

ků by jejich rozhodnutí odmítnout dítěti přítomnost otce považovala za velmi neodpovědné (viz výše uvedené). Například podle Ronenové se u chlapců psychické poruchy vyskytují třikrát častěji než u dívek, s výjimkou úzkosti a deprese. Z toho vyplývá, že i když každému dítěti bude chybět otec jako primární vychovatel, chlapci jsou jeho nepřítomností ohroženi více než dívky. Zejména faktory, které Ronenová vidí jako příčiny zvýšeného počtu psychických poruch, mohou být zásadním způsobem nepřítomností otce ovlivněny (Ronenová 2000).

Každá z žen má své důvody, proč se rozhodla pro tento životní způsob. Bohužel, toto rozhodnutí neučinily pouze za sebe, ale také za své děti, které v tomto případě nemají možnost volby. Rozhodnutí matky ovlivní jejich další život, a jaké bude mít toto rozhodnutí následky, se projeví v budoucnu. Sociální politika České republiky by měla reagovat na vyvíjející se demografické trendy. Pokud se budou v České republice zvyšovat počty dětí narozených mimo manželství, které se navíc nestýkají s biologickým otcem, adekvátní odborníci by měli být připraveni poskytnout těmto dětem odpovídající pomoc, v případě, že ji budou potřebovat.

Literatura

- Čermáková, M. et al. 2002. *Podmínky harmonizace práce a rodiny v České republice*. Praha: Sociologický ústav AV ČR. 115 s.
- Fialová, L., Hamplová, D., Kučera, M. 2000. *Představy mladých lidí o manželství a rodičovství*. Praha: Sociologické nakladatelství. 163 s.

- Kastová, V. 2000. *Dynamika symbolů*. Přel. Vašková, J. Praha: Portál. 208 s.
- Křížková, A., Václavíková-Helšusová, L. 2002. *Sociální kontext žen pracujících v řídicích pozicích*. Praha: Sociologický ústav AV ČR. 48 s.
- Langmeier, J., Krejčířová, D. 1998. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing. 344 s.
- Mareš, P., Potočný, T. 2003. *Modernizace a česká rodina*. 1. vyd. Brno: Barrister & Principal. 348 s.
- Národní zpráva o rodině. 2004. Praha, MPSV ČR.
- Rabušic, L. 2001. *Kde ty všechny děti jsou? – porodnost v sociologické perspektivě*. Praha: Sociologické nakladatelství. 265 s.
- Ronenová, T. 2000. *Psychologická pomoc dětem v nesnázích*. Praha: Portál, 160 s.
- Sobotková, I. 2001. *Psychologie rodiny*. Praha, Portál. 176 s.
- Vymětal, J. 2004. *Úzkost a strach u dětí*. Praha: Portál. 184 s.
- Warshak, R. A. 1996. *Revoluce v porozvodové péči o děti*. Praha: Portál. 240 s.

Doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D. je vedoucí Katedry sociální práce a sociální politiky na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Bc. Nicola Tomanová je studentkou magisterského studijního oboru Rehabilitační-psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

BABIČKY-MATKY?

DISKURZIVNÍ KONSTRUKCE MATEŘSTVÍ SKRZE ASISTOVANOU REPRODUKCI / Zamykalová Lenka

V následujícím článku se budu zabývat diskurzivní analýzou neplodnosti a asistované reprodukce (dále AR).¹ Zajímá mě, jaké (diskurzivní) strategie jsou užívány k vymezení hranic asistované reprodukce, a tedy i hranic rodičovství, resp. mateřství. Reprodukce „s pomocí“ medicíny se odehrává ve složitém spletitvém různých osudů, motivů, rozhodnutí, vývoje vědy, medicíny i modelů rodiny. Zaměřím se proto na jedno dílčí téma, a to na mateřství postmenopauzálních žen.

V současné době platí v České republice dvě věkové hranice pro vstup žen do AR. Jen do 40ti let věku ženy je léčba hrazena pojišťovnou a v 48 letech se jí AR uzavírá zcela, bez ohledu na způsob úhrady. Vzhledem k vysokým finančním nákladům spojených s AR, zůstávají za hranicemi klinik nejen páry, v nichž je ženě více než 48 let, ale také mnoho párů, u kterých je ženě 40 let a více.

Z medicínského hlediska je situace postmenopauzálních žen následující. Jedná se o starší ženu, která má funkční dělohu, ale nemá již vajíčka nebo má vajíčka špatné genetické kvality, a proto musí přijmout vajíčka ženy-dárkyně. Sociální matkou chce ale být ta starší z žen. A jak později uvidíme, právě toto její přání je nejvíce problematizováno.

V médiích nacházíme dva typy popisu postmenopauzálních matek. První je negativně laděný obraz babiček-matek. Ženy, které nebudou mít dost sil, aby dítě vychovaly až do jeho dospělosti, a které se svým dětem kvůli velkému věkovému rozdílu odcizí. Stejně úvahy nad riziky otcovství v pokročilém věku nejsou příliš často zmiňovány, v kombinaci se starší matkou však vysoký věk otce podle některých vede k riziku, že by AR produkovala potenciální sirotky.

Druhý popis je naopak pozitivní a týká se budoucnosti: postmenopauzální mateřství je chápáno jako logické pokračování trendu odkládání sňatků a rození dětí a stále rostoucí emancipace žen. Ženy i muži budují svou profesní kariéru a rození dětí budou postupně odkládat až za hranici přirozených reprodukčních schopností ženy. Až to technologie AR umožní, budou si mladé ženy mrazit svá vajíčka stejně tak, jako si muži dnes mrazí sperma. Založení rodiny lidé odloží na dobu, kdy budou již zcela finančně zajištěni a budou se moci plně věnovat pouze výchově dětí. Díky prodlužujícímu se věku dožití a stále se zlepšující zdravotní péči, budou tito „předdůchodoví“ rodiče ve skutečnosti docela „mladí“ a své děti budou moci vychovat až do dospělosti. Obavy

z odcizení jsou zbytečné, neboť i dnes jsou některé děti vychovávány prarodiči, aniž bychom na nich pozorovali nějakou újmu. Rodina budoucnosti by tedy mohla být dvougenerační. (srov. Kirejczyk 2000, Pfeffer 2000)

V ČR se lze zatím setkat především s prvním z popisů. Jeho převaha – v médiích, v názorech lékařů, zástupců pojišťoven i pacientů – vede k tomu, že do budoucna zřejmě nelze očekávat výrazné posuny věkových limitů pro přístup do AR. Navíc poptávka ze strany žen není příliš veliká. V argumentaci proti i pro otevření AR i ženám nad 48 let převažují odůvodnění „přirozenou“ hranicí plodnosti žen, mírou úspěšnosti metod AR a „sociální“ hranicí mateřství.

Limit 48 let, v některých případech 40ti let, a jeho vázanost na ženy je často vysvětlován následujícím způsobem.

„Jednak se předpokládá, nebo je prokázáno, že se vzrůstajícím věkem ženy se množí chromozomální aberace, (...) čili to je jedna věc. Druhá věc, která evidentně hraje roli, je, řekl bych, ten faktor sociální, protože já osobně si myslím, že člověk by měl být rodičem nejpozději tehdy, kdy je schopen o to dítě se postarat do jeho dospělosti (...). Tam je ovšem otázka ještě jedna, že u ženy je fyziologický limit. Zatímco u muže není fyziologický limit (...), rozhodně bych si asi stanovil nějakou hranici, která by měla být v podstatě stejná u muže i u ženy (...). Je fakt, že prostě jsou muži, kteří si pořizují v těch 60ti děti (...) tam zase ta biologická hranice není, u mužů nenastává nějaká menopauza, tam pouze se zhoršováním zdravotního stavu prostě se zhoršují ty reprodukční schopnosti, ale není tam žádný předěl.“ (embryolog 3)

Embryolog začíná od (buněčného) jádra problému – to je fyziologický limit bránící ženám nad určitý věk mít „přirozeně“ děti. Na další úrovni přistupuje sociální limit – jen do určitého věku máme schopnost své děti vychovat až do jejich dospělosti. U mužů žádný limit není, odkazuje se na „přirozenost“ otcovství ve starším věku – starší muži se stávají otci normálním, tj. medicínsky neasistovaným způsobem. Jak říká jeden z lékařů: „U muže to samozřejmě neplatí. Plodnost také klesá s věkem, ale ten pokles zdaleka není tak dramatický a jsou samozřejmě muži, kteří se stanou otci v osmdesáti.“ Tento typ diskurzu nazývám *diskurzem přirozenosti*.

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 budu označovat jako *diskurz hierarchizace příčin*.

Další z lékařů rozlišuje ekonomické důvody, které jsou až druhotné, a omezení, vyplývající z podstaty věci, tj. ony biologické limity.

„Něco jiného je to, co je dáno pojišťovnou, a jiná jsou omezení, která vyplývají z podstaty věci. Pojišťovna stanovila tento věk jenom proto, že úspěšnost metod po 40tém roce věku je tak mizivá, že se jim nevyplatí to platit, to je ten důvod, jiný důvod tam není. Prostě když se podíváte na křivku úspěšnosti v závislosti na věku té pacientky, tak se dostáváte u 35letých a výše na úspěšnost, která je vyjadřována čísly 2,5–5 %.“ (lékař 7)

Je zajímavé, že nedochází k propojení těchto důvodů. Zástupci pojišťovny totiž provádí totéž rozlišení. S tím rozdílem,

že statistické tabulky, které jsou základem limitů pro úhradu léčby, jsou chápány jako věrný odraz biologických limitů a zákonitostí. Tedy lékaři odpovědnost spojují s pojišťovnami a jejich ekonomickými zájmy, a pojišťovny zase odpovědnost spojují s lékaři a jejich neúspěchy, které jsou limitovány přírodou, biologii. Obecně při ustavování věkových limitů hraje důležitou roli *diskurz kvantifikace*, způsob, jakým je měřena úspěšnost jednotlivých metod AR, jak se pracuje se statistikami, s čísly, s procenty. [Potter 1996: 187–194]²

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

„Je potřeba se taky asi podívat na populaci té které země. Určitě u nás žena v padesáti je prostě starší než padesátiletá západní Němka, bývalá. Díky celému předcházejícímu životu, zdravotní péči a životnímu stylu. Ono se to časem srovná, ale určitě, když porovnáte padesátiletou Rusku, tak je daleko starší v těch padesáti, biologicky, než padesátiletá Češka, protože jsou to sedřený ženský, který ten život neprožily v bůhvíjaké pohodě. Takže i k tomu je potřeba přihlížet. Někdy vám přijde čtyřicetiletá šmrncovní ženská, které byste v životě 40 let neřekla. A někdy přijde třicetiletá a vy si myslíte, že je babička.“ (embryoložka 4)

Na to, jak jsme staří – co skutečně znamená naše rodné číslo – má vliv společnost, ve které žijeme. Něco znamená věk vajíček, něco jiného zase věk sociální: člověk je tak starý (mladý), na kolik let se cítí. Citovaná embryoložka jde ve svém tvrzení ale ještě dál: padesátiletá Ruska je *biologicky starší* než padesátiletá Češka, a ta zase starší než padesátiletá Němka. Důležitý je i vzhled žen, na kolik let vypadají – tedy kombinace věku biologického (zdravotního stavu) a sociálního (oblečení, vzhled, styl). Žena-babička nemusí mít ani vnoučata, ani nemusí být nutně ve věku důchodkyně. 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. Do budoucna, až bude šmrncovních čtyřicátnic a padesátnic více, lze možná uvažovat o posunu věkových limitů směrem nahoru. Možná to bude už docela brzy, jak podotkl v rozhovoru jeden z lékařů: „Dneska je moderní mít děti okolo čtyřicítky.“

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

„Nejstarší ženu jsme myslím měli pětáctičetiletou. Ale to už jim potom rozmlouváte, říkáte – je to vaše rozhodnutí. Já zase na druhou stranu neřeknu ne, pokud má žena menzes, pokud má cyklus, tak ten výkon můžete udělat. Když bude mít v padesáti měsíčky. Nemělo by se to dělat klimakterickým ženám, to, co dělají v Itálii – babičkám – které nějak nastimulujeme hormony a dávají jim darovaný embrya, tak to jde klidně do šedesáti, ale to je blbost. Vždycky říkám: podívejte se, je vám 40, 45 let. V tomto případě, pokud chce vaše dítě jít na vysokou školu, a chcete je vychovat – průměrný věk 45 a 25, když půjde z té vysoké, to vám bude 70, sama si zvažte, jestli se chcete dožít promoce svého dítěte, nebo žít se svědomím, že nevíte,

co to děcko bude dělat, jestli máte někoho, kdo ho bude vychovávat, to si zvažte sama. A když se to tak vezme, tak těch 42, 43 je taková hranice, kdy by se člověk měl té promoce ještě dožít.“ (lékař 7)

Všimněme si, že zodpovědnost je (zvláště ve věku od 40 do 48 let, kdy už léčbu nehradí pojišťovna) delegována na ženu. Jde o oblast sociálních důsledků. Technicky, medicínsky je možné (téměř) všechno, *ale nemělo by se to dělat babičkám*. Kategorie babička je zde použita v duchu výše popsaného negativního obrazu postmenopauzálních žen. Nemyslí se předčasně stará žena, sedřená životem, ale „tradiční“ babička v důchodu, starající se o vnoučata. Takové babičky přece nerodí děti. Nejde o to, že starší ženy pokoušející se o AR většinou babičkami nejsou, že žádné své děti a tedy ani vnoučata nemají. Kategorie babička je spojena s ženou určitého věku bez ohledu na její rodinný status.

Přírodu (stejně tak jako společnost či vědu) lze rétoricky využít pro opodstatnění pevných (věkových) hranic i pro jejich zrušení či rozvolnění. Podobně jako je důležitý ne věk sám o sobě, ale věk v souvislosti s okolnostmi našeho stárnutí, tak je často důležitější věk vajíček než věk dělohy (biologický věk ženy). Věk je relativní kategorie.

„Ve 40ti letech vlastně přichází statistická hranice, kdy se efektivita IVF s jejími gametami dostává na úroveň 5ti až 10ti %. A tehdy je tam potom jednoznačně indikace, nebo jednoznačná, prostě je tam indikace zdravotnická nebo lékařská k tomu, aby se použily dárcovské gamety. A ty musíte mít od ženy, která má do 35ti let, ale vy je můžete přenést do ženy – tam stačí, aby ta žena měla dělohu a v ní sliznici. Protože ta žena může mít menstruaci, nebo vůbec nemusí mít menstruaci – tzn. že může mít i víc než 50 let, může jí být i 60 let a my jsme schopni hormonálně to endometrium tak vybudovat, jako kdyby měla menstruační cyklus, že do ní dodáváme hormony a to endometrium roste. A tehdy do ní můžeme přenést dárcovské gamety.“ (lékař 2)

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

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

(doktor Čekal, Gest) : „Limit možností je ve vaječnících. V přechodu, to je od 45–55 let, se vajíčka unaví. Tvrdnou a pro spermie je těžší se do nich dostat. Nicméně biologické hodiny jdou u každé ženy různě.“ (Vašíčková 2001)

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

VS: Kde vy vidíte etické hranice asistované reprodukce?

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

VS: Nebylo by však pro vás jednodušší, kdybyste se mohli držet pevné normy?

JK: No samozřejmě, že bylo. My ale dnes a denně sledujeme, jak jsou životní situace pestré. Těžko je můžete stlačit do nějakých regulí. Každý lidský osud má svou cenu, je neopakovatelný. (Suchá 2001)

Společnost má dát najevo, co je pro ni přijatelné. Zároveň je poukázáno na to, že stanovení pevné hranice je vždy těžké, neboť individuální situace jsou jimi ztěžlivě zobecnitelné. Na jedné straně je tu kompaktní kategorie společnosti, která jako celek rozhoduje, a zároveň nekonečná různorodost biografií, která dosažení společenského konsenzu velmi ztěžuje. Poukázání na tento rozpor není náhodné, je použito v situaci, kdy se někteří lékaři a etici snaží vyvolat diskusi o nutnosti přijetí specifického zákona o AR, který by dnes poměrně svobodně vyjednáván okolnosti praxe AR pevně stanovil.³ Mnoho lékařů se domnívá, že absence zákona má i své výhody – umožňuje např. právě individuální posouzení případů a flexibilní posouvání hranic neplodnosti.

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

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

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

Hranice věku tedy získávají (různý) význam na základě mnoha různých okolností. Ženy mají své životní příběhy, svůj životní styl. Jejich reprodukční schopnosti končí v různém věku. Uvažovat o věku žen znamená uvažovat o věku vajíček, věku dělohy, věku, na který se ženy cítí, za-

počítat věk dožití v dané populaci. Velký vliv mají také stávající možnosti AR.

Důležitou roli hrají statistiky úspěšnosti – jak a na základě čeho se počítají. Úspěšnost v AR má mnoho podob. Například pro laboratoř je úspěchem, pokud se embrya v ní kultivovaná dobře rýhují, implantují a je jich dostatek. Zdravotní pojišťovna považuje za úspěch minimální finanční náklady a minimální zdravotní rizika. Pro ženu (a i pro lékaře) je úspěchem narození zdravého dítěte. [Řežábek 2001] A právě úspěšnost měřená na ukončená těhotenství je v případě postmenopauzálních matek velmi nízká. To je jeden z důvodů, proč stále existují dva věkové limity. Hranice 40ti let věku ženy, přímo odvozená od toho bodu statistických křivek úspěšnosti a finančních nákladů, který přesahuje míru solidarity nastavené ve zdravotním pojištění, a hranice 48 let věku, od které finanční náklady nesou pacienti a za kterou se dnes úspěšnost blíží nule. Hodnota 48 let také vychází z horní hranice průměrného věku, ve kterém dochází u žen k menopauze. Zohledňování individuálních případů žen, u nichž dochází k menopauze ještě později, pak podle mnohých nemá prakticky smysl.

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

Podobně odkaz na objektivní fakta přírody, přirozenou a pohyblivou hranici plodnosti žen danou přítomností menstruace, není v současné době tím nejdůležitějším. Úspěšnost AR u žen nad 40 a zvláště nad 45 let je natolik nízká, že je podle mnohých vlastně jedno, jestli bude hranice definována věkem nebo pohyblivě. I proto je nakonec za rozhodující považována společenská definice legitimní podoby mateřství (rodičovství). Je definována jako rozhodující, neboť odkaz na ní je morálně přijatelnější než odkaz na (ekonomickou) efektivitu AR. Lze tedy očekávat, že zvýšením úspěšnosti AR s vývojem nových metod a rostoucí poptávkou ze strany žen, bude důležitost přisuzovaná společnosti spíše klesat. Hlas společnosti může být pak definován i jako diskriminující. Dnes tomu ale tak není.

Literatura

Antonyová, J. 1998. „Vymodlené děti“. *Květy*, č. 5, s. 24–25.

Holecová, S. 2001. „Žena počne dítě již mrtvého muže“. *MF Dnes* dne 5. 3. 2001, s. 8.

Kirejczyk, M. 2000. „Enculturation through Script Selection: Political Discourse and Practice of In Vitro Fertilization in the Netherlands“. Pp. 183–206 in Saetnan, A. R., Oudshoorn, N., Kirejczyk, M. (eds.). *Bodies of Technology. Women's Involvement with Reproductive Medicine*. Columbus: Ohio State University Press.

Pfeffer, N. 2000. „Regulating Reproduction“. Pp. 254–277 in Saetnan, A. R., Oudshoorn, N., Kirejczyk, M. (eds.). *Bodies of Technology. Women's Involvement with Reproductive Medicine*. Columbus: Ohio State University Press.

Potter, J. 1996. *Representing Reality: Discourse, Rhetoric and Social Construction*. London: Sage.

Řežábek, K. 2001. „Hodnocení úspěšnosti v asistované reprodukci“. *Česká gynekologie* 28, 2 (pracovní verze, ne-stránkováno)

Suchá, V. 2001. „Lidský osud se do žádných pravidel nevtěsná. „Kdo si vezme na svědomí zakazovat chtění dítě?“ ptá se ředitel Centra asistované reprodukce“. *MF Dnes* dne 28. 4. 2001, s. 11.

Vašíčková, M. 2001. „Dítě na stará kolena“. *MF Dnes*, 10. 11., s. 4.

Zamykalová, L. 2002. „Otcem po smrti?: Management trajektorií v asistované reprodukci“. *Cargo. Časopis pro kulturní/sociální antropologii*, 3–4: 242–279.

Zamykalová, L. 2003. „Kdo smí participovat na asistované reprodukci? Ustavování hranic neplodnosti“. *Biograf*, 31: 26–50.

Poznámky

1 Vycházím zde ze sémiotické analýzy článků z let 1978 až 2004, která je součástí grantového projektu GA AV (grant č. KJB7028402: Fenomén bezdětnosti v kontextu vývoje české společnosti). Částečně vycházím také z dat, která jsem 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). Celkem se jedná o 34 rozhovorů a okolo 350 článků. Zpracování jiných dílčích témat lze nalézt v Zamykalová 2002, 2003.

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

3 Jednalo se o diskusi vyvolanou případem posmrtného otčovství. Viz např. Holecová 2001. Dotyčné ženě se skutečně dva roky po smrti jejího manžela narodila dvojčata.

Lenka Zamykalová vystudovala sociologii na Fakultě sociálních studií UK. V současné době pracuje v Ústavu pro lékařskou etiku a ošetrovatelství 3 LF UK, kde se podílí na výzkumu praxe informovaného souhlasu v českých nemocnicích.