

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Katedra genderových studií

Bc. Žaneta Hlaváčová

Transplantace dělohy jako cesta k mateřství

Diplomová práce

Vedoucí práce: **doc. Věra Sokolová, Ph.D.**

Praha 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne

Žaneta Hlaváčová

Poděkování

Na začátku bych ráda poděkovala vedoucí mé diplomové práce Věře Sokolové, bez níž by tato práce nemohla vzniknout. Na samém začátku mi pomohla utříbit si, o čem chci vlastně psát a správnými otázkami mě nasměrovala k zamýšlení se nad tématy, které se díky tomu staly součástí této práce, a za pomoc s úskalími, které se při psaní této práce objevovaly.

Největší vděčnost a díky patří mé milující rodině, na základě jejíž podpory jsem měla možnost studovat a díky každodenním otázkám, jak pokračuje psaní diplomové práce, jsem našla sílu jí dokončit.

OBSAH

OBSAH.....	4
Abstrakt.....	6
Abstract.....	6
Úvod.....	7
1. TEORETICKÁ ČÁST	9
1.1. Paradigma.....	9
1.2. Pojmy	9
1.3. Mateřství	12
1.3.1. Mateřství jako přirozenost.....	12
1.3.2. Mateřství jako sociální konstrukt	13
1.4. Reprodukce	16
1.4.1. Stratifikovaná reprodukce	17
1.4.2. Reprodukce jako kontrolní mechanismus	22
1.5. Neplodnost	25
1.5.1. Surogátní mateřství	27
1.5.2. Adopce	29
1.6. Reprodukční technologie	30
1.6.1. Transplantace dělohy	34
2. EMPIRICKÁ ČÁST	37
2.1. Feministická metodologie	37
2.1.1. Vlastní pozicionalita.....	38
2.1.2. Popis metody.....	40
2.2. Analyzované diskurzy	41
2.2.1. Výzkumný vzorek	44
2.2.2. Analýza	50
2.2.2.1. Konstrukce ženství a mateřství	52
2.2.2.2. Absence dělohy a bezdětnost jako tragédie.....	65
2.2.2.3. Riziko	68
2.2.2.4. Kvalita	74
2.2.2.5. Úspěch a zdraví	80
2.2.2.6. Shrnutí	83
Závěr	85
Seznam použitých zkratk.....	90

Použité zdroje.....	91
Přílohy.....	103
Příloha č. 1	103
Příloha č. 2	103
Příloha č. 3	104

Abstrakt

Tato práce se zabývá relativně novou metodou asistované reprodukce. Nahlíží na transplantaci dělohy feministickou optikou a na teoretické úrovni se zabývá jejími potenciálními přínosy a riziky v širších etických a společenských souvislostech. Skrze kritické čtení a myšlení odkrývá, jak je konstruováno ženství a mateřství v jednotlivých diskurzích právě v souvislosti s transplantací dělohy. Prostřednictvím kritické diskurzivní analýzy se proto zaměřuji na texty vyprodukované na toto téma v rámci populárního a odborného diskurzu a odhaluji, s jakými genderovými stereotypy a konstrukcemi pracují pro podporu svých argumentů. Tyto oblasti našeho každodenního života mají ve společnosti velkou moc a ovlivňují to, jak vnímáme a konstruujeme realitu, a tím se podílejí na jejím vytváření.

Klíčová slova: transplantace dělohy, neplodnost, mateřství, reprodukční technologie, genderové role

Abstract

This thesis describes relatively new method of assisted reproduction. Uterus transplantation is viewed from feminist perspective, and its potential benefits and risks in wider ethical and social contexts on theoretical level are being considered. It reveals how womanhood and motherhood are constructed in different discourses in context of uterine transplantation through critical reading and thinking. By using of critical discourse analysis I focus on texts produced on this subject in the popular and professional discourse and reveal what kind of gender stereotypes and constructs they are using to support their arguments. These areas of our everyday lives have great power in society and influence the way we perceive and construct reality and thus participate in its creation.

Key words: Uterus transplantation, infertility, motherhood, reproductive technology, gender roles

Úvod

In Vitro fertilizace, intrauterinní inseminace, intracytoplasmická injekce spermií, zamrazení embryí, to jsou cesty jak „pomoci“ neplodným párům k početí geneticky příbuzného dítěte. Nyní se k těmto metodám asistované reprodukce přidává transplantace dělohy. Jedná se o poměrně novou metodu, která se ale velmi rychle rozšiřuje po světě, přestože je stále v experimentální fázi.

Poprvé jsem se o existenci tohoto zákroku dozvěděla z médií jen chvíli před tím, než jsem měla vybírat téma diplomové práce. Čím více jsem se o této operaci dozvíдалa, tím více jsem si uvědomovala, že by si toto téma zasloužilo náhled genderovou optikou. Zajímalo mě, proč v době kdy je částí populace v mnoha zemích odpírána možnost rodičovství, například legální adopce dítěte pro homosexuální páry či využití metod asistované reprodukce pro svobodné ženy, se vynakládají zdroje k vyvinutí stále neuvěřitelnějších prostředků k získání dítěte. Ve své práci tak představuji dostupné informace o transplantaci dělohy a zasazuji ji do širšího kontextu feministických proudů a teorií.

V teoretické části proto nejprve představuji pojmy a koncepty, ze kterých vycházím. Dále uvádím možné úhly pohledu na mateřství, reprodukci a neplodnost, které jsou klíčové pro pochopení tohoto tématu. Následně diskutuji existující alternativy k dosažení rodičovství. V závěru teoretické části se zaměřuji na reprodukční technologie s hlubší orientací právě na transplantaci dělohy jako metodu asistované reprodukce. V této části práce nejvíce čerpám z knihy *The mother machine* Geny Corey, která ač je poměrně radikální, a často používá esencialistické argumenty, přichází s myšlenkami, se kterými jsem se u jiných autorů a autorek nesetkala a tyto myšlenky jsou mi blízké. Svým dílem bezprostředně reaguje na počátky vzniku IVF (in vitro fertilizace, hovorově známo jako oplodnění ve zkumavce), kdy ještě nebyly známy všechny možné důsledky této metody. Podobně je tomu u transplantace dělohy, proto některé z jejích myšlenek přebírám a aplikuji na tento chirurgický zákrok. To samozřejmě doplňuji myšlenkami dalších autorů a autorek.

Důležitá není jen podstata tohoto zákroku jako takového, ale zejména to, jaké informace o něm jsou v dnešním globalizovaném světě, kde se většina komunikace a šíření

informací odehrává online, podávány. V této souvislosti je však potřeba si uvědomit, že se jedná spíše o euroamerický kontext, kdy nám dostupné informace jsou limitovány nejen jazyky, kterými hovoříme, ale i vyjádřeními světových tiskových agentur, které filtrují, jaké informace a ke komu se dostanou. V této práci pracuji navíc pouze s českými a anglickými texty, které, alespoň první zmíněné, nemají tak široké publikum, nelze tedy hovořit o jejich globálním dopadu.

V této diplomové práci se proto zaměřuji na to, jaké texty jsou o transplantaci dělohy prezentovány v jednotlivých diskurzích. Z výše uvedeného důvodu se zaměřuji pouze na texty dostupné na internetu, a to konkrétně v populárním (českém) a odborném (anglicky psaném) diskurzu. Zjišťuji, jak je v těchto textech konstruováno ženství a mateřství, a sice skrze kompaktnost jejich vyjádření, používání genderových stereotypů, pojmání tělesnosti bez dělohy a genderové aspekty konstrukcí bezdětnosti. Důležité pro mě není jen to kdo, ale i jakým způsobem a z jaké pozice k nám promlouvá.

Před samotnou analýzou textů pak krátce představuji svou pozicionalitu, použitou metodologii a metodu. Společným cílem obou částí této práce by pak mělo být zodpovězení otázky, jak je v souvislosti s transplantací dělohy konstruováno ženství a mateřství.

Při psaní práce jsem se několikrát zamýšlela nad tím, zda tuto metodu asistované reprodukce vnímám pro ženy, které transplantaci dělohy podstupují, spíše jako emancipační či disciplinační. Můj názor se za téměř dva roky přemýšlení nad tímto tématem několikrát změnil v závislosti na tom, jak „osvícené“ texty se mi zrovna dostaly do rukou. Tento názor nikde v práci otevřeně neproklamuji, ačkoliv myslím, že můj postoj k transplantaci dělohy je z této práce cítit. Někdo by to mohl označit za zaujatost a neobjektivitu, já se nicméně domnívám, že feminismus by neměl být názorově nezaujatý a odosobněný, dokud jeho cílem zůstává udělat ze světa místo se spravedlivějším a rovnějším přístupem pro všechny. Zhodnocení přínosů a dopadů této metody na životy žen a společnost tak zůstává na čtenáři, a to z toho důvodu, že toto téma je zejména otázkou etiky, jejíž hranice má každý z nás jinde. Navíc, jak ukáži níže, existuje více úhlů pohledu, a to zejména v kontextu života různých žen, což nasvědčuje tomu, že se jedná o komplexní problém, který nelze označit za čistě emancipační či čistě disciplinační, a už vůbec ne z pozice outsidera.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1. Paradigma

Na začátek je potřeba představit paradigma, ze kterého vycházím. Jacquie L'Etang popisuje paradigma jako „světový názor vytvářející rámeček pro náš postoj a ovlivňující náš přístup ke všemu, co vidíme.“ (L'Etang, 2009:26). Paradigma pak ovlivňuje přístup k ontologickým, epistemologickým a metodologickým otázkám, které formují výzkum. Tato práce vychází z konstruktivistického paradigmatu, které předpokládá existenci více realit, které jsou specificky konstruovány jednotlivci, skupinami nebo jednotlivými kulturami. To automaticky popírá neměnnost těchto realit, které se vyvíjejí s tím, jak se mění vědění těch, kteří je konstruují. Z epistemologického hlediska je pak poznání vyprodukované v tomto paradigmatu subjektivní, protože je vždy ovlivněno osobou výzkumníka/ice. Nástrojem konstruktivistického paradigmatu je dekonstrukce současného vědění (Guba, Lincoln, 1994:109-116).

Vliv konstruktivismu ve feministickém diskurzu zejména v posledních desetiletích je velice výrazný. Tento přístup odděluje gender od tělesnosti, a ukazuje, že ženami a muži se nerodíme, ale stáváme prostřednictvím socializace, interakce a společenské komunikace (Di Leonardo, Lancaster, 1997:534). V následující kapitole se zaměřením na vysvětlení těchto, ale i dalších pojmů.

1.2. Pojmy

Na úvod je potřeba rozlišit mezi pojmy pohlaví a gender. Zatímco pojem **pohlaví** odkazuje k biologickým rozdílům mezi muži a ženami, tedy fyzickým rozdílům mezi jejich těly, **gender** hledá tyto rozdíly na psychologické, sociální, historické a kulturní úrovni (Oakley, 2005:7-8). Klíčovým rozdílem mezi těmito pojmy je neměnnost a proměnlivost. Zatímco pohlaví vnímáme nekriticky jako duální danou kategorii, gender je kategorií proměnlivou (Jarkovská, 2004:21-22). Tyto dvě kategorie dohromady vytváří vnímání toho, kdo je muž a kdo je žena. Tyto představy nazýváme **genderové stereotypy**, které určují, jaké/jací mají ženy a muži být a jaké chování se od nich očekává (Jarkovská,

2004:20). Na základě těchto očekávání jsou pak vytvářeny **genderové role**, ideální mužské a ženské charakteristiky, které vytváří společnost, která je těmito principy zároveň strukturována (Bobek, Boučková, Kühn, 2007:231). V rámci konstruktivistického paradigmatu se pak gender používá jako **analytická kategorie** pro zkoumání společnosti. Jde o oddělení pohlaví a genderu, kde se pro rozlišení používají pojmy ženský a mužský ve smyslu biologickém, a femininní a maskulinní ve smyslu společenském (Matoušek, Osman, 2015:105). Toto analytické oddělení nám pak umožňuje zpochybnit představu člověka jako předurčené celistvé identity závislé na tělesných znacích (Šmausová, 2002:20). Při studii genderu je tak nutné nahlížet na gender jako vztahovou kategorii ve smyslu, že identita je vždy spjata s genderovými rolemi a kulturními očekáváními, a nikoliv jako deskriptivní kategorii. Tento pohled nám umožňuje analyzovat mocenské vztahy, kterými je gender konstruován a regulován skrze normativní omezení (Butler, 2016:11).

S tím úzce souvisí protichůdné koncepty biologického esencialismu a sociálního konstruktivismu. Jak již název vypovídá, **biologický esencialismus** vychází z představy, že rozdíly mezi ženami a muži jsou biologicky dané, což bývá často používáno k odůvodnění nadřazenosti mužů, jelikož atributy spojované s maskulinitou jsou hodnoceny jako hodnotnější než ty spojované s feminitou (Hašková, Křížková, Linková, 2006:162). Tím, že těmto rozdílům přisoudíme biologický původ, jsou považovány za neměnné, a tím zbavujeme členy společnosti odpovědnosti za sociální, kulturní a politickou marginalizaci určitých skupin (Šmausová, 1999:433).

Naopak **sociální konstruktivismus** zpochybňuje koncept lidské přirozenosti ve smyslu biologicky daného základu, a ahistoricity, tedy chápe člověka jako vytvářeného danou společností a jejími institucionálními mechanismy (Berger, Luckmann, 1999:52). S výše zmíněným pak rovněž souvisejí debaty o tom, zda v rámci socializace hraje větší vliv dědičnost nebo výchova. Představitelé **biologického determinismu**, který je vyhraněnou formou esencialismu, zastávají názor, že hlavní vliv na člověka mají vrozené vlastnosti a dědičnost. Zastánci **kulturního determinismu** naopak tvrdí, že člověk je především ovlivněn kulturním prostředím, výchovou a socializací a další vlivy jsou podružné (Kokaisl, 2007:152). Poststrukturalismus jde v tomto ještě dál a snaží se o rozbití falešné dichotomie mezi biologickým esencialismem a sociálním konstruktivismem (Fausto-Sterling, 2000:27). Biologie je zde sama o sobě považována za kulturní produkt, protože samotné označení někoho za muže či ženu je společenským rozhodnutím, což lze

ukázat na příkladu intersexuality, kdy je o pohlaví rozhodováno na základě lékařských norem (Fausto-Sterling, 2000:3).

Výše zmíněné mechanismy pak zapříčinily to, že mužům byla připsána hodnotnější pozice ve společnosti, a díky této moci byli schopni diktovat pravidla pro společenskou hierarchii. Ženám byla připsána podřízená pozice, která je udržována díky složitým procesům, které vznikaly v rámci patriarchálních společností. Adrienne Rich definuje **patriarchát** jako „*moc otců: rodinně-sociální, ideologický a politický systém, v rámci kterého muži silou, přímým nátlakem, rituály, tradicí, jazykem, zvyky, etiketou, vzděláváním a délbou práce určují, jaké role žena může a nemůže hrát, a v rámci kterého je ženské vždy zahrnuto v mužském.*“ (Rich, 1986:57). V rámci patriarchátu se zformoval i koncept **heteronormativity**, který předpokládá, že heterosexuality je neměnná, univerzální, esenciální a ahistorická. Touha po řádném mužství a ženství je poháněna touhou, potřebou, nutkáním a instinktem plodit, tedy sexuální touha automaticky směřuje k opačnému pohlaví. Tento imperativ z 20. století tedy již nevnímá tělesný chtíč jako prostředek k uspokojení, ale spojuje ho s rozmnožovacím pudem (Katz, 2013). V reakci na to jsou všechny ostatní sexuality vnímány jako nepřirozené a nežádoucí a heterosexuality je vnímána jako norma.

Poslední pojem, který je klíčový pro tuto práci, je **diskurz**. Ten je možno chápat dvěma způsoby, a sice lingvistickým ve smyslu jakéhosi dialogu v rámci komunikace, nebo společenskovědním, který přistupuje k diskurzu jako k souboru výroků o daném tématu. Pro potřeby této práce bude podstatné druhé zmíněné, a budu tedy v chápání diskurzu vycházet z foucaultovského pojetí. Ten vymezuje celkem tři významy termínu diskurz. První definice vymezuje diskurz nejšířejí jako souhrn všech výroků a všech textů. V druhém, užším významu, vnímá diskurz jako soubor textů, které spojují určitá společná pravidla. V poslední definici je diskurz pojímán na abstraktní rovině, jako množina regulativních pravidel (Matonoha, 2008:30). Jde tedy o jakýsi objektivizovaný dialog vedený v rámci určité kultury v konkrétní historické etapě bez ohledu na zúčastněné osoby. Právě tím, že přesahují jednotlivce, je z hlediska mocenských vztahů důležitá jejich kontrola (Heger, 2012:87-88). V kontextu mateřství je pak důležité, že „*být matkou se považuje za přirozené, tudíž diskurzy spojené s mateřstvím nejsou primárně charakterizované jako diskurzy mocenské nebo patriarchální*“ (Butler, 1990:92)

1.3. Mateřství

Odedávna, a to dokonce ještě před počátkem našeho letopočtu, byla žena spojována s plodností a životadárností. Ačkoli se toto spojení promítalo na postavení žen v různých historických časech a kulturách různě, lze konstatovat, že přisouzené role jakožto matky se ženy již nezbavily. Zatímco v matriarchálních společnostech byla žena zbožšťována a plodnost opěvována, s nástupem patriarchátu je pro tuto svou roli obávána a zatlačována do soukromé sféry (O'Reilly, 2010). Tato role sebou pak nese spoustu společenských očekávání, stává se součástí identity ženy. Zatímco některé feministické proudy vnímají mateřství jako důvod ženského útlaku, jiné naopak argumentují tím, že se jedná o zdroj ženské síly (Tong, 2009). Ať tak či tak, už existence těchto debat příkládá mateřství důležitost, kde se nepočítá se ženami, které matkami být buď nechtějí, nebo, což je stěžejní v této práci, matkami být nemohou.

1.3.1. Mateřství jako přirozenost

Na vzniku tradičních představ o ženě primárně jako o matce se nemalou měrou beze sporu podílely legendy a mýty. Příroda, se kterou byla a je žena spojována, byla personifikována do Matky Bohyně, Matky Země, Matky Přírody apod. Tento dualismus příroda vs. kultura, žena vs. muž, zůstal v kolektivním vědomí dodnes, dříve uctíváný ženský princip byl však přetransformován do vlastností a rolí připisovaných ženám. K jakési verifikaci těchto ženských vlastností došlo vznikem *kultu mateřství*, který vzešel z myšlenek Jeana-Jacques Rousseaua, jenž tvrdil, že mateřství je přirozenou rolí ženy (O'Reilly, 2010:426). Sigmund Freud o století později rovněž zdůrazňoval jedinečnou roli matky a nekriticky věřil v mateřské instinkty. Předpokládalo se, že vztah matky k dítěti je výlučný a nenahraditelný. Je založen především na dvou základních předpokladech, a sice že ženy jsou od přírody lepšími rodiči než muži, a že matky jsou pro děti důležitější než otcové (Warshak 1996:15).

Patrice DiQuinzio to nazývá esenciálním mateřstvím, které popisuje jako záležitost ideologie, jež artikuluje femininitu z pohledu mateřství. Jak už název napovídá, tento koncept považuje mateřství za esenciální podstatu ženskosti a jejích biologických

reprodukčních schopností. Předpokládá, že ženy se rodí s psychologickými a emocionálními schopnostmi jako je empatie, uvědomění si potřeb ostatních a sebeobětování, což je předurčuje právě k mateřství. Vzhledem k tomu, že tyto atributy jsou přirozené, mateřství je nevyhnutelné, protože se jedná o prostředek k dosažení ženina emočního uspokojení. „*Esenciální mateřství diktuje všem ženám, že chtějí a měly by být matkami, což implikuje, že ženy, které neprojevují kvality od matek vyžadované, nebo mateřství odmítají, jsou deviantní či vadné. Esenciální mateřství tedy není jen podstatou mateřství, ale i podstatou ženskosti samotné.*“ (DiQuinzio, 1999:xiii) Jedná se o zprávu, která je ženám vtiskována po několik staletí – pokud žena není schopná počít dítě, není to skutečná žena, protože právě schopnost plodit děti je funkce, která definuje ženy (McMahon, 1998:189).

1.3.2. Mateřství jako sociální konstrukt

Samotný kult mateřství ovšem není dostačující k popsání toho, proč si tolik žen zakládá na mateřství, potažmo biologickém mateřství. V následujících řádcích se tedy pokusím vysvětlit to, co vychází ze samotného konstruktivistického paradigmatu, a sice že mateřství není biologickou přirozeností ženy, ale sociálním konstruktem. Janice G. Raymond to nazývá normativním mateřstvím. Jedná se o označení kulturních očekávání, že každá žena by se měla stát matkou a chovat se tak, aby tato očekávání naplnila (Raymond, 1995:30). Tato kulturní očekávání napovídají, že reprodukce se netýká jen jednotlivců, ale má neoddělitelný politický a kulturní rozměr. Je tedy potřeba vzít v úvahu, jakou roli v konstruování mateřství hraje moc. Zásadním termínem je Foucaultův pojem biomoci. Foucault zkoumá moc skrze fungování institucí, prostřednictvím kterých dochází k reprodukci mocenských vztahů. Moc není soustředěná v rukou jedince nebo skupiny, ale je všudypřítomná, a nikdo nestojí mimo ni. Biomoc podle něj sestává z mechanismů používaných k disciplinaci těla za účelem včlenění individuálního života do politických a vládních struktur života. Tato forma moci zajišťuje disciplinovanost těla tak, aby byla zvýšena jeho užitečnost, poslušnost a integrace do ekonomické produktivity (Parusniková, 2000:133). Tělo se tak stává nástrojem ideologické kontroly skrze technologii těla navržené tak, aby vytvořila politicky podmaněné subjekty (Inhorn, 2000:159). Aplikováno na reprodukci, potažmo mateřství, tedy biomoc znamená vytváření

neviditelného nátlaku na rozmnožovací „pud“ člověka, aby byla zajištěna prosperita státu (skrže pronatální politiku), udržení hierarchizovaný společenský a genderový řád (prostřednictvím socializace, např. genderovaností hraček – panenky pro holčičky) či distribuce moci (skrže eugeniku a kontrolu plodnosti). Ženy pak tento požadavek mateřství internalizují, vydávají za svá svobodná rozhodnutí a podřizují své chování jeho dosažení. To je podle Foucalta nejúčinnějším prostředkem udržování moci (Foucault, 2003:205).

Charakteristickou vlastností ideologických formací je právě to, že se mohou stát hegemonními. Což ve svém důsledku znamená, že individuální vědomí je chápáno jako common sense, či jednoduše jako popis toho, jak se věci mají. Ideologické formace přitom nejsou vnímány jako determinanty vědomí se specifickými vztahy a účinky na materiální podmínky, sociální vztahy a sociální kontexty (DiQuinzo, 1999:2). Převládající diskurzy jsou tak všeobecně přijímány a málokdy zpochybňovány.

„Kromě ekonomického statusu a emocionální struktury ženy, další podmínkou, která zachovává podřízenou pozici ženy a tvaruje její vůli, je její sociální status. Nezáleží na tom, jaký má talent, charakter či dispozice, sociální systém upevňuje její reprodukční funkci jako primární. Společnost přisuzuje větší hodnotu porodu než jejím kariérním vyhlídkám. Není proto překvapující, že některé ženy se cítí výjimečně pouze v době těhotenství a tvrdí, že milují plození.“ (Corea, 1985:232). To, co se tedy zdá být svobodnou volbou, je zde přisuzováno zejména socializaci, genderovým rolím, stereotypům a společnosti. Nejsou tedy kontrolovány pouze možnosti otevřené ženám, ale zároveň to, jaké možnosti se ženy učí chtít. To neznámá, že ženy by nemohly chtít být těhotné, ale mají potenciál i pro jiné věci, tento potenciál však vinou kulturních očekávání zůstává nenaplněn. Dítě v těchto očekáváních představuje nejen emocionální naplnění, ale stává se zárukou určitého statusu, je zvýznamněním lidské existence, dává životu rozměr, který nás samotné překračuje. Nutné je však podotknout, že zejména v západní společnosti je zde požadavek na biologické pouto, které má zajistit pokračování rodu, zejména toho mužského (Slepičková, 2006:947). Tato genetická kontinuita, potřeba naplnění, mýty o mateřství a otcovství, mateřský instinkt, pak bývají přisuzovány biologické danosti a nikoliv osobním rozhodnutím. Tyto složité procesy pak dělají instituci nejen z mateřství, ale z rodičovství obecně (Raymond, 1995:10). Mary Sue Henifin dodává, že navzdory tvrzením sociobiologů, antropologické důkazy nasvědčují tomu, že touha po geneticky

spřízněných potomcích není biologicky předurčena, ale sociálně konstruována (Henifin, 1988:5).

Ačkoliv je nepopíratelné, že mateřství má biologický základ (tedy, že je k početí, alespoň prozatím, potřeba tělo), feminismus a konstruktivismus přichází s tím, že se jedná primárně o vztah sociálního, politického a historického kontextu. Kontextu, který obvykle požaduje, aby se ženy vzdaly samy sebe. Mateřství není instinkt, ženská přirozenost ani mystický stav bytí, a už vůbec není historicky neměnné a univerzální. Mateřství je pouze to, co od něj daná kultura požaduje. A většina kultur požaduje, aby ženy mateřské roli podřídily všechno ostatní (Raymond, 1995:38). Tento význam v sobě obsahuje definice mateřství jakožto instituce, která zde není chápána v typickém smyslu organizace jako útvaru s členěnou strukturou. Instituce ve společenských vědách předpokládá spíše systém jednání a vztahů, který funguje jako mechanismus sociální kontroly a udržování sociálního řádu, a jako vzor jednání předávaný ve společnosti (Jandourek, 2008:92). Při zkoumání institucí lze pak využít kulturně-antropologický přístup, který vnímá instituci jako sociální náhražku instinktu stabilizující lidské chování, nebo strukturně-funkcionalistického přístupu, který zkoumá instituci skrze její význam pro sebeudržení sociálních systémů (Jandourek, 2012:112).

O institucionalizaci mateřství svědčí i institucionalizace porodů v „civilizovaném“ světě. Tato civilizovanost jednotlivých států a společností pak bývá nezdědka posuzována právě skrze „vyspělost“ a dostupnost lékařské péče. Zatímco do 18. století byly porody doménou porodních bab, s rostoucí mocí medicíny se postupně přesunuly do porodnic, a na samotném porodu už není nic „přirozeného“ (Lenderová, 2003:31). Snahy o udržení statusu quo můžeme pozorovat například v současných debatách o domácích porodech. *„Porod se stal součástí masové produkce, je supervizován trénovanými specialisty a závislý na drahém a sofistikovaném vybavení (...). Ženské tělo je nahlíženo jako továrna, ženy jako pracovnice pod dohledem lékařů-manažerů.“* (Greil, 2002:102) Tuto myšlenku rozvinul zejména marxistický a socialistický feminismus vycházející z marxismu, který považuje materiální zdroje, jejich produkci a reprodukci, za klíčové hybatele historií. Zatímco ekonomická produkce bývá vnímána jako doména mužů, ženám je přisuzována reprodukce, nad kterou však probíhá neustálá kontrola. Alison Jaggar zmiňuje například to, že ženy v historii nemohly rozhodovat o počtu svých dětí, v moderní společnosti zase pro změnu o svém porodu (Tong, 2009:113). To opět nezahrnuje všechny ženy, což lze ukázat na příkladu, kdy ženy ve „vyspělém“ světě volají po zmírnění legislativy

o domácích porodech, zatímco ženy v „rozvojových“ zemích nemají přístup k základní porodnické péči (WHO, 2018).

Nahlížení ženského těla primárně lékařskou optikou lze demonstrovat nejen na medikalizaci porodů, ale na průběhu celého těhotenství. Příkladem může být screeningový test mateřského séra, ultrazvuk, amniocentéza, a spousta dalších vyšetření poctivě zapisovaných do těhotenských průkazů. Celosvětově rovněž roste podíl porodů císařským řezem oproti těm „přirozeným“ (Betrán, Gülmezoglu, Moller, Torloni, Ye, Zhang, 2016).

To co považují za zásadní rozdíl mezi pohledem na mateřství jako přirozenost, či jako instituci je to, že zatímco esenciální mateřství předpokládá, že mateřství je přirozenou potřebou každé ženy, podle konstruktivistického pohledu na mateřství jsou tyto argumenty používány pro obhájení podřízené pozice žen.

1.4. Reprodukce

Lidské společnosti kladou obrovský důraz na reprodukci, a pronatalismus¹ je stále mocnou silou v mnoha kulturách. Je všeobecně očekáváno, že lidé budou mít děti. Zatímco se mluví o reprodukčních právech, společnost z těchto práv dělá spíše povinnost. Nutno však podotknout, že tato povinnost se nevztahuje na všechny. Existuje zde předpojatý nesouhlas s reprodukcí chudých žen, zvláště pak chudých žen jiné barvy pleti než bílé, svobodných žen, žen s postižením, lesbických žen a žen po menopauze (Purdy, 1996:35-36). Výše zmíněné se samozřejmě týká i mužů, pro tuto práci je však stěžejní ženská reprodukce.

Faye Ginsburg a Rayna Rapp ve svém díle *The Politics of Reproduction* upozorňují na to, že pojem reprodukce v sobě skrývá různé významy, a záleží tedy na kontextu. Do reprodukce spadá antikoncepce, porody, asistovaná reprodukce, kojení, menstruace,

¹ Pronatalismus lze definovat jako „postoj společnosti, její politiku zaměřenou na porodnost, zdůrazňující roli rodičovství, pobízející k reprodukci“ (Lafayette, 1995 in Cain, 2001:19). Ačkoliv pronatalismus je obecně směřován na heterosexuální páry, Petr Mareš hovoří o tom, že „posiluje aspirace žen mít děti a ideologizuje mateřství jako přirozený, normální a hodnotný stav a glorifikuje ho jako úděl a povinnost žen“ (Mareš, 2003:1)

menopauza, potraty a další. Autorky rovněž upozorňují na to, že v každé kultuře je za „normální“ považováno něco jiného (Ginsburg, Rapp, 1991).

Právě reprodukční funkce v životě některých žen bude stěžejní v této kapitole. K reprodukci zde přistupuji intersekcionalně, tedy z hlediska přístupu a práv, jak činí například Rapp. Ta hovoří o sociální stratifikaci ve zdravotní péči, která s otázkou reprodukce úzce souvisí, a o tom, že přístup k ní je otázkou privilegií, zejména socioekonomického statusu (Rapp, 2001:470).

1.4.1. Stratifikovaná reprodukce

V souvislosti s reprodukcí je potřeba zvážit to, co lze nazvat reprodukční spravedlností. Tato spravedlnost předpokládá, že všechny ženy mohou svobodně rozhodovat, zda a kdy mít dítě. To rovněž předpokládá, že mají potřebné zdroje k získání a zaplacení potřebné péče (Crisler, 2012:1) Ne všechny ženy však mají stejný přístup k těmto právům, hovoříme tedy o stratifikované reprodukci. Stratifikovaná reprodukce je *„hierarchická organizace reprodukčního zdraví, plodnosti, zkušeností s porodem a výchovou dětí, která podporuje a pozitivně hodnotí mateřství určitých žen, zatímco pohrdá či přímo staví mimo zákon mateřství žen jiných“* (Rapp, 2001:469). Právě prostřednictvím konceptu stratifikované reprodukce vysvětlují Ginsburg a Rapp způsoby, jakými technologie používané v rámci reprodukční medicíny utvářejí genderové, třídní, příbuzenské a rasové hierarchie (Ginsburg, Rapp, 1991). V kontextu asistované reprodukce, potažmo transplantace dělohy, toto rozhodování o tom, kdo je a kdo není hoden reprodukce, probíhá skrze limity stanovené lékaři a legislativu jednotlivých států. Nerovný přístup k reprodukčním technologiím je pak zejména kvůli věku, partnerskému statusu nebo sexuální orientaci (Slepičková, 2015:60). Stigmatizovaná či nekonformní reprodukce osob, které nejsou v souvislosti s rozmnožováním považovány za žádoucí, nám pak slouží k odkrývání toho, že reprodukce je produktem společnosti, způsobem její organizace a sociální kontroly (Ginsburg, Rapp, 1991).

Stigmatizace i stratifikovaná reprodukce pak probíhají skrze eugeniku² a naopak, což lze demonstrovat na výzkumu z roku 1979 (ač staršího data, dle mého názoru ideálně demonstruje vzestup moci medicínského diskurzu), který zjistil, že 80 % lékařů, kteří prováděli AID (tedy umělé oplodnění prodejcem spermatu³), používalo semeno od studentů medicíny⁴. Autorka uvádí, že se tím provádějící lékaři dopouštějí eugeniky, tím, že rozhodují o tom, které geny a od jakých dárců se mají šířit. Rozhodují rovněž o příjemkyních spermatu – reprodukční kliniky požadují, aby příjemkyně byly vdané, emocionálně stabilní a měly dostatečný příjem. Jsou tak v centru rozhodovacího procesu o tom, kdo může rozsévat své geny a kdo je schopen z tohoto procesu vzniklé dítě vychovávat (Corea, 1985:20-21). Často jsou tedy příjemci z vyšší střední vrstvy, kteří si to mohou finančně dovolit. Vzhledem k tomu, že transplantace dělohy je jak celosvětově, tak lokálně novou metodou asistované reprodukce, žádné požadavky na ženy, alespoň co se rodinného a třídního statusu, nemá. Je tu však jedno ale. Bez legislativní úpravy spadá pod zákon o asistované reprodukci, která stanovuje podmínky pro páry hledající léčbu neplodnosti. Některé podmínky a rozhodovací pravomoc však zůstává v rukou lékařů. Prvním požadavkem, který se zdá být logický, je absence či disfunkce dělohy – tedy je to alternativa pro ženy, které se narodily bez dělohy, prodělaly hysterektomii nebo mají dělohu, která nemůže nést těhotenství. Podle údajů Institutu klinické a experimentální medicíny (dále jen IKEM) se to jen v České republice týká zhruba 2 000 žen, v Evropě pak 200 000 žen. Další podmínkou je bezdětnost, věk do 40 let a „*předchozí příprava ve smyslu odběru **vlastních** vajíček a jejich oplození **manželvými** spermii.*“ (IKEM, 2017, zvýraznění autorka). Tedy jak můžeme vidět, lékaři si určují vlastní heteronormativní kritéria, nikoliv nepodobná kritériím v rámci jiných reprodukčních technologií, a kritérií v ostatních zemích, kde transplantace dělohy probíhá. V České republice oproti například Španělsku, limitují kliniky asistované reprodukce léčbu pouze na sezdané heterosexuální páry. Vzhledem k tomu, že česká populace je veskrze ateistická, nelze toto pravidlo přisoudit víře, ale spíše hetenormativní politice (Speier,

² Eugenika je zde pak chápána ve smyslu ideologie, která má své základy v roce 1865. Francis Galton tehdy prohlásil, že lidská evoluce by neměla být ponechána náhodě, a že ženy a muži s nadřazenými vlastnostmi by měli být selektivně podporováni k reprodukci, zatímco ti s nižšími rysy by měli být odrazováni od rození potomků (Macintosh, 2010:293-294). Podřízenost pak často bývá definována na základě rasy, třídy a fyzických vlastností.

³ Autorka sama nepoužívá pojem dárce spermatu, ale prodejce spermatu, aby tím zdůraznila, že se nejedná o empatický akt, ale výdělečnou činnost

⁴ Novější výzkumy viz například:

ROTHSCHILD, Joan. *The Dream of the Perfect child*. Indiana University Press, 2005.

INHORN, Marcia C. *The New Arab Man: Emergent Masculinities, Technologies and Islam in the Middle East*. Princeton University Press, 2012.

2016:6). Transplantace dělohy, tedy alespoň prozatím, není alternativou pro svobodné či lesbické ženy. Nevylučuje tedy jen biologické muže, ale i některé ženy.

Aspektem, který je v polemice o etice transplantace dělohy a potažmo reprodukčních technologiích nutno zvážit, je nerovné rozložení těchto zákroků ve světě (viz příloha č. 1). Podobně jako je téměř všechna distribuce ve světě soustředěna na globálním severu a západě, jih a východ je označován za rozvojové země a země třetího světa, to samé platí i o využívání asistované reprodukce. Zatímco se hovoří o přelidnění planety jako o globálním problému, v „civilizovaných“ západních zemích se hledají nové a nové způsoby k početí dětí. V zemích „třetího světa“ nejen, že se nesoustředí kliniky asistované reprodukce, ale stále zde dochází ke sterilizacím zejména žen jiné barvy pleti než bílé a dalšímu limitování porodů, jako je antikoncepce, či determinace pohlaví dítěte, ve jménu záchrany planety před přelidněním (Rich, 1986:102). Betsy Hartmann to zasazuje do poválečného kontextu, kdy vyvstala otázka kvantity versus kvality populace. Zatímco země „třetího světa“ zažívaly populační explozi, a cílem mělo být zaměřit se na redukci růstu této populace, v Evropě se mezitím ozývaly hlasy zaměřené na podporu kvality populace, kdy byly bílé ženy nabádány k tomu, aby plodily více dětí jako odpověď na rostoucí pracovní trh imigrantů (Hartmann, 2007).

Ačkoli já sama zastávám názor, že planeta není přelidněná, pouze je zde nerovnoměrná distribuce zdrojů, namísto hledání nových cest k redistribuci a produkci jídla, se v jedné části světa hledají prostředky ke zvýšení populace, v části druhé pak naopak dochází ke kontrole porodnosti. Toto dělení světa na dvě poloviny sebou nese svá úskalí, protože tato binarita opomíjí fakt, že institucionalizovaná diskriminace výše zmíněných skupin probíhá nejen na globálním jihu a východu, ale i severu a západě. V obou částech světa jsou však oběťmi i cíli medicínské manipulace ženy (Raymond, 1995:1). Janice G. Raymond to připisuje hodnotám, které jsou přisuzovány dětem v jednotlivých částech světa. Zatímco *„svobodný, moderní, industriální svět se nereprodukuje dostatečně rychle, aby se replikoval, porodnost v zemích třetího světa neklesá dostatečně rychle, aby jeho populace početně nepřesáhla tu západní. (...) S růstem příjmů, vzděláním a přesunem žen na trh práce, porodnost klesá.“* (Raymond, 1995:71). Zatímco se zvažují pro a proti užití reprodukčních technologií, odvádí se pozornost od větších společenských problémů. Pokud bychom se skutečně zajímali o zdraví žen a dětí, řešili bychom základní problémy, kterými je právě dostupnost zdravotních a sociálních služeb ve světě, či hledáním domovů pro nezaopatřené děti (Henifin, 1988:4).

V souvislosti s geografickým rozložením asistované reprodukce a transplantace dělohy je potřeba zmínit reprodukční a transplantační turismus. Jak již bylo diskutováno výše, historicky směřovala moc do rukou lékařů. Nutno zdůraznit, že součástí medicíny již dávno nejsou jen muži, ale také ženy. Na příkladu nacistického Německa, komunistického Československa či Rumunska, kde probíhaly nucené sterilizace, lze vidět, že medicína nesloužila pouze k opravě reprodukčních orgánů, ale rovněž k jejich ničení u těch, kteří byli považováni za nevhodné k reprodukci (viz například Bock, Sokolová či Kligman). Tyto zákroky pak bývaly zdůvodňovány zdravotními důvody, jejichž obsah se sice časem proměnil, v této obměně však zůstává dodnes. „*Chirurgické zákroky na ženských prokreačních orgánech nejsou v dnešní době výjimkou. Gynekologové odstraňují zdravé dělohy, vaječníky a prsy jako prevenci před vývojem rakoviny v těchto orgánech.*“ (Corea 1985:308). Nelze tedy zabránit tomu, aby zejména ve známých destinacích reprodukční turistiky byly odnímány zdravé dělohy ženám, za účelem dalšího prodeje do zemí západního světa. Nelze ani vyloučit možnost dočasného odejmutí dělohy jako nástroje proti nechtěnému početí a její zmrazení pro pozdější použití tak, jak se to dnes běžně provádí například s embryi.

Otázka, která dále vyvstává zejména v reprodukční turistice, surogátním mateřství a obecně v „darování“ lidských buněk a nově i orgánů, které rovněž souvisí s otázkou přístupu k privilegiím, je ta, zda je na cestě k vytouženému mateřství etické využívat jinou ženu. Někteří z autorů hovoří o vykořisťování žen a zpochybňují dobrovolnost tohoto dárcovství, které není tak úplně dárcovstvím jako spíše prostředkem směny za peníze – z člověka se tedy stává komodita. Andrea Dworkin upozorňuje, že za ženinou vůlí stát se breeder⁵, je sociální, ekonomické a politické hledisko, které tuto vůli staví mimo jedince. Přirovnává surogacii k prostituci, kde dochází místo prodeje sexuálních služeb k prodeji služeb reprodukčních (Jackson, 2001:302). V rámci rozvoje transplantací dělohy lze předpokládat, že i dělohy budou komodifikovány, a to zejména v zemích, které jsou již nyní cílovými a oblíbenými destinacemi transplantační turistiky. Tuto obavu vyjádřila ve své knize Gena Corea již před více než třiceti lety, když napsala: „*Zrovna tak, jak patriarchální stát považuje za akceptovatelné obchodovat s částmi ženského těla (prsy, vaginou, hýžděmi) pro sexuální účely v prostituci a sexuálním průmyslu, již brzy bude považovat za akceptovatelné prodávat i jiné části jako jsou dělohy, vaječníky a vajíčka*

⁵ Toto slovo záměrně ponechávám nepřeloženo, protože v češtině neexistuje výraz, který by obsáhl význam tohoto slova. Nejbližším překladem by byla *chovatelka*

pro účely reprodukční. Dokud žijeme ve společnosti, kde jsou bílí lidé ceněni více než lidé barevní, tyto technologie neovlivní všechny ženy stejně. Nebude zde poptávka po vajíčkách černé ženy. Ale bude zde poptávka po její děloze – děloze, která bude schopná nosit embryo bílé ženy a bílého muže.“ (Corea, 1985:2). V době, kdy to psala, to zřejmě považovala za utopii, nicméně díky rozmachu medicíny, je nyní vše možnou realitou. Nutno podotknout, že i Česká republika je jednou z top evropských destinací reprodukčního turismu, a to zejména díky vyspělému lékařství, mírné legislativě a finanční dostupnosti (Speier, 2016:5). S rychlým rozvojem transplantace dělohy u nás oproti zbytku světa, lze předpokládat příval zahraničních párů, hledajících tuto novou „léčbu“ neplodnosti.

Vize, která byla dříve rovněž záležitostí science fiction, ale ke které se nám dnes díky vývoji vědy otvírají dveře, je možnost rodičovství u mužů. Na chirurgických zákrocích u transsexuálů, především u přeměny muže v ženu, je dnes již obvyklé chirurgické odstranění penisu a varlat a konstrukce vaginy u „biologických“ mužů, to vše za použití hormonální léčby (Fifková, 2008). Transplantační medicína by tak v budoucnu mohla představovat možnost pro transplantaci dělohy do mužského těla – v dutině břišní je na ní prostor, za použití hormonální léčby a císařského řezu, by se tak z muže mohl stát jakýsi inkubátor pro implantované embryo (Aristarkhova, 2012:103). Jak však ukáží v empirické části této práce, nebiologické ženy jsou z této možnosti získání dítěte vyloučeny již od začátku klinických studií transplantace dělohy.

Transplantace dělohy je tak na základě výše zmíněných mechanismů v rámci stratifikované reprodukce výsledkem asymetrického vztahu, kdy na jedné straně stojí finančně zajištěný bílý heterosexuální pár, na straně druhé dárkyně dělohy. S rozmachem tohoto zákroku totiž lze předpokládat, že namísto empatických dárek (opomeneme-li mrtvé dárčovství, v současné době jsou dělohy odnímány především rodinným příslušnicím příjemkyně) bude přibývat dárek z řad nebílých, ekonomicky vykořisťovaných žen a žen, které jsou považovány za nevhodné k reprodukci. Naopak příjemkyně, pokud se nezmění nastavená pravidla, budou pocházet z řad heterosexuálních, vdaných, mladých, finančně a emočně stabilních žen.

1.4.2. Reprodukce jako kontrolní mechanismus

Na výše zmíněných příkladech asistované reprodukce, medikalizace porodů a těhotenství bylo ukázáno, že přispívají nejen ke kontrole ženského těla, ale i společnosti, rozhodováním o tom, čím rozmnožování je žádoucí. Ačkoliv nežijeme v totalitní společnosti, probíhá tato kontrola skrze pravidla u veřejně financované léčby neplodnosti a skrze legislativu. Je zde podmínka toho, aby se jednalo o zdravý a mladý pár. U transplantace dělohy zde pak kromě požadavku na věk hraje roli i heteronormativita, protože jednou z podmínek zůstává, aby se jednalo o sezdaný heterosexuální pár. Tato pravidla jsou jednak určována provádějícími lékaři, jednak legislativně ukotvená v zákonech jednotlivých států. V kontextu prostředí České republiky, je stanoven věkový limit asistované reprodukce na hranici 48 let (39 let pro hrazenou péči), je zde požadavek na soužití v manželství či stabilním heterosexuálním vztahu, a je zde přísná anonymita u dárcovství vajíček a spermatu (IFFS Surveillance, 2016). To víceméně odpovídá zákonu o specifických zdravotnických službách č. 373/2011 Sb., který řeší asistovanou reprodukci a udává, že: *„Umělé oplodnění lze provést ženě v jejím plodném věku, pokud její věk nepřekročil 49 let, a to na základě písemné žádosti ženy a muže, kteří tuto zdravotní službu hodlají podstoupit společně (dále jen „neplodný pár“). Žádost neplodného páru žádajícího o umělé oplodnění nesmí být starší než 6 měsíců; je součástí zdravotnické dokumentace vedené o ženě.“* (§ 6 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách).

Bez existence této legislativy by v kombinaci transplantace dělohy, IVF a zmrazování embryí, neexistovala žádná fyzická překážka, která by bránila reprodukci posunout se na novou úroveň. Umožnilo by to odsunout početí dítěte do pozdějších let (a to jak ženy, tak muže), tedy až by byl pár emocionálně či jinak připraven. Jak však předvedu níže, ačkoliv se ukázalo, že stáří dělohy nemá na případné těhotenství žádný vliv, je zde patrné úsilí o zabránění odsouvání těhotenství do vyšších let, což lze přisoudit snaze o příznivý demografický vývoj v pronatální společnosti. Neděje se to tedy pouze skrze aparáty státní moci, ale i skrze lékařská kritéria. Medicína již není jen léčivé umění, ale instituce sociální kontroly. To lze ukázat na třech rovinách. Na nejabstraktnější úrovni medicínská sociální kontrola znamená, že u konkrétního fenoménu určuje dominantní definici. Na konkrétnější úrovni pak znamená medicínskou intervenci či léčbu v situacích, které se dříve řešily bez pomoci medicíny. Nejzřetelnější je pak ve snaze o kontrolu a eliminaci stavů, které by mohly ohrozit veřejné zdraví či společnost (Conrad, Schneider,

1995:212-213). Na našem konkrétním příkladu by to tedy byla neplodnost zasazená do medicínské terminologie, kdy o ní hovoříme jako o diagnóze či chorobě, a v souvislosti s její „nápravou“ mluvíme o léčbě. V reakci na to pak neplodné páry na cestě k početí dítěte podstupují zákroky, namísto toho, aby například dali „přirozenému“ početí více času. K poslední zmíněné rovině pak lze uvést příklad těhotenských screeningových textů, které mají včas odhalit jakýkoliv defekt plodu a případné předčasné ukončení těhotenství.

Další požadavek u transplantace dělohy, aby bylo ženino vlastní vajíčko oplodněné manželovými spermii, se může zdát logický, ale právě tento důraz na biologické rodičovství podporuje status quo. Jedna etická otázka nám však díky tomuto požadavku u transplantace dělohy odpadá a to sice biologické rodičovství. Dle zákonů České republiky je matkou žena, která dítě porodí, tedy právní hledisko, které vyvstává například v případě surogátního mateřství, je zde irelevantní. Matkou je dle legislativy zkrátka příjemkyně dělohy. Jestli dojde v souvislosti s přijutím transplantace dělohy, jako plnohodnotné metody asistované reprodukce, ke změně legislativy ukáže až čas. Rovněž oproti náhradnímu mateřství odpadají legislativní komplikace v případě mnohočetného těhotenství nebo porodu postiženého dítěte, za tyto případné situace odpovídá a rozhoduje biologická matka sama. V případě etablování transplantace dělohy jako bezpečné a efektivní metody, by však vyvstala otázka, zda je neplodná žena po etické stránce oprávněna využívat služeb náhradních matek, když by byla schopná těhotenství a porodu sama. Kdyby toto pravidlo bylo uzákoněno, sejmulo by to tíhu z náhradních matek, které se pro surogacii rozhodly z ekonomických důvodů (Robertson, 2016:10).

Dalším z příkladů, který poukazuje na kontrolu nad ženským tělem a rámováním reprodukce jako primární ženské funkce, je případ, kdy bylo tělo ženy udržováno při životě i několik měsíců poté, co jí odumřel mozek, jen aby mohla donosit dítě. Autorka hovoří o čekávání, že „žena musí dát život dokonce ve smrti.“ (Raymond, 1995:49). To lze aplikovat na transplantaci dělohy z mrtvých dárcyň. V České republice bylo povolení k ověření nezavedené léčebné metody transplantace uděleno Ministerstvem zdravotnictví v ČR v roce 2015, etickou komisí a zároveň i vedením obou klinik, tedy IKEM a FN Motol, které se na studii podílejí (Chmel, Nováčková, Pastor, Matěcha, Čekal, Froněk, 2017:37). Legislativně je to upraveno v zákoně č. 285/2002 Sb. o darování, odběrech a transplantacích tkání, který ukotvuje princip předpokládaného souhlasu. To znamená, že pokud za svého života jedinec nevyjádří jednoznačný písemný nesouhlas s dárcovstvím, a není tudíž zaregistrován v Národním registru osob nesouhlasících

s posmrtným odběrem, automaticky se stává potenciálním dárce/dárkyní orgánů a tkání. Zemřelým dárce/dárkyní, pokud za života nevyjádřil/a nesouhlas, se tak stává pacient/ka, u které/ho je zjištěna smrt mozku, tzn. nevratná ztráta funkce celého mozku, nebo nevratná zástava krevního oběhu (KST, 2017). Jinými slovy je v případě transplantace dělohy od mrtvé dárkyně bez souhlasu ženy její tělo i po smrti dále využíváno k funkci, která je tradičně ženě přisuzována jako primární a nejdůležitější, tedy plození dětí.

Obecně však lze říci, že při zvažování dopadů a etických aspektů oplodnění mimo tělo ženy, jsou častěji zvažována rizika pro plod než pro ženu samotnou. Svým způsobem jde o další kontrolní nástroj společnosti, kdy jde o nadřazování práva dítěte na život nad právo ženy svobodně nakládat se svým tělem, jak známe například z debat o potratech. U transplantace dělohy je navíc potřeba zvážit, že se jedná o experimentální metodu, a nabízí se tedy otázka, zda se jedná o pomoc neplodné ženě, nebo o pomoc ženy vědě.

Opačný pohled nabízí Kerry Lynn Macintosh, která tvrdí, že pokud by stát zakázal asistovanou reprodukci, podkopával by tím reprodukční autonomii neplodné menšiny. Na neplodného jedince nahlíží jako na člověka s postižením a odmítá argumenty, že děti narozené z reprodukčních technologií se častěji rodí s vrozenými vadami, nízkou porodní váhou a dalšími zdravotními problémy, a že by tudíž tyto metody početí neměly být podporovány. Tím se prý společnost dopouští nové eugeniky, stigmatizace dětí a diskriminace neplodných (Macintosh, 2010). Jinými slovy, regulaci asistované reprodukce vnímá jako kontrolní mechanismus.

Z výše uvedeného je patrné, že jedním z nástrojů kontroly je rozhodování o tom, která žena se může a měla by se rozmnožovat. V případě „léčby“ neplodnosti je pak podstatné, jaká žena je neplodná.

1.5. Neplodnost

Bytí ženou je definováno schopností plodit potomky. Co se však stane, když žena není schopná produkovat potomka a je neplodná? Margarete Sandelowski a Sheryl de Lacey v této souvislosti hovoří o vynálezu neplodnosti. Podle nich byla neplodnost vynalezena s prvním úspěšně narozeným dítětem skrze in vitro oplodnění v roce 1978. Neplodnost byla objevena, když se (ne)plodnost stala možnou. Na neplodné jedince, v tomto kontextu spíše ženy, se začalo nahlížet jako na vznášející se mezi reprodukční neschopností a schopností – tedy jako na “zatím netěhotné“, ale vždy doufající, že otěhotní a porodí dítě, které si budou moci odnést domů. Po roce 1978 je neplodnost vnímána jako produkt technologie, díky které je možno uvažovat o odstranění jakýchkoliv překážek plození. Reprodukční technologie tedy nejsou odpovědí na neplodnost, ale jejím předchůdcem. Po vynálezu neplodnosti se autorky obávaly zejména toho, kam až člověk může a je schopen zajít, aby obešel přírodu, osud a boží vůli v honu za zdravím a štěstím. Navrhují tedy nahlížet na neplodnost jako na západní kulturně specifický koncept. S tímto konceptem pak souvisí i jejich pohled na neplodnost nikoli jako na fyzický, ale psychický problém. V psychologickém modelu je neplodnost nahlížena jako výsledek negativních a nezdravých behaviorálních a emocionálních reakcí na neschopnost počít a opakující se selhání léčebných zákroků (Lacey, Sandelowski, 2002:34-36).

Statistiky při tom ukazují, že problémy s biologickou reprodukcí jsou světově diagnostikovány u 10-15 % párů a dá se jen předpokládat, že toto číslo bude dále stoupat. Neplodnost se pak celosvětově týká 60-80 miliónů lidí, z nichž polovina zůstává celoživotně bezdětnými. V medicínském kontextu je neplodnost definována jako *„neschopnost počít dítě během jednoho roku nechráněného pohlavního styku s normální frekvencí.“* (Slepičková, 2006:938-939).

V roce 1977 byla Světovou zdravotnickou organizací prohlášena neplodnost za nemoc (ibid). To sebou nese implikace toho, jak bývá neplodnost společností nahlížena. Nemoc v nás samozřejmě evokuje potřebu léčby, léčba pak bývá asociována s lékařskými intervencemi a medikací, a to celé je spojováno s lékařským prostředím. Ačkoliv neplodnost neohrožuje ani život ani zdraví, je zde tendence ji co nejvíce minimalizovat. Toto schéma lze nejlépe popsat konceptem medikalizace, který popisuje medicínu nikoliv jako léčivé umění, ale jako metodu sociální kontroly či nástroj politické vlády.

Medikalizace v tomto kontextu znamená „*definovat problém v lékařských termínech, použít lékařský jazyk k popsání tohoto problému, přijmout lékařský rámeček k porozumění tomuto problému a užít lékařskou intervenci k jeho léčbě*“ (Conrad, 1992:211). Tedy plození dětí (respektive neschopnost), které bylo dříve součástí soukromé rodinné sféry, vedlo k bezdětnosti a bylo záležitostí pouze mezi partnery, se později přesouvá do sféry veřejné. V případech, kdy není neplodnost označována za nemoc, bývá často označována za problém, který v nás opět evokuje potřebu řešení. Tím bývají ospravedlňovány invazivní medicínské zákroky, předepisování léků a operace na ženách ve jméno našeho vlastního dobra. Medikalizací neplodnosti na globálním severu a západě tzv. experti na reprodukci dostávají tento jev pod medicínskou kontrolu (Raymond, 1995:1).

Neplodnost se samozřejmě netýká pouze žen, ale i mužů. V procesu přijímání identity neplodného pak autoři/ky objevují významné genderové rozdíly. Ženy tak častěji než muži přijímají představu sebe samotných jako neschopných, nenormálních, nedostatečných, neúplných a nezdravých. Neplodnost se tak stává součástí jejich identity, jejich bytí (Slepičková, 2006:941). Goffman pak hovoří o narušení identity kvůli nesouladu mezi skutečnou identitou – neplodností - a ideální požadovanou identitou – plodností (Goffman, 2003:19). „*Neplodné páry zažívají širokou škálu negativních emocí, zejména úzkost, strach, izolaci, depresi, vinu, frustraci a bezmocnost.*“ (Abbey, Andrews, Halman, 1991:296). Spousta výzkumů se zaměřuje na neplodnost a jeho dopady na psychiku, žádný z nich však netematizuje, jak jsou tyto psychologické dopady konstruovány právě společností, zejména díky stereotypům.

Z hlediska genderu je pak dále klíčové, že nehledě na to, který z páru má fyzické problémy s plodností, většina testů a zákroků probíhá na ženském těle. Lidé v okolí neplodných párů pak automaticky předpokládají, že neschopnost počít dítě je vinou ženy a stává se jejím stigmatem (Abbey, Andrews, Halman, 1991:310-311). Stigma popisuje Goffman jako silně diskreditující atribut, který vzniká vyloučením toho, co lidé v rámci interakce vyjednali jako normální. Člověk s těmito atributy není vnímán jako člověk, přejímá a internalizuje představy o své identitě (Goffman, 2003:3,5,7).

Jednou z možností jak se s neplodností „vypořádat“, je zvolit proaktivní svobodný přístup v přijmutí bezdětnosti. Tímto tématem se ve své knize *Fenomén bezdětnosti* zabývá Hana Hašková, která rozděluje bezdětné na dobrovolně bezdětné a nedobrovolně bezdětné. Ženy s absentující dělohou by pak spadaly do druhé skupiny, i když nepřítomnost dělohy

nevylučuje, že by si bezdětnost samy zvolily bez ohledu na svůj fyzický stav. Uvádí, že dobrovolně bezdětných, tedy těch, kteří si cíleně a racionálně bezdětnost zvolili a není u nich jen mimovolným výsledkem toho, že neměli pro rodičovství vhodné podmínky a nestihli se stát rodiči je v populaci okolo 5 %, toto číslo zahrnuje i muže (Hašková, 2009:120).

Pokud neplodné páry nezvolí proaktivní svobodný přístup v přijetí bezdětnosti, a různé formy asistované reprodukce dále selhávají, hledají tyto páry často další řešení k „získání“ dítěte. Lékaři/ky zabývající se transplantacemi dělohy pak nejčastěji zmiňují tyto dvě alternativy: *„Rodičovství mohou tyto ženy dosáhnout buď adoptí, nebo těhotenstvím náhradní (surogátní) matky a následným poporodním osvojením v případě, že se biologická matka vzdá rodičovství.“* (Chmel, Nováčková, Pastor, Matěcha, Čekal, Froněk, 2017:29). V následujících kapitolách se zabývám popsáním těchto řešení a otázce, proč zaujímají poslední místo v žebříčku na cestě k rodičovství.

1.5.1. Surogátní mateřství

Surogátní, neboli náhradní mateřství bylo vynalezeno jako odpověď na zvyšující se poptávku a velmi zrychlený pokrok v reprodukční medicíně. Tyto dva faktory tak redefinují reprodukci do pojmů technologických možností a spotřebitelské volby. Tato technologie poskytuje ženám neschopným počít (ženám bez dělohy, po mnohočetných potratech či v jiném zdravotním stavu, který neumožňuje těhotenství) zplodit biologicky příbuzné dítě – oplodněním jejích vajíček partnerovými spermii a přenesením embrya do náhradní matky. Zároveň umožňuje ženám s dělohou ale nefunkčními vaječníky odnést dítě s použitím dárcovského vajíčka (Ragoné, 2000:56). Na úvod je také potřeba říci, že pro ženy bez dělohy je náhradní mateřství, mimo transplantaci dělohy, jedinou alternativou k biologickému dítěti.

Zatímco u IVF zákroků je většina vykonávána nikoliv kvůli neplodnosti ženy, ale kvůli neplodnosti muže, u transplantací dělohy je původce neplodnosti známý a je jím vždy žena – ačkoliv to nevylučuje poruchu plodnosti na straně muže (například nízký počet spermií, jejich nízká hybnost či malformace atd.). Jak bylo ukázáno výše, všechny ženy podstupující transplantaci musejí mít plně funkční vaječníky schopné produkovat vajíčka, tedy alternativou k dosažení biologického mateřství by mohla být právě surogacie.

Raději však volí transplantaci dělohy spojenou s hospitalizací, opakovanou anestezií a narkózou, vyšetřeními, operací a dosud neznámými dlouho trvajících nežádoucími účinky užívání imunosupresiv a hormonů, to celé obhajováno kouzlem těhotenství a odnošením vlastního dítěte a zázrakem zrození. Důvodem může být to, že náhradní mateřství je vysloveně povoleno pouze v několika málo zemích světa, Českou republiku vyjímaje (Chmel, Nováčková, Pastor, Matěcha, Čekal, Froněk, 2017:29). Dále sebou surrogátní mateřství samozřejmě nese svá úskalí, které zmiňuje například Elain Hoffman Baruch: „*Surogacie dává muži možnost koupit si vlastní dělohu, bez jakéhokoliv zájmu o ženu, ke které je připojena. Možnosti vykořisťování ekonomicky deprivovaných žen, ať už ženatými či svobodnými muži, jsou ohromné.*“ (Baruch, 1988:136). Dalšími úskalími je zejména otázka autonomie a důstojnosti člověka a často sporných finančních náhrad (Chmel, Nováčková, Pastor, Matěcha, Čekal, Froněk, 2017:29). Problémem pak často bývá, jak mimo jiné ukazují i soudní spory v historii, pokud náhradní matka doručí „vadné“ dítě, tedy dítě s postižením, či nese mnohočetné těhotenství, které ve smluvních kontraktech nebývají ošetřeny. Nejednou se také stalo, že náhradní matka se odmítla vzdát dítěte ve prospěch rodičů. Nutno podotknout, že tyto problémy v případě transplantace dělohy nevyvstávají. Častým argumentem proti surrogátnímu mateřství rovněž bývá, že budoucí matka, která získá dítě osvojením, nemá pod kontrolou průběh těhotenství a způsob života náhradní matky, jako je užívání léků, alkoholu, kouření apod. (ibid).

Nesčetně autorů/ek dále zmiňuje, že náhradní mateřství je méně zatěžující a finančně náročné než transplantace dělohy⁶. Na druhou stranu, surrogacie je rovněž drahá procedura, a je zde menší pravděpodobnost, že by v budoucnu mohla být hrazena pojišťovnou. Rovněž se z řad kritiků transplantace dělohy ozývají názory, že transplantace je stále experimentální metoda, která je zbytečným riskem pro dárkyně i příjemkyně s vysokou šancí komplikací a selhání. Dokud jsou ženy ochotné přijmout rizika spojená s klasickým těhotenstvím, aby odnosily dítě jiné ženy, neměla by podle nich být varianta transplantace dělohy ani zvažována.

⁶ Mnohé texty hovoří o transplantaci dělohy jako finančně nákladné metodě, nikdo však neuvádí přesnou částku. Domnívám se, že je to z toho důvodu, že zdravotní instituce tyto informace nezveřejňují. Co se týče České republiky, informace o nákladech tohoto zákroku nejsou k dispozici ve výročních zprávách IKEMu ani FN Motol. Na můj dotaz vznesený IKEMu mi bylo sděleno, že se jedná o stále probíhající studii a tudíž mi nemohou být sděleny žádné informace „o jejím průběhu, financích ani samotných zákrocích.“ (e-mailová komunikace ze dne 14.2.2017)

1.5.2. Adopce

Kvůli výše zmíněným mechanismům, je v naší společnosti přikládána větší hodnota pokrevní a genetické vazbě mezi dítětem a jeho rodiči. Tato vazba bývá nazývána biologickým poutem, i navzdory tomu, že antropologové a historici tuto myšlenku zpochybnili, když vyvrátili, že se nejedná o nic univerzálního, ale o patriarchátem zformovanou ideologii rodiny (Gailey, 2000:17). Adopce přesto bývá vnímána jako nejzazší možné řešení v případě neplodnosti páru. Vzhledem k tomu, že se v případě neplodnosti páru jedná o jediný prostředek k získání dítěte, ve kterém není nutný zásah do ničeho těla, ráda bych se mu blíže věnovala.

Otázka, která bývá neplodným párům často pokládána, je proč podstupují často invazivní a drahé zákroky, když je v dětských domovech a dalších ústavech tolik dětí dostupných k osvojení. Otázka, kterou si pokládám já je – proč jsou neplodné páry považovány za automatické příjemce nechtěných dětí? Proč tento nátlak není vyvíjen na páry schopné počít přirozenou cestou? Proč se od adoptivních rodičů předpokládá, že přijmou biologicky nepříbuzné dítě za vlastní ve společnosti, která považuje biologii za základ vazby rodič-dítě? Proč je zde stále požadavek na zákaz potratů a silný nátlak na matky, aby místo ukončení života dítěte v případě nechtěného či jinak komplikovaného těhotenství dítě porodily? Margarete Sandelowski a Sheryl de Lacey odpovídají následovně: *„Bezdětné a neplodné páry jsou často považovány za sociálně postižené, a proto vnímány jako řešení pro jiné problémové a sociálně postižené skupiny: jmenovitě nechtěné či opuštěné děti.“* Tyto názory pak často přicházejí od těch, kteří kritizují reprodukční technologie jako pracující proti ženám, proti rodině, proti přírodě či proti bohu (Sandelowski, Lacey, 2002:40). Další odpovědí může být předpoklad, že přirozené mateřství je pouze to biologické, tedy spojované s těhotenstvím a porodem. Adoptivní matky jsou pak v tomto smyslu považovány za nepřirozené (Gailey, 2000:19).

Heléna Ragoné udává, že přibližně 35 procent párů, které zvolily surogacii, buď zkuselo či zvažovalo adopci. Většina z nich však uvedla, že náhradní mateřství zvolili kvůli komplikovanému procesu adopce, nebo neschopnosti poskytnout jim vhodné dítě (Ragoné, 2000:57). Tato vhodnost je pak formulována ve vztahu k příbuznosti: *„Jako společnost prohlašujeme, že dítě je tím nejcennějším na světě, ale přesto nepřijímáme žádnou zodpovědnost za jiné než vlastní biologické dítě.“* (Ragoné, 2000:59).

Například ve spojitosti s IVF se často uvádí, že pro ženu je proces těhotenství mnohem důležitější, než původ spermie či vajíčka (Mahowald, 1996:116). Tedy podle ní nejde ani tak o biologickou příbuznost, jako spíše o sociální tlak na ženu, aby odniosla (vlastní) dítě.

1.6. Reprodukční technologie

Asistované reprodukční technologie (dále jen ART), zkráceně reprodukční technologie zahrnují všechny metody a techniky používané ve zvířecí a lidské reprodukci. To znamená především in vitro oplodnění lidských gamet za účelem oplodnění (WHO, 2009:1521). Reprodukční technologie již nejsou futuristickým, ale všudypřítomným aspektem našich životů a je tedy na místě položit si otázku, co o těchto nejnovějších medicínských zázracích vlastně víme. Pokud budeme při hledání odpovědi pracovat pouze s informacemi, které nám předkládají lékaři a vědci skrze média a věřit, že tyto technologie slouží jako prevence genetických onemocnění, a že medicína jako instituce existuje, aby nás uzdravovala, pak snadno uvěříme, že reprodukční technologie skutečně léčí neplodnost (Corea, 1985:1).

S rozmachem asistované reprodukce, kdy se každá žena může stát matkou, se navíc obnovuje předpoklad, že každá žena se chce stát matkou, nehlédě na její zdravotní stav či věk (Hartouni, 1997). To podporuje tvrzení, že touha po mateřství je univerzální součástí ženské přirozenosti (Bernardi, Neyer: 2001:171). ART je tak na jedné straně prostředkem k emancipaci neplodných žen tím, že jim umožňuje překonat přírodu a naplánovat si život dle své vlastní vůle, zatímco je v podstatě disciplinuje ke splnění konformních reprodukčních požadavků (Martin, 2010).

Feminismus má na neplodnost rozporuplné názory, za které vdčíme zejména liberálnímu a radikálnímu feminizmu. Feministické příspěvky k léčbě neplodnosti by se daly shrnout zhruba takto: rozumí, že neplodná žena trpí, ale za správné řešení nepovažuje medicínskou kontrolu nad ženským tělem a životem. Pokládá si spíše otázku, proč trpí. Odpověď nachází právě v patriarchy, kultu mateřství a redukci ženy na reprodukční stroj (Corea, 1985:173). Podpoře tohoto obrazu dopomohly reprodukční technologie a jejich rozmach v posledních třiceti letech. Díky nim se neplodnost přesouvá

z roviny fyzické do roviny sociální. Hlavní roli zde již nehraje zdravotní stav či biologické predispozice, ale otázka privilegií, přístupu a distribuce zdrojů v globalizovaném světě. Na metody asistované reprodukce a ostatních technologií dosáhnou pouze lidé určitého sociálního statusu a ekonomického příjmu. V případě přístupu k ekonomickému kapitálu pak vyčerpání všech možností léčby, která je sama o sobě fyzicky, psychicky i finančně náročná, je v době rychlého rozvoje reprodukčních technologií otázkou rozhodnutí, nikoliv objektivním stavem (Slepičková, 2006:938).

V tom právě spočívá feministická kritika reprodukčních technologií. Tvrdí, že neplodnost je patriarchálně indukovaný stav, ve kterém jsou ženy postaveny proti sobě navzájem, poháněny touhou mít dítě. Tento nedostatek ženské sounáležitosti je způsoben právě tím, že neplodné ženy utrácí ohromné peníze za to, co kritičky označují za nepotřebné a nebezpečné zdravotní zákroky, zatímco některé ženy nejsou schopny pokrýt náklady ani na základní zdravotní péči (Sandelowski, Lacey, 2002:42). Tato kritika však bývá zastánci a zastánkyněmi reprodukčních technologií vytýkána odpůrcům pro její ignoranci dopadů neplodnosti na psychiku ženy.

„Lékařská autorita pak slouží jako jakési posvěcení tvrzení, že podstoupení jakýchkoli muk je ospravedlnitelné, aby žena naplnila svou přirozenou roli a stala se matkou. Lékařské stanovisko je díky vysoce ceněnému statusu a moci ve společnosti využíváno k nátlaku na ženy. Pokud se lékař domnívá, že je přiměřené, aby žena ušla jakoukoliv vzdálenost na cestě k porodu dítěte, podporuje tím ženino přesvědčení, že mateřství je cílem, kterého je potřeba dosáhnout za každou cenu.“ (Corea, 1988:80). To ukazuje na moc medicíny, kterou jí, ale dávají samy ženy pod nátlakem neuvědomovaných společenských procesů. Kritika reprodukčních technologií pak spočívá v argumentu, že lékaři/ky se aktivně podílejí na podpoře opakujících se, extrémních a zdravotně riskantních zákroků, namísto vývoje méně invazivních metod léčby neplodnosti či podpory nemedicínských řešení. Tím může být například vyčkat a dát „přirozenému početí“ více času, navrhnoutí adopce či opatrovnictví neplodným pářům, prevence neplodnosti či vystoupení proti reprodukčním technologiím a místo toho podpora akceptace neplodnosti jako „normálního“ stavu (Inhorn, Balen, 2002:14). Reprodukční technologie je tak potřeba nahlížet nikoliv pouze optikou politiky reprodukce, ale i jako součást politiky pohlaví – protože jde primárně o přístup k ženám a zneužívání jejich těl pro lékařské výzkumy a experimenty, finanční zisk a manipulaci s životy (Raymond, 1995:25).

Klíčovým ukazatelem, který by pak měl být brán v potaz při pohledu na reprodukční technologie, je míra úspěšnosti. Je zde několik cest, jak úspěšnost posuzovat. První možností je počet živě narozených na všechny ART pokusy. Druhým způsobem je počet živě narozených dětí z úspěšně oplodněných embryí. Třetí cestou je počet živě narozených ze všech embryí úspěšně přenesených do dělohy a posledním je vyjádření úspěšnosti počtem narozených dětí z uchycených embryí. Všechny údaje jsou uváděny v procentech (Foley, 2006:146). Tato škála přístupů napovídá, že měření úspěšnosti se může lišit, je proto těžké získat reálný odhad skutečné úspěšnosti. Zatímco u prvního způsobu by byla procentuální úspěšnost nejnižší, u poslední metody naopak nejvyšší. Problém je, že kliniky asistované reprodukce často uvádějí poslední údaj, a v neplodných párech tak budí mylný dojem, že šance, aby si odnesli domů dítě, je vysoká. Přesto však lze konstatovat, že úspěšnost není vyšší než 35 %, a to i s použitím „nejmírnějšího“ kritéria. Metoda IVF při tom bývá mezikrokem pro další metody ART, jako je například zmrazení embryí, náhradní mateřství nebo transplantace dělohy.

Obecně lze říci, že ženy podstupující léčbu neplodnosti jsou ve feministické teorii častěji nahlíženy jako oběti kulturního stereotypu žena rovná se matka, a méně často jako agentky změny vlastního osudu (Sandelowski, Lacey, 2002:42). Názorným příkladem mohou být například právě ženy, kterými se budu zabývat níže v této práci. Představme si ženu, která se narodí bez dělohy, a jejím osudem by tedy měl být život bez biologického dítěte. Díky vývoji reprodukčních technologií, však tato žena může vzít osud do svých rukou, podstoupit transplantaci dělohy, a nejen zplodit biologické dítě, ale zároveň ho odnést a porodit (ačkoliv císařským řezem), tedy stává se agentkou změny. Na druhé straně však podstupuje invazivní medicínský zákrok, který podobně jako výše zmíněné má mizivou úspěšnost v počtu donošených dětí, a navíc vykonáván v rámci medicínské hegemonní instituce. Tedy podstoupení takového zákroku lze nahlížet jako podporu konvenčních genderových rolí a genderové stratifikace (Thompson, 2002:52). Právě to, že zákroky jsou vykonávány muži na ženách, je klíčové pro Genu Coreu. Manipulaci s ženskými těly přirovnává k mužské potřebě ovládat vše, co je spojováno s přírodou, tedy kromě zvířat také ženy. Co se však podle ní v čase změnilo, je jazyk, který používají. Hlavním jmenovatelem je soucit – touha přinést novou naději neplodným, předejít vrozeným vadám, zvýšit ženiny šance na plnohodnotný život (Corea, 1985:312-313). Medicína již dávno nejsou jen muži, ale také ženy. Podíváme-li se však na složení transplantačních týmů u transplantace dělohy ve světě, zjistíme, že v těchto týmech stále

rapidně převažují muži, lze tedy její argument považovat za pádný, ačkoliv se jedná o určitou simplifikaci genderové nadvlády, protože lze předpokládat, že ani s vyšším podílem žen podílejících se na transplantování dělohy by se povaha zákroků nezměnila.

Ženy, které léčbu podstupují, jsou pak označovány za kolaborantky patriarchy kvůli údajné glorifikaci tradičního mateřství, které bere ženám možnost osobního rozvoje a svobody, a jako mající falešné vědomí (Inhorn, Balen, 2002:15). Tyto argumenty o možnosti či nemožnosti volby jsou nejvíce pádné, protože dostávají do popředí otázku svobody, kterou mají ženy ale jen zřídka, aniž by si to uvědomovaly, protože nedostatek svobody je maskován škálou možností v přístupu k vlastnímu sebeurčení. To je výsledkem západní ideologie, která zdůrazňuje individuální svobodu a je ceněna pro svou neutralitu. Zkoumáním reprodukčních technologií skrze otázku volby pak tato ideologie zastírá, že se vlastně jedná o instituci a vede nás k opomenutí faktu, že se vyvinula v industrializovaný byznys. Ty feministky, které obviňují reprodukční technologie z viktimizace žen, jsou pak obviňovány z toho, že z žen dělají oběti ony tím, že jim upírají schopnost svobodně se rozhodovat. Odhalení viktimizace žen z nich pak dělá tvůrkyně této viktimizace (Raymond, 1995:10). Jakákoliv diskuze o právech a volbách však předpokládá společnost, kde neexistují mocenské rozdíly mezi jedinci.

Z hlediska jednotlivých feministických směrů, bývají socialistické feministky obviňovány z obhajoby reprodukčního liberalismu. Zastávají se reprodukčních technologií jako prostoru k ženě možnosti volby a vyčítají radikálním feministkám, že se snaží vrátit ženu do doby, kdy anatomie byla osudem a žena neměla žádnou svobodu v rozhodování o svém těle. Tímto sporem dochází pouze k prohlubování dualismu, kdy na jedné straně je vnímáno těhotenství jako přirozená a dobrá věc, a na straně druhé technologie jako nepřirozená a špatná věc, nebo naopak (Raymond, 1995:88-91). Feministické snahy oddémonizovat funkci reprodukčních technologií nejsou časté, ale pomáhají dekonstruovat vědu a technologie jako něco, co je v binární opozici proti přírodě. Můžeme na ně tak nahlížet jako na něco, co na jednu stranu popírá, na druhé straně potvrzuje argumenty o biologické předurčenosti. Jisté je jedno, a sice že s dalším rozvojem reprodukčních technologií, jakým je například i vývoj umělé dělohy, musejí ženy vynakládat čím dál větší úsilí při zvažování cesty, kterou se stanou matkami.

1.6.1. Transplantace dělohy

Následující kapitola bude věnována tomu, co je předmětem této práce, tedy transplantaci dělohy jakožto prostředku k mateřství. Samotný proces je někde na pomezí transplantální medicíny a asistované reprodukční technologie. Nejedná se totiž o život zachraňující transplantaci, a řadí se tak například spolu s transplantací obličeje a jiných částí těla, mezi operace zlepšující kvalitu života (Viz například Salajka, Leifer, a další).

Tato experimentální metoda by jednou mohla „pomoci s početím“ až třem procentům žen, u nichž je neplodnost způsobena nepřítomností či nefunkčností dělohy (Arora, Blake, 2013:1). MUDr. Jiří Froněk, jeden z lékařů provádějících transplantace dělohy v České republice, v rozhovoru pro DVTV uvedl, že v naší zemi je zhruba tři tisíce potenciálních příjemkyň. Tento odhad je založen na čísle uvedeném švédskou studií transplantace dělohy. Předpokládá se, že zhruba třetina z těchto žen by měla o transplantaci zájem a splňovala všechna kritéria (DVTV, 2016).

První transplantace dělohy na člověku byla provedena 6. 4. 2000 v Saudské Arábii. Transplantace byla původně považována za úspěšnou, jelikož příjemkyně⁷ prodělala dva menstruační cykly, po 99 dnech jí však musela být děloha vyjmuta, poté co žena prodělala akutní vaskulární trombózu (Arora, Blake, 2013:2). Kolem transplantace následně vyvstala kontroverze. Prvním z důvodů bylo to, že dárkyně podepsala informovaný souhlas s odebráním dělohy na základě odebrání vaječníků kvůli benigním cystám. Lékaři se následně shodli, že se jedná o zákrok, který se běžně provádí laparoskopicky a nebyl zde tedy žádný vážný důvod k odebrání vaječníků a následné hysterektomii. Další kontroverze souvisí s neúspěšným uchycením orgánu u příjemkyně, který byl nejprve přisuzován odmítnutí transplantovaného orgánu tělem, následně se však ukázalo, že se jednalo o důsledek chyby transplantčního týmu, který dělohu špatně umístil (Altchek, Brännström, Wranning, 2009:332).

Většina autorů se shoduje na tomto datu jako oficiálním datu první transplantace dělohy u člověka. Některé zdroje však jako rok první transplantace dělohy uvádějí rok

⁷ V této práci používám termíny *příjemkyně* pro ženy s transplantovanou dělohou a *dárkyně* pro ženy, jímž byla děloha odebrána za účelem transplantace jiné ženě. Jedná se o termíny pocházející z transplantologie, kde se standardně používají v souvislosti s transplantací všech orgánů. Ačkoliv sama mám s těmito slovy problém (například slovo dárkyně, jehož kořenem slova je slovo dar, naprosto nereflektuje fakt, že odběr orgánů probíhá i od zemřelých osob, které k tomu nedaly souhlas) není zde však vhodnější pojmový aparát, který by mi vyhovoval, a proto přebírám tato označení z odborné literatury

1931, kdy na následky právě tohoto zákroku zemřela transgender žena, která jako historicky první prodělala chirurgickou změnu pohlaví, Lili Elbe, známá též jako dánská dívka (Gherovici, 2011: 227, dále například Palmer, McHugh).

Historicky pak předcházely pokusy na zvířatech, kdy byla děloha transplantována myši, kryse, králíkovi, psovi, praseti, ovci a paviánovi (Enskog, Johannesson, Chai, Dahm-Kähler, Marcickiewicz, Nyachio, Mwenda, Brännström, 2010:1980). Za průkopníka této metody je však považován Švéd Mats Brännström, který stál za první světovou studií, kdy jeho tým v letech 2012-2013 transplantoval celkem devět děloh od živých dárkyň, ve dvou případech musela být děloha odstraněna. Ze sedmi příjemkyň již pět porodilo dítě, všechny předčasně narozené mezi 32. a 36. týdnem těhotenství (Chmel, Nováčková, Pastor, Matěcha, Čekal, Froněk, 2017:34). Předčasný porod dítěte je pak provázen celou řadou zdravotních komplikací pro dítě, mezi které můžou patřit dýchací, neurologické a srdečněcévní problémy, vyšší riziko infekce, poruchy imunitního systému a behaviorální a psychické poruchy (Hájek, 2004).

Česká republika patří k jedněm z prvních států, ve kterých byla transplantace dělohy rovněž zavedena do praxe. Jedná se o stále probíhající studii Fakultní nemocnice Motol ve spolupráci s IKEMem. Jako první studie na světě zahrnuje transplantace dělohy z živých (10) i mrtvých dárkyň (10). První transplantace od živé dárkyně u nás byla provedena 30. 4. 2016, následována dalšími třemi transplantacemi provedenými v tomtéž roce (IKEM, 2017). Dá se tedy očekávat, že co do počtu transplantací, Česká republika brzy předežene i Švédsko, které má doposud světové prvenství.

V případě splnění podmínek pro příjem dělohy, které jsou světově velice podobné – výborný zdravotní stav, absolutní uterinní faktor factor infertility (dále jen AUF), schopnost produkovat vajíčka atd. – nastává zdlouhavý medicínský proces. Před samotnou transplantací je potřeba podstoupit odběr vajíček jako přípravu pro následné umělé oplodnění. Proces je tedy stejný jako při IVF, tedy nejprve hormonální léčba následována ovariální stimulací a odebráním vajíček pod anestezií. Před operací se začíná s užíváním léků, samotná transplantace probíhá v plné narkóze až několik desítek hodin, a po úspěšné transplantaci následuje užívání imunosupresiv pro potlačení imunity. Část léků je před plánovaným oplodněním vysazena (Robertson, 2016:7). Studie provedené na ženách po transplantaci orgánů, které v době těhotenství užívaly imunosupresiva, však neprokázaly vyšší riziko poškození plodu oproti běžné populaci (Chmel, Nováčková,

Pastor, Matěcha, Čekal, Froněk, 2017:33). Vzhledem k nutnosti užívání léků po transplantacích, se přesto provádějící lékaři/ky shodují, že mezi transplantací dělohy a přenosem embrya by měl být rozestup minimálně jeden rok, a po jednom až dvou úspěšných porodech by měla být děloha z těla vyjmuta, ideálně ne později než po třech letech (Altchek, Brännström, Wranning, 2009:338). Samotný porod v případě úspěšného donošení embrya pak vždy probíhá císařským řezem pod částečnou nebo úplnou anestezíí, aby se zabránilo tlaku na transplantovaném štěpu. Ačkoliv se uvádí, že stáří dělohy nemá na přijetí a případné těhotenství vliv (což lze potvrdit i úspěšným porodem dětí u žen, jejichž dárkyně byly v postmenopauzálním věku), český transplantační tým ve své publikaci píše, že riziko preeklampsie⁸ je sedminásobně vyšší u těhotných žen ve věku 50 – 60 let a u žen po oplození cestou IVF oproti přirozenému početí, a tvrdí, že lze předpokládat, že oboje má svůj vliv v případě transplantace dělohy (Chmel, Nováčková, Pastor, Matěcha, Čekal, Froněk, 2017:33).

K 4. 4. 2018 bylo na světě doposud provedeno 30 transplantací dělohy, ze kterých bylo narozeno celkem 7 dětí (viz příloha č. 2). Současná úspěšnost se tedy pohybuje okolo 25 %, pokud jako měřítko bereme těhotenství a následné narození dítěte. Díky úspěchům švédské studie se k pokusům o transplantace dělohy přidávají další země, zejména v posledních třech letech. Kvůli možným rizikům pro dárkyně však například Velká Británie či některé kliniky v USA zakázaly příjem dělohy od živých dárkyň (Robertson, 2016:2).

⁸ Preeklampsie je závažné onemocnění během těhotenství, které se projevuje zvýšeným krevním tlakem a bílkovinami v moči a často končí úplným selháním orgánů. Představuje tak riziko pro matku i dítě. (Bartůněk, Jurásková, Heczková, Nalos, 2016:22)

2. EMPIRICKÁ ČÁST

V následující části analyzuji, jak je v diskurzech o transplantaci dělohy konstruováno ženství a mateřství. V nadcházejících kapitolách nejprve představím metodologická východiska a vymezím vlastní lokaci a následně představím vlastní interpretaci prováděné analýzy. Konkrétně mě bude zajímat, jak vybrané texty obecně přistupují k mateřství a bezdětnosti, a jak se v rámci jednotlivých diskurzů pracuje s kategorií žena skrze genderové stereotypy a pojetí tělesnosti. Budu analyzovat názory a diskuse na toto téma v populárním (českém) a odborném (anglicky psaném) diskurzu. Jedním z předpokladů je, že odborný diskurz bude nahlížet mateřství prostřednictvím choroby, tedy neplodnosti, populární diskurz pak bude pracovat především s genderovými rolemi a stereotypy při konstrukci mateřství (Plháková, 2006:284). Diskurz zde chápu tak, jak jej popisuje Kraus a jak jsem vymezila již na začátku této práce jako „*princip a společensky uznávanou normu utváření smyslu textů v určitém konkrétním užití.*“ (Kraus, 2004:17) V obecné rovině je diskurz způsob uvažování a vyjadřování se o něčem, vědění určité doby, společné vědění v daném komunikačním prostředí (ibid). Jinými slovy jsou diskurzy systematicky organizované soubory vyjádření, které vyjadřují hodnoty dané instituce (Kress in Richardson, 2005:27).

2.1. Feministická metodologie

Názory na to, co je feminismus a co dělá feministický výzkum feministickým, se liší. Snáze se odpovídá na otázky, co feministický výzkum není. Feministická metodologie vznikla jako odpověď právě na tyto otázky a na limity tradičního výzkumu, a je tedy založena na kritice pozitivistického přístupu k výzkumům sociálního života jako politicky a genderově neutrálního a objektivně poznatelného (Ramazanoglu, Holland, 2004:15).

Obecně lze za feministický výzkum považovat takový výzkum, který vychází z feministické teorie a jehož cílem je vytváření poznatků, které se budou podílet na změně genderové nespravedlnosti a podřízenosti. Tedy je kladen důraz na sociální akci a sociální změnu (Ramazanoglu, Holland, 2004:147). Feministickou metodologii lze rovněž popsat

jako soubor feministických výzkumných metod. Shulamith Reinharz však tvrdí, že feministický výzkum nemusí nutně používat feministické metody, nýbrž že výzkumník/výzkumnice musí být feministou/feministkou (Reinharz, 1992:7). Jak uvádějí například psycholožky Rosalind Barnett a Grace Baruch v úvodu své knihy: „*Považujeme se za 'feministky' na základě naší víry v cíle ženských hnutí; odmítnutí starých omezení, osvěta žen v uvědomění si podmínek, které omezují jejich životní volby a zajištění toho, aby ženám nebyl nadále odpirán přístup k vyšším pozicím ve všech sociálních institucích.*“ (Barnett, Baruch, 1978:vii). Judith Lorber rovněž nesouhlasí s tvrzením, že feministické metody musejí být nutně odlišné od těch maskulinních. Specifika feministického výzkumu podle ní spočívají ve schopnosti odhalovat vzorce, vzájemné vztahy, důsledky a příčiny, které ostatní neviděli a stále nevidí (Lorber, 1988). Navzdory rozporuplnosti názorů, převládá shoda, že některé metody jsou pro feministický výzkum vhodnější než jiné. Ve feministickém výzkumu převládá užívání kvalitativních metod před kvantitativními, i když je zde zdůraznění toho, že nezáleží na tom, jaké metody používáme, ale jak s nimi pracujeme. Ve své práci používám kvalitativní analýzu, kde jsem ale považovala za vhodné, používám kvantifikaci, například abych poukázala na nadužívání určitých slov apod.

Ve své práci tedy vycházím z feministických teorií a metodologií, jelikož z hlediska feministické analýzy je diskurz chápán jako jeden z hlavních prostředků ustanovování genderových nerovností, ačkoliv metoda, kterou používám, není ryze feministická (Zábrodská, 2009:46).

2.1.1. Vlastní pozicionalita

Mnoho feministických autorek a autorů zdůrazňuje v rámci feministických výzkumů důležitost reflexe vlastní lokace a pozicionality. Před tím, než jsem začala psát tuto práci, mi vždy vyjmenovávání toho, že jsem bílá, středostavovská, heterosexuální žena apod., v cizích textech přišlo poněkud zbytečné. Když jsem se však dostala k psaní této diplomové práce, došlo mi, že tyto aspekty mé osoby mé psaní zásadně ovlivňují. V první řadě tyto aspekty způsobily, že žiju v prostředí a podmínkách, kde je mi umožněna určitá svoboda v rozhodování o vlastní reprodukci – je mi dostupná antikoncepce, zrovna tak se mohu „svobodně“ rozhodnout o ukončení těhotenství. Tato svoboda rozhodování

je samozřejmě rozporuplná, protože jsem vyrůstala v prostředí, kde je stále silný důraz na prokreativitu. Ačkoliv pocházím z ateistické rodiny, křesťanské názory mě obklopují, tedy i otázky práva na život nenarozeného dítěte. V současné době vidím svojí budoucnost v bezdětnosti, ačkoliv původ tohoto názoru nejsem schopná identifikovat. Vše výše zmíněné jsem se snažila zohlednit při vypracování této práce, snažila jsem se o jakousi názorovou neutralitu či ve feminismu tolik napadanou objektivitu (samotný konstruktivismus totiž popírá objektivní poznání reality), ačkoliv jsem si byla vědoma toho, že vlastní zkušenosti a názory výzkumníka finální produkt vždy ovlivňují. Tím, že nepovažuji dítě za středobod vesmíru a mateřství za primární úlohu v životě ženy, mohlo se klidně stát, že jsem negativním pohledům na transplantaci dělohy dala více prostoru než těm pozitivním, ačkoliv jsem se snažila o vyváženost. Zrovna tak jsem nemohla kvůli rozsahu této práce zohlednit všechny pohledy na mateřství, a jsem si vědoma, že selektivita „relevantních“ názorů byla opět ovlivněna mou osobou. Tato práce stejně jako moje osoba je navíc ovlivněna faktem, že vycházím z feministických teorií a názorů. Feminismus pro mě neznamená pouze boj za práva a svobodu žen, ale prostředek pro ukončení bílé nadvlády, mužské dominance a ekonomického vykořisťování. Téma transplantace dělohy, stejně jako ostatní metody asistované reprodukce, se dotýká právě otázky moci, sociální spravedlnosti a nerovného přístupu ke zdrojům, což je jeden z důvodů, proč jsem si téma vybrala.

Tato reflexe je pro mě důležitá z toho důvodu, že touto prací přispívám do akademického vědění a lze předpokládat, že se moje práce dostane do rukou někomu, kdo se bude o tuto problematiku v budoucnu zajímat. Jsem si vědoma toho, že to, jak bude čtenář tento text interpretovat, není v mých rukách, reflexí vlastní pozicionality se však snažím předejít nesprávnému zevšeobecnění a interpretaci výsledků této práce jako univerzálně platné. Zohlednit je potřeba i to, že mé vědění a zkušenosti byly formulovány v rámci západního, euroamerického kontextu, proto nelze závěry z této práce aplikovat na životy žen z jiných kultur. Omezenost diskurzu, ve kterém jsem vyrůstala, mi totiž z pozice outsidera neumožňuje plně pochopit dopady, které by mělo zavedení transplantace dělohy jako plnohodnotné metody asistované reprodukce, v jiném sociálně-kulturním kontextu.

2.1.2. Popis metody

Pro empirickou část své práce jsem zvolila metodu kritické diskurzivní analýzy (dále jen CDA). Tato metoda se využívá k analýze jazyka a slouží k odkrývání forem a vztahů za analyzovaným materiálem. Tedy zkoumá, jak je sociální realita utvářena, sjednávána, reprodukována a transformována skrze jazyk a jiné znakové systémy. Texty samotné totiž pouze nezrcadlí to, o čem pojednávají, ale samy se aktivně podílejí na jejich konstruování a vytváření významů (Zábrodská, 2009:13,43) Vzhledem k tomu, že otázka moci je v tématu reprodukčních technologií a transplantace dělohy důležitá, zdá se být tato metoda ideální, protože zviditelňuje mocenské nerovnosti, procesy a struktury. Metoda se využívá při analýze psaných a institucionálně zakotvených textů, jímž například medicínské texty bezpochyby jsou, a pro porozumění sociální realitě. Snaží se zachytit vztah mezi jazykem a ideologií diskurzu. Samotná analýza textů by však v rámci CDA byla nedostačující, protože existují v dialektickém vztahu se společenskými, politickými a ekonomickými kontexty. CDA se proto pohybuje mezi mikroanalýzou studovaného textu a makroanalýzou kontextů, v nichž se text vyskytuje (Zábrodská, 2009:67, 74–75). Jde tedy o odhalování souvislostí mezi jazykem, mocí a ideologií (Fairclough, 1995:23). Jinými slovy zkoumá, zda komunikace ukrývá a legitimizuje nebo naopak subvertuje sociální hranice, nerovnosti či politické a komerční agendy (Djonov, Zhao, 2014:1).

Norman Fairclough dále hovoří o třech samostatných, i když vzájemně propustných dimenzích CDA – deskriptivní, interpretační a explanační. Ty mi zároveň sloužily jako jakýsi návod k diskurzivní analýze. Deskripce se soustředí na formální stránku textu, tedy na lingvistiku. Konkrétně se zaměřuje na slovní zásobu, gramatiku a strukturu textu. Interpretační fáze se soustředí na intertextualitu, subjekty a vzájemné vztahy, tedy vnímá obsah textu v návaznosti na sociální okolí a vzájemnou podmíněnost napříč diskurzy. V rámci explanační dimenze se snažíme o vysvětlení v širších souvislostech, tedy nahlédnout diskurz skrze mocenské vztahy (Fairclough, 1989:26-27). Zdáli diskurz udržuje - diskurz normativního charakteru, nebo mění mocenské vztahy - diskurz kreativního charakteru (Fairclough,1995:60). Teun A. van Dijk hovoří o zkoumání textu z hlediska (re)produkce různých forem dominance. Tu definuje jako „*vykonávání moci společenskými elitami nebo institucemi, které ústí v sociální nerovnost, ať již politickou, třídní, etnickou, rasovou nebo genderovou.*“ (Zábrodská, 2009:74).

Kritičnost této metody diskurzivní analýzy spočívá v zaujetí kritického stanoviska k textu, kdy cílem není pouze poznat předkládanou realitu, ale zároveň v nastolení rovnějšího komunikačního prostředí jeho odideologizováním (Šubrt, 2008:211). A právě kritičnost CDA je důvodem, proč jsem si zvolila tuto metodu, protože jak říká Ruth Wodak, představitelka tohoto přístupu, produkuje vědění, které přináší emancipaci a osvětu (Zábrodská, 2009:74).

2.2. Analyzované diskurzy

V rámci analýzy jsem se primárně zaměřila na texty vyprodukované v rámci odborného diskurzu. Původně jsem se chtěla zaměřit pouze na medicínský diskurz, vzhledem k jeho úloze v transplantaci dělohy a jeho moci ve společnosti, nakonec jsem se však rozhodla pro analýzu odborných textů vyprodukovaných i v rámci jiných, zejména společenských věd. Zaměřit se pouze na medicínské texty by totiž znamenalo nadřazovat je nad ostatní vědní obory. Ve výzkumném vzorku však přesto převažují medicínské texty, což nebylo mým záměrem, ale z pochopitelného důvodu (a sice, že se jedná o novou experimentální metodu, a právě skrze články se diskutuje její proveditelnost) je těchto textů vyprodukovaných nejvíce.

Medicína i její předchůdci jako například šamanství v tzv. zaostalých společnostech měla odedávna veliký vliv, ačkoliv se v čase a místě všeobecně uznávané teorie velmi rychle měnily. V souvislosti s dělohou se například v antickém Řecku nebo například v Egyptě věřilo, že dýchací, srdeční i mozkové obtíže, dušení či záchvaty u žen jsou způsobeny polohou dělohy, respektive absencí plodu v děloze. Samotná hysterie je pak odvozena od řeckého výrazu pro dělohu, a až do 16. století byla léčena například vykuřováním. Ještě v devatenáctém století byla hysterie léčena orgasmem. Na konci 19. století pak byla hysterie považována za neurologický, později za psychologický problém, jehož léčba začínala hypnózou (Wenegrat, 2001:81). Na tomto příkladu, jsem se snažila v rychlosti poukázat na to, že medicína se vyvíjí, a ačkoliv neexistovala nikdy stoprocentní shoda, to, co pronesli lékaři, bylo považováno za všeobecnou pravdu a ženy (samozřejmě se to týkalo i mužů, nikoliv však v tomto konkrétním příkladu) podstupovaly experimentální a mnohdy nebezpečné léčby. Z toho důvodu věřím, že je potřeba se zaměřit na to, jaké texty v souvislosti s transplantací dělohy prezentují

právě lékaři/ky. Navíc sociologové a lingvisté, kteří se zabývají analýzou právě medicínského diskurzu, uvádějí, že nikdy dříve neměla medicína větší moc než nyní. Jako důkaz uvádějí rostoucí počet medicínských časopisů, které ve světě ročně vycházejí a zároveň rostoucí počet nemedicínských časopisů, které se zaměřují na lingvistickou analýzu právě medicínského diskurzu (Gotti, Salager-Meyer, 2006:11).

Součástí analýzy odborného diskurzu jsou tedy i společensko-vědní texty. Jedním z důvodů je to, že společenské vědy bývají v současnosti označovány za méně exaktní, méně relevantní a méně důležité v kontrastu k přírodním vědám. Předpokladem je, že texty v rámci společenskovo-vědního diskurzu se budou zabývat jinými tématy než zbylé texty již z toho důvodu, že na rozdíl od médií a medicíny zaujímají společenské vědy na mocenském žebříčku podřadné postavení. Transplantaci dělohy totiž nelze nahlížet pouze jako „opravu přirozené biologické funkce“, ale jako společenský problém.

Druhou skupinou analyzovaných textů je to, co jsem nazvala populárním diskurzem. Zaměřuji se zde sice na texty vyprodukované v rámci internetových médií, mezi jejichž úlohu patří informační, vzdělávací, orientační, socializační a zábavní funkce, ale názvem této kapitoly se zároveň snažím o asociaci s populární kulturou, jejíž primární motivací je finanční zisk a obliba u početného publika (Dubský, Murdza, Urban, 2011:94-110). Dalším důvodem, proč jsem se rozhodla o pojmenování této kapitoly *populární diskurz*, je ten, že analyzuji pouze jeden typ média, a to sice psaná internetová s tím, že například televizi a rozhlas nechávám bez povšimnutí. Vzhledem k vzrůstajícímu vlivu internetových médií, který lze demonstrovat například na rostoucí čtenosti oproti tištěným médiím či stále rostoucímu počtu těchto médií⁹, tak můžeme hovořit o jejich rostoucí popularitě.

Přesto budu v textu používat zastřešující pojem média, a to i přesto, že součástí této analýzy nejsou všechny typy médií. Ačkoliv jejich analýza není součástí této práce, a tvrzením, že výroky o transplantaci dělohy jsou si v mnohém podobné, a to i v ostatních typech tzv. nových médií, bych se dopouštěla nepodložené generalizace, je potřeba mít na paměti, že pokud hovořím o moci médií apod., myslím tím všechna, nikoliv jen internetová média. Cílem této práce tedy není srovnání jednotlivých médií, ale objevení toho, jak pracují s tématem transplantace dělohy a jaké poselství vysílají směrem ke společnosti. Zaměřila jsem se na to, jaká témata a slovní zásobu při konstrukci ženství a mateřství nejčastěji volí, a jaká témata naopak opomíjejí. Z důvodu malého vzorku

⁹ Viz například *Výzkum čtenosti tisku – Media projekt* pořádaný Uníí vydavatelů od roku 2006. Dostupné z http://www.unievychavatelu.cz/cs/unie_vychavatelu/medialni_data [cit. 2017-12-24]

typického pro kvalitativní výzkum, kterému jde primárně o hloubkovou analýzu, rovněž nelze generalizovat, spíše než na rozdíly jsem se přesto v samotné analýze zaměřovala na společné jmenovatele.

V analýze vycházím z kritické teorie médií, která pracuje s Gramsciho modelem hegemonie. Ta podle něj představuje všemi přijímaný, nikdy nekončící a nenásilný proces prosazování moci vládnoucí sociální skupiny (McQuail, 2016:63). Masová média pak podle kritické teorie fungují jako ideologický nástroj, který slouží k (re)produkci zavedeného hodnotového systému, kdy vládnoucí elity řídí společnost skrze kulturní konsenzus (Ftorek, 2010:95). Vzhledem k rostoucímu vlivu internetových médií pak vycházím z toho, že tuto moc přebírají. Fairclough, z jehož přístupu k CDA vycházím, vidí mediální diskurz jako „*síť komplexních a protichůdných procesů, které zahrnují i ideologické procesy. Ideologie by ale neměla být vnímána jako konstantní součást mediálního diskurzu, ale raději měla být zavedena jako pracovní princip: výzkumník by se měl ptát, jaká ideologická praxe je zahrnuta v diskurzu*“ (Fairclough 1995:47). Feministická kritika médií pak spočívá v tom, že považuje média za prostředek k (re)produkci genderových rolí a stereotypů. Jednotlivá média tak pod vlivem společenského kontextu budují určitý obraz reality. Diskurzivně analytickým pohledem na volbu jazykových prostředků a srovnáváním textů je pak odhalováno to, co daný diskurz reprezentuje (Schneiderová, 2015:12-13). Média jsou v CDA předmětem zájmu zejména pro to, jak velký vliv mají na výběr a zpracování společenských témat a jejich hodnocení (Šebesta, Lehečková, Pierscieniak, Šormová, 2016:82).

Ačkoliv se jedná o různé typy textů, různých stylů, přesto je analyzuji jako jednu skupinu, aby byly viditelnější vzájemné podobnosti a rozdíly. Smyslem této analýzy přesto není porovnání jednotlivých diskurzů (vzhledem k tomu, že se jedná o texty vyprodukované v odlišných kontextech to ani není možné), ale poukázat na to s jakými konstrukty pracují, na genderovanost těchto konstruktů, a to především v konstruování plnohodnotného ženství skrze mateřství. Nelze si nevšimnout, že argumenty, které při tom používají, jsou si v mnohém podobné, lze tedy vidět homogenitu těchto argumentů, a to jak mezi populárním a odborným, tak mezi českým a světovým (anglicky psaným) diskurzem.

2.2.1. Výzkumný vzorek

Pro analýzu diskurzů jsem zvolila časové období 2012-2017, tedy období posledních pěti let, kdy se téma vlivem počátku první světové studie transplantace dělohy ve Švédsku (probíhající v letech 2012-2013) začíná diskutovat, a to nejen na poli odborném, ale dostává se i do povědomí široké veřejnosti. Pro toto období jsem se rozhodla z toho důvodu, že ačkoliv odborné články se objevovaly už dříve, v českých internetových médiích vychází více než 90 % článků (v případě analyzovaných článků je to dokonce 100 %) až v letech 2015 – 2017. Tento raketový nárůst lze pravděpodobně přisoudit tomu, že rok 2015 je rokem, kdy byla v České republice schválena studie transplantace dělohy. V českém prostředí pak nenajdeme v internetových médiích články starší roku 2006, ty však bývaly povětšinou reakcí na výzkumy probíhající na zvířatech. V analýze jsem se chtěla zaměřit na to, co je o transplantaci dělohy napsáno v Česku.

Při výběru vzorku jsem začínala odborným diskurzem, který se však ukázal být synonymem pro diskurz světový (anglicky psaný), protože český odborný diskurz sice, jak ukáží níže, v zanedbatelné míře existuje, přesto je prezentován spíše populárním stylem vzhledem k platformě a jazyce ve kterém vychází. Proto jsem se kvůli širšímu kontextu rozhodla do vzorku zařadit i anglicky psané odborné texty. Na základě tohoto kritéria jsem získala výzkumný vzorek sestávající z deseti textů. Jedná se o články zveřejněné v odborných elektronických sbornících a časopisech, a to především lékařských. Zaměřila jsem se pouze na elektronické zdroje z důvodu, že publikace a studie na toto téma začaly vycházet teprve v posledních letech, a není jich mnoho. Některé z časopisů jsou dostupné i v tištěné verzi, kvůli identickému obsahu jsem však zvolila pro 21. století pohodlnější elektronické verze. Podmínkou pro výběr vzorku bylo právě zaměření textu na odbornou, nikoliv laickou veřejnost. I přes to, že jsem zvolila poměrně krátké časové období posledních pěti let, kdy se od zvířecích výzkumů transplantace dělohy přešlo k pokusům na ženách, většina nalezených článků se týkala právě výzkumů na zvířatech, což je pro tuto práci irelevantní.

Pro samotné vyhledávání jsem použila internetové databáze Elsevier/Science Direct a JSTOR, které obsahují právě odborné a akademické publikace. Klíčovými slovy v jejich vyhledávači byly „uterus transplant“. Začala jsem databází Science Direct, kam mám jako studentka Univerzity Karlovy přístup přes eduID. Po zadání výše zmíněných kritérií jsem získala výsledek, který zahrnoval 93 výsledků. Po vyřazení těch, které

se týkaly právě UTx¹⁰ u zvířat, abstraktů pro konference, článků v jiném jazyce než anglickém (toto kritérium jsem zvolila kvůli vlastní jazykové omezenosti, nicméně texty v jiném jazyce – konkrétně španělštině a francouzštině – byly ve výsledcích pouze tři), komentářů, korespondencí a případových studií a reportů jsem získala vzorek sestávající z 6 článků. Změnila jsem tedy klíčová slova na „uterine transplant“ a za použití stejných kritérií jsem z vyhledaných 132 výsledků získala další relevantní 2 články. V databázi JSTOR jsem postupovala totožně s tím, že z 3 výsledků byly pro analýzu dle měřítek vhodné 2 články.

Pro analýzu mi tedy zůstalo následujících 10 článků, zde uvádím jejich název, autory/ky, časopis a rok zveřejnění:

K přijetí transplantace dělohy – D. Orentlicher (Hastings Center Report, 2012)

Transplantace dělohy: Etické a regulační výzvy – K. S. Arora, V. Blake (British Medical Journal, 2013)

Lékařské a etické úvahy k transplantaci dělohy – G. Benagiano, L. Landeweerd, I. Brosens (International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2013)

Zajištění budoucnosti transplantace dělohy – A. L. Caplan (Fertility and Sterility, 2013a)

Etické úvahy v době transplantací dělohy: aktualizace Montrealských kritérií pro etickou proveditelnost transplantace dělohy - A. Lefkowitz, M. Edwards, J. Balayla (Fertility and Sterility, 2013b)

Příslib transplantace dělohy – Mýtus nebo realita? – G. Del Priore, D. K. Gudipudi (Maturitas, 2014)

Etika transplantace dělohy se živými dárkyněmi – M. Olausson, L. Johannesson, D. Brattgård, C. Diaz-Garcia, C. Lundmark, K. Groth, J. Marcickiewicz, A. Enskog, R. Akouri, A. Tzakis, X. Rogiers, P. O. Janson, M. Brännström

¹⁰ UTx je běžně používaná zkratka pro transplantaci dělohy v odborných textech

(Fertility and Sterility, 2014)

Pokus o transplantaci dělohy: Psychologická evaluace příjemkyň a partnerů v post-transplantačním roce – S. Järholm, L. Johannesson, A. Clarke, M. Brännström (Fertility and Sterility, 2015)

Transplantace dělohy: Aktualizace a perspektiva Středního východu – R. Akouri, G. Maalouf, J. Abboud, A. Waked, T. Nakad, F. Bedran, G. A. Gjannam, P. Hajj, A. Hanafy, F. Brännström, S. Merzah, M. Gharhemani, P. Dahm-Kähler, M. Brännström (Middle East Fertility Society Journal, 2017)

Etické problémy v transplantaci dělohy: Psychologické důsledky a informovaný souhlas – C. Petrini, S. Gainotti, A. Morresi, A. N. Costa (Transplantation Proceedings, 2017)

Všechny články byly, vzhledem k jejich charakteru, napsány odborným stylem. 8 z 10 analyzovaných článků bylo napsáno lékaři/kami, jeden právníkem a poslední bioetikem. Co se týče autorství článků, výrazně převažovaly články psané muži, a to přibližně 70 ku 30, což odpovídá tomu, že transplantační týmy jsou převážně tvořeny muži.

Do vzorku jsem vzhledem k původnímu záměru podívat se na to, jaké texty o transplantaci dělohy vycházejí u nás, následně zařadila tři české články, všechny pocházející z roku 2017, napsané českým transplantačním týmem. Samotné články jsou na pomezí populárního a odborného diskurzu. Jsou zveřejněny v Časopisu lékařů českých (*proLékaře.cz*), tedy časopise, který není určen pro širokou, ale odbornou veřejnost, ale zároveň je nenajdeme v žádných odborných databázích, a zároveň není publikován v jazyce, kterému by mohla rozumět širší odborná veřejnost. Přesto můžeme hovořit o tom, že odborný diskurz u nás existuje, i když v zanedbatelném měřítku. Český transplantační tým nepublikuje výsledky dosavadního výzkumu srkze publikace ani v českém ani anglickém jazyce pravděpodobně z důvodu, že se jedná o stále neukončenou studii, jejíž výsledky budou publikovány s časovým odstupem. Články jsou spíše kompilací zahraničních odborných textů, třetí zmíněný článek navíc pouze pře(d)kládá výsledky psychologického výzkumu provedeného švédským týmem.

Možnosti transplantace dělohy v České republice – indikace, výzkum a klinické zkušenosti - M. Čekal, J. Froněk, R. Chmel, Z. Pastor, M. Nováčková, J. Matěcha (Časopis lékařů českých, 2017a)

Etické aspekty transplantace dělohy - M. Čekal, J. Froněk, R. Chmel, Z. Pastor, M. Nováčková, J. Matěcha (Časopis lékařů českých, 2017b)

Psychologické hodnocení účastnic studie transplantace dělohy – M. Čekal, J. Froněk, R. Chmel, Z. Pastor, M. Nováčková, J. Matěcha, R. Zámečnicková (Časopis lékařů českých, 2017c)

Ačkoliv analýza odborného diskurzu by mohla být pro rozsah této práce dostačující, během psaní jsem se dostala k množství mediálních článků, které mi v mnohém připomínaly odborné texty už tím, že používaly stejný jazyk a stejné genderové stereotypy, a to nejen v konstruování ženství skrze mateřství. Rozhodla jsem se proto zařadit do analýzy texty publikované v rámci internetových médií, abych poukázala na vzájemnou provázanost těchto diskurzů. Ve skupině analyzovaných textů v rámci populárního diskurzu jsem se proto zaměřila na česká elektronická, nikoliv tištěná média. Jak jsem uváděla výše, z dlouhodobého hlediska čtenost tištěných médií klesá ve prospěch internetových médií, což je jeden z důvodů, proč jsem si zvolila zrovna tuto platformu. Populární diskurz je pak v tomto kontextu synonymem k českému diskurzu, protože vzhledem k množství internetových médií, která po celém světě v anglickém jazyce vycházejí a jejich různorodého zaměření, by nebylo možné výzkumný vzorek nijak ohraničit. Rozhodla jsem se proto pro česká internetová média se zachováním stejného časového vymezení jako v případě odborného diskurzu, s použitím stejně velkého výzkumného vzorku.

Níže tedy analyzuji deset článků, které jako první odkazy nalezl internetový vyhledávač Google při zadání klíčových slov „transplantace dělohy“. Ačkoliv pozice zobrazených článků se může v čase měnit, protože algoritmus vyhledávání vyhledávače Google funguje na principu PageRank¹¹, nepovažuji to za překážku v analýze, a to z toho

¹¹ PageRank je algoritmus vyhledávače Google, který, zjednodušeně řečeno, hodnotí kvalitu a důvěryhodnost webové stránky. Mezi další faktory, které ovlivňují pozici na stránce s vyhledáváním, patří umístění

důvodu, že články jsou si v mnohém podobné, jelikož většina z nich reaguje na zprávu vydanou Českou tiskovou kanceláří. Výběr jsem omezila pouze na média určená pro laickou veřejnost a zároveň jsem se zaměřila pouze na psané texty, případně pouze doplněné audiem/videem, tedy odkazy, které obsahovaly pouze video (například zpravodajství FTV Prima), jsem do analýzy nezahrnula.

S výše uvedenými kritérii jsem získala vzorek, obsahující články z deseti navzájem nezávislých platforem (tedy se nestalo, že by dva či více článků spadaly pod stejnou mediální skupinu), a zároveň je ve vzorku zastoupeno veřejnoprávní médium. Tímto stylem vybrané články byly napsány v časovém horizontu dvou let, konkrétně mezi 16. listopadem 2015 a 5. prosincem 2017. Analyzované texty jsou zveřejněny na internetových portálech *OnaDnes.cz*, *zdravotnický deník.cz* (jehož název sice zní jako určený pro odbornou veřejnost, nicméně tomu tak není), *iRozhlas.cz*, *Aktuálně.cz*, *Blesk.cz*, *ČtiDoma.cz*, *Pražský deník.cz*, *Novinky.cz*, *TÝDEN.cz* a *TOPZINE.cz* (kterým jsem nahradila článek Frekvence 1, který byl naprosto totožný s článkem zveřejněným v Pražském deníku.cz). Ve vzorku jsou navíc zahrnuty pouze média bulvárního charakteru a to z toho důvodu, že tzv. seriózní médium na českém trhu absentuje, ačkoliv Aktuálně.cz samo sebe od začátku svého působení prezentovalo jako jediný seriózní webový deník v ČR¹².

Ve vzorku jsou zároveň zastoupeny tři nejčtenější internetové platformy Idnes.cz, Novinky.cz a Aktuálně.cz¹³, tedy lze předpokládat, že ve vzorku jsou zahrnuty články s největším čtenářským dosahem. Konkrétně se jedná o následující články, u nichž pokud je známo, uvádím autorství:

Transplantace dělohy: Obrovské naděje, ale stojí za ta rizika? – autorka: Ludmila Hamplová (Zdravotnický deník.cz, 2015)

IKEM provedl poprvé jedinečnou transplantaci: Matka darovala dceři dělohu – autorka: Zuzana Kábelová (Blesk.cz, 2016)

První Češka má transplantovanou dělohu. Dárkyní je její matka – autorka: Petra

hledaného výrazu na stránce, vzdálenost hledaných slov v textu či stáří internetové domény (Domes, 2011:12-16).

¹²Bednář (2011:67)

¹³ Viz například stránky monitorující návštěvnost českých webů NetMonitor či Alexa

Barochová (OnaDnes.cz, 2016)

Úspěch: První transplantace dělohy v Česku. IKEM ukáže pacientku i dárkyni – autor: ČTK (TÝDEN.cz, 2016)

Dělohu transplantujeme jen ženám, které podstoupí i neověřenou metodu, říká lékař po první operaci – autorka: Markéta Šrajbrová (Aktuálně.cz, 2016)

První transplantace dělohy v Česku proběhla v IKEMu – autor: Michal Štingl (ČtiDoma.cz, 2016)

Čeští lékaři jako první vyzkouší transplantace dělohy od mrtvých dárkyň – autor: ČTK (TOPZINE.cz, 2016)

Žena po transplantaci dělohy porodila zdravé dítě (Novinky.cz, 2017)

První ženy s transplantovanou dělohou se chystají na těhotenství – autor: ČTK (Pražský deník.cz, 2017)

Čeští lékaři transplantovali dělohu už šesti ženám. Dvě z nich orgán získaly od zemřelých dárkyň – autor: ČTK (iROZHLAS.cz, 2017)

Všechny články, vzhledem k tomu, že se jedná o mediální příspěvky, jsou psány publicistickým stylem a publikem má být široká veřejnost. Články byly v polovině případů řazeny v sekci *zpravodajství/z domova*, druhá polovina byla řazena v sekci *zdraví*. Čtyři z analyzovaných materiálů byly napsány ženou, jeden mužem, a u zbylých pěti byl autor buď neuveden, nebo byla jako zdroj uvedena Česká tisková kancelář. Tedy ačkoliv žádný z analyzovaných deníků nespadal pod stejnou mediální skupinu, původcem informací byla téměř v polovině případů ČTK, která v českých novinách produkuje 15 % všech zpráv a jejímž posláním je „*poskytovat objektivní a všestranné informace pro svobodné vytváření názorů*“¹⁴.

¹⁴Česká tisková kancelář [online]. *O ČTK*. Dostupné z: http://www.ctk.cz/o_ctk/. [cit. 2018-05-19] a

Ve výzkumném vzorku je tedy celkem 23 článků. Jsem si vědoma toho, že samotné rozdělení diskurzů a rozdílné metody výběru výzkumného vzorku, ačkoliv klíčová slova a časové ohraničení byly stejné, sebou nesou určitá metodologická úskalí. U výběru vzorku považuji za nejdůležitější, aby byl transparentní způsob výběru, aby byl výzkum reliabilní a verifikovatelný. Vzhledem k odlišnosti kontextů, ve kterých články vycházely, jsem nenašla způsob, jak výzkumný vzorek vybrat stejným způsobem. Vzhledem k tomu, že cílem této práce není srovnání jednotlivých diskurzů, ale spíše poukázání na to, že konstrukty se napříč texty v jednotlivých diskurzech, a to ať vezmeme-li český versus světový nebo odborný versus populární, opakují, věřím, že diverzifikovaný vzorek není překážkou k analýze. Zároveň opomenutí jednoho nebo druhého diskurzu bych považovala za problematické, protože oba pokládám v diskuzi o nezavedené experimentální metodě UTx za klíčové.

2.2.2. Analýza

Kritická diskurzivní analýza nevychází z předem definovaných kategorií, ale přímo z textu, ve kterém tyto kategorie teprve objevuje a soustředí se na významy, kterých text či jeho jednotlivé části mohou nabývat v příslušných sociálních kontextech. V tomto přístupu se tedy výzkumník/nice nechává vést textem a kategorie vytváří až na základě toho, co v textech objevil/a. Význam pak nevytváří výzkumník/nice, ale samotný text (Miessler, 2008:117). To se v rámci kvalitativního výzkumu nazývá induktivním přístupem, přístupem „zdola nahoru“ nebo bottom-up approach (Christensen, Johnson, 2014: 457).

Při samotné analýze jsem si tedy texty nejdříve volně přečetla, bez snahy je hloubkově analyzovat, abych si udělala představu o tom, jaká témata se v textech objevují a jaký postoj zaujímají. Po několikerém čtení jsem zjistila, že se ve všech textech stále dokola opakují stejná témata a rysy, které jsem sdružila do pěti základních analytických kategorií, se kterými v rámci analýzy dále pracuji, a které uvádím na konci této kapitoly. V některých úryvcích se objevovalo hned několik kategorií najednou. V tom případě jsem je uvedla vždy jen jednou pod příslušnou kategorií, aby se neopakovaly

České noviny [online]. *O nás*. Dostupné z: <http://www.ceskenoviny.cz/o-nas/>. [cit. 2018-05-19]

znovu stejné citace. Těmto kategoriím se pak budu blíže věnovat v jednotlivých podkapitolách.

Seznam analytických kategorií:

Konstrukce ženství a mateřství

Absence dělohy a bezdětnost jako tragédie

Riziko

Kvalita

Úspěch a zdraví

2.2.2.1. Konstrukce ženství a mateřství

V textech jsem se primárně zaměřila na to, jak je konstruováno ženství, což často bývalo prezentováno v kontrastu s mužstvím ačkoliv, jak ukáží níže, texty s těmito kategoriemi pracovaly zcela odlišně. S kategorií žena se v analyzovaných člancích pracuje pouze ve smyslu fyzického pohlaví, kde je žena nahlížena skrze (ne)přítomnost reprodukčního orgánu:

„Transplantace dělohy může pomoci ženám, které se narodily bez tohoto orgánu či o něj kvůli nemoci přišly.“ (TOPZINE.cz, 2016)

„Bez dělohy se narodí zhruba jedna žena z 5 tisíc. Další o ni přijdou během života.“ (TÝDEN.cz. 2016)

Na jednu stranu je logické, že články, které se věnují transplantaci dělohy jakožto prostředku k dosažení mateřství, jí vnímají skrze její biologické tělo, na druhé straně však žádný z článků v rámci populárního diskurzu nereflektuje toto téma jako možnost pro transgender ženy, které se bez dělohy rovněž rodí, a pracují tak s binárním rozdělením pohlaví na dvě kategorie žena a muž. Zde se objevuje první zásadní rozdíl mezi diskurzy, protože odborné články transplantaci dělohy zmiňují jako alternativu pro transgender jedince. Ačkoliv se může zdát, že jdou za dualitu pohlaví, s transgenderem nepracují na sociální, ale pouze biologické úrovni, kde hovoří buď o biologické ženě, nebo biologickém muži, tedy tuto dualitu nijak nepřekračují, zmiňují pouze pohlaví přisouzené při narození. Nejprve bych se ráda zaměřila na článek, který se zabývá obhajobou a vysvětlením původních Montrealských kritérií z roku 2012. Jak text sám uvádí, od svého vzniku pomohla tato kritéria stanovit standard pro etické provádění této nové procedury (Fertility and Sterility, 2013b). K těmto kritériím se vracejí původní autoři a jedno přidávají (celé znění viz příloha č. 3). Autoři uvádějí, že transplantace dělohy se nabízí jako řešení pro muže a trans jedince, přesto jako první kritérium uvádějí, že příjemkyně musí být genetická žena:

„Dárkyní je genetická žena v reprodukčním věku bez lékařských kontraindikací k transplantaci.“ (Fertility and Sterility, 2013b)

Jako obhajobu tohoto kritéria uvádějí, že do dneška byly používány ve zvířecích i lidských výzkumech pouze ženské příjemkyně, a že pro transplantaci dělohy u nebiologických žen by byla potřeba výzkum, který by demonstroval jeho proveditelnost a bezpečnost. Tento argument považují za relevantní, avšak nevysvětluje, proč tento výzkum na zvířecích samečcích nezačal ve stejné době jako na samičkách. To odkazuje k heteronormativitě medicíny, protože kdyby nebiologická žena mohla porodit dítě, narušilo by to „přirozený“ řád věcí. Článek dále uznává, že neexistuje žádný etický důvod, proč by měla být myšlenka transplantace dělohy u nebiologické ženy zavržena:

„Muži nebo trans jedinci, kteří si přejí nosit dítě, nemají menší nárok na tuto touhu než jejich ženské protějšky. Princip autonomie není pohlavně specifický. Toto právo není absolutní, ale není záležitostí medicíny rozhodovat o tom, co je nepřiměřené požadovat pro člověka zdravé mysli, s výjimkami, které se týkají lékařského nebo chirurgického rizika, stejně jako rozdělování zdrojů. Například muž, který se identifikuje jako žena, má nezpochybnitelně AUFÍ, není funkčně odlišný od ženy, která se narodila s AUFÍ. Bez ohledu na chirurgické výzvy, by právo takového člověka na samosprávu svého reprodukčního potenciálu mělo být stejné jako u jejich geneticky ženských vrstevnic a mělo by být respektováno.“ (ibid)

Výše uvedená citace tvrdí, že není záležitostí medicíny rozhodovat o tom, kdo může transplantaci dělohy podstoupit. Při tom jsou to právě lékaři a vedení institucí, ve kterých studie probíhají, kdo rozhodují o podmínkách pro zařazení příjemců do studie. Tato slova navíc vycházejí od autorů, kteří vytvořili Montrealská kritéria, která požadují, aby příjemkyně byla biologická žena. Dále uvádějí kritérium, které požaduje, aby motivací k transplantaci dělohy byl porod dítěte. Uvádějí příklad ženy s chybějící dělohou, která by podstoupila zákrok, aby se cítila být ženou bez záměru budoucího těhotenství:

„Je proto myslitelné, že žena, která postrádá dělohu, může požádat o transplantaci dělohy, aby se 'cítila' více jako žena, aniž by měla v plánu otěhotnět. Pečlivé posouzení však naznačuje, že tato touha logicky nepřevažuje značná rizika spojená s chirurgickým zákrokem.“ (ibid)

Nepřímo tím tedy podřazují sexuální identitu touze po reprodukci, kterou na pomyslném žebříčku stavějí na vrchol. Navíc rizika, o kterých články v souvislosti s těhotenstvím dělohy jak ukáží níže, mlčí, jsou v kontextu transplantace dělohy s cílem sladění identity najednou zdůrazňována. Hovoří o tom, že transplantace dělohy by se neměla stát součástí léčby poruchy pohlavní identity:

„U osoby toužící po transplantaci dělohy kvůli sladění svého těla s vysněným obrazem svého těla lépe poslouží psychologické terapie namísto těch chirurgických.“ (ibid)

Nutno dodat, že potřebu psychologické terapie, například kvůli přijetí bezdětnosti, u biologických žen nikde v textu nezmiňují. Tedy navzdory výše zmíněnému tvrzení, považují u biologických žen chirurgický zásah do těla za adekvátní reakci v cestě za dosažením jejího snu (čti těhotenství), u nebiologických žen, respektive biologických žen uvažujících o UTx kvůli identitě, nikoliv. Dále argumentují dočasností transplantace dělohy a imunosupresiv, která by u jedinců, kteří touží po děloze z jiného důvodu než porodu dítěte, byla trvalá. Doživotní užívání imunosupresiv je však dokumentováno v tomto i ostatních analyzovaných textech, u příkladů život nezachraňujících transplantací ruky či obličeje. Tedy dle autorů rizika spojená se zákrokem a užíváním léčiv jsou ospravedlnitelná pouze v případě těhotenství. Tedy podobně jako v populárním diskurzu je i v tomto textu pohlaví nahlíženo ve smyslu biologickém, a plnohodnotné ženství konstruováno skrze mateřství.

Některé další články hovoří o absenci dělohy, nikoliv pouze kvůli absenci reprodukční funkce, ale kvůli dopadu na samotnou identitu žen:

„UTx poskytuje ženám příležitost zažít těhotenství, které může být pocíťováno jako ústřední projev její ženskosti po té, co v některých případech (tj. v MRKH¹⁵) žije život, který je poznamenán absencí i jiných zkušeností jako třeba menstruačního cyklu, který rovněž představuje důležitý orientační bod v životě ženy. Tak dává tato transplantace schopnost obnovit chybějící funkce, tedy má obnovující a identifikační funkci.“ (Transplantation proceedings, 2017)

¹⁵ Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrom, vrozená absence dělohy, pochvy a vejcovodů

Ženství je zde tedy konstruováno skrze (ne)přítomnost dělohy, a nejsou mu přisuzovány žádné společenské, nýbrž pouze fyziologické funkce jako je například právě menstruace či těhotenství. Navíc můžeme vidět, že ani mezi lékaři neexistuje shoda, zda by transplantace dělohy měla sloužit k „opravě“ identity, protože jak bylo ukázáno výše v článku věnujícím se Montrealským kritériím, UTx by dle něj neměla sloužit ke sladění identity s fyzickým tělem, a to nejen u žen, ale i u transgender jedinců.

Ženství je pak ve všech článcích spojováno pouze s reprodukční funkcí, aniž by byly zmíněny jakékoliv jiné aspekty „ženství“:

„My [lékaři] si samozřejmě přejeme, aby taková žena [s AUFÍ] měla alespoň jedno vlastní dítě.“ (Aktuálně.cz, 2016).

„Držet v náručí vlastní dítě je úžasný zážitek, který ale mnoho žen bohužel nezažije. Narodily se bez dělohy nebo o tento orgán v průběhu života přišly. Nová experimentální léčba jim dává naději na to, že zažijí těhotenství i porod a stanou se matkami.“ (Zdravotnický deník.cz, 2015)

Tyto ukázky jsou tak příkladem toho, kdy je plnohodnotné ženství konstruováno skrze mateřství. Informace, které jsou nám o ženách, které zákrok podstoupily podávány, pak bývají omezeny na jejich věk, příbuzenský vztah, rodinný status a diagnózu příjemkyně. Z odborného diskurzu tak ten populární nepřebírá pouze terminologii, ale i způsob uvažování v binaritě zdravý versus nemocný:

„První transplantaci dělohy v České republice podstoupila paní Marta (53 let) jako dárkyně a její dcera Jana (30 let) jako příjemce. Paní Jana je vdaná, ale kvůli vrozené vadě se narodila bez dělohy...“ (ČtiDoma.cz, 2016).

Autor zde navíc hovoří o Janě jako o příjemci, nikoliv jako o příjemkyni, což není špatně pouze z feministického, ale i lingvistického hlediska, protože jak víme, že samotné povahy zákroku jsou muži vyloučení a podstupují jej pouze a jen ženy. Užívání generického maskulina má dopad na utváření postavení osob v diskurzu, které vede k jazykovému a reálnému zneviditelnování žen. Uvedený příklad použitého generického maskulina pak není výjimkou, některé analyzované texty v souvislosti s transplantací dělohy hovořily o *dárcích* či *pacientech*:

„Transplantujeme orgán [dělohu], který není životně důležitý, tím pádem se na zdraví **dárce** nijak neprojeví.“ (Aktuálně.cz, 2016, zvýraznění autorka)

„Ti lékaři [provádějící transplantace dělohy v zahraničí] se s **pacienty** domluvili a udělali to. Program je něco úplně jiného. Je to velmi přesně definovaná skupina **pacientů**, o kterých víme, že z toho mohou a budou profitovat, ale **na oplátku** musí splnit poměrně přísná kritéria, aby to mělo naději na úspěch.“ (ibid, zvýraznění autorka)

Slovní spojení *na oplátku* pak implikuje, že pacientky musejí *tomu* něco obětovat. Tím je zde zřejmě myšlena transplantace dělohy, která ale je ve svém významu, jak již bylo ukázáno výše, synonymem pro těhotenství. Žena, která se chce stát matkou, se tedy musí podřídit lékařským kritériím, aby mohla *profitovat* z těhotenství.

Výjimku, co se týče používání generického maskulina, pak tvořil pouze jediný článek:

„‘Aby se tato odnož transplantační chirurgie stala více rozšířenou a pomohla více ženám, musí být zákroky reprodukovány. ‘ říká Liza Johannessonová pro *New York Times*, **chirurgyně a specialista** na transplantace dělohy, která opustila švédský tým, aby se připojila k lékařům z *Baylorové univerzity*.“ (Novinky.cz, 2017, zvýraznění autorka)

Tuto citaci jsem vybrala z důvodu, že používá femininum u slova, u kterého se toto přechýlení často nepoužívá. Navíc odpovídá na otázku, zda není ženám v populárních textech dán prostor z důvodu, že se ženy v transplantačních týmech nevyskytují. Její švédský kolega Mats Brännström přitom bývá i v českých médiích (a analyzovaných článcích) citován často. Marta Nováčková, která je členkou českého transplantačního týmu, nebyla zmíněna v těchto článcích ani jednou. To dle mého názoru odpovídá tomu, že muži jsou považováni za větší odborníky, jak lze vidět právě i na expertních přívlastcích, které jim byly autory v textech dány, jak ukáží níže. Tento článek tak byl jedním ze dvou, ve kterém byl dán prostor ženě-odbornici. Druhým článkem byl článek Ludmily Hamplové:

„‘Pokud se žena rozhoduje pro náhradní mateřství, ocitá se ve velmi složité situaci, kdy se vzdává možnosti prožít těhotenství, porod a vše co k tomu

patří, což ne vždy proběhne hladce, ' upozorňuje psycholožka Jana Březinová, která působí v centru IVF Cube a věnuje se psychoterapii neplodných párů. " (Zdravotnický deník.cz, 2015)

Ve zbylých článcích, pokud byl dán prostor k vyjádření ženě, což se zejména stylem přímých citací stávalo výjimečně, bylo to většinou v případech dárkyň a příjemkyň. Muži zde na druhé straně byli citováni ve všech analyzovaných článcích v populárním diskurzu. O nich se pak v těchto textech hovoří skrze dosažený titul, specializaci či pracovní pozici - *docent, přednosta, ředitel nemocnice, gynekolog, profesor, porodník*. Dále byli lékaři stylizováni do expertních pozic právě tím, že byli spojováni s meliorativními výrazy jako *experti, unikátní, jedinečný, speciální, odborníci*:

„Odborníci [český transplantační tým, který provedl první transplantaci dělohy u nás] se na tento náročný zákrok připravovali celé čtyři roky a nyní jsou spokojeni, že transplantace mezi matkou a dcerou proběhla bez komplikací. " (Blesk.cz, 2016, zvýraznění autorka).

*„Operace vedené **profesorem Brännströmem** jsou celosvětově **unikátní**. " (Zdravotnický deník.cz, 2015, zvýraznění autorka).*

Pro potvrzení jejich kompetentnosti vždy následovala zmínka o náročnosti a ojedinělosti těchto zákroků:

„Byla to teprve jedenáctá transplantace dělohy od žijící dárkyně na světě. Za tento rok, který je za námi, jsme překonali několik důležitých milníků, ' popsal přednosta Kliniky transplantační chirurgie IKEM Jiří Froněk. " (iRozhlas.cz, 2017).

Tedy zatímco ženy jsou ve článcích stylizovány do pasivní role a popisovány skrze fyzické aspekty, případně jejich rodinný a příbuzenský status, muži jsou popisováni skrze jejich sociální status – vzdělání či profesi. Texty tak pracují se zažitými stereotypy, kdy jsou ženy spojovány s domácím prostředím, zatímco muži s veřejnou sférou. Zvýznamňování reprodukční funkce ženy pak probíhalo např. i v netextovém materiálu, např. u obrázků přiložených u článku zveřejněného na TOPZINE.cz. Na prvním obrázku

jsou zobrazeny ženské pohlavní orgány, na druhém je těhotná žena, která láskyplně hladí své břicho v pokročilém stádiu těhotenství. Jedná se o výřez, kde ženě chybí hlava a chodidla. V obrazové analýze se hovoří o výřezu skutečnosti, jímž se autor snaží zdůraznit či naopak potlačit nějaký aspekt reality (Vojtěchovská, Trampota, 2010: 157). Hlavním objektem na použitých obrázcích tedy není žena, ale její reprodukční orgány v prvním, a těhotenské břicho ve druhém případě.

V článcích bývají často diskutovány i jiné alternativy k získání dítěte, ty však bývají zpravidla podřazovány biologickému mateřství:

„Pokud touží po dítěti, mají na výběr mezi adopcí, kdy ale nezažijí biologické mateřství, a tím, že si najdou náhradní matku, což ale není v mnoha zemích legálně možné, a navíc jde o poměrně nákladnou proceduru vyvolávající mnohé pochyby i etické otázky. (...) Díky této operaci si budou moci prožít těhotenství, porod a tolik důležité první chvíle s miminkem.“ (Zdravotnický deník.cz, 2015)

Autorka článku zde u těchto alternativ vyzdvihuje pouze negativa a nezmiňuje žádná pozitiva, jak tomu činí v případě transplantace dělohy. Tím, že zároveň hovoří o náhradním mateřství, kde je možnost biologického rodičovství, a o *důležitých prvních chvílích s miminkem*, které jsou v případě adopce nemyslitelné a odkazují k teoriím o nenahraditelném poutu žena-dítě během těhotenství, zaujímá jasný názorový postoj, kdy staví biologické mateřství na pomyslném žebříčku nad mateřství sociální. Jedním z nejužívanějších slov v textech pak bylo slovo *vlastní* a *naděje/šance*:

*„Ženám bez dělohy dává zákrok **naději** na **vlastní** dítě.“ (Aktuálně.cz, 2016, zvýraznění autorka).*

*„Mladá žena, která se narodila bez dělohy tak dostala **šanci** přivést na svět své **vlastní** dítě.“ (OnaDnes.cz, 2016, zvýraznění autorka)*

*„(...), což nám dává velkou **naději**, že by se tento zákrok mohl v budoucnu rozšířit a pomoci tak mnoho ženám bez funkční dělohy toužícím po **vlastním***

ditěti splnit jejich velký sen.“ (iROZHLAS.cz, 2017, zvýraznění autorka)

*„Podmínkou transplantace dělohy je předchozí příprava ve smyslu odběru **vlastních** vajíček a jejich oplození spermii partnera.“ (ibid, zvýraznění autorka)*

Slovo vlastní zde pak bylo používáno ve smyslu vlastních vaječnicků a vajíček, nejčastěji však dětí. Je zde tedy zdůrazňováno biologické těhotenství a pokrevní pouto, což opět jen kopíruje medicínský diskurz, který pravidly již na samém počátku těchto transplantací, jak jsem ukázala v teoretické části této práce, stanovil heteronormativní kritéria, která odmítají nebiologické rodičovství. Tím, že zmiňují šanci/naděži, kterou dává transplantace ženám, prezentovanou jako plnění jejich životního snu, která zde však není předkládána samotnými ženami, nýbrž lékaři a novináři/kami, fixují reprodukční funkci jako primární ženskou roli.

„Navzdory obavám se studie transplantace dělohy posunuly od zvířat k lidem, pravděpodobně kvůli ohromným výhodám, které mohou přinést – ženy, které toho dříve nebyly schopné, by mohly zažít radost z těhotenství.“ (BMJ, 2013)

„Nicméně je důležité si uvědomit, že příjemkyně transplantované dělohy zažije rozdílnou gestační zkušenost, než jakou by zažila při neasistované reprodukci. Vzhledem k tomu, že není možné během transplantace dělohy připojit pánevní nervy, mnoho z normálních pocitů během těhotenství a porodu může být příjemkyní vnímáno odlišně. Samozřejmě ne všechno je úplně ztraceno. Stejně jako ne každá žena zažívá ranní nevolnost, bodavou bolest břicha nebo Braxton-Hicksovy kontrakce, fyziologická i psychologická zkušenost se liší od ženy k ženě, od těhotenství k těhotenství, bez ohledu na to, jak bylo těhotenství dosaženo. Možná neucítí pohyby plodu, ale bude trpět ranními nevolnostmi, nevejde se do svých těhotenských šatů, jak jí poroste břicho a bude sledovat, jak jí otékají kotníky. (...) Přesto bude viditelně těhotná, emocionálně těhotná a považována za těhotnou společností – to jsou důležité aspekty, neboť jsou hlavním cílem transplantace dělohy.“ (ibid)

Text v první řadě mluví o radosti žen z těhotenství, zatímco v jiných textech, viz například i v teoretické části této práce, je popisováno, že těhotné ženy po transplantaci dělohy jsou bedlivě sledovány. Denně užívají léky, a každé dva týdny podstupují sérii vyšetření, těžko lze tedy posoudit, zda se dá skutečně hovořit o radosti, kterou těhotenství samotné přináší. Ženy tedy nezažijí pohyby plodu ani přirozený porod, ale budou viditelně a emocionálně těhotné a společností považovány za těhotné. Autoři článku dále uznávají, že se jedná o aspekty, které jsou v naší pronatalní společnosti považovány za důležité a vysoce hodnocené. Tím tedy nepřímo uznávají, že tyto aspekty mateřství nejsou přirozené, ale sociálně konstruované. Nutno si povšimnout, že autoři zde za hlavní cíl transplantace dělohy nepovažují porod dítěte, ale samotné těhotenství a jeho vnímání těhotnou ženou i celou společností.

„Zatímco autoři diskutovali poměr rizik a benefitů u ostatních životně nedůležitých transplantací, je důležité si připomenout, že funkce, která je obnovována transplantací dělohy je fundamentálně odlišná v tom, že se jedná o reprodukční funkci. Záměrem tedy není jednoduše jen vidět, cítit nebo se usmát, ale porodit dítě – to je ten rozdíl, který je bezpochyby eticky významný.“ (ibid)

Ve výše zmíněném úryvku je dle autorek oproti jiným transplantacím zákrok v pořádku, protože řeší neplodnost. Dopouští se hierarchizace lidských pocitů a hodnot, na jejichž vrchol staví reprodukční funkci. Švédský tým přitom na základě psychologické studie, jíž se budu věnovat ještě níže, uvádí, že se v porovnání s páry, které podstoupily IVF, u párů, které podstupují transplantaci dělohy, projevuje mnohem menší psychická zátěž spojená s neplodností. Vysvětlují to faktem, že ženy, potažmo páry s AUFÍ se vzhledem k neléčitelnosti s neplodností již dávno smířily (Fertility and Sterility, 2015). Tedy se zde nabízí otázka, zda by medicína měla řešit „problém“, který samotní aktéři/ky jako problém nevnímají.

„Touha po odnošení dítěte vychází odněkud z hloubi naší složité lidské přirozenosti a projevuje se jako silně pociťovaná potřeba.“ (Maturitas, 2014)

Biologický esencialismus zde slouží k ospravedlnění tohoto zákroku. Ačkoliv hovoří o touze po těhotenství jako o lidské přirozenosti, nevysvětlují, jak je možné, že některé ženy zůstávají dobrovolně bezdětnými, ani proč některé ženy nacházejí uspokojení v sociálním mateřství. Navíc dále uvádějí, že:

„Naštěstí mnozí najdou naplnění skrze adopci. Pro ostatní je zde možnost oplodnění náhradní matky in vitro. Nicméně žádná možnost nepředstavuje vhodné nebo dostupné řešení pro každou ženu, která nemá funkční dělohu.“
(ibid).

Tedy na jedné straně je touha po těhotenství dle autorů základní lidskou přirozeností, na druhé straně přiznávají, že některé ženy tuto touhu uspokojují adoptí či surogací. Uvádějí, že ani adopce ani surogacie není vhodná a dostupná pro každou ženu, nikterak však netematizují, že transplantace dělohy je vhodná a dostupná pouze pro malý zlomek žen, a je omezená na pár zemí světa. O tom svědčí i fakt, že zejména medicínské texty nezřídka hovoří o tom, že transplantace dělohy by měla zůstat záležitostí západních zemí:

„Vzhledem k obtížím s informovaným souhlasem, neschopností sestavit multidisciplinární tým, který by pomáhal s hodnocením kandidátů k transplantaci a skutečnosti, že systém zdravotní péče v mnoha rozvojových zemích nemusí být dostatečný k bezpečnému provádění transplantací dělohy, Pákistán společně s ostatními nízkopříjmovými pronatálními společnostmi, se neseťkává s několika kritérii.“ (Fertility and Sterility, 2013b)

Tedy zde kromě ostatních kritérií hraje roli i geografický kontext, což asistovanou reprodukci dále stratifikuje. Ačkoliv tedy texty uvádějí, že rozmnožování je základní lidské právo, vztahuje se zřejmě jen na část populace. Riziko je v odborném textu spojováno s „třetím světem“, a z textu je tak patrný západocentrismus a postkolonialismus, kdy se objevují snahy, aby transplantace dělohy zůstala doménou „vyspělých“ zemí.

Lékaři tedy rozhodují o tom, které ženy, kterých zemí mají možnost toto právo vymáhat.

„Lze očekávat, že některé společenské či náboženské kultury budou tento nový postup léčby neplodnosti považovat za neakceptovatelný. Západní společnost však nepochybuje o tom, že rozmnožování a výchova dítěte patří mezi základní lidská práva a diagnóza AUF1 by neměla bránit jedincům mít geneticky vlastního potomka za podmínky, že existuje dostupná efektivní a bezpečná možnost léčby příčiny jejich neplodnosti.“ (Časopis lékařů českých, 2017a)

Tento výrok spatřuji problematický hned ve dvou bodech. Výchova dítěte, kterou považují za základní lidské právo, přece není vyloučena nebiologickým těhotenstvím, tudíž ženám bez dělohy toto „právo“ nijak neodpírá. Západní společnost je zde navíc mylně stavěna jako opozitum k náboženským kulturám a generalizuje na základě geografické lokace.

V textech se rovněž často objevuje zdůraznění jakési biologické posloupnosti, matrilinearity a vzájemného pouta, které vnímám v rámci konstrukce mateřství jako důležité. To, že texty upozorňovaly na to, že příjemkyně dělohy v budoucnu možná odnese dítě ve stejné děloze, ve které byly samy odnošeny, má zřejmě předejít případným spekulacím o pokrevním poutu z tohoto zákroku vzešlého dítěte. Toto konstatování biologické příbuznosti příjemkyně a dárkyně, se objevilo téměř ve všech populárních i odborných článcích, ve dvou případech dokonce v samotném nadpisu článku:

„Poprvé ji provedli 30. dubna mezi matkou a dcerou, obě ženy jsou v pořádku.“ (TOPZINE.cz, 2016)

„První pacientkou je Jana, která dostala dělohu od své matky.“ (Aktuálně.cz, 2016)

„Dárkyně byla z hospitalizace propuštěna po šesti dnech a její dcera po deseti dnech, nyní je čeká ambulantní léčba.“ (ČtiDoma.cz, 2016).

Informaci o tom, že se jedná o zákrok pouze pro určité ženy, najdeme v textech rovněž několikrát:

„Pacientka musí být zdráva, aby mohla podstoupit velký operační výkon. Musí samozřejmě velmi toužit po dítěti. (...) Musí mít dlouhodobého partnera

nebo manžela, který je dárcem spermií pro umělé oplodnění.“ (Aktuálně.cz, 2016)

„Stanovené podmínky, jako například věk mezi 24 a 38 lety, případně 40 lety, pokud žena měla zamražená vlastní vajíčka z minulosti, nemají zdravotní problémy, mají funkční vaječníky a vlastní vajíčka a také žijí v dlouhodobém partnerském vztahu.“ (Zdravotnický deník, 2015)

Texty v populárním diskurzu tedy nepřímou zmiňují, že se jedná o stratifikovanou reprodukci, k níž nemají všechny ženy rovný přístup, toto téma však nikterak neproblematizují. Zdravotní problémy, které by mohly být kontraindikací k tomuto zákroku, rovněž podrobněji nespecifikují, což lze však přisoudit tomu, že tyto informace lékaři ani instituce nezveřejňují. Tedy ačkoliv zdůrazňují význam reprodukční funkce a mateřství v životě ženy, netematizují, že je tato možnost dostupná pouze části žen. To se projevuje i v tom, že texty obecně vynechávají pozitiva u alternativ k transplantaci dělohy a naopak záměrně vyzdvihují jejich negativa. V souvislosti se surogací články zmiňují například finanční náročnost, ilegality v mnoha zemích (například článek v BMJ v úvodu hovoří o tom, kolika žen v USA – kde je surogace legální - se AUFÍ týká, a dále pro podpoření svého argumentu mluví o benefitech v zemích, kde je surogace nelegální), a to, že budoucí rodiče nemají kontrolu nad životním stylem náhradní matky:

„V kontextu s kontroverzními aspekty náhradního těhotenství jsou patrné výhody UTx. Například rizika vzniku komplikací v těhotenství (zejména tromboembolie, hypertenze, preeklampsie) nese biologická matka sama. Budoucí matka, která získá dítě osvojením po porodu, nemůže mít pod kontrolou způsob života náhradní matky (zejména užívání léků, příjem alkoholu, kouření); navíc pouto mezi matkou a dítětem se přirozeně vytváří již během těhotenství a porodu.“ (Časopis lékařů českých, 2017a)

Oproti populárnímu diskurzu, který často zmiňuje pouze dva aktéry UTx, a sice příjemkyni a dárkyni, ten odborný často do svých úvah zahrnuje i práva partnera příjemkyně:

„Zájem pacientčina partnera by měl být brát v potaz, vzhledem k tomu, že má stejná reprodukční práva na rodičovství jako pacientka.“

V současnosti dostupné možnosti surogacie a adopce limitují partnerovo zapojení do procesu. Zatímco pacientka a její partner mohou společně rozhodovat o tom, jaké dítě adoptují či jaký genetický materiál (zda spermie nebo vajíčko) bude implantováno do náhradní matky, gestační a případně i genetická složka rodičovství není realizována. Transplantace dělohy umožňuje partnerovu aktivnější participaci v těhotenství.“ (BMJ, 2013)

Vzhledem k tomu, že žena podstupuje veškerá zdravotní rizika a vyšetření spojená se zákrokem, domnívám se, že muž zde nehraje aktivnější roli než v případě adopce či surogacie. Jediné, co je zde vzhledem k současným podmínkám transplantace zaručeno, je to, že dítě bude zplozeno z partnerových pohlavních buněk. Důležitostí partnera je zde žena zbavována aktérství, kdy je její subjektivita v tomto procesu omezena přínáležitostí k mužskému protějšku. Toto kritérium je, jak jsem uváděla výše, dáno legislativou a ukazuje na heteronormativitu společnosti, kde je ženin nejdůležitější úkol – početí potomka (tak je to alespoň v analyzovaných člancích podáváno), podřízen důrazu na heterosexuální, ideálně manželský vztah.

Mezi lékaři se pak najdou i tací, kteří uznávají, že mateřství není přirozená touha, ale společenský konstrukt, když hovoří o jeho sociální důležitosti:

„Ačkoliv je neplodnost těžko přijatelná v jakémkoliv prostředí, některé kultury jsou méně tolerantní než ostatní vůči bezdětným ženám, protože sociální úcta k ženám je stále velmi silně spojena s ženskou schopností porodit dítě. Konkrétně se to týká kulturních rozdílů mezi islámskými a neislámskými zeměmi, což vysvětluje, proč byla první transplantace provedena právě v arabském světě. Takové kulturní aspekty by měly být vzaty v úvahu při zvažování rizik, přínosů a autonomie pacienta/ky“ (International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2013)

Zde staví konkrétně do kontrastu islámské a neislámské země, kde za méně tolerantní kulturu označují tu islámskou. Oproti výše uvedeným článkům už tedy nehovoří o vyspělých versus rozvojových zemích, ale kultura je zde synonymem pro náboženství. Vyjmenované důvody pak používají v souvislosti s problémem dosáhnout svobodného informovaného souhlasu příjemkyně jako obhřabobu pro to, proč by islámské země měly být vyloučeny z transplantace dělohy. Kromě západocentrismu se tak v textu objevuje

i antiislamismus, což v konečném důsledku znamená diskriminaci příjemkyň na základě náboženství.

2.2.2.2. Absence dělohy a bezdětnost jako tragédie

Jak je patrné z výše uvedeného, žena je v rámci obou diskurzů definována svými pohlavími a tělesnými znaky. Správnému ženství jsou přisuzovány femininní role, které, jak bylo ukázáno v teoretické části této práce, souvisí nikoliv s pohlavím, ale s genderem, a spíše než o biologickou předurčenost se jedná o společenskou konstrukci. Pokud však texty hovoří o mateřství, ve výjimečných případech o rodičovství, činí tak ve spojitosti s mateřstvím biologickým, nikoliv sociálním:

*„Tato skutečnost [nepřítomnost dělohy] má na životy žen často **zničující vliv**. Mateřství je pro ně nedosažitelné.“* (Zdravotnický deník.cz, 2015, zvýraznění autorka)

*„Až donedávna si ženy bez dělohy či s vážnými nemocemi tohoto orgánu musely vyslechnout **krutý rozsudek**. Žádná děloha rovná se žádné dítě.“* (Novinky.cz, 2017, zvýraznění autorka)

„Nový transplantační program pomůže ženám, které nemohou mít děti.“ (Blesk.cz, 2016).

*„Pro mnoho párů je bezdětnost **katastrofou** (...)Náhradní mateřství je možnost, ale není odpovědí na hlubokou touhu těchto žen nosit pod srdcem vlastní dítě, je přesvědčený lékař.“* (Zdravotnický deník, 2015, zvýraznění autorka)

Femininita je zde artikulována z pohledu mateřství, které Patrice Diquinzio nazývá esenciálním mateřstvím. Jak můžeme vidět na těchto citacích, autoři/ky článků nepředpokládají, že žena by se mohla stát matkou jinak než porodem. Schopnost mít děti je zde vnímána ve smyslu biologickém, protože i ženy bez dělohy děti mít mohou, ne však biologickou cestou. Autoři/ky zde navíc ženy spojují s reprodukční funkcí a rámují ji jako primární – pokud přijdou o dělohu, je to automaticky zničující, protože

se nemohou stát matkami. Bezdětnost, zejména v životě ženy, je zde tedy konstruována jako tragédie, což lze poznat právě na citově zabarvených výrazech, které nám pak pomáhají zjistit hodnotový postoj autora/ky. Negativně zabarvená slova ve výzkumném vzorku bývají používány právě v kontextu bezdětnosti, pozitivně zabarvená naopak v souvislosti s mateřstvím, kdy jsou v textech používány zdvojnásobky jako *maminka* a *miminko*:

*„Pro mne je to super možnost, že budu moct mít s manželem vlastní **miminko**.“* (ČtiDoma.cz, 2016, zvýraznění autorka).

*„Pro dárkyni Martu (53), **maminku** Jany, rozhodování podstoupit tento z krok nebylo nijak zdlouhavé a takřka hned věděla, že ho podstoupí.“* (Blesk.cz, 2016, zvýraznění autorka)

Oba případy citového zabarvení slov a kontexty ve kterých jsou používány, pak můžeme zřetelně vidět v následujícím úryvku:

*„Transplantace dělohy nemá menší cíl než **zbavit utrpení** z reprodukčního handicapu ženy bez dělohy toužící po vlastním dítěti, které mohou nezřídka **trpět** pocitem společenské ostrakizace, depresivní náladou, studem či smutkem. UTx tedy může přispět k pocitu **duševní pohody a radosti ze života** jak samotné příjemkyně, tak i všem jejím blízkým.“* (Časopis lékařů českých, 2017b, zvýraznění autorka)

Obecně však v textech dochází k zvýznamňování biologického mateřství oproti tomu sociálnímu. V následujícím úryvku navíc autor otevřeně označuje nebiologické mateřství za nevýhodu:

„Ve skutečnosti jsou zde vážné nevýhody, pokud se žena bez funkční dělohy pokouší mít dítě bez transplantace. Pokud se stane rodičem skrze adopci, postrádá biologické vazby se svým dítětem. (...) Gestační vazby hrají významnou roli při formování mateřství. U mnoha žen rodičovství bez těhotenství zanechá významnou prázdnotu“ (Hasting center report, 2012)

„V případě Utx se na rozdíl od život zachraňujících transplantací mluví zejména o život propagující či život naplňující a kvalitu života zvyšující léčbě.“ (Časopis lékařů českých, 2017b)

Biologické rodičovství je zde tedy podmínkou naplněného života. Autor prvního úryvku se zde dopouští generalizace, když píše, že ženy, které nezažijí těhotenství, pocítují prázdnotu. Navíc odkazuje k teoriím nenahraditelného pouta mezi matkou a dítětem během těhotenství, tedy nepřímo podporuje biologické mateřství jako přirozené. Výjimku tvoří jediný článek, který uvádí, že:

„Prozatím, ani dočasná transplantace, nemůže být ospravedlnitelná pro ženu, která už má rodinu jakýmkoliv jiným způsobem.“ (Maturitas, 2014)

Lékaři zde stanovují podmínku, že žena, která má biologické či nebiologické dítě, nemůže být kandidátkou pro transplantaci dělohy. Ve chvíli, kdy by umožnili transplantaci dělohy ženě, která má dítě například z předchozí adopce, by se dopouštěli nadřazování biologického mateřství nad sociálním, což se však v tomto případě neděje. Tím, že však explicitně nehovoří o dítěti, ale rodině, popírají, že by v současnosti existoval model rodiny bez dětí, čímž se opět dopouštějí zvýznamňování reprodukční funkce. Jeden z českých článků pak o samotné absenci dělohy hovoří jako o významné ztrátě pro ženu:

„Děloha je u mnoha žen symbolem ženskosti, plodnosti, sexuality, vitality, mládí a atraktivity, a proto se může po jejím odnětí objevit jisté zkreslení vnímání vlastního těla a ztráta pocitu ženskosti.“ (Časopis lékařů českých, 2017c)

Na tomto místě nemohu hovořit za všechny ženy, ale já jako žena s dělohou ji opravdu nevnímám jako gró své identity, mládí a atraktivity a všeho výše uvedeného. Autoři/ky článku zde navíc ukazují, jaké ideální „kvality“ by měla žena splňovat, aby byla dostatečně ženská – měla by tedy být plodná, sexuální, vitální, mladá a atraktivní, což jsou všechno fyzické aspekty a nikoliv charakterové vlastnosti, tedy s touto ženskostí pracují ve smyslu pohlaví a nikoliv genderu. V případě transplantace dělohy od živých dárkyň, by pak za předpokladu, že děloha nese veškeré autory zmíněné atributy, dárkyně ztratila svojí

ženskost a identitu ve prospěch příjemkyně. Podmínkou ženství je tedy podle této logiky přítomnost dělohy, které je ale důležité pouze v případě, že je prostředkem k „naplnění“ života, tedy k mateřství.

2.2.2.3. Riziko

Další téma, které se v určité podobě objevovalo ve všech analyzovaných člancích, bylo riziko, a to buď pro ženu, jež zákrok podstupuje, či pro případný plod. Lékaři, kteří jsou v rámci citací v populárních textech zmiňováni, pak nikdy nehovoří přímo o rizicích, ale o náročnosti prováděných zákroků, čímž dochází ke zvyšování prestiže a autority lékařů/ek:

„Dělohu musíme odstranit velice opatrně tak, abychom ji byli schopni úspěšně transplantovat. Ve světle zkušeností s ostatními transplantacemi, včetně malých dětí, mohu konstatovat, že transplantace dělohy je technicky velmi složitá.“, uvedl přednosta Kliniky transplantační chirurgie IKEM docent Jiří Froněk“ (Blesk.cz, 2016)

„Podle lékaře z motolské nemocnice Romana Chmela je celý proces velmi náročný pro pacientky i lékaře. Po podrobném vyšetření dárkyně i příjemkyně následuje technicky velmi složitý odběr dělohy a její transplantace. Oba zákroky mohou trvat v součtu až 16 hodin.““ (iROZHLAS.cz, 2017).

Ačkoliv, jak je patrné na těchto výše uvedených citacích, je operace ve všech textech popisována jako náročná, zmiňuje-li se však text o dopadech na zdraví žen, bývá tento dopad obvykle banalizován:

„Odstraňujeme orgán, který není životně důležitý, tím pádem na zdraví dárce se to nijak neprojeví. To je jedna věc. A z pohledu příjemkyně: opět transplantujeme orgán, který na bezprostřední zdraví nemá vůbec žádný vliv.“ (lékař Jiří Froněk v rozhovoru pro Aktuálně.cz, 2016)

Tento výrok je tak v naprostém rozporu s procesem transplantace dělohy tak, jak ho popisují v teoretické části této práce, kdy některé státy dokonce zakázaly transplantace dělohy od živých dárkyň kvůli rizikům spojených s operací. Další výše zmíněná rizika jako je narkóza a užívání imunosupresiv, tedy dle lékaře a autorky nemají *vůbec žádný vliv*. Pokud jsou nějaká rizika zmiňována, pak jsou to rizika pro plod a nikoliv pro těhotnou ženu:

*„Právě podle kvality cévního zásobení se odvíjí prosperita těhotenství a vývoj plodu. Vždy bude u těchto žen více hrozit zaostávání růstu plodu, odborně hypotrofizace plodu. (...) Žena po transplantaci navíc musí užívat imunosupresiva, aby nedošlo k odhojení orgánů. Ta ale volně prochází placentou a působí na plod, byť vliv imunosupresiva na dítě v těhotenství zatím není spolehlivě objasněn. Velmi problematický bude i porod dítěte. Vzhledem k **riziku** prasknutí dělohy bude po transplantaci častěji **hrozit předčasný porod**. Nezbytné pak bude provedení císařského řezu. 'Samotný císařský řez na transplantované děloze bude jistě **rizikovější** než v obvyklých případech. Z uvedených ale i z mnoha dalších důvodů to opravdu není dobrý začátek pro život nového jedince, ' uzavírá docent Pařízek.“ (Zdravotnický deník.cz, 2015, zvýraznění autorka)*

Na mnou zvýrazněných slovech je vidět, že jak autorka, tak mluvčí záměrně používají negativně zabarvené výrazy k podpoře svého tvrzení, lze tedy předpokládat, že i navzdory tomu, že nevyjadřují svůj postoj k transplantaci dělohy, jsou proti. To, že zdůrazňují obavy o dítě a nikoliv o život ženy, je dle mého názoru pouze prostředek jak tento svůj postoj prosadit, protože v rámci společenského kontextu bývá život plodu často nadřazován životu ženy (například v diskuzích o antikoncepci, potratech apod.).

Snaha o bagatelizaci těchto rizik pro příjemkyně i dárkyně se zde pak objevuje prostřednictvím jejich přímých vyjádření:

„Jana [příjemkyně] se prvně dozvěděla o možnosti transplantace dělohy od své gynekoložky. Před zákrokem obavy neměla žádná z pacientek – ani dárkyně, ani příjemkyně. 'Tím, že jsme měly opravdu podrobné informace

o zákroku včetně rizik s ním spojených, tak jsme obavy neměly, ' uvádí příjemkyně dělohy paní Jana (30). Dnes se obě pacientky několik dní po operaci shodují, že se cítí skvěle. Pro dárkyni Martu (53), maminku Jany, rozhodování podstoupit tento zákrok nebylo nijak zdlouhavé a takřka hned věděla, že ho podstoupí. 'Obavy co se týče zákroku, jsem neměla vůbec žádné, protože lékaři nás důkladně o všem informovali. ' říká s úsměvem na tváři paní Marta. Na otázku novinářů, co pro paní Janu, která přišla v 16 letech na to, že dělohu nemá, transplantace dělohy znamená, jednoznačně odpovídá: 'Pro mne je to šance mít s manželem vlastní miminko. '“ (Blesk.cz, 2016)

Analyzujeme-li článek ze stylistického hlediska, informaci o tom, že ani jedna ze zainteresovaných neměla ze zákroku obavy, se dozvídáme nejprve od autorky článku, poté od příjemkyně dělohy a následně od dárkyně. Z informativního hlediska se tedy jedná o nadbytečnou informaci, autorka se tedy zcela očividně snažila zdůraznit, že se jedná o zákrok, ze kterého není potřeba mít strach, a o kterém lze hovořit *s úsměvem na tváři*. Čtyři články, včetně výše zmíněného, byly navíc doplněny identickou společnou fotografií v nemocniční chodbě dvou lékařů s ženami, na kterých zákrok prováděli. Na fotografii se všichni usmívají, dárkyně dělohy se drží za břicho. Skoro až přátelská atmosféra vystupující z fotografie v nás má nejspíše navodit pocit, že se jedná o zcela banální zákrok, kterého není třeba se obávat.

V rámci odborného diskurzu pak nebyla rizika diskutována tak často, jak bych od odborných článků, které mají o tomto zákroku informovat, čekala. Pokud se však v těchto článcích o rizicích hovoří, bývají to většinou rizika pro plod, nikoliv pro ženu:

„Spolu se skutečností, že děloha není nezbytná pro zachování ženského života, je zde také jedinečný problém, který představuje jediná funkce, kterou děloha má: přinést na svět nový život. Jakákoliv diskuze o etických důsledcích tohoto zákroku musí nutně zahrnovat potenciální škody jak pro matku, tak pro dítě. Riziko vyvíjejícímu se dítěti přichází ze samotné transplantované dělohy a z povinné imunosupresivní léčby, která zabraňuje odmítnutí matkou příjemkyní.“ (Maturitas, 2014)

Na jednu stranu je logické, že transplantace dělohy, která byla vyvinuta pro dosažení

mateřství, zhodnocuje případná rizika pro z ní vzešlé dítě, nicméně vzhledem k experimentální povaze tohoto zákroku, by měla být primárně hodnocena rizika pro ženy, které tuto operaci podstupují. Děti jsou rovněž jedinou stranou, která v rámci UTx nemá vlastní slovo v rozhodování, a zaslouží si tak větší advokacii svých práv. Pokud bývají zmíněna rizika pro ženy, bývají opět spíše banalizována, a přirovnávána například k rizikům spojeným s klasickou hysterektomií:

„Pro žijící dárkyně, jako například matka příjemkyně ve Švédsku, mohou být rizika hmatatelněji charakterizována paralelně s těmi, které mají ženy podstupující hysterektomii. To zahrnuje krevní sraženiny, infekci, krvácení, poškození jiných tělesných systémů jako jsou močové cesty nebo střeva, reakce na anestezii a zřídka smrt.“ (BMJ, 2013)

„Vědecký pokrok v průběhu času snížil vedlejší účinky imunosupresiv. Rizika již nejsou tak závažná jak bývala. Navíc může být transplantovaná děloha po porodu odstraněna, čímž se vyloučí potřeba dlouhodobé imunosuprese, která existuje u jiných druhů transplantací. Pacientům zpravidla umožňujeme, aby rizika a přínosy zhodnotili sami. Neexistuje-li nepřiměřená nerovnováha mezi riziky a přínosy, není vhodné, aby společnost upírala pacientům rozhodovací pravomoc ohledně zdravotní péče.“ (Hastings center report, 2012)

„Zatímco současné týmy provádějící klinický výzkum považují transplantaci dělohy za významně rizikovou, přínosy prožívání některých pocitů těhotenství přesto považují za převažující, a proto ve výzkumech pokračují. Nelze však říci, že tato bilance zůstane stejná, jakmile získáme více informací o této technice a jejích výsledcích, jak budou postupně shromažďovány.“ (BMJ, 2013)

„Ani rizika vzniku kožních nádorů či lymfomu, jež se objevují po mnoha letech užívání imunosupresiv, nejsou pro ženy po UTx příliš reálné, protože trvalé užívání této léčby není plánováno a po porodu jednoho, ve výjimečných případech dvou dětí bude děloha chirurgicky odstraněna a imunosupresivní léčba ukončena.“ (Časopis lékařů českých, 2017b)

V textech je zajímavé si povšimnout, že zatímco zmiňovaná rizika v textech jsou vždy zdravotní, zmiňované benefity z této operace bývají vždy emocionálního charakteru. Zatímco je to na jednu stranu logické, protože z toho co o UTx víme, nepřináší žádné zlepšení zdravotního stavu fyzického těla, spíše naopak, porovnává nesrovnatelné, kde na jednu stranu staví právě zdravotní rizika, a na druhou stranu emocionální benefity, jako například radost z těhotenství apod. Tedy zde neexistuje objektivní kritérium pro zvážení těchto kritérií, jelikož nejsou stejné povahy. Druhá citace přesto uvádí, že příjemkyně by měly mít možnost svobodného rozhodnutí na základě posouzení přínosů a benefitů, vzhledem k tomu že podíl benefitů a rizik je vyrovnaný. Citované články však o rizicích hovoří spíše výjimečně, a mezi benefity vyjmenovávají právě pouze emocionální aspekty. Články, které hovoří o tom, že děloha má být po dokončení těhotenství odstraněna to vždy zmiňují s takovou lehkostí, že skoro zapomeneme, že hovoří o transplantovaném orgánu. Při tom zde dochází ke komodifikaci dělohy, kdy si příjemkyně dělohu od živé či mrtvé dárkyně „vypůjčí“ a po použití „zahodí“. S názorem, že rizika pro potenciální děti by neměla být brána vůbec v potaz, pak přichází jediný autor:

„Kromě toho je obecně obtížné tvrdit, že lidé by se neměli množit kvůli zdravotním rizikům pro jejich potomky. Plození je právem zásadního významu a mělo by být uznáno všem osobám, navzdory tomu, že mohou dítěti předat vážné onemocnění.“ (Hastings center report, 2012)

Autor zde v rámci diskurzu výjimečně nadřazuje práva páru nad práva nenarozeného dítěte, čímž ale zároveň zvyznamňuje reprodukci – říká, že páry by se měly množit bez ohledu na následky.

Rizika pro ženy pak zmiňují pouhé dva články:

„Zárok trvá v současnosti přibližně pět hodin; mohou se objevit komplikace spojené s anestezii (pneumonie, trombóza periferních žil, plicní embolie); je zde riziko krvácení během a po zákroku, které může vyžadovat transfuzi; je zde riziko infekce během a po zákroku, které může vyžadovat odstranění dělohy; pár bude muset podstoupit IVF během pokusu o otěhotnění, a IVF může selhat; komplikace během těhotenství nesmí být

rovněž podceňovány.“ (Transplantation proceedings, 2017)

„Rizika pro příjemkyni v UTx proceduře mohou být spojena s chirurgickým zákrokem, imunosupresí, těhotenstvím a porodem.“ (Fertility and Sterility, 2014)

První příspěvek popisuje rizika poměrně konkrétně, zatímco druhý na více teoretické úrovni, v ostatních článcích pak popis rizik jak pro příjemkyni, tak dárkyni, zcela absentoval. Podobně jako populární diskurz, tak tyto odborné články vyzdvihovaly přínosy na úkor rizik.

Texty vyprodukované v rámci „českého odborného diskurzu“ si pak v tématu rizikovosti významně protiřečí:

*„Chirurgické riziko (hlavně infekce rány, **trombóza** a peroperační krvácení) se v dosavadních publikovaných případech transplantace dělohy neobjevilo.“* (Časopis lékařů českých, 2017b, zvýraznění autorka)

*„Nejsložitější a nejdelší odběry děloh (trvajících 13 hodin) byly shodou okolností spojeny s nutností hysterektomie po transplantaci (3. pooperační den kvůli **trombóze** děložních cév a 105. pooperační den kvůli intrauterinnímu abscesu, který nebylo možné vyléčit nechirurgicky).“* (ibid, zvýraznění autorka)

*„V jednom případě UTx od zemřelé dárkyně byla týden po úspěšném zákroku provedena hysterektomie pro akutní **trombózu** děložních cév, zbývajícím 3 příjemkyním děloh se daří dobře, jsou bez známek rejekce dělohy a jejich transplantované dělohy menstrují.“* (Časopis lékařů českých, 2017a, zvýraznění autorka)

Poslední úryvek pojednává o čtyřech transplantacích provedených v roce 2016 v ČR autory/kami článku, přesto v prvním úryvku, který vyšel v tom samém čísle téhož časopisu a byl napsán těmi samými autory/kami hovoří o tom, že se doposud neobjevil žádný případ trombózy. Tyto články pak podobně jako anglicky psané články navíc několikrát

zdůrazňují roli partnera v celém procesu UTx. Psychologická způsobilost přesto bývá hodnocena pouze na straně dárkyň a příjemkyň:

„Ze studie byly vyloučeny páry, u kterých bylo zjištěno zdravotní či psychologické riziko na straně příjemkyně či dárkyně.“ (ibid)

„Psychologická stabilita a schopnost přizpůsobení budou hlavními požadovanými vlastnostmi jak příjemkyň dělohy, tak i jejich partnerů.“ (Časopis lékařů českých, 2017c)

Je zde tedy opět vidět nekonzistence jednotlivých výroků a to i v rámci jednoho autorství. Zatímco psychologické hodnocení podle výše zmíněného probíhá u všech tří zainteresovaných stran, psychická nestabilita u partnera dárkyně pak není důvodem vyloučení příjemkyně ze studie. Na jedné straně se to zdá být logické, protože právě žena podstupuje veškeré zásahy do těla, na straně druhé pak pozbývá z významňování role partnera v celém procesu smysl.

2.2.2.4. Kvalita

V textech se často rovněž hovoří o kvalitě, a to buď života ve spojitosti s transplantací dělohy, nebo kvalitě dělohy. Touto objektifikací pak ženy často vystupují v článcích jako nástroj vědy:

„Ředitel motolské nemocnice Miloslav Ludvík o provedené operaci mluví jako o 'první vlašťovce, která dělá jaro.' (...) 'Jak znám své lékaře, věřím, že laťku (první studie) přeskočí, ' uvedl šéf IKEM Aleš Herman“ (TOPZINE.cz, 2016)

„Jde o obrovský přelom v medicínské historii a to nejen pro lékaře, ale i pro mnoho neplodných žen, které se budou moci stát matkami.“ (Zdravotnický deník.cz, 2015).

„Tím největším je pro nás, kromě toho, že se nám s každou další transplantací daří zkracovat operační čas a současně zdokonalovat techniku

zákroku, že jsme jako první na světě úspěšně transplantovali již dvě dělohy od zemřelých dárcyň, což nám dává velkou naději, že by se tento program mohl v budoucnu rozšířit a pomoci tak mnoha ženám bez funkční dělohy toužícím po vlastním dítěti splnit jejich velký sen.“ (iRozhlas.cz, 2017)

Na prvním místě je zde pokaždé uveden benefit pro lékaře a medicínu, a až na druhém místě touha pomoci ženě, která je zmiňována ve všech článcích. První zmíněný úryvek lze díky volbě jazykových prostředků interpretovat různě. Jaro na jedné straně odkazuje k ročnímu období, kdy se příroda probouzí po dlouhé zimě a roste aktivita rostlin i živočichů, kdy zimu lze vnímat jako dlouhé období, kdy žena žila bez dělohy, a díky vlašťovce, kterou je transplantace dělohy, nastává jaro, kdy se žena probouzí k životu a může naplnit svou reprodukční funkci. Druhou možnou interpretací, která byla dle mého názoru zamýšlena i mluvčím je odkaz k českému rčení *Jedna vlašťovka jaro nedělá*, kdy jeho záměrem bylo smést případnou vlnu kritiky, že na základě jednoho úspěchu nelze považovat tuto experimentální metodu za progresivní. Následuje přání, aby český transplantační tým překonal švédskou studii. Tato soutěživost je pak reflektována i v dalších článcích, kdy je *pomoc neplodné ženě*, která by měla být hlavním cílem transplantace opět upozadována za medicínský pokrok. Nejedna ze článků pak podobně jako třetí úryvek hovoří o *touze žen po dítěti a plnění jejich velkého snu*, kdy paradoxem je, že o *hluboké touze těchto žen nosit pod srdcem vlastní dítě* mluví až na pár výjimek výhradně jen muži. To dle mého názoru souvisí s jejich touhou zachovat status quo. Rovněž to odpovídá tomu, jak jsem uváděla v teoretické části této práce, že medicína nově používá lítost a touhu pomáhat ženám jako ospravedlnění svých zákroků.

Právě *kvalita dělohy, její funkčnost (životaschopnost) a její použitelnost*, jsou témata, která jsou opět společná většině článků. Na obhajobu autorů/ek je potřeba říci, že přijetí oplozeného vajíčka a jeho vývoj je uváděn jako primární funkce dělohy ve většině odborných i neoborných textů. Při použití těchto slovních spojení, se autoři přesto dopouštějí objektivizace, když ženu stylizují do polohy pouhého objektu bez ohledu na její důstojnost. Nefunkční děloha totiž evokuje potřebu ji opravit, nekvalitní děloha zase implikuje potřebu vyměnit jí za kvalitnější:

„A pak jsou ženy, které dělohu mají, ale pro těhotenství je prokazatelně nepoužitelná. Nefunguje, neudrží těhotenství.“ (Aktuálně.cz, 2016, zvýraznění autorka)

„Do studie byly zařazeny ženy, které dělohu od narození nemají, kvůli onemocnění jim byla odstraněna, nebo jim tento orgán prokazatelně nefunguje.“ (Pražský deník, 2017, zvýraznění autorka)

*„Pokud se spojí ta nejlepší specializovaná centra, dokáží nabídnout pacientům maximum - a to nejen ve smyslu záchrany života, ale také v zásadním zlepšení jeho **kvality** – v tomto případě ve smyslu touhy po vlastním dítěti, ‘ řekl Ludvík, podle něhož se nemocnice Motol **problematikou pacientek bez funkční dělohy** zabývá dlouhodobě.“* (OnaDnes.cz, 2016, zvýraznění autorka)

V tomto úryvku je tedy žena bez dělohy schopné počít dítě explicitně pojmenována jako problém. Výrok je podpořen tím, že těhotenství v životě ženy staví na maximální možný vrchol, čímž dochází k ukotvování genderových rolí.

Články pak přebírají lékařský slovník nejen, když o ženách hovoří jako o *příjemkyních, dárkyních a transplantovaných ženách*, ale například i v souvislosti právě s kvalitou dělohy, což lze ukázat například na článku Aktuálně.cz, kde Markéta Šrajbrová vede rozhovor s lékařem z IKEMU Jiřím Froňkem a pokládá následující otázky:

*„Kolik má první dárkyně dělohy, matka Jany, celkem dětí? Hraje to i nějakou roli, třeba co se týče **kvality** toho orgánu?“* (Aktuálně.cz, 2016, zvýraznění autorka)

Moc medicínského diskurzu, který v rámci intertextuality prostupuje do publicistického stylu, lze pozorovat i na článku Ludmily Hamplové, která používá slova jako *klimakterium* či *hypotrofizace plodu*, který je sice určen pro širokou veřejnost, avšak používá terminologii, kterému dle mého názoru většina široké veřejnosti nerozumí. Tato slova sice často bývají využívány v přímých citacích či parafrázích lékařů, ale novináři a novinářky rozhodují o tom, jaké pasáže použijí:

„Ve Švédsku používali dělohy od živých dárkyň, často dokonce příbuzných příjemkyň, žen, které už mají za sebou klimakterium a v minulosti jejich těhotenství proběhly bez problémů. (...) Právě podle kvality cévního zásobení se odvíjí prosperita těhotenství a vývoj plodu. Vždy bude u těchto žen více hrozit zaostávání růstu plodu, odborně hypotrofizace plodu.“
(Zdravotnický deník.cz, 2015)

O kvalitě dělohy se tedy ve výše uvedených člancích hovoří v kontextu s její „schopností“ nosit těhotenství, o snižování kvality dělohy se pak hovoří například v souvislosti s menopauzou, a tedy stářím dělohy, a ve spojitosti s prodělanými císařskými řezy. Kvalita života, respektive její zvyšování pak ve člancích souvisí právě s mateřstvím. V odborném diskurzu je pak tato kvalita dělohy zahrnuta v požadavcích na transplantované dělohy:

„Vzhledem k tomu, že většina výzkumů byla provedena na ženách v reprodukčním věku, nemůžeme v této fázi vyloučit, že budoucí výzkumy umožní ženám v postmenopauzálním věku stát se úspěšnými dárkyněmi.“
(Fertility and Sterility, 2013b)

„V pěti případech byly dárkyněmi matky, v jednom starší sestra, v jednom teta, v jednom tchýně a v jednom blízká přítelkyně. Pět dárkyň, které byly po menopauze, podstoupily cyklickou estrogen-progestagenovou léčbu 2-3 měsíce před operací s cílem zajistit normální menstruační vzory a případné zvýšení průtoku krve v děložní tepně před darováním.“ (Middle East Fertility Society Journal, 2017)

Ačkoliv i úspěšné narození dítěte z transplantované dělohy ženy po menopauze je důkazem druhé citace, která pojednává o švédské studii v letech 2012-2013 a v níž více než polovina dárkyň byla v postmenopauzálním věku, jsou tu snahy darování těchto děloh zabránit. Domnívám se, že důvodem je zabránit odsouvání těhotenství žen do vyššího věku (o čemž svědčí i věková hranice pro využívání asistované reprodukce), pokud by se totiž ukázalo, že i děloha ženy po menopauze je schopná porodit zdravého dítěte, nebránilo by ženám nic ve zmrazení vajíček a odsunutí mateřství na pozdější

dobu, zatímco by se mohla klidně i do 60 let věku realizovat jinde. Je zde tedy patrný ageismus, který se zde projevuje skrze systematickou diskriminaci žen na základě jejich věku. Samotné spojení *normální menstruační vzory a léčbu* je oxymorón, protože „normálního“ ani „přirozeného“ není na menstruaci po menopauze nic. Ukazuje to pouze na moc vědy, kterou na cestě za naplněním primární ženské funkce, tedy plozením, nezastaví ani příroda.

O samotné transplantaci dělohy pak odborný diskurz hovoří jako o zákroku, který zvyšuje kvalitu života:

*„Transplantace dělohy nejen zvyšuje **kvalitu** života, ale je výkonem, který umožní vznik života nového.“* (Časopis lékařů českých, 2017c, zvýraznění autorka)

*„Touha po biologickém dítěti je pro mnoho žen zásadní, a její naplnění skrze UTx nebo skrze jakoukoliv jinou alternativní metodu pravděpodobnělepší pacientčino blaho a **kvalitu** života.“* (Fertility and Sterility, 2014, zvýraznění autorka)

Druhá citace pak jako jediná z analyzovaných článků hovoří o tom, že tohoto *kvalitního života* lze dosáhnout i jinými metodami asistované reprodukce. O tom, že transplantační medicína není o záchraně lidského života, pojednává i další článek:

„Normální reprodukční funkce je cílem transplantační medicíny.“
(Maturitas, 2014)

Dle výše zmíněné citace se tedy dle autorů primární úloha transplantační medicíny od záchrany života přesunula k zajištění reprodukce lidstva. Tedy zde opět dochází k zvýznamňování a rámování reprodukční funkce jako nejdůležitější. Tím, že dále nevymezují, co považují za normální reprodukční funkci, lze předpokládat, že pracují se základní definicí normality, jako jevu, který odpovídá předem definované normě či očekávání nastavené společností.

Kvalitě života párů, které podstoupily transplantaci dělohy v rámci švédské studie, se pak věnuje celý článek sepsaný švédským transplantačním týmem. Jedná se o psychologickou evaluaci párů před a 12 měsíců po transplantaci dělohy, která

hodnotí skrze standardizované dotazníky kvalitu života, náladu, vztah a kvalitu plodnosti (Fertility and Sterility, 2015). Sporná je především prezentace výsledků tohoto výzkumu. Výsledky jsou porovnávány se třemi různými (kontrolními) skupinami, a sice s populací Švédska, páry, které poprvé podstoupily IVF a skupinou prvorodičů. Zatímco u těchto kontrolních skupin jsou výsledky žen a mužů uváděny zvlášť, ve výsledku výzkumu jsou prezentovány dohromady. Výsledkem výzkumu pak je, že účastníci výzkumu dopadli stejně nebo lépe než kontrolní skupina. Tuto informaci považují za zavádějící, protože v prezentovaných výsledcích není uvedeno, s jakou ze skupin jsou konkrétní měřítka výzkumu porovnávána. Tato informace je uvedena pouze v tabulce se skórem malým písmem, což považují za záměrnou manipulaci se čtenáři. Dalším ukazatelem toho, že nelze tento výzkum považovat za relevantní je fakt, že u prezentovaných dat je používán medián, tedy střední hodnota, a nikoliv průměr, což u vzorku sestávajícího z devíti párů zkresluje výsledek, protože nejsou reflektovány extrémní hodnoty, které se však při důkladnějším zaměření pohybují různě na hodnotící škále. Spočítáme-li pro tyto hodnoty průměr, výsledky nevycházejí pro účastníky studie oproti kontrolním skupinám zdaleka tak lichotivě. Tedy zatím jediná studie, která se zabývala „měřením“ kvality života jejích účastníků, s výsledky záměrně manipuluje, a nereflektuje fakt, že tyto výsledky mohou být ovlivněny tím, že se páry bály vyloučení ze studie. Ačkoliv sami autoři/ky v textu třikrát uvádí, že:

„Je důležité poukázat na to, že psychologická evaluace při transplantaci dělohy není prováděna kvůli vyloučení účastníků, ale kvůli identifikaci potenciálních rizik a v případě potřeby nabídnutí pomoci.“ (Fertility and Sterility, 2015)

Jiný text, kde je spoluautorem Mats Brännström, stejně jako u výše zmíněného textu, který se zabývá švédskou studií, tvrdí, že:

„Dárkyně, příjemkyně a jejich partneři byli rozsáhle vyšetřováni několik měsíců před UTx, aby bylo zajištěno, že jsou lékařsky a psychologicky vhodné k účasti.“ (Middle East Fertility Society Journal, 2017)

Jak tedy vyplývá z výše zmíněného, neexistuje zatím jediná studie, která by z dlouhodobého hlediska relevantně měřila kvalitu života u žen/párů, které UTx

podstoupily, přesto všechny odborné i neodborné články prezentují transplantaci dělohy jako kvalitu života zvyšující zákrok. Jiné autorky navíc ve svém článku uvádějí, že:

„V současné době nemáme žádné empirické důkazy, které by porovnávaly rozdíl v kvalitě života mezi příjemkyněmi transplantace dělohy versus žen s UFI využívajících surogacie či adopce.“ (BMJ, 2013)

Autorky zde zcela správně upozorňují na to, že zvýšení kvality života žen s transplantovanou dělohou nelze nahlížet odděleně od zvýšení kvality života žen, které dítě získaly jinou cestou. Bez těchto údajů lze tedy nelze vyvozovat výsledky o kvalitě života, ale ani samotné přínosy transplantace dělohy, které bývají autory/kami článků tak často zmiňovány.

2.2.2.5. Úspěch a zdraví

Zajímavé je rovněž podívat se, jak články pracují s pojmy úspěch a úspěšnost. Tu z pravidla vymezují jako *narození zdravého potomka*, přesto do výčtu úspěšných transplantací počítají i ženy, které dítě neporodily:

*„Úspěchem této transplantace je totiž až narození **zdravého** potomka.“*
(Pražský deník, 2017, zvýraznění autorka)

*„Před Českem byly jediné **úspěšné** transplantace podle Froňka vykonány ve Švédsku, kde zákrok **úspěšně** podstoupilo sedm žen. Pět z nich se dosud narodil potomek, v jednom případě dokonce žena porodila už druhé **zdravé** dítě.“* (ibid, zvýraznění autorka)

*„Kromě něj tento zákrok provedli pouze dva lékaři, ale žádný z nich nebyl natolik **úspěšný**, aby výsledkem bylo narození dítěte.“* (Zdravotnický deník.cz, 2015, zvýraznění autorka)

*„Předchozí dvě operace provedené v Saudské Arábii v roce 2000 a v Turecku 2011 skončily **neúspěchem**, kdy v prvním případě došlo*

ke komplikacím, a děloha musela být z těla příjemkyně vyjmuta, a v druhém případě pak žena sice otěhotněla, ale v 8. týdnu těhotenství se plod přestal vyvíjet.“ (ibid, zvýraznění autorka)

*„Průkopníkem oboru je švédský profesor Mats Brännström, jemuž Česká transplantáční společnost loni udělila za sérii 11 **úspěšných** transplantací dělohy završených narozením čtyř **zdravých** dětí výroční cenu za rok 2014.“ (Týden.cz, 2016, zvýraznění autorka)*

„Němčtě, devět potvrzených transplantací dělohy u člověka v létě 2013 ještě nevedlo k životaschopnému těhotenství, ale v ostatních aspektech byly tyto procedury úspěšné.“ (Maturitas, 2014)

*„Transplantace dělohy má specifické charakteristiky, vzhledem k tomu, že za **úspěšný** výstup se považuje pouze narození životaschopného a **zdravého** dítěte.“ (International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2013, zvýraznění autorka)*

*„Zatímco ultimátním cílem UTx je **zdravé** dítě, transplantáční proces má několik prozatímních cílů identifikovaných výzkumným týmem, jako je zotavení z operace, návrat k běžnému životu a dodržování léčby.“ (Fertility and Sterility, 2015)*

Na výše zmíněných citacích můžeme vidět, že (ne)úspěšnost je posuzována pokaždé jiným měřítkem, což lze však přisoudit tomu, že ani v textech publikovaných samotnými provádějícími lékaři není přesně specifikováno, co se za úspěšnou transplantaci považuje. V některých je pak explicitně uvedeno, že úspěchem je až narození dítěte. Přesto se nabízí se zde celá škála přístupů, kde na jednom konci můžeme považovat za úspěch, že nezemřela ani příjemkyně ani dárkyně, či můžeme za úspěch považovat uchycení dělohy a její neodmítnutí tělem příjemkyně, nebo těhotenství zakončené doručení dítěte. To nám podobně jako v případě IVF, uvedeném v teoretické části, nabízí možnost manipulovat s procentuální úspěšností dle potřeby, a to jak lékaři, tak novináři. Integrita v přístupu k úspěšnosti pak neexistuje ani v rámci jednoho téhož článku. Ačkoliv je zejména v experimentální fázi transplantace dělohy dle mého názoru

důležité sjednocení terminologie a stanovení kroků, které povedou k úspěšnosti transplantace dělohy, pokud její vykonavatelé mají za cíl rozšíření a zjednodušení zákroku, je potřeba začít jednotnou definicí ze stran v tomto případě nejpovolanějších – a sice provádějících lékařů.

Na těchto úryvcích můžeme rovněž pozorovat potřebu zdůraznit, že děti, které se narodily, byly *zdravé*. Jen málo článků při tom uvedlo, že v rámci švédské studie byly všechny doposud narozené děti porozené předčasně, což sebou nese zdravotní komplikace pro dítě. To přisuzují snaze obhájit a propagovat transplantaci dělohy jako metodu, která doručuje „normální“ děti a prezentovat tak medicínu jako léčivé umění. Tomu nahrává i fakt, že dopady na zdraví žen, jak bylo uvedeno výše, bývají rovněž banalizovány.

*„Transplantace dělohy je zamýšlena k porodu **zdravého** dítěte, bez zdravotních benefitů pro příjemkyni, ačkoliv je nepopiratelné, že dítě může, v mnoha kulturách, podstatně zvýšit kvalitu života ženy – v tomto případě tato procedura spadá do kategorie přijatelných transplantací.“* (International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2013, zvýraznění autorka)

Na tomto místě se nabízí otázka, zda by zdraví dítěte mělo být směrodatné, když to, že se narodí „zdravé“ dítě nemůže být zaručeno ani během „normálního“ těhotenství. Jelikož se jedná o proměnnou, která nemůže být zaručena, měly by se články zaměřovat spíše na to, jaký bude mít tento zákrok dopad na zdraví ženy, což některé články činí:

„Příjemkyně pravděpodobně zažije významný psychologický stres a obavy týkající se operace, pooperačního období, životaschopnosti dělohy, těhotenství a porodu. Těhotenství samo o sobě je stresující záležitostí a to dokonce pro zdravou ženu.“ (Fertility and Sterility, 2014)

Autoři/ky, zde však ženu bez dělohy označují za nezdravou, těhotenství a samotnou transplantaci dělohy za stresující, přesto jí výše v textu propagují jako kvalitu života a pohodu zvyšující. Jiný text hovoří o příjemkyních dělohy jako o zdravých, do té doby než podstoupí UTX:

„Příjemkyně se budou muset přizpůsobit novým životním situacím, změně zdravého jedinice na jedinice s častým kontaktem s nemocnicí včetně mnoha

léků a požadavkem na dodržování léčebného plánu a pokynů od výzkumného týmu.“ (Fertility and Sterility, 2015).

Tím, že označují ženu bez dělohy za zdravou, uznávají, že neplodnost nepovažují za nemoc, která by implikovala potřebu léčby. Naopak upozorňují na to, že nemocnou se příjemkyně dělohy stává až po provedení zákroku. Tato nuance je dle mého klíčová při zhodnocování prospěšnosti transplantace dělohy.

2.2.2.6 Shrnutí

Téměř všechny články se k předkládaným tématům staví zcela nekriticky, což lze vidět právě na postoji, který k transplantaci dělohy zaujímají a to, že spíše než negativa vyzdvihují její pozitiva. V populárním diskurzu se to pak projevovalo tím, že ve člancích byl dáván prostor výhradně lékařům, a užíval jejich terminologii, čímž dochází ve společnosti díky dosahu médií k prohlubování moci medicínského diskurzu. Dobrý novinář má na jedné straně podávat objektivní a nezaujaté informace, na druhé straně volbou témat a slov tyto informace více či méně hodnotově zabarvuje. Všechny populární články však přistupují k mateřství esencialisticky, s pojmem žena pracují pouze jako s biologickým pohlavím, ačkoliv přisuzováním mateřství mu dávají genderový obsah a podílejí se tak na udržování nerovného genderového řádu. O tématu, které se týká zejména žen, sice píše ženy, ale píše mužskou optikou a ženám nedávají žádný prostor k vyjádření.

V odborném diskurzu pak texty kromě kategorie žena a muž pracují i s kategorií transgender, nicméně pouze ve smyslu biologického pohlaví bez jakéhokoliv sociálního přesahu. Zatímco mužství nebyl dáván žádný obsah, ženství bylo definováno skrze její tělo – biologické mateřství, schopnost těhotenství a porodu a jiných fyzických funkcí. Na rozdíl od populárního diskurzu k tomu však odborné články používají genderově korektnější jazyk, což lze však vysvětlit tím, že v anglickém jazyce, ve kterém byly odborné články napsány, existují často stejné výrazy pro ženské i mužské ekvivalenty. V překladu citací jsem tak používala genderově správné označení *dárkyně* namísto *dárce* u slova *donor*, apod. Naopak častěji v souvislosti s dětností hovořily články o *rodičovství (parenting)* žen, místo *mateřství (mothering)*, což ukazuje na fakt, že rodiči se dětem narozeným z transplantace dělohy nestávají pouze ženy, ale rovněž jejich partneři. Přesto však texty poukazují na důležitost dítěte v životě ženy, nikoliv muže.

Ve všech textech je zřídka dáván prostor rizikům transplantace dělohy, pokud je však tento prostor poskytnut, stává se to pro vyjmenování rizik pro plod, méně často pak pro samotnou ženu. Hovoří o zvyšování kvality života, ačkoliv kromě jednoho výzkumu, který se navíc nezdá být reliabilní, neexistuje žádný empirický důkaz, že by transplantace dělohy v současné fázi měla na život příjemkyně jakýkoliv pozitivní dopad. Stále rovněž neexistuje jednotná definice toho, co je považováno za úspěšnou transplantaci a to ani v rámci jednoho diskurzu.

To, že si byly články v mnohém obsahově i interpretačně dost podobné, vysvětluje Norman Fairclough tím, že aby byli lidé schopní interpretovat předkládané texty určitým způsobem, je třeba, aby byl text koherentní jak s ostatními texty, tak s okolním světem (Fairclough, 1989:78). Zároveň navrhuje, aby se v rámci textové analýzy výzkumník nezaměřoval pouze na to co v textu je, ale i na to co v textu není (Fairclough, 1995:5). Z tohoto hlediska jsou texty opět homogenní, ani jeden se totiž nezabývá etickými aspekty, riziky transplantace, alternativami k léčbě neplodnosti, stručně řečeno tím, co by jakýmkoliv způsobem ohrožovalo či nějak zpochybňovalo medicínu. Už tím, že se medicína zabývá léčbou neplodnosti AEFI rámuje reprodukci jako důležitou ženskou funkci a z neplodnosti dělá stigma ve smyslu, že pokud žena nepodstoupí transplantaci dělohy, nedělá všechno proto, aby dostala své funkci jakožto ženy. To bylo podtrženo i výše uvedenými vyjádřeními v textu. Užívání slovních spojení jako *nefunkční děloha* svědčí o medikalizaci neplodnosti. Tím, že těhotenství přisuzují sociální důležitost, však zároveň uznávají, že touha žen po mateřství je sociální konstrukt.

Analýza ukázala, že se v textech při konstrukci ženství a mateřství objevují heteronormativní argumenty, které kopírují heteronormativní kritéria pro výběr příjemkyň nastavená legislativou a medicínskými institucemi. V textech je rovněž patrný západocentrismus a postkolonialismus, který se projevuje snahou o vyloučení „rozvojových“, nízkopříjmových a v jednom případě i islámských zemí. V těchto kontextech hovoří o transplantaci dělohy jako rizikové a nebezpečné léčbě, zatímco ve „vyspělých“ zemích jsou rizika UTx banalizována. Ačkoliv dárkyněmi dělohy jsou ve známých případech většinou ženy v postmenopauzálním věku, texty o těchto dělohách hovoří jako o méně kvalitních. Společně s kritériem pro maximální věk příjemkyně se zde projevuje ageismus, který omezuje reprodukci na určitou skupinu žen definovanou jejich „mládím“.

Závěr

Cílem této práce bylo zodpovězení otázky, kterou jsem nastínila v úvodu, a sice jaké konstrukty jsou používány v diskurzích o transplantaci dělohy. Konkrétně jak je v textech v populárním a odborném diskurzu jejími autory a autorkami konstruováno ženství a mateřství. V polemice nad touto otázkou jsem uváděla texty, které hovořily o této metodě asistované reprodukce jako jediném prostředku, který umožňuje ženám bez dělohy dosáhnout biologického mateřství. To bylo v těchto textech prezentováno jako ultimátní cíl každé ženy v cestě k naplnění jejího ženství, jako přirozená touha, která je společným jmenovatelem všech žen. Tedy plnohodnotného ženství lze dle analyzovaných textů dosáhnout pouze skrze biologické mateřství.

V empirické části této práce jsem se tedy konkrétně zaměřila na populární (český) a odborný (anglicky psaný) diskurz, a to, jaké texty v souvislosti s transplantací dělohy produkují, a snažila jsem se odhalit, jaké mechanismy se za nimi skrývají. Tím, že každý z diskurzů používá jiný styl a je určen jinému publiku, znemožňuje vzájemné srovnání, to však ani nebylo cílem této práce. Z analýzy přesto vyplynulo mnoho společných jmenovatelů mezi jednotlivými diskurzy. Obě skupiny textů zaujímaly k transplantaci dělohy převážně pozitivní postoj, který šetřil kritikou této metody. Texty jsou téměř identické a homogenní co se týče svého obsahu, a to nejen v rámci diskurzu, ale i pokud je nahlížíme jako jednu skupinu textů. Norman Fairclough hovoří o tom, že tato podobnost mezi jednotlivými texty je důležitá, aby byli lidé schopní interpretovat předkládané texty požadovaným způsobem (Fairclough, 1989:78). Informace produkované v rámci medicínských textů jsou důležité zejména díky moci, kterou medicína ve společnosti zaujímá. Stává se nezpochybnitelným a vševědoucím oborem, který nabízí řešení na všechny, a to i sociální problémy. O to smutnější je, že texty pracují s genderovými stereotypy, prezentují mateřství jako přirozené, i když při kritickém čtení odhalíme, že lékaři uznávají, že důležitost těhotenství je společensky podmíněná. Jako jediné zmiňují roli partnera v celém procesu, čímž z ženského tématu dělají záležitost mužů. Z textů je patrný i západocentrismus, když hledají důvody, proč by se transplantace dělohy neměla přesunout do tzv. rozvojových zemí.

Moc medicínských textů můžeme vidět v prolínání do populárního diskurzu, kdy autoři a autorky článků přejímají názory lékařů, kterým jediným je v textech dáván

prostor. Tím, že kritická teorie označuje média za ideologický nástroj, informace, které předkládají média lze pak považovat za informace, které se nám snaží předat vládnoucí skupina. Z toho důvodu považuji za důležité uvědomit si, že diskurzivní nástroje, které používají, jsou identické s těmi v rámci odborného diskurzu. Není překvapením, že z analyzovaných textů, obsahovaly ty mediální nejvíce genderových stereotypů, čímž je díky svému silnému postavení ve společnosti (re)produkuje, a ukotvují tak reprodukční funkci jako primární ženskou roli. Jednalo se rovněž o diskurz, který téměř bez výjimky pracoval s generickým maskulinem, ačkoliv to lze přisoudit tomu, že v případě odborného diskurzu jsem pracovala pouze s anglickými texty, kde jsou často stejné výrazy jak pro mužské i ženské ekvivalenty. Zajímavé je, že zatímco čeští lékaři používali v přímých citacích v rámci populárního diskurzu genderové stereotypy a generické maskulinum, v případě jejich autorských textů pak byl použitý jazyk výrazně genderově citlivější. To nasvědčuje tomu, že volí odlišný způsob vyjadřování podle toho, na koho je obsah zaměřen. Na tom v obecné rovině není nic divného, přesto je zajímavé, že v komunikaci s širokou veřejností spíše volí reprodukci genderových rolí, zatímco v textech určených odbornému publiku například automaticky nespojují ženy s mateřstvím. V tom je významný rozdíl oproti anglicky psaným odborným textům.

Mezi jednotlivými diskurzy se pak objevovaly pouze drobné rozdíly. Zatímco oba diskurzy zmiňovaly ženy pouze v souvislosti s reprodukční funkcí, muži na druhou stranu byli v rámci českého populárního diskurzu stavěni do expertních pozic. Tedy s mužstvím pracovaly skrze sociální obsah, tedy gender, s ženstvím pouze ve smyslu biologického pohlaví. Anglicky psaný odborný diskurz pak oproti tomu populárnímu zmiňoval i transgender, ale vzhledem k tomu, že s ním pracoval ve smyslu biologickém, nepřekračoval dualitu pohlaví. Plnohodnotné ženství bylo v obou diskurzích konstruováno skrze mateřství. Dochází v nich však k nadřazování biologického mateřství nad to sociální, ačkoliv odborný diskurz hovoří o společenské důležitosti mateřství, čímž uznává, že se nejedná o něco, co by bylo vrozené všem jedincům, ale že se jedná o sociální konstrukt. Z hlediska rizika pak populární diskurz bagatelizuje dopady na zdraví žen, ačkoliv zmiňuje náročnost tohoto zákroku. Oba diskurzy pak hovoří pouze o rizicích pro plod, a nikoliv pro ženu s transplantovanou dělohou, ačkoliv v tom odborném se našlo pár výjimek. Populární diskurz pak často v souvislosti s transplantací dělohy hovořil o kvalitě dělohy, zatímco ten odborný spíše o kvalitě života, což můžeme přisoudit nejen rozdílům mezi těmito dvěma diskurzy, ale i mezi českým a světovým diskurzem, vzhledem

k tomu, že mediální články byly pouze z českého prostředí, zatímco ty odborné z různých částí světa. Ani v jednom diskurzu však neexistuje shoda v tom, co znamená úspěšná transplantace dělohy, což umožňuje manipulaci s její procentuální úspěšností ve směru k široké veřejnosti. Mezi medicínskými a nemedicínskými odbornými články pak neexistoval žádný významný rozdíl, s výjimkou postoje k transplantaci dělohy, kdy byl ten nemedicínský diskurz k UTx poměrně více skeptický. Tuto celkovou homogenitu všech článků přisuzuji tomu, že genderové stereotypy a ženám přisuzované role v reprodukci jsou ve společnosti tak zakořeněné, že se v určité formě objevují ve všech člancích. Silný důraz na prokreaci má pak za následek nejen to, že jsou stále vyvíjeny nové a nové formy asistované reprodukce, ale i to, že rodičovství je prezentováno jako něco, k čemu by život každého jedince měl směřovat. Texty k vyjádření tohoto cíle však používají esencialistické argumenty, a to zejména ve spojitosti s ženami, a biologickému mateřství přisuzují výrazně vyšší hodnotu než mateřství sociálnímu, což pouze ukotvuje genderové role a stereotypy a naopak nepřicházejí s jediným argumentem, který by subvertoval zažitý pořádek.

Mezi odbornými články napsanými lékaři a ostatními odbornými články se pak neobjevily žádné významné rozdíly. Ve všech se objevovaly stejná témata a genderové stereotypy při konstrukci ženství a mateřství. Všechny analyzované texty rovněž poskytovaly dostatečné informace o transplantaci dělohy, takže si čtenář mohl udělat představu o tomto zákroku. Autoři a autorky však k tomuto tématu přistupovali autoři zcela nekriticky, což samo o sobě považují za problematické v době, kdy je stále více alternativ k „početí“ dítěte. To pro ženu na jedné straně představuje nespočetně možností volby, kdy přestává být „obětí biologie“. Mateřství se pro ni stává otázkou intelektu, kdy může rozhodovat o tom, kdy a za jakých podmínek k tomu dojde, na straně druhé musí vynakládat čím dál více zdrojů k jeho dosažení. Texty zveřejněné v rámci obou diskurzů však nemají žádný interdisciplinární přesah, tím že nenahlížíjí transplantaci skrze optiku genderu, veřejného zdraví, práv, rizik pro rozvojové země a strukturálních nerovností, a je proto dle mého názoru potřeba, aby tuto experimentální metodu ve svých textech hodnotili i lidé mimo média a medicínu, tedy dvě mocné instituce v současné společnosti.

Po napsání této práce zbývá zamyšlení, zda se jedná o emancipační či naopak restriktivní cestu k dosažení mateřství. Jsem si vědoma, že to jako žena, která transplantaci dělohy sama nepodstoupila, nemohu pouze na základě analýzy textů zhodnotit. Objektivně je však potřeba uznat, že vzhledem k doposud zdokumentovaným dopadům bezdětnosti

na psychiku a sebevnímání žen zejména v silně pronatalistických společnostech, lze vnímat transplantaci dělohy jako emancipační prostředek, který ženám dává další volbu než jen přijetí bezdětnosti či modlení k bohu, jak mnohdy navrhuji náboženské texty. V kontextu pronatalních společností se však dále nabízí argument, který podporuje spíše teorii o tom, že se jedná o restriktivní cestu k mateřství. A sice, že v zemích jako je Pákistán nebo Indie, kde jsou ženy a celé rodiny existenčně závislé na plození potomků, lze v případě použití UTx zpochybňovat motivy a svobodnou vůli žen, které by jí podstoupily. Opírám se o tvrzení, že mateřství je jako instituce sociální konstrukt, nikoliv přirozenost ženy. Z toho je patrné, že při posuzování této metody se nelze vyhnout binaritě, kde se zastánci opírají o biologický esencialismus, a odpůrci naopak o sociální konstruktivismus. Dalším argumentem může být experimentální povaha tohoto zákroku, jemuž nepředcházela dostatečná výzkum. Nejedná se tedy o zavedenou léčbu, přesto jsou prováděny na ženách po světě, s předpokladem, že těchto zemí a zákroků bude přibývat. Dalším kontroverzním důvodem pro kritiku transplantace dělohy je její invazivní hledisko – žena v případě úspěšného uchycení dělohy podstupuje celkem tři chirurgické zákroky probíhající pod částečnou nebo úplnou narkózou, to vše v průběhu tří let. Pokud se jedná o živou dárkyni, jsou zde celkem čtyři operace provedené na ženách, obhajované touhou jedné z nich po „vlastním miminku“. To celé je samozřejmě doprovázeno hormonální léčbou a užíváním léků na potlačení imunity, což podstupuje dříve perfektně zdravá žena. Argumentem, který by se nacházel na pomezí těchto dvou přístupů, je ten, že ukončuje vykořisťování surrogátních matek tím, že veškerá rizika na sebe přijímá příjemkyně dělohy. Tento argument však v případě transplantace dělohy od živé dárkyně opět postrádá hodnotu.

Dalším faktorem, který by šlo označit za emancipační je ten, že v případě zavedení transplantace dělohy do běžné praxe, s neplodností vedenou jako nemocí, by mohlo dojít k financování této metody z veřejných zdrojů, čímž by se tato možnost otevřela všem ženám bez ohledu na socioekonomický stav. Předpokladem však zůstává, že by musela být vedena nikoliv jako metoda asistované reprodukce, ale jako transplantace orgánu.

V úplném závěru je potřeba připustit, že se ukázalo, že transplantace dělohy je proveditelná, a že z ní může vzejít dítě, ale zejména u prvních pokusů je vidět, že se jedná o experiment prováděný na ženách, ačkoliv s jejich informovaným souhlasem. To ukazuje na moc medicíny, kterou jí ale dávají samy ženy pod nátlakem neuvědomovaných společenských procesů. Ženy jsou tak v tomto případě oběťmi

patriarchátu ve jménu vědy a pokroku, což je maskováno jejich touhou po biologickém dítěti. Ať už je tato touha po dítěti přirozená nebo sociálně konstruovaná, ve snaze „pomoci“ těmto ženám by měla existovat hranice, která je v případě transplantace dělohy dle mého názoru překročena. Asi největší problém, který vidím v transplantaci dělohy a dalších metodách asistované reprodukce je ten, že je dostupný pouze určité části žen. Dokud nebude UTx teoreticky i prakticky dostupná všem ženám, a to i nebiologickým, bez rozdílu, nelze o této metodě ani uvažovat jako o emancipační. Za současných podmínek je navíc nezpochybnitelné, že přispívá k heteronormativitě společnosti. Tím, že ženu tlačí do reprodukční funkce, a tím, že tento zákrok je možný jen u heterosexuálních sezdáných párů. Zachovává tak model tradiční rodiny, čímž diskriminuje nejen část žen, ale i mužů.

Seznam použitých zkratk

AID – umělé oplodnění dárce spermatu

ART – asistované reprodukční technologie

AUFI – absolutní uterinní faktor infertility, neboli neplodnost způsobená nepřítomností dělohy, nebo dělohy, která zabraňuje implantaci embrya či donošení těhotenství

CDA – kritická diskurzivní analýza

ČTK – Česká tisková kancelář

IKEM – institut klinické a experimentální medicíny

IVF – in vitro fertilizace, hovorově známo jako oplodnění ve zkumavce

KST – koordinační středisko transplantací

UTx – transplantace dělohy

Použité zdroje

ABBEY, Antonia, Frank M. ANDREWS a L. Jill HALMAN. *Gender's Role in Response to Infertility*. Psychology of Women Quarterly, 15 (2), 1991. ISSN 1471-6402.

Alexa[online]. Dostupné z: <https://www.alexa.com/topsites/countries/CZ> [cit. 2017-12-24].

ALTCHEK, Albert, Mats BRÄNNSTRÖM a Caiza A. WRANNING. *Experimental uterus transplantation*. Human Reproduction Update, 16 (3), 2009. ISSN 1460-2369.

ARISTARKHOVA, Irina. *Hospitality of the Matrix: Philosophy, Biomedicine, and Culture*. Columbia University Press, 2012. ISBN 978-0-231-50408-9.

ARORA, Kavita Shah a Valarie BLAKE. *Uterus transplantation: ethical and regulatory challenges*. Journal of medical ethics, 40 (6), 2013. ISSN 1473-4257.

BARNETT, Rosalind C. a Grace K. BARUCH. *The Competent Woman: Perspectives on Development*. New York: Irvington Publishers, 1978. ISBN 978-0470264249.

BARTUŇEK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada publishing a.s., 2016. ISBN 978-80-247-4343-1.

BARUCH, Elaine Hoffman. A Womb of His Own. In BARUCH, Elaine Hoffman, Amadeo F. D'ADAMO a Jr. Joni SEAGER. *Embryos, Ethics, and women's rights: Exploring the new reproductive technologies*. New York: The Haworth Press, 1988. ISBN 0-86656-707-0.

Baylor Scott&White Health[online]. *Uterine Transplant Clinical Trial Update*. Dostupné z: http://news.bswhealth.com/releases/uterine-transplant-clinical-trial-oct-5-2016?_ga=2.13170675.59583147.1522832088-2003128571.1522832088. [cit. 2018-03-18].

BEDNÁŘ, Vojtěch. *Internetová publicistika*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-3452-1.

BERGER, Peter L. a Thomas LUCKMANN. *Sociální konstrukce reality: pojednání o sociologii vědění*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 1999. ISBN 80-85959-46-1.

BERNARDI, Laura a Gerda NEYER. *Feminist perspectives on motherhood and reproduction*. Historical Social Research, 36 (2), 2011. ISSN 0936-6784.

BETRÁN, Ana Pilar, Ahmet Metin GÜLMEZOGLU, Anne-Beth MOLLER, Maria Regina TORLONI, Jianfeng YE a Jun ZHANG. *The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014*. PLoS ONE 11 (2), 2016. ISSN 1932-6203.

- BOBEK, Michal, Pavla BOUČKOVÁ a Zdeněk KÚHN. *Rovnost a diskriminace*. Praha: C.H.Beck, 2007. ISBN 978-80-7179-584-1.
- BOCK, Gisela. *Equality and Difference in National Socialist racism*. In BOCK, Gisela a Susan JAMES. *Beyond Equality and Difference: Citizenship, Feminist Politics and Female Subjectivity*. Routledge, 2005. ISBN 978-1138160736.
- BUTLER, Judith. *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. New York and London: Routledge, 1990. ISBN ISBN 0-415-92499-5.
- BUTLER, Judith. *Závažná těla: O materialitě a diskurzivních mezích „pohlaví“*. Nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3344-2.
- CAIN, Madelyn. *The Childless Revolution. What It Means to Be Childless Today*. Cambridge: Perseus Publishing, 2001. ISBN 0-7382-0460-9.
- CONRAD, Peter. *Medicalization and Social Control*. Annual Review of Sociology, 18 (1), 1992. ISSN 1884-0086.
- CONRAD, Peter a Joseph SCHNEIDER. *Medicine as an institution of social control: consequences for society*. In HERMAN, Nancy J. *Deviance: A Symbolic Interactionist Approach*. General Hall, 1995. ISBN 1-882289-38-2.
- COREA, Gena. *The Mother Machine: Reproductive Technologies from Artificial Insemination to Artificial Wombs*. New York: Harper&Row Publishers, 1985. ISBN 0-06-015390-3.
- COREA, Gena. What the King Can Not See. In BARUCH, Ellaine Hoffman, Amadeo F. D'ADAMO a Jr. Joni SEAGER. *Embryos, Ethics, and women's rights: Exploring the new reproductive technologies*. New York: The Haworth Press, 1988. ISBN 0-86656-707-0.
- CRISLER, Joan C. *Reproductive Justice: a global concern*. Praeger, 2012. ISBN 978-0-313-39339-6.
- České noviny [online]. *O nás*. Dostupné z: <http://www.ceskenoviny.cz/o-nas/>. [cit. 2018-05-19]
- Česká tisková kancelář [online]. *O ČTK*. Dostupné z: http://www.ctk.cz/o_ctk/. [cit. 2018-05-19]
- DI LEONARDO, Micaela a Roger N. LANCASTER. *The Gender/sexuality Reader: Culture, History, Political Economy*. Routledge, 1997. ISBN 0-415-91004-8.
- DIQUINZIO, Patrice. *The Impossibility of Motherhood: Feminism, Individualism, and the problem of mothering*. New York: Routledge, 1999. ISBN 978-0415910231.
- DJONOV, Emilia a Sumin ZHAO. *Critical multimodal Studies of Popular Discourse*. New York: Routledge, 2014. ISBN 978-0-203-10428-6.

DOMES, Martin. *SEO jednoduše*. Brno: Computer Press a.s., 2011. ISBN 978-80-251-3456-6.

DUBSKÝ, Josef, Karol MURDZA, Lukáš URBAN. *Masová komunikace a veřejné mínění*. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3563-4.

DVTV [online]. Dostupné z: <https://video.aktualne.cz/dvtv/transplantace-delohy-plnimezenam-prani-mit-dite-po-porodu-j/r~de8500ea226011e6bff10025900fea04/?redirected=1524143804>. 2016 [cit. 2017-10-18].

ENSKOG, Anders, Liza JOHANNESSON, D.C. CHAI, Pernilla DAHM-KÄHLER, Janusz MARCICKIEWICZ, Atunga NYACHIEO, J.M. MWENDA a Mats BRÄNNSTRÖM. *Uterus transplantation in the baboon: methodology and long-term function after auto-transplantation*. Human Reproduction, 25 (8), 2010. ISSN 1460-2350.

FAIRCLOUGH, Norman. *Language and Power*. New York: Longman, 1989. ISBN 978-0-582-41483-0.

FAIRCLOUGH, Norman. *Critical Discourse Analysis: The critical study of language*. New York: Longman, 1995. ISBN 978-1405858229.

FAUSTO-STERLING, Anne. *Sexing the body: gender politics and the construction of sexuality*. New York: Basic Books, 2000. ISBN 04-650-7714-5.

FIFKOVÁ, Hana. *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. Praha: Grada publishing a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1696-1.

FOLEY, Elizabeth Price. *Liberty for All: Reclaiming Individual Privacy in a New Era of Public Morality*. Yale University Press. 2006. ISBN 0-300-1983-0.

FOUCAULT, Michel. *Myšlení vnějšku*. Praha: Herrmann & synové, 2003. ISBN 80-239-2454-0.

FTOREK, Jozef. *Public relations a politika*. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3376-0.

GAILEY, Christine Ward. Ideologies of Motherhood and Kinship in U.S. Adoption. In RAGONÉ, Heléna a France Winddance TWINE. *Ideologies and Technologies of motherhood: Race, Class, Sexuality, Nationalism*. New York: Routledge, 2000. ISBN 0-415-92109-0.

GHEROVICI, Patricia. *Please Select your gender: From the Invention of Hysteria to the Democratizing of Transgenderism*. Philadelphia: Routledge, 2011. ISBN 978-0-415-80615-2.

GINSBURG, Faye a Rayna RAPP. *The Politics of Reproduction*. Annual Review of Anthropology, 20, 1991. ISSN 0084-6570.

- GOFFMAN, Erving. *Stigma: Poznámky k problému zvládnání narušené identity*. Praha: SLON, 2003. ISBN 80-86429-21-0.
- GOTTI, Maurizio a Francoise SALAGER-MEYER. *Advances in Medical Discourse Analysis: Oral and Written Contexts*. Bern: Peter Lang, 2006. ISBN 978-3-03911-185-5.
- GREIL, Arthur L. *Infertile Bodies: Medicalization, Metaphor, and Agency*. In INHORN, Marcia Claire a Frank van BALEN. *Infertility around the globe: New thinking on childlessness, gender, and reproductive technologies*. London: University of California Press, Ltd., 2002. ISBN 0-520-23137-6.
- GUBA, Egon G a Yvonna Sessions LINCOLN. *Competing Paradigms in Qualitative Research*. In DENZIN, Norman K. a Yvonna Sessions LINCOLN. *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage Publications, 1994. ISBN 0803946791.
- HÁJEK, Zdeněk. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. ISBN 978-80-247-7922-5.
- HARTMANN Betsy. *Old Roots, New Shoots: Eugenics of the Everyday*. Different Takes, 47, 2007. ISBN 978-80-86429-68-7
- HARTOUNI, Valerie. *Cultural conceptions: On reproductive technologies and the remaking of life*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1997. ISBN 978-0816626236.
- HAŠKOVÁ, Hana. *Fenomén bezdětnosti*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2009. ISBN 978-80-7419-020-9
- HAŠKOVÁ, Hana, Alena KŘÍŽKOVÁ a Marcela LINKOVÁ, ed. *Mnohohlasem. Vyjednávání ženských prostorů po roce 1989*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2006. ISBN 80-7330-087-7.
- HEGER, Vladimír. *Komunikace ve veřejné správě*. Praha: Grada publishing a.s, 2012. ISBN 978-80-247-3779-9.
- HENIFIN, Mary Sue. *Introduction: Women's Health and the New Reproductive Technologies*. In BARUCH, Ellaine Hoffman, Amadeo F. D'ADAMO a Jr. Joni SEAGER. *Embryos, Ethics, and women's rights: Exploring the new reproductive technologies*. New York: The Haworth Press, 1988. ISBN 0-86656-707-0.
- ČEKAL, Miloš, Jiří FRONĚK, Roman CHMEL, Jan MATĚCHA, Marta NOVÁČKOVÁ a Zlatko PASTOR. *Etické aspekty transplantace dělohy*. Časopis lékařů českých, 156 (1), 2017. ISSN 1803-6597.
- CHRISTENSEN, Larry a R. Burke JOHNSON. *Educational Research: Quantitative, qualitative and mixed approaches*. SAGE Publications Inc., 2014. ISBN 978-1-4522-4440-2.

IFFS SURVEILLANCE 2016. *Global Reproductive Health*, 1 (1), 2016. ISSN 2473-3709.

IKEM [online]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/ikem-jiz-rok-transplantuje-delohy/a-3038/>. 2017 [cit. 2017-12-13].

IKEM [online]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/transplantcentrum/klinika-transplantacni-chirurgie/o-nas/programy/transplantace-delohy/a-2460/>. [cit. 2017-12-13].

Indian Express[online]. *Eight months after their uterine transplants, two women ready for assisted pregnancy*. Dostupné z: <http://indianexpress.com/article/lifestyle/health/eight-months-after-their-uterine-transplants-two-women-ready-for-assisted-pregnancy-5022572/>. [cit. 2018-03-18]

INHORN, Marcia Claire. *Infertility, Technology, and Poverty in Egyptian women's lives*. In RAGONÉ, Heléna a France Winddance TWINE. *Ideologies and Technologies of motherhood: Race, Class, Sexuality, Nationalism*. New York: Routledge, 2000. ISBN 0-415-92109-0.

INHORN, Marcia C. *The New Arab Man: Emergent Masculinities, Technologies and Islam in the Middle East*. Princeton University Press, 2012. ISBN 978-0-691-14889-2

INHORN, Marcia Claire a Frank van BALEN. *Infertility around the globe: New thinking on childlessness, gender, and reproductive technologies*. London: University of California Press, Lld., 2002. ISBN 0-520-23137-6.

JACKSON, Emily. *Regulating reproduction: Law, Technology and Autonomy*. Hart Publishing, 2001. ISBN 1-84113-301-9.

JANDOUREK, Jan. *Průvodce sociologií*. Praha: Grada publishing a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2397-6.

JANDOUREK, Jan. *Slovník sociologických pojmů: 610 hesel*. Praha: Grada publishing a.s., 2012. ISBN 978-80-247-3679-2.

JARKOVSKÁ, Lucie. *Prohlédněme genderové stereotypy*. In ABC feminismu. Brno: Nesehnutí, 2004. ISBN 80-903228-3-2.

KATZ, Jonathan Ned. *Vynález heterosexuality (komentář Věra Sokolová)*. *Gender, rovné příležitosti, výzkum*, 14 (2), 2013. ISSN 1213-0028.

KLIGMAN, Gail. *The Politics of Duplicity: Controlling Reproduction in Ceausescu's Romania*. University of California Press, 1998, ISBN 0-520-21074-3.

KOKAISL, Petr. *Základy Antropologie*. Praha: Česká zemědělská univerzita v Praze, 2007. ISBN 978-80-213-1722-2.

Koordináční středisko transplantací[online]. Dostupné z: <http://www.kst.cz/o-transplantacich/kdo-je-darcem/>. [cit. 2017-05-21].

Koordinační středisko transplantací[online]. *Transplantační aktivita v ČR 2016*. Dostupné z: <http://www.kst.cz/wp-content/uploads/2016/02/Transplantacni-aktivita-v-CR-20167.pdf>. [cit. 2018-03-13]

Koordinační středisko transplantací[online]. *Dárcovska a transplantační aktivita v ČR 2017*. Dostupné z: <http://www.kst.cz/wp-content/uploads/2017/01/Darcovska-a-transplantacni-aktivita-v-CR-20176.pdf>. [cit. 2018-03-13].

KRAUS, Jiří. *Rétorika a řečová kultura*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0898-7.

LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha: Grada publishing a.s., 2004. ISBN 80-247-0668-7.

LENDEROVÁ, Milena. *Od magie k porodnici: Porod a porodnictví v období novověku*. Interní medicína pro praxi, 2003 (2). ISSN 1803-5256.

L'ETANG, Jacquie. *Public relations: základní teorie, praxe, kritické přístupy*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-596-7.

LORBER, Judith. *From the Editor*. Gender & Society, 2 (1), 1998. ISSN 1552-3977.

MACINTOSH, Kerry Lynn. *Brave New Eugenics: Regulating Assisted Reproductive Technologies in the Name of Better Babies*. Journal of Law, Technology & Policy, 257 (2), 2010. ISSN 1532-3242.

MAHOWALD, Mary Briody. *Women and Children in Health Care: An Unequal Majority*. Oxford University Press, 1996. ISBN 0-19-506346-5.

MAREŠ, Petr. *Hodnota dítěte - Česká republika na přelomu tisíciletí*. In *Rodina - 9. slovenská demografická konferencia*. Bratislava: Slovenská štatistická a demografická spoločnosť, 2003. ISBN 80-88946-28-X.

MARTIN, Lauren Jade. *Anticipating infertility: Egg freezing, genetic preservation, and risk*. Gender & Society, 24, 2010. ISSN 1552-3977.

MATONOHA, Jan. *Psaní vně logocentrismu: (Diskurz, gender, text)*. Praha, 2008. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze.

MATOUŠEK, Roman a Robert OSMAN. *Prostor(y) geografie*. Nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2762-5.

McMAHON, Martha. *Between exile and home*. In ABBEY, Sharon a Andrea O'Reilly. *Redefining Motherhood: Changing Identities and Patterns*. Second Story Press, 1998. ISBN 1-896764-06-1.

McHUGH, Erin. *The portable Queer: Homo History: A Compilation of Events That Shook and Shaped the Gay World*. New York: Alyson Books, 2007. ISBN 978-1593-500-313.

McQUAIL, Denis. *Žurnalistika a společnost*. Praha: Karolinum Press, 2016. ISBN 978-80-246-3093-9.

MISSLER, Jan. Kritická diskurzivní analýza (CDA) a velké množství masmediálních textů. In *Médiá a text II*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2008. ISBN 978-80-8068-730-4.

NetMonitor.cz[online]. Dostupné z: <http://www.netmonitor.cz/online-data-ola> [cit. 2017-12-24].

OAKLEY, Ann. *The Ann Oakley Reader: Gender, Women and Social Sciences*. Bristol: Policy Press, 2005. ISBN 978-86-3469-9.

O'REILLY, Andrea. *Encyclopedia of Motherhood 1*. SAGE, 2010. ISBN 978-1-4129-6846-1.

PALMER, Bill. *What Causes Sexual Orientation? Genetics, Biology, Psychology*. Mason Crest Publishers, 2011. ISBN 978-1-4222-1757-3.

PARUSNIKOVÁ, Zuzana. *Biomoc a kult zdraví*. Sociologický časopis, 36 (2), 2000. ISSN 0038-0288.

PLHÁKOVÁ, Alena. *Dějiny psychologie*. Praha: Grada Publishing a.s, 2006. ISBN 978-80-247-0871-3.

PURDY, Laura Martha. *Reproducing persons: Issues in feminist bioethics*. Cornell University Press, 1996. ISBN 0-8014-8322-0.

RAGONÉ, Heléna. *Of Likeness and Difference: How race is Being Transfigured by Gestational Surrogacy*. In RAGONÉ, Heléna a France Winddance TWINE. *Ideologies and Technologies of motherhood: Race, Class, Sexuality, Nationalism*. New York: Routledge, 2000. ISBN 0-415-92109-0.

RAMAZANOGLU, Caroline a Janet HOLLAND. (2004). *Feminist methodology: challenges and choices*. London: SAGE, 2004. ISBN 0-7619-5122-9.

RAPP, Rayna. *Gender, Body, Biomedicine: How some feminist concerns dragged reproduction to the Center of Social Theory*. *Medical Anthropology Quarterly*, 15 (4), 2001. ISSN 1548-1387.

RAYMOND, Janice G. *Women as Wombs: Reproductive Technologies and the battle over woman's freedom*. Melbourne: Spinifex Press, 1995. ISBN 1875559418.

REINHARZ, Shulamit. *Feminist methods in social research*. New York: Oxford University Press, 1992. ISBN 978-0195073867.

RICH, Adrienne. *Of Woman born: Motherhood as Experience and Institution*. New York: W.W.NORTON & COMPANY, 1986. ISBN 0-393-31284-4.

- RICHARDSON, John E. *Analysing Newspapers: An Approach from Critical Discourse Analysis*. Oxford: Blackwell Publishers, 2007. ISBN 978-1403935656.
- ROBERTSON, John A. *Other women's wombs: uterus transplants and gestational surrogacy*. *Journal of Law and the Biosciences*, 3 (1), 2016. ISSN 2053-9711.
- ROTHSCHILD, Joan. *The Dream of the Perfect child*. Indiana University Press, 2005. ISBN: 0-253-21760-1
- SANDELOWSKI, Margarete a Sheryl de LACEY. *The uses of a "disease": Infertility as Rhetorical Vehicle*. In INHORN, Marcia Claire a Frank van BALEN. *Infertility around the globe: New thinking on childlessness, gender, and reproductive technologies*. London: University of California Press, Ltd., 2002. ISBN 0-520-23137-6.
- SALAJKA, František. *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 80-247-1306-3.
- SCHNEIDEROVÁ, Soňa. *Analýza diskurzu a mediální text*. Praha: Karolinum Press, 2015. ISBN 9788024628844.
- SLEPIČKOVÁ, Lenka. *Nedobrovolná bezdětnost jako sociologické téma*. *Sociologický časopis*, 42 (5), 2006. ISSN 0038-0288.
- SLEPIČKOVÁ, Lenka. *Dokdy je možné fertilizovat ženu? Parlamentní debata o zákonné úpravě asistované reprodukce*. *Gender, rovné příležitosti, výzkum*, 16 (2), 2015. ISSN 1805-7632
- SOKOLOVÁ, Věra. *Planned Parenthood behind the Curtain: Population Policy and Sterilization of Romani Women in Communist Czechoslovakia, 1972-1989*. *Anthropology of East Europe Review* 23 (1), 2005. ISSN 2153-2931.
- ŠEBESTA, Karel, Eva LEHEČKOVÁ, Piotr Pawel PIERSCIENIAK a Kateřina ŠORMOVÁ. *Aplikovaná lingvistika*. Praha: Karolinum Press, 2016. ISBN 9788024632773.
- ŠMAUSOVÁ, Gerlinda. *„Rasa“ jako rasistická konstrukce*. *Sociologický časopis*, 35 (4), 1999. ISSN 0038-0288.
- ŠMAUSOVÁ, Gerlinda. *Proti tvrdošijné představě o ontické povaze gender a pohlaví*. In BARŠA, Pavel (ed.). *Politika rodu a sexuální identity* (Sborník prací fakulty sociálních studií Brněnské univerzity – Sociální studie 7). Brno: Masarykova univerzita v Brně, Fakulta sociálních studií, 2002. ISBN 80-210-2834-3.
- SPEIER, Amy. *Fertility Holidays*. NYU Press, 2016. ISBN 978-1-4798-4910-9.
- ŠUBRT, Jiří. *Soudobá sociologie II: Teorie sociálního jednání a sociální struktury*. Praha: Karolinum Press, 2008. ISBN 978-80-246-2728-1.

TONG, Rosemarie. *Feminist thought: A more comprehensive introduction*. Westview press, 2009. ISBN 978-0-8133-4375-4.

THOMPSON, Charis M. *Fertile Ground: Feminists theorize infertility*. In INHORN, Marcia Claire a Frank van BALEN. *Infertility around the globe: New thinking on childlessness, gender, and reproductive technologies*. London: University of California Press, Lld., 2002. ISBN 0-520-23137-6.

Unie vydavatelů [online]. *Výzkum čtenosti tisku – Media projekt*. Dostupné z: http://www.unievydavatelu.cz/cs/unie_vydavatelu/medialni_data [cit. 2017-12-24].

VOJTĚCHOVSKÁ, Martina, TRAMPOTA, Tomáš. *Metody výzkumu médií*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-683-4.

WARSHAK, Richard Ades. *Revoluce v porozvodové péči o děti*. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-7178-089-8.

WENEGRAT, Brant. *Theater of Disorder: Patients, Doctors, and the Construction of Illness*. New Oxford University Press, 2001. ISBN 978-0-19-514087-3.

WHO. *International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology*. Fertility and Sterility, 92 (5), 2009. ISSN 0015-0282.

WHO [online]. *Maternal mortality*. Dostupné z: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> [cit. 2018-04-30].

ZÁBRODSKÁ, Kateřina. *Variace na gender: poststrukturalismus, diskursivní analýza a genderová identita*. Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1752-9.

Analyzované články

ABBOUD, Joseph, Randa AKOURI, Farid BEDRAN, Filip BRÄNNSTRÖM, Mats BRÄNNSTRÖM, Pernilla DAHM-KÄHLER, Manda GHARHEMANI, Gael Abou GJANNAM, Pascal HAJJ, Ash HANAFY, Ghassan MAALOUF, Shafaq MERZAH, Toufic NAKAD a Abbo WAKED. *Uterus transplantation: An update and the Middle East Perspective*. Middle East Fertility Society Journal, 22 (3), 2017. ISSN 1110-5690.

Aktuálně.cz[online]. *Dělohu transplantujeme jen ženám, které podstoupí i neověřenou metodu, říká lékař po první operaci*. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/zeny-kterym-transplantujeme-delohu-musi-velmi-touzit-podstoupit-r~37591d36196111e69966002590604f2e/?redirected=1513952896>. [cit. 2017-12-25]. (Aktuálně.cz, 2016)

AKOURI, Randa, Mats BRÄNNSTRÖM, Daniel BRATTGÄRD, Cesar DIAZ-GARCIA, Anders ENSKOG, Klasu GROTH, Per Olof JANSON, Liza JOHANNESSON, Cecilia LUNDMARK, Janusz MARCICKIEWICZ, Michael OLAUSSON, Xavier ROGIERS a Andreas TZAKIS. *Ethics of uterus transplantation with live donors*. Fertility and Sterility, 102 (1), 2014. ISSN 0015-0282. (Fertility and Sterility, 2014)

ARORA, Kavita Shah a Valarie BLAKE. *Uterus transplantation: ethical and regulatory challenges*. Journal of medical ethics, 40 (6), 2013. ISSN 1473-4257. (BMJ, 2013)

BALAYLA, Jacques, Marcel EDWARDS a Ariel LEFKOWITZ. *Ethical Considerations in the era of uterine transplant: an update of the Montreal Criteria for the Ethical Feasibility of Uterine Transplantation*. Fertility and Sterility, 100 (4), 2013. ISSN 0015-0282. (Fertility and Sterility, 2013b)

BENAGIANO, Giuseppe, Ivo BROSENS a Laurens LANDEWEERD. *Medical and ethical considerations in uterus transplantation*. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 123, 2013. ISSN 1879-3479. (International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2013)

Blesk.cz[online]. *IKEM provedl poprvé jedinečnou transplantaci: Matka darovala dceři dělohu*. Dostupné z: <http://www.blesk.cz/clanek/regiony-praha-praha-zpravy/393894/ikem-provedl-poprve-jedinecnou-transplantaci-matka-darovala-dceri-delohu.html>. [cit. 2017-12-25]. (Blesk.cz, 2016)

BRÄNNSTRÖM, Mats, Alex CLARKE, Stina JÄRVHOLM a Liza JOHANNESSON. *Uterus Transplantation trial: Psychological evaluation of recipients and partners during the post-transplantation year*. Fertility and Sterility, 104 (4), 2015. ISSN 0015-0282. (Fertility and Sterility, 2015).

CAPLAN, Arthur L. *Ensuring the future of uterine transplantation*. Fertility and Sterility, 99 (3), 2012. ISSN 0015-0282. (Fertility and Sterility, 2013a)

COSTA, Alessandro Nanni, Sabina GAINOTTI, Carlo PETRINI a Assunta MORRESI. *Ethical issues in Uterine Transplantation: Psychological Implications and Informed Consent*. Transplantation proceedings, 49, 2017. ISSN 0041-1345. (Transplantation proceedings, 2017)

ČtiDoma.cz[online]. *První transplantace dělohy v Česku proběhla v IKEMu*. Dostupné z: <http://www.ctidoma.cz/zdravi-styl-zpravodajstvi/2016-05-13-prvni-transplantace-delohy-probehla-v-ikemu-23495>. [cit. 2017-12-25]. (ČtiDoma.cz, 2016)

GUDIPUDI, Deleep Kumar a Giuseppe DEL PRIORE. *Promise of uterine transplant – Myth or a reality?* Maturitas, 77 (1), 2014. ISSN 0378-5122. (Maturitas, 2014)

ČEKAL, Miloš, Jiří FRONĚK, Roman CHMEL, Jan MATĚCHA, Marta NOVÁČKOVÁ a Zlatko PASTOR. *Možnosti transplantace dělohy v České republice – indikace, výzkum a klinické zkušenosti*. Časopis lékařů českých, 156 (1), 2017. ISSN 1803-6597. (Časopis lékařů českých, 2017a)

ČEKAL, Miloš, Jiří FRONĚK, Roman CHMEL, Jan MATĚCHA, Marta NOVÁČKOVÁ a Zlatko PASTOR. *Etické aspekty transplantace dělohy*. Časopis lékařů českých, 156 (1), 2017. ISSN 1803-6597. (Časopis lékařů českých, 2017b)

ČEKAL, Miloš, Jiří FRONĚK, Roman CHMEL, Jan MATĚCHA, Marta NOVÁČKOVÁ, Zlatko PASTOR a Renata ZÁMĚČNÍKOVÁ. *Psychologické hodnocení účastnic studie transplantace dělohy*. Časopis lékařů českých, 156 (7), 2017. ISSN 1803-6597. (Časopis lékařů českých, 2017c)

iROZHLAS.cz[online]. *Čeští lékaři transplantovali dělohu už šesti ženám. Dvě z nich orgán získaly od zemřelých dárkyň*. Dostupné z: https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/cesti-lekari-transplantovali-delohu-uz-sesti-zenam-dve-z-nich-organ-ziskaly-od_1704261351_dp. [cit. 2017-12-25]. (iROZHLAS.cz, 2017)

Novinky.cz [online]. *Žena po transplantaci dělohy porodila zdravé dítě*. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/zena/zdravi/456881-zena-po-transplantaci-delohy-porodila-zdrave-dite.html>. [cit. 2017-12-25]. (Novinky.cz, 2017)

OnaDnes.cz [online]. *První Češka má transplantovanou dělohu. Dárkyní je její matka*. Dostupné z: https://ona.idnes.cz/prvni-transplantace-delohy-v-cesku-du5-/zdravi.aspx?c=A160513_152550_zdravi_pet. [cit. 2017-12-25]. (OnaDnes.cz, 2016)

ORENTLICHER, David. *Toward Acceptance of Uterus Transplants*. Hastings Center reports, 42 (6), 2012. ISSN 0093-0334. (Hastings center report, 2012).

Pražský deník.cz[online]. *První ženy s transplantovanou dělohou se chystají na těhotenství*. Dostupné z: https://prazsky.denik.cz/zpravy_region/prvni-zeny-s-transplantovanou-delohou-se-chystaji-na-tehotenstvi-20170426.html. [cit. 2017-12-25]. (Pražský deník.cz, 2017)

TOPZINE.cz[online]. *Čeští lékaři jako první vyzkouší transplantace dělohy od mrtvých dárkyň.* Dostupné z: <https://www.topzine.cz/cesti-lekari-jako-prvni-vyzkousi-transplantace-delohy-od-mrtvych-darkyn>. [cit. 2017-12-25]. (TOPZINE.cz, 2016)

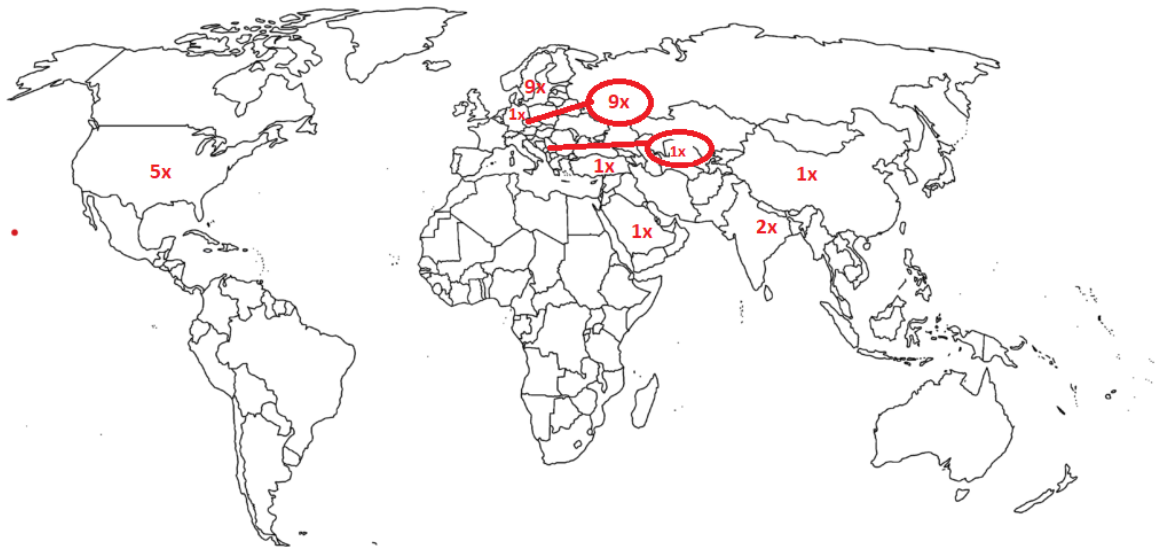
TÝDEN.cz[online]. *Úspěch: První transplantace dělohy v Česku. IKEM ukáže pacientku i dárkyni.* Dostupné z: https://www.tyden.cz/rubriky/zdravi/prvni-transplantace-delohy-v-cesku-ikem-ukaze-pacientku-i-darkyni_383371.html. [cit. 2017-12-25]. (TÝDEN.cz, 2016)

Zdravotnický deník.cz[online]. *Transplantace dělohy: Obrovské naděje, ale stojí za ta rizika?* Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/11/transplantace-delohy-obrovske-nadeje-ale-stoji-za-ta-rizika/>. [cit. 2017-12-25]. (Zdravotnický deník.cz, 2015)

Přílohy

Příloha č. 1

Transplantace dělohy ve světě (grafické znázornění)



Zdroj: Autorka

Příloha č. 2

Transplantace dělohy ve světě (tabulkové znázornění)

Země	Rok	Počet transplantací	Dárkyně	Počet narozených dětí	Zdroj
Saudská Arábie	2000	1	žijící	0	IKEM
Turecko	2011	1	zemřelá	0	IKEM
Švédsko	2012-2013	9	žijící	5	IKEM
Čína	2015	1	žijící	0	IKEM
USA - Cleveland	2016	1	zemřelá	0	IKEM
Německo	2016	1	žijící	0	Reproductive Medicine and Biology 2017
Česká Republika	2016-2017	9	5x žijící, 4x zemřelá	0	Koordináční středisko transplantací
Srbsko	2017	1	žijící	0	Reproductive Medicine and Biology 2017
Indie	2017	2	žijící	0	Indian Express
USA- Dallas	2017	4	žijící	2	Baylor Scott & White Health

Zdroj: Autorka na základě dostupných informací k 4.4.2018

Poznámka: Tyto údaje je potřeba považovat za orientační, některá čísla jsou neověřena z důvodu, že transplantáční týmy nevydávají oficiální tiskové zprávy, a tyto informace jsou poskytovány médií bez odkazu na zdroj. Neexistuje žádný souhrnný výčet celosvětově provedených transplantací dělohy, ačkoliv někteří autoři se o to pokoušejí, ani mezi nimi však neexistuje shoda co se počtu transplantací týče

Příloha č. 3

Aktualizovaná Montrealská kritéria pro etickou proveditelnost transplantace dělohy:

1. Příjemkyně:
 - a. Je genetická žena v reprodukčním věku bez zdravotních kontraindikací k transplantaci
 - b. Má dokumentovanou vrozenou nebo získanou UFI, u níž selhaly všechny zlaté standardy a konzervativní terapie
 - c. (c1) má osobní nebo legální kontraindikaci vůči přijetí surogacie či adopce a touží po dítěti, nebo (c2) usiluje o UTx výhradně jako opatření díky kterému zažije gestaci s porozuměním limitů UTx
 - d. Její rozhodnutí podstoupit UTx nebylo vyhodnoceno odbornou psychologickou evaluací jako iracionální, a nemá psychologickou komorbiditu, která by zasahovala do diagnostického ošetření nebo léčby
 - e. Nevykazuje otevřenou nevhodnost k mateřství
 - f. Je ochotná brát antirejekční léky a odpovědně poslouchat ošetřující tým a
 - g. Je dostatečně odpovědná k souhlasu, a dostatečně informovaná k zodpovědnému rozhodnutí.
 2. Dárkyně
 - a. Je žena v reprodukčním věku bez zdravotních kontraindikací k transplantaci
 - b. (b1) Opakovaně dospěla ke shodnému rozhodnutí nebo (b2) podepsala souhlas s posmrtným darováním orgánů
 - c. Neměla v minulosti poškození nebo onemocnění dělohy a
 - d. Je dostatečně odpovědná k souhlasu, a dostatečně informovaná k zodpovědnému rozhodnutí, a není k tomu donucena.
 3. Zdravotnický tým
 - a. Je součástí instituce, která splňuje Moorovo třetí kritérium, které se týká stability instituce
 - b. Poskytl oběma stranám adekvátní informace ohledně rizik, potenciálních následků, a šancí na úspěch a neúspěch
 - c. Není zde střet zájmů s ani jednou ze zainteresovaných stran a
 - d. Zavazuje se zachovat anonymitu dárkyně i příjemkyně, pokud se tohoto práva nevzdají
- Poznámka: Za předpokladu, že transplantace dělohy (UTx) u lidí vede k životaschopné gestaci a je dokázáno, že je zdravotně bezpečná pro matku i plod, žena může být zvažována jako kandidátka pro transplantaci dělohy pouze pokud splňuje všechna výše uvedená kritéria, které se týkají tří skupin.

Zdroj: *Middle East Fertility Society Journal*. 2017 (22), 163-169. Dostupné z:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1110569017300705>

Překlad: autorka

Poznámka: Změny oproti původním Montrealským kritériím zvýrazněna červeně