

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Pracoviště historické sociologie

Bc. Hana Kostecká

**Politický diskurz neplodnosti
v České republice v letech 1970 – 2012**

Diplomová práce

Vedoucí práce: **Mgr. Radka Dudová, Ph.D.**

Praha 2015

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně. Všechny prameny a literatura byly řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 10. března 2015

Bc. Hana Kostecká

Poděkování

Děkuji vedoucí své práce, Mgr. Radce Dudové, PhD., za její cenné rady, připomínky, vstřícnost a podporu. Také děkuji své rodině, díky jejíž podpoře a pomoci jsem práci mohla zpracovat a dokončit.

Hana Kostecká

Obsah

Obsah	1
Abstrakt.....	5
Abstract.....	6
Úvod.....	7
1 Metodologie.....	11
2 Teoretická východiska.....	14
2.1 Koncepty občanství vztahující se k neplodnosti, případně její léčbě.....	14
2.1.1 Druhy občanství	14
2.1.2 Občanství a neplodnost v praxi	15
2.2 Biomoc a governmentalita	16
2.2.1 Biomoc a neplodnost.....	20
2.3 Neplodnost	23
2.3.1 Charakteristika neplodnosti v biomedicínském kontextu	23
2.3.2 Neplodnost jako sociologický fenomén	24
2.3.3 Medikalizace neplodnosti.....	25
2.3.4 Léčba neplodnosti	27
2.3.4.1 Asistovaná reprodukce	30
2.4 Reprodukční turismus	31
2.4.1 Definice.....	31
2.4.2 Reprodukční turismus a Česká republika.....	33
2.5 Diskurz.....	36
2.5.1 Vymezení pojmu	36
2.5.2 Proudy a přístupy k analýze diskurzu	37
3 Empirická část	43
3.1 Normalita mateřství a prekarizace neplodnosti v České republice	43
3.1.1 Normalita mateřství.....	43
3.1.1.1 Femininita.....	43
3.1.1.2 Normy	44
3.1.1.3 Mateřství.....	45
3.1.1.4 Konstrukce mateřství jako podmínky femininity	46
3.1.1.5 Hodnota mateřství v České republice.....	48
3.1.2 Prekarizace neplodnosti	50

3.1.2.1	Neplodnost a identita.....	50
3.1.2.2	Sociální exkluze	51
3.1.2.3	Stigmatizace neplodnosti.....	53
3.2	Demografické ukazatele.....	54
3.2.1	Základní charakteristiky.....	54
3.2.1.1	Základní charakteristiky života v 70. a 80. letech 20. století v Československu.....	54
3.2.1.2	Základní charakteristiky života v České republice po roce 1989.....	56
3.2.2	Demografické ukazatele.....	58
3.2.2.1	Vybrané demografické ukazatele v 70. a 80. letech 20. Století v ČSR	58
3.2.2.2	Vybrané demografické ukazatele v České republice po roce 1989.....	60
3.3	Umělé oplodnění v podmínkách státně-socialistického zřízení.....	65
3.3.1	Umělé oplodnění v politické a expertní rovině	65
3.3.2	Analýza umělého oplodnění v podmínkách státně-socialistického zřízení.....	67
3.3.2.1	Právní úprava asistované reprodukce před rokem 1989.....	67
3.3.2.2	Dominantní diskurzivní rámec „pokles fyziologické fertility“ = „přirozenost“	68
3.4	Umělé oplodnění v podmínkách státně-demokratického zřízení.....	69
3.4.1	Umělé oplodnění v politické rovině	69
3.4.1.1	Právní úprava asistované reprodukce po roce 1989	70
3.4.1.2	Diskurzivní schéma debaty o věkové hranici pro umělé oplodnění	72
3.4.1.3	Diskurzy související s asistovanou reprodukcí.....	77
3.5	Komparace totalitního a demokratického režimu	78
Závěr		82
Použitá literatura		86
Přílohy.....		99

Abstrakt

Tato diplomová práce se zabývá popisem a analýzou diskurzů, které předcházely změnám legislativy o asistované reprodukci v souvislosti s nastavením horní věkové hranice žen, které podstupují některý ze zákroků asistované reprodukce a to jak ve státně-socialistickém zřízení, tak i ve státně-demokratickém zřízení. Tato práce definované diskurzy obou režimů komparuje a to s akcentem na governmentalitu jako nástroj pro kontrolu a regulaci populace.

Tato analýza je přínosná především proto, že vypovídá o tom, co stojí za fungováním celého složitého „systému umělého oplodnění“. Přináší vhled do politického diskurzu neplodnosti, respektive jeho části týkající se české legislativy se zohledněním fenoménu reprodukčního turismu. Ani jedno z témat – jak politický diskurz neplodnosti, tak reprodukční turismus nebyly dosud v české literatuře zpracovány. Práce ukazuje, jak jsou v politickém diskurzu prostřednictvím tématu umělého oplodnění ustavovány normy správného rodičovství.

Klíčová slova

Neplodnost, asistovaná reprodukce, reprodukční turismus, diskurz, diskurzivní rámec, normalita mateřství, prekarizace neplodnosti, governmentalita, biomoc, Michel Foucault

Abstract

This thesis describes and analyses discourses that preceded the legislation changes regarding assisted reproduction in connection with setting an upper age limit for women who are undergoing assisted reproduction treatments in socialist system as well as in democratic system. This work defined discourses of both political systems compares with the accent on governmentality as a tool for population control.

This analysis is valuable primarily because of describing principles of working the whole "system of assisted reproduction" and provides insight into the political discourse of infertility, respective on its part concerning the Czech legislation taking into account the phenomenon of reproductive tourism. No one from the topics – both the political discourse of infertility then the reproductive tourism have not had been in the Czech literature written up yet. The work shows the establishment of proper parenting standards in the political discourse through the topic of artificial insemination.

Key words

Infertility, assisted reproduction, reproductive tourism, discourse, frames, normality of motherhood, precarization of infertility, governmentality, biopower, Michel Foucault

Úvod

Reprodukce je téma, které řeší každý z nás – ať se již rozhodne jakkoli, uvažování o reprodukci se nevyhne. Právě z toho důvodu je téma biologické reprodukce a věcí s ní souvisejících tak extrémně citlivá, neboť je záležitostí všech bez rozdílu. O stupínek nad reprodukcí, možná i výše, měřeno na stupnici citlivosti, se nachází fenomén neplodnosti. To pramení z toho, že na rozdíl od realizace rodičovství si neplodnost sami nevolíme, ta nám je tak nějak „přířknuta nebo přidělena“. Nadto téma neplodnosti rezonuje v české společnosti v posledních desetiletích více a více, protože problém s biologickou reprodukcí má v současné době každý sedmý pár v reprodukčním věku, ale odborníci předpokládají, by se neplodnost v krátké budoucnosti mohla týkat každého třetího páru (Mardešić, 1996; Řežábek, 2002; aj.).

Vezmeme-li v úvahu fakt, že neplodnost není jen nemocí, ale i sociálním stavem, není se co divit, že se v posledních letech vynořilo nemálo publikací, statí nebo výzkumů, souvisejících s neplodností: změna identity a redefinování partnerského vztahu (Matthews, Matthews, 1996: 646), výzkumy nových forem příbuzenství, identity, sociální nerovnosti a etiky (Grebeldinger, 2013: 12), popis mezinárodních rozdílů s ohledem na zátěž neplodnosti a rozdílný přístup k účinné léčbě, výzkum tzv. „reprodukčního turismu“ a s ní se otevírající nový pracovní trh (Grebeldinger, 2013: 6), definice rozhraní mezi lidským společenským životem a technologií (Grebeldinger, 2013: 12), sociální exkluze a stigmatizace neplodných (Kostelecká, 2012) a řada dalších.

Na poli reprodukce je „nezpochybňovanou expertní autoritou“ reprodukční biomedicína (Slepičková, Šlesingerová, Šmídová, 2012: 86). Její vysoce normativní charakter odráží společenské hodnoty a nedodržování reprodukčních norem je společností přísně sankcionováno. Dominantní diskurz spojuje ženu automaticky a matkou a omezuje možnost její volby na minimum. S diskurzem o mateřství jsou totiž spojeny metody reprodukce, které je možné vnímat jako „foucaultovské disciplinační technologie“ (Sawicki, 1993: 394 – 396 citována in Fafejta, 2002: 601). Uplatněním biomoci ve smyslu posilování normality mateřství a prekarizace neplodnosti je utkána síť představ o ideální ženě (Slepičková, Šlesingerová, Šmídová, 2012; Fafejta, 2002). V české společnosti, kde doposud převažuje tradiční pojetí ženské a mužské role jsou obsahy rodičovských rolí chápány jako přirozené a na muže a ženy vyvíjen silný nátlak a „rodičovství se v konečném důsledku stává vysoce závaznou sociální normou“ (Maříková, 2004: 45).

Těm, kteří nejsou schopni dostat této společenské normě, rozuměj těm, kteří se potýkají s problémem neplodnosti, zasahuje Česká republika v rámci tělesného občanství svých příslušníků do reprodukčních rozhodnutí. Ve světle toho, že reprodukční biomedicína stanovuje obraz ideální ženy-matky, stát dozoruje reprodukci, aby se odehrávala v kýžených intencích tím, že reguluje, omezuje, případně úplně zakazuje některým ženám přístup k metodám asistované reprodukce. Díky opatřením, realizovaným v rámci biomoci a díky posilování normality mateřství a prekarizace neplodnosti dochází k řízení populačního vývoje směrem, který je pro Českou republiku žádoucí. Opatření, která stát v případě reprodukční biomedicíny volí, jsou ve formě legislativy související s asistovanou reprodukcí¹.

Česká odborná literatura se fenoménu neplodnosti nevyhýbá. Nicméně téma politického diskurzu neplodnosti v České republice dosud popsáno ani analyzováno nebylo. Za zmínku určitě stojí dizertační práce Lenky Slepíčkové z roku 2013 s názvem „*Nedobrovolná neplodnost jako medikalizovaný problém*“, jejímž přínosem je popis důsledků neplodnosti v souvislosti s životními cíli a analýza jednání neplodných v kontextu společenských norem, případně odborný článek Lenky Zamykalové z roku 2005 „*Babičky – matky? Diskurzivní konstrukce mateřství skrze asistovanou reprodukci.*“, který se zabývá diskurzivní analýzou neplodnosti, přičemž Zamykalová se zaměřuje především vymezení hranic asistované reprodukce z hlediska diskurzivních strategií. Z české odborné literatury bych dále ráda uvedla článek Haškové se Zamykalovou „*Mít děti – co je to za normu? Čí je to norma?*“ z roku 2006, v němž se autorky v návaznosti na české i zahraniční studie zabývají vnímáním a následně i šířením abnormality bezdětnosti. Za velmi přínosnou vidím i knihu „*Fenomén bezdětnosti v sociologické a demografické perspektivě*“ od Hany Haškové ed. z roku 2006, která analyzuje fenomén bezdětnosti v české společnosti v celospolečenském kontextu s ohledem na mediální reflexi porevolučního vývoje sociodemografických jevů.

Tato diplomová práce navazuje na mou bakalářskou práci s názvem „*Hodnota mateřství na prahu 21. století*“, která analyzovala mateřství v kontextu s neplodností. Uvedená bakalářská práce metodou kvalitativního výzkumu polostrukturovaných rozhovorů na vzorku žen, které se aktuálně prostřednictvím umělého oplodnění snažily o realizaci mateřské role, analyzovala mimo jiné i strategie, které ženy, respektive páry, které jsou postiženy neplodností, během různých etap své cesty k realizaci rodičovství volí,

¹ Asistovaná reprodukce je souhrn postupů, využívajících k dosažení těhotenství laboratorní ošetření zárodečných buněk (spermíí, oocytů) a embryí“ (Národní registr reprodukčního zdraví).

určovala, zda ženy usilují výhradně o mateřství v biologické rovině nebo berou v potaz i mateřství v rovině sociální a v neposlední řadě se zabývala také normou mateřství v kontextu s reakcí okolí na neplodnost.

Základním výzkumným cílem této diplomové práce je popsat a analyzovat diskurzy, které předcházely změnám legislativy o asistované reprodukci v souvislosti s nastavením horní věkové hranice žen, které podstupují některý ze zákroků asistované reprodukce a to jak ve státně-socialistickém zřízení, tak i v státně-demokratickém zřízení a definované diskurzy obou režimů komparovat a to s akcentem na governmentality jako nástroj pro kontrolu a regulaci populace. Ze sociologického hlediska mne zajímá především fenomén, který stojí za fungováním celého složitého „systému umělého oplodnění“ – tj. normalita mateřství a prekarizace neplodnosti. **Díličními výzkumnými otázkami, na které by práce měla přinést odpověď, jsou:**

- *Zasahuje Česká republika v rámci tělesného občanství svých příslušníků do tělesné integrity neplodných?*
- *Jak je státem definován obraz ideální ženy – matky ve státně-demokratickém zřízení?*
- *Jsou všechna opatření, realizovaná státem v rámci biomoci, nastavena optimálně?*

Metodou práce je analýza politického diskurzu, vytvořená Paolem R. Donatim v roce 1992 a inspirovaná metodou analýzy rámců dle Ervinga Goffmana. Ve své práci chápu diskurzivní rámce jako obecně sdílené vzorce argumentace, které jsou přítomné v diskurzu.

Úvodem rozeberu metodologii analýzy diskurzu, která byla ve výzkumu politického diskurzu použita. Dále ve své práci nastíním analytický rámeček diskurzu a teorie diskurzu jako prostoru, kde je vytvářeno vědění, jež je spjata s mocenskými vztahy. Současně představím všechny teoretické koncepty, které se k této práci vztahují: koncept biomoci a governmentality dle Michela Foucaulta, koncepty občanství vztahující se k neplodnosti. V úvodní části se věnuji i definici neplodnosti a to nejen v biomedicínském, ale i sociálním kontextu a dotknu se způsobů léčby související s neplodností s akcentem na asistovanou reprodukci. V návaznosti na neplodnost se budu zabývat i reprodukčním turismem, který se v souvislosti s neplodností začal objevovat v posledních pár letech a jak ukáží v empirické části, měl svůj podíl i na politickém diskurzu neplodnosti v České republice.

Následně bude podrobně rozebrána normalita mateřství a prekarizace neplodnosti v České republice jako jeden ze základních premis pro fungování center asistované reprodukce. Na tuto kapitolu pak navazuje část věnující se demografickým ukazatelům, která kromě základních charakteristik života v České republice před a po roce 1989 komparuje i vybrané demografické ukazatele, které úzce souvisí s analyzovaným tématem.

V části, která je věnována analýze diskurzu, se budu zabývat politickým diskurzem v státně-socialistickém a státně-demokratickém zřízení a jejich komparaci. Poukážu přitom na diskurzivní rámce, které byly v debatách politickými reprezentanty, respektive odborníky používány a na výsledky těchto debat jakožto nástrojů governmentality.

1 Metodologie

Cílem této práce je popsat a analyzovat diskurzy, které předcházely změnám legislativy o asistované reprodukci v souvislosti s nastavením horní věkové hranice žen, které podstupují některý ze zákroků asistované reprodukce a to jak ve státně-socialistickém zřízení, tak i v státně-demokratickém zřízení a definované diskurzy obou režimů komparovat a to s akcentem na governmentální jako nástroj pro kontrolu a regulaci populace.

Pro účely výzkumu „analýzy politického diskurzu neplodnosti“ jsem zvolila metodu analýzy rámců, vycházející z díla Erwina Goffmana. Neexistuje jedna základní teorie a ani jeden soubor metodologických pravidel, který by byl pro všechny badatele, kteří termín *framing analysis* používají, závazný případně jednotný. Každý výzkumník, který s tímto termínem pracuje, je tak nucen podrobně popsat svůj vlastní přístup, který k analýze zvolil a aplikoval. Z dostupných způsobů analýzy rámců jsem si vybrala specifický přístup „analýza politického diskurzu“, vytvořený Paolem R. Donatim v roce 1992, který se inspiroval, metodou analýzy rámců. Ve své práci chápu diskurzivní rámce jako obecně sdílené vzorce argumentace, které jsou přítomné v diskurzu. Z tohoto úhlu pohledu jsou tak diskurzivní rámce srozumitelné veřejnosti. Takto definované vzorce argumentace se zakládají na určitém nezpochybnovaném a sdíleném „vědění“.

Z diskurzů pak vycházejí politické debaty, které mají své rámce. Rámce obsažené v politických debatách můžeme prostřednictvím výše definované analýzy odhalit a následně i popsat. Pro přijetí jednotlivých zákonů je rozhodující to, jaké rámování získá v politické debatě převahu. Konkrétní znění zákonů není jediným důsledkem prosazení, respektive dominance určitého rámování, mluvíme zde i o rovině realizace konkrétních politik a s tím související podpoře určitých institucí. „Politická moc tak závisí i na tom, jakou mají různí aktéři schopnost vnést svou vlastní interpretaci sociálních vztahů a problémů do politického pořadu jednání (agenda) a prosadit vlastní návrhy a řešení“ (Kulawik, 2009: 266).

Analýza spočívá v následujících krocích:

1. Výběr tématu a jeho definování: tzn., výběr sociální nebo politické události. Sociální téma, které bylo zvoleno je tělesné/fyzické občanství žen a právo žen rozhodovat

svobodně o svém reprodukčním osudu (Lister, 1997 citován in Dudová, 2012: 32); a předmětem, který je rámován, je asistovaná reprodukce.

2. Výběr textů: „Texty představují relevantní hlasy vycházející z diskurzu“ (Dudová, 2012: 34). Z období socialismu, respektive ze 70. a 80. let 20. století² byly k analýze politického diskurzu kromě závazného *Opatření ministerstva zdravotnictví ČSR z 18. 11. 1982*, které upravovalo podmínky pro umělé oplodnění, vybrány odborné články, uveřejněné v časopise *Československá gynekologie*. Československá gynekologie byla nejdůležitějším časopisem pro oblast gynekologie a porodnictví v České republice ve sledovaném období. I přestože se jedná o analýzu politického diskurzu, nemohly být analyzovány žádné texty z politického prostředí, neboť celá debata se odehrávala pouze v expertní rovině. I jediná právní úprava pro asistovanou reprodukci měla charakter podzákonného předpisu, konkrétně opatření ministerstva zdravotnictví. Umělé oplodnění v podmínkách státně-socialistického zřízení v parlamentu nikdy diskutováno nebylo. Expertní rovina v tomto případě substituovala rovinu politickou.

Zatímco v podmínkách státně-socialistického zřízení substituovala expertní rovina rovinu politickou, po politickém převratu v roce 1989 již byla asistovaná reprodukce plně v rukou politické reprezentace a nevyhovující podzákonná úprava byla nahrazena zákony a opatřeními. Z období po roce 1989 byly pro analýzu politického diskurzu vybrány všechny zákony a právní předpisy, parlamentní tisky a parlamentní diskuze v časovém horizontu 1989 – 2012. Dále byly k analýze zvoleny všechny příspěvky v rámci odborného semináře s názvem „Komplexní mezioborový přístup k léčbě neplodnosti“, konaného dne 17. 6. 2009 na půdě Poslanecké sněmovny Parlamentu české republiky, pod její záštitou a za účasti poslanců. Tyto dokumenty mohly být analyzovány díky on-line přístupné, digitalizované databázi Parlamentu České republiky.

3. Identifikace diskurzivních rámců. Název diskurzivního rámce by měl být podle Donatiho takový, „aby příjemci dával smysl, přičemž by se mělo jednat o dobře známou konstrukci, kterou příjemce používá při orientaci vlastního vnímání“ (Donati, 1992: 151). Při identifikaci diskurzivních rámců byl využit ruční postup kódování a kategorizování.

Jednotlivé argumenty používané v textech a proslovech byly postupně kódovány a spojeny do jednotlivých kategorií. Následně byly kategorie srovnávány na různých úrovních, dokud nebyly zřejmé logicky oddělené argumentace, které spadaly do jednoho

² první dítě z umělého oplodnění bylo narozeno v roce 1982, nemělo tudíž smysl analyzovat dřívější texty

systemu. Na základě oddělených, definovaných systémů argumentace byly stanoveny použité diskurzivní rámce. V rámci jednotlivých diskurzivních rámců byly popsány jejich hlavní charakteristiky a argumenty, které byly identifikovány v rámci těchto rámců.

4. Vytvoření diskurzivních schémat. Následně byl z jednotlivých diskurzivních rámců vybrán tzv. dominantní diskurzivní rámec. Dominantní rámec byl postaven do souvislosti se subverzivními rámci, respektive subverzním rámcem, jež má ambivalentní charakter. Zbývající diskurzivní rámce byly analyzovány ve vztahu k těmto dvěma rámcům, zda rezonují a podporují nebo naopak stojí v opozici, případně zda neplní funkci dalšího ambivalentního rámce, kdy některé argumenty mohou být využity ve prospěch dominantního a jiné ve prospěch subverzivního rámce.

5. Komparace diskurzivních schématu. Závěrem byly jednotlivé diskurzivní schémata, tj. diskurzivní schéma ve státně-socialistickém režimu a diskurzivní schéma ve státně-demokratickém zřízení komparována.

2 Teoretická východiska

2.1 Koncepty občanství vztahující se k neplodnosti, případně její léčbě

2.1.1 Druhy občanství

V současné době už to není jen politická příslušnost k určitému státu, která tvoří občanství. Dnes hovoříme kromě občanství ve smyslu politickém i o občanství, která mají kromě politického i sociální (Marshall, 1950) a občanskou rovinu (Lister, 1997). V tomto ohledu se pak setkáváme s etickým, intimním, ekologickým, ekonomickým, a i tělesným, biologickým a biosociálním občanstvím. Poslední tři druhy občanství se vztahují i k neplodnosti, případně její léčbě.

Koncept tělesného občanství se podle Dudové et al. odlišuje od konceptu intimního občanství, které může být definováno „jako svoboda a schopnost jedince vytvořit si a prožívat sebe sama a své blízké vztahy podle své osobní volby, spolu s uznáním a podporou od státu a společnosti“ (Halsaa, Sumer, Roseneil, 2012 citováni in Dudová, 2012: 17). Analytický koncept tělesného občanství se zabývá tím, „jak státy tvarují intimní životy svých občanů skrze své zákony a politiky“ (Dudová, 2012: 17). Tělesné občanství přesahuje hranici mezi soukromým a veřejným tím, že vychází z faktu, že „státy, zpravidla ve veřejném zájmu zasahovaly a stále zasahují i do tělesné integrity těch, kteří jsou považováni za neschopné kontrolovat svá těla, tj. usilují o regulaci těl“ (Dudová, 2012: 17). Nárůst moci vědění nad rozlišováním a určováním zdravých a nemocných těl, méně a více hodnotných občanů vedl k definici biologického občanství.

Biologické občanství, jak jej definovali Rose a Novas, zahrnuje všechny ukazatele občanství „z hlediska rasy, pokrevních linií, inteligence atd., to znamená atributy, které tvoří představy občanů o biologické existenci lidské bytosti a to jak jednotlivců, tak i rodin s dětmi a linií jako jsou komunity a jakož i populace jako celého druhu“ (Rose, Novas, 2003: 2). Vzhledem k nejednoznačným, které implikuje pojem „biologický“, preferují někteří autoři (Dudová, Outshoorn, Kulawik aj) označení „tělesné občanství“, které „zdůrazňuje hmotnou podstatu těl a vzájemnou souvislost mezi politikou těl a

individuálním právem na zacházení se svým vlastním tělem a rozhodování o něm“ (Dudová, 2012: 17).

Biosociální občanství bylo definováno Smarandou Ene v roce 2009 na základě dvou lékařsko-antropologických teoretických konceptů biosociality podle Rabinowa a biologického občanství podle Rose a Novas. Lidské osoby jsou definovány nejen biologicky svým specifickým fenotypem a charakteristickým genotypem, ale jsou rovněž sociálně definovány chápáním sebe sama ve smyslu identity a sociální interakce, které jsou základní složkou biosociálního občanství. Jedná se tedy o specifický druh „definování jedince s přihlédnutím k roli i biologické a sociální funkci. Kromě toho se biosociální občanství týká i výběru jednotlivců a členství ve skupinách a důsledků těchto voleb“ (Ene, 2009: 1). Biologické definice lidských jedinců byly v minulosti zaměřeny na vnější znaky: rasu a etnický původ jako seskupení kategorií na základě těchto fyzikálních vlastností. Nicméně existují další prostředky na rozdělení lidí na základě biologie: „normální a abnormální skupiny, tj. zdravé a nemocné, zdravé a duševně nemocné“ (Ene, 2009: 1). Lidé mohou sebe identifikovat jako takové – na základě vlastního vnímání nebo mohou být přiřazeny k jedné z těchto skupin, prostřednictvím lékařské diagnózy. Zatímco lékařská diagnóza popisuje pacienty na základě objektivního zjištění, a proto je z hlediska lékařského nemoc nebo zdraví, stav dané osoby, může mít bipolární vnímání zdraví – nemoc i sociální rovinu ve smyslu toho, že „zdraví nebo nemoc je také považováno za sociální roli“ (Parsons, 1951 citován in Ene, 2009: 1). Biosociální občanství spočívá ve vnímání úlohy zdraví a nemoci v životě lidí. Jedná se o to, jak lidé „transformují definici popsanou vědou a lékařským systémem za účelem pojetí vlastní identity“ (Ene, 2009: 2).

2.1.2 Občanství a neplodnost v praxi

Stát vykonává nad ženou určitou formu kontroly reprodukce ve smyslu regulace, omezení nebo úplného zákazu k přístupu k metodám asistované reprodukce. V zákonech týkajících se asistované reprodukce tak definuje ženy, které jsou z pohledu státu vhodné stát se matkami a které již ne. V případě české legislativy se tato omezení týkají věku a sociálního statusu. Ženy nad 39 let již nemají nárok na částečnou úhradu léčby neplodnosti ze zdravotního pojištění a ženy nad 49 let již v České republice nemají nárok na léčbu neplodnosti vůbec, a to ani v případě, že by si léčbu chtěly plně hradit samy. Pro mateřství jako nevhodné vnímá stát prostřednictvím zákonů také ženy, které nejsou sezdané, případně nežijí v heterosexuálním vztahu.

Lidé, ženy především, jimž byla diagnostikována neplodnost, vnímají sebe sama jako nemocné, neplnohodnotné. Tím, že existuje nesoulad mezi skutečnou identitou (v našem případě prezentované neplodnou, případně dosud ne-těhotnou ženou), a ideální identitou (v našem případě ženou - matkou, případně těhotnou ženou) dochází k „narušení identity“ (Goffman, 2003: 19). Matthews a Matthews dokonce navrhuji pro případ neplodnosti termín „šok identity“ (Matthews, Matthews, 1986: 646). Matthews a Matthews dospěli k závěru, že „čím větší je závazek biologického rodičovství, tím větší šok identity zažije osoba neplodná nebo nedobrovolně bezdětná“ (Matthews, Matthews, 1986: 646). To znamená, čím větší tlak společnost, respektive stát na ženy-nematky vyvíjí, tím hůře se cítí. Toho dociluje formou governmentality – uplatněním biomoci ve smyslu posilování normality mateřství a prekarizace neplodnosti (viz kapitola Normalita mateřství a prekarizace neplodnosti v České republice).

2.2 Biomoc a governmentality

Reprodukce se netýká jen jednotlivců, respektive reprodukcí se párů, ale má neoddelitelný politický a společenský rozměr. „V době utváření moderních systémů vládnutí v 19. století se reprodukce a její správná podoba stala středobodem systému kontroly populace, kterou Foucault nazývá biomocí“ (Slepičková, 2011: 5).

Úvodem nabídnu exkurz do výrazu a zkoumání moci u Foucaulta. Moc podle něj není vlastnictvím někoho, ale jedná se o jakousi síť vztahů, rozptýlených po celé společnosti. A takto je zapotřebí vnímat i pojem biomoci. Biomoc v pojetí Foucaulta je zvláštním, typicky moderním případem pastýřské moci, jež si globálně klade za cíl, zajistit spasení jedince. Pastýřská moc nepečuje o pospolitost lidí, ale o každého jednotlivce zvlášť. Pastýřská moc uplatňuje dvě základní instrumentální techniky a to zpytování svědomí, jež má individualizující charakter a řízení ducha jako totalizující formu moci.

Zjednodušeně řečeno se jedná o techniky moci, které se zaměřují na jedince a jsou určené k jeho řízení. Pastýřská moc je zdánlivě laskavá a ochranná, pastýř stádo vede a chrání a to vše v zájmu ostatních oveček, ale je připraven přijmout i tvrdá rozhodnutí, pokud by mohlo dojít k ohrožení stáda: „pastýřská moc není jen formou moci, která přikazuje, pastýř musí být zároveň připravený obětovat se pro život a spásu svého stáda. Tím se pastýřská moc liší od moci královské, která pro zachování trůnu požaduje oběť od

svých poddaných. Je to forma moci, která se nestará jen o celou komunitu, ale i o každého jednotlivce zvlášť po celý jeho život. A nakonec, tuto formu moci není možné vykonávat, pokud pastýř neví, co se děje v hlavách lidí, pokud nemá sílu odhalovat jejich nejintimnější tajemství. Je to forma moci, která implikuje znalost svědomí a schopnost ho řídit. Tato forma moci se orientuje na spásu (v protikladu k moci politické). Je obětavá (v protikladu k principu suverenity), je individualizující (v protikladu k moci zákonné), je koexistující vzhledem k životu a jeho pokračování, je spojená s produkcí pravdy – pravdy jednotlivce samotného.“ (Foucault, 2003: 205).

Pastýřská moc se během 18. století rozšířila i mimo církevní instituce na moderní stát, policii nebo rodinu. „Zrodil se komplexní diagram disciplinární moci, který pronikl celým společenským univerzem, jehož cílem už nebylo represivní a reproduktivní odhalení a následné zřeknutí se světských možností člověka, ale jejich pozitivní využití a efektivní formování a exponování pro optimalizaci procesu produkce. Došlo tedy k metamorfóze despotické moci na moc disciplinární.“ (Szilvási, 1997: 40). Smyslem disciplinární moci je normalizování člověka.

Normalizační tendence moci se soustředí na lidské tělo: „tělo je rovněž přímo pohrouženo do pole politického; vztahy moci na něj bezprostředně působí; zmocňují se ho, označují ho, cvičí ho, střeží ho, nutí ho pracovat, podřizují ho různým ceremoniím, vyžadují od něj, aby se vykazovalo jistými znaky“ (Foucault, 2000: 60), nebo dále: „tělo se stává užitečnou silou jen tehdy, když je produktivním a v tom samém momentu podrobeným tělem.“ (Foucault, 2000: 171).

Diskurz těla sevřeného mocí není vynálezem 18. století, můžeme jej nalézt i dříve, ale až od 18. století se v tomto diskurzu objevují dle Foucaulta tři nové momenty: akcent na tělesné aktivity, využití těla v ekonomicky užitečném jednání a působení na veškerý čas lidské existence. Cílem tohoto působení je rozložit přirozená těla na nejzazší analytické jednotky, jimž se stanoví úkoly a následně dojde k opětovnému zkomponování lidské entity, která je už disciplinovaná. „Disciplína takto fabrikuje podřizená a vycvičená těla, poslušná těla. Disciplína zvyšuje tělesné síly (ve smyslu ekonomické užitečnosti) a zmenšuje je (ve smyslu politické poslušnosti)“ (Foucault, 2000: 140). Účelem těchto mocenských technik je jednak přispívat prostřednictvím těl k produktivní činnosti individuí a jednak zamezit problémům spojených s fenoménem masy.

Předmětem zájmu disciplinární moci se nestala jen těla, jak je definováno výše, ale i obecná biologická kategorie života, což Foucault nazývá biomocí. „Namísto blokování, ohýbání či ničení sil, biomoc usiluje o jejich produkování a pomáhá jim růst a organizovat

se. Je to moc, která pečuje o život“ (Dudová, 2012: 18-19). Tato moc preventivně sleduje veškeré potenciální odchylky od normy již v samotných biologických počátcích. V centru zájmu není tělo jako individualita, ale faktory z okolí, které na tělo působí.

Biomoc jako moc nad životem, se soustředila kolem dvou propojených pólů: „První z těchto pólů se při svém formování soustředil na tělo jako stroj: na jeho výcvik, zvyšování jeho schopnosti, na souběžný růst jeho užitečnosti a poslušnosti, na jeho integraci do systémů administrativní a ekonomické kontroly: to vše bylo zabezpečeno procedurami moci, které charakterizují disciplíny anatomo-politika lidského těla. Druhý, který se zformoval o něco později, asi v polovině 18. století, se soustředil na tělo-prostor, na tělo prostoupené mechanikou živého a sloužící jako podklad biologických procesů: plodnosti, porodnosti a úmrtnosti, zdravotního stavu, délky trvání života, dlouhověkosti se všemi podmínkami, které na ni mohou mít vliv; dějí se celou sérií intervencí a regulativní kontroly – bio-politika populace“ (Foucault, 1999: 162). Tato technologie těla, jejímž cílem bylo vyprodukovat člověka, se kterým je možné zacházet jako s poddaným tělem, se integrovala pod jednotící název disciplinárních technik. Tyto dva póly existovaly na sobě relativně nezávisle a to až do počátku 19. století, kdy můžeme pozorovat jejich postupné splývání do celku biomoci a vytváření nových mocenských technologií biopolitiky, které dle Foucaulta charakterizují situaci i v dnešní době.

V tomto období se objevuje ve státní dikci i nový prvek, který byl doposud neznámý. Terminologie, která se dosud odehrávala v dichotomii jedinec – společnost, byla doplněna pojmem *populace*. Populace představuje nové, mnohačetné těleso. „Populace, představující bohatství, pracovní sílu či kapacitu. Vlády si uvědomily, že už nepracují jednoduše s poddanými, ba ani s lidem, ale s populací, s jejími specifickými jevy, jejími vlastními proměnnými: s porodností, nemocností, střední délkou života, plodností, zdravotním stavem, formami výživy a kvalitou bydlení“ (Dudová, 2012: 20). Populace se stává politickým problémem. Jevy, o kterých se uvažuje, jsou nyní kolektivní povahy. Jejich ekonomické a politické důsledky, jež se objevují náhodně a nepředvídatelně, se stávají relevantními až na úrovni masy. Tyto jevy jsou dlouhodobě uchopitelné v jejich určitém trvání (jevy typu úmrtnost, porodnost nebo zdraví populace).

Závěrem shrňme, že biomoc ve Foucaultově výkladu odkazuje k praktikám moderních států a regulacím jejich subjektů a to pomocí „rozmanitých a početných technik, které mají zajistit podrobení těla a kontrolu populace“ (Foucault, 1999: 163). Biomoc „vynesla život a jeho mechanismy do oblastí explicitních kalkulací a učinila vědění moci silou transformace lidského života“ (Foucault, 1999: 143). Tento způsob

uplatňování moci Foucault nazývá způsobem vládnutí - *governmentalitou*. Projekt guvernementality je ve Foucaultově podání popisem jednotlivých racionalit vládnutí. Jedná se o: „celek tvořený institucemi, procedurami, analýzami a úvahami; kalkulací a taktikami, které umožňují i výkon této velmi specifické a zároveň komplexní formy moci, která má za svůj cíl populaci, za svou hlavní formu vědění politickou ekonomii a za své hlavní technické prostředky aparáty bezpečnosti“ (Foucault, 1991: 102). Governmentalita lokalizuje regulační aktivity do všech úrovní společenského života, od rodiny, sdělovacích prostředků a škol až k byrokratickým institucím jako jsou parlament, legislativa či policie.

Governmentalita je pojem, jež „má za cíl populaci, jejíž hlavní formou vědění je politická ekonomie, a jejímž základním technickým prostředkem je aparát jistoty“ (Foucault, 1991: 105). Tento systém měl kromě pozitivního dopadu ve formě prezentovaným zlepšení zdravotního stavu celé populace a zlepšení životních podmínek i neoddelitelný negativní důsledek zhmotněný všudypřítomnou kontrolou. Bezpečí za poslušnost.

Vlastní termín guvernementalita je tvořen ze dvou slov: *Gouverner* – vládnout, řídit, atd. a *mentalité* – mentalita a způsob myšlení. „Guvernementalita je tak souhrnné označení pro procesy reflektující modalit vládnutí, pro způsoby racionalizace vládní praxe, přičemž racionalizace je takový přístup, jehož úkolem je zlepšení, zefektivnění stávajícího režimu nebo rozvrhu konkrétní činnosti.“ (Vodička, 2012: 48)

Guvernementalita spočívá ve spojení dvou oblastí technologií – dominance a moci s technologiemi péče a starosti o sebe. Jedná se o kombinaci vládnutí ostatním a vládnutí sobě. Governmentalita vyjadřuje způsoby politického vládnutí – postupy, nástroje, vědění a techniky, které napříč časem vedly k odlišným výstupům. Nová racionalita vládnutí, která si „uvědomuje sebe sama, vztahuje se k sobě, problematizuje svůj výkon a technologie vládnutí se „dotazují“ sebe samy, jak by měly fungovat a jak by měly být praktikovány, způsobuje ve svém důsledku, že „přestává existovat univerzální formule vládnutí“ (Vodička, 2012: 71). Vládnutí a řízení se neprovádí samo o sobě, je provozováno politickými reprezentacemi, které řídí a provádí, respektive by měly provádět i určitou formu sebereflexe – měly by disponovat tzv. státním rozumem - první moderní racionalitou vládnutí.

Pro politickou racionalitu, jejímiž mechanismy je poskytování argumenty, ospravedlnění, pojmenování problému a jejich následné řešení atd., neexistuje neutrální vědění. „Tato racionalita produkuje také intelektuální nástroje na zpracování reality –

jednání, procedury, instituce, právní formy, které se potom stávají součástí technologie politiky“ (Slepičková, Šlezingerová, Šmídová, 2012: 93).

Tato nová politická racionalita tedy spočívá na dvou základních pilířích – kombinaci vědění a poznání a na vládním aparátu. Úspěšného vládnutí může být dosaženo prostřednictvím „poznání věcí, cílů, kterých má a může být dosaženo a uspořádáním věcí, které je potřebné k jejich dosažení“ (Foucault, 1991: 96). Důležitým momentem je konstrukce vědění a ve svém důsledku i pravdy prostřednictvím diskurzu³. „Diskurz definuje a vytváří objekty našeho vědění a zároveň určuje pravidla, která předepisují jisté způsoby hovoření o daných tématech a vylučují jiné. Toto vědění je tak přímo a nepřímo aplikováno na lidská těla skrze různé strategie vládnutí a sebeovládání“ (Dudová, 2012: 21). Pro governmentality jsou tedy podstatné dvě skutečnosti: vzájemná sounáležitost technik moci a forem vědění a úzké spojení mezi vztahy moci a procesy subjektivizace.

Konkrétní technologie vládnutí v podobě konkrétních praktik jsou na poli veřejné politiky prezentovány technickými a sociálními opatřeními, která organizují „sociální vztahy mezi veřejnou institucí a jejími klienty ve shodě s reprezentacemi a významy, které s sebou nesou. Patří k nim například zákony a nařízení, finanční nástroje (daně a dávky) či formy poznání a srovnávání populace (statistická pozorování)“ (Lascoumes, 2004 citován in Dudová, 2012: 22). Tyto praktiky jako nástroje governmentality pak díky plánovaným, zamýšleným důsledkům, ale i nechtěným dopadům poskytují osu pro popis situace a problematizaci zkoumaného problému.

2.2.1 Biomoc a neplodnost

Vycházejíc z Foucaultova konceptu biomoci si ovšem musíme uvědomit, že jeho koncept měl spíše historický ráz. Studoval vznik forem moci v osmnáctém století, jejich transformace ve století devatenáctém a do jisté míry i vyústění těchto forem na konci devatenáctého století. Ovšem strategie a technologie biomoci se ve dvacátém a následně i v jednadvacátém století výraznou měrou změnily, protože „řízení kolektivního života a zdraví se stalo klíčovým cílem governmentalizovaných států a konfigurace pravdy, moci a subjektivity dostala další rozměr objevem základu racionality na základě dobrých životních podmínek, bezpečnosti, zdraví a hygieny“ (Donzelot 1979, Rose 1985, Ewald 1986, Rabinow 1989, Rose 1999 citováni in Rabinow, Rose, 2006: 204)

³ V této souvislosti je třeba připomenout, že medicína je snad nejstarší místo, kde je možné pozorovat hru pravdy, výkonu a etiky ve vztahu k dobrému, nebo jak by řekli Řekové prosperujícímu životu.

Ve dvacátém století státy disponují nejen rozvinutými mechanismy zabezpečení, ale organizují a racionalizují spletité nitky zdravotního pojištění, které sahají až k úpravám standardů bydlení, zabývají se kampaněmi zdravotní osvěty atd. Liberální státy hrají důležitou roli v boji proti „degeneraci, legitimují povinné nebo kvazi-povinné sterilizace, podporují organizace, které se v rámci eugeniky snaží o biologické i sociální zušlechtnění lidstva a zlepšení jeho genofondu“ (Rabinow, Rose, 2006: 204).

Jednou z klíčových oblastí biomoci se v současné době stala i reprodukce, která je řízena prostřednictvím reprodukční zdravotní politiky. Pro Foucaulta byla sexualita důležitá částečně proto, že se jednalo o jakýsi spojovací článek anatomopolitiky lidského těla s biopolitikou celé populace. „V posledních padesáti letech můžeme tyto problémy vnímat odděleně. Sexualita byla oddělena do té míry, že postupy rozmnožování a reprodukce samotná se stala předmětem řady forem znalostí, technologií a politických strategií, které mají jen málo co do činění se sexualitou“ (Rabinow, Rose, 2006: 208).

Oddělením sexuality od reprodukce se stala léčba neplodnosti veřejnou záležitostí a výsostným příkladem oblasti lidského života, nad níž převzala medicína kontrolu. Podle Foucaultova konceptu biomoci konstruuje politická racionalita ženy jako objekty v diskurzu normalizace mateřství a prekarizace⁴ neplodnosti. V důsledku tohoto dominantního diskurzu se „musí všechny ženy ztotožnit s režimem žena = matka, a naopak ne-matka rovná se ne-žena, respektive neplnohodnotná žena“ (Vlasenko, 2013: 11). Léčba neplodnosti, která by měla být soukromou volbou dotčeného páru, se stala výkladní skříní biomoci. S přihlédnutím k tomu, že biomoc vstupuje do hry prostřednictvím anatomopolitiky a biopolitiky, pak v případě neplodnosti hovoříme o tom, že ve formě anatomopolitiky mají lékaři monopol na výrobu a racionální využívání vhodného diskurzu pravdy, prostřednictvím kterého jsou ženská těla identifikována a kontrolována; a ve formě biopolitiky na úrovni státu je neplodnost definována jako problém, což se projevuje ve velké finanční podpoře léčbě neplodnosti. „Ženské tělo je v rámci těchto procesů vnímáno jako stroj, jehož cílem je počít, donosit a porodit zdravé dítě, do světa ovládaného biomedicínou“ (Cahill 2001, Davis-Floyd 1992 citováni dle in Slepíčková, Šlezingerová, Šmídová, 2012: 96). Jinak všechny ženy, které „nejsou schopny se stát plnohodnotnými

⁴ Prekarizace, anglicky precarization. Prekarizace primárně odkazuje na práci. Nejistá práce se týká všech možných tvarů „nezaručeného, nejistého, tzn. že má flexibilní využití: od ilegální, sezónní a dočasou práci, přes práci na volné noze, až po tzv. osoby samostatně výdělečně činné“. Jako politický termín se odkazuje na „životní a pracovní podmínky bez záruky: například nejisté bydliště, nejisté povolení migrantů a uprchlíků, nebo nejisté každodenního života jako kupříkladu svobodná matka“. V daném kontextu je vhodná definice Jana Kellera: „Je to nástroj nežádoucí diferenciacie společnosti, který funguje jako jednosměrná látka přes příkop mezi sociálními světy středních vrstev a deklasovaných.“ V těchto souvislostech lze chápat spojení prekarizace neplodnosti jako sociální exkluzi, ostrakizaci a stigmatizaci neplodných.

subjekty, tj. správnými, normálními subjekty prostřednictvím mateřství jsou nejisté a jejich životy jsou ne-žité nebo neplnohodnotně žité než životy správných subjektů“ (Vlasenko, 2013:17)

Česká medicína kontroluje reprodukční schopnosti populace prostřednictvím konkrétních čísel vyjádřením „věkových limitů zdravé a potenciálně patologické reprodukce a možnosti využít technik asistované reprodukce, pracuje se statistikami a grafy vyjadřujícími reprodukční úspěšnost podle věku, omezuje přístup k asistované reprodukci těm, jejichž reprodukce není považována za žádoucí a odměňuje či sankcionuje různé typy reprodukčního chování“ (Slepičková, Šlezingerová, Šmídová, 2012: 97)

Foucault obohatil analýzu biomoci také ideou tzv. autoritativního vědění. Autoritativní vědění získává převahu mezi paralelními systémy a stává se závaznou normou pro jednání v konkrétních situacích. Medicína, a asistovaná reprodukce především, je oblastí, kde lékařské znalosti převládají nad ženinou znalostí vlastního těla a současně delegitimuje všechny ostatní zdroje. „Lékaři mají k dispozici mnohem větší škálu postupu a technik, než jaká je technicky, finančně a psychicky pro pacienty únosná, léčba nikdy nemůže být dost dobrá a její možnosti plně vyčerpány“ (Sandelowski at al., 1990 citováni in Slepičková, Šlezingerová, Šmídová, 2012: 100), což vytváří „tlak na pacienty, aby vyzkoušeli maximum toho, co se jim nabízí“ (Slepičková, Šlezingerová, Šmídová, 2012: 100). Jsou to lékaři, kteří ustavují hranice toho, co je k léčbě a co již nemá šanci na úspěch a kteří rozhodují druh použitých technik léčby. Vzhledem ke skutečnosti, že lékaři disponují velkou mocí a současně pracují s citlivými a společensky závažnými, morálně zatíženými vztahy, vyvolává jejich činnost řadu etických i legislativních otázek.

Miller a Rose vycházejíc z díla Michela Foucaulta vnímání biopolitiky posunují tvrzením, že v současnosti jsme svědky „posunu od biopolitických mechanismů normalizace k technologiím odpovědnosti a autonomizace“, kdy ve „vyspělých liberálních demokratických státech, byly postupy vlády odstátněny“ (Miller, Rose, 2008: 212-213). Zejména „odpovědnost za lidský život a zdraví, byla odebrána od státu a připsána kvaziautonomním nestátním subjektům, které zahrnují nestátní subjekty, soukromé společnosti, organizace, skupiny odborníků, komunit a jednotlivců, kteří nyní musí zabezpečovat své vlastní záležitosti k zajištění své vlastní bezpečnosti s ohledem na budoucnost“ (Rose, 2007: 4). Vláda v tomto způsobu vládnutí má populaci jako cíl, ale vykonává biopolitiku prostřednictvím „formování vůle autonomních orgánů a regulaci volby jednotlivých občanů“ (Miller, Rose, 2008: 216).

V důsledku těchto technologií odpovědnosti se regulace chování stává záležitostí každého jednotlivce, každý jednatel je zodpovědný za své volby a řízení svých vlastních záležitostí „ve službách maximalizace svého štěstí a naplnění“ (Miller, Rose, 2008: 215). Tady přichází ke slovu dominantní diskurz normalizace mateřství a prekarizace neplodnosti. Ženy jsou díky němu nuceny, „být aktivní samy za sebe a nutí je překonávat všechny překážky na cestě k seberealizaci, tj. na cestě k mateřství“ (Vlasenko, 2013: 43).

2.3 Neplodnost

2.3.1 Charakteristika neplodnosti v biomedicínském kontextu

V současné době se s problémem s biologickou reprodukcí podle lékařských odhadů potýká každý sedmý pár v reprodukčním věku, přičemž odborníci předpokládají, že toto číslo bude v následujících letech nadále stoupat (Mardešić, 1996; Řežábek, 2002; aj.) Někteří zmiňují, že by se to v krátké budoucnosti mohlo týkat každého třetího páru. V současné době se neplodnost týká 60–80 miliónů lidí na celém světě. Asi „4 % všech párů, které se snaží o početí, zůstávají i přes všechny dostupné lékařské postupy neplodné celoživotně“ (Grebeldinger, 2013: 3). Neplodnost je v literatuře označována různými tituly jako nemoc 21. století, „osobní životní krize či stresující životní zkušenost, biologická nedostatečnost, psychosomatický problém, nebo metaforicky pomsta přírody“ (Doherty, Clark, 2006; Letherby, 2002). Neplodnost byla Světovou zdravotnickou organizací uznána jako páté nejvýznamnější globální postižení a to pro populaci ve věku do 60 let.

V biomedicínském kontextu je neplodnost obvykle definována jako neschopnost počít po jednom roce neúspěšných snah páru o otěhotnění při nechráněném pohlavním styku minimálně dvakrát týdně (Mardešić, 1996; Řežábek, 2002, aj.). Neplodnost není nemocí v pravém slova smyslu, ale jde spíše o soubor poruch, případně kombinaci poruch partnerů, jejichž definujícím příznakem je absence početí. Z 35% - 40% je příčina neplodnosti diagnostikována na straně partnerky, z 35% - 40% na straně partnera a 15% - 20% je způsobeno kombinací problémů na straně obou partnerů. Zbývajících 5% je bez nalezené objektivní příčiny, kdy hovoříme o neplodnosti idiopatické. Neplodnost nemusí být léčena jen u párů, které se snaží o početí prvního dítěte, kdy se jedná o neplodnosti primární, ale může být léčena i u lidí, které již dítě nebo děti mají. U těchto párů se pak

jedná o neplodnost sekundární. Sekundární neplodnost se vyskytuje téměř u stejného počtu párů jako neplodnost primární.

Samotné příčiny neplodnosti mohou být hormonálního, genetického, mechanického nebo psychického charakteru. Mezi nejčastější ženské příčiny neplodnosti patří hormonální disbalance, která má za následek poruchu zrání a uvolňování vajíček, uzávěry jako důsledek zánětu či vrozené vývojové vady, které způsobují patologii transportu zárodečných buněk, imunologická tvorba protilátek proti vlastním i partnerovým zárodečným buňkám nebo trofoblastu a endometriosa ve všech stádiích. Hlavním příčinám mužské neplodnosti vévodí porucha tvorby spermií, jejich snížená pohyblivost, porucha tvaru nebo transportu spermií a porucha sexuálních funkcí. Nezanedbatelnou část příčin neplodnosti tvoří tzv. ostatní faktory, mezi něž jsou zahrnovány věk, frekvence pohlavních styků, zevní prostředí, stres, výživa a geneticky daný reprodukční potenciál⁵.

Není možné přesně určit, kolik lidí je v České republice neplodných. Ne všichni neplodní se o své neplodnosti dozví ať již z důvodu, kdy se dobrovolně rozhodnou pro celoživotní bezdětnost, případně nemají možnost realizace rodičovské role kvůli nepřítomnosti vhodného partnera nebo upřednostňují jiné hodnoty před rodičovstvím. Dalším důvodem je fakt, že ne všichni neplodní podstoupí léčbu nebo se rozhodnou pro adopci dítěte. Neplodnost tak může zůstat skrytou. Při odhadu počtu neplodných můžeme vycházet pouze z neúplných údajů zdravotních pojišťoven, které ukazují výrazný nárůst využívání asistované reprodukce v posledních letech. Podle Ústavu zdravotnických informací a statistik ČR se prostřednictvím některé z metod asistované reprodukce narodilo 3% dětí a tento počet bude neustále stoupat⁶.

2.3.2 Neplodnost jako sociologický fenomén

Neplodnost není, jak se mnozí mylně domnívají, novodobý fenomén. Jedná se o dlouhodobý problém lidstva, už v Bibli se dozvídáme, jaké problémy způsobovala. Ale až v současné době, s rozvojem technik asistované reprodukce přestala být neplodnost v západní kultuře čistě soukromým problémem. „Páry, které jsou delší dobu bezdětní, se

⁵ Informace z odborných lékařských knih a publikací např. Mardešić 1996, Řežábek 2002 aj.

⁶ Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR zveřejňuje údaje z Národního registru asistované reprodukce. Národní registr asistované reprodukce (NRAR) „eviduje data o všech ženách, u kterých byla zahájena ovariální stimulace, nebo bylo zahájeno monitorování za účelem léčby sterility. Sledování IVF cyklů zajišťuje nezbytné informace o způsobu, průběhu, výsledcích a případných komplikacích pro potřeby odborných zdravotnických pracovníků. NRAR je celoplošným populačním registrem. NRAR vznikl v letech 2005–2006 na půdě Ministerstva zdravotnictví – Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR), v Koordinačním středisku pro resortní zdravotnické informační NRAR“. Informace dostupné z: <<http://www.uzis.cz/registry-nzis/nrar>>.

dříve nebo později setkají s dotazy ze svého okolí“ (Matthews, Matthews, 1996: 643). Status „boží vůle“ nebo „rány osudu“ byl nahrazen statusem „nedostatečné snahy“ případně „nedostatku vůle“, u některých „nedostatku finančních prostředků“. Neplodnost se přesunula ze soukromé sféry do sféry vědeckého zájmu.

Neplodnost není jen nemocí, ale i sociální situací. Změna neplodnosti „ze soukromé doživotní bolesti v dlouhodobou sociálně konstruovanou krizi“ (Whiteford, Gonzales 1995 citováni in Slepíčková, 2011: 12) přilákala zájem sociální vědy. Sociální vědci se zaměřují na různé aspekty zkušenosti s neplodností: změna identity a redefinování partnerského vztahu (Matthews, Matthews, 1996: 646), výzkumy nových forem příbuzenství, identity, sociální nerovnosti a etiky (Grebeldinger, 2013: 12), popis mezinárodních rozdílů s ohledem na zátěž neplodnosti a rozdílný přístup k účinné léčbě, tzv. „reprodukční turismus“ a s ním se otevírající nový pracovní trh (Grebeldinger, 2013: 6), definice rozhraní mezi lidským společenským životem a technologií (Grebeldinger, 2013: 12), sociální exkluze a stigmatizace neplodných (Kostelecká, 2012) a řadu dalších témat.

Sociální vědci k neplodnosti často přistupují jako k problému, který generuje pohled pro zkoumání společenských institucí nebo prostřednictvím neplodnosti nahlíží různé fenomény. Neplodnost se tak stává „čočkou pro kritiku, zrcadlem kulturních norem, barometrem kulturní změny nebo nosičem významů“ (Inhorn, Balen, 2002; Greil, 1991 citováni in Slepíčková, 2011: 12). Mezní nebo zlomová situace, kterou neplodnost bezesporu je, umožňuje vidět přijímané sociální skutečnosti v ostřejších konturách a obnaženější podobě.

2.3.3 Medikalizace⁷ neplodnosti

Klíčovou pro proces medikalizace je její definice: „medikalizace znamená definovat problém v lékařských termínech, použít lékařský jazyk k popsání tohoto problému, přijmout lékařský rámec k porozumění tomuto problému a užít lékařskou intervenci k jeho léčbě“ (Conrad, 1992: 211). Proces medikalizace lze ilustrovat například nárůstem počtu poruch a nemocí klasifikovaných v diagnostických manuálech odborných lékařských společností. Medicínský diskurs také proniká do řady oblastí, kde dosud nebyl: „genetické metody či metody zobrazování mozku ovlivňují soudnictví, moderní sexuologie

⁷ Čeští autoři, kteří se věnují sociologii medicíny, překládají anglický výraz „medicalization“ různými způsoby: jako medikalizaci, medicinalizaci, medicinizaci. V tomto textu budu užívat variantu „medikalizace“.

a metody upravující reprodukci zasahují vyšší měrou do oblasti lidské intimity“ (Čada, 2009: nestr).

Podle Čady lze proces medikalizace zahrnovat do úvahy Anthonyho Giddense o úloze expertízy v pozdně moderní společnosti. „Rozšiřování expertíz podle něj vede na jedné straně k tomu, že lidé ztrácí schopnosti porozumět svému světu a k sekvestraci zkušenosti od každodenního života, ale na straně druhé i k hledání nových dovedností, které je mohou učinit více aktivními“ (Čada, 2009: nestr.).

Cornwell aplikuje na „proces medikalizace jako součást racionalizace západní společnosti teorii Jürgena Habermase (Cornwell, 1984 citován in Slepíčková 2011: 15-16). Habermas popsal racionalizaci jako nahrazování tradičních legitimizací, které jsou založené na náboženství, legitimizacemi moderními, založenými na vědě a technice. Tento proces se podle Habermase přitom projevuje na dvou úrovních - na úrovni kultury jako celku, tedy racionalizace shora a na úrovni subkultur a individuů - racionalizace zdola. Zatímco medikalizace shora probíhá jako změna v západním pohledu na duši a tělo, ke které došlo pod vlivem vědecké medicíny, medikalizace zdola se vztahuje ke změnám na úrovni individuů a subkultur, které nás vedou k tomu, přijmout moderní legitimizace zdraví a nemoci. Odráží se také ve vlivu moderní vědecké medicíny na „kolektivní vědomí.“ Medikalizaci tedy můžeme analyzovat na dvou úrovních, které spolu nemusí být v souladu.

Ukázkovým polem, na němž se medikalizace v tomto smyslu nejvíce projevuje, je oblast ženského reprodukčního zdraví. „Normální a běžné fáze ženského reprodukčního cyklu jsou postupně podrobeny detailnímu lékařskému drobnohledu a definovány jako něco, co vyžaduje lékařskou kontrolu. Žena se dostává do pozice zkoumaného a nevědoucího objektu, přestože jde o její tělesné prožitky a procesy, které jsou však ve srovnání s vnějším vědeckým pohledem, opírajícím se o lékařské technologie, marginalizovány“ (Hřešánová, 2012: nestr).

Příkladem medikalizace par excellence je neplodnost. Zatímco neplodnost je běžnou součástí každé kultury v celé historii, nárůst léků a technologických postupů pro léčbu neplodnosti v poslední době vedl k explozi diagnóz neplodnosti. Takže zatímco dříve neplodnost bývala jen běžnou součástí života některých párů a ústila v bezdětnost, je v současnosti definována jako zdravotní problém, který se dá léčit. Neplodnost dnes je „výzvou pro nejnovější medicínské technologie, jejichž potenciál nemůže být nikdy zcela vyčerpán. Neplodnost může být vyléčena ať již některou z metod asistované reprodukce nebo pouhou výměnou životního partnera, aniž by se vyřešila, nebo dokonce zjistila její příčina“ (Slepíčková, 2011: 16).

Neplodnost je párovou nemocí, neboť její léčba i následky se týkají obou partnerů, a proto léčba neplodnosti vytváří nový typ pacienta – manželský nebo partnerský pár. V případě neplodnosti se dále jedná o splynutí terapeutických a diagnostických postupů, rozdíl mezi nimi je někdy utvářen až po jejich aplikaci. Nezřídka se až po prvním pokusu případně dalších pokusech o umělé oplodnění zjistí, kde je příčina neplodnosti. Některé diagnostické metody (laparoskopie) jsou naopak považovány za určitý typ léčby (test průchodnosti vejcovodů může jejich průchodnost dočasně zvýšit a lékaři je po něm doporučován pohlavní styk, neboť pravděpodobnost početí se má za zvýšenou).

Medikalizace nemá jen biomedicínské důsledky, ale nese s sebou především sociální důsledky. „Připsáním statusu ‘nemocných‘ zbavuje dotčené morální zodpovědnosti za jejich současný stav. Být nemocným je méně stigmatizující, než připustit osobní selhání“ (Calnan, Williams 1992 citováni in Slepíčková, 2011: 18). Tím, že medikalizace definuje problém v medicínských pojmech, dostane problém reálné kontury. Aktivní účastí pacientů na léčbě dochází k potvrzení moci, kterou proces medikalizace disponuje. U neplodnosti se moc medikalizace projevuje v asistované reprodukci. Jakmile se stala běžnou součástí lékařské nabídky, společnost očekává, že neplodné páry budou usilovat o početí jejím prostřednictvím v podstatě za každou cenu. Jiné způsoby řešení jsou odsouvány do pozadí.

S tím souvisí kritika nejen procesu medikalizace, ale i užití metod asistované reprodukce. Pro páry, kterým asistovaná reprodukce neumožní naplnění rodičovské role, znamená tento neúspěch prohloubení jejich utrpení. Delaisi de Parseval dokonce píše: „lékařské postupy týkající se neplodnosti téměř vždy produkují sexuální dysfunkce: měření teploty, plánování nebo zákaz pohlavního styku, analýzy, zkoušky, invazivní ošetření, které blokují sexuální touhu nebo možnost pohlavního styku, úzkosti vyvolané medikalizací někdy ohrozí vyvážený vztah léčeného páru“ (Delaisi de Parseval, 1985 :61).

2.3.4 Léčba neplodnosti

Léčba neplodnosti „ovlivňuje každodenní život, včetně intimní sféry partnerského života“ (Delaisi de Parseval, 1985: 61), vyžaduje nejen fyzické, ale především i psychické úsilí a nezanedbatelná je i finanční stránka léčby. Stále nové objevy a možnosti reprodukční medicíny kladou na neplodný pár břímě v podobě nutnosti rozhodnutí té „nejvhodnější“ léčby. „Toto rozhodování zahrnuje redefinici představ o průběhu vlastního

života a o tom, jaké místo v něm má rodičovství a co je jeho podstatou“ (Slepičková, 2006b: 178).

Představy o léčbě neplodnosti a vlastním zapojení se do léčby ovlivňuje mnoho faktorů, především pak vlastní vnímání a definice mužské a ženské role v rámci partnerství a rodičovství. „Obojí je sociálně strukturováno: zatímco mužská plodnost je spojována s potencií coby zásadní charakteristikou mužnosti a stigma neplodnosti se vztahuje především k sexuální schopnosti muže, neplodné ženě je přisuzována psychická labilita, přílišné upnutí se na touhu po dítěti nebo podvědomé odmítání mateřské role“ (Miall, 1994; Whiteford, Gonzales, 1995; Hargreaves, 2006; Rasone, Willis, 2000 citováni in Slepičková 2006b: 179 - 180). Mateřství je silně normováno a považováno za klíčovou „součást předepsané role dospělé ženy-matky“ (Hašková, Zamykalová, 2006: nestr.).

Dalším zásadním faktorem, který stojí za rozhodováním o řešení neplodnosti, je tělesná zkušenost. I v okamžiku, kdy je neplodnost diagnostikována na straně muže, jedná se o ženské tělo, které léčbu aktivně podstupuje. A je to opět ženské tělo, které je nositelem příznaků úspěšné léčby v podobě těhotenství i příznaků neúspěšné léčby v podobě menstruace. „Mužova fyzická přítomnost v rámci léčby je zprostředkována skrze biologický materiál, který se diagnostiky a léčby účastní až poté, co mužovo tělo opustí“ (Slepičková, 2006b: 199). Ženina fyzická spjatost s léčbou je posilována sociálně strukturovanými představami o mateřské roli. Je to opět žena, která je primárně v České republice definována jako pečovatelka o dítě v prvních letech jeho života.

Neméně důležitým faktorem je čas. Ženy jsou k realizaci rodičovské role od přírody předurčeny jen v určitém tzv. plodném období. Dalším limitem časového faktoru je aktuální regulace metod asistované reprodukce, kdy je milníkem pro částečnou úhradu z veřejných prostředků věk 40 let u ženy nebo individuální představy, které jsou definovány fyzickou a psychickou kondicí. Nezanedbatelné jsou i „kulturně definované standardy správného věku k mateřství, které se odráží i v adopční praxi, kdy žadatelé starší 40 let mají jen malou naději na adopci malého dítěte, neboť v adopční praxi převládají názory odborníků, kteří tvrdí, že by „věkový rozdíl mezi osvojitelem a osvojencem neměl být nižší než 25 let a neměl by být vyšší než 40 let“ (Bubleová, Vávrová, Vránová, 2011: 5).

Ženy, které se snaží o početí tak mají před sebou nezřídka jediný cíl, kterému podřizují svůj životní styl – konzumují zdravou stravu bohatou na vitamíny, přestávají kouřit, pít alkohol a kávu, zbavují se všech závislostí, hubnou nebo naopak tloustnou na požadovanou ideální váhu, omezují své sportovní a cestovatelské aktivity. „Kromě léčby je

pro ženy omezující i neustále očekávané otěhotnění, které brání cokoli plánovat, ať už v oblasti pracovních, nebo soukromých aktivit. Prodlužovaná bezdětnost a dlouhodobá léčba s nejistými výsledky vede často ke ztrátě pracovní motivace, životní energie a vyrovnanosti“ (Slepičková, 2006b: 194). Ženská bezdětnost je považována za nepřirozenou a je více kritizována, neboť je více viditelná. „Absence mateřství je společensky mnohem více sankcionovaná než absence otcovství“ (Zamykalová, 2006: 115).

Neplodnost a především pak její léčba postupně zasahuje do každodenního života postižených žen. Odhlédneme-li od nezbytných pravidelných návštěv gynekologie nebo některého z center asistované reprodukce, kde jsou aplikovány postupy a zákroky klasické medicíny, volí mnoho z nich některou z dostupných metod alternativní medicíny v podobě akupunktury⁸, homeopatie⁹, reiki¹⁰, su-jok¹¹ a dalších. Za velmi přínosné se považuje také speciální cvičení¹² nebo lázeňská léčba¹³ (Mardešić, 1996; Řežábek, 2002; aj.).

⁸ „V čínské medicíně je neplodnost jedním z hlavních témat, neboť mít hodně zdravých dětí bylo konfuciánskou povinností vůči císaři. Kdo nesplnil tuto povinnost, těšil se mnohem menšímu společenskému postavení. Tradiční čínská medicína definuje dvě příčiny neplodnosti - nedostatek a blokádu. První případ se týká nedostatku rezerv v organizmu - žena vypadá tělesně v pořádku, ale je energeticky vyprahlá. Většinou se jedná o ženy s enormním fyzickým výdejem a o (i bývalé) anorektičky. Na druhé straně blokáda mává původ spíše v psychické rovině - ve špatných zážitcích z dětství, ve velkém stresu atd. Důsledkem jsou pak diagnózy jako neprůchodnost vejcovodů nebo imunologická neplodnost, kdy si tělo vytvoří protilátky vůči spermii a ty jsou pak vnímány jako bakterie“ (Žena, 2012), dostupné z: <<http://zena.centrum.cz/zdravi/novinky/clanek.phtml?id=743820>>.

⁹ „V homeopatii se podobně léčí podobným. To znamená, že pokud určitá látka může způsobit nemoc ve vysokých dávkách, vyléčit ji může v dávkách malých, někdy dokonce sotva znatelných. Tato metoda je také známá tím, že neléčí pouze příznaky, ale celou osobnost, včetně psychiky“ (U lékaře, 2010), dostupné z: <<http://www.ulekare.cz/clanek/homeopatie-muze-pomoci-v-lecbe-neplodnosti-12917>>.

¹⁰ Reiki „nenahrazuje léčbu klasické medicíny. Je podpůrným a komplementárním prostředkem klasické léčby. Reiki pomáhá zlepšit proces harmonizace mysli, těla a ducha. Je to velmi efektivní forma přírodního léčení. Slovo REIKI znamená univerzální životní sílu. Jednoduchou technikou je možno životní energii vesmíru snadno využít k léčení, tj. uvést do opětovné harmonie fyzické a duševní funkce“ (Pro zdraví), dostupné z: <<http://www.prozdravi.cz/reiki-prakticke-leceni-mari-hall.html>>

¹¹ Su-jok pracuje se „všemi vrstvami organismu: energetickou, fyzickou, mentální a emocionální. Zahnuje kromě masáže, akupresury, akupunktury nebo prohřívání také fyzická cvičení, ale i meditace. V su-jok je principem naučit se získat vnitřní harmonii“ (Wikipedie), dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Su_Jok_terapie>.

¹² Speciální cvičení – metoda Mojžíšové. Jedná se o „sestavu nenáročných cviků spojených s odblokováním páteře, žeber a pánve. Série cviků pro ženy se v současnosti používá zejména k léčbě tzv. funkčních příčin neplodnosti. Mezi funkční poruchy vedoucí k nemožnosti otěhotnět patří především psychické potíže - poruchy sexuality v podobě bolestivého pohlavního styku, chybějícího libida aj., poruchy činnosti podvěsku mozkového – hypofýzy, která svou hormonální produkcí přímo ovlivňuje činnost vaječnicků a tedy i možnost otěhotnět a samostatné poruchy funkce vaječnicků. Metodu lze použít jako podpůrnou k umělému oplodnění a v rámci přípravy na otěhotnění vůbec, protože kromě těhotenství má řadu dalších blahodárných účinků. Rehabilitační cyklus se skládá z několika jednoduchých cviků, které se provádí pravidelně, ideálně každý den jednou nebo dvakrát ve stejnou dobu. Každý cvik musí být kvůli jeho úspěšnosti prováděn přesně, tudíž je optimální zpočátku konzultovat cvičení s nějakým školeným odborníkem. Jednotlivé cviky je zapotřebí opakovat minimálně čtyřicetkrát, celé cvičení trvá minimálně hodinu a půl“ (Ordinace), dostupné z: <<http://www.ordinace.cz/clanek/nenarocne-cviky-ludmily-mojzisove-otehotni-sedm-z-deseti-zen/>>.

2.3.4.1 Asistovaná reprodukce

„Asistovaná reprodukce je souhrn postupů, využívajících k dosažení těhotenství laboratorní ošetření zárodečných buněk (spermii, oocytů) a embryí“ (Národní registr reprodukčního zdraví). Do metod asistované reprodukce spadá:

- Intrauterinní inseminace (IUI), při níž se „spermie zavádí přes vnitřní branku hrdla děložního přímo do děložní dutiny“ (Stop neplodnosti, 2009).
- Mimetělní oplodnění = IVF = in vitro fertilizace, během něhož „dochází ke splynutí vajíčka a spermie mimo tělo, na laboratorních miskách“ (Stop neplodnosti, 2009).

První dítě počaté po oplození metodou IVF – ET, Luisa Brown, se narodilo v roce 1978 v Anglii. Asistovaná reprodukce se neustále vyvíjí a zdokonaluje. V současnosti metodu IVF-ET velmi úspěšně doplňují tzv. mikromanipulační techniky:

- intracytoplasmatická injekce spermie – ICSI. „Výkon, při kterém je pod mikroskopem vždy jedna spermie zavedena tenkou skleněnou kapilárou přímo do oocytu (první dítě po ICSI se narodilo v roce 1993 v Belgii)“ (Stop neplodnosti, 2009),
- asistovaný hatching – AH. „Mechanické, chemické či laserové narušení obalu embrya, čímž se usnadní jeho uvolnění z obalu, které je nutné před uhnížděním do děložní sliznice (AH byl poprvé popsán a proveden v roce 1990)“ (Stop neplodnosti, 2009),
- kryoembryotransfer – KET. „Umístění rozmraženého embrya do dělohy,

¹³ Lázeňství a balneoterapie – „pro lázeňskou léčbu ženských chorob mají stěžejní význam peloidy. Chemické účinky peloidů se v rozhodující míře uplatňují při speciálním podávání slatiny formou vaginálních tamponů. Aplikace slatinných tamponů navrácí pH pochvy do fyziologického rozmezí, podněcuje zmnožení a zvýšenou fagocytózu leukocytů a vede i k žádoucímu pomnožení laktobacilů. Na fyzikálním působení peloidů se podílejí dva faktory: mechanický a termický. Zatímco prvně jmenovaný faktor má jen doplňkový vliv, tepelné působení peloidů je ve vztahu ke gynekologické balneoterapii klíčové. Na zahřívání z okolního prostředí (a ztížené odvádění vlastního metabolického tepla) musí organizmus neprodleně reagovat – jinak by se překročilo úzké teplotní rozmezí, ve kterém buněčný metabolismus pracuje optimálně. Z pohledu lázeňského léčení ženských nemocí jsou speciálními otázkami reakce endokrinního systému a změny krevního toku v malé pánvi. Princip gynekologické balneoterapie spočívá ve střídání procedur působících dráždivě s procedurami sedativními. Léčebná zátěž je sice opakovaná a dlouhodobá, přitom však mírná a u každé pacientky se nastavuje přísně individuálně. V lázních navozená změna reaktivity na ose hypotalamus – hypofýza – ovarium je významným profitem zejména pro ženy, které ať už z jakéhokoli důvodu upřednostňují mobilizaci regulačních schopností svého organismu před hormonální terapií anebo u nichž je hormonální léčba kontraindikována“. (Léčebné lázně), dostupné z: <www.lecebne-lazne.cz/%2Fstorage%2Fget%2F412-gyn_onemoc_kozma_frl.doc&ei=2YonVY_GG8eUsAHLsoHABA&usg=AFQjCNF5C1mO3TGWSLR5Q_Xois5o3cWVsg&bvm=bv.90491159,d.bGg>.

- mikrochirurgická aspirace spermií z nadvarlete – MESA, při uzávěru chámovodů (používá se speciální punkční jehla a výkon se provádí pod lupou), po níž musí následovat ISCI“ (Stop neplodnosti, 2009).
- extrakce spermií z varlete – TESE „(z cca 5ti milimetrových incisí na varleti se extrahují semenotvorné kanálky, v nichž embryolog při preparaci pod mikroskopem hledá spermie). I po TESE vždy následuje ICSI“ (Stop neplodnosti, 2009).

2.4 Reprodukční turismus

Podle údajů z 2010 podniklo v Evropě cestu do zahraničí z důvodu absolvování některého z druhu léčby neplodnosti až 30 000 jednotlivců nebo párů. Není pochyb o tom, že skutečné statistiky pro Evropu jsou mnohem vyšší, protože studie byla omezena na šest zemí (Španělsko, Belgie, Česká republika, Švýcarsko, Slovinsko a Dánsko), a vyloučila tak destinace jako jsou Kypr a Ukrajina. Proto byl reprodukční turismus pojmenován jako forma cestovního ruchu, neboť „reprodukční průmysl“ způsobil přesun značného množství lidí do jiných zemí, kde jsou kromě plateb za léčbu nuceni platit i jiný druh nákladů za ubytování, cestování, zábavu nebo stravování.

2.4.1 Definice

Reprodukční turismus byl definován „jako hledání pomoci reprodukčních technologií (ve smyslu dovedností) a lidských gamet (vajíček, spermií a embryí) napříč národními a mezinárodními hranicemi“ (Inhorn, 2011: 87). Cestování s cílem využití lékařských služeb nemusí nutně znamenat nutnost překročení národních hranic. Tato mylná představa vyplývá z výchozího pojmu "cestovní ruch". V podstatě je to „forma cestování z místa, kde léčba není k dispozici, kvůli nastaveným pravidlům, na místo, kde je k dispozici. Zmíněná pravidla nejsou nutně představována zákony, ale mohou být i ve formě osobního morálního odsouzení poskytovatele zdravotní péče, institucionálních politických směrů nebo doporučení výborů“ (Pennings, 2002: 341).

Tento nově popsáný jev reprodukčního turismu byl poprvé použit autory Knoppersem a LeBrisem v roce 1991 (citováni in Pennings, 2002: 337) k popsání praxe občanů, kteří z vlastní volby cestují do států s menšími legislativními omezeními za

účelem vlastního výběru reprodukčních technik. Jedná se tedy o „cestování příjemců reprodukčních služeb z jedné instituce, jurisdikce nebo země, kde léčba není k dispozici do jiných institucí, jurisdikcí nebo zemí, kde mohou získat postup asistované reprodukce, po kterém touží“ (Pennings, 2002: 337).

Většina odborníků kopíruje běžné označení – reprodukční turismus. Nicméně nemalá skupina autorů (Inhorn; Matorras; Patrizio; aj.) jsou toho názoru, že označení „turismus“ nevystihuje přesně cíl těchto cest. Zatímco běžný turismus je cestou za uvolněním, rekreací nebo poznáním, tento druh cestování nemá ani s jednou z výše uvedených věcí nic společného. Neplodné páry rozhodně nepodnikají tyto cesty pro vlastní potěšení. „Reprodukční turismus“ je nevhodné označení i z toho důvodu, že zlehčuje problémy s neplodností, a ve skutečnosti by se mohlo zdát tento termín povrchním a urážlivým jak pro páry, které hledají reprodukční pomoc v zahraničí, tak i pro odborníky, kteří zkoumají techniky asistované reprodukce. Ti, kteří podnikají tuto cestu, jsou „nuceni“ tuto cestu podniknout, ať už jsou důvody jakékoliv, a proto tito autoři zavedli označení „fertility exil“ – reprodukční exil.

Mnozí autoři uvádí, že „reprodukční turisté“ jdou až do krajností, aby dosáhli svého cíle – otěhotnění, a to především z důvodu nižších nákladů. Je však zapotřebí dodat, že ekonomické hledisko není tou jedinou a hlavní motivací. Na základě dosavadních výzkumů bylo definováno osm vzájemně propojených faktorů, které stojí v pozadí reprodukčního turismu:

- 1) „jednotlivé země zakazují určité metody asistované reprodukce z náboženských nebo etických důvodů;
- 2) specifická metoda není v dané zemi k dispozici z důvodu nedostatku odborných znalostí, nedostatečného technického vybavení nebo nedostatku dárcovských gamet (vajíček, spermatu nebo embryí);
- 3) služba není k dispozici, neboť není považována za dostatečně bezpečnou, případně rizika nejsou známa, tudíž domovská země zavedla opatření, která postupy spojené s touto službou zakázala, na rozdíl od jiných zemí;
- 4) určité skupiny osob jsou vyloučeny z možností přijmout určitou službu a to na základě věku, rodinného stavu nebo sexuální orientace;
- 5) služby fungují jako jakákoli jiná služba na základě tržních nebo kvazi-tržních mechanismů a to především ve vztahu k dárcovským gametům, tudíž ovlivňují i dostupnost a za tímto účelem vznikají pořadníky;
- 6) některé služby jsou v jiných zemích ekonomicky dostupnější;

- 7) pacienti mohou mít obavy z nízké kvality zdravotních služeb v domovské zemi
a
8) ochrana osobních údajů, respektive zajištění anonymity“ (Inhorn, 2011: 88).

2.4.2 Reprodukční turismus a Česká republika

V roce 2010 vydalo sedm autorů – Shenfield, de Mouzon, Pennings, Ferraretti, Andersen, de Wert a Goossens pod záštitou ESHRE analýzu, která mapuje cestování žen v rámci reprodukčního turismu. Vyhledávanou destinací pro ženy mající potíže s otěhotněním je Česká republika. Z výsledků studie ESHRE vyplývá, že nejčastěji podnikají „reprodukční cestu“ Italky, Němky, Holanďanky, Francouzky a Angličanky. Zatímco Belgie je cílovou zemí především pro nizozemské a francouzské ženy; britské a německé ženy upřednostňují Českou republiku (více viz Tabulka 1).

Tabulka 1. Počty pacientů v procentech, kteří překračují hranice z důvodu léčby

Domovský stát	Počty případů v zemích léčby v %					
	Belgie	Česká republika	Dánsko	Slovinsko	Španělsko	Švýcarsko
Itálie	13,0	2,6	0,3	1,0	31,7	51,4
Německo	10,2	67,2	11,9	0,0	10,7	0,0
Nizozemí	96,6	0,0	0,0	0,0	3,4	0,0
Francie	85,0	7,5	0,0	0,0	7,5	0,0
Norsko	0,0	1,5	98,5	0,0	0,0	0,0
Anglie	7,6	52,8	11,3	0,0	28,3	0,0
Švédsko	0,0	5,7	92,4	0,0	1,9	0,0
Ostatní evropské státy	12,1	38,1	5,2	34,7	9,8	0,0
Ostatní mimoevropské státy	54,3	35,2	4,3	0,0	6,5	0,0
Nespecifikováno	78,6	7,1	0,0	7,1	7,1	0,0
Počet celkem	365	252	154	65	193	201
%	29,7	20,5	12,5	5,3	15,7	16,3

Zdroj: Shenfield, F. at al., 2010, vlastní překlad

Česká republika, která pro zahraniční klientelu nabízí hned několik výhod, je v současné době často zmiňovanou zemí v kontextu sledovaného jevu reprodukčního turismu. Konkrétně hovoříme o benevolentní legislativě, kvalitní lékařská péči a přijatelných cenách.

Podle informací ÚZUS¹⁴ bylo v roce 2012 ve 39 centrech asistované reprodukce v České republice zahájeno 27 353 cyklů asistované reprodukce, přičemž téměř třetina

¹⁴ ÚZUS – Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, informace dostupné z: <www.uzus.cz>.

všech cyklů byla provedena cizinkám. Faktem je, že za posledních pět let se tento počet zdvojnásobil a dle všech prognóz by tento vzrůstající trend měl pokračovat i nadále.

Jak již bylo uvedeno výše, významnou měrou se na rozhodování pro léčbu v České republice podílí fakt, že léčba je v České republice ekonomicky dostupnější než v jiných krajínách. Podíváme-li se blíže na náklady spojené s léčbou neplodnosti s použitím dárcovských gamet, což je nejčastější léčba zahraniční klientely, pak je pacientka nucena hradit vedle nákladů na vlastní léčbu a s tím souvisejících nákladů na léky, i náklady na dárce nebo dárkyni gamet a své životní náklady po dobu pobytu. Zatímco cena za jeden IVF cyklus ve Spojených státech se může vyšplhat až na 40.000 dolarů, v České republice je tatáž léčba k dispozici už za 6.500 dolarů¹⁵.

Nezpochybnitelný je i fakt, že technologie, zařízení a léčebné postupy v českých klinikách jsou na stejné úrovni nebo dokonce překračují míru toho, co je k dispozici v jiných zemích, např. v USA. Stejně tak čeští lékaři jsou v oblasti asistované reprodukce mezinárodně uznávaní odborníci. Ve většině center asistované reprodukce jsou k dispozici nejnovější techniky asistované reprodukce - PGD¹⁶ (genetický screening před přenosem embryí), sledování embryí, MESA / TESE¹⁷, ICSI¹⁸, PICSI¹⁹ i metody zmrazování.

Zákony týkající se asistované reprodukce v České republice patří v Evropě k těm nejbenevolentnějším, detailněji o legislativě viz Tabulka 2. Česká republika zahraniční klientelou vyhledávaná pro dostupnost metod asistované reprodukce s dárcovskými gametami, neboť zákony České republiky přikazují, aby dárce (vajíček nebo spermií),

¹⁵ Informace dostupné na webových stránkách Global IVF, dostupné z:

<<http://www.globalivf.com/comparison-costs.php> a <http://www.ivftraveler.com/pricing/ivf-treatment-costs> > [cit. 4. 3. 2014]

¹⁶ Preimplantační genetická diagnostika „představuje výrazné rozšíření spektra metod a přístupů, které se již delší dobu běžně využívají v oblasti prenatalní diagnostiky. PGD umožňuje snížit riziko spontánních potratů volbou a transferem embryí nepostížených těžkými chromosomálními aberacemi či jinou genetickou zátěží, jejímž důsledkem je časná resorpce embryí nebo selektivní potrat. Rodiče tak mohou těhotenství začít s pocitem, že jejich budoucí potomek nebude trpět těžkým genetickým postižením či poruchou vyskytující se v rodině, jež lze vyšetřit metodami prenatalní genetické diagnostiky“ (Průvodce léčbou), dostupné z: <www.ivfbrno.cz/2Fpruvodce-lecbou-poruch-plodnosti%2Ff1058&ei=R4wnVYm3H7bfsATjtIHwDg&usg=AFQjCNGjHqU1Dshdr50RXxE02iDe-YDJWg&bvm=bv.90491159,d.cWc > [cit. 4. 3. 2014]

¹⁷ Mikrochirurgický odběr spermií MESA, TESA, TESE

¹⁸ Metoda spočívá „v přímé injekci jedné spermie do cytoplazmy zralého vajíčka ženy. ICSI je dominující až výhradní technikou asistované fertilizace a vedle IVF nejčastější metodou asistované reprodukce“ (Průvodce léčbou), dostupné z: <www.ivfbrno.cz/2Fpruvodce-lecbou-poruch-plodnosti%2Ff1058&ei=R4wnVYm3H7bfsATjtIHwDg&usg=AFQjCNGjHqU1Dshdr50RXxE02iDe-YDJWg&bvm=bv.90491159,d.cWc > [cit. 4. 3. 2014]

¹⁹ Mikromanipulační metoda PICSI „(intracytoplasmatická injekce předem vybrané spermie) je zatím jediný fungující test, který umožňuje vybrat v laboratorních podmínkách zralou spermii“ (Průvodce léčbou), dostupné z: <www.ivfbrno.cz/2Fpruvodce-lecbou-poruch-plodnosti%2Ff1058&ei=R4wnVYm3H7bfsATjtIHwDg&usg=AFQjCNGjHqU1Dshdr50RXxE02iDe-YDJWg&bvm=bv.90491159,d.cWc > [cit. 4. 3. 2014]

zůstali v anonymitě. Důsledkem tohoto nařízení je dostatek vhodných, kvalitních a ochotných dárců. Nadto umožňují zákony v České republice poskytnutí náhrady dárcům za čas, který je s dárcovstvím spojen. Dle zákona č. 20/1966 Sb. § 27e, odst. 8) přísluší dárcům pouze „náhrada účelně, hospodárně a prokazatelně vynaložených výdajů a náhrada za nepříjemnosti spojené s darováním zárodečných buněk“, což představuje sumu ve výši 15 až 20 tisíc korun u dárcyň vajíček a 1 až 2 tisíce korun u dárců spermií²⁰.

Zákony v České republice sice omezují ošetření jen na heterosexuální páry a to bez ohledu na jejich rodinný stav, nicméně většina center asistované reprodukce přijme ženu, která cestuje sama, pokud tato přinese notářsky ověřený souhlas svého mužského partnera k použití dárcovského spermatu. Jen několik málo klinik vyžaduje fyzickou přítomnost obou partnerů v době léčby²¹.

Tabulka 2. Legislativní úprava asistované reprodukce v České republice

Věkový limit	Ženy mladší 48 let (39 = limit pro hrazenou péči)
Limit, vztahující se k páru	Manželství nebo stabilní heterosexuální vztah
Úhrada	Částečně z veřejného zdravotního pojištění (3 cykly/život ženy)
Kryoprezervace oocytů	Povoleno
Kryoprezervace embryí	Povoleno
Dárcovství spermií	Povoleno (věk dárce 18 – 40, anonymita)
Dárcovství vajíček	Povoleno (věk dárcyň 18 - 35, anonymita)
Dárcovství embryí	Povoleno (anonymita)
ICSI	Povoleno
Asistovaný hatching	Povoleno
Kultivace oocytů	Povoleno
Selektivní redukce	Povoleno
Preimplantační diagnostika	Povoleno
Náhradní mateřství	Nepovoleno; matkou dítěte je žena, která jej porodí

Zdroj: IFFS Surveillance 2007 (Jones et al., 2007 citováni in Slepíčková 2011)

²⁰ Informace dostupné na internetových stránkách všech center asistované reprodukce v ČR, např. <http://www.fertility-ivf.eu/cs/darovani-vajicek.html?gclid=CMDnmOr1rb4CFU2VvQodqkgA3Q>, nebo <http://www.lekari-online.cz/lecba-neploдности/zakroky/darcovstvi-vajicek> nebo <http://stellart.cz/lecba-neploдности/darovani-vajicek-a-spermii/> nebo <http://stellart.cz/lecba-neploдности/darovani-vajicek-a-spermii/> a řada dalších.

²¹ Informace dostupné na webových stránkách Global IVF, dostupné z: <http://www.globalivf.com/comparison-costs.php> a <http://www.ivftraveler.com/pricing/ivf-treatment-costs> > [cit. 4. 3. 2014]

2.5 Diskurz

2.5.1 Vymezení pojmu

Pojem diskurz zaznamenal od svého vzniku vývoj a získal mnoho významů. Jeho pojetí a vlastně i význam se měnilo v závislosti na badatelské škole, vědním oboru nebo autorovi. „Slovník nám k anglickým a francouzským výrazům ‘discourse’ a ‘discours’ nabídne modality jako rozhovor, vyprávění, diskuse, rozprava o nějakém tématu“ (Vávra, 2008: 204).

Úzká definice jazykovědy hovoří o tom, že „o diskurzu můžeme uvažovat při jakýchkoliv textových jednotkách, převyšujících svým rozsahem větu“ (Bočák, 2008: 526). Obecněji lze shrnout, že diskurzem je soubor všech dostupných sdělení – písemných i ústních, tj. všeho, co bylo vyjádřeno, má nějaký význam a ustavuje se v sociální interakci. Jedná se o abstraktní neuchopitelný soubor pravidel, které zahrnují imperativy způsobu a hranice mluvení a přemýšlení. Nejedná se pouze o soubor všech možných sdělení k danému tématu v rámci určitého sémantického pole, ale současně zahrnuje i proces utváření těchto sdělení, které se řídí určitými pravidly. „Diskurz je řeč, která v sobě odráží sociální řád a zároveň konstruuje nebo ustavuje sociální řád“ (Dudová, 2013: nestr.). Diskurz je podmínkou běžné lidské řeči a řeč je součástí diskurzu. Při vzájemné komunikaci nedochází automaticky ke sdílení významů a smyslů spolu se sdílenými výrazy, proto si musí každý jednotlivec rekonstruovat významy a smysly výrazů - slov, vět i celých promluv, tedy diskurzů. Tuto skutečnost lze využívat případně zneužívat tím, že u komunikačního partnera úmyslně navodíme takovou situaci, ve které bude námi použité výrazy interpretovat klamným způsobem.

Diskurz vychází ze sociálního konstruktivismu, kde sociální realita není předem daná, ale je konstruovaná v průběhu sociální interakce a to s důrazem na řeč a jako taková má i praktické sociální důsledky v tom ohledu, že ovlivňuje rozhodování a jednání lidí. Naše vědění není „odrazem světa, ale je to produkt diskurzu. Vědění je výsledkem kategorizace světa, která vychází z jazyka a pravidel řeči“ (Dudová, 2013: nestr.)

‘Diskurz’ jako pojem oživil ve společenských vědách francouzský filozof Michel Foucault, který se zaměřil na výzkum struktury vědění. Podle Foucaulta je „diskurz dialog, kde obě strany používají určité argumenty v rámci určité kultury (či epistémé). Jedná se o proces, který dopředu formuluje strukturu debaty: jak pracovat se znalostmi, co lze říci a

udělat.“ (Foucault citován in Dudová 2012: 27). Nicméně pojetí diskurzu, doznalo i ve Foucaultových pracích značný vývoj.

Ve *Slovech a věcech* mluví o diskurzu jako o uspořádání vědění klasické epistémy, to znamená, že výpovědi nejsou pouhou syntézou slov a věcí, ale předchází jim. Diskurz je zde „skupina výpovědí, které definují vědění o nějakém námětu, tj. způsob jeho reprezentace“ (Vávra, 2005: 10).

V *Archeologii vědění* již mluví o diskurzu jako o „základní archeologické jednotce vědění“. Diskurzem Foucault rozumí množství výpovědí, které náleží k určité diskurzivní formaci. Diskurzivní formace určuje výskyt výpovědí v určitém diskurzu a může být sdílěna několika odlišnými diskurzy najednou. Výpověď jako taková „není jednotka, nýbrž funkce, která křížuje oblast struktur a možných jednotek a která je odkrývá s jejich konkrétními obsahy v čase a prostoru“ (Foucault, 2002: 133). Diskurz je tímto definovatelný „jako skupina výpovědí, které patří k jednomu systému formace“. V pozdějších Foucaultových dílech je „diskurz součástí složitých vztahů s nediskurzivními formacemi a mocí“ (Vávra, 2005: 29). Vědění i v těchto pracích může být do jisté míry autonomní formací.

Foucault studuje nejen vnitřní uspořádání diskurzů, ale hledá i jejich vnější danost, čímž se dostává do určování podoby diskurzů prostorem moci. Diskurz jako celek všech výpovědí dané diskurzivní formace je podle Foucaulta výsledek působení mocenských procedur a systémů, které vylučují nevhodné a naopak podporují žádané – tj. podporované mocenskými strukturami a jako takový stojí za utvářením pravdy ve smyslu pravidel i podmínek. Ve společnosti existuje vždy nějaký dominantní diskurz, který je v souladu s mocenskými vztahy dané společnosti, tvoří normu. Nicméně přesně ve smyslu jeho výpovědí, že ve společnosti existuje řada diskurzů, můžeme se kromě dominantního diskurzu setkat i se subverzními, alternativními diskurzy, které usilují o změnu pravidel, narušení normy a potažmo režimů pravdy a tím ve svém důsledku i o narušení mocenských vztahů.

2.5.2 Proudý a přístupy k analýze diskurzu

Podle Dudové existuje následujících nejdůležitějších šest proudů nebo přístupů k analýze diskurzu - konverzační analýza, diskurzivní psychologie, narativní analýza, interakční sociolingvistika, kritická analýza diskurzu a analýza rámců (Dudová, 2013: nestr.). Vávra vidí „tři hlavní proudy a přístupy k analýze diskurzu – diskurzivní

psychologii, kritickou analýzu diskurzu a analýzu diskurzu podle Foucaulta“ (Vávra, 2008: 206).

Duchovním otcem **konverzační analýzy** je Harvey Sacks, který vycházel z díla Erwina Goffmana a od autora entometodologie, Harolda Garfinkela. Od Garfinkela Sacks převzal představu, že při všech aktivitách a také při přiřkládání významu těmto činnostem používají členové společnosti jakési sdílené metody vycházející ze sdílených znalostí dané společnosti. Sacks na základě rozboru hovorů z centra prevence sebevražd dospěl k názoru, že mluvčí používají řeč k dosahování stanovených cílů v jednání s druhými lidmi. Konverzační analýza analyzuje přirozeně probíhající komunikaci, řeč v interakci. Analýzou takové konverzace můžeme pochopit vztahy mezi účastníky, interakci mezi nimi a pozice aktérů, dešifrovat vědomé či nevědomé nerovnosti mezi nimi.

Rozvinutím konverzační analýzy je přístup **diskurzivní psychologie**, která se zaměřuje se na jazyk a řeč užívanou v analyzované interakci. Metoda, která v sobě zahrnuje mnoho přístupů, se zaměřuje na každodenní diskurz. Primárním cílem diskurzivní psychologie je zjistit, jak se lidé v běžných situacích vyjadřují a proč volí v běžné komunikaci dané větné spojení. „Efektivními aktéry jsou v sociálním světě lidé. Oni dávají svému světu tvar. Vytvářejí přitom ony sociální struktury, o nichž se pak nesprávně domnívají, že jsou v nich lapeni“ (Harré citován in Vávra 2008: 213).

Narativní analýza bývá nejčastěji využívána jako metoda analýzy (biografických) rozhovorů. I tak ji lze označit za přístup analýzy diskurzu, neboť „vyprávěný příběh je součástí diskurzu. Život poskytuje určité implicitní významy, které se ve verbalizovaném rozhovoru, stávají explicitními“ (Čermák, 2002 citován in Jurníček, 2005: 17). Cílem narativní analýzy je zaměřit se na konkrétní způsoby narativní strukturace, které jedinec skrze vyprávění konstruuje, tj. postřehnout ono „dávání významů“. Cílem narativní analýzy je rekódování struktur vyprávění, které jsou rozvrhovány v určitém čase, prostoru a konkrétních vztazích.

Interakční sociolingvistika se zabývá interpretací toho, co je řečeno. Zaměřuje se na faktory řeči, které jsou dány vzájemnou interakcí účastníků. Jejím základem je koncept interpretačního rámce Erwina Goffmana jako prostředku interpretace, díky kterému aktéři rozumí okolnímu světu a dávají význam komunikaci a jednání. K tomu, abychom dokázali pochopit a správně vyložit situaci, potřebujeme interpretační rámec (více viz analýza rámců).

Kritická analýza diskurzu (CDA) – kritická analýza diskurzu se zaměřuje přímo na říkání věcí s cílem upevnění mocenské pozice. Analyzuje mocenské vztahy,

diskriminaci nebo naopak znevýhodnění určitých skupin. CDA zkoumá dle Vávry oba významy pojmu diskurz – proces i fixaci významu jako součást jednoho neoddělitelného celku. Pro CDA „neexistuje diskurz jako autonomní fakt. Je vždy součástí širšího sociálního světa, který zahrnuje i nediskurzivní realitu. Diskurz je vždy diskurzem nějaké instituce a instituce má svůj diskurzivní doprovod. V sociální realitě existují mocenské vztahy, které jsou diskurzem reprodukovány, posilovány a měněny. S tím souvisí i rozlišování ideologických a neideologických diskurzů, které je samozřejmě značně problematickou záležitostí — kdy lze říci, že je nějaký diskurz prost mocenského ovlivňování? Umožňuje ale zaujetí jasného stanoviska ke stavu společnosti z pozic (alespoň domněle) neideologického diskurzu.“ (Vávra, 2008: 212). Moc a nerovné možnosti disponování jsou podle Vávry ale spíše „předpokládány, než nějak detailně popsány“ (Vávra, 2008: 212).

Analýza diskurzu podle Michela Foucaulta – diskurz podle Foucaulta představuje systém pravidel, jež umožňuje výpovědi v určitých hranicích a to jak dovnitř prostřednictvím pravidel strukturace výpovědí, tak i vně určováním vztahu k jiným diskurzům. „Centrem jeho zájmu je 'prediskurzivní realita' - ne nějaká realita mimo diskurz, ale právě ona realita pravidel, onen řád diskurzu, který dává konkrétním výpovědím vzniknout“ (Vávra, 2008: 208). Foucault ani nijak zevrubně netematizuje „tok vědění společností, jeho šíření jakožto funkci společenských procesů. I subjekt je redukován na pozici subjektu a vypovídací modalitu dané diskurzem – není v žádném případě rozumějícím aktérem“ (Vávra, 2008: 209).

Analýza rámců je typem kritické analýzy diskurzu, ale neanalyzuje prostřednictvím průzkumu sdělení a posunutím významů jednotlivých slov a vazeb a ani nesdílí pojetí ideologie. Vychází z toho, že v diskurzu jsou data a informace sdružovány do jedné zaštiťující kategorie, do jednoho „rámce“, který jim dává strukturu a význam. Pojem „rámec“ (*frame*) pro sociologii znovu objevil Erving Goffman a to v roce 1974 uveřejněním knihy *Frame Analysis: An Essay on the Organization of Experience*. Rámec je podle Goffmana „definice určité situace, která je uspořádána na základě (sociálních) událostí a naší účasti v ní“ (Goffman, 1997: 155). Hledisek, ze kterých hodnotíme svět, je však nepřeborné množství, neboť každý si de facto utváří svůj individuální výklad a přisuzuje věcem svůj vlastní význam. Rámce v Goffmanově pojetí tedy nejsou produkovány vědomě, ale jsou nevědomě přijímány v průběhu komunikačního procesu.

Klíčovým pojmem Goffmanovy koncepce jsou „základní rámce“, kterými autor rozumí „způsob pohledu na určitou událost a její výklad, který není ovlivněn předem

danými výklady“ (Šilhanová, 2008: 80). Základní rámce tedy nejsou předem dány. Díky základním rámcům můžeme interpretovat skutečnosti, kterým nepřisuzujeme důležitost. Aktivita je účastníky vnímána z hlediska premis základního rámce a takto vnímaná aktivita slouží jako model pro transformaci. „Každý základní rámec umožňuje uživateli umístit, vnímat, identifikovat a označit viditelně nekonečné množství konkrétních událostí definovaných svými pojmy“ (Goffman, 1986: 21). Transformace znamená převedení činnosti, interpretované pomocí souboru pravidel základního rámce do něčeho, co je vytvořené podle této činnosti, ale co její účastníci vidí jako něco úplně jiného. Goffmanovou optikou to znamená, že „činnost se díky transformaci změní jen mírně, ale značně se změní pohled účastníků na danou činnost, a proto hraje rozhodující roli v tom, jak určujeme, co se ve skutečnosti kolem nás děje“ (Šilhanová, 2008: 81).

Analýza dostupné literatury však ukazuje na rozpory nad některými základními otázkami, včetně toho, co pojem rámců znamená, nebo jak jednotlivci a jednotlivé kultury rámce využívají. Tento nedostatek konsensu z velké části vychází z velmi odlišných metodických cílů různých autorů. Rámcová analýza představuje „značně heterogenní přístup, kde jednotliví autoři vytvářejí svá vlastní pojetí rámců a aplikují je na různé oblasti a v různých disciplínách“ (Dudová, 2012: 29).

Mnoho autorů se však na rámování dívá na **rámování** jako proces, nikoliv stav, který má určitý obsah i podobu a je relativně stabilní. Goffman explicitně nehovořil o rámování ale o rámcích, nicméně rámce považoval za dynamické v tom smyslu, že se mohou „rozpouštět“ jeden v druhém. Kupříkladu pojetí Benforda a Snowa je v tomto ohledu částečně jiné, neboť spatřuje dynamiku pojmu rámování v aktivním přisuzování významu, či interpretaci různých událostí. Snow a Benford vyzdvihují obecnou podstatu rámců, které „odpovídají interpretativnímu schématu, který zjednodušuje a zestručňuje vnější svět prostřednictvím selektivního přerušování a zašifrování různých subjektů, situací, událostí, zkušeností a sekvencí různých akcí na základě aktuálních nebo předchozích okolností (Snow, Benford, 1992: 137). Pro „potřeby“ kolektivního jednání pak definují podstatu rámců kolektivního jednání (collective action frames). Ty „jsou do jisté míry konstruovány na základě vyjednávání sdíleného porozumění některé problematické okolnosti nebo situace, kterou aktéři definují jako potřebnou. Poté následuje označení odpovědného objektu, artikulace alternativní sady opatření a urgency ostatních, aby jednali ve prospěch změny“ (Snow, Benford 2000: 615). Při zkoumání rámců sociálních hnutí je podle nich „vždy třeba analyzovat nejen hlavní argumenty, které rámec tvoří, ale i kým je rámec používán, jaké jsou prostředky prezentace a komunikace daného

rámce, nakolik je v souladu s dalšími rámci a diskurzy jiných aktérů, jak rámec rezonuje s širším systémem víry či ideologie, a jak rámec koresponduje se skutečným žitým světem potenciálních účastníků“ (Snow, Benford 1988 citováni in Dudová 2012: 30). Předpokládají tedy záměrné vytváření a prezentování rámců, proces rámování v jejich podání je kontrolován a řízen jednotlivci.

Specifickou metodou analýzy rámců je **analýza politického diskurzu** používaná Paolem Donatim. Předměty nebo události nejsou nikdy vnímány tak, že se racionálně a vědomě konstruují jeden po druhém, jsou vnímány spíše jako skupinová data, společně pod jednou všeobjímající hlavičkou kategorie, většího "rámce". Rámec jim poskytuje rozeznatelnou strukturu a význam. Tyto rámce, jejichž prostřednictvím lidé vnímají okolní svět, jsou kategoriemi, které jsou přítomny v kultuře nebo paměti daného člověka. Kultura pak může být chápána jako zásobárna těchto rámců.

Pokud se lidé setkají s novou informací případně novou zkušeností, zasadí tuto informaci nebo zkušenosti do již existujícího rámce. Každá jednotlivě vnímaná informace (či soubor informací) „může ve skutečnosti zapadat či pasovat do celé řady různých rámců“ (Donati, 1992: 141). Ve shodě s vybraným rámcem se stávají viditelnými a relevantními různé vlastnosti dané informace. Současně mají lidé tendenci vnímat informace selektivně, se zaměřením na detaily, které nejsnadněji zapadají do rámců, které znají. To znamená, že je-li určitý rámec vyvolán, informace, které do něj nezapadají, jsou myslí příjemce přizpůsobeny nebo dokonce ignorovány.

Důležitá je souvztažnost kategorií nebo rámců, jejichž prostřednictvím lidé vnímají svět. Souvztažnost znamená, že jakmile bude rámec vyvolán a definován, budou data nebo prvky, které vyvolanému rámci neodpovídají, buď přizpůsobeny, nebo vytěšněny a takto vzniklé mezery budou následně doplněny chybějícími prvky, které předdefinovanému rámci odpovídají, aby rámec mohl být rozpoznán. Důsledkem toho je, že uvedení jednotlivých prvků - někdy dokonce pouze jednoho - obvykle stačí vyvolat" celý rámec. Rámec tedy vůbec v textu nemusí být doslova popsán (Donati, 1992: 141).

Donati identifikuje kulturní rámce prostřednictvím dvou pravidel – za prvé rámec představuje široce chápanou kategorii, která zahrnuje širší škálu významů než objekt, který je rámován a za druhé změní-li se kulturní rámec pro téma analyzovaného textu, změní se tím i význam textu (Donati, 1992: 146-147). "Pojem diskurzu" je nejen Donatim používán jako metafora pro označení sociálního dialogu, který probíhá mezi politickými a sociálními aktéry, skupinami a institucemi "(Fischer, 1997: nestr.). Ovšem pouze v Donatiho pojetí funguje diskurz jako vzor, případně schéma pro organizování přijatých informací, které

dávají smysl vnímaným skutečnostem. Pojem diskurzu tedy v jeho pojetí odkazuje k „vytváření reality prostřednictvím myšlenkových a názorových (diskurzivních) nástrojů, které lidé používají v souladu se svými potřebami, tj. jedná se o nikdy neukončený proces“ (Dudová, 2012: 31).

Rámování probíhá prostřednictvím jazyka a diskurzu. Praktickým důsledkem rámování je chování a jednání lidí. Rozhodování a následně jednání nebo chování probíhá ve shodě s tím, jak kategorizují a rámuji vnímané informace. Diskurz je místo, kde jsou snahy o definování veřejné reality stanoveny tak, aby mohly být všeobecně přijatelné. Rámce jsou základní nástroje - nebo zbraně - používané v tomto úsilí. Analýza diskurzu pak je nástrojem studia způsobů, jimiž je realita „rámována“ v diskurzu a tudíž způsobů, jakými jí lidé rozumějí.

Analýza politického diskurzu je „studium procesu, který lidem pomáhá pochopit jejich svět zkušeností a organizaci informací z hlediska známých vzorů, nebo rámců“ (Donati, 1992: 140). Analýza utváření diskurzivních rámců jednotlivých aktérů, způsob změny a jejich vzájemné propojení, tak podle Donatiho znamená analýzu toho, „jak aktéři definují realitu a jak a proč jsou, případně nejsou úspěšní v mobilizaci lidí a veřejného mínění“ (Donati, 1992: 159). Pro Donatiho tudíž analýza politického diskurzu odhaluje „důvod, proč lidé některé argumenty upřednostňují a jiné odmítají“ (Donati, 1992: 153).

3 Empirická část

3.1 Normalita mateřství a prekarizace neplodnosti v České republice

Změna rolí pohlaví a stále se zvyšující sexuální a ekonomická svoboda vytvořily nové příležitosti pro uplatnění žen a pro jejich svobodnou volbu ohledně realizace, respektive ne-realizace mateřské role. Nicméně obavy ze sociální exkluze, společenské ostrakizace, opovržení, stigmatizace nebo-li prekarizace neplodnosti a naopak normalita mateřství jako podmínky femininity, přetrvává.

3.1.1 Normalita mateřství

3.1.1.1 *Femininita*

V běžném životě je ženství vnímáno jako kvalita, kterou žena disponuje, či nikoli. Je to vrozený soubor vlastností, který by měl být pro okolí na první pohled rozpoznatelný. Sociologie se od tohoto obecného pojetí distancuje a zdůrazňuje sociálně konstruovanou povahu feminity tedy toho, co považujeme za „ženské“. Sociologie pro toto označení disponuje termínem genderová identita. Termín gender se překládá nejpřesněji jako sociální pohlaví, přičemž český ekvivalent zdůrazňuje fakt, že pohlaví má kromě biologických daností i svou sociální složku. Teorie genderu, „jehož východiskem je sociální konstruktivismus, vychází z předpokladu, že muži a ženami se nerodíme, ale stáváme se jimi v důsledku socializace a života v konkrétní společnosti“ (Pavlík, 2006: 9). West a Zimmerman vnímají gender jako „zvládání situačního jednání ve světle normativního souboru postojů a odpovídajících jednotlivým pohlavním kategoriím“ (West, Zimmerman, 1987: 127). Fungování genderového principu, který je strukturován společností, vystihuje Kimmelův koncept tří I: identita, interakce a instituce. „Identita je vždy vevázána do konkrétního kulturního a jazykového kontextu, který spoluutváří ženství či mužství, pozici jedince ve společnosti. Pojem interakce naznačuje, že gender je vztahový koncept – gender vzniká v interakci. Instituce (rodina, škola, pracovní trh atd.) odrážejí, produkují a posilují genderové vzorce dané společností“ (Valdrová, 2010: nestr.). To koresponduje s tvrzením Westa a Zimmermana, že „gender není souborem vlastností,

proměnnou či rolí, ale výsledkem svého druhu sociálního konání.“ (West, Zimmerman, 1987: 128).

Jako všechny sociální konstrukty je i femininita kulturně a historicky specifická, to znamená, že v různých historických obdobích a v různých kulturách je odkazováno na různé charakteristiky, soubory vlastností atd. Genderová konstrukce jako každá sociální konstrukce se vyznačuje pluralitou – v každé kultuře vedle sebe existuje více definic femininity, které si však nejsou rovnocenné. Tak zvaná preferovaná femininita (Kimmel, 2000 citován in Pavlík 2006: 11), je „konstrukcí ideálně-typickou, vůči ostatním je nadřazená“. Vůči preferované femininitě se musí všichni jedinci dané skupiny, tj. ženy vymezovat a podle nich jsou i ostatními posuzovány. To vše se děje na základě představ o tom, jaké jsou „přirozené“ ženské vlastnosti, chování, jednání atd: „gender je mocným ideologickým nástrojem, který produkuje, reprodukuje a legitimizuje volby a omezení připisované pohlavní kategorii“ (West, Zimmerman, 1987: 147). V naší kultuře kupříkladu preferovaná femininita evokuje orientaci na uspokojování zájmů a tužeb ostatních (především mužů), zdůrazňování společenskosti a péče v kontrastu s technickou zručností, přijímání manželství a péče o děti jako životní poslání atd. Další atributy spojované s feminnitou jsou „zranitelnost, pasivita či emocionalita“ (Pavlík, 2006 : 11).

3.1.1.2 Normy

Každé pohlaví ví, co se od něj „tradičně“ očekává. Předsudečné představy o tom, jací mají být muži a jaké ženy jsou genderové stereotypy. Tyto představy diktují například i představu o ideálních partnerských vztazích, o způsobech chování, mluvy, společenském a pracovním uplatnění. Tyto „stereotypy jsou všem notoricky známé, protože jsou jakýmsi světonázorem, se kterým se setkáváme na každém kroku – v reklamách, v pohádkách, ve škole, v názorech ostatních lidí, v našem jazyce i v zákonech...“ (Jarkovská, 2004: 20). Pokud něco do těchto stereotypů nezapadá, je to podezřelé. Je to ukázka genderově stereotypního uvažování. Typickým příkladem genderově stereotypního uvažování je, že žena se musí stát matkou.

V naší kultuře 21. století převažuje tradiční pojetí ženské a mužské role ve společnosti. V tomto „tradičním“ pojetí jsou obsahy rodičovských rolí chápány jako přirozené a na muže a ženy vyvíjen silný nátlak a „rodičovství se v konečném důsledku stává vysoce závaznou sociální normou“ (Maříková, 2004: 45). V této situaci není takřka vůbec možná volba, zda dítě mít či nemít. Je totiž „nepochopitelné a nepřípustné“ dítě nemít. A tak jsou nuceni mít děti všichni, kdo je biologicky mít mohou. Proti argumentu,

že mateřství je ryze biologickou záležitostí a je zdrojem štěstí pro ženy, je vznášena námitka, že „pojetí mateřství je sociálním konstruktem a zdrojem štěstí být sice může, ale nemusí“. (Maříková, 2004: 46).

V každém případě důsledkem normativnosti mateřství je skutečnost, že se žena ocitá v dvojitém kleštích. Na jedné straně je to tlak ze strany společnosti, neboť bezdětná žena není „normální“, tudíž je stigmatizována a společností ostrakizována (Gofmann, 2003; Hašková, 2009; Kostecká, 2012; aj.) a na straně druhé je to tlak ze strany mužů, partnerů a manželů. Muži se totiž bez žen stát rodiči nemohou. Prakticky ve všech známých společnostech gender vyjadřuje asymetrii, kdy maskulinita je chápána jako dominantní, nadřazená femininitě a jako norma, od které je femininita odvozena.

Gender je „mocenský vztah“ (Kimmel, 2000 citován in Pavlík, 2006: 9). Je třeba zdůraznit, že moc není v rukou jednotlivců, ale jde o nedílnou součást všech sociálních vztahů. Ve vztahu k genderu obecně platí, že muži jako skupina disponují větší moci než ženy jako skupina (Bourdieu, 2000; Pavlík, 2006; aj.). V rovině sociálních vztahů se symbolická nadřazenost maskulinity projevuje mužskou dominancí ve většině společenských hierarchií a kontrolou převážné většiny společenských zdrojů (ekonomických, symbolických, sociálních, politických), (Renzetti, Curran, 2003; Pavlík, 2006; aj.). A vzhledem k faktu, že v naší kultuře mají moc v rukou muži (Bourdieu, 2000; Renzetti, Curran 2003; Pavlík, 2006; aj.) a žena je nezbytným spojovacím článkem k mužově otcovství, neboť muž se stává otcem prostřednictvím ženy a jejího mateřství, ocitají se ženy pod dalším tlakem, aby se staly matkou.

3.1.1.3 Mateřství

Definice mateřství není tak jednoznačná, jak by se na první pohled mohlo zdát. Sociobiologické pojetí považuje za „primární zájem obou pohlaví zachování rodu, k čemuž ovšem muži a ženy využívají odlišné strategie“ (Ridley, 1999). Reprodukční chování chápe sociobiologický přístup jako vrozené a není v moci ani společnosti, kultury ani výchovy toto jednání nějakým způsobem změnit. Sociobiologická teorie je úzce propojena s tradičním rozdělením mužských a ženských rolí. „Role ženy je naplněna prostřednictvím péči o domácnost a o děti, neboť to má v sobě geneticky zakódováno“ (Hrnčířiková, 2011: 14). Je nezbytné rozlišovat mezi „mateřským pudem“ a „mateřskou láskou“. Mateřský pud, který zajišťuje přežití rodu, je vrozený. Sociobiologická teorie je základem mýtu o mateřském pudu, neboť ten by měl být vlastní každé ženě a každá žena by měla mít touhu, stát se matkou. Z mateřského pudu se časem vyvíjí mateřská láska. Se znaky

sociobiologické determinace se můžeme setkat také v teoriích Freuda, Junga či Parsonse. (Renzetti, Curran, 2003). Všechny tyto teorie chápou „muže“ a „ženu“ jako normativní pojmy a tradiční představa rodiny je přijímána jako norma. Zastánci sociobiologického přístupu tedy hovoří o „biologické determinaci, podle nich nejenže jsou ženy předurčeny k rození dětí, péči o ně, ale mateřství je má automaticky naplňovat štěstím“. (Hrnčířiková, 2011: 14).

Sociokulturní pojetí pracuje s pojmem „gender“. Gender jako sociální konstrukt definuje určité vlastnosti, které jsou charakteristické výhradně pro jedno pohlaví. Gender tedy vytváří sociální role, které pomáhají jedincům orientovat se v dané společnosti a umožňuje tak sociální kontrolu. Na rozdíl od sociobiologického přístupu nevidí sociokulturní pohled problém v bezdětnosti. Respektive nechápe bezdětnost jako něco nepřirozeného ani něco, co by mělo být ze strany společnosti kritizováno. Mateřství je v jejich pojetí poselstvím, kterému by se měla žena věnovat.

Hlavní rozdíl v biologickém a sociokulturním přístupu tedy tkví v otázce vrozených předpokladů – „zatímco biologický pohled jim připisuje absolutní důležitost, sociokulturní pohled odmítá podmíněnost genetických předpokladů pro určitý druh chování - společenské rozdělení ženských a mužských rolí je pouze výsledkem vlivu kultury a výchovy“ (Hrnčířiková, 2011: 16).

3.1.1.4 Konstrukce mateřství jako podmínky femininity

Děti ovlivňují životy žen, ať již jsou, anebo nejsou. Rozhodování, tedy motivace k realizaci nebo ne-realizaci mateřské role se vztahují k životnímu stylu, k partnerskému životu, pracovním aspiracím a představám o budoucnosti. Podle Bartošové (Bartošová, 2009: 154 - 155) můžeme rozlišit dva odlišné typy podmínek mateřství. Na jedné straně jsou podmínky, které jsou zvažovány racionálně a podléhají přípravě a plánům a jako takové jsou ovlivnitelné jednáním. Mezi tento typ podmínek patří materiální a finanční zabezpečení, bydlení, ale také správný věk a vhodný partner. Druhý typ podmínek spadá do emocionální roviny a je na plánech a představách jednotlivých žen nezávislý. Jedná se o mateřský pud, který se může objevit i přestože předchozí typ podmínek není naplněn, ale nemusí se objevit také nikdy a to i v případě, že se žena chce stát matkou a na realizaci mateřské role se cílevědomě připravuje. Do druhého typu podmínek patří i pocit připravenosti a touhy po dítěti, který na rozdíl od mateřského pudu není podmiňován biologickou touhou.

Mateřství je stále pokládáno za neodmyslitelnou součást normální životní dráhy a ženské identity. Je s ním spojena „řada sociálních, kulturních a ideologických obrazů, modelů a teorií nebo obecněji narativů, jež ovlivňují nejen zkušenosti matek, ale i bezdětných“ (Hašková, Zamykalová, 2006: nestr.). Všechny podoby diskurzu normy a normality podle Haškové a Zamykalové – „norma mít děti jako konkretizace hodnoty rodiny, norma jako žádoucí stav, jehož nedodržování je společensky sankcionováno a o který je nutno aktivně usilovat, norma jako statické rozložení plodnosti žen a norma jako přirozenost rozmnožování spolu vzájemně souvisejí“ (Hašková, Zamykalová, 2006: nestr.). Norma dětnosti je jedna z nejsilnějších norem vůbec a bezdětní, především pak ti dobrovolně bezdětní, tak zůstávají těmi ne-normálními, kteří jsou vystaveni velkému tlaku okolí a vlastním nepříjemným pocitům.

Dle Haškové a Zamykalové se k normám rodičovství „nejlépe vychováváme sami – pozorujeme, co a jak dělají ostatní“ (Hašková, Zamykalová, 2006: nestr.). Na základě předchozích zkušeností předjímáme jejich reakce na naše budoucí chování. Porovnáváme a hodnotíme ostatní i sami sebe normalizujícím pohledem, který je všudypřítomný. Ve společnosti, kde je většina žen matkami, je normální usilovat o mateřství. Žena, která o mateřství neusiluje, je tak nejen v očích společnosti, ale při upřímné sebereflexi i v očích sebe sama, nenormální.

„Schopnost ženského těla plodit a rodit děti je společností vnímána jako předurčení k těmto činnostem, čímž deskripce přechází v preskripci a ze schopnosti je odvozena nutnost“ (Fafejta, 2002: 601). Potenciál na sebe bere podobu povinnosti, případně údělu. Dominantní diskurz spojuje ženu automaticky s matkou. Prostřednictvím medicínského diskurzu je ženské tělo mnohem více kontrolováno než mužské, což je s odvoláním se na Foucaulta typický příklad moci, která produkuje určitý typ těl, v tomto případě těl mateřských. S ohledem na skutečnost, že „být matkou se považuje za přirozené, ani diskurzy spojené s mateřstvím nejsou primárně charakterizované jako diskurzy mocenské nebo patriarchální“ (Butler, 1990: 92). Výsledkem tohoto složitého procesu je, že právě prostřednictvím této tzv. přirozenosti je na ženy vyvíjen tlak.

Aby dostály „přirozenosti, nesmí se chovat nepřirozeně, přičemž nepřirozené a přirozené je konstruováno medicínsko-biologickými a sociálně-psychologickými vědami“ (Nicholson, 1993: 204 citován in Fafejta, 2002: 602). Všechny diskurzy o přirozeném mateřství, o přirozeném porodu, o nenahraditelném kojení o správné výchově dostávají ženy do kleští. Nejde zde již o to, doporučují-li tyto diskurzy ženám špatně nebo dobře, ale o to, že žena je pod neustálým dohledem. Ve svém důsledku je tak omezena její možnost

volit na minimum, neboť nemá jít o volbu morální, ale o volbu na základě vědy a přirozenosti. Pokud žena zvolí jinak, než ji říká věda a přirozenost, bývá její chování posuzováno i z hlediska morálky – jako nemorální. Věda tu příkazuje morální jednání a tím je „účinnost dohledu dovedena téměř do dokonalosti – i v tom, že roli dozoru plní i ženy“ (Fafejta, 2002: 602). Slovy Foucaulta dochází k totální kontrole, kdy se jedinec ocitá v režimu biopolitiky a sám na sebe aplikuje disciplinární mechanismy skrze určitou formu sebezpytování – zkoumá, porovnává a vyhodnocuje svůj stav a snaží se aplikovat postupy, aby přežil a byl úspěšným. Zodpovědnost za život ve společnosti a za sociální rizika z ní plynoucí byla přenesena na jedince a transformovala se do problému „péče o sebe“ (Lemke, 2000: 12).

S diskursem mateřství jsou spojeny také nové metody reprodukční technologie, které je možné vnímat jako „foucaultovské disciplinační technologie“ (Sawicki, 1993: 394–396 citována in Fafejta, 2002: 602), neboť jejich prostřednictvím mohou být vytvářeny „nové normy zdravého a zodpovědného mateřství“ (Sawicki, 1993: 394–396 citována in Fafejta, 2002: 602). Z toho vyplývá, že i po „neplodné ženě může její okolí požadovat, aby se stala matkou, a pokud to odmítá, může být prohlášena za nenormální, protože nechce naplnit své přirozené poslání. Tvoří se tak nové ženské subjekty, ale i nová místa odporu a boje o moc“ (Fafejta, 2002: 602).

3.1.1.5 Hodnota mateřství v České republice

Před rokem 1989 byla Česká republika socialistickou zemí s totalitní ideologií, kde díky „omezené možnosti cestování, nedostupnosti vyššího vzdělání z politických důvodů a omezených volnočasových aktivit byl vstup do manželství a následné založení rodiny prakticky jedinou životní náplní“ (Kostelecká, 2012: 20). Pro občany v tomto režimu představovala sféra soukromí jejich rodin „poslední autenticitu žitého světa“ (Sirovátka, 2003: 42), „místo plné seberealizace a prostor pro rozhodování o životních strategiích, když ve veřejné sféře nebylo něco takového téměř možné“ (Chmelařová, 2010: 20). V každodenním životě bylo běžné tradiční rozdělení ženských a mužských rolí, v zaměstnání byla žena svazována nezbytností zvládnout vedle pracovních povinností i péči o rodinu a domácnost. Drtivá většina žen a mužů v mladém věku vstoupila do manželství a bezprostředně poté založila vlastní rodinu. Po politickém převratu v roce 1989 prošla Česká republika tzv. druhým demografickým přechodem, který byl spojen se čtyřmi hlavními sociodemografickými trendy – „odklonem od manželství k éře nesezdaného soužití, posunem od éry modernity, kdy králem rodiny bylo dítě k rodinám a

partnerstvím, kde králem je pár sám, přechodem k antikoncepci, která umožňuje sebenaplňující volbu, zda dítě mít a kdy ho mít a vývojem k pluralitě rodinných forem a domácností“ (Hašková, 2009: 27). Mateřství je i nadále v „českém kulturním prostředí vnímáno spíše jako imperativ“ (Hašková, Zamykalová, 2006: nestr.). Podle Haškové a Zamykalové se jedná o takový „povinně volitelný předmět – je tedy možné volit i alternativní předměty jako náročné povolání, ale ve výsledném hodnocení se až tak nevyjímají“ (Hašková, Zamykalová, 2006: nestr.).

Navzdory demografickým údajům, ve kterých se Česká republika jeví jako společnost, kde rodičovství a manželství po roce 1989 ztratilo na významu, se čeští muži a ženy ve výzkumech hodnot a pracích sociologů jeví jako zastánci tradiční rodiny. Rodičovství je vnímáno jako velmi pozitivní hodnota a převládající částí populace považováno za předpoklad šťastného a naplněného života.

Population Policy Acceptance Survey z roku 2001 dospěl k názoru, že česká společnost je v postojích k rodičovství a hodnotě dítěte ve srovnání s jinými evropskými zeměmi velmi konzervativní, to znamená, že rodičovství představuje pro české muže a ženy pokud ne nejvyšší, pak jednu z nejvyšších životních hodnot. Evropský výzkum hodnot, opakovaný v letech 1991, 1999 a 2008 setrvalost vysokého hodnocení rodičovství českými muži a ženami potvrdil. Tento výzkum ukázal, že „rodičovství je pro české ženy a muže přirozenou součástí života. Je spojováno s překročením omezenosti vlastního života a považováno za účinnou zbraň proti osamělosti. Na druhou stranu není asociováno se společenskou zodpovědností a vnější společenské tlaky nejsou vnímány jako důležitý motiv pro to, stát se rodičem“ (Možný at al., 2008, citováni in Slepíčková, 2011: 45).

Sociologická studie *Souvislosti proměn pracovního trhu a soukromého, rodinného a partnerského života* od týmu autorek Radky Dudové, Šárky Hastrmannové, Hany Haškové, Hany Maříkové, Hany Víznerové a Marty Vohlídalové analyzuje problémy, které byly generovány změnami na pracovním trhu. Důsledky změn na pracovním trhu mají vliv nejen na život jednotlivce, ale i na podobu rodiny v České republice. Studie z 2005, provedená formou dotazníkového šetření v AV ČR, dospěla k závěru, že nelze říci, že by „integrace české společnosti byla vlivem transformací ohrožena a že by lidé toužili žít o samotě, bez vztahů a bez dětí“ (Dudová at al, 2007: 9). Současně však tým autorek poukazuje na to, že tyto vztahy už „pravděpodobně nikdy nebudou mít podobu tradiční rodiny, kdy se děti rodí do manželství a manželství trvá celý život“ (Dudová at al, 2007: 9).

Magdalena Myslivcová ve své diplomové práci *Česká společnost a mateřství* analyzuje výsledky vlastního kvalitativního výzkumu, provedeného metodou přímého řízeného a polořízeného rozhovoru a uskutečněného v sevřeném vzorku žen-matek, navštěvujících mateřské centrum x v jihočeském městě Písku v časovém období leden 2007 – únor 2008. Myslivcová na zkoumaném vzorku žen ukázala, že hodnoty rodinného života jsou u jí zkoumaného vzorku jednoznačně „nadřazovány všem ostatním hodnotám, pracovní a materiální nevyjímaje“ (Myslivcová, 2009: nestr.). Na druhé straně však Myslivcová poukázala na fakt, že „převažuje názor, že je stát svým občanům a rodinám odcizený, města a obce nedělají pro rodiny s dětmi dost, na trhu práce jsou ženy-matky jednoznačně silně znevýhodňované a jejich situace je velmi nejistá a společenská prestiž žen-matek není příliš vysoká“ (Myslivcová, 2009: nestr.).

Kvalitativní výzkum Hany Kostelecké *Mateřství na prahu 21. století*, uskutečněný v rámci bakalářské práce formou polostrukturovaných rozhovorů, potvrdil „přetrvávající prorodinné orientace u párů podstupujících umělé oplodnění a to ve formě nadřazování hodnot rodinného života všem ostatním hodnotám, například pracovním či materiálním, ale i ve volbě strategií na cestě k realizaci mateřské role“ (Kostelecká, 2012: 72-73). Vysoké postavení hodnoty mateřství na žebříčku není důsledkem úrovně dosaženého vzdělání, sociálním původem ani počtem již absolvovaných pokusů o umělé oplodnění. „Mateřství je i v případě vysokoškolsky vzdělaných žen se slibnou kariérou upřednostňováno“ (Kostelecká, 2012: 72). Tento fakt má pak vliv i na volbu strategií ve vyrovnávání se s neplodností – buď se jedná o tzv. „záměrný odklon od hodnoty mateřství a soustředění se na jiné činnosti, které s mateřstvím příliš nesouvisí – práce a kariéra, koníčky, cestování nebo třeba přátelé“ nebo naopak „intenzivnější vnímání mateřské role a v této souvislosti přesunutí mateřství na čelní pozici v hierarchii životních hodnot a záměrné odsouvání ostatních hodnot na další, nevýznamná místa“ (Kostelecká, 2012: 73). Na příklon k jedné nebo druhé strategii nemá vliv ani úroveň dosaženého vzdělání, ani počet absolvovaných pokusů o IVF, ani charakteristika výchozí rodiny.

3.1.2 Prekarizace neplodnosti

3.1.2.1 Neplodnost a identita

Jedinci, kterým je definována neplodnost, musí „podstoupit proces přijímání nové identity – identity neplodných“ (Dunnington, Glazer, 1991: 309). Vývoj identity neplodné, případně neplodného je proces, který je u každého jednotlivce jiný. Podobným způsobem se v průběhu času vyvíjí i mateřská identita, která je definována jako „poznávání mateřství

a je tak ovlivněna vzájemným vztahem mezi matkou a dítětem“ (Walker, Montgomery, 1994 citováni in Saffee 1999: 6). Není možné tedy předpokládat, že mateřská identita je ze dne na den nahrazena automaticky identitou neplodné. Je možné a vysoce pravděpodobné, že „některé chování obou identit – mateřské identity a identity neplodné koexistuje současně“ (Saffee, 1999: 6). Saffee ve svém výzkumu dokonce popsala, že identita neplodné ženy je tak silná, že neplodné ženy nemusí vzdát své neplodné identity ani poté, co se stanou matkami. „Tato skutečnost potenciálně snižuje sílu jejich mateřské identity“ (Saffee, 1999: 26).

Zásah neplodnosti do identity jedince je o to větší, že se obvykle odehrává až po té, co se ztotožnil s rodičovskou rolí, neboť jen málokdo si ještě před počátkem snah o početí připouští, že by problém neplodnosti mohl být i jeho problémem. „Zpochybnění samozřejmého předpokladu vlastní plodnosti znamená zpochybnění vlastní identity a kontroly nad svým tělem a svým životem“ (Abbey at al, 1991 citováni in Slepíčková, 2006a: 940).

Definicí každé identity je sociální status, který je charakterizován pozicí v sociální síti vzájemně propojených pozic, přičemž každá pozice s sebou nese určité společenské normy nebo očekávání. V procesu „přijímání identity neplodného objevují mnozí autoři významné genderové rozdíly.“ (např. Sandelowski at al, 1990 citováni in Slepíčková 2006a: 941). Ženy mají větší tendenci učinit z neplodnosti integrální součást svého já a to v důsledku vnímání žen, kdy pouze žena – matka splňuje společenskou normu a je tak naší společností vnímána jako plnohodnotná. Ženy častěji než muži přijímají představu sebe samotných jako neschopných, nenormálních, neúplných, nezdravých a nedostatečných.

Dopad neplodnosti na identitu jedince tedy souvisí „více se společenským a kulturním kontextem, v němž se tato zkušenosti odehrává, a méně už s objektivní lékařskou diagnózou. Míra ztotožnění ženské role s rolí matky a mužnosti s plodností, tak může být významným faktorem v procesu přijetí identity neplodného nebo bezdětného, stejně jako prevalence pronatalistických postojů ve společnosti nebo vliv bezprostředního okolí“ (Slepíčková, 2006a: 941).

3.1.2.2 Sociální exkluze

Sociální exkluze, jeden z nejčastějších důsledků neplodnosti, má spíše symbolickou podobu ve smyslu „vyloučení ze sdílení určitých sociálních statusů a institucí (Mareš, 2000: 287). Podle některých autorů (Greil, 1991; Konečná, 2003; Slepíčková, 2006a) se neplodní ocitají na „sociálním okraji plodného světa, kde i běžná konverzace je obtížnou,

neboť její součástí jsou hovory o dětech“ (Slepičková, 2006a: 942). Neplodnost může mít a většinou i má všudypřítomné osobní a sociální důsledky, neboť žijeme v zemi, kde lidé plánují mít biologické děti a kde jsou bezdětní často vnímáni jako nenormální, případně „deviantní“ a vnímají sami sebe jako nositele určitého sociálního handicapu. Je pro ně nepříjemné ocitát se ve společnosti s těhotnými nebo rodinami s dětmi a s cílem vyhnout se takovým situacím, mají tendenci se izolovat. Izolace neplodných se neprojevuje jen v rozhovorech, ale i ve ztrátě přátel, kteří upřednostňují přátele s rodinami. Tyto osobní a sociální důsledky neplodnosti mají dopad na sebevědomí. Jejich sebevědomí utrpí hned dvakrát – za prvé neplodní vnímají sami sebe jako neplnohodnotné, méněcenné a sociální kontakt jim připomíná jejich vlastní selhání nebo bolest a za druhé jim je tato skutečnost ostatními naznačována s odkazem na chybějící znalosti, případně zkušenosti.

Neplodní velmi negativně vnímají nejen vměšování, ale i samotné náznaky vměšování ostatních do soukromého života v podobě otázek ohledně dětí. Pro lidi, kteří se nikdy nesečkali s neplodností, je totiž velmi obtížné rozlišit mezi dobrovolnou a nedobrovolnou bezdětností. „Hranice mezi dobrovolnou a nedobrovolnou bezdětností je totiž velmi tenká“ (Hašková, Zamykalová, 2006: nestr.; Kostecká, 2012: 72). Není výjimkou, že se „postupně z nedobrovolné bezdětnosti může vzhledem k voleným strategiím vyvinout bezdětnost dobrovolná“ (Kostecká, 2012: 72) a naopak. To se ve výzkumu Kostecké odrazilo především skutečností, že některé ženy nejsou ochotny v případě neúspěchu o realizaci mateřské role v biologické rovině, realizovat mateřství v rovině sociální. Důvodem k volbě případné v tomto případě již dobrovolné bezdětnosti může být pokročilý věk, psychické či fyzické vyčerpání informátorek po všech prodělaných peripetiích a procedurách v souvislosti se snahou o realizaci mateřské role v biologické rovině.

Neplodnost je „situací, v níž se naše osobní historie dostává do rozporu s obecnou kulturní historií, jejíž samozřejmou součástí je v západní společnosti rodičovství“ (Kirman, 2001 citován in Slepičková, 2006a: 943). Neplodní mají tendence chovat se podle očekávaného kulturního scénáře – v určitém věku by se měli, pokud mají fungující vztah – ať již stvrzený manželstvím či nikoli – počít dítě. Pokud dítě nepřichází, vzniká „rozpor, který mají tendenci zdůvodnit a ospravedlnit“ (Slepičková, 2006a: 943). Okolí jako by hodnotilo, zda si zaslouží být rodiči.

Bezdětné ženy se navíc setkávají se „zpochybňováním svých profesních kompetencí, pracují-li například ve školství nebo zdravotnictví“ (Konečná, 2003; Letherby, Williams, 1999 citováni in Slepičková 2006a: 944), což pravděpodobně souvisí to s mýtem

o tom, že „bezdětní lidé nemají žádné povědomí o péči o děti a o jejich výchově a nedokážou s nimi navázat vztah“ (Letherby, 2002b citován in Slepíčková, 2006a: 944).

3.1.2.3 Stigmatizace neplodnosti

Studie o stigmatizaci neplodnosti není nic nového, poprvé se zmínka o neplodnosti jako stigmatu objevila v roce 1963 v díle *Stigma* od Ervinga Goffmana. Ten použil neplodné jako příklad sociálního atributu stigmatizace: „Některá stigmata je tak snadné skrývat, že hrají zanedbatelnou roli ve vztazích, jež má jejich nositel s cizími lidmi či pouhými známými, a jejich dopad je zřejmý zejména ve styku s intimně blízkými osobami. To platí třeba o frigiditě, impotenci nebo sterilitě.“ (Goffman, 2003: 68). Do dnešního dne bylo provedeno velké množství výzkumů, které se zabývají stigmatizací neplodných. Neplodnost je popisována jako problém spojený se stigmatem, neboť narušuje normy akceptovatelného jednání, i když není na první pohled patrná²².

„V konfrontaci s okolím se bezdětnost stává statusem, který zastiňuje všechny ostatní, především u žen“ (Slepíčková, 2006a: 944). Ženy ne-matky se tak podle tohoto stávají pouze těmi, které měly mít děti a nemají, zatímco ženy-matky nejsou okolím posuzovány výhradně jako matky, ale jsou „ctěny i pro jiné aspekty své osobnosti, než je mateřství“ (Slepíčková, 2006a: 944). O bezdětných lidech se v obecné rovině předpokládá, že jsou buď „sobečtí a nezralí – v případě dobrovolně bezdětných –, nebo zoufalí, nešťastní a posedlí touhou po dítěti – v případě nedobrovolné bezdětnosti“ (Slepíčková, 2006a: 944).

Neplodní lidé volí pro konfrontaci s okolím tytéž strategie, jaké volí stigmatizovaní lidé. Ženy ve výzkumu Kostelecké mají pocit, že jsou normální, mají tedy „zjevně tytéž představy o identitě jako normální lidé bez stigmatu“ (Goffman, 2003: 15). Bohužel v sociálním kontaktu se musí velice často vypořádat se situací, kdy za normální považovány nejsou. V důsledku již prodělaných případně sdílených reakcí na neplodnost volí ženy podle Kostelecké strategie typické pro lidi postižené určitým druhem stigmatu – snaží se nedat najevo, neříct, nepřiznat a někdy i lhát, aby pak nemohly být „diskreditovatelné“. Nejčastější strategií je zatajení informací o neplodnosti. Tito lidé nejen, že o své neplodnosti neinformují osoby ve svém nejbližším okolí, ale v mnoha

²² Stigma je „silně diskreditující atribut“ a „nežádoucí odlišnost od očekávání“ (Goffman, 2003: 11). Stigma vyvolává sklon přisuzovat dané osobě celou řadu nedokonalostí na základě původní a je provázeno různými formami diskriminace. Podle Miall sice „stigma může vyvolat pochopení nebo soucit, bezdětní jsou ale charakterizováni jako fyzicky, psychicky a sexuálně méněcenní ve vztahu k těm, kdo reprodukuje“ (Miall, 1994 citována in Slepíčková, 2006: 944).

případech ani příslušníky vlastní výchozí rodiny. „Odměnou plynoucí z takového jednání je skutečnost, že jsou tyto ženy okolím považovány za normální“ (Kostelecká, 2012: 52).

Další strategií je „nahrazení stigmatizujícího atributu neplodnosti jiným méně stigmatizujícím atributem, např. dobrovolnou bezdětností“ (Park, 2002: 33), což představuje typ substituce identity. I dobrovolná bezdětnost je v západní společnosti stigmatizující, ale míra stigmatizace je menší než v případě neplodnosti. Kromě toho v případě zvolené – dobrovolné bezdětnosti jsou lidé v běžné konverzaci lépe vybaveni „argumentací pro bezdětnost“ (Park, 2002: 34).

3.2 Demografické ukazatele

3.2.1 Základní charakteristiky

3.2.1.1 Základní charakteristiky života v 70. a 80. letech 20. století v Československu

Komunistický režim i v 70. a 80. letech 20. století²³ hluboce zasahoval do života celé společnosti, sociálních vrstev, skupin občanů, rodin a jednotlivců. Neakceptoval tradiční dělbu a kontrolu moci, neexistovala nestrannost prezidenta republiky, „vláda jako celek ani jednotliví ministři nebyli odpovědní parlamentu, ale výhradně ústřednímu výboru KSČ“ (Kocián, 2006 :2). O třech oblastech státní politiky – armádě, bezpečnosti a zahraniční politice nerozhodovala vláda vůbec, nebo jen o podružnostech; rozhodování si v těchto záležitostech přisvojilo komunistické vedení. „Vláda nebyla tvůrcem státní politiky, pouze vykonavatelem politické linie a rozhodnutí vedení KSČ“ (Kocián, 2006: 2).

Charakteristickým rysem komunistického režimu po celou dobu jeho trvání, tedy i v 70. a 80. letech 20. století, byla centralizace moci, což bylo provázeno značným růstem státního aparátu a byrokratismu. Státní plánovací úřad si udržoval nadřazenou pozici oproti tzv. hospodářským ministerstvům. K nejvýraznějším znakům komunistického režimu patřila „perzekuce a represe včetně politických procesů“ (Kocián, 2006: 3). Tyto metody vládnutí byly nedílnou součástí oficiální politiky. Komunistická moc nerespektovala všeobecně uznávané právní normy, ale nedodržovala ani vlastní zákony. Vedoucí komunističtí a státní funkcionáři na všech stupních se řídili usneseními a směrnicemi

²³ Komunistický režim se vyznačoval uvedenými charakteristikami po celou dobu svého trvání, sledovaná 70. a 80. léta 20. století nevyjímaje

politických orgánů a ve výkonu svých funkcí se „běžně dopouštěli politické zvlů“ (Kocián, 2006: 7)“.

Celkově byla v Československu v 70. a 80. letech 20. století – i když na skromné úrovni – zabezpečena sociální ochrana obyvatelstva natolik, že omezení základních životních potřeb na úroveň existenčního minima se dočasně dotýkala jen malé části důchodců a některých okrajových skupin. V podstatě neexistovali občané vyřazení ze společnosti. „Sociální zabezpečení tak mělo významnou úlohu při zajišťování sociálních jistot obyvatelstva a tím přispívalo k udržování komunistického režimu“ (Kalinová, 2006: 20).

Rodina byla považována za zdravou základnu rozvoje národa. Stát se snažil uplatňovat prorodinnou politiku, proto „rodinám s malými dětmi poskytoval stát zvláštní úlevy a podporu“ (Pavlíček, 2006: 8). Na straně druhé byla rodina oficiálně hlásanou ideologií chápána jako zdroj uchovávání tradic, náboženství i zdroj konzervatismu, proto bylo snahou státu začlenit ženu do pracovního poměru a výchovu dětí přenechat vlivu profesionálních, politicky uvědomělých pedagogů v jeslích, školkách a školách“ (Šiklová, 2006: 45). Stát měl tedy k rodině poněkud ambivalentní vztah - instituci rodiny vnímal jako značnou konkurenci, která odčerpávala tolik potřebnou loajalitu občanů a nekontrolovatelný zdroj předávání norem a hodnot, na druhou stranu si byl vědom její důležitosti jako zdroje porodnosti a místa, které občany zaměstnávalo nebo dokonce pacifikovalo a ve svém důsledku jim tak bránilo se s ohledem na své blízké veřejně angažovat.

Socialistický systém tedy chtěl ženu na jedné straně osvobodit od „zátěže“ péče o děti a domácnost a současně tím získat větší vliv na děti a mládež a umožnit jejich převýchovu. Nízké platy mužů a ekonomická nutnost dvojího příjmu pro zajištění existence rodiny, fatální nedostatek bytů až do poloviny let osmdesátých, to vše vedlo „k užšímu soužití generací rodičů a dětí (bydlení ve společném bytě, hlídání malých dětí babičkami apod.), což zcela narušilo proklamovaný proces rychlé převýchovy a odstranění tradic“ (Šiklová, 2006: 45-46).

Z hlediska populačního vývoje zaznamenala republika (především české země) v 70. a 80. letech 20. století novou populační vlnu. Vývoj porodnosti v té době příznivě ovlivňovaly dvě okolnosti: „zvýšení počtu žen ve fertilním věku, narozených v prvních poválečných letech a přijetí propopulačních opatření na konci šedesátých a počátku sedmdesátých let - zavedení mateřského příspěvku, zvýšení peněžní pomoci v mateřství, zvýšení přídavků na děti a urychlení bytové výstavby v podobě panelových sídlišť“

(Kalinová, Piscová, 2006: 22). Porodnost byla soustředěna do nižších věkových skupin žen (20-24 let) a typickou se stala dvoudětná rodina. V osmdesátých letech se porodnost a celkový přírůstek obyvatelstva opět snížily. Dřívější propopulační opatření se stala samozřejmostí a ztratila stimulační účinek, nová víceméně jen vyrovnávala vliv inflace a porodnost nijak významně neovlivnila. Pokusy o řešení nízké porodnosti a stárnutí obyvatelstva dřívějšími metodami nebyly v 80. letech účinné. „V Československu se již zřetelně projevovaly demografické trendy, které se – pokud jde o reprodukční chování – přibližovaly evropským standardům“ (Kalinová, Piscová, 2006: 23).

3.2.1.2 Základní charakteristiky života v České republice po roce 1989

Po politickém převratu v roce 1989 prošla Česká republika tzv. druhým demografickým přechodem²⁴, který byl spojen se čtyřmi hlavními sociodemografickými trendy – „odklonem od manželství k éře nesezdaného soužití, posunem od éry modernity, kdy králem rodiny bylo dítě k rodinám a partnerstvím, kde králem je pár sám, přechodem k antikoncepci, která umožňuje sebenaplňující volbu, zda dítě mít a kdy ho mít a vývojem k pluralitě rodinných forem a domácností“ (Hašková, 2009: 27). Názory na to, proč v České republice k druhému demografickému přechodu došlo, nejsou jednotné. Hybnými silami přechodu jsou buď strukturální (tedy ekonomické a sociální) faktory nebo hodnotové změny, přičemž tyto dva výklady se nemusí nutně vylučovat. „Strukturální faktory způsobené socioekonomickou a politickou transformací se totiž mohou kombinovat s dlouhodobými hodnotovými změnami, a je dokonce vysoce pravděpodobné, že existuje mnoho takových kombinací strukturálních a kulturních faktorů, které od sebe vzájemně odlišují soudobé sociodemografické změny mezi jednotlivými zeměmi bývalého východoevropského bloku“ (Hašková, 2009: 30). Bližší rozdělení a informace viz Tabulka 3.

Jediná životní náplň ženy v podobě mateřství a péče o rodinu získala konkurenci v podobě cestování, studijních možností, které nebyly limitovány politickou orientací a konečně i seberealizací v práci bez nutnosti politické angažovanosti. „Najednou zde byla možnost, ale i nutnost vlastního rozhodování v podmínkách otevřené konkurence. Narůstalo již dříve existující rozlišení mezi jedinci a rodinami společensky zdatnějšími a

²⁴ Druhý demografický přechod je „teoretická konstrukce, která byla navržena Lesthaeghem (2004) a van de Kaa (1999)²⁴ a která popisuje pokles porodnosti v současných společnostech, jež započal v západní Evropě v polovině 60. let 20. století. Charakteristickým rysem této proměny je pokles úhrnné plodnosti hluboko pod hranici prosté reprodukce, která je pro populaci s nízkou mortalitou (tedy pro takovou, kde je pravděpodobnost přežití od narození do plodného věku téměř 1,0) rovna úrovni 2,1“ (Celedová, 2009, 20).

společensky zaostávajícími. Zatímco dříve mohlo být pro ty 'slabší' omluvou, že 'zdatnější' dosahují svých výhod loajalitou k moci nebo nekalými cestami, stalo se zaostávání najednou významným faktorem vlastního sebehodnocení“ (Kovařík, Šmolka citováni in Ševčíková, 2007: nestr.).

Tabulka 3. Dimenze odborné diskuse na téma poklesu plodnosti, růstu podílu bezdětných a dalších sociodemografických změn v české společnosti ²⁵

<i>teoretická východiska</i>	<i>teorie individualizace & teorie kulturní změny</i>	<i>teorie racionální volby & teorie sociální anomie</i>
<i>Co je hlavním faktorem způsobujícím současné sociodemografické změny?</i>	hodnotové změny - kulturní faktory	ekonomické a sociální problémy – strukturální faktory
<i>Jaké aspekty socioekonomické a politické transformace byly rozhodující pro současné sociodemografické změny?</i>	pozitivní aspekty – nové příležitosti možnosti	negativní aspekty – nové bariéry problémy
<i>Na co se zaměřuje pozornost při analýze současných demografických změn?</i>	podobnosti sociodemografických trendů v Evropě (univerzální trend, zákonitost)	rozdíly v rychlosti, časování a velikosti sociodemografických změn mezi státy Evropy
<i>Jaký je charakter hlavního faktoru způsobujícího současné sociodemografické změny?</i>	internalizované motivace	externí socioekonomické podmínky
<i>Jaký stojí za explanací současných sociodemografických změn „politický hodnotový příběh“?</i>	druhý demografický přechod – příběh začlenění zemí bývalého východoevropského bloku do Evropy	demografický šok – příběh společenské krize v transformujících se státech bývalého východoevropského bloku
<i>Jak přistupovat ke klesající plodnosti a narůstajícímu podílu bezdětných?</i>	management populačního poklesu	pronatalitní politika

Zdroj: Hašková, 2009: 22

²⁵ „**Teorie individualizace a teorie kulturní změny** - výklad současného nárůstu bezdětných v populaci a poklesu plodnosti, který klade důraz na vliv hodnotových změn, jež přináší dlouhodobý vývoj euroamerické civilizace. Teorie individualizace ukazují na rostoucí hodnotu individualismu, sebevyjádření, na narůstající orientaci na jistou míru hedonismu, na demokratizaci uvnitř heterosexuálních partnerství a oslabení tradičních prostředků sociální kontroly.

Teorie racionální volby – výklad nárůstu bezdětnosti a pokladu plodnosti, který podtrhuje vliv vnějších strukturálních bariér na reprodukční chování. Ty staví na předpokladu poptávky po dětech, která je však redukována vnějšími bariérami, jež zvyšují náklady na rodičovství. Náklady na rodičovství mohou být snižovány sociálně- politickými opatřeními.

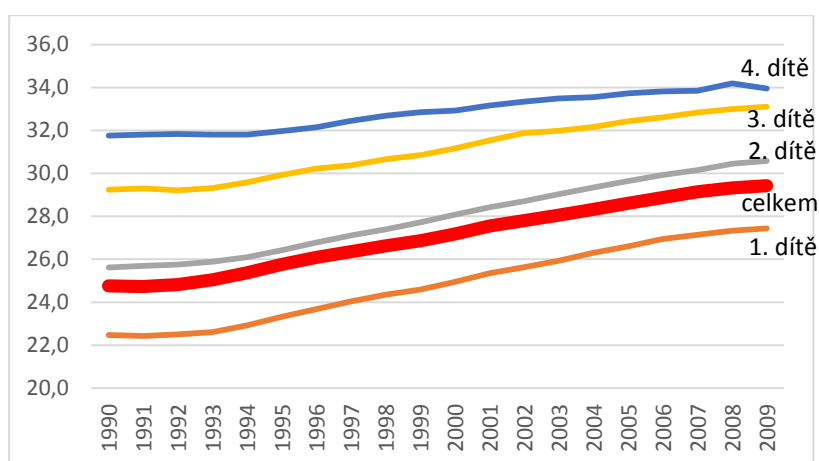
Teorie sociální anomie - explanace nárůstu bezdětnosti a poklesu plodnosti v regionu kladou důraz na vnější strukturální bariéry rodičovství. Průvodními znaky sociální anomie jsou dezorientace, nejistota, alienace, diskontinuita a psychické nepohodlí“. (Hašková 2009: 30 – 34)

3.2.2 Demografické ukazatele

3.2.2.1 Vybrané demografické ukazatele v 70. a 80. letech 20. Století v ČSR

V 70. a 80. letech 20. století existovalo v Československu velmi úzké spojení mezi časováním prvního sňatku a porodu. V průběhu trvání babyboomových propopulačních opatření byl sňatek spíše „podmínkou“ pro získání vlastního bytu než že by byla existence samostatného bydlení byla „podmínkou“ pro uzavření manželství; a vzhledem k extenzivnímu trhu práce „bez nezaměstnanosti“, k platové nivelizaci a brzkému vstupu do manželství a rodičovství předcházelo většinou uzavření manželství a porod prvního dítěte stabilizací/ postupu na trhu práce. Z těchto důvodů byl průměrný věk matek velmi nízký a pohyboval se ve sledovaném období pohybovat v rozmezí 24,6 až 25,1 let²⁶, více viz Graf 1.

Graf 1. Průměrný věk matek 1970 - 1989

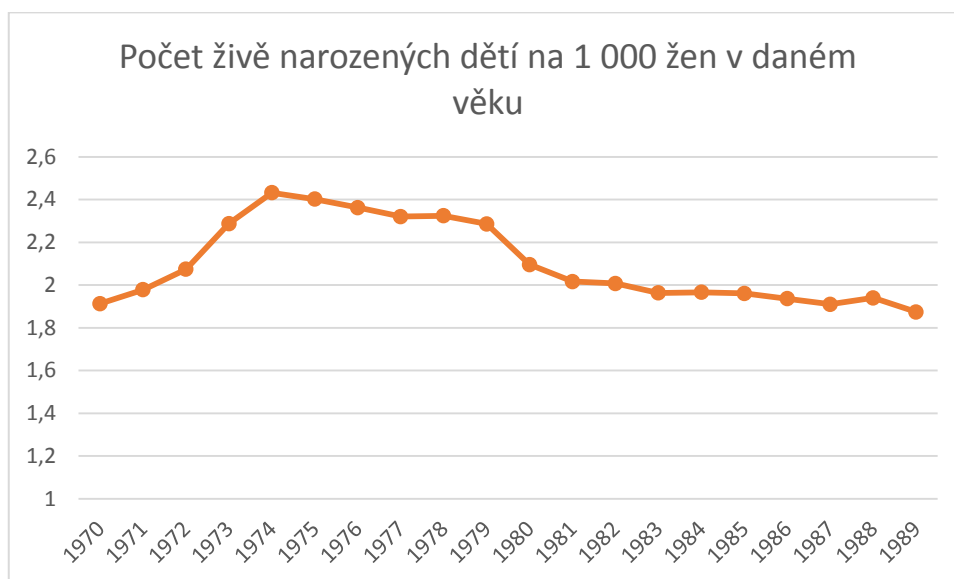


Zdroj: Data Český statistický úřad, graf vlastní úprava.

Ze stejných důvodů patřila i konečná plodnost v Československu ve sledovaném období k velmi vysokým, když se její hodnota pohybovala v rozmezí 1,8 až 2,4. Je však zapotřebí konstatovat, že konečná plodnost kolísala – nejnižší hodnoty dosahovala těsně před druhým demografickým přechodem, nejvyšší hodnoty pak v letech pobabyboomových propopulačních opatření, tj. v letech 1974 a 1975, bližší údaje viz Graf 2.

²⁶ Data Český statistický úřad

Graf 2. Konečná plodnost v letech 1970 - 1989



Zdroj: Data Český statistický úřad, graf vlastní úprava.

Od první poloviny 60. let až do konce 80. let 20. století nepřesáhla konečná bezdětnost žen na území dnešní ČR 7% (viz Tabulka 4). Fakt, že po celé období socialismu dosahovala konečná bezdětnost žen nezvykle nízkých měr, byl ovlivněn dvěma základními faktory - nízkým věkem prvorodiček a svobodných nevěst, a zároveň vysokou provázaností prvního sňatku a prvního porodu. Nutno podotknout, že konečná bezdětnost zahrnuje jak ženy nedobrovolně bezdětné, tedy neplodné, tak i ženy bezdětné dobrovolně (celkové znázornění bezdětných viz Schéma 1). Úhrnná plodnost se v české společnosti pohybovala od 50. let do počátku 90. let mezi 2,8- 1,8 dětmi na ženu.

Tabulka 4. Podíl bezdětných žen na celkovém počtu žen podle věku v ČR v letech 1950 – 1990

věk ženy	1950	1961	1970	1980	1991
20	74,9	71,0	71,8	64,6	69,0
25	34,4	24,3	22,9	19,3	21,8
30	18,3	12,8	10,0	8,7	9,4
35	16,1	12,0	7,3	6,2	6,2
40	16,6	11,7	7,5	5,6	5,4
50	20,3	16,8	11,1	7,2	6,7
60	19,3	21,4	16,0	10,6	8,7
úhrnem	29,4	27,1	25,6	19,5	20,5

Zdroj: *Juříčková, 2005.*

Schéma 1. Typy bezdětných



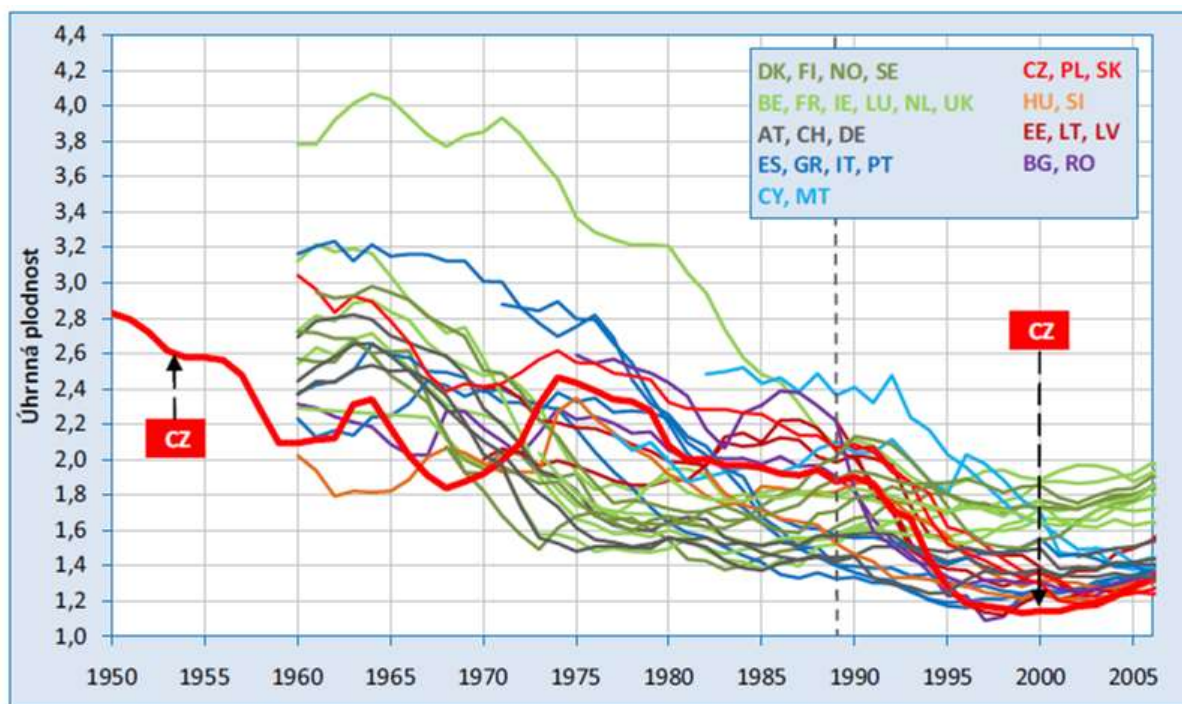
Zdroj: *Rabušic, 2001.*

3.2.2.2 Vybrané demografické ukazatele v České republice po roce 1989

V důsledku politických, společenských a ekonomických změn, které nastaly po roce 1989 v České republice, došlo ke „změnám demografického chování populace České republiky“ (Fiala, Langhamrová, 2010: 44). Z hlediska reprodukčních vzorců se změna nejmarkantněji projevila „posunem fáze zakládání rodiny do vyššího věku a poklesem

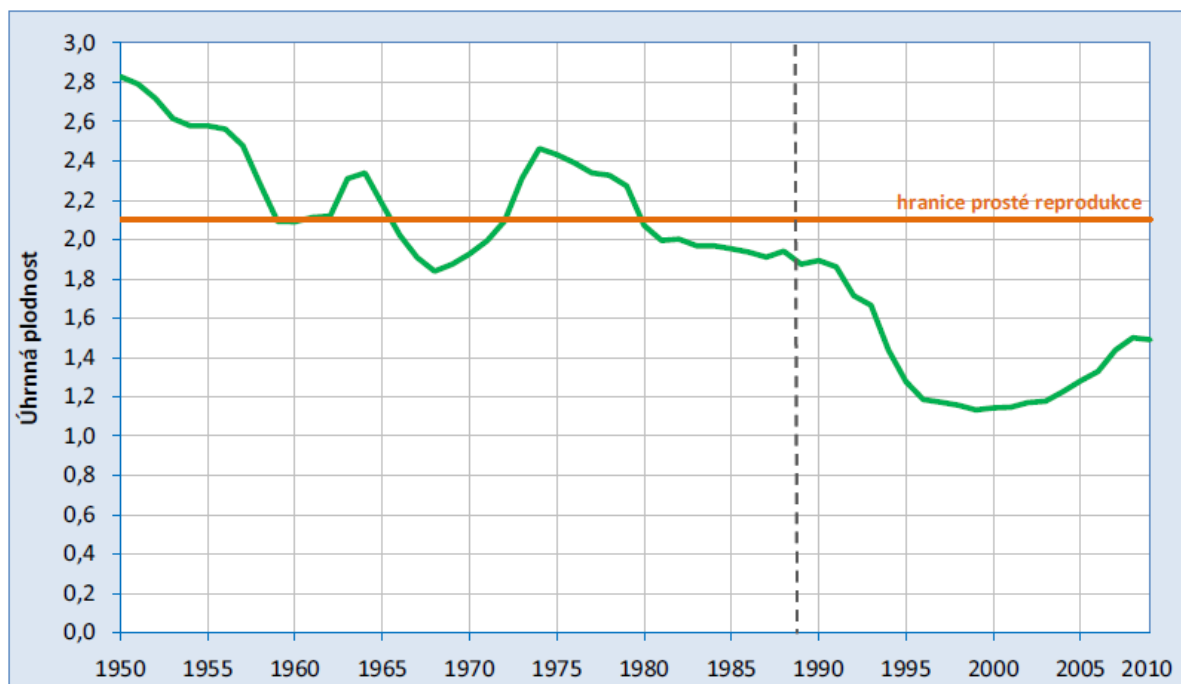
transverzálních ukazatelů charakterizujících úrovně plodnosti na jednu z nejnižších úrovní“ (Šťastná, 2010: 77). Od roku 1995 se hodnoty úhrnné plodnosti v České republice po celé jedno desetiletí „pohybovaly pod hodnotu 1,3, což je hranice vymežující populace s nejnižší nízkou plodností – „lowest-low fertility“ (Kohler, Billari, Ortega, 2002 citováni in Šťastná 2010: 78). Hranici 1,3 dítěte překonala úhrnná plodnost až v roce 2006. Následný poměrně rychlý růst byl způsoben především „realizací odložené plodnosti žen, které se rozhodly mít děti až ve věku kolem 30 let, což je průměrný věk matek v zemích západní, severní i jižní Evropy“ (Fiala, Langhamrová, 2010: 47), viz Graf 3. „Poslední data naznačují, že by mohl růst plodnosti pokračovat, i když zřejmě pomaleji než v předchozích letech“ (Fiala, Langhamrová, 2010: 47), více viz Graf 4.

Graf 3. Úhrnná plodnost v EU



Zdroj: Fiala, Langhamrová, 2010.

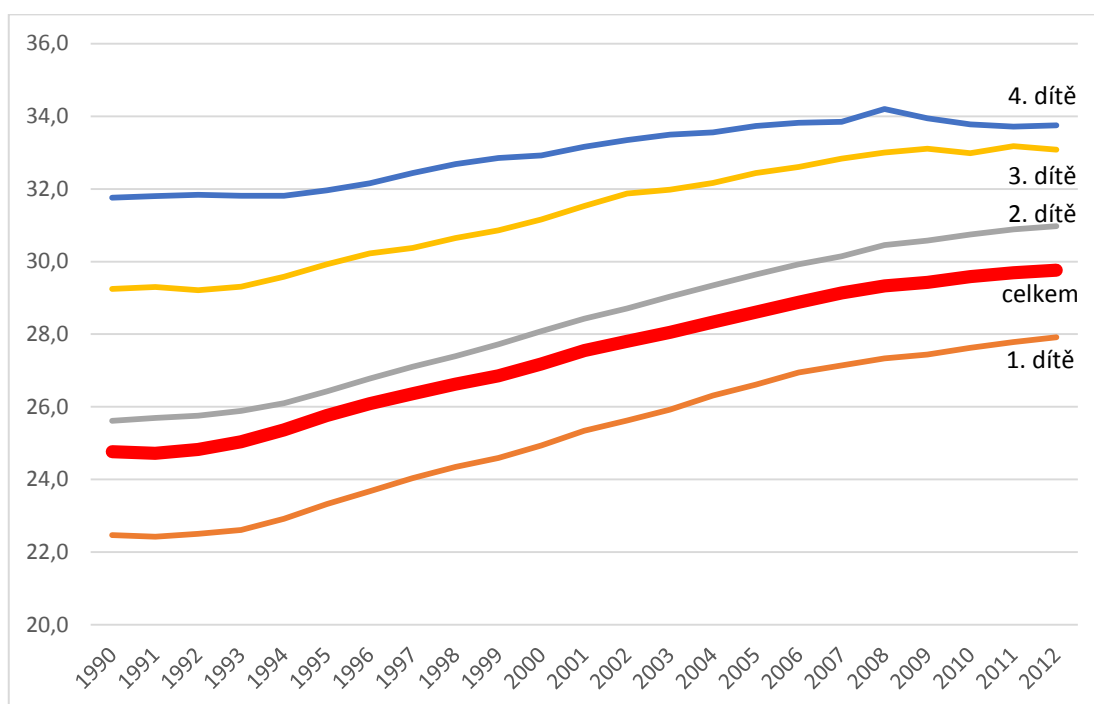
Graf 4. Úhrnná plodnost v ČR



Zdroj: Fiala, Langhamrová, 2010

Od počátku 90. let dochází v České republice také k „postupnému snižování intenzity plodnosti v nejmladších věkových skupinách“ (Šťastná, 2010: 78). Plodnost žen ve věku 18–21 let se ve srovnání se situací v roce 1990 snížila na poloviční hodnoty v roce 1995 a čtvrtinové hodnoty v roce 2000. Změna v rozložení úrovně plodnosti podle věku se v souhrnu projevila ve „vzestupu průměrného věku matek při porodu“ (Šťastná, 2010: 78), ten se mezi roky 1990 a 2005 „zvýšil o čtyři roky na 26,6 let při narození prvního dítěte a na 28,6 let celkově“ (Zeman, 2006 citován in Šťastná 2010: 78). V roce 2012 byl průměrný věk matek již 29,8 při narození dítěte a 27,9 při narození prvního dítěte (Český statistický úřad 2012). Současně „se změnami transversálních ukazatelů dochází k všeobecnému snižování počtu dětí narozených v rodině“ (Šťastná, 2010: 78), více viz Graf 5.

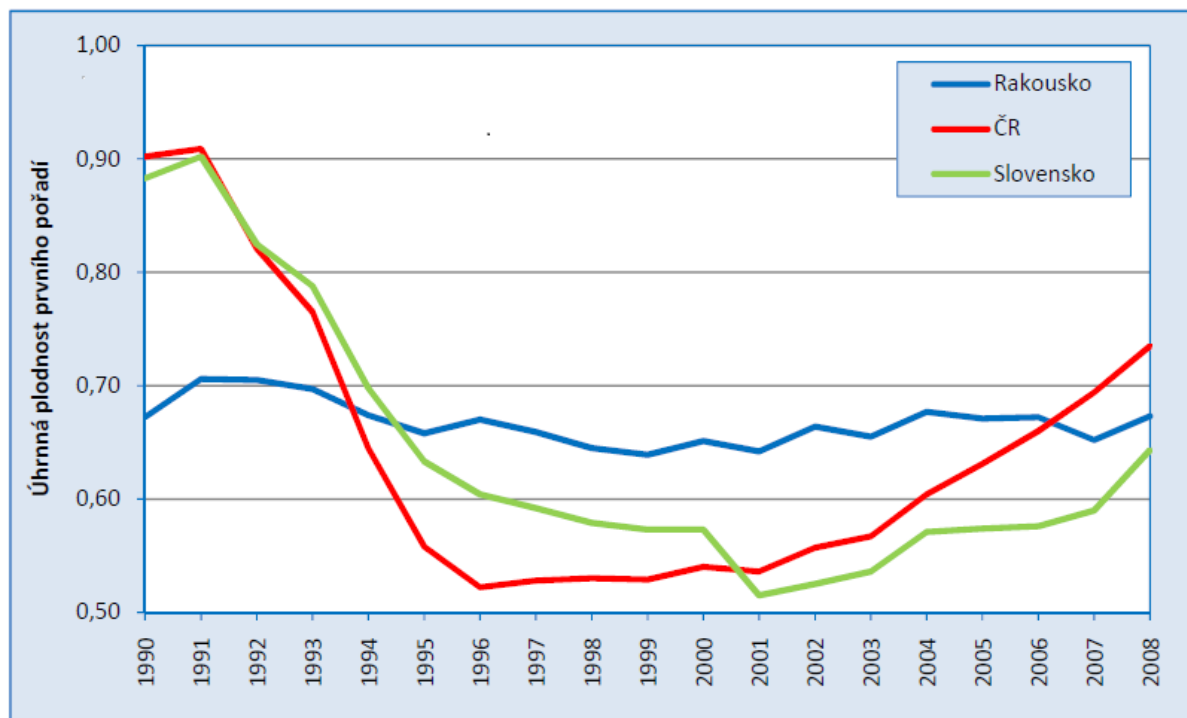
Graf 5. Konečná plodnost v letech 1990 - 2012



Zdroj: Data Český statistický úřad, graf vlastní úprava.

Shrneme-li vše výše uvedené, došlo v prokreativním chování k prudkému poklesu úhrnné plodnosti v devadesátých letech, doprovázeného výrazným odkládáním rození dětí do vyššího věku, změnami v podílu porodu podle pořadí, a tím také změnou ve struktuře žen podle počtu narozených dětí. Zajímavé je srovnání s jinými zeměmi, které nabízí Zeman. Zatímco v Rakousku je vývoj velmi stabilní a ženám se rodí v průměru okolo 1,4 dítěte, v České republice a na Slovensku jsme zaznamenali prudký pokles úhrnné plodnosti z hodnot okolo 2 pod hodnotu 1,2 v devadesátých letech (Zeman, 2010: 31), následně dochází v České republice k nárůstu úhrnné plodnosti, což již v sousedním Slovensku nezaznamenáváme (více viz Graf 6). V České republice jsou změny reprodukčního chování podle Zemana patrné především „v časování porodu, nikoli v razantním poklesu konečné plodnosti, ani ve výrazném nárůstu podílu bezdětných žen“ (Zeman, 2010: 41).

Graf 6. Úhrnná plodnost prvního pořadí v České republice, v Rakousku a na Slovensku 1990 - 2008



Zdroj: Zeman, 2010.

Ukazatele bezdětnosti nejsou jednoznačné. Zatímco úhrnná plodnost prvního pořadí ukazuje pro Českou republiku propad až téměř na hladinu 0,5 (což by z dlouhodobého hlediska znamenalo, že pouze polovina žen bude mít první dítě, neboli že polovina žen zůstane bezdětných), ukazatel PATFR²⁷ ukazuje střízlivější odhad 20 – 30% bezdětnosti. Použijeme-li metodu Bongaarts-Feeney²⁸, bezdětnost z transverzálního pohledu dosahuje okolo 15–25 %“ (Zeman, 2010: 34). Podle Zemana dosáhne „konečná bezdětnost generace 1980 v České republice hodnoty 16%, zatímco v Rakousku a na Slovensku velmi pravděpodobně přesáhne 20%“ (Zeman, 2010: 40), více viz Tabulka 5. Oficiální statistiky ohledně neplodnosti dosud neexistují.

²⁷ Plodnost je konstruována na základě tabulek plodnosti, výsledný ukazatel tedy odpovídá indexu plodnosti očištěnému od vlivu věkové a paritní struktury - PATFR

²⁸ **Bongaarts-Feeney** metoda bere v potaz úhrnnou plodnost podle pořadí a průměrný věk podle pořadí, a úhrnnou plodnost upravuje koeficientem vypočteným z růstu průměrného věku mezi následujícím a předcházejícím kalendářním rokem.

Tabulka 5. Hodnoty alternativních ukazatelů plodnosti 1995 - 2005 a konečná plodnost generací 1970 - 1980²⁹

	Rakousko	ČR	Slovensko
Průměr za období 1995–2005			
TFR	1,39	1,19	1,32
TFR-BF	1,63	1,73	1,69
PATFR	1,41	1,35	1,37
PAP	1,54	1,50	1,43
odhad konečné plodnosti kohort 1970–80	1,5–1,6	1,6–2,0	1,5–1,9
Průměr za období 1995–2005 (v %)			
1 – TFR1	34	45	43
1 – TFR1-BF	21	17	22
1 – PATFR ¹	26	22	27
odhad konečné bezdětnosti kohort 1970–80	21–25	8–16	12–23

Zdroj: Zeman, 2010.

3.3 Umělé oplodnění v podmínkách státně-socialistického zřízení

3.3.1 Umělé oplodnění v politické a expertní rovině

Z období socialismu, respektive ze 70. a 80. let 20. století³⁰ byly k analýze politického diskurzu kromě závazného *Opatření ministerstva zdravotnictví ČSR z 18. 11. 1982*, které upravovalo podmínky pro umělé oplodnění, vybrány odborné články, uveřejněné v časopise *Československá gynekologie*. Československá gynekologie byla nejdůležitějším časopisem pro oblast gynekologie a porodnictví v České republice ve sledovaném období. I přestože se jedná o analýzu politického diskurzu, nemohly být analyzovány žádné texty z politického prostředí, neboť celá debata se odehrávala pouze

²⁹ PAP – průměrná parita je vypočtena pomocí parity progression ratios (pravděpodobnost narození dítěte vyššího pořadí, PPR),

TFR - úhrnná plodnost,

TFR-BF Bongaarts-Feeneyho úprava (**Bongaarts-Feeney** metoda bere v potaz úhrnnou plodnost podle pořadí a průměrný věk podle pořadí, a úhrnnou plodnost upravuje koeficientem vypočteným z růstu průměrného věku mezi následujícím a předcházejícím kalendářním rokem)

PATFR - plodnost je konstruována na základě tabulek plodnosti, výsledný ukazatel tedy odpovídá indexu plodnosti očištěnému od vlivu věkové a paritní struktury

³⁰ první dítě z umělého oplodnění bylo narozeno v roce 1982, nemělo tudíž smysl analyzovat dřívější texty

v expertní rovině. I jediná právní úprava pro asistovanou reprodukci měla charakter podzákoného předpisu, konkrétně opatření ministerstva zdravotnictví. Umělé oplodnění v podmínkách státně-socialistického zřízení v parlamentu nikdy diskutováno nebylo. Expertní rovina v tomto případě substituovala rovinu politickou.

Nutno dodat, že i veřejná debata v podmínkách státně-socialistického zřízení byla výrazně limitována. Dle S. L. Wolchik byla „veřejná debata a formování veřejných politik v oblasti reprodukce v socialistických státech záležitostí především expertní a odborné elity“ (Wolchik, 1983 citována in Dudová, 2012: 25). Otázka reprodukce spadala do kategorie ideologicky nezávadných, tj. bez přímé hrozby pro socialistické mocenské zřízení případně mocenské postavení politických špiček). Experti z řad demografů, lékařů, psychologů, ekonomů, právníků a dalších se svými argumenty v podobně diskuzních příspěvků na stránkách odborných tiskovin spolupodíleli na rozvoji socialistické governmentality (viz Dudová 2012).

Největším odborníkem z oblasti gynekologie byl prof. MUDr. Ladislav Pilka, DrSc., který „působil v 80. a 90. letech jako vedoucí Centra asistované reprodukce a přednosta II. gynekologicko-porodnické kliniky ve FN na Obilním trhu v Brně. Jeho zásluhou se na klinice narodilo v roce 1982 první dítě „ze zkumavky“ v rámci bývalého východního bloku. Postupně se svým týmem rozpracoval asistovanou reprodukci, zejména tzv. GIFT - přenos gamet do vejcovodu, kde má světovou prioritu, která je mezinárodně uznávaná. V letech 1982–1990 byla jeho klinika školicím centrem pro státy východní Evropy.“ (Poslanecká sněmovna ČR 2013: nestr.).

Malý počet textů (konkrétně 14 odborných článků, uveřejněných v 80. letech v časopise Československá gynekologie), týkajících se asistované reprodukce, příkládám skutečnosti, že se v době, které se analýzy týká, o umělém oplodnění příliš nediskutovalo a to ze dvou zásadních důvodů. Prvním důvodem je fakt, že neplodnost nepředstavovala v době socialismu žádný problém. Celkový podíl bezdětných žen osciloval ve sledovaném období mezi 6% a 7% (viz kapitola Demografické ukazatele). Odečteme-li od daných 6-7% ženy, které byly dobrovolně bezdětné (o jejich přesném počtu se můžeme jen dohadovat), nedosáhne pravděpodobně celkový počet neplodných žen ani 5%. Správně se v době socialismu zaměřují na ženy, neboť „zatímco dříve byly příčiny především na straně žen, dnes se situace mění a s plodností mají problémy především muži“ (Mardešic, 1996: 12). Jen pro srovnání, v současné době ukazují střízlivé odhady až na 20 – 25% neplodné populace. Rapidnímu nárůstu neplodných v naší společnosti tedy logicky odpovídá i prostor, který je tématu neplodnosti v současné době věnovaný v médiích.

Nízká neplodnost v době socialismu je tedy jedním z důvodů, který umožnil přenesení diskuze z politické roviny do roviny expertní. Druhým důvodem je skutečnost, že umělé oplodnění a techniky, které s ním souvisí, byly v době státně-socialistického zřízení ještě „v plenkách“. První dítě, které bylo v České republice počato jednou z metod asistované reprodukce, konkrétně mimotělním oplodněním, se narodilo v roce 1982 za velmi improvizovaných podmínek díky týmu vedeného L. Pilky ve složení M. Dvořák, Z. Čupra, J. Tesařík a P. Trávníček. Neplodnost tedy nebyla v zorném úhlu ani médií ani politických špiček, ale v hledáčku zájmu několika málo odborníků specializující se na léčbu neplodnosti, která byla v tomto období teprve v počátcích.

Hypotézu, že téma neplodnosti patřilo v Československu v socialismu ke společensky nepřijatelným, tabuizovaným, neboť neladilo stranickým špičkám s babyboomovými propopulačními opatřeními³¹, jsem vyloučila, neboť pro ni není žádné reálné opodstatnění. Témata neplodnosti, umělého oplodnění a metod asistované reprodukce měla statut nikoli tabuizovaného, společensky nepřijatelného tématu, ale marginálního společenského problému. Sám profesor Pilka k tomu s odstupem v roce 2000 sám kriticky poznamenal: „Považuji za nedostatek, že jsme hned všechno zevrubně nepublikovali.“ (E15, 2000: nestr.).

3.3.2 Analýza umělého oplodnění v podmínkách státně-socialistického zřízení

3.3.2.1 Právní úprava asistované reprodukce před rokem 1989

Před rokem 1989 existoval jediný dokument, který upravoval podmínky pro umělé oplodnění. Neměl charakter zákona, ale tzv. podzákoné normy. Jednalo se o závazné Opatření ministerstva zdravotnictví ČSR z 18. 11. 1982.

Podle Opatření Ministerstva zdravotnictví byly podmínky pro umožnění umělého oplodnění specifikovány následovně:

- Heterosexuální pár žijící v manželském svazku,
- osobní, společná a písemná žádost manželů,
- věkové rozmezí manželky od zletilosti do maximálně 35 let,

³¹ propopulační opatření na konci šedesátých a počátku sedmdesátých let - zavedení mateřského příspěvku, zvýšení peněžní pomoci v mateřství, zvýšení přídavků na děti a urychlení bytové výstavby v podobě panelových sídlišť

- věk manžela nespecifikován,
- umělé oplodnění může být provedeno výhradně ze zdravotních důvodů (v opatření specifikovány následovně: „poruchy plodnosti manžela, anatomické nebo jiné poruchy ženského genitálu nebo riziko dědičné choroby nebo vývojové vady“),
- v případě dárce je jeho maximální věk 40 let,
- dárce musí být zdravý – „bez genetické zátěže, bez příbuzeneckého vztahu k ženě“
- dárcovství anonymní.

Jako předmět, který byl v diskusích rámován, byla zvolena horní věková hranice pro umělé oplodnění u ženy. Důvodem bylo, že se jedná o nejčastěji diskutovaný jev v souvislosti s asistovanou reprodukcí.

3.3.2.2 Dominantní diskurzivní rámec „pokles fyziologické fertility“ = „přirozenost“

V expertních textech byly používány především lékařské argumenty. Dominantním a současně jediným rámcem textů byla argumentace „značného poklesu fyziologické fertility po 35. roce“. V době státně-socialistického zřízení neexistoval žádný jiný diskurzivní rámec, který by dominantní diskurzivní rámec nějakým způsobem posiloval nebo narušoval. Z pohledu věkové hranice můžeme v expertní rovině sledovat dva typy „diskuzí“, nicméně oba dva typy spadají do jednoho, dominantního diskurzivního rámce. Tento diskurzivní rámec by bylo též možné nazvat „přirozenost“, neboť ve své podstatě kopíruje přirozený běh věcí, bez ohledu na to, že definuje pokles fyziologické fertility již po 35. roce.

V první řadě se jednalo o diskuze, týkající se horní věkové hranice asistované reprodukce. Lékaři – odborníci shodně referovali o různých výzkumech, které „prokázaly pokles fertility již po 25. roce, značný pokles pak po 35. roce“, a proto definovali věk 35 let za horní hranici pro operační léčbu sterility. Je bezesporu velmi zajímavé, že v podmínkách státně-socialistického zřízení, se u definice věku objevilo příslovce **zpravidla**³² – lékařům tedy byla státem udělena „určitá svoboda v určení, do jakého věku může umělé oplodnění provést, ovšem formulace *zpravidla* svědčí o tom, že by lékař měl

³² (2) „Umělé oplodnění může být provedeno jen u zletilé ženy **zpravidla** ve věku do 35 let, pokud tomu nebrání zdravotní stav její nebo jejího manžela“ (OP-066.8-18.11.82 Opatření ministerstva zdravotnictví ČSR - Podmínky pro umělé oplodnění, §3, článek 2, [cit. 20. 1. 2015]. Dostupné z: <<http://www.epravo.cz/vyhledavani-aspi/?Id=35737&Section=1&IdPara=1&ParaC=2>>).

tento výkon provádět u ženy překračující tuto hranici jen jaksí výjimečně, z důvodů hodných zřetele“ (Václavková, 2010 :93).

V druhé řadě se jednalo o diskuze vedené experty – právníky. Ti na rozdíl od lékařů zkoumali výhradně dolní věkovou hranici pro umělé oplodnění. Argumentovali tím, že definice „plnoletosti“, která byla stanovena pro dolní věkovou hranici je zavádějící, neboť si „zákonodárci pravděpodobně neuvědomili, že plnoletost je možné nabýt i uzavřením manželství u osoby starší 16 let a navrhovali proto jednoznačné stanovení dolní hranice a to věkem 18 let. U manžela postrádali jakoukoli definici věkových hranic, domnívali se tudíž, že je možné za minimální věkovou hranici analogicky považovat věk 18 let“ a u maximální věkové hranice se klonili k názoru, že „je možné vycházet z §99 odstavce 1 Zákona o rodině, který ustanovuje, že mezi osvojenem a osvojitelem musí být přiměřený věkový rozdíl, který umožní dítě vychovat až do doby, než se neosamostatní“.

3.4 Umělé oplodnění v podmínkách státně-demokratického zřízení

3.4.1 Umělé oplodnění v politické rovině

Z období po roce 1989 byly pro analýzu politického diskurzu vybrány všechny zákony a právní předpisy, parlamentní tisky a parlamentní diskuze v časovém horizontu 1989 – 2012. Dále byly k analýze zvoleny všechny příspěvky v rámci odborného semináře s názvem „Komplexní mezioborový přístup k léčbě neplodnosti“, konaného dne 17. 6. 2009 na půdě Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky, pod její záštitou a za účasti poslanců. Tyto dokumenty mohly být analyzovány díky on-line přístupné, digitalizované databázi Parlamentu České republiky. Zatímco v podmínkách státně-socialistického zřízení substituovala expertní rovina rovinu politickou, po politickém převratu v roce 1989 již byla diskuze o asistované reprodukci plně v rukou politické reprezentace. Nevyhovující podzákonná úprava byla nahrazena zákony a opatřeními, které jsou detailně rozebírány v následující kapitole.

3.4.1.1 Právní úprava asistované reprodukce po roce 1989

3.4.1.1.1 Rok 1997

Zákon č. 48/1997 Sb. Zákon o veřejném zdravotním pojištění

Zákon řeší úhrady ze zdravotního pojištění a to následovně:

- umělé oplodnění hrazeno maximálně 3x za život
- ženám s neprůchodnými vejcovody ve věku **od 18 do 39 let**,
- ostatním ženám ve věku **od 22 do 39 let (tj. 39 let + 364 dní)**

3.4.1.1.2 Rok 2000

OZP 30493/01/OZP-2000 - Doporučené standardy MZ postupu při poskytování asistované reprodukce – tzn. úprava, která řeší samoplátce

- věk dárkyně ženy 18 – 35 let
- dárcovství anonymní
- **věk** ženy příjemkyně konkrétně nespecifikován, definován tak, že by měl „**odpovídat přirozenému reprodukčnímu období ženy**“, maximální věková hranice ženy příjemkyně **48 let**,
- u ženy příjemkyně nad 39 let by mělo předcházet vyšetření odpovídající jejich zdravotnímu stavu s ohledem na rizika spojená s případným těhotenstvím

3.4.1.1.3 Rok 2002

OZP 30493/01/OZP-200/3-152/6 - Prováděcí předpis týkající se vykazování výkonů AR z veřejného zdravotního pojištění, Věstník Ministerstva zdravotnictví část 3, čl. 2 z roku 2002:

- ustanovením „třikrát za život“ se rozumí maximálně čtyři monitorované cykly se stimulací a v rámci nich nejvíce tři cykly s přenosem embryí.

3.4.1.1.4 Rok 2006

Zákon č. 227/2006 Sb., Zákon o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách

- vymezení pojmu asistované reprodukce jako „postupy a metody, při kterých dochází k manipulaci se zárodečnými buňkami nebo s embryi, včetně jejich uchovávání, a to za účelem léčby neplodnosti ženy nebo muže.
- podmínky pro provedení asistované reprodukce
 - o heterosexuální pár (manželé/ partneři)

- **věk ženy** konkrétně nespecifikován, definován jako „**plodný věk**“
- věk **dárkyně** ženy od **18 do 35 let**, věk **dárce** muže od **18 do 40 let**
- dárce muž nesmí být příbuzný v přímé řadě nebo „sourozencem, strýcem, bratrancem nebo dítětem bratrance nebo dítětem sestřenice ženy, jejíž vajíčko se k metodě asistované reprodukce použije“
- dárcovství anonymní
- „při asistované reprodukci smí být u jedné příjemkyně oplozeno jen tolik vajíček a přeneseno do pohlavních orgánů příjemkyně jen tolik embryí, kolik je podle současného stavu lékařské vědy zapotřebí k pravděpodobně úspěšnému navození těhotenství.“ – počet embryí nijak více nespecifikován

3.4.1.1.5 Rok 2010

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 260/2010

Zrušení opatření Ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky o podmínkách pro umělé oplodnění, č. 18/1982.

3.4.1.1.6 Rok 2012

Zákon 373/2011 Sb. (s účinností od 1. dubna 2012) Zákon o specifických zdravotních službách

- prodloužení věku umělého oplodnění nehrazeného z veřejného zdravotního pojištění ze **40 na 49 let u ženy**.
- počet cyklů umělého oplodnění stoupá o jeden, tedy ze tří na čtyři, které budou hrazeny ze zdravotního pojištění.
- zavádět do těla ženy se bude jen jedno oplodněné vajíčko namísto dosud dvou.
- anonymním dárcem vajíčka může být **žena od 18 do 35 let** a spermatu muž mezi **18 a 40 lety**

I přestože byl analyzován výhradně politický diskurz v podobě psaných a mluvených příspěvků z parlamentu České republiky, považuji za nezbytné vyjmenovat všechny zájmové strany, které měly na diskuzi zájem. Sami poslanci zájmové skupiny definovali v průvodním dopise k zákonu následovně: „*V průběhu celého procesu hodnocení dopadů regulace, předcházejícímu zpracování návrhu zákona, a dále i v průběhu samotné tvorby návrhu zákona, probíhaly za účelem dosažení co nejvhodnějšího řešení předmětného problému formální či neformální konzultace s dotčenými subjekty, tj. především s*

odbornou veřejností a některými zainteresovanými subjekty (např. Psychiatrická společnost, Sexuologická společnost, Česká gynekologicko – porodnická společnost, Společnost lékařské genetiky), krajskými úřady, ostatními rezorty. S odbornými společnostmi byla zejména diskutována věková hranice ženy pro vedení umělého oplodnění v rámci asistované reprodukce“. Z mého pohledu by dalšími zájmovými stranami byly náboženské skupiny, v parlamentu zastoupené politickou stranou KDU-ČSL, feministické skupiny a spolky, soukromé subjekty v podobě center asistované reprodukce a aktivistické skupiny gayů a leseb.

3.4.1.2 Diskurzivní schéma debaty o věkové hranici pro umělé oplodnění

3.4.1.2.1 Diskurzivní rámec „Medicína suplující přirozenost“

Dominantním rámcem textů byla „medicína suplující přirozenost“, skloňována v různých variacích od „návratu k přirozenému řádu“ (poslankyně Chalánková) přes „jak by to řešila příroda“ (senátor Čunek) až po formulaci „hranice bezpečná pro ženu bez medicínských rizik“ (ministr zdravotnictví Heger), kdy není možné stanovit nějakou hranici a bránit tak ženám, pokud je to v jejich zdravotních a jiných možnostech mít „přirozeně“ potomka. Přičemž přirozeně v tomto případě odkazuje na fakt, kdy žena ještě neprodělá menopauzu. Je velice těžké najít odpověď na to, kde je pro „přirozenost“³³ ta správná věková hranice. Proto i diskurzivní rámec přirozenost odkazuje u každého z politiků či političek na jiný věk – pro někoho je ten věk 45 let (senátor Sušil, senátor Čunek), pro někoho 49 let (poslankyně Chalánková), případně 55 let (ministr zdravotnictví Heger). Tento dominantní rámec je logickým pokračováním v zákonech dosud používané formulace „plodný věk“, případně „přirozené reprodukční období ženy“.

Převládajícím argumentem tohoto diskurzivního rámce je fakt, že fertilizace ve stanovené věkové hranici „*má stejnou pravděpodobnost uchycení jako u žen mladších*“. Další diskuze odkazují „na přírodu“, kdy věk, kdy je „*vhodné pro ženu otěhotnět, doposud řešila příroda a nebyl s tím žádný problém. Jakmile člověk přichází a chce nahradit toto svým rozhodnutím to, co doposud bylo řešeno přirozenou cestou, tak samozřejmě hranice stanovená být musí.*“ (poslanec Čunek). Příroda je v těchto argumentacích substituována názorem odborníků na asistovanou reprodukci. A tady už je patrný určitý střet zájmů. Jedna skupina odborníků ve svých argumentech využívá diskurzivní rámec tzv.

³³ Poslanci při svých diskuzích neustále užívali pouze slova „přirozenost“, přičemž si pravděpodobně neuvědomili základní paradox, kdy celá asistovaná reprodukce je proti přirozenosti – přirozenost je oplodnění bez pomoci lékařských invazivních metod. Proto byl i samotný diskurzivní rámec nazván „medicína suplující přirozenost“.

kvantifikace. Tento rámec je definován jako “způsob, jakým je měřena úspěšnost jednotlivých metod a postupů asistované reprodukce“ (Potter, 1996: 187–194). Zde je užívána jako nejvyšší možná hranice 45 let, neboť „průměrný věk nástupu neplodnosti u žen je podle nejnovějších studií ve 44 letech s mediánem 44,7 let“ (více viz níže, Diskurzivní rámec „Kvantifikace“). Druhá skupina odborníků používá argumentaci, že „žena v 55 může odnosit dítě a jsou s tím zkušenosti“ (ministr Heger) a stanovuje hranici na 55 let. Jedná se o skupinu odborníků, kteří jsou současně i vlastníky, případně zaměstnanci některého ze soukromých center asistované reprodukce. V jejich argumentech je patrný tzv. „diskurzivní rámec možnosti vědy“, kdy v zájmu center asistované reprodukce a tedy potažmo i v jejich zájmu je co nejvyšší věková hranice. To je souvisí s reprodukčním turismem a stále se zvyšujícím počtem zahraniční klientely (viz kapitola Reprodukční turismus).

U tohoto rámce je ovšem sama přirozenost paradoxem. Budeme-li to dělat podle přírody, pak celá procedura umělé reprodukce pozbývá smyslu. Neboť cílem umělé reprodukce je náprava nedostatečnosti přírody. Asistovaná reprodukce je aplikovaná v situaci, kdy klesá přirozená plodnost párů, ale současně podle tohoto rámce má kopírovat přirozenost, kdy například může být využita jen v době, kdy je přirozená možnost oplodnění. Tento fakt si ovšem ani jedna z diskutujících stran neuvědomila, a proto nebyl nijak používán.

3.4.1.2.2 Diskurzivní rámec „Babičky - matky“

Druhým nejsilnějším diskurzivním rámcem, který byl v analýze detekován, je „diskurzivní rámec babičky – matky“. Tento rámec vůbec neřeší, kdy má žena menopauzu a z lékařského hlediska je schopna donosit zdravé dítě, ale zaměřuje se na to, že od určité věkové hranice žena nemá mít dítě neboť „dítě má právo na maminku, nikoliv na babičku“ (poslanec Plachý). Těžištěm tohoto rámce je fakt, že nejde o to, zda je schopna žena otěhotnět, dítě donosit a porodit, ale zda je schopná se o něj postarat i v jeho dospělejším věku: „jedna věc je porodit zdravé dítě, a druhá věc je přivést je k dospělosti a vychovat je“.

Nejsilněji v tomto rámci zaznívá názor, že „žena ve věku 70 let není schopna vychovávat své patnáctileté pubertální individuum“, případně že „žena ve věku 80 let není schopna platit vysokoškolské studium svého potomka“ (poslanec Plachý). Stejněho charakteru jsou argumenty i senátorky Paukrtové: „jedna věc je porodit zdravé dítě, a

druhá věc je doprovodit dítě do jeho aktivity a dospělosti.“ Tyto příspěvky jsou spojené s argumentací „*proti přírodě*“ (poslanec Plachý) a nezapomínají zmínit i fakt, že vyšší věková hranice se hodí především centrům asistované reprodukce: „*kráci vstříc organizacím, které asistovanou reprodukci provádějí*“ (poslanec Plachý).

Tento rámec pokládám za ambivalentní, protože na jedné straně má silně subversivní charakter vzhledem k dominantnímu rámci, neboť jej užívá skupina poslanců a senátorů, která argumentuje proti skupině poslanců a senátorů v dominantním diskurzivním rámci Medicína suplující přirozenost. Na straně druhé, způsob argumentace dominantní diskurzivní rámec vlastně i posiluje tím, že pokládá určitý věk za přirozený pro mateřství a jiný za přirozený pro babičkovství.

3.4.1.2.3 Diskurzivní rámec „Svobodná volba“

Diskurzivní rámec svobodná volba operuje se skutečností, že pokud stát žádným způsobem nereguluje, v jakém věku se ženy mohou reprodukovat, pak „*stát nemá ani žádné právo diktovat a určovat, v kolika letech tuto věc můžeme substituovat lékařskou pomocí*“ (poslanec Šťastný). Dalším argumentem je fakt, že „*my (míněno zákonodárci – poznámka autorky) přece nemáme žádné právo ženám diktovat, v jakém věku jsou ještě fertilní a v jakém věku již nejsou*“ (poslanec Šťastný).

Druhým typem argumentací je odkaz na předchozí zákonné úpravy, kdy konkrétní věková hranice stanovena nebyla³⁴: „*...pan ministr zdůvodňoval, že před tímto zákonem nebyl žádný věk, tzn. že bylo možno i v daleko vyšším věku*“ (senátor Kubera), doprovázené argumentací možnosti vlastního rozhodnutí, pokud přijde touha po dítěti v pozdějším věku ať už z jakéhokoli případu: „*na druhé straně proti tomu ovšem stojí stanovisko touhy mít děti, kdy skutečně někdy může dojít k případu, že se to nedaří, nedaří, až dosáhne žena vysokého věku, a přesto by to dítě chtěla.*“ (senátor Kubera).

Tomuto typu argumentace je předhazováno, že je to proti přírodě, proti přirozenosti, což elegantně odmítnul senátor Kubera větou: „*Jestli to je proti přírodě, to by bylo třeba si vyžádat stanovisko Greenpeace a Děti země, ti nejlépe vědí, co je nebo není proti přírodě*“ a ve své podstatě tak jiným způsobem poukazuje na fakt, že celý proces umělého oplodnění je jaksi proti přírodě a že pokud nám nevadí komplexně jako celek, nemůžeme s odkazem na přirozenost soudit jeho dílčí součásti.

³⁴ Věková hranice nahrazena větým spojením „plodný věk“, případně „přirozené reprodukční období ženy“

Za nanejvýš zajímavou považuji skutečnost, že návrh o tom, že ženy by měly mít právo rozhodnout samy o tom, zda se cítí být dostatečně zdravý a schopny stát se matkou i v pozdějším věku, nenavrhlly ženy. S návrhy přišly naopak muži, konkrétně pan poslanec Boris Šťastný a pan senátor Jaroslav Kubera. Tento fakt nezarazil jen mne, ale i pány senátory, o čemž svědčí poznámky senátora Kubery: *„já jsem očekával aktivnější účast senátorek“* nebo dále: *„senátorky tady bohužel nejsou. Já jsem se jich chtěl zeptat, protože ony jsou ty, na rozdíl od nás trubců, které už stejně za chvíli nebudou ani potřebovat, protože se to naučí, udělat si to samy, ale myslel jsem, že senátorky, se vyjádří k tomu, protože jsou to zralé ženy, jaký je ten správný věk, kdy by si ještě přály být uměle oplodněny. Ale protože tu nejsou, tak se jich zeptat nemohu“*. Boris Šťastný dokonce symbolicky navrhuje *„nesmyslnou hranici 56 let s odkazem na výše uvedené argumentace“*.

3.4.1.2.4 Diskurzivní rámec „Kvantifikace“

Poslanci ve svých interpelacích, ať již ústních nebo písemných ani při diskuzích nepoužili ani jednou diskurzivní rámec kvantifikace. Přesto na půdě parlamentu zazněl a jistě byl všemi poslanci podvědomě vnímán. Konkrétně se jednalo o dva příspěvky na semináři „Komplexní mezioborový přístup k léčbě neplodnosti“, konaného 17. 6. 2009. Podle Pottera je diskurz kvantifikace definován jako *“způsob, jakým je měřena úspěšnost jednotlivých metod a postupů asistované reprodukce“* (Potter, 1996: 187–194).

Doktor Aleš Sobek z centra asistované reprodukce Fertimed v Olomouci v přednášce Pokles činnosti vaječnicků v populaci českých žen konkrétně uvedl, že je *„prokázáno, že plodnost žen se vzrůstajícím věkem poklesá a tento pokles je výrazně rychlejší po 35. roce života“*. Dále uvedl, že *na souboru 5 499 žen v období 1995-2008 byl prokázán vzrůst průměrného věku pacientek léčených pro neplodnost o 3 roky“* a pokračoval dále, že *„po matematické eliminaci vlivu věku na zhoršování sledovaných parametrů jsme prokázali, že důvodem zhoršení plodnosti žen přispívají i jiné příčiny (vlivy prostředí?, stress?, kouření?, nadváha?). To například znamená, že kvalita činnosti vaječnicků u 30 leté ženy byla před 10 lety vyšší než funkce vaječnicků dnes. Tento pokles činí 3-5 % za uvedené období, a byl pozorovatelný u žen všech věkových kategorií (20-40 let) stejnou měrou. Průměrný věk žen podstupujících léčbu metodou IVF je nyní 32 let. 10 % ve věku 32 let již vykazuje známky předčasného selhání činnosti vaječnicků a s přibývajícím věkem je výskyt této poruchy častější. Tento fakt snižuje efektivitu léčby nebo*

vede přímo k nutnosti využití darovaných gamet. Ve sledovaném období se zvýšily nároky na léčbu neplodnosti darovanými vaječnými buňkami 5x. Více než polovina těchto cyklů je prováděna ve věku příjemkyň do 40 let“ (Sobek).

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že se oproti laickým předpokladům, které argumentují tím, že se stále zvyšuje věk dožití a ženy jsou vitálnější a zdravější a tím by logicky mělo dojít i k posunu plodného věku směrem nahoru, je skutečnost taková, že menopauza se u žen na přelomu tisíciletí objevuje dříve, než tomu bylo v minulém století např. ještě v socialismu a to v důsledku špatného životního stylu. Touto argumentací tak zesílil diskurzivní rámec babičky – matky. Protože pokud tu byl předpoklad posunu plodného věku směrem naopak a byl mylný, pak i předpoklad toho, že ženy babičky – matky budou jako sedmdesátileté či osmdesátileté schopné postarat se o své dítě, neboť se věk dožití neustále zvyšuje, může být stejně tak mylný.

Druhým příspěvkem, který řešil věkovou hranici pro asistovanou reprodukci, byl příspěvek doktorky Kateřiny Veselé z centra asistované reprodukce Repromeda v Brně s názvem Budoucnost asistované reprodukce v Evropě a její postavení v populační politice ČR. Veselá tvrdí, že *„na bázi sběru a analýzy dat z veřejných zdrojů vychází, že fertilita v České republice s koeficientem 1,3 je oproti evropskému průměru 1,5 nižší. Aby v České republice nedocházelo ke snižování stavu populace vymíráním, měl by koeficient fertility být min. 2,1“*. Veselá dále pokračuje, že *„jednotlivé země EU přistupují k vzniklé realitě různě a přijímají rozdílná opatření, jejichž prioritou je co nejrychleji účelně a efektivně tuto situaci řešit.“* Dochází k závěru, že *„v tomto ohledu se do budoucnosti jeví asistovaná reprodukce jako jeden ze základních nástrojů pro zachování stavu populace. Zda se fertilita české populace bude udržovat v rozmezí potřebném pro její organický růst, záleží pouze na tom, jaká propopulační opatření a jaké podmínky úhrady metod asistované reprodukce se v České republice budou v následujících letech uplatňovat.“*

Je nesporné, že jak Sobek s argumentací snížení průměrného plodného věku českých žen, tak i Veselá s hrozbou vymírání české populace bez blíže nespecifikovaných propopulačních opatření ve smyslu podpory center asistované reprodukce, svým způsobem lobbují za centra asistované reprodukce.

3.4.1.2.5 Diskurzivní rámec „Možnosti vědy“

Tento diskurzivní rámec je ze všech uvedených diskurzů nejslabší, respektive je nejméně zmiňovaný, ačkoli je možné jej nalézt až již v pozitivních nebo negativních konotacích ve všech předchozích diskurzivních rámcích. Tento rámec silně podporuje a

rezonuje³⁵ dominantní diskurzivní rámec a to podpůrnou argumentací pro stanovení maximální věkové hranice na věk 55 let, odkazující na fakt, že žena v „55 může donosit zdravé dítě a jsou s tím zkušenosti“ (ministr Heger), pokračující dále s odkazem na možnosti vědy tím, že „za rok 2009 se totiž u nás děti narodily pouze čtyřem ženám, kterým bylo více než padesát. Přirozené početí je přitom téměř nemožné už po 45 roce“ (Odůvodnění k odůvodnění k úpravě horní věkové hranice pro provedení některé z metod asistované reprodukce v návrhu Zákona o specifických zdravotních službách č. 373/2011 Sb. ze dne 2. 8. 2011).

Tady zákonodárci dali najevo, že možnosti vědy jsou v současnosti v podstatě bez limitní a tudíž je zapotřebí tyto možnosti nějak regulovat. V tomto případě zákonným omezením pro horní věkovou hranici žen, podstupující některou z metod asistované reprodukce a tudíž tak s odkazem na možnosti vědy podpořili spíše rámec subversivní.

S argumentacemi, které se pojí s možnostmi asistované reprodukce, která patří k nejprogresivněji se vyvíjejícím vědním odvětvím vůbec, se ve své podstatě setkáváme ve všech diskuzích, protože jsou to právě ony možnosti vědy, které umožňují celou tuto proceduru a stojí tudíž v pozadí celé diskuze. Možnosti vědy jsou pak vnímány podle pozic aktérů buď pozitivně a takto následně i v diskurzu užívány nebo negativně s tím, že je zapotřebí umělého ohraničení ve formě zákonných opatření, protože bez této regulace bychom se mohli v budoucnosti dočkat už jen babiček- matek. Protože ženy majíc svobodnou volbu a neomezené možnosti vědy by své reprodukční možnosti neustále odkládaly, což není v zájmu státu.

3.4.1.3 Diskurzy související s asistovanou reprodukcí

Analýzou politických textů bylo odhaleno pět různých diskurzivních rámců – věda suplující přirozenost, babičky – matky, svobodná volba, kvantifikace a možnosti vědy. Porovná-li výsledky svého výzkumu s výzkumem, který učinila v roce 2005 Lenka Zamykalová a uveřejnila jej pod názvem „Babičky – matky? Diskurzivní konstrukce mateřství skrze asistovanou reprodukci“ v 6. ročníku internetového časopisu Gender, rovné příležitosti, výzkum, pak dojdeme k zajímavému výsledku. Zamykalová ve svém článku vycházela „ze sémiotické analýzy článků z let 1978 až 2004, která byla součástí

³⁵ Pozn. autorky: na první pohled by se mohlo zdát, že dominantní rámec oslabuje, ale myslím, že je tomu právě naopak – že jej rezonuje, protože podporuje argumentaci poslanců, kteří chtějí povolit umělé oplodnění ženám až do věku 55 let, respektive hájí nejvyšší možnou hranici – jsou to právě a jenom možnosti vědy, které toto umožňují.

grantového projektu GA AV (grant č. KJB7028402: Fenomén bezdětnosti v kontextu vývoje české společnosti) a částečně také z dat, která sbírala pro svou diplomovou práci (Asistovaná reprodukce: Problém ustavování hranic, FSV UK, Praha 2002), a to z rozhovorů se zúčastněnými aktéry (páry podstupujícími léčbu, lékaři, embryology, etiky atd), kdy se celkem jednalo o 34 rozhovorů a okolo 350 článků“ (Zamykalová, 2005: 35). Zamykalová svou analýzou odhalila následující čtyři diskurzivní rámce: diskurz přirozenosti, diskurz hierarchizace příčin, diskurz kvantifikace, diskurz individualizace (dopadů), které zahrnuje do všeobjímajícího diskurzivního rámce „babičky – matky“.

V mnou analyzovaném politickém diskurzu se odrazily téměř všechny jí definované diskurzy související s horní hranicí věkového rozmezí pro asistovanou reprodukci, vyjma diskurzu hierarchizace příčin³⁶ a diskurzu individualizace (dopadů)³⁷. V mé analýze se pak navíc objevil diskurzivní rámec „možnosti vědy“, který Zamykalová ve své práci nedefinovala. Můžeme tak shrnout, že do politické roviny se promítla většina diskurzů, které můžeme dle Zamykalové nalézt v české společnosti.

3.5 Komparace totalitního a demokratického režimu

Legislativní úprava asistované reprodukce v podobě zákonných či podzákonných opatření odkazuje na to, jaké ženské tělo bylo z pohledu státu vhodné pro reprodukci. Které ženské tělo bylo z pohledu státu vhodné pro mateřství, které méně vhodně a které stát z mateřského cyklu vyloučil úplně. V následující kapitole bych se ráda věnovala srovnání toho, jakou roli hrála *gouvernementalita* ve shodě s Foucaultovou teorií v rámci totalitního a v rámci demokratického zřízení. V obou režimech představovaly analyzované legislativní úpravy jeden z mnoha nástrojů *gouvernementality* pro kontrolu a regulaci populace.

Podmínky, které byly státem v tomto opatření definovány, tak kopírovaly, respektive vytvářely obraz ideální ženy – matky v státně-socialistickém zřízení. Pro socialistický stát byla vhodnou stát se matkou pouze vdaná žena ve zletilém věku,

³⁶ „Lékař vychází z dichotomie umělé (medicínsky navozené) a přirozené (odehrávající se v těle, bez pomoci medicíny, v přírodě). Mezi příčinami jsou ustaveny vztahy posloupnosti. Tuto strategii označuje Zamykalová jako *diskurz hierarchizace příčin*“ (Zamykalová 2005: 37)

³⁷ „Žena-babička nemusí mít ani vnoučata, ani nemusí být nutně ve věku důchodkyň. Zůstáváme ale na úrovni nemnoha, do jisté míry výjimečných žen, v *diskurzu individualizace (dopadů)*. Tyto individuální případy jsou zatím nepočtené a tedy statistiky (které je nezohledňují) lze nakonec vzít jako rozumný základ rozhodování“ (Zamykalová 2005: 37)

maximálně však do 35 let. Stát takto legislativně, prostřednictvím gouvemementality reguloval reprodukci, což je typické pro všechny druhy zřízení. Cílem byla mladá, funkční rodina bez genetické zátěže.

Govermentalita byla v socialismu úzce propojena s diskurzem vědění a to prostřednictvím umístění příslovce **zpravidla** před udání horní věkové hranice. Lékařům tak stát udělil v přijatelných mezích určitou svobodu v rozhodování o tom, která žena je pro provedení umělého oplodnění ještě vhodná a která již nikoli.

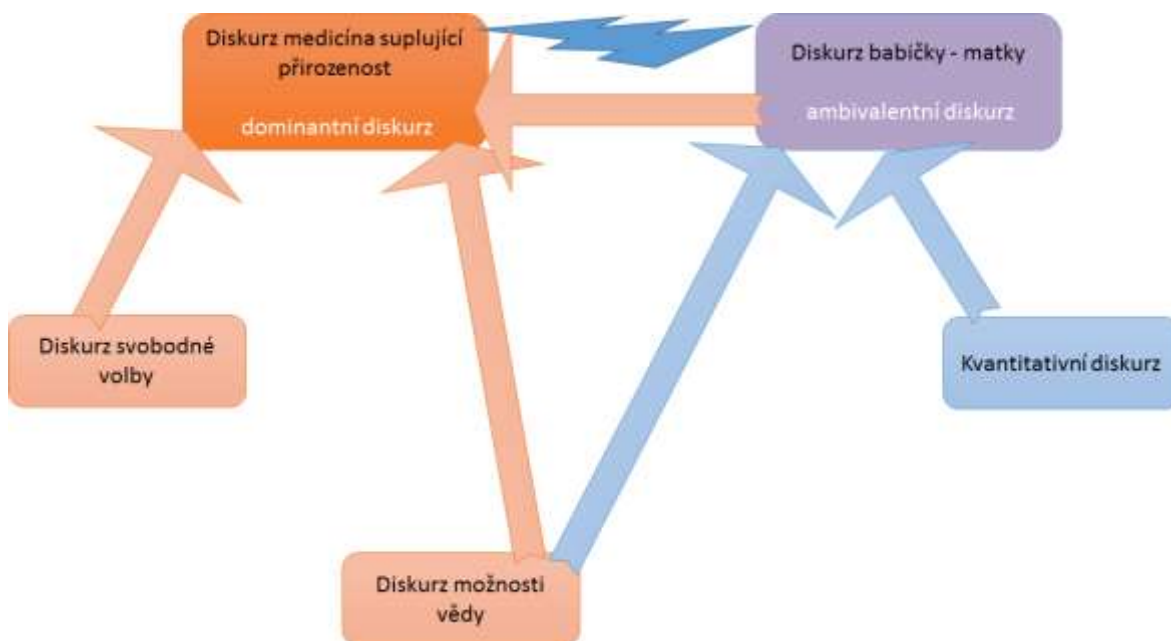
Zatímco v socialismu existoval výhradně jeden dominantní diskurzivní rámec, který nebyl žádným jiným rámcem posilován ani naopak zeslabován či narušován, ve státně demokratickém zřízení je situace o poznání komplikovanější (viz Obrázek 1 a Obrázek 2).

Obrázek 1. Nákres diskurzivních rámců v státně-socialistickém zřízení



Zdroj: vlastní tvorba.

Obrázek 2. Nákres diskurzivních rámců ve státně-demokratickém zřízení



Zdroj: vlastní tvorba.

Od roku 1989 pokračoval státně-socialistickým zřízením nastavený přirozený diskurzivní rámec, jen se v průběhu času měnily podmínky jeho vnímání. Z původně nastavené hranice poklesu fyziologické fertility na 35. rok života se stala neurčitě definovaná hranice přirozeného reprodukčního období ženy, případně plodného věku, opomineme-li hranici 39 let pro úhradu asistované reprodukce ze zdravotního pojištění, jež není součástí analýzy. Pokračoval tak trend nastavený v socialismu, kdy governmentality byla propojena s diskurzem vědění prostřednictvím určité svobody lékařům v rozhodnutí o poskytnutí některé z metod asistované reprodukce.

V roce 2011 se díky návrhu Zákona o specifických zdravotních službách rozpoutala diskuze o tom, zda je vhodné přenechat rozhodnutí o umělém oplodnění v rukou lékařů. Stát tak dal najevo, že propojení governmentality s diskurzem vědění již pro něj není dostatečná forma kontroly nad reprodukcí populace v České republice. Za tímto rozhodnutím stál pravděpodobně fakt, že z lékařů výhradně odborníků se stali i lékaři podnikatelé (vlastníci, případně zaměstnanci soukromých center asistované reprodukce) a jejich zájem už přestal být výhradně odborný: „co se týče věkové hranice, ta tam tehdy – myšleno po roce 1989 (poznámka autorky) stanovena nebyla, a důsledkem toho bylo, že

centra asistované reprodukce byla "atakována", to asi není úplně správný termín, ženami i staršími, než je 49 let, a ze zahraničí známe případy i žen přes 60 let, které se dožadovaly a kterým byla asistovaná reprodukce provedena, a porodily dítě“ senátorka Palečková.

V roce 2011 tak probíhala v politické rovině diskuze nikoli o tom, zda ponechat rozhodnutí o umělém oplodnění v rukou lékařů „nějaká věková hranice být stanovena musí“, ale o tom, jak vysoká by tato věková hranice měla být. Argumentace byla velmi komplikovaná, protože je velmi složité odpovědět na otázku, jaký je ten „správný“ věk pro omezení přístupu k metodám asistované reprodukce a tím i k možnosti realizace mateřské role pro ženy v České republice. Podle slov otce asistované reprodukce, docenta Pilky je „pravděpodobnost otěhotnění a donošení zdravého dítěte od čtyřicítky tak výrazně snížena, přes všechny technické vymoženosti je starší matka výjimka. Víte, ono je strašně těžké nějak určovat hranici, kdy žena může být matkou a kdy už jí medicína pomáhat nemá. Dneska se ženy dožívají v průměru téměř osmdesát let, tak proč by nemohly – když to půjde – mít dítě ve čtyřiceti? Do dospělosti je zajistí pravděpodobně bez problémů a třeba, díky životním zkušenostem a zralosti, mohou být lepšími matkami než dvacetileté dívky, které mají ještě dost starostí samy se sebou“ (Konečná, 2004: 2-3). Stát ovšem svým rozhodnutím v podstatě vyslal společnosti signál, že žena, která se stane matkou po 49. roce života je z jeho pohledu matkou nevhodnou a nepřijatelnou.

Podmínky, které byly státem ve sledovaných zákonných a podzákonných úpravách definovány, tak stejně jako v socialismu vytvářely obraz ideální ženy – matky v státně-demokratickém zřízení. Pro demokratický stát byla optimální stát se matkou heterosexuálně orientovaná, zdravá žena, žijící v manželství nebo trvalém partnerském svazku ve věku od 18 do 39 let. Stát ještě definoval věkovou hranici, která pro něj pro realizaci mateřské role byla akceptovatelná a to věkovou hranicí 49 let. Žena, která se stane matkou po tomto věkovém horizontu je pro stát již, viděno optikou Foucaultovy analýzy governmentality, nepřijatelná. Cílem již nebyla mladá, funkční rodina bez genetické zátěže jako v socialismu, ale rodina, případně kvazi-rodina (nedefinována manželstvím, ale dlouhotrvajícím partnerstvím) v optimálním věku bez genetické zátěže.

Závěr

Mateřství je stále pokládáno za neodmyslitelnou součást normální životní dráhy a ženské identity. Je s ním spojena „řada narativů, jež ovlivňují nejen zkušenosti matek, ale i bezdětných“ (Hašková, Zamykalová, 2006: nestr.). Norma dětnosti je jedna z nejsilnějších norem vůbec a bezdětní, především pak ti dobrovolně bezdětní, tak zůstávají těmi ne-normálními, kteří jsou vystaveni velkému tlaku okolí a vlastním nepříjemným pocitům.

Schopnost ženského těla plodit a rodit děti je „společností vnímána jako předurčení k těmto činnostem, čímž deskripce přechází v preskripci a ze schopnosti je odvozena nutnost“ (Fafejta, 2002: 601). Potenciál na sebe bere podobu povinnosti, případně údělu. Dominantní diskurz spojuje ženu automaticky s matkou a omezuje její možnost volby na minimum - pokud žena zvolí jinak, než ji říká věda a přirozenost, bývá její chování posuzováno jako nemorální. Foucaultovou optikou dochází k totální kontrole, kdy jedinec v režimu biopolitiky sám na sebe aplikuje disciplinární mechanismy skrze určitou formu sebezpytování.

S diskursem mateřství jsou spojeny také nové metody reprodukční technologie, které je možné vnímat jako „foucaultovské disciplinační technologie“ (Sawicki, 1993: 394–396 citována in Fafejta, 2002: 601). Neplodné ženy mají tendenci vnímat sebe sama jako nemocné, neplnohodnotné. Tím, že existuje nesoulad mezi skutečnou identitou (tj. neplodnou, případně dosud ne-těhotnou ženou), a ideální identitou (ženou - matkou, případně těhotnou ženou) dochází k narušení identity (Goffman, 2003: 19), přičemž „čím větší je závazek biologického rodičovství, tím větší šok identity zažije osoba neplodná nebo nedobrovolně bezdětná“ (Matthews, Matthews, 1986: 646). To znamená, čím větší tlak společnost, respektive stát na ženy-nematky vyvíjí, tím hůře se cítí. Toho dociluje formou governmentality – uplatněním biomoci ve smyslu posilování normality mateřství a prekarizace neplodnosti.

Léčba neplodnosti se oddělením sexuality od reprodukce díky technikám asistované reprodukce stala veřejnou záležitostí a výsostným příkladem oblasti lidského života, nad níž převzala medicína kontrolu. Podle Foucaultova konceptu biomoci konstruuje politická racionalita ženy jako objekty v diskurzu normalizace mateřství a prekarizace neplodnosti. V důsledku tohoto dominantního diskurzu se „musí všechny ženy ztotožnit s režimem žena = matka, a naopak ne-matka rovná se ne-žena, respektive neplnohodnotná žena“ (Vlasenko, 2013: 11). Léčba neplodnosti, která by měla být soukromou volbou dotčeného

páru, se stala výkladní skříní biomoci. Ve formě anatomopolitiky mají lékaři monopol na výrobu a racionální využívání vhodného diskurzu pravdy, prostřednictvím kterého jsou ženská těla identifikována a kontrolována a ve formě biopolitiky na úrovni státu je neplodnost definována jako problém, což se projevuje ve velké finanční podpoře léčbě neplodnosti. „Ženské tělo je v rámci těchto procesů vnímáno jako stroj, jehož cílem je počít, donosit a porodit zdravé dítě, do světa ovládaného biomedicínou“ (Cahill, 2001; Davis-Floyd, 1992 citováni in Slepíčková at al., 2012: 96).

Medicína, a asistovaná reprodukce především je oblastí, kde lékařské znalosti převládají nad ženinou znalostí vlastního těla a současně delegitimuje všechny ostatní zdroje. Jsou to lékaři, kteří ustavují hranice toho, co je k léčbě a co již nemá šanci na úspěch a kteří rozhodují druh použitých technik léčby. Vzhledem ke skutečnosti, že lékaři disponují velkou mocí a současně pracují s citlivými a společensky závažnými, morálně zatíženými vztahy, vyvolává jejich činnost řadu etických i legislativních otázek.

Podle Rose byla odpovědnost za lidský život a zdraví „odebrána státu a připsána kváziautonomním nestátním subjektům, které zahrnují nestátní subjekty, soukromé společnosti, organizace, skupiny odborníků, komunit a jednotlivců, kteří nyní musí zabezpečovat své vlastní záležitosti k zajištění své vlastní bezpečnosti s ohledem na budoucnost“ (Rose, 2007: 4). Vláda v tomto způsobu vládnutí má jako cíl populaci, ale vykonává biopolitiku prostřednictvím „formování vůle autonomních orgánů a regulaci volby jednotlivých občanů“ (Miller, Rose, 2008: 216). V důsledku těchto technologií odpovědnosti se regulace chování stává záležitostí každého jednotlivce. Ženy jsou díky dominantnímu diskurzu nuceny „být aktivní samy za sebe a nutí je překonávat všechny překážky na cestě k seberealizaci, tj. na cestě k mateřství“ (Vlasenko, 2013: 43).

Způsob, jakým byla horní věková hranice pro umožnění asistované reprodukce pro ženy rámována v politické, respektive expertní rovině, se v porovnání dvou režimů – socialistického a demokratického na první pohled výrazně změnil. Zatímco v socialismu jsme svědky existence jediného diskurzivního rámce – medicína substituující přirozenost, v demokratickém zřízení se v politické rovině objevilo pět diskurzivních rámců - medicína substituující přirozenost, babičky – matky, svobodná volba, kvantifikace a možnosti vědy, které mezi sebou různě rezonovaly nebo se naopak narušovaly.

Existence jediného diskurzivního rámce v socialistickém zřízení byla odrazem skutečnosti, že veřejná debata v podmínkách státně-socialistického zřízení byla výrazně limitována. Protože otázka reprodukce spadala do kategorie ideologicky

nezávadných, tj. bez přímé hrozby pro socialistické mocenské zřízení případně mocenské postavení politických špiček, tak se na diskuzi podíleli výhradně experti z řad demografů, lékařů, psychologů, ekonomů a právníků a v podobně diskuzních příspěvků na stránkách odborných tiskovin spolupodíleli na rozvoji socialistické governmentality. Umělé oplodnění v podmínkách státně-socialistického zřízení v parlamentu nikdy diskutováno nebylo, a proto expertní rovina v tomto případě substituovala rovinu politickou.

Stejně tak i koexistence několika diskurzivních rámců ve státně-demokratickém zřízení je odrazem skutečnosti, že se na veřejné diskuzi podílelo několik zájmových stran, které ohýbaly a směřovaly diskuze podle svých představ a především zájmů. K největším zájmovým stranám, které nějakým způsobem zasahovaly do analyzované diskuze o horní věkové hranici žen pro umělé opatření, patřili vyjma státu reprezentovaného politickou reprezentací, odborná veřejnost, náboženské skupiny, feministické skupiny a spolky, aktivistické skupiny gayů a leseb a soukromé subjekty v podobě center asistované reprodukce.

Při bližším prozkoumání je ovšem nezbytné konstatovat, že dominantní diskurzivní rámec používaný v souvislosti s diskuzemi o věkové hranici pro umělé oplodnění žen zůstal stejný, jen se v průběhu času měnily podmínky jeho vnímání. Ve státně-demokratickém zřízení pokračoval trend nastavený v socialismu, kdy governmentality byla propojena s diskurzem vědění prostřednictvím určité svobody lékařům v rozhodnutí o poskytnutí některé z metod asistované reprodukce. K zásadnímu zlomu došlo až v roce 2011, kdy se díky návrhu Zákona o specifických zdravotních službách rozpoutala diskuze o tom, zda je vhodné přenechat rozhodnutí o umělém oplodnění v rukou lékařů. Stát tak dal najevo, že propojení governmentality s diskurzem vědění již pro něj není dostatečná forma kontroly nad reprodukcí populace v České republice.

Česká republika v rámci tělesného občanství svých příslušníků ve veřejném zájmu zasahuje do tělesné integrity těch, kteří jsou považováni za neschopné kontrolovat svá těla ve smyslu reprodukce, která je v zájmu státu. Stát vykonává nad ženou určitou formu kontroly reprodukce ve smyslu regulace, omezení nebo úplného zákazu k přístupu k metodám asistované reprodukce. V zákonech týkajících se asistované reprodukce tak definuje ženy, které jsou z pohledu státu vhodné stát se matkami a které již ne. Podmínky, které jsou státem ve sledovaných zákonných a podzákonných úpravách definovány, tak stejně jako v socialismu vytváření obraz

ideální ženy – matky ve státně-demokratickém zřízení. Pro demokratický stát je ideální matkou heterosexuálně orientovaná, zdravá žena, žijící v manželství nebo trvalém partnerském svazku ve věku od 18 do 39 let. Stát dále definuje věkovou hranici, která je pro něj pro realizaci mateřské role ještě akceptovatelná, která je na hranici 49 let. Žena, která se stane matkou po tomto věkovém horizontu je pro stát, viděno optikou Foucaultovy analýzy governmentality, nepřijatelná. Ve státně-demokratickém zřízení není již cílem mladá, funkční rodina bez genetické zátěže jako v socialismu, ale rodina, případně kvazi-rodina (nedefinována manželstvím, ale dlouhotrvajícím partnerstvím) v optimálním věku³⁸ bez genetické zátěže.

Ve státně-socialistickém zřízení nesla všechna opatření, realizovaná státem v rámci biomoci své ovoce, neboť průměrný věk matek se pohyboval v rozmezí 24,6 až 25,1 let a konečná plodnost kolísala v horizontu 1,8 až 2,4. V podmínkách státně-demokratického zřízení je již situace složitější. Na základě společenského diskurzu „prudkého poklesu plodnosti“, by se mohlo zdát, že opatření v rámci reprodukce populace, realizovaná státem nejsou dostatečná, respektive nejsou účinná. Nicméně po bližším zkoumání jsme nuceni zkonstatovat, že v České republice nejsme svědky razantního poklesu konečné plodnosti, ani výrazného nárůstu podílu bezdětných žen. Jsme svědky pouze změny v rozložení úrovně plodnosti podle věku, která se v souhrnu projevila ve „vzestupu průměrného věku matek při porodu“ (Šťastná, 2010: 78) a tudíž i opatření, realizovaná demokratickým státem v rámci biomoci jsou z hlediska státu nastavena optimálně.

³⁸ u ženy definovaného věkovou hranicí 39, respektive 49 let

Použitá literatura

Badinter, Elisabeth. 1998. *Materská láska*. Bratislava: Aspekt.

Bartošová, Michaela. 2009. *Ženy po třicítce – příklad specifických reprodukčních strategií a jejich zdrojů*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.

Bubleová, Věduna, Lucie Vávrová, Alena Vránová. 2011. *Základní informace o osvojení (adopci)*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče.

Burcin, Boris, Tomáš Kučera. 2010. Perspektivy populačního vývoje České republiky v období transformace společnosti (1992–2010). In *Sborník příspěvků XL. konference České demografické společnosti. Dvacet let sociodemografické transformace*. [online]. 2005. Praha: Český statistický úřad, s. 58 - 66. [cit. 3. 5. 2014]. Dostupné z: <[http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/0F00395366/\\$File/rok_2010_xl_konf_sbornik_prispevku.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/0F00395366/$File/rok_2010_xl_konf_sbornik_prispevku.pdf)>.

Butler, Judith. 1990. *Gender Trouble*. London: Routledge.

Bočák, Michal. 2008. *Diskurz ako predmet transdisciplinárneho výzkumu*. In: Slančová, Daniela, Michal Bočák, Iveta Žarnovská. 3. *Študentská vedecká konferencia*. 2008. Prešov: Prešovská univerzita, s. 526 – 537. [cit. 5. 9. 2013]. Dostupné z: <http://www.pulib.sk/elpub2/FF/Slancova2/pdf_doc/bocak.pdf>.

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

Conrad, Peter. 1992. *Medicalization and Social Control*. Annual Review of Sociology, Vol. 18. (1992): 209-232.

Čada, Karel. 2009. *Medikalizace společnosti a socializace medicíny*. [online]. Příspěvek přednesený na Doktorandské konferenci sociologie a příbuzných oborů UK. Praha, 21. května 2009 [cit. 14. 2. 2014]. Dostupné z: <<http://tarantula.ruk.cuni.cz/ISS-118-version1-Cada.doc>> .

Delaisi de Parseval, Genevieve. 2003. "Les PMA ou 'Paternites medicalement assistees'". In Marciano P., P. Ramonville. *Le pere, l'homme et le masculin en perinatalite*. Saint-Agne: Eres.

Doherty, C. Maud, Melanie Morrissey Clark. 2006. *Léčba neplodnosti: podrobný rádce pro neplodné páry*. Brno: Computer Press.

Donati, P. R. 1992. „Political Discourse Analysis“. In Diani M., R. Eyerman (ed.) *Studying Collective Action*. London: Sage, s. 136-167.

Dudová, Radka. 2005. *Maskulinita a maskulinity*. [online]. Praha: Sociologický ústav AV ČR. [cit. 15. 5. 2013]. Dostupné z: <<http://www.soc.cas.cz/info/cz/25042/Uvod.html>>.

Dudová, Radka (ed.), Šárka Hastrmanová, Hana Hašková, Hana Maříková, Hana Víznerová, Marta Vohlídalová. 2007. *Souvislosti proměn pracovního trhu a soukromého, rodinného a partnerského života*. Praha: Sociologický ústav AV.

- Dudová, Radka, Marta Vohlídalová. 2007. „Nové tváře rodiny a nové podmínky pracovního trhu – teoretické souvislosti“. In Dudová, Radka (ed.), Šárka Hastrmanová, Hana Hašková, Hana Maříková, Hana Víznerová, Marta Vohlídalová. 2007. *Souvislosti proměn pracovního trhu a soukromého, rodinného a partnerského života*. Praha: Sociologický ústav AV, s. 17 – 33.
- Dudová, Radka. 2012. *Interrupce v České republice: zápas o ženská těla*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky.
- Dudová, Radka. 2013. „Analýza veřejného a politického diskurzu“. *Víkendový seminář kombinovaného studia oboru Historické sociologie*. 23. února 2013. Praha: FHS UK.
- Dunnington, Rennee. M., Greer Glazer. 1991. „Maternal identity and early mothering behavior in previously infertile and never infertile women“. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 20: 309-318.
- E15. 2000. „Rozhovor s 'otcem' asistované reprodukce v České republice, Prof. MUDr. Ladislavem Pilkou, DrCs.“. E15 30. srpna 2000: A/4. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/rozhovor-s-otcem-asistovane-reprodukce-129966>.
- Ene, Smaranda. 2009. *Biosocial Citizenship: Community Participation in Public Health*. [Online]. November 30, 2009. [cit. 10. 4. 2014]. Dostupné z: http://www.case.edu/med/epidbio/mphp439/Biosocial_Comm.pdf.
- Entman, Robert M. 1993. „Framing: Toward Clarification of a Fractured Paradigm“. *Journal of Communication* 43 (4): 51-58.
- ESHRE, 2013a. „Assisted reproductive technology in Europe, 2009: results generated from European registers by ESHRE“. In *Human Reproduction* [online] 28 (9): 2318–2331 [cit. 4. 3. 2014]. Dostupné z: <http://www.eshre.eu/Data-collection-and-trials/Consortia/EIM/Publications.aspx>.
- ESHRE, 2013b. „ART fact sheet. ESHRE“. European Society of Human Reproduction and Embryology [online], [cit. 4. 3. 2014]. Dostupné z: <http://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/ART-fact-sheet.aspx>.
- Fafejta, Martin. 2002. „K některým strategiím feministické politiky: dekonstrukce rodové/genderové symboliky“. *Sociologický časopis* 38 (5): 593 - 606.
- Fiala, Tomáš, Jitka Langhamrová. 2010. „Změny demografického vývoje a struktury obyvatelstva od roku 1989 v České republice“. In *Sborník příspěvků XL. konference České demografické společnosti. Dvacet let sociodemografické transformace*. Praha: Český statistický úřad, s. 44 - 57. [cit. 3. 5. 2014]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/0F00395366/\\$File/rok_2010_xl_konf_sbornik_prispevku.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/0F00395366/$File/rok_2010_xl_konf_sbornik_prispevku.pdf).
- Fisher, Kim. 1997. "Locating Frames in the Discursive Universe“. In *Sociological Research* 2 (3). [Online]. [cit. 26. 8. 2012]. Dostupné z: <http://www.socresonline.org.uk/2/3/4.html>.

- Foucault, Michel. 1991. „Governmentality“. In Burchell, G., C. Gordon, P. Miller (ed.). *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf, s. 87–104.
- Foucault, Michel. 1999. *Dějiny sexualit. I., Vůle k vědění*. Praha: Herrmann & synové.
- Foucault, Michel. 2000. *Dohlížet a trestat: kniha o zrodu vězení*. Praha: Dauphin.
- Foucault, Michel. 2002. *Archeologie vědění*. Praha: Herrmann & synové.
- Foucault, Michel. 2003. *Myšlení vnějšku*. Praha: Herrmann & synové.
- Foucault, Michel. 2007. *Security, territory, population: lectures at the College de France, 1977-1978*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Foucault, Michel. 2009. *Zrození biopolitiky: kurz na Collège de France (1978-1979)*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury.
- Goffman, Erving. 2003. *Stigma. Poznámky k problému zvládnání narušené identity*. Praha: SLON.
- Grebeldinger, Jessica. 2013. *Assisted reproductive technologies: reviewing recent perspectives and addressing research gaps in medical anthropology*. Washington: Institute for Global and International Studies. [cit. 13. 2. 2014]. Dostupné z: <www.gwu.edu/~igis>.
- Greil, Arthur L. 1991. *Not Yet Pregnant: Infertile Couples in Contemporary America*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.
- Greil, Arthur L., Julia McQuillan. 2010. “Trying Times: Medicalization, Intent, and Ambiguity in the Definition of Infertility“. *Med Anthropol Q.* 2010 June; 24(2): 137–156.
- Hašková, Hana. 2007. „(Ne)Zakládání rodiny ve světle reprodukčních preferencí, bariér, plánů a chován“. In Dudová, Radka (ed.), Šárka Hastrmanová, Hana Hašková, Hana Maříková, Hana Víznerová, Marta Vohlídalová. 2007. *Souvislosti proměn pracovního trhu a soukromého, rodinného a partnerského života*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, s. 81-109.
- Hašková, Hana. 2006. *Fenomén bezdětnosti*. Praha: SLON.
- Hašková, Hana. 2009. *Reprodukční preference a bezdětnost v české společnosti ve světle kvantitativních dat*. Praha: SLON.
- Hašková, Hana, Lenka Zamykalová. 2006. „Mít děti - co je to za normu? Čí je to norma“ *Biograf* (40-41): 130 odst. [cit. 1. 5. 2013]. Dostupné z: <<http://www.biograf.org/clanky/clanek.php?clanek=v4001>>.
- Hlaváč, Ivo. *Michel Foucault – vědění a moc*. [online]. Nedatováno. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc [cit. 16. 11. 2013]. Dostupné z: <<http://www.phil.muni.cz/fil/studenti/foucault.html>>.
- Hrnčířiková, Pavlína. 2011. *Mateřství z pohledu několika generací*. Nepublikovaná diplomová práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati.

- Hřešanová, Ema. „Genderovanost porodu jako příklad antropologického zkoumání lidské reprodukce: přehled klíčových konceptů“ [online]. AntropoWebzin 3/2012. [cit. 14. 2. 2014]. Dostupné z: <<http://antropologie.zcu.cz/genderovanost-porodu-jako-priklad-antropologickeho-zkoumani-lidske-reprodukce-prehled-klicovych-konceptu>>.
- Chmelařová, Hana. 2010. *Proměny současného manželství*. Nepublikovaná rigorózní práce. Brno: Masarykova univerzita.
- Inhorn, Marcia C., Pasquale Patrizio. 2009. „Rethinking reproductive ‘tourism’ as reproductive ‘exile’“. *Fertility and Sterility*. 92 (3): 904–906.
- Inhorn, Marcia C. 2011. „Globalization and gametes: reproductive ‘tourism’. Islamic bioethics, and Middle Eastern modernity“. *Anthropology & Medicine*. 18 (1): 87 -103.
- Jarkovská, Lucie. 2004. „Prohlédněme genderové stereotypy“. In Formánková, Lenka, Kristýna Rytířová (ed.). *ABC feminismu*. Brno: Nesehnutí Brno, s. 19-27.
- Jurníček, Pavel. 2005. *Jak jsem se dostal do “past’áku”. Poruchy chování z narativní perspektivy dospívajících*. Nepublikovaná diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova.
- Juříčková, Lenka. 2005. „Bezdětnost v české republice“. Demografie [online]. [cit. 5. 5. 2014]. Dostupné z: <http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=118>.
- Kalinová, Ludmila. 2006. „Národní pojištění – sociální zabezpečení“. In Kocián, Jiří. *Slovníková příručka k československým dějinám 1948–1989*. Praha: Ústav pro soudobé dějiny Akademie věd České republiky.
- Kalinová, Ludmila, Magdalena Piscová. 2006. „Populační vývoj“. In Kocián, Jiří. *Slovníková příručka k československým dějinám 1948–1989*. Praha: Ústav pro soudobé dějiny Akademie věd České republiky.
- Kaválková, Lucie. 2010. *Mediální obraz ženského stáří v časopise Vlasta*. Nepublikovaná magisterská diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Kocián, Jiří. 2006. „Úvod ke slovníkové příručce k československým dějinám 1948 – 1989.“ In Kocián, Jiří. *Slovníková příručka k československým dějinám 1948–1989*. Praha: Ústav pro soudobé dějiny Akademie věd České republiky.
- Keller, Jan. 2005. *Soumrak sociálního státu*. Praha: SLON.
- Kimmel, Michael. 2000. *The Gendered Society*. New York: Oxford University Press.
- Konečná, Hana. 2003. *Cesta za dítětem. Dvě malá křídla*. Praha: Academia.
- Kostelecká, Hana. 2012. *Mateřství na prahu 21. století*. Nepublikovaná bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova.
- Kulawik, Teresa. 2009. „Staking the Frame of a Feminist Discursive Institutionalism“. *Politics and Gender* 5 (2): 262–271.
- Lemke, Thomas. 2000. „Foucault, Governmentality, and Critique“. In: *Paper presented at the Rethinking Marxism Conference*. Amherst: University of Amherst, s. 21-24.

- Letherby, Gayle. 2002. „Challenging Dominant Discourses: Identity and Change and the Experience of ‚Infertility‘ and ‚Involuntary Childlessness‘ “. *Journal of Gender Studies* 11 (3): 277–288.
- Lister, Ruth. 1997. *Citizenship: Feminist Perspectives*. Basingstoke: Macmillan.
- Mardešić, Tonko. 1996. *Neplodnost*. Praha: Makropulos.
- Mareš, Petr. 2000. „Chudoba, marginalizace a sociální vyloučení.“ *Sociologický časopis / Czech Sociological Review* 36 (3): 285–297.
- Marshall, Thomas H. 1950. *Citizenship and Social Class*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Maříková, H. 2004. „Rodina: Proměny mateřství, otcovství a rodičovství“. In Formánková, Lenka, Kristýna Rytířová (ed.). *ABC feminismu*. Brno: Nesehnutí Brno, s. 41 - 50.
- Matthews, Ralph, Anne M. Matthews. 1986. „Infertility and Involuntary Childlessness: The Transition to Nonparenthood“. *Journal of Marriage and the Family* 48 (3): 641-649. [cit. 10. 2. 2014]. Dostupné z: <<http://ftp.columbia.edu/itc/hs/nursing/m4050/baker/09LossFamP/matthews.pdf>>.
- Matonoha, Jan. 2003. „Literárněvědný text jako diskurz, velké vyprávění a výkon moci?“ *Česká literatura* 51 (5): 580-585.
- Matorras, Roberto. 2005. "Reproductive exile versus reproductive tourism". *Human Reproduction* 20 (12): 3571-3572.
- Myslivcová, Magdalena. 2009, *Česká společnost a mateřství*. Nepublikovaná diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova.
- Miller, Peter, Nikolas Rose. 2008. *Governing the present: Administering economic, social and personal life*. Cambridge, Malden: Polity Press.
- Nohejl, Marek. 2007. *Jednání, diskurs, kritika. Myslet společnost*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Pavlík, Petr. 2006. „Gender: Úvod do problematiky“. In Smetářková, I. *Gender ve škole. Příručka pro budoucí i současné učitele*. Praha: Otevřená společnost, s. 9-13. [cit. 6. 6. 2013]. Dostupné z: <<http://www.osops.cz/download/files/gender1/gvs2-komplet.pdf>>.
- Park, Kristin. 2002. „Stigma management among the voluntary childless“. *Sociological Perspectives* 45, (1): 21–45.
- Parusníková, Zuzana. 2000. „Biomoc a kult zdraví“. *Sociologický časopis* 36 (2): 131–142.
- Parry, C. Diana, 2004. „Women's Lived experiences with Infertility“. *Canadian Woman Studies/les cahiers de la femme* 24 (1): 81-86.
- Pavlíček, Václav 2006. „Občanská a lidská práva“. In Kocián, Jiří. *Slovníková příručka k československým dějinám 1948–1989*. Praha: Ústav pro soudobé dějiny Akademie věd České republiky.

- Pennings, Guido. 2002. „Reproductive tourism as moral pluralism in motion“. *Journal of Medical Ethics* 28: 337–341.
- Poslanecká sněmovna České republiky, 2013. *Usnesení č. 391 z 83. schůze 19. června 2013 k návrhu podvýboru organizačního výboru pro přípravu návrhů na propůjčení nebo udělení státních vyznamenání*. Praha: Poslanecká sněmovna České republiky.
- Pospišilová, Tereza. 2012. *Analýza mediálního dialogu – otázky Václava Moravce*. Nепublikovaná magisterská diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Potter, Jonathan. 1996. *Representing Reality. Discourse, Rhetoric and Social Construction*. London: Sage Publications.
- Rabinow, Paul, Nikolas Rose. 2006. Biopower today. *Biosocieties*. 1 (2): 195–217.
- Rabušic, Ladislav. 2001. „Value Change and Demographic Behaviour in the Czech Republic.“ *Czech Sociological Review* 9 (1): 99–122.
- Rabušic, Ladislav. 2001. *Kde všechny ty děti jsou*. Brno: Masarykova univerzita.
- Renzetti, Claire. M, Daniel J. Curran. 2003. *Ženy, muži a společnost*. Praha: Karolinum.
- Ridley, Matt. 1999. *Červená královna: sexualita a vývoj lidské přirozenosti*. Praha: Mladá fronta.
- Rose, Nicolas. 2007. *The politics of life itself: Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton and Oxford: Princeton University Press.
- Rose, Nicolas, Carlos Novas. 2003. “Biological citizenship”. In Ong, A.(ed.), S. Collier. *Global Assemblages: Technology, Politics and Ethics as Anthropological Problems*. London: Blackwell, s. 439–463. [cit. 20. 2. 2014]. Dostupné z: <www.researchgate.net/...Biological_citizenship/.../60>.
- Řežábek, Karel. 2002. *Léčba neplodnosti*. Praha: Grada Publishing.
- Saffee, Christal L., "Maternal Identity in Previously Infertile and Never Infertile Women" (1999). *Masters Theses*. Paper 459.
- Sedláčková, Miroslava. 2012. *Právní a etické aspekty asistované reprodukce*. Nепublikovaná rigorózní práce. Brno: Masarykova univerzita v Brně.
- Shenfield, F., J. de Mouzon, G. Pennings, A.P. Ferraretti, A. Nyboe Andersen, G. de Wert, V. Goossens. 2010. “The ESHRE Taskforce on Cross border reproductive care. Cross border reproductive care in six European countries”. *Hum Reproduction* 25: 1361-1368.
- Sirovátka, Tomáš. 2003. „Rodinné chování a rodinná politika v České republice“. In Mareš, Petr, Potočný, Tomáš (eds). *Modernizace a česká rodina*. Brno: Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity.
- Slepičková, Lenka. 2006a. „Nedobrovolná bezdětnost jako sociologické téma“. *Sociologický časopis / Czech Sociological Review* 5 (1) : 937-951.

- Slepičková, Lenka. 2006b. „Neplodnost jeho a neplodnost její: Genderové aspekty asistované reprodukce“. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review* 45 (1): 177–203.
- Slepičková, Lenka. 2011. *Nedobrovolná bezdětnost jako medikalizovaný problém*. Nepublikovaná dizertační práce. Brno: Masarykova univerzita.
- Slepičková, Lenka, Eva Šlesingerová, Iva Šmídová. 2012. „Biomoc a reprodukční biomedicína: konceptuální inspirace pro český kontext.“ *Sociologický časopis / Czech Sociological Review* 48 (1): 85-106.
- Snow David A., Robert D Benford. 1992. „Master Frames and Cycles of Protest“. In Morris, A.D., C.M. Mueller (ed.). *Frontiers of Social Movement Theory*. New Haven: Yale University Press, s. 133-155.
- Snow, David A., Robert D. Benford. 2000. „Framing Processes and Social Movements“. *Annual Review of Sociology* 26: 611-639.
- Szsilvási, Marek. 2007. *Technologie existence aneb člověk v díle Michela Foucaulta*. Nepublikovaná diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Ševčíková, Marie. 2007. *Věk prvního mateřství z pohledu žen dvou generací*. Nepublikovaná bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova.
- Šiklová, Jiřina. 2006. „Postavení ženy za socialismu“. In Kocián, Jiří. *Slovníková příručka k československým dějinám 1948–1989*. Praha: Ústav pro soudobé dějiny Akademie věd České republiky.
- Šilhanová, Jana. 2008. „Analýza rámců Ervinga Goffmana“. In ŠUBRT J. a kolektiv. *Soudobá sociologie II (Teorie sociálního jednání a sociální struktury)*. Praha: Karolinum, s. 76 – 101.
- Šťastná, Anna. 2010. „Změny reprodukčních vzorců a individuální souvislosti rodičovství ve dvacet let sociodemografické transformace“. *Sborník příspěvků XL. konference České demografické společnosti*. Praha: Český statistický úřad, s. 77 – 88.
- Thomas-MacLean, R. 2004. "Memories of Treatment: The Immediacy of Breast Cancer." *Qualitative Health Research*, 14 (5): 628-643.
- Václavková, Klára. 2010: *Trestní odpovědnost lékaře*. Nepublikovaná diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita v Brně.
- Valdrová, Jana. 2010. *Genderová identita*. [online]. 29. listopadu 2010. [cit. 6. 6. 2013]. Dostupné z: <<http://www.valdrova.cz/news/21/20/zena-muz-a-socialni-pohlavi>>.
- van DIJK, Teun A. 1977. *Text and context*. London: Longman.
- Vávra, Martin. 2005. *Místo vědění u Michela Foucaulta. Pokus o dílčí rekonstrukci*. Nepublikovaná diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova.
- Vávra, Martin. 2008. „Diskurz a diskurzivní analýza v sociologii“. In Šubrt, Jiří a kolektiv. *Soudobá sociologie II (Teorie sociálního jednání a sociální struktury)*. Praha: Karolinum, s. 204 – 221.

Vlasenko, Polina. 2013. *Biopower and Precarity: Meeting embodied self in the discourses of assisted reproductive technologies in Ukraine*. Nepublikovaná rigorózní práce. Lund: Lund University.

Vodička, Vladimír. 2012. *Kritika liberálního rozumu – gubernamentalita Michela Foucaulta*. Nepublikovaná diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

West, Candace., Don H. Zimmerman. 1987. „Doing Gender“. *Gender and Society* 1 (2): 125-151.

Zamykalová, Lenka. 2003. „Kdo smí participovat na asistované reprodukci“. *Biograf* (31): 86 odst. [cit. 10. 2. 2014]. Dostupné z: <<http://www.biograf.org/clanky/clanek.php?clanek=v3103>>.

Zamykalová, Lenka. 2002. *Asistovaná reprodukce jako problém ustavování hranic*. Nepublikovaná diplomová práce. Praha: Institut sociologických studií, Karlova Univerzita.

Zamykalová, Lenka. 2005. „Babičky – matky? Diskurzivní konstrukce mateřství skrze asistovanou reprodukci.“ In *Gender, rovné příležitosti, výzkum*. Ročník 6, číslo 1/2005, s. 35-38. [cit. 10. 10. 2014]. Dostupné z: <http://www.genderonline.cz/uploads/008f3c0637a3ae0aacc9520b4e040c699ca0b6b1_babicky-matky.pdf>.

Zamykalová, Lenka. 2006. *Mediální reflexe bezdětnosti v české společnosti mezi lety 1994 – 2004*. In Hašková, Hana (ed.), Petra Šalamounová, Hana Víznerová, Lenka Zamykalová. *Fenomén bezdětnosti v sociologické a demografické perspektivě*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky, s. 95–140.

Zeman, Kryštof. 2010. „Dvacet let nízké plodnosti ve střední Evropě z pohledu alternativních ukazatelů plodnosti a vlivu na kohortní plodnost“. In Sborník příspěvků XL. konference České demografické společnosti. *Dvacet let sociodemografické transformace*. Praha: Český statistický úřad, s. 27 – 43. [cit. 3. 5. 2014]. Dostupné z: <[http://www.czso.cz/csu/2012ediciplan.nsf/t/0F00395366/\\$File/rok_2010_xl_konf_sbornik_prispevku.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012ediciplan.nsf/t/0F00395366/$File/rok_2010_xl_konf_sbornik_prispevku.pdf)>.

Internetové zdroje:

Stop neplodnosti. 2009. Praha: Dark side, a.s. [cit. 12. 10. 2014]. Dostupné z: <<http://www.stopneplodnosti.cz>>

Poslanecká sněmovna České republiky, [cit. 19. 12. 2013]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/sqw/hp.sqw>>

Legislativní texty před rokem 1989:

Závazné opatření Ministerstva zdravotnictví ČSR č. 18 z 18. 11. 1982, Podmínky pro umělé oplodnění. Věstník Ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky, 1982, částka 11-12, č. 18, s. 141-142. (tzv. podzákoné opatření).

Odborné texty před rokem 1989:

Fingerová, H., F. Gazárek, L. Ženíšek, A. Sobek a spol. 1984. „Rychlá RIA LH pro předpověď ovulace“. *Čs. Gynekologie* 49 (6): 408-417.

Haderka, J. 1987. „K některým otázkám umělého oplodňování“. *Čs. Gynekologie* 52 (8): 641-645.

Hájek, Z., M. Macek, B. Srp, E. Kulovaný, I. Malbohan, H. Tomašová. 1984. „Prenatální péče u geneticky rizikových ve středočeském kraji“. *Čs. Gynekologie* 49 (1): 18–22.

Kohoutek, M. 1976. „Současné možnosti léčby neplodného manželství“. *Čs. Gynekologie* 41 (10): 744 - 750.

Konečná, H. 2004. „Rodičovství biologické a nebiologické v asistované reprodukci, rozhovor s Prof. MUDr. Ladislavem Pilkou, DrSc.“. 12. 2. 2004, [online], str. 1-3. [cit. 12. 10. 2014]. Dostupné z:<<http://www.materskานadeje.cz/Rodicovstvi%20biologicke%20a%20nebiologicke%20v%20asistovane%20reprodukcii%203.5.2004.pdf>>

Sládek, M., D. Bártová, M. Kalužík. 1976. „Psychologické a sociologické problémy mužů a žen žádajících o umělou inseminaci“. *Čs. Gynekologie* 41 (1): 41 - 42.

Stroufová, A., J. Uher. 1982. „Reprodukční medicína a biologie v gynekologii“. *Čs. Gynekologie* 47 (2): 89 - 92.

Sobek, A. 1986. „Syndrom neprasklého folikulu. III věd. konference mladých s gyn por. tématikou Brno 1985“. *Čs. Gynekologie* 51 (5): 323.

Štěpán, J. 1981. „Právní aspekty výzkumu a praxe na úseku regulace porodnosti.“ *Čs. Gynekologie* 46 (3): 213–216.

Štěpán, J. 1981. „K právním aspektům výzkumu a praxe na úseku porodnosti.“ *Čs. Gynekologie* 46 (6): 493–495.

Malý, Z., L. Pilka, J. Soška, Z. Čupr. 1985. „Ultrazvuková folikulometrie v programu IVF a ET“. *Čs. Gynekologie* 50 (6): 406-409.

Novák J., J. Pohanka, M. Talaš, A. Sobek, S. Brázdová. 1975. „Výskyt chronických a gynekologických zánětů způsobených aktinomykózou na porodnicko-gynekologické klinice v Olomouci“. *Čs. Gynekologie* 50 (8): 666 – 668.

Talaš, M., J. Pohanka, F. Gazárek, A. Sobek. 1986. „Naše zkušenosti se stimulací ovulace u sterilních manželství“. *Čs. Gynekologie* 51 (9): 699 – 705.

Závodný, P., A. Sobek, L. Ženíšek, J. Pohanka. 1985. „Naše zkušenosti se sledováním růstu folikulu ultrazvukem a hormonální vyšetření“. *Čs. Gynekologie* 50 (8): 619.

Ženíšek, L., M. Talaš, J. Stehlíková, F. Gazárek, A. Sobek. 1985. „Zlepšují se výsledky léčby sterility?“. *Čs. Gynekologie* 50 (8): 616.

Legislativní texty po roce 1989:

Zákon č. 48/1997 Sb, zákon o veřejném zdravotním pojištění.

OZP 30493/01/OZP-2000, doporučené standardy postupu při poskytování a vykazování výkonů asistované reprodukce z roku 200.

OZP 30493/01/OZP-200/3-152/6, prováděcí předpis týkající se vykazování výkonů AR veřejného zdravotního pojištění.

Zákon č. 227/2006 Sb, zákon o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech.

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 260/2010.

Zákon č. 373/2011 Sb, zákon o specifických zdravotních službách.

Odborné texty po roce 1989:

Návrh zákona o specifických zdravotních službách ze dne 30. 6. 2011, [cit. 20. 10. 2014]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?o=6&ct=407&ct1=0>>.

Všechny diskuze v rámci prvního čtení Návrhu zákona o specifických zdravotních službách ze dne 12. 7. 2011, [cit. 28. 10. 2014]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/eknih/2010ps/stenprot/020schuz/20-1.html#48>>.

Usnesení č. 52 z 10. schůze Výboru pro zdravotnictví, konané dne 25. 8. 2011, [cit. 26. 10. 2014]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?o=6&ct=407&ct1=1>>.

Všechny diskuze v rámci druhého čtení Návrhu zákona o specifických zdravotních službách ze dne 30. 8. 2011, [cit. 26. 10. 2014]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/eknih/2010ps/stenprot/022schuz/22-1.html#67>>.

Sněmovní tisk 407/2, Pozměňovací a jiné návrhy k vládnímu návrhu na vydání zákona o specifických zdravotních službách ze dne 30. 8. 2011, [cit. 25. 10. 2014]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?o=6&ct=407&ct1=2>>.

Všechny diskuze v rámci druhého čtení Návrhu zákona o specifických zdravotních službách ze dne 7. 9. 2011, [cit. 25. 10. 2014]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/eknih/2010ps/stenprot/022schuz/22-5.html#329>>.

Návrh Zákona o specifických zdravotních službách, postoupený senátu jako tisk 185/0, [cit. 25. 10. 2014]. Dostupné z:

<<http://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/htmlhled?action=doc&value=61426>>.

Usnesení č. 36 Výboru pro zdravotnictví a sociální politiku Senátu ČR ze dne 29. 9. 2011, [cit. 25. 10. 2014]. Dostupné z:

<<http://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/htmlhled?action=doc&value=61591>>.

Usnesení č. 108 Ústavně-právního výboru Senátu ČR projednal návrh dne 4. 10. 2011, [cit. 24. 10. 2014]. Dostupné z:

<<http://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/htmlhled?action=doc&value=61644>>.

Usnesení č. 343 Senátu ČR ze dne 12. 10. 2011, [cit. 24. 10. 2014]. Dostupné z:

<<http://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/htmlhled?action=doc&value=61987>>.

Návrh Zákona o specifických zdravotních službách ze dne 20. 10. 2011, tisk č. 407/3, [cit. 24. 10. 2014]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?o=6&ct=407&ct1=3>>.

Usnesení PS č. 830 ze dne 6. 11. 2011, [cit. 24. 10. 2014]. Dostupné z:

<<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?o=6&v=US&ct=830>>.

Návrh zákona o výzkumu na lidských embryonálních buňkách ze dne 29. 7. 2005, číslo tisku 1071/0, [cit. 24. 10. 2014]. Dostupné z:

<<http://www.psp.cz/sqw/text/text2.sqw?idd=14515>>.

Všechny diskuze v rámci prvního čtení Návrhu zákona o výzkumu na lidských embryonálních buňkách ze dne 27. 10. 2005, [cit. 24. 10. 2014]. Dostupné z:

<<http://www.psp.cz/eknih/2002ps/stenprot/048schuz/48-11.html#1325>>.

Usnesení č. 1978 ze 48. schůze, konané dne 27. 10. 2005, [cit. 24. 10. 2014]. Dostupné z:

<<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?o=4&v=US&ct=1978>>.

Usnesení Výboru pro sociální politiku a zdravotnictví ze dne 19. 1. 2006 tisk 1071/1, [cit. 24. 10. 2014]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?o=4&ct=1071&ct1=1>>.

Všechny diskuze v rámci druhého čtení Návrhu zákona o výzkumu na lidských embryonálních buňkách ze dne 25. 1. 2006, [cit. 24. 10. 2014]. Dostupné z:

<<http://www.psp.cz/eknih/2002ps/stenprot/053schuz/53-2.html#161>>.

Všechny diskuze v rámci třetího čtení Návrhu zákona o výzkumu na lidských embryonálních buňkách ze dne 1. 2. 2006, [cit. 24. 10. 2014]. Dostupné z:

<<http://www.psp.cz/eknih/2002ps/stenprot/053schuz/53-6.html#670>>.

Návrh Zákona o výzkumu na lidských embryonálních buňkách, postoupený senátu jako tisk 275/0, [cit. 24. 10. 2014]. Dostupné z:

<<http://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/htmlhled?action=doc&value=36476>>.

Usnesení Výboru pro vzdělávání, vědu, kulturu, lidská práva a petice č. 137 ze dne 8. 3. 2006, [cit. 24. 10. 2014]. Dostupné z:

<<http://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/htmlhled?action=doc&value=36690>>.

Usnesení Výboru pro zdravotnictví a sociální politiku č. 58 ze dne 15. 3. 2006, [cit. 24. 10. 2014]. Dostupné z:

<<http://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/htmlhled?action=doc&value=36934>>.

Usnesení č. 389 Senátu ČR ze dne 17. 3. 2006, [cit. 24. 10. 2014]. Dostupné z:

<<http://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/htmlhled?action=doc&value=37064>>.

Návrh Zákona o výzkumu na lidských embryonálních buňkách ze dne 23. 3. 2006, tisk č. 1071/3, [cit. 24. 10. 2014]. Dostupné z:

<<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?o=4&ct=1071&ct1=3>>.

Usnesení PS č. 2439 ze dne 26. 4. 2006, [cit. 24. 10. 2014]. Dostupné z:

<<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?o=4&v=US&ct=2439>>.

Všechny diskuze v rámci prvního čtení návrhu Zákona o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů ze dne 19. 12. 1996, [cit. 24. 10. 2014].

Dostupné z: <<http://www.psp.cz/eknih/1996ps/stenprot/007schuz/7-7.html#783>>.

Usnesení Ústavně-právního výboru ze dne 28. 1. 1997 ke sněmovnímu tisku č. 98/1, [cit. 26. 10. 2014]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?o=2&ct=98&ct1=1>>.

Usnesení Výboru pro sociální politiku a zdravotnictví ze dne 30. 1. 1997 ke sněmovnímu tisku č. 98/2, [cit. 26. 10. 2014]. Dostupné z:

<<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?o=2&ct=98&ct1=2>>.

Všechny diskuze v rámci druhého čtení návrhu Zákona o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů ze dne 6. 2. 1997, dostupné na adrese:

<<http://www.psp.cz/eknih/1996ps/stenprot/008schuz/8-3.html#220>>, [26. 10. 2015]

Všechny podrobné rozpravy v rámci druhého čtení návrhu Zákona o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů ze dne 15. 2. 1997, [cit. 26. 10. 2014]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/eknih/1996ps/stenprot/008schuz/8-9.html#968>>.

Všechny diskuze v rámci třetího čtení návrhu Zákona o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů ze dne 26. 2. 1997, [cit. 26. 10. 2014].

Dostupné z: <<http://www.psp.cz/eknih/1996ps/stenprot/008schuz/8-11.html#1079>>.

Usnesení 228 ze 8. schůze ze dne 26. 2. 1997, [cit. 26. 10. 2014]. Dostupné z:

<<http://www.psp.cz/eknih/1996ps/usneseni/u0228.htm>>.

Návrh Zákona o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, se kterým Poslanecká sněmovna vyslovila souhlas dne 26. února 1997, [cit. 26. 10. 2014]. Dostupné z:

<<http://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/htmlhled?action=doc&value=25741>>.

Usnesení z 5. schůze ze dne 5. 3. 1997 Výboru pro zdravotnictví a sociální politiku Senátu, [cit. 26. 10. 2014]. Dostupné z:

<<http://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/htmlhled?action=doc&value=31942>>.

Usnesení z 5. schůze ze dne 6. 3. 1997 Ústavně právního výboru Senátu, [cit. 26. 10. 2014].
Dostupné z:
<<http://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/htmlhled?action=doc&value=31944>>.

Příspěvky přednesené na odborném semináři „Komplexní mezioborový přístup k léčbě neplodnosti“. 17. 6. 2009. [cit. 26. 10. 2015]. Dostupné z:
<<http://prolife.cz/download/zpravy/801-IVFabstrakta.pdf>>.

Všechny rozpravy zaznamenané ve Stenozáznamu z 10. schůze Senátu, konané dne 17. 3. 2006, [cit. 26. 10. 2015]. Dostupné z:
<<http://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/hlasovani?action=steno&O=5&IS=3391&T=268>>.

Všechny rozpravy zaznamenané ve Stenozáznamu z 12. schůze Senátu, konané 12. 10. 2011. [cit. 26. 10. 2015]. Dostupné z:
<<http://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/hlasovani?action=steno&O=8&IS=4650&D=12.10.2011>>.

Legislativní proces projednávání návrhů zákonů³⁹



„Předkladatel

Právo předkládat návrhy zákonů má podle Ústavy poslanec, skupina poslanců, Senát (pouze jako celek), vláda a krajská zastupitelstva. Součástí návrhu je kromě znění zákona i důvodová zpráva. Ta musí zhodnotit platný právní stav, vysvětlit nezbytnost nové úpravy, popsat předpokládané dopady na veřejné rozpočty a objasnit soulad návrhu s ústavním pořádkem a mezinárodními smlouvami.

Poslanecká sněmovna

Návrh zákona se předkládá předsedovi Poslanecké sněmovny, který jej postoupí organizačnímu výboru. Předseda rovněž rozešle návrh zákona všem poslancům a klubům, aby se na jeho projednávání mohli připravit.

Vláda

Pokud není předkladatelem návrhu vláda, pošle jí předseda sněmovny návrh k vyjádření stanoviska. Vláda se vyjádří do 30 dnů.

Poslanecká sněmovna

- **Organizační výbor** navrhuje zpravodaje pro první čtení a navrhuje, kterému výboru má Sněmovna návrh zákona přikázat v prvním čtení.

³⁹ Poslanecká sněmovna České republiky, dostupné z: <<http://www.psp.cz/sqw/hp.sqw>> [cit. 19. 12. 2013].

- **Čtení** Při prvním projednávání návrhu v plénu Sněmovny vystoupí navrhovatel zákona a zpravodaj. Po obecné rozpravě, která není časově omezena, může Sněmovna návrh zamítnout, vrátit k dopracování nebo přikázat některému z výborů k dalšímu projednání.
- **Výbor** projednává návrh zákona obvykle ve lhůtě 60 dnů. Většinu návrhů zákonů přikazuje Sněmovna jedinému výboru podle věcného zaměření návrhu. Výbor projednává návrh zákona nejprve v obecné rozpravě, poté v rozpravě podrobné, ve které mohou poslanci vznášet pozměňovací návrhy. Na závěr výbor přijímá usnesení, ve kterém Sněmovně doporučí návrh schválit, zamítnout nebo vrátit k dopracování. Alespoň pětina členů výboru může předložit oponentní zprávu.
- **Čtení.** Ve druhém čtení na schůzi Poslanecké sněmovny návrh zákona opět uvede navrhovatel, poté vystoupí zpravodaj výboru. Po obecné rozpravě následuje podrobná rozprava, v níž kdokoliv z poslanců může předložit pozměňovací návrhy. Poslanci mohou předložit i návrh na zamítnutí návrhu zákona, o kterém se hlasuje až ve třetím čtení nebo návrh na vrácení návrhu zákonu výboru k novému projednání. Pokud není zákon na závěr druhého čtení vrácen výboru k novému projednání, postupuje do třetího čtení.
- **Čtení.** Třetí čtení lze zahájit nejdříve po uplynutí 72 hodin po doručení pozměňovacích návrhů poslancům. Lhůta může být na návrh navrhovatele a se souhlasem Sněmovny zkrácena, a to minimálně na 48 hodin. V rozpravě lze navrhopat už jen opravy legislativně technických a jiných chyb nebo opakování druhého čtení. Zpravodaj spolu s navrhovatelem vyjádří své stanovisko k návrhu (kladné, záporné, neutrální). Nejprve se hlasuje o jednotlivých pozměňovacích návrzích, případně jiných návrzích, nakonec o návrhu zákona jako celku. Pokud není souhlas vysloven, návrh zákona nebyl přijat a legislativní proces je ukončen neúspěšně. Je-li souhlas vysloven, projednávání ve Sněmovně v této fázi končí a návrh zákona, s nímž vylovila Sněmovna souhlas, je bez zbytečného odkladu postoupen Senátu.

Senát

- **Předseda Senátu** postoupený návrh zákona předává organizačnímu výboru Senátu. Senát je povinen se o návrhu zákona usnést do 30 dnů od jeho postoupení. Senát se zabývá návrhem v jediném čtení, kterému předchází projednání v příslušném výboru.

- Návrh přikazuje výborům **organizační výbor** Senátu nejdéle do tří dnů od postoupení zákona z Poslanecké sněmovny.
- Projednávání v **senátních výborech** probíhá obdobně jako ve výborech Sněmovny (určení zpravodaje, obecná rozprava, podrobná rozprava, pozměňovací návrhy, závěrečné usnesení). Výbory jsou si vědomy toho, že Sněmovna schvaluje senátní pozměňovací návrhy jako celek. Senátoři proto často navrhují pouze takové pozměňovací návrhy, které mají šanci být ve Sněmovně přijaty jako celek.
- Pokud **Senát** návrh zákona schválí nebo vyjádří vůli se návrhem nezabývat nebo marně uplyne 30-ti denní lhůta k projednání, je zákon postoupen prezidentovi k podpisu. Jestliže Senát návrh zákona zamítne nebo k němu přijme pozměňovací návrhy, vrací se návrh zákona k projednání do Sněmovny.

Poslanecká sněmovna

O návrhu Senátem zamítnutého zákona hlasuje Sněmovna znovu. Jestliže se zákonem vysloví souhlas nadpoloviční většina všech poslanců (101), je zamítnutí Senátem tzv. přehlasováno a zákon je přijat. Pokud Senát zákon vrátil s pozměňovacími návrhy, hlasuje Sněmovna o pozměněném návrhu nejdříve za 10 dnů (ke schválení stačí prostá většina). V opačném případě hlasuje o původním znění zákona. Ten musí být potvrzen nadpoloviční většinou všech poslanců.

Prezident

Prezident republiky má právo vrátit zákon s odůvodněním do 15 dnů ode dne, kdy mu byl postoupen do Sněmovny. V takovém případě o vráceném zákonu opět hlasuje Sněmovna. Pokud prezident zákon nevrátí, podepíše jej a postoupí zpět předsedovi Poslanecké sněmovny.

Poslanecká sněmovna

O zákonu vráceném prezidentem hlasuje Poslanecká sněmovna znovu. Pokud setrvá na zákonu nadpoloviční většinou všech poslanců (101 hlasů), pak je zákon přijat.

Předseda vlády

Předsedovi vlády je schválený zákon zaslán k podpisu a je předán k uveřejnění ve Sbírce zákonů a stává se platným. Účinným je teprve datem uvedeným v zákoně.“
(PSP ČR, Přijímání zákonů)