pouze podle kódu. Pokud zajdeme do extrému, teoreticky je možné, že aktivní dárcce spermatu objedná různé kliniky, oplodní více vajíček a rázem může mít až stovku potomků. Co když se s některým v budoucnu setká a padnou si do oka? Jak si s tím poradí společnost a medicína pak? Je celá řada dalších otázek v případě NRT, které jsou eticky problematické jako je například úloha náhradních (surogátních matek), redukce vícečetných těhotenství aj. NRT se v rámci etiky pohybují na velmi tenkém ledě a celá řada zákroků její hranici často překročí (Haasová 2012: 254-258).

Z výše psaného textu je zjevné, že lékaři v případě NRT musí jít často až na hranici etiky. V České republice je otázka NRT právně regulovaná. Zákonů, které s AR souvisí, je mnoho a mezi ně patří například zákaz jakékoliv diskriminace na základě genetického dědictví, zákaz volby pohlaví, zákaz

finančního prospěchu, zákaz vytváření embryí pro výzkumné účely. Zákon také určuje, že by nikdo neměl mít finanční prospěch z darování jakékoliv části lidského těla. Dalším problematickým aspektem v NRT je, jak jsem v práci již zmiňovala, otázka rodičovství a příbuzenství. Takovým dárcovstvím se mohou vztahy a sítě v obyčejné rodině o dvou rodičích a jednom dítěti velmi zkomplikovat, a proto legislativa hledí i na tento fakt. Například určuje, kdo je matkou nebo otcem dítěte. Matka je jasně definovaná jako žena, která dítě porodí. S otcem je to trochu složitější a závisí především na sňatku s matkou dítěte. A podle toho se poté určuje otcovství. V rámci asistované reprodukce je otcem ten, kdo dal k početí souhlas (Řežábek 2014: 36-42).

Eticky problematická je i praxe v ostatních zemích. Kally Raspberry se ve svém výzkumu zabývá in vitro embryi, u kterých je diagnostikován nějaký chromozomální defekt. Autorka se zaměřuje na situaci reprodukčních center v Argentině, která využívají nejnovějších metod v prenatální medicíně. Jednou z nich je preimplantační genetická diagnostika (PGD). Jedná se o laboratorní techniku, které analyzuje chromozomální uspořádání u in vitro embryí. Zahrnuje screeningové testy, jejichž cílem je odhalit různá genetická onemocnění. PGD je zpravidla doporučováno klientům, kteří mají ve své rodině nějaká dědičná genetická onemocnění, nebo starším ženám. Tato metoda může být použita i pro výběr pohlaví. Jedná se o velmi kontroverzní techniku, která je ve svých důsledcích velmi diskriminační a může tak zdravé embryo zničit kvůli tomu, že se nejedná o preferované pohlaví. PGD vzbuzuje v Argentině emoce a tou nejzásadnější otázkou je, co dělat s abnormálním embryem? S tím souvisí již dříve diskutovaný status embrya. Autorka se ptá, co to znamená „normální“ embryo a upozorňuje na fakt, že se vytvořila skupina lidí – expertů, kteří mají najednou možnost rozhodovat o tom, jaký život bude dobrý a stát za to a jaký život raději vůbec nepřipustí (Raspberry 2009: 213-233). Tato metoda je ve světě běžnou praxí a spolu s jejím užíváním je třeba si položit otázku, zda je skutečně v pořádku tímto způsobem rozhodovat o tom kdo se má a nemá narodit. Zda je v pořádku zahodit pěti denní embryo, u kterého je prokázána nějaká genetická vada. A která vada je ještě pro život přijatelná a která již ne?

Asistovaná reprodukce je v mnoha ohledech velmi kontroverzní záležitostí, jež má své příznivce i odpůrce a těžko se najde obecně přijímaný konsenzus, který bude vyhovovat všem. Je také třeba poukázat na fakt, že reprodukční medicína svým působením vytváří podmínky pro různé diskriminační mechanismy, které je třeba regulovat a snažit se jejich dopady minimalizovat.

9 ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem se zabývala NRT a jejich dopadem na tvorbu a vnímání příbuzenství. V teoretické části jsem se věnovala překladovému procesu a ANT, díky kterým je možné nazírat vše, co s asistovanou reprodukcí souvisí jako soubor zprostředkovatelů, který neplodný pár promění v plodný. V tomto kontextu jsem i ve své práci postupovala. Nejdříve jsem popsala problematiku vnímání příbuzenství, poté jsem se věnovala samotnému transformačnímu procesu, který začíná detekcí neplodnosti. Po diagnóze je pár odeslán do reprodukčních center, kde je zvolena vhodná metoda léčby. V případě mé diplomové práce jsem se věnovala velmi detailně metodě dárcovství, ve které jsem se soustředila na více témat jako například, jakým způsobem je vybírána vhodná dárkyně pro léčený pár, jaká kritéria musí splňovat, jak dárcovství probíhá v praxi, jak je to s odměnami dárkyním, jakým způsobem smýšlí příjemkyně o dárkyni a další. V následujících částech své práce jsem se věnovala jako další metodě NRT surogátnímu mateřství, „tvorbě“ rodiny s dítětem z darovaného vajíčka a etické problematice asistované reprodukce. Veškeré tematické úseky byly doplňovány rozhovory, které se věnovaly právě otázkám řešené problematiky. Ve svém výzkumu jsem se také snažila zmapovat situaci v českých centrech asistované reprodukce a zjistit, jakým způsobem lidé vnímají příbuzenství v kontextu NRT – konkrétně dárcovství. Jednak prostřednictvím literatury, dále pak pomocí rozhovorů s respondentkami, které navštěvovaly různé reprodukční kliniky v České republice.

Z literatury i z rozhovorů vplynuly poměrně zajímavé a důležité záležitosti. Jak příjemkyně, tak dárkyně kladly důraz na nějakou genetickou vazbu v tom smyslu, že si uvědomovaly, že je tam někdo třetí, nebo že jsou „součástí“ nějaké neznámé rodiny. Příjemkyně spíše vyjadřovala obavy z prolomení anonymity dárcovství a ani si nepřála si, aby byla dárkyní její příbuzná nebo známá, protože by měla strach z jejího vlivu na potomka. Dárkyně uváděla, že jí dítě ani tak nezajímá jako spíš jeho vzhled a možná podoba. Podle mého výzkumu kladou důraz na představu o biogenetické

souvislosti lékaři, kteří se pro příjemce snaží najít dárce nebo dárkyni, kteří jim budou nejvíce vizuálně podobní. Tento fakt podle mě odkazuje na představu o nějakém pokrevním příbuzenství.

Dárcovství je unikátní metodou, jež umožní neplodným párům prožít těhotenství tak, jako jej zažívají ostatní. Velké pozitivum spatřuji i ve faktu, že dítě bude geneticky příbuzné aspoň jedním z rodičů (Bonaccorso 2009: 41). To ostatně zmiňovala i má respondentka – příjemkyně, když poukazovala na vyšší autoritu otce v tomto kontextu. Je možné si povšimnout, že partneři vnímají metodu dárcovství jako dobrou příležitost, při které je zachována genetická vazba alespoň k jednomu z rodičů.

Při tvorbě své vlastní rodiny, se neplodné páry zkrátka snaží najít tu nejlepší možnou genetickou náhradu sebe samých. Tento fakt pro ně vytváří dojem, že mohou lépe kontrolovat svou vlastní prokreaci a budoucnost dítě (Cahn 2013: 54). Z toho důvodu také musí dárkyně splňovat přísná kritéria, aby tak byly tím nejlepším možným „materiálem“ pro čekající pár. V tomto kontextu je reprodukční kliniky možné nazírat jako místo, ve kterých je příbuzenství vytvářeno v laboratorních podmínkách. Dárkyně jsou do procesu vybírány podle přísných kritérií a následně je jejich vajíčko přiřazováno k čekatelům, kteří jsou si dárkyní fenotypově nejvíce podobní. To znamená, že jsou podobné postavy a podobného vzhledu. Příjemci mohou mít specifické požadavky například na dosažené vzdělání, ale hlavním bodem volby dárkyně pro ně zůstává podobný vzhled a dokonalé zdraví dárkyně.

Reprodukční medicína je sice výbornou možností pro páry čelící neplodnosti, ale je třeba také upozornit, že může přispívat k rozvíjení sociálních nerovností. Příkladem může být finanční nákladnost NRT, hledání surogátních matek v rozvojových zemích světa, volba evropských dárkyň a další (Birenbaum-Carmeli, Inhorn 2009: 3-8). Je třeba také zmínit fakt, že reprodukční medicína má tendence až k diskriminačním praktikám, které jsou znatelné právě ve výběru dárkyně, jež musí splňovat přísná kritéria a to – být dobrého fyzického i psychického zdraví, mít maturitu a nesmí být starší 35 let. Dalším příkladem může být eticky problematická metoda PGD, která provádí genetické

testy u čerstvých embryí a vybírá pouze ty „nejkvalitnější“, jež jsou následně použita pro implantaci (Raspberry 2009: 213-233). Tato metoda je podle mého mínění velmi nebezpečná v tom smyslu, že rozhoduje o tom, kdo má žít, a kdo ne. Je otázkou, zda situace nezajde tak daleko, že si budou moct rodiče vybírat pohlaví nebo jiné vlastnosti svého budoucího dítěte.

Tento výzkum se snažil zmapovat situaci v českých centrech asistované reprodukce a dále se snažil nahlédnout do problematiky vnímání a tvorby příbuzenství v tomto kontextu. Asistovaná reprodukce je ve společnosti stále poměrně novým fenoménem, díky kterému je možné pozorovat spoustu zajímavých záležitostí jako je například vnímání příbuzenství a to poskytuje poměrně široké spektrum pro další možné výzkumy, které by se mohly více zaměřit na rodiny s dětmi z darovaných vajíček, na skrytou praxi klinik a další zajímavé aspekty reprodukční medicíny.

10 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Almeling, Rene. 2007. „Selling Genes, Selling Gender: Egg Agencies, Sperm Banks, and the Medical Market in Genetic Material.“ *American Sociological Review*. Vol. 72, No. 3, Pp. 319-340.
- Birenbaum-Carmeli, D. Inhorn, M.C. 2009. *Assisting Reproduction, testing genes: global encounters with new biotechnologies*. New York: Berghahn Books.
- Bonaccorso, Monica M. E. 2009. *Conceiving Kinship: Assisted Conception, Procreation and Family in Southern Europe*. New York: Berghahn Books
- Cahn, Naomi. 2013. *The new Kinship Constructing Donor-Conceived Families*. New York: NYU Press.
- Cussins, Charis. 1998. „Ontological Choreography. Agency for Women Patients in an Infertility Clinic“. in *Differences in Medicine: Unravelling Practices, Techniques and Bodies*, edited by Annemarie Mol and Marc Berg; Durham, NCa: Duke University Press.
- Ehrensaft, Diane. 2005. *Mommies, Daddies, Donors, Surrogates. Answering Tough Questions and Building Strong Families*. New York: The Guilford Press.
- Eisenberg, M. L. et al. 2010. „Perceived Negative Consequences of Donor Gametes from Male and Female Members of Infertile Couples“ *Fertility & Sterility*. Vol. 94, No. 3, Pp. 921-926.
- Golombok, S. Cook, R. Bish, A. Murray, C. 1995. „Families created by The New Development of the Children.“ *Child Development* Vol. 66, No. 2, Pp. 285-298.
- Haasová, Ilona. 2012. „Etika asistované reprodukce.“ *Urologie pro praxi*. 13(6): 254-258.
- Latour, Bruno. 2003. *Nikdy sme neboli moderní*. Bratislava: Kalligram, spol. s.r.o.
- Law, John. 2006. „Traduction/Trahison: Notes on Actor Network Theory,“ in *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*. Vol 13, No. 42, Pp. 47-72.
- Leech, B. L. 2002. „Asking Questions: Techniques for Semistructured Interviews.“ *Political Science and Politics*. Vol. 35, No. 4, Pp. 665-668.
- Lycett, Emma. 2009. „Surrogacy: The Experiences of Commissioning Couples and Surrogate Mothers.“ Pp. 213-240 in Bentley, Gillian; Mace, Ruth (eds.).

- Substitute Parents, Biological and Social Perspectives on Alloparenting in Human Societies*. New York: Berghahn Books.
- Ostró, A. Pilka, L. Lešník, F. 2009. *Reprodukční medicína současnost a perspektivy*. Olomouc: Nakladatelství Olomouc.
- Raspberry, Kelly. 2009. „The genesis of embryos and Ethic In Vitro. Practicing preimplantation genetic diagnosis in Argentina.“ Pp. 213-238 in Birenbaum-Carmeli, D. Inhorn, M.C. (eds.). *Assisting Reproduction, testing genes: global encounters with new biotechnologies*. New York: Berghahn Books.
- Roberts, Elizabeth F.S. 2009. „The Traffic Between Women, Female Alliance and Familial Egg Donation In Ecuador.“ Pp. 113-143 238 in Birenbaum-Carmeli, D. Inhorn, M.C. (eds.). *Assisting Reproduction, testing genes: global encounters with new biotechnologies*. New York: Berghahn Books.
- Robertson, John A. 1994. *Children of Choice, Freedom And The New Reproductive Technologies*. New Jersey: Princeton University Press.
- Řežábek, Karel. 2014. *Asistovaná reprodukce*. Praha: Maxdorf.
- Seidman, Irving. 2013. *Interviewing as Qualitative Research. A Guide for Researchers in Education and the Social Sciences*. New York: Teachers College Press.
- Skupnik, Jaroslav. 2010. *Antropologie příbuzenství*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Slepičková, Lenka. 2009. "Neplodnost jeho a neplodnost její: Genderové aspekty asistované reprodukce"45, 1, *Sociologický časopis*. 177-203.
- Strathern, Marilyn. 1992. *Reproducing the Future*. Manchester: Manchester University Press.

11 SEZNAM ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ

California Cryo Bank. [online]. [cit. 03. 03. 2015]. Dostupné z:

<http://www.cryobank.com/search.aspx?listview=0#>

Jewish Fertility. [online]. [cit. 03. 03. 2015]. Dostupné z:

<http://www.jewishfertility.org/egg-donation.php>

Kopecký, Josef. 2015. „Dárci v zemích, kde zrušili anonymitu, vymizeli, říká lékař.“ *idnes.cz* [online]. [cit. 02. 03. 2015]. Dostupné z:

<http://zpravy.idnes.cz/rozhovor-s-lekarem-z-centra-asistovane-reprodukce-rezabek-pao->

[/domaci.aspx?c=A141223_145100_domaci_kop#utm_source=sph.idnes&utm_medium=richtext&utm_content=top6](http://domaci.aspx?c=A141223_145100_domaci_kop#utm_source=sph.idnes&utm_medium=richtext&utm_content=top6)

Kopecký, Josef. 2015. „Ministři odmítli návrh, který útočí na pravidla umělého oplodnění.“ *idnes.cz* [online]. [cit. 02. 08. 2015]. Dostupné z:

http://zpravy.idnes.cz/ministri-odmitli-navrh-ktery-utoci-na-pravidla-umeleho-oplodneni-p9r-/domaci.aspx?c=A150107_095843_domaci_kop

Náhradní mateřství – diskuze. [online]. [cit. 17. 04. 2015]. Dostupné z:

<http://nahradni-materstvi.webnode.cz/kniha-navstev/>

Usnesení Evropského Parlamentu ze dne 21. 02. 2008. [online]. [cit. 18. 04. 2015]. Dostupné z: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2008-0066+0+DOC+XML+V0//EN>

Zákon č. 94/1963 sb. [online]. [cit. 19. 04. 2015]. Dostupné z:

<http://zakony.centrum.cz/zakon-o-rodine/cast-2-hlava-3-paragraf-50a>

12 RESUMÉ

Following thesis is focused on kinship and family in the context of new reproductive technologies. I focused on egg donation, which is method, where figures a third party member, who can have impact on family and disturb its meanings. In my thesis I tried to evaluate the situation of reproductive medicine in czech republic and I focused on the family ties creation in the context of egg donation.

The theoretical frame of my thesis comes from the transformation process, in which act a lot of mediators, that „translate“ the infertility couple into pregnant couple. This whole process begins with detection of infertility, after this follows the choice of new reproductive technology and afterwards treatment. I presented these parts and connected them with interviews, which I made with my respondents – the doctor from infertility clinic, egg donator and with woman, who tries to get pregnant with donated eggs. I also focused on the family cration in the context of egg donation and ethical aspects of assisted reproduction.

My research discovered more interesting themes, which were important for my thesis. The match of couples and donors is based on the visual appearence. That refers to perception of kinship based on genetical ties. Very insteresting procedure is the choice of egg donors. The egg donors must have graduation, be completely healthy and be in young age. The parents prefer the best replacement of themselves and thats why the infertility clinics offer the „best quality“ of their donors. This situation can get very problematic, because is refers to some eugenic ideas of family creation within the medicine.