

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

KATEDRA GENDEROVÝCH STUDIÍ

BC. TEREZA HENDLOVÁ

“Genderová selekce jako otázka bioetiky“

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Kolářová, Ph.D.

Praha 2008

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

Tereza Hendlová

Poděkování: Ráda bych poděkovala Mgr. Kateřině Kolářové, Ph.D. za vedení práce, své matce za její kritické připomínky z lékařské praxe, University of Otago za rozšíření obzorů v oblasti bioetiky a Katedře genderových studií za prohloubení vzdělání v oblasti feministických teorií.

Abstrakty	5
Předmluva	7
1. Úvod	7
2. Koncepce genderové selekce	11
A. Genderová selekce z lékařských důvodů	11
Genderová selekce jako řešení intersexuality	13
Etické implikace genderové selekce z lékařských důvodů	14
B. Genderová selekce z nelékařských důvodů	15
Genderová selekce jako harmonizace rodiny	16
Genderová selekce jako záležitost preference	18
Genderová selekce jako genderocida	19
Etické implikace selekce z nelékařských důvodů	21
3. Vývoj lékařských technologií a metod genderové selekce	22
Prenatální diagnostika: amniocentéza a ultrazvuk	22
B. Metoda separace spermatu předcházející početí	24
C. Genetická diagnóza embrya předcházející jeho implantaci do dělohy některou z metod asistované reprodukce	25
4. Feministická reflexe ART	27
ART jako nástroj osvobození žen	27
ART jako nástroj diskriminace žen	28
Současné debaty o implikacích ART pro ženy	30
ART jako nástroj stratifikace žen	32
5. Koncept reprodukční svobody	34
Robertsonův pohled na řešení konfliktních situací v rámci ART	35
Několik výhrad k Robertsonovu konceptu reprodukční svobody	36
6. Vyhodnocení praxe genderové selekce prizmatem čtyř základních principů bioetiky	38
A. Princip autonomie	39
Embryonální selekce a genderová autonomie dítěte	41
Autonomie rodičovské volby	42
B. Princip nezraňování	44
Komodifikace dítěte	45
„Genderová selekce dítě nezraňuje, neboť díky ní existuje“	46
C. Princip prospěšnosti	48
Prospěšnost genderové selekce pro děti	48
Prospěšnost genderové selekce pro rodiče	49
Koncept dokonalého dítěte	50
Prospěšnost genderové selekce pro kliniky	51
D. Princip spravedlnosti	52
Shrnutí vyhodnocení praxe genderové selekce z hlediska 4 principů bioetiky	54
7. Legislativní vymezení genderové selekce	55
Deklarace o bioetice a lidských právech	55
Úmluva o lidských právech a biomedicině	56
8. Diskurz klinik nabízejících selekci	59
Legitimizace selekce	60
Selekce jako vědecký pokrok	63
Důraz na bezpečnost procedur	63
Konstrukce genderu v diskurzu klinik provádějících genderovou selekci	65
Provázanost apriorní genderové selekce se selekcí z lékařských důvodů	67
Selekční turistika	68
Shrnutí diskurzivní konstrukce genderové selekce na webových stránkách klinik	70
9. Závěr	71
Literatura:	73

Abstrakty

Abstrakt: Genderová selekce jako otázka bioetiky

Práce se zabývá tématem genderové selekce (úmyslnou determinací genderu dítěte, kterou umožňuje reprodukční medicína) z perspektivy etiky biomedicíny. Klade si otázku, zda je praktikování genderové selekce etické z hlediska 4 základních principů bioetiky podle nichž by měla být vyhodnocována každá medicínská praxe (jsou jimi princip autonomie, nezraňování, prospěšnosti a spravedlnosti). Práce rozlišuje mezi genderovou selekcí z lékařských a nelékařských důvodů a věnuje se převážně druhému typu selekce, který je z etického hlediska mnohem problematičtější, protože se nevztahuje ke zdravotní prosperitě dítěte. K praktikování selekce dochází v kontextu složité interakce sociálních, politických, ekonomických a jiných faktorů, v nichž rodiče tvoří své reprodukční volby, přičemž nezanedbatelným faktorem ovlivňování je také odborný medicínský diskurz. Za účelem hlubší kontextualizace teoretických debat o etickém charakteru genderové selekce z nelékařských důvodů je představen koncept reprodukční svobody (dle J.A. Robertsona) a feministické kritiky reprodukčních technologií. Základní tezí práce je, že by genderová selekce z nelékařských důvodů neměla být legální a dostupná, protože má velký potenciál reprodukovat genderové stereotypy.

Klíčová slova: gender, genderová selekce, bioetika, feminismus, diverzita, reprodukční svoboda, autonomie, nezraňování, prospěšnost, spravedlnost

Abstract: Gender Selection as an Issue of Bioethics

My thesis focuses on the topic of gender selection (deliberate determination of the child's gender which is now possible thanks to recent developments in reproductive medicine) from the perspective of biomedical ethics. The main question is whether the practise of gender selection complies with the 4 basic principles of bioethics against which all medical action should be assessed (principle of autonomy, non-maleficence, beneficence and justice). In the thesis, I distinguish between two main types of gender

selection: gender selection for medical and non-medical reasons. The main focus is put on the second type, which is more ethically disputable, as it is not as directly related to the child's health and well-being as the first type. Gender selection for non-medical reasons is practiced in the context of multiple interactions of social, political, economic and other factors that all inform parental choices. One of the very influential factors is the medical discourse. For the purpose of complex contextualisation of gender selection for non-medical reasons, the concept of procreative liberty (introduced by J.A. Robertson) and feminist critiques of reproductive choices are presented. My main argument is that gender selection for non-medical reasons should not be legal and available as it has a high potential of reproducing gender stereotypes.

Keywords: gender, gender selection, bioethics, feminism, diversity, procreative liberty, autonomy, non-maleficence, beneficence, justice

Předmluva

Tato práce je psána z feministické perspektivy, která považuje gender za společenský konstrukt a prosazuje potřebu rovnoprávnosti žen a mužů ve společnosti v rámci respektu diverzity genderových a sexuálních identit (Braidotti, 1994; Bourdieu, 2000; Rupp, 2001; Butler, 2003 a 2004; Renzetti a Curran, 2003). Touto diverzitou myslím především oceňování rozmanitosti identit, rolí a životních stylů žen, mužů, transgender jedinců a dalších skupin lidí. Uvědomuji si, že má práce je hodnotově vyhraněná a tento možný deficit se snažím překlenout tím, že si tuto vyhraněnost uvědomuji a snažím se ji vyargumentovat v rámci diskuze tezí, které pocházejí z ne-feministické tradice.

1. Úvod

Ve své diplomové práci se zabývám tématem genderové selekce. Tímto názvem jsou označovány praktiky a strategie, jejichž cílem je ovlivnit, nebo přímo předurčit, narození dítěte určitého genderu (Warren, 1985, 1999 a 2005; Robertson, 1996, 2001, 2003, 2004, 2005; Fugger, Black, Keyvanfar a Schulman, 1998; Sureau, 1999; McCarthy, 2001; Cloonan, Crumley a Klymaz, 2003; Darnovsky, 2003 a 2004; Kanellopoulou, 2004; Rothschild, 2005; a další). Legální praxe genderové selekce je založena na možnostech nových reprodukčních technologií a jedná se o poměrně nový a velmi rychle se rozvíjející obor reprodukční medicíny. Proto je třeba sledovat, jakým způsobem, je dynamický rozvoj techniky regulován, aby bylo účinně předcházeno případům, kdy by mohlo dojít k porušování lidských práv, autonomie a snížení kvality lidského života, což jsou kritéria pro regulaci biomedicínkové praxe definovaná Všeobecnou deklarací o bioetice a lidských právech (UNESCO, 2007).

Obvykle bývají rozlišovány dva druhy selekce: selekce z lékařských důvodů, sloužící k prevenci narození dítěte s dědičnou nemocí, často zvaná instrumentální, a selekce z nelékařských důvodů motivovaná převážně rodičovskými preferencemi, proto zvaná apriorní (Bayles, 1990). Ve své práci se budu věnovat zejména selekci z nelékařských důvodů, protože faktory do ní vstupující a ovlivňující proces volby rodičů, jsou převážně společenského původu: patří k nim kultura, společenská a

ekonomická vrstva, gender, rasa, etnický původ, státní příslušnost, víra, apod. Jedním z velmi silných zdrojů ovlivňování rodičovských reprodukčních voleb, kterému bude v této práci věnována velká pozornost, je expertní diskurz medicíny. Dohromady všechny zmíněné faktory vytvářejí spletitou síť, již je těžké rozluštit, a proto mě velmi zajímá, jakým způsobem je genderová selekce a její potenciální provádění ošetřeno v rámci mezinárodních etických deklarácí a úmluv o biomedicíně legislativě zemí Evropy a Severní Ameriky.

V současné době existuje dostatek důkazů k tomu, aby bylo možné konstatovat, že v některých zemích Asie a severní Afriky¹ jsou porušována lidská práva žen, neboť zde dochází k úmyslnému odstraňování potomků ženského pohlaví (Sen, 1993, 2003 a 2005; Jones, 2004; Li, 2004). Děje se tak za pomoci selektivního potratu, ale i úmyslného zanedbání dítěte, nebo vraždy. Odhaduje se, že ve světové populaci chybělo před 5 lety v důsledku preference mužských potomků minimálně 100 milionů žen (Sen, 2003). Tento nepoměr již dnes vede k závažným sociálním a ekonomickým krizím ve zmíněných oblastech, mezi jejichž následky patří také nárůst násilného obchodování se ženami a zhoršení již tak druhořadé pozice žen ve společnosti.

Evropské a severoamerické² země se vůči takovým praktikám obvykle vymezují a deklarují svou podporu dodržování lidských práv, práva žen nevyjímaje (Pennings, 1996; Robertson, 1996, 2001, 2003, 2004 a 2005; Savulescu a Dahl, 2000; McCarthy, 2001; Dickens, 2002). Bývá konstatováno, že ženy jsou v těchto společnostech rovnoprávné muži. Podle této argumentace tak ani v případě legalizace genderové selekce nemůže dojít k porušování lidských práv, protože v současné euroamerické společnosti panuje demokracie a v té na pohlaví nezáleží.

Ozývá se však dostatek kritických hlasů, které upozorňují, že údajná genderová rovnoprávnost existuje převážně jen v teoretické rovině proklamací, nikoliv v rovině praxe, neboť ženy jsou nadále znevýhodněné v oblastech rodiny, pracovního trhu, politiky, stále se jim dostává druhořadého společenského statusu a celkově mají nízký

¹ Tyto země jsou často označovány obecně jako země "Třetího světa", nebo "rozvojové země" (Allen a Thomas, 2000), této zjednodušující a hodnotově zabarvené generalizaci se v práci úmyslně vyhýbám. Dostatečné argumenty pro neadekvátnost takového označení poskytuje Amartya Sen (2005), když na příkladu Indie ukazuje, že praktikování apriorní genderové selekce nelze jednoduše zdůvodnit chudobou nebo kulturou nebo náboženstvím, protože v rámci indické společnosti je absence žen problémem v různých regionech, napříč ekonomickým a náboženským spektrem.

² Uvědomuji si zjednodušující povahu této kategorizace, ale jsem vedena snahou nějak vymezit diskuzi, kterými se v práci zabývám. Většina zdrojů, které používám, se vyjadřuje k praxi v "západní Evropě" a Severní Americe, kde již proběhly diskuze o legalizaci genderové selekce. Jak uvedu dále, tento prostor mě zajímá především proto, že země z tohoto prostoru jsou prezentovány jako příklad demokratických zemí, které dbají na rovnoprávnost žen a mužů a zamezují na svém území genderové diskriminaci (Pennings, 1996; Robertson, 1996, 2001, 2003, 2004 a 2005; Savulescu a Dahl, 2000; McCarthy, 2001; Dickens, 2002). Tuto tezi ve své práci podrobím kritické analýze a pro zjednodušení budu dále země Evropy a Severní Ameriky označovat jako euroamerické.

podíl na rozhodování o věcech veřejných (Beck a Beck-Gernsheim, 1995; Bourdieu, 2000; Greer, 2000; Allen a Thomas, 2000; Parreñas, 2001; Newman a Grauerholz, 2002; Butler, 2003 a 2004; Renzetti a Curran, 2003; Radimská, 2003; Ehrenreich a Hohschild, 2004 a další).

Sám veliký business, který se kolem genderové selekce v některých z euroamerických zemí roztáčí, také dokazuje, že tyto společnosti nejsou genderově zdaleka neutrální³. Výnosy klinik provozujících genderovou selekci svědčí o tom, že mnoha rodičům na pohlaví dítěte záleží, a to natolik, že se rozhodnou podrobit invazivním procedurám reprodukční medicíny a platit za ně vysoké finanční částky (Darnovsky, 2004). Tento paradox vzbuzuje mnoho otázek po etice svobodné manipulace s chromozomální výbavou dítěte a otevírá důležitou diskuzi o genderových a lidsko-právních implikacích legalizace selekčních technik. Proto se ve své práci zaměřím právě na prostor Evropy a Severní Ameriky a představím etické diskuze, které se zde vedou o legitimitě provádění genderové selekce.

Ve své diplomové práci se zaměřím na koncepci reprodukční svobody, která se vyskytuje v euroamerických debatách nad genderovou selekcí (Robertson, 1996, 2001, 2003, 2004, 2005; Pennings, 1996; Singer, 1998; Savulescu a Dahl, 2000; McCarthy, 2001; Dickens, 2002) a podrobím ji konfrontaci se základními etickými principy biomedicínské praxe (Beauchamp a Childress, 2001). Budu si klást otázku, zda je praxe genderové selekce eticky v pořádku, tedy není problém, aby byla legální, či zda existují dostatečné důvody k regulaci jejího provádění, za jakých okolností a s ohledem na jaké hodnoty.

V rámci analýzy konceptu reprodukční svobody mě zajímá, které z rodičovských motivů pro genderovou selekci potomstva jsou považovány za opodstatněné, a proč, respektive jaký užitek má selekce rodičům, a potažmo společnosti, přinášet. Jaká váha je přikládána možným negativním důsledkům genderové selekce pro postavení dětí a jak je jim možné, v rámci respektu pro reprodukční svobodu, předejít? Může i přes tuto potenciální snahu selekce nějakým závažným způsobem předurčit život narozených jedinců proti jejich vůli, nebo snad dokonce nějakým způsobem narušit skladbu společnosti?

³ Genderová selekce pomocí selekce spermatu stojí průměrně \$5000 USD (Obasogie, 2005), pomocí fertilizace in vitro spojené s prenatální genetickou diagnostikou embrya přijde na \$18 000 USD (Arons, 2007).

Vzhledem k genderovým implikacím problematiky reprodukčních technologií a genderové selekce bude velká pozornost věnována feministické kritice asistované reprodukce a technologií genderové selekce.

Většina otázek, které si v práci kladu, spadá do oblasti teorií etiky, což předurčuje teoretický charakter této práce. Kromě představení obsahu etických principů biomedicíny představím stručný přehled právních úprav genderové selekce v Evropě a USA. Budu se ptát po důvodech legitimizace nebo zákazu praktikování genderové selekce, a vyjádřím se k implikacím legislativy pro dodržování lidských práv, především pak s ohledem na hodnotu rovnoprávnosti žen a mužů.

Poslední část práce je věnována kritické analýze diskurzu klinik, které provádění genderové selekce nabízejí. V této části se zabývám převážně diskurzivní konstrukcí genderu a způsoby legitimizace genderové selekce. Uvědomuji si, že pracuji s webovými materiály, jejichž účelem je propagace služeb, proto genderovou selekci příznačně prezentují strategicky pozitivně. K analýze těchto zdrojů využívám kritické diskurzivní analýzy, jak ji definují Norman Fairclough (1999, 2004) a Teun A. van Dijk (2001). Jedná se o metodu kvalitativní textové analýzy, která umožňuje dekonstruovat mocenskou konstrukci textu a ukázat na diskurzivní pozadí a, více či méně přiznané, premisy, se kterými texty pracují.

Doufám, že hledáním odpovědí na výše zmíněné výzkumné otázky přispějí do diskuze, jež v české společnosti stále nemá velký prostor a pozornost. Domnívám se, že je třeba, aby se tato diskuze rozvinula, protože reprodukční technologie a medicína se vyvíjejí velmi dynamickým způsobem a je třeba si stále ujasňovat hodnoty, s nimiž společnost medicínskou praxi reguluje, aby mohlo být efektivně a včas předcházeno porušování lidských práv.

2. Koncepce genderové selekce

Jak již bylo řečeno v úvodu, na základě motivace s jakou rodiče přistupují k genderové selekci dětí, bývají rozlišovány dva typy genderové selekce⁴: selekce z lékařských a selekce z nelékařských důvodů (Bayles, 1990). V následujících kapitolách se oběma těmito typům budu detailněji věnovat, ozřejmím jejich specifika, kontext, ve kterém jsou praktikovány a více se budu věnovat též motivaci rodičů k podstoupení genderové selekce dětí.

A. Genderová selekce z lékařských důvodů

Genderová selekce z lékařských důvodů (instrumentální selekce) je praktikována na základě genetického profilu rodičů, kteří si nepřejí, aby stejnou genetickou výbavu zdědily jejich děti. Rodiče, kteří jsou si vědomi, že v jejich rodině se vyskytuje dědičná nemoc mohou podstoupit testy a zjistit, s jakou pravděpodobností se tato nemoc přenesou na jejich potomstvo. Výsledná informace získaná na základě genetického vyšetření má primárně instrumentální význam⁵, neboť její lidé podstupují hlavně proto, aby se zbavili úzkosti z možného početí dítěte s postižením a mohli na jeho základě vyvinout činnost, aby jeho narození dítěte předešli (tamtéž). Reagují tak svojí aktivitou na již existující stav, aby s ním dále naložili, případně ho zlepšili. Bayles tvrdí, že: „když je vědomost požadována instrumentálně, je oceňována vzhledem k následkům, většinou proto, že umožňuje jedinci podniknout určité kroky“ (Bayles, 1990: 246, překlad vlastní⁶).

Vzápětí dodává, že „touha po genetické informaci je racionální, protože je jistě racionální chtít předejít narození dítěte s defektem. Jedním z aspektů této touhy je vyvarovat se početí dítěte s vážným handicapem“ (tamtéž). Je totiž přesvědčen, že takový handicap „snižuje kvalitu života jedince, jež ho žije“ (Bayles, 1990: 247) a znemožňuje mu požívat rovných příležitostí s ostatními členy společnosti. Dodává, že

⁴ Jak budu v textu argumentovat, rodiče neselektují pro fyzické znaky, ale pro gender, protože chtějí potomka, který bude zaujímat určitou, poměrně konkrétní, genderovou roli (Darnovsky, 2004). Proto v rámci celé diplomové práce hovořím o selekci z důvodů genderu, nikoli pohlaví.

⁵ Ačkoli existuje možnost, že by někteří lidé mohli být pouze zvědaví na svou genetickou konstituci, ale tato situace, dle Baylese (1990) nebývá příliš častá.

⁶ Všechny překlady z cizojazyčných originálů použité v této práci jsou mé vlastní, není-li uvedeno jinak.

dokud takové dítě neexistuje, snaha předejít jeho narození je legitimní, protože neexistuje nic jako povinnost se reprodukovat. Vyvarování se narození dítěte s handicapem, z jeho pohledu, zamezí utrpení dítěte samého a ostatních, protože věří, že „handicapované děti uvalují vyšší břemena na své rodiče a sourozence, co se týče času, námahy a finančních prostředků, než je tomu u normálních dětí“ (Bayles, 1990: 246).

Instrumentální genderová selekce se týká především dětí mužského pohlaví, u nichž hrozí dědičná choroba vázaná na chromozom X. Takových nemocí existuje zhruba 350 a patří mezi ně například hemofilie, svalová dystrofie, nebo hydrocefalus⁷ vázaný na chromozom X (Bayles, 1990; Fugger, Black, Keyvanfar a Schulman, 1998; Oakley, 2000; Rothschild, 2005). Typické pro tyto choroby je, že se ve většině případů rozvíjejí jen v mužské linii, zatímco ženy a potenciální matky jsou pouze přenašečkami a nemoc se u nich neprojevuje (Fugger, Black, Keyvanfar a Schulman, 1998; Oakley, 2000, Seemanová, 2002;). Oakley (2000) uvádí, že u ženy, která dostala od rodičů dva chromozomy X, se v případě takových nemocí, jako je hemofilie, projeví kurantní gen jen v případě, že jsou postiženy oba chromozomy, což je velmi málo pravděpodobné.

V případě, kdy hrozí u mužského potomka závažná X-chromozomální choroba, mohou tedy rodiče jeho narození předejít pomocí selekce pohlaví a zplodit zdravé dcery. Zvolit mohou buď metodu po početí, tedy selektivní potrat, nebo selekci spermatu zvyšující pravděpodobnost početí dcery, nebo IVF již geneticky předurčeného plodu: vše závisí na jejich finančních možnostech a legislativě toho kterého státu, většina států Evropy a Severní Ameriky ale genderovou selekci z lékařských důvodů povoluje (Robertson, 1996, 2001, 2003, 2004 a 2005; Bionet, 2002), a pokud legislativa selekci neumožňuje, zbývá ještě možnost embryonální turistiky do států, kde je povolena.

V poslední době se však ukazuje, a rozbor webových stránek klinik nabízejících genderovou selekci to dále potvrdí, že instrumentální selekce již neprobíhá jen kvůli závažným chorobám vázaným na chromozom X, ale i např. kvůli zvýšené možnosti rakoviny prostaty nebo rakoviny prsu, což dokáže prenatalní diagnostika odhalit (Sherwin, 2001). Tím pádem instrumentální selekce přestává být soustředěná na zdravotní prognózu synů a stává se i nástrojem k selekci “nezdravých“ dcer. Celkově se zdá, že genderová instrumentální selekce je provázána s obecnou embryonální selekcí ze zdravotních důvodů.

⁷ Jedná se o vážné choroby s negativní prognózou, ale člověk na ně umírá až za několik let (Vokurka a Hugo, 2002).

Genderová selekce jako řešení intersexuality

Zvláštním typem genderové selekce instrumentálního typu je upravení vnějších pohlavních znaků v případě intersexuality jedince. Jedná se tedy o postnatální selekci, neboť se provádí až po narození dítěte. Intersexuální jedinci jsou definováni jako osoby nejistého pohlaví (Fafejta, 2004). Fafejta (2004) uvádí, že u jedince, jehož pohlaví lze s jistotou určit se musí shodovat genetická, hormonální a anatomická úroveň. Fausto-Sterling (1997) ještě navíc rozšiřuje schéma o psychologickou dimenzi: míru, do jaké člověk přijímá příslušnou genderovou identitu a roli (tedy tu, která je společensky prisuzovaná jeho pohlaví). Existují jedinci, kteří nejsou jednoznačně identifikovatelní, například v důsledku chromozomálních abnormalit (X0, XXX, XXY, XYY) (Fausto-Sterling, 1997; Renzetti a Curran, 2003; Fafejta, 2004). V takových případech nastupují do hry lékaři, jejichž úkolem je odchylku napravit a operativně upravit jedince tak, aby jednoznačně zapadal do dvoupohlavního systému společnosti, i v případě, že jeho neurčitý statut nepřináší zdravotní rizika: zdá se, že se za snahou o nápravu se skrývají hlavně společenské zájmy, jmenovitě potvrzení o existenci dvou, a právě jen dvou možných pohlaví a jim příslušajícím genderům (Fausto-Sterling, 1997; Fafejta, 2004).

Zajímavá jsou kritéria, která legitimují chirurgický zákrok, u mužů je to dostatečná velikost penisu (průměrná velikost penisu při narození je 3,5 cm: lékaři odmítají, aby jedinci narození s penisem menším než 1,53 cm setrvali jako muži), ženu definuje schopnost rodit (Fausto-Sterling, 1997). I biologickým ženám, které nejsou intersexuální, je často chirurgicky zmenšován příliš velký klitoris, aby odpovídaly představám o tom, jak má vypadat správná žena. Tato praxe ukazuje, že ženství a mužství je z velké míry sociálním fenoménem, neboť estetická kritéria mohou převážít kritéria fyzického uspokojení. Také ale potvrzují tezi o povinné heterosexuality v rámci genderového řádu, neboť správný muž musí být schopen penetrovat ženu, zatímco ona má mít malý klitoris, který nemá mít penetrační potenciál.

Je zjevné, že do selekce v případě intersexuality vstupuje celá řada předpokladů a stereotypů: rigidní představa o tom, že existují dvě pohlaví a jak mají vypadat, přesvědčení o povinné heterosexuality, nebo názor, že ženu dělá schopnost rodit a muže dostatečně velký penis. Co takové představy nenaplnuje je označeno jako nenormální a

deviantní a následně odstraněno. Příznačné je, že v mnoha případech není nutnost zákroku obhajována prosperitou dítěte, ale poukazem na to, že by nezvyklými znaky dítěte mohli trpět rodiče (Fafejta, 2004). Tento fakt poukazuje na skutečnost, že prosperita a autonomie rodičů, je v případě realizace genderové selekce nadřazená prosperitě a autonomii dětí, a tento argument bude dále rozvíjen v případě genderové selekce z nelékařských důvodů.

Etické implikace genderové selekce z lékařských důvodů

Z výše řečeného ale vyplývá i zásadní poznání o charakteru medicíny: skutečnost, že není hodnotově neutrální disciplínou, ale naopak oborem, v němž hrají velkou roli sociální konstrukty a genderové stereotypy. Chápání podstaty instrumentální selekce však do značné míry závisí na širší chápání toho, co je to defekt, přičemž hlasy kritizující embryonální selekci konstatují, že kategorie defektu je výrazně sociálně konstruovaná (Garland-Thomson, 1997; Hubbart, 1997; Wertz a Fletcher, 1998; Rothschild, 2005).

To je zásadní i pro genderovou selekci, kde navíc hranice mezi instrumentální a apriorní selekcí není tak pevná, jak by se mohlo zdát. Ve společnostech, kde jsou muži a vlastnosti s nimi asociované ceněny nad ženy, je totiž za defekt považován i ženský gender a z tohoto důvodu se může zdát legitimní, když se rodiče snaží předejít narození dcery. Vztaženo k Baylesovým charakteristikám postižení, ženský gender může reálně snižovat kvalitu života, může být příčinou diskriminace ze strany společnosti a důvodem odpírání rovných příležitostí, jež je vzhledem ke své vadě diskriminována na úkor rovných příležitostí, tudíž osoba, která ženský gender nese může v důsledku trpět. Proto i apriorní genderová selekce může být za jistých okolností vydávána za instrumentální, ve snaze o její legitimizaci.

Celkově lze říci, že chápání toho, co je zdraví a co je defekt, závisí na společenském rámci, v němž funguje medicína. Jak se ukazuje, a bude dále diskutováno v kapitolách o etických principech biomedicínské praxe, medicína je neutrálním oborem jen zdánlivě a ve skutečnosti je hodnotově zatížená. To s sebou nese mnohé implikace pro etický charakter jejího fungování, neboť jako mohou být lidská práva porušována ve společnosti, mohou být porušována i v oblasti medicínské. Z toho důvodu je třeba regulovat oblast biomedicínských technologií a formulovat etické principy jejich používání. Tato problematika bude dále podrobně diskutována v kapitole 6.

B. Genderová selekce z nelékařských důvodů

Rodiče, kteří přistupují k genderové selekci svých potomků z nelékařských důvodů, tak činí na základě vlastních preferencí, jedná se tedy o apriorní selekci. Vytoužený gender dítěte je determinován před jeho početím proto, že jsou s ním asociovány určité znaky a vlastnosti. Hodnotové postoje rodičů přitom nevznikají izolovaně, ale v kontextu té které společnosti, proto nelze hovořit o výlučně subjektivních preferencích, ale postojích, které se utvářejí v interakci se společenským prostředím, v němž hraje svou roli celá řada faktorů, jako jsou státní a etnická příslušnost, rasa, gender, víra, společenská vrstva a jiné okolnosti (Sen, 1994 a 2003; Renzetti a Curran, 2003; Darnovsky, 2003 a 2004).

Za upřednostňováním dětí určitého genderu často stojí předsudky, protože rodiče se při rozhodování, jaké dítě chtějí, mohou nechat vést genderovými stereotypy o tom, jaké jsou dcery a jací jsou synové, případně, jakou roli budou v životě hrát (Bayles, 1990; Sen, 1994 a 2003; Darnovsky, 2003 a 2004). Jak bude dále rozvedeno, apriorní genderová selekce bývá ospravedlňována jako strategie k genderové “harmonizaci rodiny“, ale může být také zneužívána k odstraňování nechtěných dcer- zejména tato strana selekce má hrozivé sociální a populační důsledky (Sen, 1994 a 2003; Dickens, 2002; Jones, 2004; Li, 2004; Rothschild, 2005; aj.).

Z historického pohledu je snaha ovlivnit gender potomka pravděpodobně velmi stará (Warren, 1999; Suerau, 1999; Jones, 2004). Rady jež mají napomoci k získání potomka kýženého pohlaví obsahuje například již babylonský Talmud, text dokončený v pátém století našeho letopočtu (Dickens, 2002). Metody, jež se za tímto účelem využívaly (a mnohé z nich se využívají dodnes) zahrnují širokou škálu více či méně spolehlivých praktik od strategií předcházejícím početí, jako plánování soulože podle astronomických výpočtů nebo lunárního cyklu, přes akupunkturu a stravovací návyky matky (Dickens, 2002; Sureau, 1999) až po postnatální praktiky, jako úmyslné zanedbání dítěte nechtěného pohlaví s následkem smrti, nebo infanticidy (Wertz a Fletcher, 1998; Sen, 2003; Dickens, 2002 aj.).

Oběťmi dětské infanticidy byly v naprosté většině děti ženského pohlaví a její praktikování se vůbec neomezovalo na kultury asijských, afrických, či arabských zemí, kam bývá dnes stereotypně zařazováno (Robertson, 1996, 2001, 2003, 2004, 2005;

Savulescu a Dahl, 2000; Savulescu, 2001; McCarthy, 2001; Dickens, 2002), infanticida novorozených dívek byla hojně praktikována Evropě (Warren, 1985).

Spolehlivější a společensky přijatelnější možnosti genderové selekce se objevily až s rozvojem moderní medicíny, hlavně nových reprodukčních technologií, jejichž vývoji se budu detailněji věnovat ve třetí kapitole.

Nehledě na rozmanitost metod genderové selekce je všem společné jedno: jsou postavené na víře v kompatibilitu genderu a pohlaví, tedy na široce sdíleném přesvědčení, že lidé mají dvě snadno definovatelná pohlaví, tedy ženské a mužské, přičemž ženskému pohlaví přísluší ženský gender a mužskému mužský (Bourdieu, 2000, Butler, 2003 a 2004, Renzetti a Curran, 2003). Lidské bytosti jsou tak řazeny do kategorií muž a žena, které jsou konstruované jako binární opozita, aby se k sobě zpětně vztahovaly v rámci systému heterosexuální matrice (Butler, 2003). Ta je definována jako:

„Hegemonní diskurzivní/epistemický model srozumitelnosti genderu, který předpokládá, že koherence a smysluplnost těl je vyjadřována pomocí stabilního genderu (maskulinní vyjadřuje muže a feminní vyjadřuje ženu), jež je v rámci opozic hierarchicky definován skrze praxi povinné heterosexuality“ (Butler, 2003: 194).

Tato představa, na níž je vystaven tradiční genderový řád, je zjednodušená a rigidní, protože se zakládá na předpokladu, že muži a ženy jsou esenčně odlišné bytosti a stejně odlišná jsou i společenská očekávání, která jsou na ně kladena. V rámci tohoto tradičního genderového řádu dochází k reprodukci rigidních představ, jak mají správné ženy a muži žít.

Genderová selekce jako harmonizace rodiny

Nejméně kontroverzní a často obhajovaná je forma genderové selekce z nelékařských důvodů, a to pro účely harmonizace rodiny. Spočívá v předpokladu, že rodina není vyvážená, pokud v ní nejsou zastoupeny děti obou genderů (Robertson, 1996, 2001, 2003, 2004, 2005; Pennings, 1996; Sureau, 1999; McCarthy, 2001; Dickens, 2002; Rothschild, 2005). Proto rodiče, kteří mají děti jednoho genderu mohou, pokud jim to zákony příslušné země dovolují, ovlivnit pohlaví svého dalšího potomka

selekci pohlaví pomocí RT. O tom, kolik dětí jednoho genderu je třeba, aby bylo legitimizováno využití selekce, se vedou diskuze, většinou jsou zmiňovány dvě- více v kapitole o legislativě. Obhájci selekce pro harmonizaci rodiny argumentují rodičovskými svobodami, průzkumy ukazujícími, že rodiče v Evropě a Severní Americe obvykle chtějí děti obou genderů a poukazují na to, že nejde o genderovou diskriminaci, tedy znevýhodňování dětí jednoho genderu, neboť gender selektovaného dítěte závisí na genderu již existujících dětí (Robertson, 1996, 2001, 2003, 2004, 2005; Pennings, 1996; Savulescu a Dahl, 2000; McCarthy, 2001; Dickens, 2002). Tento typ selekce jim připadá adekvátní, protože vzhledem k vyvažování absence dětí jednoho genderu, vůči dětem opačného genderu, nemůže produkovat jednostranný populační deficit.

Je zřejmé, že obhájci selekce obvykle považují za diskriminační genderovou selekci, která je zaměřena v neprospěch jednoho genderu. Za diskriminace lze však považovat již stereotypní uvažování o dětech, které jsou konstruovány jako esenčně odlišné, v závislosti na genderu. Selekcce jako harmonizace rodiny předpokládá, že diverzity lze, a je třeba dosáhnout, protože budou-li v rodině jen děti jednoho typu, bude příliš homogenní. Z ideální je považována situace, kdy jsou v rodině přítomni jak chlapci, tak dívky, neboť se míní, že jsou jiní a preferují jiné činnosti, proto selekce vytváří genderovou diverzitu.

Ve skutečnosti však genderová selekce vytváří genderovou uniformitu, protože předpokládá, že dívky a chlapci budou jednat v souladu se stereotypními genderovými rolami a jejich identita a charakter jsou tak již dopředu předvídatelné a programovatelné. Tento předpoklad je diskriminační, protože konkrétní ženy a muže poměruje na základě jejich předpokládané příslušnosti k jednomu genderu, tedy na základě stereotypní generalizace, aniž by bral v potaz jejich reálnou osobnost.

Z tohoto důvodu mnohým připadá, že potenciální újma způsobená genderovou selekcí je vysoká, „a to nejen v rámci kultur upřednostňujících muže, ale i v těch, jež preferují genderově vyvážené rodiny, protože může vést k přetrvávání genderových stereotypů, narušovat genderovou rovnoprávnost a vytvořit precedent pro využívání znalosti genetiky k eugenicé“ (Wertz a Fletcher, 1998: 1). Nezáleží na tom, jestli je selektováno ve prospěch chlapců, nebo dívek: „osoby obou genderů mohou trpět, neboť společnost, s pomocí technologií umožňujících genderovou selekci, vnucuje lidem rigidní genderové role“ (Darnovsky, 2004: 11).

Genderová diverzita v rodině není otázkou genderové selekce: „Kde je dětem umožněno svobodně rozvíjet své zájmy a talent, budou děti stejného pohlaví

pravděpodobně projevovat tolik diverzity jako děti pohlaví⁸ opačného“ (Bayles, 1990: 243). Rozmanitost genderových identit, které děti v rodině performují, je dána mírou autonomie, která je jim dopřána při genderové socializaci (Bourdieu, 2000; Butler, 2003 a 2004; Renzetti a Curran, 2003; Darnovsky, 2004; Rothschild, 2005 a další).

Je třeba si také povšimnout, že požadavek genderové vyváženosti rodin se zakládá na heterosexuálním modelu nukleární rodiny, kde je otec a matka, kteří mají zase děti dvou genderů, čímž se dualistická struktura reprodukuje. Představa vyvážené rodiny je de facto homofobní, protože implicitně klasifikuje rodinu lesbického nebo gay páru jako neúplnou a nežádoucí a jako normu předpokládá praxi povinné heterosexuality, o níž mluví Butler (2003 a 2004). Skrze rodinu ideálně harmonizovanou se reprodukuje tradiční rodinná struktura, v níž je nutná přítomnost dvou odlišných genderů, které se k sobě vztahují v rámci odpovídající genderové hierarchie. Tím genderová selekce pro harmonizaci rodiny reprodukuje nejen genderové stereotypy, které ustavují hierarchii mužů a žen, ale také heterosexismus. Celkově lze tedy říci, že je podporována patriarchální rodina.

Genderová selekce jako záležitost preference

Genderová selekce založená čistě na preferencích rodičů ohledně genderu jejich dětí, má nejen velký potenciál reprodukovat rigidní genderové stereotypy, ale navíc i preferovat děti jednoho genderu před druhými (Darnovsky, 2004). I když se míní, že např. v evropských a severoamerických zemích neexistuje preference pro děti jednoho konkrétního genderu, neznamená to, že rodiče nemají žádné stereotypní požadavky na svoje potomstvo.

Jak upozorňuje Darnovsky (2004), rodiče stále mají tendence reprodukovat tradiční ideál rodiny. Nejsilnější zdá se být touha po prvorozeném synovi, v USA po ní touží 81% žen a 94% mužů, kteří uvádějí, že by podstoupili genderovou selekci. Autorka studie varuje, že pokud budou mít rodiče možnost čistě preferenční genderové selekce, „stvoříme národ malých sestřiček“ (in Darnovsky, 2004, str. 6). Dále také rodiče uvádějí, že ačkoli touží po dětech obou genderů, ideálem jsou pro ně dva synové a jedna dcera. Je proto možné se ptát, jestli výsledná preference pro Z tohoto důvodu nelze konstatovat, na rozdíl od populárních proklamací (Robertson, 1996, 2001, 2003, 2004 a 2005; Pennings, 1996; Savulescu a Dahl, 2000; McCarthy, 2001; Dickens,

⁸ Zde zachovávám terminologii autora, který nepoužívá termín gender, ale pohlaví (Bayles, 1990).

2002), že do reprodukčních voleb v západních společnostech nevstupují žádné genderové stereotypy. Možná nejsou tak jednostranně vyhraněné, aby vedly k odmítnutí dcer, přesto ale mohou být vůči nim diskriminační.

Nakonec Darnovsky (2004) upozorňuje, že rodiče, kterým stojí za to investovat nemalé zdroje, aby získali dceru, chtějí určitý typ, a to velmi feminní, který je asociován s blondatými lokýnkami a růžovým oblečením. Takto konkrétní konstrukce dcer, kterou mohou rodiče potenciálně projektovat do genderové selekce, je nejen velmi stereotypní a rigidní, ale také nebezpečná, protože genderová determinace dítěte skrze embryonální selekci rodičům nemůže zaručit, že jejich dítě bude posléze performovat rodičovské představy zmíněného typu. Rodiče tak mohou být zklamáni, že jejich dítě neodpovídá jejich vizi a je opět otázkou, jak bude toto dítě v důsledku prosperovat.

Genderová selekce jako genderocida

Jak bylo již zmíněno, v některých zemích způsobilo praktikování genderové selekce motivované preferencí potomků mužského genderu dramatickou populační krizi, která se vyznačuje zásadním procentuálním nepoměrem mezi muži a ženami ve společnosti. Tento propastný rozdíl vedl Marry Anne Warren (1985) k vytvoření paralely mezi jednostrannou genderovou selekcí potomstva a genocidou. Použila za těmito účely definici *genocidy* jak je uvedena v *The Oxford American Dictionary*, tedy jako „záměrné vyhlazování osob určité rasy“ a odtud definovala *genderocidu* jako „záměrné vyhlazování osob určitého pohlaví (či genderu)“ (Warren, 1985: 22), přičemž selektivní odstraňování žen zve *gynocidou*.

O tom, že její koncept není přehnaný, vypovídá již zmíněný odhad Sena (2003), že ve světové populaci chybí v důsledku genderové selekce minimálně 100 milionů žen. Sen se domnívá, že největší deficit, 44 milionů žen, je v Číně a na druhém místě je s 37 miliony chybějících žen Indie (tamtéž), mezi další země s vážným deficitem žen patří Taiwan, Korea, Pakistan, Nepál a Vietnam (Oomman a Ganatra, 2002), ale existuje jich velmi pravděpodobně mnohem víc, problém je však v omezených možnostech empirického mapování tohoto problému, který má za důsledek nedostatek spolehlivých zdrojů (United Nations, 2005).

Podle kritiků a kritiček gynocidy (Sen, 1994, 2003 a 2005; Wertz a Fletcher, 1998; Jones, 2000 a 2004; a Ganatra, 2002; Darnovsky, 2003 a 2004; Li, 2004; Nie, 2005 a

další) je tato praxe založená na genderových stereotypch a vychází z rigidní genderové stratifikace společnosti. Praktikování genderové selekce se zakládá na:

„[...] genderových stereotypch, tedy přesvědčení, že jen příslušníci/ce jednoho pohlaví⁹ jsou způsobilí k určitým činnostem jako je dědit majetek, uchovat rodinné jméno, udržet si dobře placenou práci, nebo zaopatřit stárnoucí rodiče. Selektce pohlaví napomáhá udržování genderových stereotypů tím, že zajišťuje rodičům dítě, které považují za způsobilé k realizaci těchto činností.“ (Wertz a Fletcher, 1998: 11).

Existují názory, že dostupnost lékařské genderové selekce v zemích, kde se vyskytuje problém deficitu žen v populaci, by byla přínosná, neboť by mohla předejít selektivním potratům a zanedbávání, či přímo zabíjení dětí nechtěného genderu, ke kterým může docházet v případě nedostupnosti lékařských technologií selekce (Dickens, 2002). Podle mnohých by dostupnost odborné genderové selekce ulehčila ženám, které jsou vystaveny tlaku na zplození kýženého potomka a snížila by újmu způsobenou opakovanými těhotenstvími (Savulescu a Dahl, 2000; McCarthy, 2001; Dickens, 2002). To je za určitých okolností možné, ale je třeba dodat, že akceptování apriorní genderové selekce znamená její normalizaci. Nejenže povede k reprodukování genderové hierarchie, ale také posvětili praxi selektivního odstraňování dcer. Pokud respektujeme hodnotu rovnoprávnosti žen a mužů, nelze akceptovat praxi, která vede k tak závažné formě diskriminace, jakou je gynocida.

Tato skutečnost vyvolává závažnou otázku po mezinárodní odpovědnosti za lidská práva a jejich dodržování nehledě na gender. V úvodu bylo zmíněno, že praktikování genderové selekce ve formě gynocidy je mnohými odsuzováno (Pennings, 1996; Robertson, 1996, 2001, 2003, 2004 a 2005; Savulescu a Dahl, 2000; McCarthy, 2001; Dickens, 2002), ale ti samí kritici ospravedlňují praktikování genderové selekce v euroamerických zemích, protože je neshledávají diskriminačním. Jak bylo řečeno, tento předpoklad je zpochybnitelný, samotný fakt ospravedlňování selekce v jedné části světa pak může mít negativní důsledky pro postavení lidskoprávních hnutí v části jiné (Darnovsky, 2004). Zpochybňuje totiž do jisté míry legitimitu těch, kdo bojují za rovná práva žen a proti genderové selekci v zemích, kde způsobuje jejich deficit. Tomuto

⁹ Wertz a Fletcher (1998) používají termín pohlaví, místo termínu gender, který ve své práci preferují. Respektují ale jejich původní terminologii.

problému bude věnováno více pozornosti v kapitole 6, kde budou diskutovány principy bioetiky, konkrétně princip spravedlnosti.

Etické implikace selekce z nelékařských důvodů

Jak bylo konstatováno, genderová selekce z nelékařských důvodů může reprodukovat genderové stereotypy a vést k závažné diskriminaci, jakou je praktikování gynocidy. Diskuze o jejích etických implikacích je proto důležitou součástí debat o dodržování lidských práv.

K předešlým debatám je třeba dodat, že z hlediska závazku dodržovat lidská práva všech lidí bez rozdílu (United Nations, 1948) nestačí jen zaručit rovná práva žen a mužů, ale také rovná práva všem, kteří se k těmto kategoriím nehlásí, tedy transgender osobám. Dvou-genderový model, který byl výše kritizován pro svou rigiditu, nepostihuje diverzitu, která ve společnosti existuje, tudíž funguje jako veskrze totalitní model, který diverzitu potlačuje a všechny, kdo neodpovídají daným dvěma kategoriím, ustaveným jako norma, vylučuje jako jiné a deviantní jedince (Rupp, 2001).

Proto je nutné zaručit právo na autonomní určování vlastní identity, tedy nic menšího než opustit myšlenku fixní identity a respektovat diverzitu, jak v oblasti genderu, tak sexualit, a zároveň i proměnlivost lidských identit (Braidotti, 1994; Rupp, 2001; Butler, 2003 a 2004). Je třeba opustit binární genderový model buď-anebo, kde se osobám nabízí jen dvě více či méně rigidní genderové role, které mají jedinci performovat po zbytek svého života. Demokratické společnosti zaručují svým členům a členkám řadu svobod a práv (United Nations, 1948 a 1979), ale aby je lidé mohli využívat, musí mít především svobodu sebeurčení, možnost naplňovat životní role a identity, se kterými se vnitřně identifikují.

Genderová selekce z nelékařských důvodů pracuje s duálním konceptem genderů a předpokládá normativní heterosexuální, proto de facto odporuje požadavku na autonomní konstrukci genderových a sexuálních identit a má potenciál přispívat k reprodukování tradičního genderového řádu ve společnosti. Etickým implikacím praxe bude dále věnován prostor v kapitole 6, při diskuzi principů bioetiky.

3. Vývoj lékařských technologií a metod genderové selekce¹⁰

Ještě před tím, než přejdeme k jádru této práce, tedy k diskuzi o etických implikacích genderové selekce, je třeba věnovat pozornost metodám, kterými je selekce prováděna. Jak již bylo naznačeno, existuje množství způsobů, jak docílit početí dítěte kýženého genderu a mnohé jsou dosti staré. V této kapitole bude pozornost věnována poměrně novodobým metodám selekce, v nichž se angažuje medicína. Oblast reprodukční medicíny se v posledních desetiletích rozvíjí velmi dynamicky, přičemž poptávka po službách je vysoká (Darnovsky, 2003 a 2004; Rothschild, 2005).

Reprodukční medicína se čím dál více stává samozřejmou součástí životů těch, kteří se rozhodnou plodit děti, a to nejen neplodných párů vyhledávajících možnosti asistované reprodukce, ale všech párů, které mají přístup k moderní lékařské péči, neboť prenatální diagnostika je čím dál více rutinní součástí reprodukční medicíny (Braidotti, 1994; Schubert-Lehnhardt, 2002; Rothschild, 2005; Evans, 2007). Proto je třeba věnovat pozornost tomu, jaká je náplň metod genderové selekce, co se při nich děje s ženskými těly, jak invazivní jsou povahy, jak je zacházeno s embryi atd.

Samotná reprodukční medicína zahrnuje lékařské postupy spojené s lidskou reprodukcí. Její součástí jsou technologie asistované reprodukce (dále ART), což jsou „veškeré procedury oplodnění, při nichž je jak s vajíčky, tak spermiemi manipulováno vně těla, v prostředí laboratoře“ (Arons, 2007: 5). Proces, jako je nitroděložní inseminace (používá se při selekci spermatu, viz. dále) nepatří mezi ART, protože při ní dochází k vstříknutí spermatu do dělohy, tedy odehrává se uvnitř těla ženy, ale lze jej zařadit mezi terapie napomáhající plodnosti (tamtéž).

Prenatální diagnostika: amniocentéza a ultrazvuk

V roce 1955 se výzkumníkům na poli lékařství podařilo určit gender plodu na základě testování buněk, koncem šedesátých let byla vyvinuta amniocentéza, následována dalšími prenatálními testy a vyšetřeními, jež byly postupně včleněny do

¹⁰ Kapitola 3 rozvíjí text o vývoji metod genderové selekce z mé bakalářské práce (Hendlová, 2006).

zavedené lékařské praxe v reprodukční medicíně (Rothschild, 2005). Prenatální diagnóza byla poté propojena s genetikou, když se zjistilo, že genetika podává užitečné informace o dědičných poruchách. Původně lékaři studovali rodinné dispozice často v důsledku početí postiženého dítěte. Prenatální diagnostika (PND) způsobila malou revoluci: posunula prevenci předcházející početí ke zkoumání samotného plodu. Účelem takzvané “preventivní medicíny“ bylo odhalit a potenciálně odstranit postižený plod a genetika spolu s technologiemi prenatální diagnózy se staly nástroji reprodukční lékařské praxe v určování, který plod je zdravý, neboli vhodný k donošení, a který ne.

Amniocentéza byla vyvinuta primárně jako metoda diagnostikování dědičných chorob. Velký lékařský slovník ji definuje jako metodu:

„[...] při níž se odebírá plodová voda, jejímž vyšetřením lze odhalit některé nemoci, včetně dědičných, ještě před narozením (prenatální diagnóza). Plodová voda se získává nabodnutím amniotického obalu zárodku skrz břišní stěnu za kontroly ultrazvukem. Obsahuje buňky plodu, které lze použít k vyšetření“ (Vokurka, Hugo a kol., 2002: 40).

Analýza DNA plodu se zaměřuje na určité geny a je s to odhalit genetickou mutaci, nebo chromozomální syndrom způsobující potenciální poruchu a lze její pomocí odhalit Downův syndrom, nebo například choroby vázané na chromozom X, jako je hemofilie nebo svalová dystrofie (Vokurka, Hugo a kol., 2002; Rothschild, 2005).

Amniocentéza a analýza plodové vody se používá rutinně v případě rizikových těhotenství (existují-li v rodině dispozice k narození postiženého dítěte, nebo se již narodilo) a matek starších 35 let věku (Vokurka a Hugo, 2002); jejím primárním účelem není určování genderu ze zvědavosti- jeho identifikace je vedlejší, tzv. “by-product“ (Rothschild, 2005). Jedná se o poměrně riskantní metodu, neboť vyžaduje jak propíchnutí dělohy, tak membrán, kdy může dojít i k ohrožení plodu. Zatímco v sedmdesátých letech bylo provádění této diagnostiky doporučováno nejdříve v 16. týdnu těhotenství, v 90. letech se provádělo již mezi 10. a 12. týdnem (donošené těhotenství trvá 40 týdnů) (Rothschild, 2005). Dle Rothschild ukazuje raná amniocentéza na rostoucí trend rané prenatální diagnózy jako takové.

Ultrazvuk, další metoda PND, je hojně kombinovaný s jinými postupy. V porodnictví se začal používat na přelomu 50. a 60. let 20. století a brzy se stal nedílnou součástí amniocentézy, protože umožňuje “vhled“ do dělohy a tím i kontrolu pohybu jehly nebo jiného pronikajícího nástroje (Sherwin, 2001; Rothschild, 2005). I

ultrazvuk se používá především ke zjišťování možných abnormalit plodu, lze jej však též použít k určení jeho genderu — mužské genitálie lze rozeznat již od 9. týdne těhotenství (Rothschild, 2005)¹¹. Jedná se o široce dostupnou technologii, která může být využita k odhalení, že plod je nechtěného genderu, a následnému potratu. V takovém případě jde o genderovou selekci po početí a dochází při ní k likvidaci plodu nechtěného genderu (de facto odstranění potomka určitého odmítaného typu).

Některé kliniky proto poskytují informaci o genderu plodu na zvláštní vyžádání a v některých zemích (např. v Číně a Indii, viz. Jones, 2000) je používání ultrazvuku k určování genderu zakázáno, ale stále praktikováno a využíváno k selektivním potratům plodu převážně ženského genderu (Wertz a Fletcher, 1998; Jones, 2000; Dickens, 2002, Sen, 2003 a 2005; Nie, 2005; Rothschild, 2005 aj.). Jak zdůrazňuje Rothschild (2005): v případě přerušení těhotenství pro “špatný“ gender, rodič v jádru klasifikuje gender jako defekt, přestože jím z lékařského hlediska není: status přisuzovaný genderu je definovaný čistě společensky.

B. Metoda separace spermatu předcházející početí

Vývoj reprodukčních technologií umožnil posun od postkoncepčních metod selekce k prekoncepčním¹², které by ideálně měly snížit riziko potratu nechtěného dítěte tím, že zvýší pravděpodobnost zplodění preferovaného dítěte. Jednou z těchto metod je metoda genderové selekce prostřednictvím oddělování spermatických buněk (MicroSort), která byla vyvinuta v polovině 90. let 20. století a je metodou předcházející početí.

Při této metodě dochází k oddělení spermatu nesoucího chromozom X od Y. To se děje na základě odlišného obsahu jejich DNA, následkem čehož je chromozom X větší (Fugger, Black, Keyvanfar a Schulman, 1998). Metoda MicroSortu však pouze zvyšuje procentuální možnost početí dítěte kýženého genderu, nedokáže ho zcela spolehlivě stvořit. V případě páru toužícího po dívce se šance zvyšuje z 50% na 85% (procento odpovídá koncentraci spermií nesoucích chromozom X v roztříděném vzorku spermatu,

¹¹ Rothschild (2005) a Sherwin (2001) zmiňují další- “psychologickou“ funkci ultrazvuku. Odkazují na mnohá tvrzení, že ultrazvuk podporuje pouto mezi matkou a dítětem tím, že dodává aktuální živý obraz plodu dlouho před tím, než matka ucítí jakýkoli pohyb dítěte uvnitř svého těla.

¹² Tzv. “preconceptional method“ viz. Fugger, Black, Keyvanfar a Schulman, 1998; McCarthy, 2001.

viz. Fugger, Black, Keyvanfar a Schulman, 1998; McCarthy, 2001), v případě chlapce se šance zvýší pouze na 65% (McCarthy, 2001).

Technologie MicroSort tak představuje vhodnou metodu selekce pro páry toužící po dceři, neboť pravděpodobnost jejího zplodění je po třídění na chromozom X šestkrát vyšší (Fugger, Black, Keyvanfar a Schulman, 1998). Přesto není zcela vyloučené, že dojde k početí potomka opačného než preferovaného genderu, jehož se matka/rodiče rozhodnou potratit. A zde se otevírá zásadní otázka, jaký může být status dítěte, které rodiče nechtěli a selektovali v jeho neprospěch, kterou vznášejí některé kritičky selekční praxe (Sherwin, 2001; Darnovsky, 2004).

Při technologii MicroSortu lze použít jak nekonzervované, tak mražené sperma, které je následně odděleno a zmrazeno. K oplodnění je poté užíváno nitroděložní oplodnění (IUI dle “intrauterine insemination“), fertilizace in vitro (IVF dle “in vitro fertilization“), nebo intracytoplazmická injekce spermatu (ICSI dle “intracytoplasmic sperm injection“) (Fugger, Black, Keyvanfar a Schulman, 1998). Pravděpodobnost úspěšnosti, tedy početí a následného donošení plodu, poté závisí na úspěšnosti jednotlivých metod, celkově je ale u asistované reprodukce dost nízká (Rothschild, 2005).

C. Genetická diagnóza embrya předcházející jeho implantaci do dělohy některou z metod asistované reprodukce

Prenatální diagnostika získala nový rozměr po roce 1978, po zavedení umělého oplodnění. Tato technologie způsobila malou revoluci. „Metoda spojení zárodečné buňky se spermií „in vitro“ umožňuje provádět genetické výzkumy a experimenty s lidskými kmenovými buňkami vně matčina těla“ (Habermas: 25), čímž otevírá úplně nové a dosud nemyslitelné možnosti manipulace s embryi.

Těchto možností je plně využíváno při zatím nejdokonalejší metodě genderové selekce, která spojuje genetickou diagnózu plodu před jeho implementací do dělohy (dále PGD)¹³, s některou z metod asistované reprodukce. PGD představuje diagnostikování v nejranějším stadiu: před-embryonálním, tzn. do 14 dnů od zplodění, kdy se plod skládá z maximálně 64 buněk (Rothschild, 2005). Stádium pre-embrya bylo definováno v polovině 80. let pro potřeby výzkumu, kdy vědci argumentovali, že

¹³ V originále “Preimplantation genetic diagnosis“, Robertson, 1996; Rothschild, 2005.

vzhledem k faktu, že do dvou týdnů stáří plodu zárodečné buňky nediferencují, nemá pre-embryo žádný morální status, a proto výzkumu na takové buněčné hmotě nelze, podle mnohých, z morálního hlediska oponovat (Spallone, 1996; Singer, 1998). První úspěšná PGD proběhla roku 1990, kdy se podařilo odebrat buňky plodu, aniž by byl při proceduře zlikvidován (Rothschild, 2005).

PGD se provádí na embryích zplozených mimo dělohu některou z forem asistované reprodukce, obvykle fertilizace in vitro (IVF)¹⁴ (Rothschild, 2005; Arons, 2007). Po provedení tzv. superovulace, kdy jsou ženě podány látky způsobující vytvoření množství vajíček, která jsou chirurgicky vyňata a oplodněna spermatem jejího partnera (Arons, 2007), vzniklá pre-embrya jsou testována a pokud splňují požadované charakteristiky, jsou umístěna zpět do matčiny dělohy, přičemž je jich zkoumáno a implantováno více, protože jde o složitý proces a jen málo embryí se podaří donosit (Rothschild, 2005; Arons, 2007).

IVF následovaná PGD představuje v současnosti jedinou dostupnou metodu, která zajišťuje spolehlivý zisk dítěte kýženého genderu, a proto by ji v podstatě nemělo provázet umělé přerušování těhotenství (Robertson, 1996, 2001, 2003, 2004, 2005; McCarthy, 2001; Darnovsky, 2004; Rothschild, 2005; Arons, 2007). Z tohoto důvodu je také tato metoda považována mnoha odborníky za nejméně závadnou (Rothschild, 2005). Kritické hlasy (Rothschild, 2005; Arons, 2007) však upozorňují na to, že při IVF vzniká vícero embryí, jež nejsou implantována a buď jsou odsouzena k zániku, nebo použita pro výzkum, na což je vyvíjen tlak mnoha klinik. Postoj k problému do značné míry závisí na legálním a morálním statusu raného plodu (Marquis, 1989 a 2007), který ale v raném stadiu vývoje bývá považován za pouhý genetický materiál (Spallone, 1996; Singer, 1998).

¹⁴ Díky této metodě asistované reprodukce se narodilo první dítě ze zkumavky v roce 1978, Louise Brown (Robertson, 1996; Rothschild, 2005).

4. Feministická reflexe ART¹⁵

Dynamický rozvoj reprodukčních technologií vyvolal řadu kritických reakcí. Vzhledem k tomu, že reprodukční medicína se zabývá převážně ženskými těly, značnou pozornost jí věnovalo feministické hnutí. Velká debata o roli a významu reprodukce pro život ženy se odehrála zejména v 70. letech mezi dvěma názorově vyhraněnými směry radikálního a libertariánského feminismu. Z dnešního pohledu se jedná o debatu stále aktuální, neboť se v jejím rámci řeší naprosto základní otázka po důsledcích využívání metod asistované reprodukce pro ženy a jejich postavení ve společnosti.

ART jako nástroj osvobození žen

V roce 1970, na počátku rozmachu technologií asistované reprodukce, vydala Sulamith Firestone knihu *Dialectics of Sex*, v níž nahlíží reprodukční technologie jako nástroj genderové revoluce, která povede k osvobození žen od tradičních rolí prisouzených patriarchátem. Jako stoupenkyně libertariánského feminismu je přesvědčena, že biologie přispívá k podřadné pozici ženy. Skutečnost, že ženy rodí děti, zatímco muži v plození hrají v podstatě malou roli, podle ní, ženy znevýhodňuje a udržuje je v závislém postavení na muži. Z tohoto pohledu Firestone navrhuje přirozenou reprodukci (dle ní je pozdě na snahy o její genderově spravedlivou reorganizaci) a oceňuje rozmach reprodukčních technologií, které nesou nový transformační potenciál umožňující plození dětí nevázané na nukleární rodinu, heterosexuální, a nakonec možná i pohlaví¹⁶, celkově tedy představují cestu osvobození žen od tyranie biologie.

Firestone si je vědoma, že samotný vědecký vývoj v oblasti ART osvobození žen nepřinese, pokud není provázán s posílením postavení žen ve společnosti. Kromě posílení pozice žen ve společenské oblasti produkce (na trhu práce), musí proto ženy získat kontrolu nad oblastí reprodukce, tedy svými těly¹⁷, adekvátní díl kontroly nad plodností lidského pokolení a v neposlední řadě i nad institucemi výchovy dětí. Klíčová

¹⁵ Tato kapitola využívá a dále rozvíjí části seminární práce, kterou jsem napsala pro kurz Feministické teorie II profesorky Havelkové (Hendlová, 2007).

¹⁶ Firestone (1970) ještě nepoužívá termín gender, ten byl poprvé použit Joan Wallach Scott (1989) v tom smyslu, jak jej chápeme dnes, tedy jako kategorii označující mocenskou stratifikaci společnosti z hlediska hierarchie žen a mužů.

¹⁷ Zde je patrná inspirace Firestone marxismem, podle ní musí dojít k propojení třídní a pohlavní revoluce.

je pak kontrola nad vývojem a využíváním ART. Není možné, aby bylo dosaženo posílení žen v oblasti reprodukce, pokud budou reprodukční technologie a jejich management v rukou mužů. Ženy proto musí mít moc adekvátním dílem rozhodovat o prostředcích reprodukce, tedy bádát a podílet se na technologických inovacích.

Poté, co pohlavní revoluce zruší hierarchii mužů a žen, samotné rozlišování mezi nimi pozbude biologického i kulturního smyslu. Firestone vykresluje ideální vizi společnosti, kde se děti nebudou rodit jen ženám, ale pomocí ART i mužům. Závislost dítěte na matce tak bude zrušena, na místo ní nastane jen krátkodobá závislost na širší skupině lidí, kteří budou o dítě pečovat. Pohlavní dělba práce vymizí spolu s genderovanou prací jako takovou, nastoupí proces, jež zve Firestone kybernací, tedy širšího využívání technologií na místo tradiční lidské práce (Firestone, 1970: 11 a 193).

Zrušení pohlavní dichotomie plodící hierarchie je součástí autorčina specifického pojetí ekologie, v jejímž rámci lidský subjekt uměle napraví biologické nerovnosti ve svůj prospěch. Nahrazení biologické reprodukce umělou je, z pohledu Firestone, ekologické, protože pracuje ve prospěch dětí i žen. Děti díky reprodukčním technologiím přestanou být majetkem biologických rodičů a ženy se díky umělé reprodukci zbaví fyzické zátěže, jež jim biologické těhotenství způsobovalo. Podle Firestone je nitroděložní těhotenství barbarské, protože deformuje ženské tělo a přirozený porod je nepříjemný, protože bolí. Umělá reprodukce ženu tohoto břímě zbaví a osvobodí její sexualitu, která již nebude spojena s reprodukcí, ale ženinou autonomní potřebou sebeuspokojení. Umělá reprodukce, z jejího pohledu, osvobodí ženy i děti a učiní je nezávislými osobami.

ART jako nástroj diskriminace žen

Vize Firestone se dočkala negativních ohlasů z řad kulturních feministek, které odmítaly, aby se ženy vzdaly svého výlučného postavení na poli reprodukce (Tong, 1998). Jednou z radikálně kulturních myslitelek, které s Firestone polemizují, je Gena Corea. Devět let poté, co vyšla kniha „Dialectics of Sex“ (Firestone, 1970), vydala Corea vlastní dílo nazvané „The Mother Machine“ (1979). Corea v ní nenahlíží reprodukční technologie jako něco prospěšného ženám, ale jako prostředky manipulace s prostředím vyvinuté ve prospěch patriarchátu.

Z jejího pohledu redukuje reprodukční technologie ženy na věci tím, že obchodují části ženského těla pro účely reprodukce. Přínos ART pro ženy je, z pohledu Corey, zanedbatelný, neboť ve společnosti, kde muži dominují produkci hodnot, nemají postoje žen, ani jejich informovaný souhlas s procedurami, autonomní význam. Ženská přání a motivace vznikají v kontextu a tím je v naší společnosti stále patriarchát. Proto nedostatkem teorií obhajujících reprodukční technologie jako nositelky nových možností pro ženy, je jejich založení na předpokladu, že společnost nestratifikuje všudypřítomná genderová hierarchizace jejich členů a členek. Taková naše společnost ale není. Ženy žijí své životy v prostředí, kterému vládnou muži a to se projevuje i na poli reprodukčních technologií.

Kontext reprodukčních technologií je konstruován skutečností, v níž muži tvoří naprostou většinu těch, kdo vyvíjí a podporují technologie a ženy naprostou většinu těch, jejichž těla jsou technologiím vystavena. Samy technologie byly vyvinuty na poli vědy, které je okupováno muži, a proto, podle Corey, odpovídá jak věda, tak produkované technologie, mužským hodnotám a pohledu na svět. V tomto bodě argumentu je patrné, že patří do myšlenkového rámce radikálně kulturního feminismu, neboť Corea pracuje s předpokladem, že existuje něco jako esenčně mužské hodnoty a specifický mužský pohled na svět (Tong, 1998).

V mužském světě jsou ženy jen pouhými prostředky k uskutečnění mužských plánů. Corea vyvrací optimistickou argumentaci, že reprodukční technologie existují zejména proto, aby pomohly neplodným ženám (na ty např. Firestone ve své knize příliš nemyslela). Tvrdí, že praktiky, jako je odebírání vajíček ženám bez jejich vědomí, nebo využívání náhradních matek, představují obyčejné vykořisťování žen, nic jiného. Reprodukční technologie sice přinášejí neplodným ženám jistou šanci počít vlastní dítě, ale procento úspěšnosti je nízké a tlak na ženy, aby podstoupily procedury, je s rozšířením technologií velmi vysoký, takže tyto neplodné ženy podstupují velmi invazivními terapie. Důsledkem je, paradoxně vzhledem k předpokladům Firestone (1970), neúměrné navýšení fyzické zátěže žen vlivem umělé reprodukce.

Corea, na rozdíl od Firestone, neshledává na samotném biologickém mateřství nic negativního, za negativní považuje snahy mužů o přivlastnění ženské plodivé síly. Svou argumentaci staví na hypotézách socioložky Mary O'Brien, která tvrdí, že mužská a ženská zkušenost rodičovství, respektive plození, je esenčně odlišná. Zatímco žena prožívá rodičovství jako kontinuální fyzický proces uvnitř těla, zatímco mužská zkušenost je poznamenána diskontinuitou mezi oplodněním a příchodem dítěte na svět,

tudíž je charakterizována odcizením muže od dítěte jako produktu jeho reprodukční činnosti (Corea: 287). Protože žena investuje do zplození dítěte svou prací, má, dle Corey zvláštní povědomí o propojení generací, které muži chybí. Toto povědomí propojuje ženu s přírodou.

Tyto druhy argumentu jsou typicky radikálně kulturní, jak již bylo zmíněno, tento feministický proud spojuje přesvědčení, že mužská a ženská zkušenost je odlišná: žena je stereotypně spojována s přírodou, protože rodí a muž s kulturou, respektive snahou a tendencí přírodu, a s ní i ženu, svazovat. Protože muž v rámci samotné biologické reprodukce nemá apriorní záruku otcovství, snaží se ženu omezit pomocí ideologie vlastní nadřazenosti. S rozmachem reprodukčních technologií se ale, z pohledu Corey, situace radikálně mění. Nejen, že technologie poskytují mužům zkušenost kontinuity (protože ovládají proces reprodukce), ale, vzhledem k jejich vládě v oboru, jim dávají možnost transformovat mateřství a podřadit ho své moci. Podle Corey tak dochází k oslabení mateřství a posílení otcovství. Současná patriarchální společnost tak, podle Corey, konstruuje reprodukci takovým způsobem, aby zachovala instituci heteronormativní nukleární rodiny jako svého stavebního článku.

Současné debaty o implikacích ART pro ženy

Ranější debaty o důsledcích ART dávají za pravdu spíše Coree (1979), neboť vize Firestone (1970) o vytvoření genderově spravedlivé společnosti a rozvolnění genderové duality skrze ART se nepotvrdila. Mnohé autorky stále vnímají pole reprodukčních technologií jako disciplínu, kde jsou ženská těla ovládána muži (Greer, 2000; Malin, 2003; Schubert-Lehnardt, 2002).

Navíc se zdá, že s rozvojem prenatální diagnostiky se situace zhoršuje, neboť v situaci, kdy je možné detekovat genetický handicap, je možné účinně předejít zplození potomka, který by ho zdědil (Schubert-Lehnardt, 2002; Darnovsky, 2004; Rothschild, 2005). Odpovědnost za plození je přitom kladena na ženy, ony zodpovídají za budoucí generace, což je nová forma zodpovědnosti, kterou mají ženy vůči společnosti (financuje léčbu), manželovi a jeho životnímu plánu, dalším dětem a jejich potřebám, prarodičům (touží po zdravém dítěti), a nenarozenému dítěti (Schubert-Lehnardt, 2002).

Je zjevné, že přání žen, nebo jejich autonomie, nehrají, z hlediska kritiček ART, velkou roli. Žena sama se v tomto konceptu ztrácí, nelze vůbec mluvit o jejím

osvobození technologiemi, hraje roli instrumentální matky, v podstatě nástroje na zplození dokonalého dítěte (o konceptu dokonalého dítěte pojednává více částí kapitoly 6, kde jsou tematizovány princip bioetiky), které matka nemá jen vyprodukovat perfektního potomka, ale i má ho vyprodukovat s perfektním načasováním (Schubert-Lehnardt, 2002)

Neplodnost je v době nových reprodukčních technologií nahlížena jako zbytečná nemoc, neboť v případě dostupnosti IVF, jsou klientky ubezpečovány, že nemusejí přijmout definitivu diagnózy (Greer, 2000; Sherwin, 2001; Schubert-Lehnardt, 2002). To je také těžké, jelikož cena žen je stále velmi úměrná jejich roli jako matek, proto je pro ženy obzvláště těžké odmítat možnosti nových technologií a ustupují společenskému tlaku a očekáváním (Sherwin, 2001). Bezdětnost je konstruována jako zdravotní problém a její možná řešení, jako je její akceptace, adopce dětí, výměna partnerů nebo vytvoření alternativních rodinných struktur, ustupují privilegovaným řešením pomocí technologií (tamtéž).

Nové metody navíc vyžadují aktivní participaci expertů, rozhodování žen o regulaci reprodukce tudíž není jen jejich osobní záležitostí (Greer, 2000; Sherwin, 2001; Schubert-Lehnardt, 2002; Rothschild, 2005). Tato okolnost snižuje autonomii žen, neboť technologie stabilizují roli ženy jako matky a internalizují tradiční sociální řád — nebytí matkou je nazíráno jako nemoc nebo sociální handicap a neplodnost je považována za stav, který je třeba řešit léčbou (Greer, 2001; Sherwin, 2001; Schubert-Lehnardt, 2002).

Feministické kritičky ART konstatují, že technokratizace ženských těl je jen mylně nahlížena jako jejich osvobození (Braidotti, 1991; Greer, 2001; Sherwin, 2001; Schubert-Lehnardt, 2002; Shildrick, 2004; Rothschild, 2005). Podle Braidotti se naše současnost se vyznačuje vysokým stupněm „kalkulace a racionálním managementem veškeré živoucí hmoty“ (Braidotti, 1994: 43). Z jejího pohledu je biotechnik prototypem moderního vědoucího subjektu, zatímco ženy, které v tradičním myšlení představovaly prostě těla, jsou redukovány na ještě méně než těla. Vystaveny pohledu biotechnika představují v podstatě soubor orgánů a genů, které jsou podrobeny zkoumání.

S tímto pohledem souhlasí i Sherwin (2001), která redukci žen dokládá na příkladu fungování ultrazvuku, která ruší hranice uvnitř a vně ženina těla, tím, že zobrazuje plod. Tím potlačuje těhotenství jako interní zkušenost ženy a umožňuje, aby byl plod zobrazován a pojímán, jako kdyby byl vně ženského těla. Tato praxe odhaluje politický rozměr technologie, která tím, že činí plod viditelným, zneviditelňuje ženy.

ART jako nástroj stratifikace žen

Mocenský rozměr zkoumajícího pohledu upřeného na ženy je diskriminační v mnoha směrech. Jedním z nich je mezinárodní šovinismus. ART fungují z globální perspektivy jako jeden z nástrojů, který reprodukuje nadvládu euroamerických zemí nad zbytkem světa (Braidotti, 1994; Schubert-Lehnhardt, 2002; Galpern, 2007). Její vykonávání je uskutečňováno skrze zkoumající euroamerický pohled na těla žen z marginalizovaných zemí světa, a ta jsou posléze vystavena vykořisťování na embryích, orgánech, genetickém materiálu a testování reprodukčních technologií (Braidotti, 1994). Jak upozorňuje Schubert-Lehnhardt (2002), v euroamerických zemích globálního Severu jsou používány všemožné reprodukční technologie ku plození zdravých dětí, zatímco v mnoha ostatních zemích jsou ART používány k redukci porodnosti skrze potraty a sterilizace, přičemž tyto strategie řídí stejné farmaceutické korporace.

ART ale stratifikují ženy i v rámci jedné společnosti. Ženy, jež jsou shledány způsobilými k asistované reprodukci musí podle Malin (2003) splňovat celou škálu požadavků: musí být zdravé bílé heterosexuálky střední třídy žijící s partnerem. Nesmí být moc chudé ani moc bohaté a zaměřené na kariéru (v takových případech je zpochybňována jejich schopnost poskytovat mateřskou lásku), nesmí být osamělé bez partnera, ani ženy z etnických minorit, či lesby¹⁸. Další kritičky politiky reprodukčních technologií dodávají, že potenciální klientky ART jsou také selektovány podle věku a zdravotního stavu (Garland-Thomson, 1997; Hubbart, 1997; Wertz a Fletcher, 1998; Schubert-Lehnhardt, 2002; Donchin, 2003; Shildrick, 2004; Arons, 2007). Monopol na určování způsobilých kandidátek pro asistovanou reprodukci mají lékaři, přičemž chudé ženy, mezi nimiž je mnoho žen z etnických a rasových minorit (Renzetti a Curran, 2003) odfiltruje již samotná finanční náročnost ART.

Většina feministických autorek tak považuje ART za nástroj reprodukce marginální pozice žen ve společnosti a tím i disciplínu, která přispívá k udržování patriarchálního systému ve společnosti. Pohled Firestone (1970), která vidí v rozvoji ART potenciál pro osvobození žen, zůstává osamocený. Mohl by mít jistou naději, avšak pro její realizaci je nutné, aby proběhla transformace společnosti směrem k genderové rovnoprávnosti, což se zatím nestalo.

¹⁸ Dle Rothschild (2005) je cílem těchto omezení zamezit reprodukci "společensky problematických skupin".

To však neznamená, že je nutné vyčkávat, již v tuto chvíli je zásadní vyhodnocovat etické implikace ART z hlediska jejich efektu na ženy, jejich zdraví a jejich (nejen) reprodukční autonomii a snažit se předcházet negativnímu efektu reprodukčních technologií a jejich politik na ženy. Za tímto účelem je vhodné zařadit ženy do skupiny těch, kdo ovlivňují vývoj metod ART a jejich politiky. Je třeba vyvíjet bezpečné metody asistované reprodukce a na úrovni politiky je nutné směřovat k odstraňování diskriminační distribuce technologií asistované reprodukce. Za současných podmínek je praxe zatížena diskriminací žen na základě příslušnosti k etniku, rase, ekonomické třídě, věkové skupině, sexuálním menšinám, apod. Taková praxe je z hlediska hodnoty rovnoprávnosti lidí bez rozdílu a respektu k diverzitě nepřijatelná.

5. Koncept reprodukční svobody

Pro další kontextualizaci debat o genderové selekci z hlediska lidské autonomie a práv je třeba se zabývat konceptem reprodukční svobody. Na následujících řádcích bude představen liberální koncept, jehož autorem je John A. Robertson, který je profesorem etiky a práva a působí jako předseda etické komise Americké společnosti pro Reprodukční medicínu, která ovlivňuje legislativní rámec reprodukčních technologií v USA. Jím formulovaný koncept reprodukční svobody má proto velký vliv nejen v teoretické rovině (podporují jej další vlivní teoretici etiky, jako Savulescu, 2001 a Singer, 1998), ale i v rovině praktické, kdy ovlivňuje americkou politiku ART.

Podle Robertsona může být reprodukční svoboda obecně definována jako „svoboda buď děti mít, nebo jejich početí zabránit“ (Robertson, 1996: 22). V tomto smyslu se v ní jedná zejména o individuální zájmy jednotlivce, protože jde o koncept založený na respektu k osobním reprodukčním preferencím a plánům (jakkoli mohou být posléze realizovány v páru, dodává Robertson, 1996). Tato koncepce reprodukční svobody implikuje, že každá žena a každý muž by měl/a mít tolik dětí, kolik jich mít chce, nebo nemít žádné, pokud si to nepřejí. Právo na reprodukci a právo na neplodnost jsou dvěma legitimními druhy reprodukční svobody. V teoretické rovině záleží na individuálních preferencích, který z nich dojde naplnění. V praktické rovině jde o mnohem komplexnější problém, neboť konkrétní uplatnění reprodukční svobody naráží na reálnou dostupnost zdravotní péče, antikoncepce, vzdělání o plánovaném rodičovství a možnostech bránění početí a podobně.

V rámci Robertsonovy definice principu reprodukční svobody¹⁹ (1996, 2001, 2003, 2004 a 2005) je reprodukční svoboda negativním právem, neboť předpokládá absenci zásahů do individuálního procesu rozhodování o reprodukci ze strany jiných lidí, či institucí. Tento požadavek je formulován na základě toho, že respekt k reprodukční autonomii je základním pilířem Robertsonova principu reprodukční svobody. Kontrola individuálního reprodukčního potenciálu patří, z tohoto hlediska, mezi základní svobody a její důležitost se zvyšuje úměrně nárůstu škály voleb, který přináší rychle se rozvíjející reprodukční technologie. Z Robertsonova pohledu jsou volby ohledně plození dětí přímo vztažené k osobnímu vnímání smyslu života a identity,

¹⁹ V originále “Principle of Procreative Liberty“ (Robertson, 1996).

a jako takové musejí být respektovány a chráněny. Jeho slovy: „odepírat reprodukční volbu znamená odepírat, či vnucovat zásadní sebe-určující zkušenost, tedy odepírat osobám respekt a důstojnost na té nejzákladnější rovině“ (Robertson, 1996: 4).

Robertson je dlouhodobým zastáncem přesvědčení, že kromě toho, že má každý člověk legitimní právo zvolit si, zda se chce reprodukovat, kdy a kolik dětí zplodí, náleží mu také nezpochybnitelné právo podstoupit embryonální selekci, jež mu zajistí právo zvolit si určitý typ dítěte, podle jeho přání (Robertson, 1996, 2001, 2003, 2004 a 2005). Stejně jako mají rodiče (potažmo matky) právo na negativní selekci, tedy přerušení nechtěného těhotenství (ať již z důvodu odmítání reprodukce jako takové, nebo odmítání zplození určitého dítěte, např. dítěte s postižením), musí jim být také zajištěno právo na pozitivní selekci ve prospěch dítěte jimi požadovaného typu. Pokud rodiče chtějí naplnit svůj reprodukční potenciál exkluzivním zplozením dítěte toho kterého genderu, má jim to být umožněno, neboť tato volba, dle Robertsona, patří mezi jejich základní práva.

Robertsonův pohled na řešení konfliktních situací v rámci ART

Z pohledu Robertsona by v případě konfliktu v rámci ART měla být dána přednost ve prospěch reprodukční svobody, z respektu ke svobodě lidí k definování sebe sama skrze reprodukci. Jelikož reprodukční technologie jsou prostředky k dosažení nebo zamezení určitých reprodukčních zkušeností, „jakákoliv restrikce, regulace, nebo vnucování těchto technologií je nutně odporuje, nebo omezuje reprodukční svobodu“ (Robertson, 1996: 16). Takové omezování může být, podle něj, ospravedlněno pouze na základě doložených závažných škodlivých dopadů určité technologie asistované reprodukce na život potomka, a to závažných natolik, že mohou převážit rodičovské svobody a volby a tudíž vést k omezení praktikování ART. Hodnotě reprodukční svobody tudíž není dáována absolutní přednost, ale její naplňování musí být zvažováno v kontextu každé technologie zvláště, při znalosti jejího konkrétního vlivu na kvalitu života dítěte a s ohledem na práva jeho rodičů.

Přestože Robertson argumentuje pro silné upřednostňování individuální reprodukční svobody, uznává 6 konkrétních etických problémů, které mohou být způsobené v důsledku aplikace ART (Robertson, 1996). Zaprvé je to problém zasahování do přírody, neboť reprodukční technologie způsobují rozsáhlou technizaci lidské reprodukce. Zadruhé zmiňuje problém respektu k prenatalnímu životu, který

může být narušen praktikováním potratu, či embryonální selekce. Třetím problémem je zohledňování prosperity dítěte, jež musí být brána na zřetel, aby byla zajištěna dobrá kvalita života dětem, které byly nějakým způsobem ovlivněny používáním ART. Čtvrtým problémem je vyhodnocování vlivu ART na rodiny, neboť metody asistované reprodukce umožňují plození dětí osobám, nebo párům, které by jinak samy děti mít nemohly, jako jsou single ženy, nebo gay-lesbické páry. Důsledkem tohoto vývoje může být zásadní rozštěpení genetického a gestativního rodičovství. Tento fenomén je často nahlížen jako další ze syndromů rozpadu tradiční nukleární rodiny. Zapáté si Robertson všímá potenciálního negativního vlivu, jaký mohou ART mít na ženy. Jakkoli mohou být mnohé ženy osvobozené v důsledku dostupnosti asistované reprodukce, jiné mohou být vystaveny většímu genderovému útisku, neboť jsou to exkluzivně ženská těla, která jsou podrobena léčbě. Nakonec, zásadním problémem ART je jejich cena, tudíž dostupnost a s nimi i zaručení dostatečné ochrany klientek/klientů.

Co se řešení zmíněných problémů, či problematických oblastí týče, je Robertson přesvědčen, že princip reprodukční svobody představuje efektivní nástroj k vyhodnocení závažnosti rizik plynoucích z používání ART. Je toho názoru, že upřednostňování reprodukčních svobod rodičů zakládá „konzistentní způsob řešení konfliktů a kontroverzí“ (Robertson, 1996: 16). Je tento přístup správný? Je autonomie rodičů opravdu nejdůležitější hodnotou v rámci vyhodnocování dopadu ART? Plyne z některých technologií, či metody, a jejich používání natolik závažná rizika újmy, že je třeba omezit jejich využívání?

Několik výhrad k Robertsonovu konceptu reprodukční svobody

Robertsonův koncept reprodukční svobody vyvolává řadu námitek. Zaměřím se jen na ty nejzásadnější: přehlížení genderové stratifikace společnosti, individualistické pojetí autonomie, heterosexismus a ableismus (tedy diskriminační postoj k osobám s handicapem, Sherwin, 2001, Shubert-Lehnhardt, 2002).

Kategorie genderu je zásadní strukturující osou společnosti, která konstruuje také oblast lidské reprodukce a její institucionalizace. Tím, že ji Robertson přehlíží, se dopouští zásadní chyby, protože mylně konceptualizuje reprodukční svobodu jako právo individuů, které jsou genderově neutrální. Sice v jednu chvíli zmiňuje možný negativní vliv reprodukčních technologií na ženy, ale tato zmínka je v textu velmi izolovaná a

nezahrnutá do komplexní formulace a analýzy konceptu reprodukční svobody. Z feministického hlediska je Robertsonův koncept konstruovaný, jako kdyby všechna individua byly muži, protože předpokládá, že mají moc individuálně a autonomně rozhodovat o svých životech, ale tato moc se dostává převážně jen mužům jako skupině (Bourdieu, 2000; Renzetti a Curran, 2003).

Pojetí autonomie u Robertsona potom přehlíží zásadní povahu lidských vztahů, fakt, že lidé žijí ve společenství a v rodině, tudíž ani jejich rozhodnutí nejsou čistě individualistická, ale formovaná žitou realitou, kterou charakterizuje vztah k jiným lidem (Anderson, 2003; Schubert-Lehnhardt, 2002). Rozhodnutí v rámci medicíny dále nelze oddělovat od osobní historie pacientů/ek, která formuje jejich postoje a volby (Christman, 1991; Evans, 2008).

„Možnost sebeurčení nelze nazírat odtrženě od společenských hodnot, podmínek a rozvoje“ (Schubert-Lehnhardt, 2002: 7), a proto je třeba se méně zabývat procesem utváření individuálních rozhodnutí, a mnohem více pozornosti věnovat „proměnám společenskému pozadí rozhodování, práce a reprodukce (Schubert-Lehnhardt, 2002: 6). Z této pozice je třeba také si uvědomit, že mnohé skupiny žen mají velmi omezený přístup k rozhodování i o tak osobních záležitostech, jako je jejich tělo a reprodukce (Petchesky, 1984; Sherwin, 2001; Schubert-Lehnhardt, 2002), přičemž mnohé volby ani nečiní ve vlastním zájmu. Volí v rámci podmínek, které nevytvořily, a jsou závislé na sociálních podmínkách, které nemohou změnit. Proto ani autonomie jako koncept není neutrální, ale politická a zásadním způsobem genderovaná, což Robertson opět nereflexuje.

Jeho koncept reprodukční svobody dále obsahuje dvě zjednodušené premisy, jimiž jsou předpoklad normativní heterosexuality jedinců, na jehož pozadí je konstruována přirozená touha rodičů po dětech obou genderů, které jsou pojaté jako binární. Druhým apriorním předpokladem, který Robertson explicitně zmiňuje, je jeho přesvědčení, že všichni rodiče touží po zdravých dětech, čímž je genderová selekce z nelékařských důvodů u něj konceptualizována v souvislosti s embryonální selekcí pro zdravotní důvody. Tato spojitost se dále ukáže být přítomná také v diskurzu klinik, které selekci nabízejí.

6. Vyhodnocení praxe genderové selekce prizmatem čtyř základních principů bioetiky

Potřeba definovat standardní principy lékařské etiky se vyvinula spolu s uvědoměním, že medicína není hodnotově neutrální obor, naopak je zatížená mnoha kulturními významy, které skýtají prostor pro kulturně zatížené výzkumy a nestejné zacházení s lidmi. Věda je vždy kulturní reprezentace (Shildrick: 157), což se projevuje jak v obsahu jejího zkoumání, tak v přístupu k těm, které zkoumá. Co se výzkumů týče, mnohé z nich jsou vedené tím, jaké služby a lékařskou péči potřebují lidé v euroamerickém světě a jsou šité na míru jejich sociálním standardům a životnímu stylu, a přestože jsou lékařské produkty z nich vzešlé vydávány za univerzální, jsou ve skutečnosti vhodné pro omezenou klientelu (Oudshoorn, 1996). Co se potom přístupu k pacientům/kám týče, ačkoli v ideální rovině by měl/a lékař/ka zachraňovat, či zlepšovat, životy jako takové, tedy bez rozdílů, v praxi může být způsob péče o pacienty ovlivněn jejich genderem, rasou, sociálním původem, sexuálními preferencemi, náboženskou příslušností atd (Oudshoorn, 1996; Beauchamp a Childress, 2002; Malin, 2003; Renzetti a Curran, 2003).

Zvláště ve dvacátém století se lékařská věda stala nástrojem masové selektivní eugeniky a podílela se na zločinech proti lidskosti v takové míře, že je dnes potřeba etických standardů v medicínské praxi považována za nutnost (Barondess, 1996; Beauchamp a Childress, 2001; Darnovsky, 2004; Mitchell a Snyder, 2006; Nie, Takashi, Lun, v tisku). Současná bioetika se řídí v podstatě čtyřmi principy, kterými jsou princip autonomie, princip prospěšnosti, princip nezraňování a princip spravedlnosti (Gillon, 1994, 2003; Pence, 1998; Beauchamp a Childress, 2001).

Tyto principy představují hodnoty, či kritéria, která musí být respektována v medicínské praxi, aby bylo efektivně zabráněno porušování lidských práv všech pacientů/ek bez rozdílů, a zároveň zaručen respekt k diverzitě potřeb různých skupin pacientů/ek a spravedlivá distribuce lékařské péče. Medicína musí reflektovat svůj účel, tím je zlepšit kvalitu života, nebo alespoň zabránit jeho života (Wertz a Fletcher, 1998). Nesmí také zapomenou na velmi důležité poznání (opět především vzhledem k tragédiím, na nichž měla medicína značný podíl), že nezachází s těly, ale s lidskými bytostmi a těm náleží nedělitelná lidská práva a důstojnost (Garland-Thomson, 1997;

Hubbart, 1997; Beauchamp a Childress, 2001; Shildrick, 2004; Evans, 2008). Konceptualizaci jednotlivých biomedicínských principů se budou věnovat následující kapitoly, a to převážně vzhledem k interpretaci, kterou předkládají američtí profesori etiky a filosofie Beauchamp a Childress ve své knize *The Principles of Biomedical Ethics* (2001).

A. Princip autonomie²⁰

Autonomie je definována jako „vláda nad sebou samým, která je prostá jak kontrolujících zásahů ze strany ostatních lidí, tak omezení, jako je nedostatečné porozumění, které zabraňuje činit smysluplnou volbu“ (Beauchamp a Childress: 58). V medicíně to znamená, že pacient/ka rozumí své diagnóze a je informována o možnostech a průběhu léčby, která je navržena, má právo se k ní vyjádřit, ovlivnit její průběh a musí souhlasit s jejím uskutečněním. Aby bylo dosaženo takového standardu, je zapotřebí partnerského vztahu mezi pacienty/kami a zdravotním personálem. Tento vztah je formálně vyjádřen skrze informovaný souhlas pacienta/ky s léčbou, který musí být vyjádřen svobodně a s vědomím dostatku adekvátních informací, které se léčby týkají (Beauchamp a Childress, 2001; Haškovcová, 2007).

Pro dosažení situace, kdy je pacient/ka povýšen/a z pouhé/ho objektu léčby na subjekt je třeba především dobré komunikace mezi jím/ní a zdravotním personálem. Za tímto účelem je třeba citlivě pracovat s jazykem používaným v medicínském prostředí, které bylo léta formováno jako pole expertízy a autoritativní vědy, která, jak již bylo řečeno, je často zatížena kulturními významy a stereotypy.

„Poznání, že lékařský jazyk je prost nevinností je nutnou fází na cestě k ochraně pacientů/ek, v jejímž rámci je nutné zohledňovat postoje pacienta/ky, tedy potlačit přílišné sebevědomí, k němuž je medicína náchylná.“ (Evans, 2008: 15)

Medicína nemá být nástrojem moci, ale pomoci²¹ (Wertz a Fletcher, 1998; Beauchamp a Childress, 2001; Evans, 2008). Mocí je zde myšlena „komplexní sada

²⁰ V kapitole 4 a 5 jsem se vyjádřila ke konstrukci autonomie žen-matek, proto se v této kapitole vyjadřuji již obecně k autonomii rodičů versus autonomii dětí, přičemž se však dále vyjádřím k genderové rovnosti autonomie dětí, které jsou samozřejmě buď synové, nebo dcery, což je podstatou genderové selekce.

propojení mezi prostory, kde jsou produkovány pravda a vědění, spolu se systémy kontroly a dominance“ (Braidotti, 1994: 76). Medicína, jakožto vědecký obor, produkuje poznání zaštitěné autoritou vědecké expertízy (Braidotti, 1994; Neubauer, 1994 a 2001; Fausto-Sterling, 1997 a 2003; Fairclough, 1999; Foucault, 1999; Beauchamp a Childress, 2001; Renzetti a Curran, 2003; Evans, 2008), a aby se stala etickou, musí splňovat etické standardy, tedy respektovat principy biomedicíncké etiky (Beauchamp a Childress, 2001). Respekt pro patientskou autonomii vyžaduje, aby zdravotní personál reflektoval a respektoval diverzitu pacientů/ek a jejich potřeb a vycházel jim vstříc (Beauchamp a Childress, 2001; Danzer, Rose, Walter, Flapp, 2002; Shildrick, 2003; Evans, 2008).

Obecněji řečeno, je autonomní osoba ta, která jedná svobodně v souladu s životním plánem, který si zvolila. Jak již bylo naznačeno, používání ART ze své podstaty souvisí s problematikou lidské autonomie a jejího naplňování. Robertson (1996) konstatuje, že problematika reprodukce je zásadním způsobem vztažena k lidské identitě, sebe-pojímání a smyslu života. V životě mnoha lidí hraje rodičovství důležitou roli, pro mnoho z nich má navíc také náboženský význam a děti jsou často vnímány jako dar od boha (tamtéž). Celkově je tak reprodukce záležitostí individuálních zájmů a lidé by, dle Robertsona, měli mít svobodu činit autonomní rozhodnutí, aniž by byli vystaveni zásahům zvenčí, především tlaku ze strany státu.

Beauchamp a Childress (2001) předkládají méně individualistické pojetí konceptu autonomie, které zohledňuje společenský rozměr lidské identity a vliv individuálních rozhodnutí na ostatní. Z jejich pohledu nemůže být reprodukční svoboda chápána pouze prizmatem sebe-vlády, jelikož volby činěné v kontextu reprodukce ovlivňují všechny zúčastněné, včetně dítěte. Proto je nutné také zohlednit autonomii a prosperitu dětí zplozených pomocí ART. Toto pojetí reprodukční svobody koresponduje s feministickou kritikou reprodukčních technologií a jejich využívání, jelikož k rodičům nepřistupuje jako k atomizovaným individuům, ale lidem, kteří existují v kontextu společnosti a mezilidských vazeb, v jejichž rámci utvářejí své volby. Takové pojetí autonomie nepředpokládá abstraktní a idealizovanou formu individualismu, ale je blíže reálným životů jedinců, které se uskutečňují charakteristicky v rámci různých společenských vazeb. Koncept autonomie, který reflektuje mezilidské vazby, navíc pojímá jednotlivce jako osobu, která má zodpovědnost nejen sám k sobě, ale i k druhým.

²¹ Medicína by měla směřovat ke zlepšení kvality lidského života. V praxi existuje ale mnoho případů dlouhodobých a smrtelných nemocí, kdy ani medicína již nemůže lidský život zachránit, za takových podmínek je zásadní, aby nepřispívala ke zhoršení jeho kvality (Beauchamp, Childress, 2001).

Zodpovědnost rodičů vůči dítěti a jeho autonomii zdůrazňuje také německý filosof Jürgen Habermas (2003), který je přesvědčen, že embryonální selekce vnáší do vztahu rodič-dítě zcela nový typ mocenské asymetrie. Zásahem do genetické výbavy dítěte se rodiče stávají aktéry selekce, zatímco jejich děti jsou v pozici selektovaných, tedy objektů, z nichž si rodiče vybírají dle předem daného "programu". Zásadní problém spočívá, dle Habermase, v tom, že děti nedisponují možností jim přisouzený program změnit. Genová manipulace je nevratná a dítě není svobodné k tomu, aby projekt svých rodičů odmítlo, jako to může udělat v rámci standardní socializace. Nemá ani šanci promlouvat do procesu, v němž je utvářeno, nebo k zásahům do své genetiky dát informovaný souhlas, což je praxe vysoce respektovaná v rámci etiky medicíny (Beauchamp a Childress, 2001). Tudíž z hlediska respektu pro autonomii v biomedicíně, je genderová selekce dětí nepřijatelná z toho důvodu, že ohrožuje jejich autonomii ve jménu exkluzivní autonomie rodičů. Dítě je v rámci selekce postaveno de facto na úroveň objektu, určité komodity, kterou rodiče získají za své investice. Fenoménem komodifikace dítěte se budu dále zabývat v rámci vyhodnocení selekční praxe z hlediska principu nezraňování, přičemž se budu nadále věnovat rozsahu možných rizik, které genderová selekce pro děti nese, aby bylo zřejmé, že existují podstatné důvody k omezení používání ART.

Embryonální selekce a genderová autonomie dítěte

Mocenská nerovnováha, daná tím, že si dítě, vzhledem k definitivní povaze embryonální selekce, nikdy nemůže svou pozici vyměnit s programátorem, má specificky nový charakter. Jak Habermas ilustruje slovy Andrease Kuhlmana: „Rodiče samozřejmě vždy snili o tom, čím budou jejich potomci. Něco jiného však je, jestliže by děti byly konfrontovány s prefabrikovanými představami, jimž by nakonec vděčily za svou existenci“ (Kuhlman citován in Habermas: 65). Tato skutečnost může zásadním způsobem omezovat autonomii dětí. Co se týče konkrétně genderové autonomie, prekoncepční determinace dítěte ve smyslu genderové selekce může pro dítě znamenat, že je následně po svém zplazení podrobena poměřování se stereotypním obrazem ženské a mužské identity a role, podle nichž bylo jeho stvoření a život plánováno.

Je evidentní, že společnost vyvíjí na genderovou uniformitu velké tlaky a dítě je jim vystaveno, aniž by bylo formováno apriorní genderovou selekcí (Bourdieu, 2000;

Fenstermaker a West, 2002; Butler, 2003 a 2004; Renzetti a Curran, 2003;). Přesto je nutné se ptát, jestli tento tlak není vyšší v případě, kdy rodiče k plození přistupují od počátku s racionálním plánem na determinaci dítěte, kterou provedou ještě před jeho narozením, přičemž do stvoření ideálního potomka investují velké finanční zdroje (Darnovsky, 2003 a 2004; Arons, 2007). Ty, samozřejmě, investují již ve chvíli, kdy podstoupí metody ART nehrazené z lékařského pojištění, prenatální diagnostika za účelem embryonální selekce však představuje další položku (samotný cyklus IVF stojí \$12 400 USD, IVF s prenatální diagnostikou je o \$ 3500, USD dražší, Arons, 2007). a hlavně moment selektivní volby embryí, která budou následně implantována do dělohy, zásadním způsobem konkretizuje očekávání rodičů, která vůči potomstvu uplatňují. V případě embryonální selekce nejde rodičům jen o to, aby zplodili dítě, ale o to, aby zplodili dítě konkrétního typu.

Nebude potom takové dítě vystaveno větším nárokům rodičů a jejich možnému zklamání, v případě, kdy předurčený program nenaplní? O tom, že rodiče, kteří přistupují k selekci svých dětí, mohou mít velmi konkrétní představy o genderové roli svých dětí, vypovídá výrok jedné z prvních matek, která využila metodu separace spermatu, aby zplodila vytouženou dceru: „Chtěla jsem mít někoho, s kým bych si mohla hrát s Barbínami a s kým bych mohla chodit na nákupy, chtěla jsem malou holčičku s dlouhými vlásky a růžovými nehty“ (Darnovsky, 2004: 6). V jiném interview řekla jedna matka, že si přála dceru, protože: „kluci jdou svou vlastní cestou, ale dívky se drží víc doma“ (Health Council of the Netherlands, 1995: 23).

Jak bylo řečeno již v úvodu, praktikování genderové selekce se z velké míry zakládá na genderových stereotypech a představách, že jen děti určitého genderu jsou kompetentní k určitým činnostem, přičemž se očekává, že je budou reálně dělat (Wertz a Fletcher, 1998; Bourdieu, 2000; Butler, 2003 a 2004; Renzetti a Curran, 2003; Darnovsky, 2003 a 2004, Rothschild, 2005 a další). Genderová selekce tak nese veliký potenciál k reprodukci rigidních představ o rolích žen a mužů a v důsledku neohrožuje pouze autonomii dětí, ale škodí společnosti jako celku, protože udržuje genderové stereotypy a tím omezuje svobodu všech mužů a žen k tomu, aby autonomně utvářeli svou genderovou identitu.

Autonomie rodičovské volby

Objevují se i názory z řad feministických teoretiček, že ačkoli selekce nemůže být genderově neutrální, může být alespoň podstupovaná dobrovolně, bez donucení ze strany společnosti, či rodiny. Tato pozice reflektuje skutečnost, že v některých zemích a kulturách je od žen očekáváno zplodění syna a dcery zde mohou být selektivně potráceny, či zabíjeny. Mnoho z těch, kdo obhajují praktikování apriorní genderové selekce, se domnívá, že v zemích Evropy a Severní Ameriky takové tlaky chybějí a rodiče, potažmo matky, mají svobodnou volbu, i v případě, kdy přistoupí k selekci potomstva a rozhodují se, jaké dítě chtějí.

Marry Anne Warren (1999) prezentuje příklad, jak se domnívá, autonomní selekce, kdy se svobodná vzdělaná žena žijící na západě rozhodne zplodit dceru, protože nechce riskovat tu situaci, kdyby z jejího syna vyrostl další „potenciální pachatel znásilnění, potenciální násilník, potenciální Velký muž“ (Warren, 1999: 140). Warren se domnívá, že takové rozhodnutí je legitimní, protože je to její volba, a také jej považuje za autonomní. Ovšem vzato z perspektivy, která akcentuje jak praxi rovného zacházení se ženami a muži, tak respekt k diverzitě, příklad Warren ztrácí na legitimitě, neboť postoj její imaginární matky je založen na genderových stereotypech, pouze obráceným proti mužům – zde navíc velmi jednostranně zaujatých a vyhroceně negativních²².

Postoj matky z příkladu předloženého Warren lze možná do jisté míry chápat vzhledem k tomu, že jsou to muži, kdo ve společnosti disponuje větší mocí, a to na úkor žen, avšak toto je možné říci pouze o mužích jako skupině, ne o všech jejích individuálních příslušnících. Proto předpoklad, že každý muž je apriori potenciální násilník, je výsledkem generalizace, která plodí diskriminaci. Autonomní povaha matčina rozhodnutí je též zpochybnitelná, neboť genderové stereotypy, jakkoli jsou vzácnější ty obrácené proti mužům, vznikají ve společenském kontextu a jsou tedy sociálně utvářené. Postoj imaginární matky, který uvádí Warren, tak reprodukuje genderově stereotypní smýšlení o mužích a ženách a v důsledku udržuje genderový řád, neboť nepřináší žádný posun směrem k větší rozvolněnosti mužských a ženských rolí ve společnosti.

Příklad, který použila Warren, také ukazuje na tendenci uvažovat o genderové selekci tím způsobem, že pokud je obrácená, tedy pokud preferuje ženy oproti mužům, pak je méně závažná. Jak bylo řečeno, je faktem, že ženy jsou dosud ve společnosti znevýhodňovány a selekce namířená proti nim jejich pozici nadále zhoršuje, avšak to

²² Warren (1999) také pracuje s velmi stereotypní konstrukcí ženy ze západní společnosti jako civilizované, autonomní a vzdělané.

neznamená, že genderově zatížená selekce v neprospěch mužů je v pořádku. Ano, má prokázaně méně tragické populační důsledky²³, ale to jí nedělá přijatelnou z hlediska požadavku genderové rovnoprávnosti ve společnosti.

Představu Warren o tom, že existuje nějaká autonomní a v podstatě genderově nezávadná forma selekce, sdílí většina teoretiků, kteří podporují dostupnost genderové selekce pro harmonizaci rodiny (Pennings, 1996; Robertson, 1996, 2001, 2003, 2004 a 2005; Savulescu a Dahl, 2000; McCarthy, 2001; Dickens, 2002). Předpoklad neutrality této formy genderové selekce vyvozují z faktu, že gender selektovaného dítěte se odvíjí od genderu již existujících dětí a vyrovnává “genderovou diverzitu“ v rodině. Jak však již bylo diskutováno, samotný předpoklad, že genderová diverzita se odvíjí od genderové selekce, pracuje s duální konstrukcí genderu a s genderovými stereotypy, o reálné neutralitě proto nemůže být řeč. Selekcční rozhodnutí, která jsou vedena genderovými předsudky, ať již v důsledku favorizují ten který gender, jsou z hlediska respektu k rovným právům žen a mužů, jejich autonomii a skutečné genderové diverzitě, ve smyslu rozvolnění duální konstrukce genderu, nepřijatelná a tato negativa převažují nad hodnotou rodičovské autonomie.

B. Princip nezraňování

Princip nezraňování ustavuje požadavek nedopouštět se ublížení v kontextu zdravotní péče, v níž jsou pacienti a pacientky vystaveny autoritě lékařské expertízy a mocenskou nerovnost tohoto vztahu je třeba ošetřit závazkem nezraňovat, na straně zdravotnického personálu (Beauchamp & Childress, 1994). V rámci genderové selekce existují mnohá rizika ohrožující prosperitu dítěte. Předně, Habermas (2003) říká, že samotný akt genetické determinace dítěte již ze své podstaty způsobuje dítěti újmu, protože jej připravuje o rozmanitost životních zkušeností a voleb. Jakmile je dítě jednou determinováno a jeho genetický profil nevratně určen, dítě jej již nikdy nemůže zcela změnit. Toto stanovisko varující před totalitou embryonální selekce je zastáváno dále těmi, kdo věří, že selektované děti jsou vystavené velkým očekáváním ze strany rodičů.

²³ Rozhodně nelze říci, že je málo rozšířená, neboť se ukazuje, že v euroamerických společnostech rodiče podstupují častěji genderovou selekci, aby zplodili dceru. Odhadovaných 100 milionů žen chybějících ve světové populaci (Sen, 2003) však ukazuje, že co se týče selekce nepodstupované pro harmonizaci rodiny, která je prováděná s cílem “vypárovat“ děti tak, aby byly opačného genderu, ale selekce apriorní mimo rámec harmonizace rodiny, včetně dětské infanticidy, pak genderová selekce ústí v diskriminaci žen a důsledkem je jejich velká absence ve společnosti.

Komodifikace dítěte

Jak bylo ukázáno v minulých kapitolách, v rámci praxe apriorní genderové selekce je redukována autonomie dítěte a to se stává objektem výběru a genderového “projektování“. Mnohokrát bylo řečeno, že rodiče přistupují k selekci dítěte proto, že očekávají konkrétní výsledek, dítě, které naplní jejich představy o správném mužském/ženském genderu. Je třeba konstatovat, že dítě je chtěné podmíněně, tedy s předpokladem, že bude odpovídat předpokladům, s jakými rodiče k selekci přistoupili.

Jak bylo řečeno v kapitole o metodách ART používaných k genderové selekci, při použití metody fertilizace in vitro je produkováno vícero embryí, která jsou podrobena prenatální genetické diagnostice a pouze embrya (pro zvýšení úspěšnosti zákroku jsou obvykle implantována dvě, Arons, 2007), která odpovídají požadavkům klientely. Cílem genderové selekce je samozřejmě zplodit dítě konkrétního požadovaného genderu, kromě něj ale prenatální diagnostika slouží i k určování genetických predispozic plodu. Rodiče, kteří podstupují PGD, pro genderovou selekci, tak mají samozřejmou možnost provést selekci na další genetické znaky svého dítěte, podle vlastních preferencí a vyloučit řadu znaků, které si u svého dítěte nepřejí²⁴.

V první řadě PGD rodičům nabízí možnost předejít tomu, aby dítě mělo nějakou geneticky dědičnou nemoc. Účelem prenatální diagnostiky je primárně odhalit genetické poruchy u plodu (Bayles, 1990; Robertson, 1996, 2001, 2003, 2004 a 2005; Rothschild, 2005) a nabídnout rodičům možnost nemít potomka s postižením (při standardním těhotenství je zde možnost potratit nechtěný plod, v případě IVF je možné vyloučit implementaci plodu s postižením a vybrat geneticky nejvhodnější embryo). Za ideální je považováno dítě, které je zdravé (Bayles, 1990; Robertson, 1996, 2001, 2003, 2004 a 2005; Hubbart, 1997; Shildrick, 2004; Rothschild, 2005). Testování na geneticky dědičné nemoci se stále zkvalitňuje a pole nemocí/defektů, jež lze pomocí PGD detekovat, se stále rozšiřuje (Shildrick, 2004). Spolu s tím, jak se PGD stává standardní součástí reprodukční medicíny (Braidotti, 1994; Schubert-Lehnhardt, 2002; Sherwin, 2001; Rothschild, 2005; Evans, 2007) se selekce potomků stává jednou z mnoha rodičovských voleb.

²⁴ Rodiče touží po dokonalém dítěti, koncept dokonalého dítěte bude detailněji popsán v kapitole o prospěšnosti genderové selekce pro rodiče.

Metody asistované reprodukce nabízejí rodičům mnohem širší pole výběru ohledně znaků, které by mělo jejich dítě nést. Nejde zdaleka jen o znaky, které ovlivňují zdravotní stav dítěte, ale právě o znaky preferované převážně ze sociálních důvodů, jako je gender²⁵ nebo rasa (Schubert-Lehnhardt, 2002; Rothschild, 2005).

Důsledkem praktikování PGD je, že se dítě stává objektem komodifikace, jak rodiče volí, jaké má být. Pouze kvalitní embrya jsou implantována do děloh a stále přesnější testování dětí na možné geneticky dědičné nemoci, těhotenství se tak stává oblasní konzumní volby (Shildrick, 2004; Darnovsky, 2003 a 2004; Rothschild, 2005).

Posun od snahy maximalizovat potenciál plodu k touze po exkluzivně dokonalých dětech navíc činí z embryonální a genderové selekce, podle mnohých kritických hlasů, novou formu eugeniky (Schubert-Lehnhardt, 2002; Habermas, 2003; Shildrick, 2004; Darnovsky, 2003 a 2004; Rothschild, 2005). Nevhodné plody jsou zde odstraňovány ve prospěch kvality a vyváženosti budoucích generací, přičemž Shildrick zdůrazňuje, že „jakákoliv úmyslná eliminace nebo korekce s sebou nevyhnutelně nese proces normalizace“ (Shildrick, 2004: 154), v jejímž důsledku budou osoby, jež se budou odlišovat od normy, vystaveny ještě větší diskriminaci. Což je další z ilustrací toho, že genderová selekce potlačuje diverzitu tím, že předpokládá normativní existenci dvou genderů a povinné heterosexuality, takže všechny děti, které tyto předpoklady nebudou v realitě performovat, neobstojí před nároky svých rodičů a společnosti, a mohou být diskriminovány, což je forma újmy.

„Genderová selekce dítě nezraňuje, neboť díky ní existuje“

Některé hlasy podporující selekční praxi v euroamerických zemích tvrdí, že námitky proti jejímu provozování platí pouze v případě, že selekce dopadá negativním způsobem na ženy, přičemž odkazují k evidenci, že americké a evropské páry preferují dcery (Pennings, 1996; Savulescu a Dahl, 2000; McCarthy, 2001; Dickens, 2002; Sureau, 1999; Robertson, 2005). Z tohoto důvodu také tvrdí, že praktikování genderové selekce v těchto zeměpisných oblastech není diskriminačního charakteru. Ale je to opravdu důvěryhodný argument? Nikoliv, neboť víme, že jednání, které zakládá

²⁵ Zde je třeba zopakovat, že definice toho, co je zdravotní handicap, je také z velké míry sociálně podmíněná, jak bylo diskutováno v kapitole o selekci z lékařských důvodů. Stejně tak i genderová selekce může být prováděna ze zdravotních důvodů, v rámci prevence nemocí vázaných na chromozom X. Když hovořím o embryonální selekci podstupované z převážně sociálních důvodů, mám na mysli selekci, která není založená na existující genetické prognóze, ale je apriorně vyžádána.

potenciální diskriminaci, je již samotné činění rozdílu mezi ženami a muži, dcerami a syny (Renzetti a Curran, 2003). Proto, jak již bylo diskutováno v předešlých kapitolách, selekční praxe je v principu diskriminační, neboť se zakládá na reprodukci genderových stereotypů, tedy víře, že ženy a muži jsou esenčně odlišné lidské bytosti. V tomto ohledu tedy nezáleží, zda je selekce namířená exkluzivně proti ženám, či nikoliv.

Někteří skeptici, v čele s Robertsonem (1996, 2001, 2003, 2004 a 2005) míní, že konkrétní újma způsobená potomkům je příliš spekulativní, avšak toto svoje stanovisko dále neprokazují. Naopak Darnovsky (2004) na základě průzkumu mezi rodiči ukazuje, že genderové stereotypy přežívají ve velmi koncentrované podobě a jedním z nejsilnějších je stále touha po prvorozeném synovi.

Pro zpochybnění Robertsonovy argumentace odkazující k nedostatku důkazů, které by prokazatelně ukázaly újmu, která vzniká selektovaným dětem, můžeme říci, že samotná reprodukce genderových stereotypů, na níž je selekce postavená, je dostatečným důvodem pro zásadní regulaci této praxe na selekci ze zdravotních důvodů. V Evropě ani v Severní Americe praktikování genderové selekce pravděpodobně nezpůsobí nepoměr žen a mužů v populaci a nebude snadné ukázat jedno individuální dítě, u něž by selekce způsobila jasně zařaditelné trauma. Avšak udržování stereotypního smýšlení o ženách a mužích v praxi genderové selekce identifikovat lze a ve společnosti, která dodržuje lidská práva a řídí se hodnotou rovnoprávnosti, je taková tendence nepřijatelná, neboť odporuje zásadám, k nimž se demokratické společnosti hlásí.

Proto můžeme říci, že praktikování genderové selekce způsobuje újmu populaci jako celku, neboť všem lidem je formálně zaručená rovnoprávnost, avšak praxe kvalitativního rozlišování mezi dětmi na základě genderu tyto proklamace popírá a udržuje diskriminační klima ve společnosti. Závěrem lze proto konstatovat, že praktikování genderové selekce z nelékařských důvodů nekoresponduje s principem nezraňování, naopak je s ním v přímém protikladu.

C. Princip prospěšnosti

Princip prospěšnosti v biomedicínské etice odkazuje k „morálnímu závazku jednat ve prospěch druhých“ (Beauchamp & Childress, 2001: 166). To vyžaduje mnohem aktivnější přístup než pouhé upuštění od zacházení, které může působit újmu. Na základě předešlých analýz je zřejmé, že genderová selekce má potenciál reprodukovat genderové stereotypy a snížit kvalitu života a autonomii dětí, které přijdou na svět v jejím rámci. V předešlé kapitole bylo navíc ukázáno, že selekční praxe se neslučuje s principem nezraňování. Ze všech těchto důvodů je třeba si položit otázku, zda a komu přináší praxe genderové selekce prospěch.

Prospěšnost genderové selekce pro děti

Jak se opakovaně ukázalo, největší rizika ze selekční praxe, plynou pro děti zplozené s její pomocí. Otázkou je, zda dětem může genderová selekce přinést i nějaká pozitiva. Zdá se, že jedním z možných pozitiv pro dítě by mohl být fakt, že musí být velmi vytoužené, když pro jeho zplození matka podstupuje invazivní proces ART, který je, jak bylo zmíněno, velmi nákladný.

Investované finanční zdroje, čas a ochota podstoupit celou proceduru přes možné zdravotní komplikace, jsou důkazem, že si rodiče výsledné dítě velmi přejí. Je však třeba se dále ptát, jak se jejich vztah k dítěti bude vyvíjet ve chvíli, kdy dítě odmítne naplňovat představy rodičů o své genderové identitě a přestane performovat předurčenou ženskou/mužskou roli, tak, jak je tradičně definována.

Je však též možné se ptát zcela obecně: je dostatečným ospravedlněním selekce vůle rodičů, kteří v rámci své reprodukční svobody vyjádří přání nemít dítě jako takové, ale dítě konkrétního genderu? Je legitimní, aby rodiče rozlišovali hodnotu dítěte podle toho, jestli je to dcera nebo syn?

Robertson namítá, že některé rodiče může nedostupnost genderové selekce odradit od reprodukce, jednoduše totiž chtějí mít dítě, jen pokud budou mít jistotu, že bude konkrétního genderu, po kterém touží (Robertson, 2005). To znamená, že dítě se bez genderové selekce vůbec nenarodí. Podle Robertsona jde o příklad, kdy je apriorní genderová selekce dětem jednoznačně ku prospěchu, protože bez ní by vůbec nebyly.

Ano, to je možné a není relevantní nutit rodiče ke zplození dítěte, které nechtějí, vzhledem k tomu, že neexistuje žádná povinnost se reprodukovat, jak říká sám Robertson (1996). Je však nutné dodat, že z hlediska respektu pro rovnoprávnost a dodržování lidských práv také není relevantní určovat hodnotu dětí podle jejich genderu. I těm dětem, které se díky selekci narodí, nepřináší selekce velký prospěch, neboť se narodily do rodiny a potažmo společnosti, kde přetrvávají genderové stereotypy.

Mohlo by se zdát, že například v zemích, kde je silná preference pro mužské potomky, musí synové mít prospěch z toho, že jsou upřednostňováni před dcerami. Tento závěr je však snadno zpochybnitelný, neboť není benefitem žít ve společnosti, kde jsou porušována lidská práva. Genderové stereotypy omezují jak životy žen, tak mužů, a vystavují je stereotypním očekáváním, tedy diskriminaci. Ve společnosti, kde existují tak velké genderové předsudky, že to ženy stojí život, lze očekávat, že budou muži vystaveni také velkým genderovým stereotypům, co se jejich role týče²⁶. Lze tedy celkově říci, že život ve společnosti, která je genderově stereotypní a diskriminační, není velkým přínosem ani pro ženy, ani pro muže.

Jak ukazuje Habermas, dítě je vždy nějak projektem svých rodičů, ale determinace socializací je jiného druhu než determinace zásahem do genetického profilu dítěte. Zatímco první druh projektování může dítě s postupem věku odmítnout a žít jiný život, v rámci embryonální selekce je jednou vytvořeno podle nějakého plánu, zásah do jeho autonomie je genetické povahy, a nelze jej již nikdy změnit. Proto genderová selekce nese větší mocenský rozměr než genderová socializace, a je proto také pro děti a jejich autonomii mnohem nebezpečnější.

Prospěšnost genderové selekce pro rodiče

Vzhledem k tomu, že existuje mnoho rodičů, kteří selekci dětí podstupují, nebo chtějí, je evidentní, že tito rodiče mají představu, že jim bude podstoupená procedura prospěšná. Za pomoci ART realizují svou reprodukční svobodu a za investované zdroje získávají dítě typu, který si přáli. To je hlavní benefit, kvůli kterému je proces embryonální selekce úspěšný.

²⁶ V rámci logiky Robertsonovy argumentace (1996, 2001, 2003, 2004 a 2005) lze také dodat, že absence žen v populaci neumožní mnoha mužům najít životní partnerku a založit rodinu, tedy realizovat svůj reprodukční potenciál tak, jak si třeba přejí.

Koncept dokonalého dítěte²⁷

Jak bylo ukázáno v rámci diskuze principu autonomie, genderová selekce se stává prostorem komodifikace dětí, jež rodičům přináší potomka podle jejich přání. Robertson (2005) říká, že rodiče touží po dokonalém dítěti, protože dokonalost je jednoduše společenskou hodnotou. Dokonalé dítě je dle autorky dítětem bez nežádoucích defektů a lékařská věda a technologie ztělesňují „zázrak“, jež ušetří rodiče před „tragédií“, kterou vrozené vady představují. „Diskurz se uskutečňuje v prostředí klinik spolu s tím, jak se prenatální diagnóza stává běžnou součástí praktik reprodukční medicíny“ (Rothschild, 2005: 3).

Ordinace se stává místem, kde se realizují rozhodnutí, které děti jsou přijatelné. Dle Rothschild se tak uskutečňuje proces selekce, jež utváří diskurz dokonalého dítěte. Tento diskurz má kořeny v západní kultuře a získal na síle zejména v rámci osvícenství, jež ustavilo moderní sekulární tradice v čele s vědou, medicínou a ideou pokroku. Představa dokonalosti byla dále rozvinuta pozitivisty, darwinisty a stoupenci eugeniky a rasové čistoty. Samotné technologie však k její realizaci nestačí: musí se setkat s poptávkou, teprve pak může vzniknout průmysl. Tím, jak technologie umožňuje odborníkům rozšířit závazek prevence a léčby nemocí a zároveň jim slouží v rámci ideologie dokonalosti k odhalování a odstraňování nedokonalého, diskurz dokonalého dítěte je tak kulturně a technologicky konstruovaný.

Mnozí teoretici a teoretičky odkazují k sociální konstrukci handicapu (Garland-Thomson, 1997; Hubbart, 1997; Wertz a Fletcher, 1998; Donchin, 2003; Shildrick, 2004; Rothschild, 2005), což vede ke konstatování, že ženský gender je v mnoha zemích vadou (izolace od vzdělání, možnosti dědit, dostat dobrou práci a rozhodovat o vlastním těle), ženský gender, tak jako jiné handicap, omezuje naplnění individuálních cílů (Garland-Thomson, 1997; Hubbart, 1997; Wertz a Fletcher, 1998; Donchin, 2003; Darnovsky, 2004; Shildrick, 2004; Rothschild, 2005). Handicap, jakožto sociální kategorie může být překonán s odpovídající sociální podporou postiženým a vzděláváním veřejnosti o životě s postižením. Prenatální diagnóza zatím diskriminuje potenciální osoby, považované za handicapované a udržuje diskriminaci již existujících lidí s handicapem. Podle tohoto argumentu se sociální dopady selekce pro gender a pro handicap eticky neliší- v obou případech se narodí méně lidí, kteří by se lišili od sociálně žádané normy a ti, kteří už

²⁷ Tato rozvíjí text o konceptu dokonalého dítěte z mé bakalářské práce (Hendlová, 2006).

jsou “jiní“ budou trpět ještě větší diskriminací a dostane se jim méně služeb: je pravděpodobné, že PND povede ke společenským a rodinným rozhodnutím, že jen lidé s určitým druhem vlastností mají mít možnost vstupu na tento svět (Garland-Thomson, 1997; Hubbart, 1997; Wertz a Fletcher, 1998; Donchin, 2003).

Tato teze má i svůj sporný bod. Víra v sociální konstrukci veškerého handicapu podle nich zpochybňuje nesporné psychické, mentální a mezilidské skutečnosti genetických nemocí a handicapů (Wertz a Fletcher, 1998). V potaz by proto měla být brána určitá nerigidní představa kvality života. Jelikož je genderová diskriminace způsobená společenským systémem (Bourdieu, 2000; Renzetti a Curran, 2003; Butler, 2003 a 2004), který je možné transformovat, neměla by být důvodem k genderové selekci proti ženám. Určité formy fyzických handicapů je, jak bylo uvedeno, též možné překlenout rozšířením služeb pro lidi s handicapem (Wertz a Fletcher, 1998), proto by v úvahu pro selekci ze zdravotních důvodů měly být brány jen opravdu závažné formy handicapu a genetických nemocí. Jak konstatují Wertz a Fletcher, oficiálním cílem genetické medicíny je zlepšování, nebo prevence omezování života, tento závazek však lze v případě genderové selekce pochopit jen pokud by mělo narozené dítě trpět nesnesitelným utrpením, jež nelze odstranit, jak lékařsky, tak ze společenského hlediska, což neplatí v případě společenské diskriminace žen.

Prospěšnost genderové selekce pro kliniky

Kliniky ze selekční praxe těží především. Jelikož selekce pro nelékařské účely není hrazená pojištěním, představuje oblast medicíny, v níž se ceny řídí logikou trhu (Arons, 2007). Kritičky a kritici genderové selekce z nelékařských důvodů konstatují, že kliniky jsou motivovány finančním ziskem, neboť genderová selekce představuje velmi lukrativní oblast, a jako taková má velký komerční potenciál. Není bez zajímavosti, že mnozí z těch, kdo legalizaci genderové selekce podporují, jsou často provázáni s klinikami a jejich zájmy (Habermas, 2003; Darnovsky, 2004).

Na straně klinik nabízejících selekci je proto třeba rozeznat díl viny za reprodukci genderových stereotypů ve společnosti, i když největší díl odpovědnosti nese společenský systém, který praktikování genderové selekce umožňuje. Těmito dvěma aspekty budou věnovány kapitoly 7 a 8, v nichž je diskutováno legislativní ošetření genderové selekce a diskurz klinik, které ji nabízejí.

D. Princip spravedlnosti

V rámci etického vyhodnocování medicínské praxe je velmi důležitá otázka distribuce technologií a přístupu k nim. V kapitole 4, kde byla detailně prezentována feministická kritika ART, bylo konstatováno, že přístup k reprodukčním technologiím není umožněn všem ženám a je velmi selektivní. Bylo ukázáno, že v rámci současných podmínek je praxe ART často zatížena diskriminací žen na základě příslušnosti k etniku, rase, ekonomické třídě, věkové skupině, sexuálním menšinám atd (Braidotti, 1994; Garland-Thomson, 1997; Hubbart, 1997; Wertz a Fletcher, 1998; Greer, 2001; Sherwin, 2001; Schubert-Lehnhardt, 2002; Shildrick, 2004; Rotshild, 2005).

Dle Beauchampa a Childresse (2001) ustavuje princip spravedlnosti požadavek jednat s rovnými rovně. Přestože je rovnoprávnost formálně zaručena všem (United Nations, 1948 a 1979), jak napříč různými skupinami populace (např. muži a ženy), tak v rámci jedné skupiny, zmíněná skutečnost, že ART za současných podmínek stratifikují ženy a jsou dostupné jen některým privilegovanějším ženám, ukazuje na skutečnost, že společenské ošetření reprodukční medicíny, do nichž genderová selekce spadá, odporuje principu spravedlnosti. Protože jsem se ale tomuto problému, a osvětlení povahy diskriminace v ART, věnovala podrobněji ve 4. kapitole, budu se v následujícím textu věnovat převážně distribuci genderové selekce obecně z globálního hlediska.

Jak bylo konstatováno již v úvodu, debaty o legitimizaci provádění genderové selekce z nelékařských důvodů jsou vedeny ponejvíce ve velmi dualistickém diskurzu označujícím asijské a africké země jako pachatelky genderové diskriminace, zatímco euroamerické země jsou vnímány jako genderově neutrální prostor (Pennings, 1996; Robertson, 1996, 2001, 2003, 2004 a 2005; Savulescu a Dahl, 2000; McCarthy, 2001; Dickens, 2002). V tomto duchu je pak argumentováno, že apriorní genderová selekce v zemích, kde existuje deficit žen v populaci gynocidního rozměru, má být zakázána, protože způsobuje porušování lidských práv žen, avšak její provádění v západních zemích je považováno za neproblematické. Zde je třeba zdůraznit, že se jedná o tytéž technologie, tedy selekci prováděnou za pomoci lékařských technologií, nikoli o selekci skrze infanticidu, či zanedbání dítěte. Tyto metody jsou považovány za celkově nepřijatelné, nehledě na jejich geografický výskyt.

Dvojitá morálka aplikovaná na stejné technologie v závislosti na jejich lokaci vznáší mnoho otázek po spravedlnosti, jež bývá definována jako nestrannost a odkazuje k potřebě rovného přístupu k lékařské péči a její vyvážené distribuci (Beauchamp and Childress, 1994). Jak bylo řečeno, mnoho z euroamerických autorů, zabývajících se etikou, je toho názoru, že jedna a tatáž technologie může být nerovně distribuována v mezinárodním kontextu (Sureau, 1999; Savulescu & Dahl, 2000; McCarthy, 2001) a tato skutečnost bývá kritizována těmi, kdo oponují praktikování genderové selekce z nelékařských důvodů (Wertz a Fletcher, 1998; Darnovsky, 2003, 2004). Kritičky a kritici této praxe souhlasí s tím, že apriorní selekce nemá být umožněna v zemích, kde je nepoměr žen a mužů v populaci, ovšem dodávají, že stejný standard má platit i pro euroamerické země. Jak zdůrazňují, uplatňování dvojitá morálky poškozuje lidi a profesní organizace, kteří usilují o prosazování práv žen a upozorňují na jejich porušování v zemích, které trpí problémem absence žen v populaci.

Euroamerické země se často staví do role garantů lidských práv (Allen a Thomas, 2000), proto je obzvláště důležité, aby tuto pozici zastávaly konzistentně. Koncept lidských práv byl jednou definován jako univerzální²⁸ (United Nations, 1948), z čehož plyne, že uplatňování dvojitých standardů vůči různým zemím a společnostem postrádá na legitimitě. Kromě toho postrádá také na účinnosti, vzhledem k možnosti selekční turistiky (Darnovsky, 2004), k níž se dále vrátím v kapitole 8, pojednávající o diskurzu klinik nabízejících genderovou selekci.

Akceptace praktikování apriorní genderové v jedné části světa, a kritika jejího praktikování v jiné jeho části, je příkladem zásadní inkonsistence, stejně jako příkladem porušování respektu k principu spravedlnosti a konečně také konceptu lidských práv. Respektování reprodukčních svobod je, jak již bylo řečeno, důležité, ale musí být dodržováno konzistentně a s ohledem na komplexnost lidské zkušenosti. Slovy Darnovsky:

„Pokud přání, volby a preference mají být v rovnováze se sociální spravedlností a obecným dobrem, nemohou být bezmyšlenkovitě proměněny v chráněné svobody, či více méně kodifikovaná práva. Separované od sociálních důsledků, jsou jak přání, tak svobody, minimálně naivní“ (Darnovsky, 2004: 6).

²⁸ Koncept univerzálních lidských práv bývá někdy kritizován jako západní koncept, na druhou stranu byly ale zmíněné deklarace a úmluvy ratifikovány napříč mezinárodním spektrem (Buruma a Margalit, 2004)

Shrnutí vyhodnocení praxe genderové selekce z hlediska 4 principů bioetiky

Jak bylo ukázáno, praxe genderové selekce, zejména z nelékařských důvodů, není zcela slučitelná ani s jedním z principů bioetiky. Při zachování respektu k naplňování těchto principů, jež prosazují respekt k autonomii, nutnost nezraňování, potřebu prospěšnosti medicíny a spravedlnosti v rámci medicínské praxe, není možné akceptovat praktikování genderové selekce, která má velký potenciál reprodukovat genderové stereotypy a diskriminaci ve společnosti. Pokud vycházíme z této teze, musí být praktikování genderové selekce z nelékařských důvodů legislativně zakázáno a reálně nedostupné. V další kapitole se proto zaměřím na formální ošetření genderové selekce, které determinuje společenskou praxi.

7. Legislativní vymezení genderové selekce

Pro kontextualizaci teoretických debat o genderové selekci do reálné praxe, je vhodné zmínit formální a legislativní rámec, ve kterém je možnost jejího praktikování regulována. Vzhledem k mému zájmu o euroamerické debaty se zaměřím převážně na formální ošetření selekce v zemích Evropy a Severní Ameriky, ale v úvodu také zmíním obecný mezinárodní kontext, který je nutné reflektovat, neboť problematika genderové selekce a jejího praktikování je zásadním způsobem globální.

Deklarace o bioetice a lidských právech

Vzhledem k tomu, že biotechnologie zásadním způsobem proměňují lidský život a jeho povahu, a vzhledem k tomu, že se rozvíjejí velmi rychle a nesou s sebou mnoho etických problémů, které se týkají lidské populace obecně, vznikla potřeba je regulovat v globálním měřítku. V celosvětovém měřítku tak učinila *Deklarace o bioetice a lidských právech* přijatá 19. října 2005 na 33. všeobecném zasedání UNESCO (UNESCO, 2006). Přijetí deklarace bylo, dle UNESCO (2005), velmi úspěšné, protože to bylo historicky vůbec poprvé, co se shodlo všech 193 členských států a 6 přidružených členů této organizace²⁹ na podpoře a aplikaci základních principů bioetiky. Nutno však konstatovat, že ačkoliv je zmíněný dokument velmi zásadní, nelze jej plně považovat za legislativní úpravu, neboť je nezávazný. Představuje pouze jakési formální vyjádření k praktikování genderové selekce, neboť apeluje na státy, aby akceptovaly principy vyzdvihnuté v deklaraci, ale k ničemu je legislativně nezavazuje (UNESCO, 2005; Adorno, 2006; Williams, 2005).

Přesto je deklarace důležitým krokem v definování principů biomedicínkové praxe na mezinárodním poli, protože se vyjadřuje k etickému rámci, v němž by měla fungovat medicína z globálního hlediska. Stanoviska deklarace jsou pro tyto účely formulována velmi obecně, aby byla použitelná napříč společnostmi.

Deklarace (UNESCO, 2006) potvrzuje důležitost všech výše zmíněných principů bioetiky, přičemž v obecné rovině prosazuje respekt k lidské důstojnosti a lidským

²⁹ Členské země, viz. <http://erc.unesco.org/portal/UNESCOMemberStates.asp?language=en> (UNESCO, 2007).

právům a autonomii, v rámci nichž speciálně zmiňuje práva a autonomii žen. Dále deklarace apeluje na potřebu zohledňovat prosperitu budoucích generací, čímž legitimizuje potřebu adekvátní regulace biomedicínských technologií tak, aby nezpůsobovaly újmu (tím potvrzuje zásadní důležitost principu nezraňování). V tomto směru také konstatuje, že všichni lidé bez rozdílu by měli mít z rozvoje technologií prospěch, tudíž by měly být spravedlivě distribuovány.

Článek 19 (UNESCO, 2006) konstatuje potřebu otevřít intenzivní a systematickou veřejnou diskusi o bioetice, v níž by měly být účastny osoby vystavené biomedicínské praxi, specialisté/ky působící v souvisejících disciplínách, příslušné instituce a občanská společnost. Na základě této diskuze je třeba pravidelně editovat obsah deklarace, v návaznosti na vývoj poznatků a technologií v biomedicíně a na základě zkušenosti odborné veřejnosti a klientely v této oblasti. Deklarace také zmiňuje důležitou roli etických komisí, angažovaných v utváření etiky výzkumu a biomedicínské praxe, a především pak v tvorbě politik. Deklarace tak podporuje účast co nejvíce aktérů ve společenské diskusi, která má zásadní roli pro dodržování lidských práv v medicíně.

Úmluva o lidských právech a biomedicíně

*Úmluva o lidských právech a biomedicíně*³⁰ (Council of Europe, 1997) je konkrétnější, již proto, že je závazným legislativním dokumentem, který je nadřazený národním legislativám států, které ji ratifikují. K podpisu a ratifikaci úmluvy, která má číslo 164, mohou přistoupit členské státy Rady Evropy, stejně jako státy, které nejsou členy Rady.

Úmluva vstoupila v platnost 1. prosince 1999. Z členských zemí ji, do dnešního dne, ratifikovalo 12 z 25 zemí Rady Evropy (Česká republika tak učinila v roce 2001 a od té doby je zmíněná konvence nejvyšším zdravotnickým zákonem země, Haškovcová, 2005), podepsalo, ale neratifikovalo, ji 8 zemí (Finsko, Francie, Itálie, Lotyšsko, Lucembursko, Nizozemí, Polsko a Švédsko) a 6 zemí EU neučinilo ani jedno z toho (Belgie, Irsko, Malta, Německo, Rakousko a Velká Británie), tyto země mají praktikování biomedicíny ošetřené vlastními zákony (Council of Europe, 1997).

³⁰ V originále: Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine (Council of Europe, 1997).

Text úmluvy také zdůrazňuje hodnotu lidské důstojnosti a reflektuje nebezpečí, které potenciálně hrozí lidem ve chvíli, kdy dojde ke zneužití biologie a medicíny. Konstatuje, že jak biologie, tak medicína, mají sloužit ku prospěchu lidským bytostem: a to jak současným, tak i budoucím generacím, nikoli pracovat v jejich neprospěch, či se dopouštět ohrožování lidské důstojnosti. Proto veškeré lékařské zákroky musí být prováděny s informovaným souhlasem pacienta/ky (v případě, pokud osoba není způsobilá nebo schopná souhlasu, udělí ho zákonný zástupce, nebo příslušný zmocněný orgán).

Úmluva (Council of Europe, 1997) důrazně zakazuje jakoukoli diskriminaci vůči lidem z důvodu zděděných genetických znaků. Zakazuje tedy používání biomedicíny pro eugenické účely. Také se vyjadřuje proti produkci embryí výhradně pro výzkum a zajišťuje jejich ochranu. V tomto smyslu, a vzhledem k již zmíněné prosperitě budoucích generací, zakazuje využívání technologií asistované reprodukce pro účely genderové selekce, pakliže se nejedná o selekci z lékařských důvodů prováděnou jako preventivní opatření zabráňující zplození dítěte s dědičnou nemocí.

Rada Evropy (Council of Europe, 1997) v úmluvě dává najevo, že si je vědoma rychlého a dynamického vývoje na poli technologií a vědy. Z toho důvodu ukládá povinnost konvenci přezkoumat, a to v období ne delším než pět let po jejím vstupu v platnost. Pro tyto účely byla vytvořena speciální komise, Steering Committee on Bioethics. Je tvořena členy/kami pověřenými z titulu vlád těch členských zemí Rady Evropy, které ratifikovaly konvenci, nebo nečlenských zemí, které však konvenci ratifikovaly (každá země má v komisi jeden hlas). Tito lidé musí mít zkušenosti z oboru bioetiky: mohou to být biologové/bioložky, lékařský nebo vědecký personál, odborníci/ce na poli etiky, právníci/čky, a jiní lidé specializovaní na biomedicínu z hlediska etiky.

V současné době má úřad Řídící komise pro bioetiku 9 členů/ek a zabývá se otázkami relevantními k problematice Konvenci o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny. Poté, co proběhne první přezkoumání konvence, bude nadále její obsah přezkoumáván periodicky v období, které odpovídná komise určí.

Vzhledem k tomu, že konvence vstoupila v platnost poslední měsíc roku 1999, došlo od té doby k přezkoumání dokumentu. Roku 2003 vyšel po názvem „Draft additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine, on Biomedical Research“ dokument, který potvrzuje platnost konvence a na svém postoji k

genderové selekci z nelékařských důvodů nic nemění (Steering Committee on Bioethics, 2003).

Zatímco se státy, které konvenci ratifikovaly (Bulharsko, Česká republika, Dánsko, Estonsko, Kypr, Litva, Maďarsko, Portugalsko, Řecko, Slovensko, Slovinsko a Španělsko), zavázaly k tomu, že nebudou legalizovat genderovou selekci z nelékařských důvodů, státy, jež neratifikovaly konvenci, se řídí vlastními zákony. V zemích Evropy je však i tak praktikování genderové selekce z nelékařských důvodů většinou zakázáno a zjišťování genderu dítěte pro embryonální selekci je legitimizováno pouze na základě lékařských důvodů (Bionet, 2002; Robertson, 2003 a 2005; Darnovsky, 2004; Kanellopoulou, 2004).

Výjimkou v rámci Evropy je Velká Británie, kde je genderová selekce z nelékařských důvodů zakázána poradním orgánem vlády zabývajícím se regulací biotechnologií, Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA, 2002, 2003a, 2003b a 2007; Kanellopoulou, 2004). Tento orgán také uděluje licence na používání medicínských technologií britským klinikám. V případě genderové selekce se tyto licence vztahují na používání prenatální genetické diagnostiky a fertilizace in vitro, které obě mohou být používány pouze pro genderovou selekci z lékařských důvodů, v návaznosti na genetickou nemoc plodu.

Množství klinik, v rámci této praxe ale zůstává bez licence (HFEA, 2003a). Tyto kliniky obcházejí zákaz genderové selekce z nelékařských důvodů tím, že volně nabízejí selekci spermatu, která je využívána pro účely apriorní genderové selekce.

Další zemí, která v euroamerickém prostoru genderovou selekci z nelékařských důvodů umožňuje, jsou USA (Robertson, 1996, 2001, 2003, 2004 a 2005; Cloonan, Crumley a Kiyamaz, 2003; Darnovsky, 2004; Kanellopoulou, 2004; Rothschild, 2005), kde apriorní selekční praxe z genderových důvodů není zákonně omezena.

V následující kapitole se zabývám tím, jakým způsobem je genderová selekce z nelékařských důvodů propagována a legitimizována v těchto dvou zemích v diskurzu klinik, které ji nabízejí.

8. Diskurz klinik nabízejících selekci

Pro účely analýzy webových materiálů používám metodu kritické diskurzivní analýzy, jak ji definují Norman Fairclough (1999, 2004) a Teun A. van Dijk (2001). Jedná se o metodu kvalitativní textové analýzy, která umožňuje dekonstruovat mocenskou konstrukci textu a ukázat na diskurzivní pozadí a, více či méně přiznané, premisy, se kterými texty pracují. Zaměřuje se na „roli diskurzu v produkci a reprodukci zneužívání moci nebo dominance“ (Van Dijk, 2001: 96), tím ukazuje dominantní diskurzy, které se v textu vyskytují a determinují způsob jeho vyznění, který je, dle kritické diskurzivní analýzy, vždy hodnotově zabarvený.

Jak jsem konstatovala v úvodu, tato premisa se potvrzuje u propagačních materiálů, jakými jsou webové stránky klinik, již vzhledem k tomu, že jejich účelem je propagace služeb, proto genderovou selekci příznačně prezentují strategicky pozitivním způsobem. Možnost praktikování genderové selekce je zde vylíčena na specifickém diskursivním pozadí založeném na určitých premisách o genderových normách, které jsou součástí genderovém řádu ve společnosti a jeho reprodukce.

Definování a uplatňování norem v rámci hegemonního diskurzu je proto aktem moci — kritická diskurzivní analýza tento hegemonní diskurz odhaluje jako aktivně utvářený a ideologický, nikoli přirozený: tzv. jej “denaturalizuje“ (Fairclough, 1999).

Proto dekonstrukce propagačních textů o genderové selekci předpokládá také denaturalizaci ustavovaného genderového řádu jako sociálně produkovaného. Tímto analýza naváže na myšlení konstruktivistického feminismu, který kritizuje esencialismus a rigidní koncepty ženství a mužství (Braidotti, 1994; Bourdieu, 2000; Butler, 2003 a 2004; Renzetti a Curran, 2003).

Výběr vzorku byl proveden tak, že jsem dne 1. 6. 2008 zadala do internetového vyhledávače Google³¹ heslo “gender selection clinic” a v rámci vyhledaných odkazů jsem prostudovala 4 webové stránky, které propagovaly 6 klinik nabízejících genderovou selekci (The Fertility Institutes, s.d.; Rainsbury clinic, s.d.; The Silverman

³¹ Viz. <http://www.google.cz/search?hl=cs&q=gender+selection+clinic&lr=&aq=f&oq=>

Center for Gender Selection, 2005 a The Tyler Clinic, 2004)³². Jedna z klinik (The Rainsbury Clinic, s.d.) je z Velké Británie, další dvě sídlí v USA (The Silverman Center for Gender Selection, 2005 a The Tyler Clinic, 2004) a poslední webový portál kliniky (The Fertility Institutes, s.d.) zastupuje dvě centra v USA a jedno v Mexiku. Webové materiály jsem pečlivě prostudovala a sledovala, jakým způsobem diskurzivně konstruují gender genderovou selekci a její legitimizaci.

Legitimizace selekce

Kliniky, které nabízejí genderovou selekci, ji na svých webových stránkách propagují jako jednu ze služeb asistované reprodukce. Genderová selekce představuje jednu z položek nabídkového menu na webových stránkách klinik, kde se vyskytuje vedle nabídky umělého oplodnění a prenatalní diagnózy. Není tedy uváděna jako zvláštní položka spadající pod prenatalní diagnózu, ale je nabízena jako samostatná služba klinik specializovaných na reprodukční medicínu. Reálně však ale, na rozdíl od standardních technik asistované reprodukce, genderová selekce neřeší neplodnost, nýbrž umožňuje rodičům realizovat jejich specifické genderové preference ohledně jejich potomstva, tudíž je službou nadstandardní (což ukazuje i fakt, že genderová selekce z nelékařských důvodů není hrazena pojištěním, viz. Arons, 2007). Webové stránky ji však prezentují způsobem, který genderovou selekci řadí mezi standardní metody reprodukční medicíny, čímž ji de facto symbolicky normalizují.

Normalizace genderové selekce probíhá v několika případech skrze odkazy k historii, kdy je klient/ka ubezpečován/a, že rodiče vždy toužili selektovat své děti:

„Kam až historické prameny sahají, snažili se páry o genderovou selekci. Rané kresby z prehistorických časů ukazují, že o genderovou selekci se pokoušeli již naši dávní předkové. Pozdější dějiny ukazují intenzivní zájem o genderovou selekci u raných asijských (čínských), egyptských a řeckých kultur. Později v 16. století následovaly zdokumentované vědecké pokusy dosáhnout ovlivnění těhotenství pomocí rozličných metod. Výzkum a práce pokračovaly v 80. letech 20. století a léta devadesátá konečně

³² První dvě zmíněné kliniky na svých webových stránkách neuvádějí datum copyrightu, proto nemohu uvést rok, kdy byly stránky aktualizovány. Vzhledem ke komerčnímu charakteru klinik se ale domnívám, že jsou webové stránky relativně aktuální.

přinesla metody poskytující možnost získat vytoužené těhotenství, z hlediska genderu potomka, které jsou excelentní až zcela GARANTOVANÉ“ (The Fertility Institutes, s.d.)³³.

Tento příklad ukazuje, že se klinika snaží legitimizovat selekci odkazem k dlouhé historii, kterou snaha selektovat gender dítěte prošla, což vzbuzuje v klientech/kách dojem, že touha po selekci dětí je stará jako lidstvo samo. Následný odkaz ke starověkým kulturám navíc dodává této touze výrazně pozitivní konotace, neboť starověké Řecko, Egypt a Čína jsou považovány za kolébky civilizace, což asociuje praktikování genderové selekce dětí s kulturní vyspělostí.

Vývoj genderové selekce zasazen do dějinné chronologie, která je pojatá jako chronologie vědeckého pokroku. Ten je předkládán apriori pozitivně, jako lineární proces dílčích úspěchů vedoucích ke garantované a spolehlivé realizaci odvěkého přání rodičovských párů. Zatímco naši předkové se o selekci jen pokoušeli, dnes máme k dispozici „GARANTOVANÉ“ metody. Takto zvýrazněn, navozuje termín téměř pocit, že jsou dané metody stoprocentně účinné a bezpečné, ne-li, že je jich proto škoda nevyužít. Zvýraznění textu podporujícího propagační strategii kliniky ukazuje rétorickou modalitu textu. Ta je charakterizována vysokou mírou jistoty, s jakou níž budována teze o atraktivní a eticky neproblematické službě.

Jakékoli negativní dopady genderové selekce, ať již invazivní povaha používaných metod na těla žen, na něž upozorňuje feministická kritika ART (Corea, 1979; Sherwin, 2001; Schubert-Lehnhardt, 2002 a další) nebo možné negativní dopady na děti, na něž upozorňují kritik genderové selekce z nelékařských důvodů (Habermas, 2003; Darnovsky, 2004; Shildrick, 2004; Rothschild, 2005 a další) jsou ignorovány, o etických implikacích selekční praxe nemluvě. To je příklad účelové selektivity diskurzu, který klinika používá. Je třeba dodat, že tato selektivita není překvapivá, vzhledem k tomu, že cílem klinik je propagace nabízených služeb a zisk nové klientely. Za tímto účelem jsou informace podávány jako pozitivně vyznívající skutečnosti a nejednoznačnost, která by vzbuzovala otázky, je regulována.

Dojem, že jsou čtenáři/ce předkládána holá fakta je umocněn strategickým používáním pasiva při dějinné kontextualizaci genderové selekce: kresby ukazují, dějiny ukazují, následovaly pokusy, léta přinesla, takto formulovaná genealogie selekce je sérií historických pravd, které nemají být zpochybňovány. Použití slovesa ukazovat ve

³³ Viz. http://www.fertility-docs.com/fertility_gender.phtml.

formulacích: kresby ukazují a dějiny ukazují, dotváří dojem, že existuje prokazatelná evidence, že genderová selekce byla vždy páry vyžadovaná, což má vyvolat dojem, že její provádění je v naprostém pořádku.

The Fertility Institutes (s.d.) není jedinou klinikou, která podává touhu po dítěti konkrétního genderu je podávána jako historicky neměnný fakt: „páry, které mají děti jednoho genderu, chtějí prožít štěstí z možnosti vychovat dítě opačného pohlaví“ (The Silverman Center for Gender Selection, 2005). Na tomto základě pak může být manipulace s genetickým profilem dětí považována za normální, ve smyslu hodnotovém, přičemž technologie, které ji dnes umožňují jsou představeny jako technický pokrok který po tisících let konečně umožnil splnit rodičovské touhy.

The Tyler Medical Clinic (2004) se snaží genderovou selekci normalizovat skrze poukaz na množství a rozmanitost společností, kde je provozována: „V mnoha kulturách existuje silná touha mít alespoň jednoho syna, či dceru, a selekce pohlaví dítěte může rodičům zajistit, že budou mít rodinu podle svých snů“³⁴.

Selekce je opět prezentována prizmatem rodičovských snů a naplnění touhy. Používání takové emotivně laděné lexikální zásoby ukazuje na diskurzivní snahu selekci prezentovat výrazně pozitivním způsobem jako neškodnou metodu, která má potenciál naplňovat základní rodičovská přání. Tím je genderová selekce diskurzivně legitimizována jako vyjádření legitimní reprodukční svobody, jak jí liberálně vnímá Robertson (1996, 2001, 2003, 2004, 2005).

Normalita genderové selekce je diskurzivně konstruována odkazem na staletí společenské tradice jejího praktikování, nebo poukazem na to, že touha po dítěti určitého genderu je rodičům vlastní, ne-li přirozená, protože jde napříč kulturami. Tak to dělá The Rainsbury Clinic (s.d.)³⁵, když poukazuje na rozmanitost společností, které spojuje přání jejich členů a členek zplodit určitý typ potomka: „existuje mnoho různých lékařských, sociálních, ekonomických nebo kulturních podmínek, které vystavují páry velmi silnému tlaku, aby přivedly na svět dítě určitého genderu“. I tento úryvek je v kontextu propagace genderové selekce na webových stránkách kliniky určen k legitimizaci jejího provádění, na rozdíl od předešlých však naznačuje, že rodiče, kteří selektují děti, mohou být pod společenským tlakem.

The Rainsbury Clinic však tuto zmínku nijak kriticky nerozvíjí, takže v celkovém kontextu propagace selekce působí spíše k podpoře praktikování genderové selekce,

³⁴ Viz. <http://www.tylermedicalclinic.com/sexselectionprocedure.htm>

³⁵ Viz. <http://www.gendersselection.uk.com/home.html>

neboť může vzbuzovat dojem, že klinika rozumí rodičům, že jsou pod tlakem, a je připravená vyjít vstříc jejich přáním a pomoci jim realizovat jejich potřeby.

Selekce jako vědecký pokrok

Možnost mít děti vytouženého genderu je klinikami prezentována jako revoluční a věda a technika jsou jejími garanty jejího naplnění. Kliniky vyzdvihují svou odbornou expertízu a fakt, že disponují spolehlivými metodami a předními odborníky a zdravotním personálem, který zaručí, že rodiče získají, co chtějí, v naprostém komfortu moderního zdravotnického zařízení. Sledované kliniky se zaštiťují autoritou špičkového lékařského personálu, který přispívá k bezpečnému a spolehlivému fungování selekčních technologií. Rainsbury Clinic (s.d.), The Tyler Clinic (2004) a The Silverman Center for Gender Selection (2005) se příznačně jmenují podle Dr. Rainsburyho, Dr. Tylera a Dr. Silvermana, kteří přispěli k vývoji, či zlepšení, selekčních technik.

Je tedy zřejmé, že diskurz klinik zapadá do širšího rámce diskurzu vědy a vědecké expertízy, která je založena na statusu a autoritě, jaké se přírodním vědám ve společnosti dostává. Strategie prezentovat provádění selekce na klinikách v kontextu vědeckého pokroku a expertízy tak dodává celé proceduře punc novosti, revolučních možností a klientům/kám pocit, že vzhledem k profesionalitě a expertíze, jež jim zaručuje bezpečnost, by bylo škoda nevyužít možností, které jim dává vědecký vývoj. Účelové přehlížení možných etických dilemat a námitek vůči selekční praxi pak přispívá k vytvoření dojmu, že selekce genderu v prostoru americké, či evropské kliniky, není z etického hlediska problematická. To však neodpovídá reálně situaci, neboť, jak již bylo diskutováno, provádění genderové selekce z nelékařských důvodů provází kontroverze a mnoho etických námitek.

Důraz na bezpečnost procedur

Všechny sledované kliniky kladly ve své sebe prezentaci velký důraz na bezpečnost a spolehlivost technologií, které nabízejí. Značná část textu na webových stránkách se tak zabývá čistým popisem průběhu selekční procedury, s důrazem na úspěšnost výkonu a jeho spolehlivost: „výsledky námi poskytované PGD byly

kontrolovány a znovu překontrolovány, pod kontrolou Komise certifikovaných genetiků a byly z 99,9% přesné“ (The Fertility Institutes, s.d.)³⁶.

Tato ukázka také ilustruje vysokou míru modalitu, s jakou jsou informace o selekci podávány, přičemž jsou opět prezentovány v pasivním tvaru, což podporuje dojem, že se jedná o nezpochybnitelná fakta.

The Rainsbury Clinic uvádí následující popis selektivní PGD:

„[...] zahrnuje prověřené a vyzkoušené metody asistovaného početí, které jsou bezpečné, spolehlivé a eticky v pořádku. Fertilizace in vitro je v současnosti široce přijímaná, což skýtá dobré podmínky programu genderové selekce“ (The Rainsbury Clinic, s.d.)³⁷

Tato ukázka ilustruje účelovou selektivitu podávaných informací, negativní efekty genderové selekce a invazivní povaha používaných metod (Arons, 2007) jsou zamlčeny. Namísto toho se kliniky prezentují jako poskytovatelé služeb, které rodičům umožní realizovat jejich reprodukční svobodu a tím i autonomii: „Na Tyler Medical Clinic věříme, že se má párům dostávat těch nejlepších možností, aby měly takové rodiny, po kterých touží“ (Tyler Medical Clinic, 2004). Používání lexikální zásob, která obsahuje slovní spojení jako „nejlepší možnosti“ a „touha“ má jasně pozitivní konotace. Ty lze konstatovat i při pohledu na strukturaci textu na webových stránkách The Rainsbury Clinic (s.d.), který je řazen do kapitol uvedených titulky: „osvobození od starostí“, „svoboda profitovat z technologií“, „svoboda mluvit“, „svoboda vědět, jak se rozhodnout“³⁸.

Vzhledem k účelové selektivě diskurzu klinik, jejichž cílem je propagovat služby a mít profit z jejich poskytování, jde však o svobodu velmi iluzorní. Kliniky se sice diskurzivně snaží vzbudit dojem, že jsou jen nástrojem k naplnění autonomní vůle klientů, ovšem je třeba říci, že jsou v mocenské pozici, z níž mají možnost strategicky kontrolovat přísun a vyznění informací, které se klientele dostanou. Diskurz, který kliniky používají ke konstrukci genderové selekce je z tohoto důvodu esenciálně mocenský.

Základní podmínkou, která však musí být splněna, aby lidé mohli činit autonomní rozhodnutí, je dostatek kvalitních informací (Beauchamp a Childress, 2001). Jak bylo řečeno výše, princip reprodukční autonomie (Robertson, 1996, 2001, 2003, 2004 a

³⁶ Viz. http://www.fertility-docs.com/fertility_gender.phtml

³⁷ Viz. <http://www.gendersselection.uk.com/home.html>

³⁸ Viz. <http://www.gendersselection.uk.com/home.html>

2005) je jedním ze základních principů, jež musí biomedicínká praxe respektovat, aby mohla být považována za etickou. Beauchamp a Childress (2001) považují respekt k autonomii klientů/ek v medicíně za povinnost, nikoliv za pouhou přednost. Důležitost etického přístupu k pacientům si uvědomují o to více, vzhledem ke skutečnosti, že lékařské prostředí není neutrální, ale mocensky zatížené, neboť pacient/ka se zde ocitá v péči expertů a závisí na profesionálech v oboru, jež jsou vůči němu v autoritativní pozici.

Kromě etického jednání s pacienty/klienty ale musí lékařský personál také dbát na to, aby se klientele dostaly všechny důležité informace ohledně podstoupení určité medicínské procedury, neboť jen s nimi může klient/ka učinit autonomní rozhodnutí, zda ji podstoupí, či ne.

Způsob, kterým kliniky na svých webových stránkách informují o genderové selekci, je nevyvážený, neboť zde chybí informace o invazivní povaze IVF, chybí zde informace o tom, co se děje s embryi, která jsou produkována navíc, a především zde chybí informace o možných následcích, které může mít selekce pro děti a rodiče, pokud se děje na základě rigidních genderových stereotypů, které nepřipouští, že výsledné dítě nemusí být přesně takové, jak si rodiče představovali. Tato skutečnost je do jisté míry logická, neboť kliniky pracují v komerčním prostředí, v němž se snaží získat co nejvíce klientely, zároveň jsou však stále lékařskými zařízeními, a to jim ukládá povinnost respektovat autonomii klientely a poskytovat takové informace, aby mohla být realizována. Z hlediska kritické diskurzivní analýzy se však jedná o účelovou selektivitu (Fairclough, 1999), jejímž cílem je formovat diskurz tak, aby vyzněl bezproblémově a pozitivně a zastřel jakékoli pochyby o své pravdivosti.

Konstrukce genderu v diskurzu klinik provádějících genderovou selekci

Gender je v diskurzu klinik konstruován dualistickým způsobem, což je pochopitelné, vzhledem k tomu, že dualistická binární koncepce genderu představují centrální pilíř genderové selekce z nelékařských důvodů. Gender je příznačně směřován s pohlavím, což navozuje dojem jeho přirozenosti a zahlazuje problematiku etické a lidskoprávní aspekty jeho sociální konstruovanosti: „páry, které mají děti jednoho genderu, chtějí prožít štěstí z možnosti vychovat dítě opačného pohlaví“, nebo: „pomocí

této techniky jsou spermii selektovány na základě svého genderu“ (The Silverman Center for Gender Selection, 2005)³⁹.

Tato koncepce genderu charakterizovaná prolínáním genderu, jako sociální kategorie, s pohlavím, jako kategorií tradičně asociovanou s fyziologickými znaky (i když je samozřejmě také z velké míry sociálním konstruktem, viz. Braidotti, 1994; Butler, 2003 a 2004; Fausto-Sterling, 1997) působí na první pohled dojem nekoherence v textu. Když si však uvědomíme, že ve společnosti panuje široce sdílená představa o existenci dvou genderů, mužského a ženského, které jsou přirozeně propojené s příslušným mužským a ženským pohlavím (Braidotti, 1994; Bourdieu, 2000; Butler, 2003 a 2004; Fausto-Sterling, 1997; Renzetti a Curran, 2003), ilustruje toto směřování, z hlediska kritické diskurzivní analýzy, skutečnost, že genderová stratifikace společnosti je naturalizovanou ideologií.

Jak konstatuje Fairclough:

„Ideologie jsou označeními/konstrukcemi reality (fyzického světa, sociálních vztahů, sociálních identit), jež jsou vestavěné do různých dimenzí forem/významů diskursivních praktik, a které přispívají k produkci, reprodukci nebo transformaci vztahů dominance“ (Fairclough, 1999: 87)

Nejefektivnější jsou, podle (Fairclougha (1999) ideologie naturalizované na úroveň všeobecných skutečností, jako je tomu u ideologie genderu. Je otázka, do jaké míry je tento diskurz používán klinikami strategicky pro legitimizaci selekce, ale z hlediska komerčního zájmu klinik je možné se domnívat, že tato rétorika je velmi cílená.

Pojímání genderu skrze biologický determinismus praktikuje The Tyler Clinic (2004), která používá pro vysvětlení technologie selekce spermatu termíny “boy sperm“ a “girl sperm“⁴⁰. Tato terminologie dává klientele kliniky strategicky cílený pocit, že na základě oplodnění správnou spermií, získají produkt, neboli dítě, přesně toho genderu, který chtějí. Tato diskurzivní konstrukce genderu a genderové selekce odpovídá diskurzu dokonalého dítěte (Rothschild, 2005).

Potenciální zájemci/kyně o genderovou selekci z nelékařských důvodů jsou ujišťováni, že spolehlivě získají dítě, které bude performovat genderovou roli, kterou od něj rodiče očekávají. Možnost praktikování genderové selekce, vylíčená na pozadí hegemonního diskurzu o přirozenosti dvou genderů, pomáhá strategicky legitimizovat

³⁹ Viz. <http://www.gender-select.com>

⁴⁰ Viz. <http://www.tylermedicalclinic.com/sexselectionprocedure.htm>

reálnou selekční praxi tím, že v klientele vzbuzuje dojem, že gender je charakteristikou, kterou lze naprogramovat pomocí embryonální selekce. Na základě diskurzu, který kvalitativně rozlišuje mezi dětmi, je možné vytvořit poptávku po selektivním výběru kýžených embryí. Diskurz klinik poskytujících selekci zásadním způsobem děti komodifikuje (jak např. v rámci kritiky genderově selekční praxe upozorňovala Darnovsky, 2004 nebo Shildrick, 2004), z čehož kliniky posléze těží své zisky.

Provázanost apriorní genderové selekce se selekcí z lékařských důvodů

„Dva dny po oplodnění sestávají embrya ze šesti buněk a jsou tak velké jako tečka v této větě. Věda je nyní natolik vyspělá, že v této fázi umožňuje zcela bezpečně odebrat jednu buňku, podrobit ji analýze na množství genderově specifických chromozomálních poruch a ujistit se, že pouze nepostižená embrya budou implantována do dělohy. Tato specializovaná metoda je zvána preimplantační diagnóza“ (The Rainsbury Clinic, s.d.)⁴¹.

Tato ukázka naznačuje, že genderová selekce je silně provázána s celkovou embryonální selekcí ze zdravotních důvodů, jak ukazují následující citace. Stránky The Fertility Institutes (s.d.) uvádějí, že v případě, kdy klient/ka podstoupí genderovou selekci dítěte pomocí PGD, skýtá se mu/jí možnost využít navíc příležitosti otestovat embryo na “genetické odchylky“⁴². The Fertility Institutes (s.d.) prezentují na svých stránkách 29 nemocí, které je možné detekovat pomocí PGD a seznam dalších 60 nabízejí dodat klientele na žádost klientely.

Mezi uvedenými nemocemi jsou zejména nemoci vázané na chromozom X, z nichž mnohé jsou závažné a dědičné, jako je svalová dystrofie a hemofilie (pro ně se dělá genderová selekce ze zdravotních důvodů). Dále je zde ale také rakovina prsu a prostaty, které jsou v populaci poměrně hojně rozšířené, je tedy zřejmé, že embryonální selekce postoupila již tak daleko, že rodičům je nabízená možnost selektovat děti tak, aby měli jistotu jejich co největšího zdraví, v němž je spatřována kvalita dětí.

⁴¹ Viz. <http://www.gendersselection.uk.com/home.html>

⁴² Viz. http://www.fertility-docs.com/fertility_gender.phtml

„Účelem PGD je selektovat ve prospěch výlučně zdravých embryí (pro ty chromozomy, které můžeme za současných podmínek podrobit analýze) za účelem implantace s nadějí získat více těhotenství, méně spontánních potratů a méně postižených potomků“ (The Rainsbury Clinic, s.d.)⁴³.

Je tak zřejmé, že vytoužený typ dítěte reprezentuje nejen dítě správného pohlaví, ale zejména zdravé dítě, což podporuje teorii o touze rodičů po dokonalém dítěti Rothschild (2005), jež ilustruje i tendenční výrok Robertsona: „[K]aždá osoba, či pár, který uvažuje o dítěti, chce zdravého potomka“ (Robertson, 1996: 150). Gender a zdraví jsou tak dvěma pilíři genderové selekce. Tato skutečnost tak opět ukazuje, že diskurz genderové selekce v pojetí klinik, je diskurzem dokonalého dítěte, který je založen na odmítání dětí s handicapem (Rothschild, 2005).

Výše zmíněná ukázka ilustruje v praxi legitimitu feministické kritiky genderové selekce, která konstatuje, že čím dokonalejší PGD, tím větší je možnost, motivace a praxe detekování handicapů, za účelem předejít zplození potomka, který by ho zdědil (Schubert-Lehnardt, 2002; Darnovsky, 2004; Rothschild, 2005). Zdá se, že v době, kdy jsou dostupné široké možnosti diagnostiky, budou odlišní jedinci opravdu více stigmatizováni, jak upozorňují Wertz a Fletcher (1998). Diskurz klinik, jako diskurz dokonalého dítěte, se tak podílí na společenském klimatu, v němž je potlačován respekt k diverzitě, jak genderové, tak jiné. Vzhledem k tomu, že propaguje embryonální selekci, která je formou manipulace s genetickým profilem budoucích generací (Habermas, 2003; Shildrick, 2004), a motivuje k touze po exkluzivně dokonalých dětech, lze diskurz klinik o genderové selekci chápat jako diskurz eugenický.

Selekční turistika

Co se kritérií pro přijetí párů k selekci potomstva, kliniky ujišťují, že jsou liberální a vycházejí vstříc co nejširší klientele, což je opět logické, vzhledem k jejich komerční povaze:

„Na rozdíl od mnoha programů, které poskytují selekci pohlaví pouze vybraným párům se známými genetickými poruchami v rodině, my poskytujeme selekci pohlaví všem pacientům, kteří k nám

⁴³ Viz. <http://www.gendersselection.uk.com/home.html>

přicházejí téměř ze všech zemí světa (asistovali jsme pacientům ze 147 různých zemí), v touze po harmonických rodinách, nebo proto, aby se ujistili, že těhotenství vyústí POUZE v dítě toho genderu, který chtějí. PAMATUJTE SI: téměř všechny páry se kvalifikují pro použití metody PGD, což umožňuje téměř stoprocentní (99,9%) úspěšnost nehladě na počet spermií“ (The Fertility Institutes, s.d.)⁴⁴.

Z výše uvedeného je zřejmé, že s možností selekční turistiky se v rámci diskurzu klinik počítá, ba dokonce je propagována, což je, samozřejmě, také důsledek komerčního charakteru zařízení. De facto to však znamená, že kliniky mohou podporovat gynecidu v zemích, kde je silná preference pro potomky mužského pohlaví a tím přispívat k udržování mocenských struktur, v nichž jsou hrubě porušována lidská práva žen, včetně práva na život. Genderové turistice nahrává také fakt, že řetězec The Fertility Institutes (s.d.), mající své pobočky v USA a Mexiku, umožňuje klientele prostudovat svůj webový portál v čínském jazyce (vedle angličtiny, francouzštiny a španělštiny).

Tato skutečnost potvrzuje obavy, že povolení selekce v euroamerických zemích má vliv na postavení žen v zemích, kde existuje deficit žen v populaci, a to nejen symbolicky tím, že na jednom území schvaluje praxi, která má jinde na svědomí masivní absenci žen v populaci, ale i přímo tím, že selekci, která vede ke genderocidě umožní podstoupit párům, které se chtějí selektivně zbavit dcer. Kliniky, které umožňují selekční turistiku, se podílejí na porušování lidských práv žen v mnoha jiných zemích světa, včetně vlastní, neboť i zde se najdou lidé, kteří dcery nechtějí, mimo jiné i v řadách imigrantů ze zemí, kde jsou dcery považovány za břemeno (Sen, 2003).

Tím pádem je zřejmé, že praxe genderové selekce v euroamerických zemích není prostá etických problémů a porušování lidských práv. Argument pro deregulaci selekce z nelékařských důvodů odkazující k tomu, že evropské a americké páry mají tendenci preferovat dcery, zde proto neobstojí. Nereflektuje totiž oblast selekční turistiky. Nereflektuje ani několikrát zmiňovanou skutečnost, že genderová selekce není eticky nepřijatelná jen ve chvíli, kdy negativně dopadá na ženy, ale vůbec z titulu toho, že je založená na genderových stereotypech.

⁴⁴ Viz. http://www.fertility-docs.com/fertility_gender.phtml

Shrnutí diskurzivní konstrukce genderové selekce na webových stránkách klinik

Diskurz klinik nabízejících genderovou selekci je mocenským diskurzem. Opírá se o autoritu medicíny, která dodává informacím prezentovaným na webových stránkách klinik status faktů. Autoritativní pozice expertízy také umožňuje klinikám praktikovat účelovou selektivitu v propagačních textech, kde jsou poskytované informace formulovány ve výrazně pozitivním vyznění. Alternativní čtení je regulováno účelovým vynecháním informací o možných rizicích, které praxe může způsobit, a tím je snížena transparentnost výpovědí, tolik nutná k realizaci autonomní volby.

Genderová selekce je na webových stránkách konstruována jako neproblematická praxe reprodukční medicíny, tedy jako jedna ze standardních nabízených metod. Potřeba genderové selekce je zdůrazňována poukazy na reprodukční svobodu rodičů a jejich přirozenou touhu po dítěti kýženého genderu.

Gender je za tímto účelem konstruován dualisticky jako binární konstrukt vzájemně se doplňujícího mužství a ženství, skrze jejichž vyváženou přítomnost v rodině, lze dosáhnout rodinné harmonizace. V klientele je strategicky vzbuzován dojem, že podstoupí-li embryonální selekci, získá děti podle svých představ, tedy takové, které budou performovat očekávané genderové role. Navíc, jak bylo zjištěno, je genderová selekce konstruována v širším kontextu selekce ze zdravotních důvodů, což utváří komplexní diskurz dokonalého dítěte, po jehož zisku mají rodiče toužit. Dokonalé dítě je genderově vyhraněné a zdravé, přičemž apel na touhu po normativním ideálním dítěti vyznívá jako podpora eugeniky.

Tím pádem je zřejmé, že praxe genderové selekce v euroamerických zemích není prostá etických problémů a porušování lidských práv. Argument pro deregulaci selekce z nelékařských důvodů odkazující k tomu, že evropské a americké páry mají tendenci preferovat dcery, zde proto neobstojí. Nereflektuje totiž oblast selekční turistiky. Nereflektuje ani několikrát zmiňovanou skutečnost, že genderová selekce není eticky nepřijatelná jen ve chvíli, kdy negativně dopadá na ženy, ale vůbec z titulu toho, že je založená na genderových stereotypch.

9. Závěr

Jak bylo ukázáno v této práci, genderová selekce (především selekce z nelékařských důvodů) představuje eticky problematickou oblast biomedicínkové práce. Její praktikování je nebezpečné zejména proto, že se zakládá na reprodukci rigidních genderových stereotypů a tradičních představ o tom, jaké role mají ženy a muži performovat, nikoli omezeně pouze v případě, kdy je selektivně diskriminačně zaměřené vůči jednomu, obvykle ženskému, genderu.

Ve své diplomové práci jsem se snažila argumentovat, že respekt k diverzitě genderových a sexuálních identit je zásadní podmínkou dodržování hodnoty rovnoprávnosti, autonomie a celkově lidských práv. Jejich porušování v rámci genderově rigidního diskurzu a praxe ART je dlouhodobě kritizována v rámci feministického hnutí (zejména Corea, 1979; Sherwin, 2001; Schubert-Lehnhardt, 2002 a Shildrick, 2004), které upozorňuje jak na genderovou rigiditu, která se skrývá za embryonální selekci z hlediska genderu (jíž následně potvrdila i kritická analýza diskurzu klinik, které její praktikování nabízejí jako jednu ze služeb reprodukční medicíny), tak na negativní implikace technologií asistované reprodukce pro postavení žen ve společnosti.

Možnost genderovou selekci realizovat je dána rozvojem biomedicíny, konkrétně technologií asistované reprodukce. Aplikace technologií biomedicíny byla v minulosti nástrojem porušování lidských práv, proto jsem ve své práci argumentovala pro nutnost etického ošetření biomedicínkové praxe. Protože se však biomedicína jako obor vyvíjí velmi dynamicky, je třeba neustále redefinovat deklarace, úmluvy a legislativu, která ji ošetřuje, jak apeluje UNECSO (2007) i Council of Europe (1997 a 2007).

Efektivní nástroj, jak technologie biomedicíny regulovat, poskytují čtyři základní principy, podle nichž by měla být vyhodnocována veškerá biomedicínková praxe (Beauchamp a Childress, 2001). Principy, které do biomedicínkové disciplíny vnášejí povinný respekt k autonomii, apel na nutnost nezraňování, cíl prospěšnosti medicíny a potřebu její spravedlivé distribuce, umožnily komplexním způsobem vyhodnotit praxi genderové selekce z etického hlediska. Jak bylo zjištěno, praktikování genderové selekce z lékařských důvodů ob stojí jen v případě vážných genetických poruch,

zásadním způsobem omezujícím kvalitu života dítěte, zatímco praktikování apriorní genderové selekce není, z hlediska feministické perspektivy akcentující genderovou rovnoprávnost a respekt k diverzitě, slučitelné ani s jedním z těchto principů.

Z tohoto pohledu proto ani hodnota reprodukční svobody rodičů (Robertson, 1996, 2001, 2003, 2004, 2005) nemůže převážit rizika, jaká praxe apriorní genderové selekce znamená pro děti a společnost jako celek. Jednostranné upřednostňování autonomie rodičů nad autonomií dětí s sebou nese komodifikaci a instrumentalizaci dětí v rámci genderové selekce. Dítě je pojato jako objekt, jež je vytoužený, pokud splňuje rodičovské představy o příslušné genderové roli, kterou má performovat.

Tuto skutečnost potvrdila analýza diskurzu klinik, které genderovou selekci nabízejí (The Fertility Institutes, s.d.; Rainsbury clinic, s.d.; The Silverman Center for Gender Selection, 2005 a The Tyler Clinic, 2004). Možnost její realizace je zde diskurzivně konstruována jako naplnění reprodukční svobody a přirozené touhy po dětech konkrétního genderu. Embryonální selekce pro gender je rámována v širším kontextu selekce ze zdravotních důvodů, což utváří komplexní diskurz dokonalého dítěte, které jediné mají rodiče chtít.

Tento apel má formu liberální eugeniky (Habermas, 2003; Darnovsky, 2004) a je dalším signálem k rozpoznání eticky problematické povahy praxe genderové selekce v euroamerických zemích. Etická ambivalence praktikování genderové selekce v tomto zeměpisném prostoru je často zpochybňována poukazem na domnělou rovnoprávnost žen a mužů ve společnosti (Savulescu a Dahl, 2000; McCarthy, 2001; Dickens, 2002; Robertson, 2005 a další), avšak tento způsob argumentace nereflektuje skutečnost, že genderová selekce nemusí mít nutně genderocidní charakter, aby byla diskriminační.

Genderová selekce (hlavně) z nelékařských důvodů ohrožuje celou společnost proto, že reprodukuje tradiční genderový řád a rigidní genderové stereotypy. Její praktikování může vést k závažnému porušování lidských práv skrze genderovou diskriminaci, která ale v některých zemích vede až k deficitu žen v populaci. Z toho důvodu je třeba apriorní genderovou selekci vyhodnotit jako praxi, která je neetická a proto by neměla být ani legální, ani dostupná.

Literatura:

Adorno, Roberto. 2006. „Global bioethics at UNESCO: in defence of the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights“. [online]. [cit. 1. 7. 2008]. Dostupné z: <<http://jme.bmj.com/cgi/content/full/33/3/150>>.

Allen, Tim, Alan Thomas (eds.). 2000. *Poverty and Development into the 21st Century*. Oxford: OUP.

Anderson, Pamela S. 2003. „Autonomy, Vulnerability and Gender“. *Feminist Theory* 4 (149) [online]. [cit. 23.06.2008]. Dostupné z: <<http://fty.sagepub.com/cgi/reprint/4/2/149>>.

Arons, Jessica. 2007. „Future Choices: Assisted Reproductive Technologies and the Law“. [online]. [cit. 23.06.2008]. Dostupné online z: <http://www.americanprogress.org/issues/2007/12/pdf/arons_art.pdf>.

Barondess, Jeremiah A. 1996. „Medicine against society: Lessons from the Third Reich“. *JAMA* 276, s. 1657-1661.

Bayles, Michael D. 1990. „Genetic Choice“. In Richard T. Hull (ed.). *Ethical Issues in the New Reproductive Technologies*. Belmont: Wadsworth Publishing Company, s. 241-258.

Beauchamp Tom L., James F Childress. 2001. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford, New York: Oxford University Press.

Beck, Ulrich, Elisabeth Beck-Gernsheim. 1995. *The Normal Chaos of Love*. Cambridge: Polity Press.

Bourdieu, Pierre. 2000. *Nadvláda mužů*. Praha: Karolinum.

Braidotti, Rosi. 1994. *Nomadic Subjects: Embodiment and Sexual Difference in Contemporary Feminist Theory*. New York: Columbia University Press.

Brody, Howard. 1994. „The four principles and narrative ethics“. In Raanan Gillon (ed.). *Principles of health care ethics*. New York: John Wiley and Sons, s. 207-215.

Buruma, Ian, Avishai Margalit. 2004. *Occidentalism. The West in the Eyes of its Enemies*. New York: The Penguin Press.

Butler, Judith. 2003. *Trampoty s rodom*. Bratislava: Aspekt.

Butler, Judith. 2004. *Undoing Gender*. New York & London: Routledge.

Cloonan, K., C. Crumley, S. Kiyamaz. 2003. „Sex Selection: Ethical Issues“. [online]. [cit. 4. 11. 2007]. Dostupné z: <<http://8e.devbio.com/article.php?id=177>>.

Corea, Gena. 1979. *The Mother Machine*. New York: Harper & Row.

Council of Europe. 1997. „Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine“. [online]. [citováno 1. 7. 2007]. Dostupné z: <<http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/164.htm>>.

Council of Europe. 2007. „Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. Chart of signatures and ratifications“. [online]. [citováno 1. 7. 2007]. Dostupné z: <<http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/QueVoulezVous.asp?NT=164&CM=7&DF=7/9/2007&CL=ENG>>.

Danzer, Bernard, Matthias Rose, Michael Walter, Burghard Flapp. 2002. „On the Theory of Individual Health“. *Journal of Medical Ethics*, (28), s. 17-19.

Darnovsky, Marcy. 2003. „Sex Selection Moves to the Consumer Culture- Ads for “Family Balancing“ in the New York Times“. *Genetic Crossroads* [online] 33 [cit. 4. 11. 2006]. Dostupné z: <<http://www.genetics-and-society.org/newsletter/archive/33.html>>.

Darnovsky, Marcy. 2004. „Revisiting sex selection: the growing popularity of new sex selection methods revives an old debate“. *GeneWatch* [online] 17 (1) [cit. 11. 6. 2006]. Dostupné z: <<http://www.gene-watch.org/genewatch/articles/17-1darnovsky.html>>.

Dickens, Bernard M. 2002. „Can sex selection be ethically tolerated?“ *Journal of Medical Ethics*. [online] 28 [cit. 11. 6. 2006]. Dostupné z: <<http://jme.bmj.com/cgi/content/full/28/6/335>>.

Donchin, Anne. 2003. „Converging Concerns: Feminist Bioethics, Development Theory, and Human Rights“. *Signs*. [online] 29 (2) [cit. 17. 4. 2006]. Dostupné z: <<http://www.journals.uchicago.edu/SIGNS/journal/issues/v29n2/290201/290201.web.pdf>>.

Ehrenreich, Barbara, Arlie R. Hochschild (ed.). 2004. *Global Woman*. New York: Owl Books.

Evans, Donald. 2008. „What Are We Really Doing to Patients?“ In Donald Evans. *Values in Medicine*. Oxford: Routhledge-Cavendish, s. 1-26.

Fafejta, Martin. 2004. *Úvod do sociologie pohlaví a sexuality*. Věrovany: Jan Piszkiwicz.

Fairclough, Norman. 1999. *Critical Discourse Analysis*. London and New York: Longman.

Fairclough, Norman. 2004. *Discourse and Social Change*. Malden: Blackwell Publishing.

Fausto-Sterling, Anne. 1997. „How to Build a Man“. In Roger Lancaster, Micaela di Leonardo (eds.). *The Gender and Sexuality Reader*. London: Routledge.

Fausto-Sterling, Anne. 2003. „Science matters, culture matters“. *Perspectives in Biology and Medicine* 46 (1), s. 109-124.

Fenstermaker, Sarah; West, Candance (eds.). 2002. *Doing Gender, Doing Difference*. New York & London: Routledge.

Firestone, Sulamith. 1970. *The Dialectics of Sex*. New York: Bantam Books.

Foucault, Michel. 1999. *Dějiny Sexuality 1. Vůle k věděni*. Praha: Hermann & synové.

Fugger, E. F., S. H. Black, K. Keyvanfar, J. D. Schulman. 1998. „Births of normal daughters after MicroSort sperm separation and intrauterine insemination, in-vitro fertilization, or intracytoplasmic sperm injection“. *Human Reproduction* 13 (9): 2367-1370.

Galpern, Emily. 2007. „Assisted Reproductive Technologies: Overview and Perspective using a Reproductive Justice Framework“. [online]. [cit. 17. 7. 2008]. Dostupné z: <<http://geneticsandsociety.org/downloads/ART.pdf>>.

Garland-Thomson, Rosemarie. 1997. „Feminist Theory, the Body and the Disabled Figure.“ *The Disability Studies Reader*. In Lennard J. Davis (ed.). NY/London: Routledge, s. 279-294.

Gillon, Raanan. 1994. „Education and debate. Medical ethics: four principles plus attention to scope“. *British Medical Journal* [online] 309 [cit. 17.7. 2008]. Dostupné z: <<http://www.bmj.com/cgi/content/full/309/6948/184>>.

Gillon, Raanan. 2003. „Four Scenarios“. *Journal of Medical Ethics* [online] 29 (5) [cit. 17.7. 2008]. Dostupné z: <<http://jme.bmj.com/cgi/reprint/29/5/267>>.

Greer, Germaine. 2000. *The Whole Woman*. London: Anchor.

Habermas, Jürgen. 2003. *Budoucnost lidské přirozenosti. Na cestě k liberální eugenice?* Praha: Filosofia.

Habermas, Jürgen. 2003. *Budoucnost lidské přirozenosti. Na cestě k liberální eugenice?* Praha: Filosofia.

Haškovcová, Helena. 2007. *Informovaný souhlas. Proč a jak?* Praha: Galén.

Health Council of the Netherlands. 1995. „Sex Selection for Non-Medical Reasons“. The Hague.

Hendlová, Tereza. 2006. „Debaty o selekci pohlaví v MF Dnes: zaostalá tradice nebo vědecký zázrak“. Praha: Fakulta humanitních studií Karlovy univerzity.

Hendlová, Tereza. 2007. „Děloha nebo Petriho miska? Reprodukční dilema z pohledu emancipace ženy“. Praha: Fakulta humanitních studií Karlovy univerzity.

HFEA. 2002. „HFEA launches public consultation on 'sex selection'“. [online]. [cit. 27. 6. 2007]. Dostupné z: <<http://www.hfea.gov.uk/en/974.html>>.

HFEA. 2003a. „Sex Selection“. [online]. [cit. 27. 6. 2007]. Dostupné z: <<http://www.parliament.uk/post/pn198.pdf>>.

HFEA. 2003b. „HFEA announces recommendations on sex selection“. [online]. [cit. 27. 6. 2007]. Dostupné z: <<http://www.hfea.gov.uk/en/1026.html>>.

HFEA. 2007. „7th edition of the HFEA Code of Practice“. [online]. [cit. 27. 6. 2007]. Dostupné z: <<http://www.hfea.gov.uk/en/1539.html>>.

Hubbart, Ruth. 1997. „Abortion and Disability: Who Should and Who Should Not Inhabit the World“ *The Disability Studies Reader*. In Lennard J. Davis (ed.). NY/London: Routledge, s. 187-203

Christman, John. 1991. „Autonomy and Personal History“. *Canadian Journal of Philosophy* 21 (1): 1-24.

Jones, Adam. 2000. „Case Study: Female Infanticide“. [cit. 4. 6. 2008]. Dostupné z: <http://www.gendercide.org/case_infanticide.html>.

Jones, Adam. (ed.). 2004. *Gendercide and Genocide*. Nashville: Vanderbilt University Press.

Kanellopoulou, Nadja. 2004. „Sex selection: options for regulation“. SCRIPT-ed [online] 1 (1) [cit. 4. 8. 2008]. Dostupné z: <http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1137625>.

Li, Jianghong. 2004. „Gender Inequality, Family Planning, and Maternal and Child Care in a rural Chinese County.“ *Social Science and Medicine* 59, s. 695-708.

Malin, Maili. 2003. „Good, Bad and Troublesome. Infertility Physicians' Perceptions of Women Patients“. *The European Journal of Women's Studies* 10 (3): 301-319.

Marquis, Don. 1989. Why abortion is immoral. *Philosophy and Public Affairs* 86: 183-202.

Marquis, Don. 2007. Abortion revisited. In Bonnie Steinbock (ed.). *The Oxford Handbook of Bioethics*. New York: Oxford University Press, s. 395-415.

McCarthy, David. 2001. „Why sex selection should be legal“. *Journal of Medical Ethics* [online] 27 [cit. 14. 08. 2008]. Dostupné z: <<http://humrep.oxfordjournals.org/>>.

Mitchell, David T., Sharon, L. Snyder. 2006. „The Eugenic Atlantic: Disability and the Making of and International Science“. In David T. Mitchell, Sharon, L. Snyder (eds.) *Cultural Locations of Disability*. Chicago: University of Chicago Press.

Neubauer, Zdeněk. 1994. *Přímluvce postmoderny*. Praha: Hrnčířství a nakladatelství.

Neubauer, Zdeněk. 2001. *Smysl a svět*. Praha: Moraviapress

Newman, David M., Liz Grauerholz. 2002. *Sociology of Families*. Thousand Oaks: Pine Forge Press.

Nie, Jing Bao. 2005. *Behind the Silence: Chinese Voices on Abortion*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield Publishers.

Nie, Jing Bao, Tsuschiya Takashi, Li Lun. V tisku. „Japanese Wartime Medical Artrocities and Medical Ethics“. In Robert Baker, Laurince McCullough (eds.). *The Cambridge World History of Medical Ethics*. New York and London: Cambridge University Press.

Oakley, Anne. 2000. *Pohlaví, gender a společnost*. Praha: Portál.

Obasogie, Osagie. 2005. „Mentoring Gender, Selecting Sex“. [online]. [cit. 1. 6. 2008]. Dostupné z: <<http://geneticsandsociety.org/article.php?id=208>>.

Oudshoorn, Nelly. 1996. „The decline of the one-size-fits-all paradigm, or, how reproductive scientists try to cope with postmodernity“. In Nina Lykke, Rosi Braidotti (eds.). *Between Monsters, Goddesses and Cyborgs*. London & New Jersey: Zed Books, s. 153-172.

Oomman, Nandini, Bela R. Ganatra. 2002. „Sex Selection: The Systematic Elimination of Girls“. *Reproductive Health Matters*. 10 (19):1 84–197

Parreñas, Rachel Salazar. 2001. *Servants of Globalization: Women, Migration and Domestic Work*. Palo Alto: Stanford University Press.

Pence, Gregory E. 1998. „Ethical theories and medical ethics. In Gregory Pence (ed.). Boston: McGraw-Hill, s. 1-18.

Pennings, Guido. 1996. „Ethics of sex selection for family balancing“. *Human Reproduction* [online] 11 (11) [cit. 4. 11. 2006]. Dostupné z: <<http://humrep.oxfordjournals.org/>>.

Petchesky, Rosalind Pollack. 1984. *Abortion and Woman's Choice: The State, Sexuality and Reproductive Freedom*. Longman: New York.

Radimská, Radka. 2003. „Moc a individuální zájmy v partnerských vztazích“. *Gender, rovné příležitosti, výzkum* 3-4: 4-5.

Renzetti, Claire. M, Daniel J. Curran. 2003. *Ženy, muži a společnost*. Praha: Karolinum.

Robertson, John A. 1996. *Children of Choice*. Princeton: Princeton University Press.

Robertson, John A. 2001. „Preconception Gender Selection“. *American Journal of Bioethics* 1 (1), s. 2-9.

Robertson, John A. 2003. „Extending preimplantation genetic diagnosis. Ethical issues in new uses of preimplantation genetic diagnosis“. *Human Reproduction* 18, (3), s. 465-471, 2003

Robertson, John A. 2004. „Procreative Liberty and Harm to Offspring in Assisted Reproduction“. *American Journal of Law and Medicine* 30, s. 7-40.

Robertson, John A. 2005. „Ethics and the future of preimplantation genetic diagnosis“. *Reproductive BioMedicine* 10, s. 97–101.

Rothschild, Joan. 2005. *The Dream of the Perfect Child*. Bloomington: Indiana University Press.

Rupp, Leila. 2001. *Vytoužená minulost: Dějiny lásky a sexuality od příchodu Evropanů po současnost*. Praha: One Woman Press.

Savulescu, Julian, Edgar Dahl. 2000. „Sex selection and preimplantation diagnosis. A response to the Ethics Committee of the American Society of Reproductive Medicine“. *Human Reproduction* [online] 15 (9) [cit. 4. 11. 2006]. Dostupné z: <<http://humrep.oxfordjournals.org/cgi/search?fulltext=Sex+selection+and+preimplantati+on+diagnosis.+A+response+to+the+Ethics+Comittee+of+the+American+Society+of+R>

eproductive+Medicine.+Human+Reproduction%2C+Vol.+15%2C+No.+9%2C+pp.+&x=16&y=16>.

Savulescu, Julian. 2001. „Procreative Beneficence: Why we should select the best children“. *Bioethics* 15: 413-426.

Scott, Joan Wallach. 1986. „Gender: A Useful Category of Historical Analysis“. *American Historical Review* 91 (5): 1053–1075.

Seemanová, Eva. 2002. „Základy genetiky“. In Otto Hrodek, Jan Vavřínek. *Pediatric*. Praha: Galén, str. 27-44.

Sen, Amartya. 1994. „Population: Delusion and Reality“. [cit. 3. 2. 2008]. Dostupné z: <http://www.finance.commerce.ubc.ca/~bhatta/ArticlesByAmartyaSen/amartya_sen_on_population.html>.

Sen, Amartya. 2003. „Missing Women- revisited. Reduction in female mortality has been counterbalanced by sex selective abortions“. *BMJ* [online] 327 [cit. 4. 5. 2008]. Dostupné z: <<http://bmj.com/cgi/content/full/327/7427/1297>>.

Sen, A. 2005. „Women and Men“. In Amartya Sen. *The Argumentative Indian. Eritings on Indian History, Culture and Identity*. London: Penguin Books, s. 220-250.

Sherwin, Susan. 2001. „Normalizing Reproductive Technologies and the Implications for Autonomy“. In Rosemarie Tong, Gwen Anderson, and Aida Santos (eds.). *Globalizing Feminist Bioethics*. Boulder, Colorado: Westview Press, s. 96-113.

Shildrick, Margrit. 2004. „Genetics, Normativity, and Ethics: Some Bioethical Concerns“. *Feminist Theory* [online] 5 (2) [cit. 3. 2. 2008]. Dostupné z: <<http://fty.sagepub.com/cgi/reprint/5/2/149>>.

Schubert-Lehnhardt, Viola. 2002. „Autonomy of women and new reproductive technologies. An overview of the discussion in Germany“. [cit. 3. 6. 2008]. Dostupné z:

<<http://www.australasian-bioethics.org.au/conferences/2002/PaperViolaSchubertLehnard.pdf>>.

Singer, Peter. 1998. „The moral status of the embryo“. In Gregory E. Pence (ed.). *Classic Works in Medical Ethics*. Boston: McGraw-Hill, s. 83-92.

Spallone, Pat. 1996. „The Statutory Tale of the Pre-Embryo“. In Nina Lykke, Rosi Braidotti (eds.). *Between Monsters, Goddesses and Cyborgs*. London & New Jersey: Zed Books, s. 207-226.

Sureau, Claude. 1999. „Gender selection: a crime against humanity or the exercise of a fundamental right?“ *Human Reproduction* [online] 14 (4) [cit. 3. 2. 2008]. Dostupné z: <<http://humrep.oxfordjournals.org/cgi/reprint/14/4/867>>.

Tong, Rosmarie P. 1998. *Feminist Thought. A More Comprehensive Introduction*. Boulder: Westview Press

UNESCO. 2005. „Bioethics“. [online]. [cit. 1. 7. 2008]. Dostupné z: <http://www.unesco.org/bpi/pdf/memobpi52_bioethics_en.pdf>.

UNESCO. 2006. „Universal Declaration on Bioethics and Human Rights“. [online]. [cit. 1. 7. 2008]. Dostupné z: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180e.pdf>>.

UNESCO. 2007. „Member States“. [online]. [cit. 1. 7. 2008]. Dostupné z: <<http://erc.unesco.org/portal/UNESCOMemberStates.asp?language=en>>.

United Nations. 1948. „Universal Declaration of Human Rights“. [online]. [cit. 1. 7. 2008]. Dostupné z: <<http://www.un.org/Overview/rights.html>>.

United Nations. 1979. „The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW)“. [online]. [cit. 1. 7. 2008]. Dostupné z: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm>>.

United Nations. 2005. State of World Population 2005. [online]. [cit. 1. 7. 2008]. Dostupné z: <<http://www.unfpa.org/swp/2005/english/ch1/index.htm>>.

Van Dijk, Teun A. 2001. „Multidisciplinary CDA: a plea for diversity“. In Ruth Wodak, Michael Meyer (ed.). *Methods of Critical Discourse Analysis*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage, s. 95-119.

Vokurka, Martin, Jan Hugo. 2002. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf.

Warren, Marry A. 1985. *Gendecide : the implications of sex selection*. Totowa, N.J. : Rowman & Allanheld.

Warren, M.A. 1999. „Sex selection: individual choice or cultural coercion?“ In Peter Singer, Helga Kuhse (ed.). *Bioethics: an anthology*. Oxford: Blackwell Publishers, s. 137-142.

Warren, Marry Anne. 2005. *Moral Status. Obligations to Persons and Other Living Things*. Oxford University Press: New York.

Wertz, Dorothy C., John C. Fletcher. 1998. „Ethical and Social Issues in Prenatal Sex Selection: A Survey of Geneticists in 37 Nations“. *Soc Sci Med* [online]. [cit. 29. 02. 2008]. Dostupné z: <<http://www.umassmed.edu/shriver/Research/SocialScience/Staff/Wertz/sexselect.htm>>

Williams, John R. 2005. „UNESCO’s proposed Declaration on Bioethics and Human Rights – a bland compromise“. *Developing World Bioethics* [online] 5 (3) [cit. 1. 7. 2008]. Dostupné z: <<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/118715328/PDFSTART>>.

Webové materiály:

Bionet. 2002. „What is Legal?“ [cit. 12. 6. 2008]. Dostupné z: <http://www.bionetonline.org/English/Content/db_leg1.htm>.

Google. 2008. „gender selection clinic“. [cit. 1. 6. 2008]. Dostupné z: <<http://www.google.cz/search?hl=cs&q=gender+selection+clinic&lr=&aq=f&oq=>>.

The Fertility Institutes. S.d. [cit. 1. 6. 2008]. Dostupné z: <http://www.fertility-docs.com/fertility_gender.phtml>.

The Rainsbury Clinic. S.d. [cit. 1. 6. 2008]. Dostupné z: <<http://www.gendersselection.uk.com/home.html> >.

The Silverman Center for Gender Selection. 2005. [cit. 1. 6. 2008]. Dostupné z: <<http://www.gender-select.com>>.

The Tyler Clinic. 2004. [cit. 1. 6. 2008]. Dostupné z: <<http://www.tylermedicalclinic.com/sexselectionprocedure.htm>>.