

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

ANJA ČERNE

Mentorica: DOC. DR. ZDENKA ŠADL

**NOVE REPRODUKCIJSKE TEHNOLOGIJE:
OSVOBODITEV ALI PATRIARHALNO ORODJE?**

DIPLOMSKO DELO

LJUBLJANA, 2006

Iskrena hvala mojim staršem, da so mi omogočili doseči cilj, ki sem si ga izbrala.

Hvala Mihi za potrpežljivost in razumevanje.

Zahvaljujem se tudi mentorici doc. dr. Zdenki Šadl za strokovne nasvete, vodenje in potrpežljivost pri pregledovanju besedila.



IZJAVA O AVTORSTVU diplomskega dela

Spodaj podpisani/-a ANJA ČERNE, z vpisno številko 21015141,
rojen/-a 12.12.1980 v kraju KRANJ, sem avtor/-ica diplomskega dela z naslovom:
NOVE REPRODUKCIJSKE TEHNOLOGIJE:
OSVOBODITEV ALI PATRIARHALNO ORODJE?

S svojim podpisom zagotavljam, da:

- je predloženo diplomsko delo izključno rezultat mojega lastnega raziskovalnega dela;
- sem poskrbel/-a, da so dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric, ki jih uporabljam v predloženem delu, navedena oz. citirana v skladu s fakultetnimi navodili;
- sem poskrbel/-a, da so vsa dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric navedena v seznamu virov, ki je sestavni element predloženega dela in je zapisan v skladu s fakultetnimi navodili;
- sem pridobil/-a vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti prenesena v predloženo delo in sem to tudi jasno zapisal/-a v predloženem delu;
- se zavedam, da je plagiatstvo – predstavljanje tujih del, bodisi v obliki citata bodisi v obliki skoraj dobesednega parafraziranja bodisi v grafični obliki, s katerim so tuje misli oz. ideje predstavljene kot moje lastne – kaznivo po zakonu (Zakon o avtorstvu in sorodnih pravicah, Uradni list RS št. 21/95), prekršek pa podleže tudi ukrepom Fakultete za družbene vede v skladu z njenimi pravili;
- se zavedam posledic, ki jih dokazano plagiatstvo lahko predstavlja za predloženo delo in za moj status na Fakulteti za družbene vede;
- je elektronska oblika identična s tiskano obliko diplomskega dela ter soglašam z objavo diplomskega dela v zbirki »Dela FDV«.

V Ljubljani, dne 03.02.2006

Podpis avtorja/-ice: _____

KAZALO

1. UVOD	1
2. SPOL IN SPOLNE VLOGE	4
2.1. BIOLOŠKI IN DRUŽBENI SPOL	4
2.2. KRATEK ZGODOVINSKI PREGLED SPOLNIH VLOG	5
3. RAZVOJ NOVIH REPRODUKCIJSKIH TEHNOLOGIJ	8
3.1. REPRODUKCIJSKE TEHNOLOGIJE	8
3.2. REPRODUKCIJSKE TEHNOLOGIJE IN NJIHOV RAZVOJ	9
3.2.1. <i>Vloga žensk v razvoju kontracepcijske tabletk</i>	10
3.2.2. <i>Reprodukcijska zdravila in tehnike</i>	15
3.2.3. <i>Tehnologije in reprodukcijske revolucije</i>	17
3.3. USPEŠNOST REPRODUKCIJSKIH TEHNOLOGIJ	20
4. NOVE REPRODUKCIJSKE TEHNOLOGIJE IN NJIHOV VPLIV NA ŽIVLJENJE ŽENSK	23
4.1. VPLIVI NOVIH REPRODUKCIJSKIH TEHNOLOGIJ NA ZDRAVJE ŽENSK	23
4.2. PRAVICA DO REPRODUKCIJE	24
4.2.1. <i>Avtonomna izbira</i>	25
4.3. ŽENSKA KOT OSNOVNI UPORABNIK REPRODUKCIJSKIH TEHNOLOGIJ	28
4.4. RAZLIKE MED ŽENSKAMI PO SVETU	30
4.4.1. <i>Rasna neenakost</i>	31
4.5. POSTOPEK IVF, NADOMESTNA MATI IN CEPIVO PROTI ZANOSITVI	33
4.5.1. <i>IVF postopek</i>	33
4.5.2. <i>Nadomestna mati</i>	34
4.5.3. <i>Cepivo proti zanositvi</i>	37
5. FEMINISTIČNE KRITIKE REPRODUKCIJSKIH TEHNOLOGIJ	40
5.1. KRATKA ZGODOVINA	40
5.2. REPRODUKCIJSKA TEHNOLOGIJA KOT OBLIKA MOŠKEGA IZKORIŠČANJA	42
5.3. TEHNOLOGIJA OSVOBAJANJA ALI PATRIARHALNO ORODJE?	46
5.3.1 <i>Možne rešitve</i>	49
6. ETIČNOST NOVIH REPRODUKCIJSKIH TEHNOLOGIJ	51
6.1. IZBIRA SPOLA OTROKA	53
6.1.1. <i>Primer Indije</i>	57
6.1.2. <i>Demografske posledice izbire spola otroka</i>	59

7.	REPRODUKCIJSKE TEHNOLOGIJE V PRIHODNOSTI	61
7.1.	KLONIRANJE.....	62
7.2.	NOVE METODE KONTRACEPCIJE	63
8.	ZAKLJUČKI	66
9.	SLOVARČEK IZRAZOV	69
10.	LITERATURA IN VIRI.....	73

1. UVOD

Do nedavnega je vsa človeška reprodukcija izhajala iz spolnega odnosa in pari so bili odvisni od sreče pri spočetju. Sedaj nove reprodukcijske tehnologije spreminjajo podobo reprodukcije in izzivajo osnovno videnje spolnosti, starševstva, družin in otrok.

Spolnost brez reprodukcije in reprodukcija brez spolnosti, je fenomen, ki se pravkar dogaja!

Nove tehnologije imajo velik vpliv na ženske po celem svetu. Obstoj in uporaba novih tehnologij spreminjata pogled moških in žensk na svet in odločitve, ki jih sprejemajo, pa tudi na delo, ki ga opravljajo. Tehnologije same nosijo s seboj obljubo, da lahko »popravijo« svet. Tehnološki razvoj pogosto prinese velike spremembe ljudem in je pogosto označeno kot dokaz velike človeške moči. Kaj pa tehnološki razvoj prinese ženskam?

V zahodni kulturi obstaja splošno prepričanje, da ima vsaka ženska pravico do otroka. Če ji ne priznajo te pravice, pomeni, da ji odvzemajo svobodo. Hkrati s tem prevladuje občutek, da mora biti ženska, ki nikoli ni imela otrok, čustveno neizpolnjena in je zato »manj ženska«. Če si pri tem ne more pomagati, jo pomilujejo, kot bi imela kakšno okvaro. Če pa otrok nima po lastni izbiri ali se jim odpove, jo imajo za sebično in trdo. Ženske so pod velikim pritiskom, (saj se od njih pričakuje), da morajo imeti otroke. Na to vlogo jih pripravljajo že od otroštva prek stereotipnih socialnih podob ženske in moškega. Deklice se identificirajo z materami in rastejo z razumevanjem, da je vloga matere del ženske identitete, nekaj naravnega. Neplodnost sicer ni več obsojana, je pa deležna pomilovanja predvsem s strani ljudi, ki so se že dokazali kot starši.

Ta problematika družbo zanima tudi danes, saj podatki govorijo o tem, da se v razvitem svetu vsak deseti par v reproduktivnem obdobju sooča z neplodnostjo. Treba se je vprašati, kdo odloča o tem, kdo je upravičen, da se mu pomaga in kdo ne.

Glavno vlogo pri tem igra medicina. Med neplodnimi pari naredi selekcijo. Tistim, ki jih oceni, da so primerni za starševsko poslanstvo, pomaga, tiste, ki niso, pa odkloni. Če se želi ohraniti obstoječi družbeni red, je potrebno zavrniti homoseksualne pare, samske ljudi, starejše pare in pare, ki psihofizično ne ustrezajo merilom. V samem interesu sodobne

zahodne družbe je morda tudi to, da ima čim manj revnih prebivalcev, zato ne namenja velikih vsot denarja za pomoč ljudem pri zdravljenju. Oploditev z biomedicinsko pomočjo del družbe zavrača z argumentom, da gre za poseganje v delo narave, drugi pa postavljajo meje, v katerih je to oplojevanje sprejemljivo. V primerih nadomestnih mater in donatorjev se pojavljajo vprašanja sorodstvenih vezi, zaupnosti podatkov, zlorab, otrokovih pravic ter etična vprašanja.

Dandanes se nove tehnologije zelo hitro razvijajo in uvajajo, zato je vedno manj časa za preizkušanje in odpravljanje napak znotraj njih. Nekatere tehnologije imajo moč, da lahko drastično spreminjajo naše življenje in okolje, v katerem živimo. Nekatere nove tehnologije so nasilnejše kot ostale, ki so obstajale pred tem. Ko nove tehnologije postanejo nasilnejše, lahko spreminjajo spolna razmerja, spolne vloge in povečujejo razlike med moškimi in ženskami, bogatimi in revnimi. Kakšen vpliv pa imajo nove reprodukcijske tehnologije na spolno enakost in na pravice žensk?

V tej nalogi se bom poskušala osrediniti predvsem na ženske in na reprodukcijske procese. Poskušala bom predstaviti vpliv nove reprodukcijske tehnologije na življenje ljudi, predvsem pa žensk po celem svetu. Zanima me, ali nove reprodukcijske tehnologije pripomorejo k izboljššanemu položaju žensk in njihovi možnosti izbire v reprodukciji, ali pa jih omejujejo ter kakšne možnosti imajo ženske v različnih delih sveta za normalno reprodukcijo.

Prikazati bom poskušala, kako se je razvijala feministična misel o reprodukciji skozi čas in kaj čaka feministično gibanje v prihodnosti.

Diplomsko delo, ki temelji predvsem na sekundarnih virih, torej na že obstoječih podatkih in informacijah, je razdeljeno na šest sklopov. V prvem delu bom najprej predstavila spol in spolne vloge. Drugi del bo posvečen razvoju novih reprodukcijskih tehnologij. Opisala bom, kako so se razvijale in kakšno je njihovo zgodovinsko ozadje, katere reprodukcijske tehnike obstajajo in kakšna je njihova uspešnost. V tretjem delu se bom osredotočila na vpliv novih reprodukcijskih tehnologij na življenje žensk. Tu me bo zanimalo, kakšen vpliv imajo te tehnologije na zdravje žensk in potencialen obstoj razlik med ženskami po svetu. Osredotočila se bom tudi na pravico žensk do reprodukcije. Posebej pa bom predstavila postopek IVF, cepivo proti zanositvi in nadomestno mater. Četrty del diplomske naloge bo obsegal feministične kritike novih reprodukcijskih tehnologij. Najprej bom na kratko predstavila razvoj feministične misli o reprodukcijskih tehnologijah. Sledilo bo nekaj misli o izkoriščanju

žensk s strani moških in o reprodukcijskih tehnologijah. Zatem bom obravnavala vprašanje o etičnosti novih tehnologij. Osredinila se bom predvsem na postopke, s katerimi lahko vnaprej izberemo spol otroka in demografske posledice, ki jih lahko ta postopek prinaša. Na koncu bom nakazala, katere nove kontracepcijske metode in reprodukcijski postopki se razvijajo in bodo parom na voljo v bližnji prihodnosti. Priložen bo še slovarček izrazov, ki bo pomagal k boljšemu razumevanju nekaterih strokovnih medicinskih izrazov v diplomski nalogi.

2. SPOL IN SPOLNE VLOGE

Reprodukcija je zelo širok koncept. Obsega družbene prakse, izkušnje in strukture, ki vplivajo na posameznike, skupnost in družbeno reprodukcijo. Vključuje različne pojme, kot so kontracepcija, spočetje, nosečnost, prakse ob rojstvu in vzgojo otrok.

Kot sociologi se moramo zavedati, kako močno vpliva reprodukcija na vse okoli nas: na svet, države, skupine (etnične, verske, manjšine ali večina), družino in posebej na posameznike. Še posebej pa moramo razmisliti, kako družbeni spol (»gender«) vpliva na vse posameznike, družino, različne skupine ter na celotni svet.

Vedeti moramo, da rojevanje otrok ni v neposredni povezavi z vzgojo otrok. Danes se v zahodnih družbah od žensk pričakuje, da bodo nosile veliko breme moralnega, emocionalnega in psihičnega razvoja svojih otrok. Ker so družbene vloge pod velikim pritiskom, se nenehno spreminjajo.

2.1. BIOLOŠKI IN DRUŽBENI SPOL

Ameriški psihoanalitik dr. Robert Stoller (po Oakley, 2000) je bil prvi, ki je leta 1968 uporabil ločitev med biološkim (v angleščini »sex«) in družbenim (v angleščini »gender«) spolom. Stoller pravi, da je pomembno uporabljati pravilne izraze za biološki in družbeni spol. Izraza za biološki spol (»sex«) sta moški in ženska. Za družbeni spol pa naj bi se uporabljala izraza moškost in ženskost, ta dva izraza pa sta precej neodvisna od biološkega spola. To pomeni, da med biti ženskega spola in biti »ženska« ni nujne povezanosti, enako velja za biti moški in se obnašati na »moški« način.

Ann Oakley (2000) meni, da ženske družbene vloge (npr. vloga gospodinje in matere), niso nujno posledica ženske biologije. Avtorica meni, da so vloge spolov ustvarjene kulturno in ne biološko. Ljudje se učijo vedenja, ki se pričakuje od moških in žensk v njihovi družbi. Tega vedenja ne povzročajo prirojene značilnosti. Kultura je tista, ki najbolj vpliva na ustvarjanje moškega in ženskega vedenja.

Oakleyjeva je tudi prikazala štiri glavne načine, po katerih se odvija socializacija v spolne vloge (Haralambos, Holborn, 1999: 597):

- a. na otrokov samokoncept vpliva manipulacija. Na primer: mati posveča več pozornosti dekličinim lasem in oblačenju v »ženska« oblačila.

- b. Do razlik pride z usmerjanjem, kar pomeni usmerjanje fantov in deklet k različnim predmetom. To je še posebej očitno pri nakupovanju igrač za deklice. Deklicam dajejo punčke in miniaturne gospodinjske aparate, da se z njimi igrajo.
- c. Uporaba verbalnega apeliranja. Na primer: »Ti si pridna deklica«. To vodi majhne otroke do tega, da se identificirajo s svojim spolom in posnemajo odrasle istega spola.
- d. Dečki in deklice so izpostavljeni različnim aktivnostim. Deklice še posebej vzpodbujajo, da se ukvarjajo z gospodinjskimi deli.

2.2. KRATEK ZGODOVINSKI PREGLED SPOLNIH VLOG

Družbene vloge spolov so ustvarjene kulturno v določeni družbi oziroma družbenih skupinah. Od te družbe pa je odvisno, katere aktivnosti, naloge in odgovornosti se smatrajo za moške in katere za ženske. Družbene vloge so odvisne od starosti, razreda, rase, etničnosti, religije in tudi od geografskega, ekonomskega in političnega ozadja. Spremembe v družbenih vlogah so pogosto odgovor na spreminjajoče se ekonomske, naravne ali politične okoliščine.

Tako moški kot ženske igrajo različne vloge v družbi. Danes se v zahodnih družbah družbena vloga žensk lahko označi kot reprodukcijska in produkcijska, medtem ko se moška vloga lahko označi samo kot produkcijska. Ženske morajo obe vlogi igrati istočasno.

Reprodukcijska vloga vključuje rojstvo otrok in vse obveznosti povezane z njihovo vzgojo. Opravljati morajo tudi vsa hišna opravila, ki so povezana z reprodukcijo. Ta vloga ne vključuje samo biološke reprodukcije, ampak tudi skrb za otroke. Reprodukcijsko delo večinoma opravljajo samo ženske.

Produkcijsko vlogo (za plačilo) opravljajo tako moški kot ženske. Ta vloga ima tržno menjalno vrednost.

Ann Oakley v svojem delu »Gospodinja« (2000) poda zgodovinski prikaz razvoja vloge spolov oziroma sfere reprodukcije in produkcije:

a. predindustrijska družba

V tradicionalnih (neindustrijskih) družbah sta bili sferi dela in družine povezani. Vsi odrasli so delali in položaj obeh odraslih v skupnosti je izviral prav toliko iz identifikacije z družino kakor iz identifikacije z neko posebno vrsto dela. Vloge v tradicionalnih neindustrijskih družbah je pogosto določal biološki spol. Ekonomska in družbena struktura tradicionalnih

družb ni omogočala jasnega razlikovanja med produktivnim delom, opravljenim v javnosti in hišnim delom, opravljenim doma. V tradicionalnih družbah na splošno se je domače življenje nenehno prepletalo s produktivnim delovnim življenjem.

V 17. stoletju je bila poroka bistvena za polnopravno članstvo v družbi odraslih. Številni pari se niso poročili, dokler se niso prepričali o svoji plodnosti in število spočetij pred poroko je bilo bržkone večje od današnjega.

V predindustrijski družbi so moški otroški posli in vajenci prav tako sodelovali pri gospodinjstkih opravilih in varovanju otrok kakor ženski, in vloga, ki jo je v družini imel oče, je moškega in otroka zbližala bolj kakor v večini družin danes. Za ženske ni veljala stroga delitev na domačo in ekonomsko vlogo, in tudi za moške ne. Oče ni bil ločen od svojih otrok, saj so se igrali okoli njega, medtem ko je delal.

V domu in tudi zunaj njega, so žensko mnenje poslušali in spoštovali. Položaj ženske kot posameznice pri njenem delu in vlogi v družbi je bil jasen. Njene dejavnosti v družbi so bile v marsičem neodvisne od njenega položaja žene in matere.

V predindustrijski dobi je bila vloga ženske v življenju odraslih vselej vloga produktivne delavke – bodisi v sferi doma ali zunaj njega, na podeželju ali na urbanem delovnem mestu. Zakoni o delu niso razlikovali med spoloma: nobene posebne zakonodaje za ženske ni bilo in smele so opravljati kateri koli poklic, ne da bi bil pri tem njihov spol ovira.

Ločitev sveta doma in sveta produktivnega dela, ki je nastala z ekonomskim razvojem, pa nima posledic le za delo žensk, temveč tudi za delo in družinsko vlogo obeh spolov in za odnose med družino in ekonomijo. V družbah, kjer je bilo produktivno delo žensk tradicionalno življenjskega pomena, so se z vpeljavo nove tehnologije in razvojem kompleksne delitve dela ta področja temeljito spremenila.

b. industrializacija družbe

Moderna vloga gospodinje kot »dominantna zrela ženska vloga« je najpomembnejša in trajna posledica, ki jo je ženskam prinesla industrializacija. Industrializacija je vplivala tako na vlogo moškega kot na vlogo ženske. A medtem ko je moškim odprla svet zunaj doma, v glavnem tako, da je povečala razpon zaposlitev, ki so jim poslej na voljo, je ženskam svet zaprla v področje doma.

V tem obdobju je bilo delo ločeno od družinskega življenja: bilo je dejavnost, ki so jo zunaj doma opravljali za plačilo in ne zaradi nje same: delo, ki ga niso opravljali iz ljubezni ali zaradi družinske pripadnosti, temveč zato, ker so ga pač morali. Racionalnost modernega industrijskega podjetništva je povzročila ločitev od družinskih odnosov, vrednot in skrbi za

družino. Diferenciacija družine od ekonomije, ki jo je povzročil prehod k industrijski proizvodnji, je povzročila diferenciacijo vlog v družini. Ženska je postala nezaposlena, ekonomsko odvisna gospodinja, moški pa edini prejemnik plače ali mezde, ki je s svojim delom vzdrževal ženo in otroke.

Industrializacija je imela trajne posledice: ločitev moškega od tesne povezanosti z vsakdanjim potekom družinskega življenja; ekonomsko odvisnost žensk in otrok od moških; ločitev gospodinjskega dela in skrbi za otroke od drugega dela. Ko pa so ji - z modernimi izrazi - pripisali vlogo gospodinje in vlogo matere, je industrializacija žensko – gospodinjo zaprla v dom. Ta omejitev je bila bolj psihološka kot telesna.

c. položaj žensk danes

Kljub spremembam ima družina tudi v sodobnem razvitem kapitalizmu pomembno reproduktivno vlogo za sistem, čeprav se to navzven kaže kot izraz volje posameznikov. Družina je še vedno ločena od sveta dela. Družina se tako pojavlja kot avtonomno področje, v katerem je posameznik gospodar svojega življenja in organizator gospodinjstva (Jogan, 1986: 40).

Posledica industrializacije je, da dom pomeni »družino«, ne pa »dela«. Družina pomeni žensko. Ženska rodi otroke, skrbi za otroke, doma je gospodinja; če dom pomeni družino, potem je družina ženska.

Spolna diferenciacija med vlogama ženske in moškega je os moderne družinske strukture.

Medtem ko se je družba čedalje bolj »usmerjala k družini«, se je družina sama bolj in bolj odkrito identificirala s svojo prostorsko umestitvijo, s svojim domom. »Dom« in »družina« sta postala dejansko zamenljiva izraza.

Prav tako se je okrepila vloga ženske kot matere. Moderna industrijska družba se je zelo očitno usmerila k otroku. Zaradi spoznanja, da je otroštvo kritično obdobje v oblikovanju odraslega, je »uspešno« opravljanje materinske vloge postalo ključno. V moderni družinski strukturi mati postane tista izmed staršev, ki v glavnem vzgaja otroke in oblikuje njihov značaj. Moderna gospodinja je dvojna osebnost: opravlja žensko vlogo in je hkrati delavka v poklicu, ki ima vse značilnosti drugih delovnih vlog, razen ene – da ni plačana.

3. RAZVOJ NOVIH REPRODUKCIJSKIH TEHNOLOGIJ

3.1. REPRODUKCIJSKE TEHNOLOGIJE

Koncept reprodukcijskih tehnologij (v nadaljevanju RT) se nanaša na obsežno medicinsko-tehnološko znanje in prakse, ki so povezane s človeško spolnostjo. Reprodukcijski proces je proces, v katerem odrasli organizmi obnavljajo svojo vrsto. V sodobni zahodni družbi mislimo o reprodukciji kot o striktno zasebni zadevi, ki se začne z oplojevanjem ženske s strani moškega in konča z rojstvom otroka. Reprodukcijski proces je proces samoobnavljanja družbe (Robertson, 1991). Koncept se torej uporablja tudi za opisovanje medicinskega zdravljenja, ki je dostopno parom, ki si želijo spočetja in so večinoma neplodni. Neplodnost pomeni nezmožnost spočetja otroka naravno, po vsaj dvanajstih mesecih pogostih nezaščitenih spolnih odnosov. Dostopni podatki Svetovne zdravstvene organizacije iz leta 1988 govorijo o 5 do 8% parov v razvitih in do 30% parov v razvijajočih se deželah, to je 50 do 80 milijonov žensk in moških v reproduktivnem obdobju z določenimi problemi neplodnosti. Isti vir navaja 2 milijona novih neplodnih parov na leto (Repinc, 2001: 70). Med strokovnjaki prevladuje mnenje, da je neplodnosti čedalje več. Vzroke za to iščejo v naraščanju vnetij ženskega spolnega sistema, spolno prenosljivih boleznih, v odlašanjem rojstva prvega otroka, nedvomno pa se ugotovi veliko več primerov neplodnosti tudi zaradi novih diagnostičnih in terapevtskih postopkov.

Ta znanja in prakse vključujejo postopke in pripomočke, ki pomagajo, preprečujejo in upravljajo s kontracepcijo, rodnostjo in reprodukcijskimi praksami. Nove reprodukcijske tehnologije (NRT) se od prejšnjih tehnologij razlikujejo po povečani učinkovitosti in nasilnosti. Nove tehnologije so predvsem tiste tehnologije, ki pomagajo ustvariti človeški zarodek, drugače kot kontracepcijske tehnologije, ki pomagajo preprečiti njegov nastanek. Farmacevtske družbe, ki proizvajajo NRT in znanstveniki, ki jih odkrivajo pa težijo k vse večji globalizaciji teh tehnologij in si želijo pridobiti čim večje dobičke, ne glede na posledice, ki jih te tehnologije lahko imajo na ljudi. NRT se ne uporabljajo samo za upravljanje kontracepcije, rodnosti in reprodukcijskih praks, ampak tudi za ustvarjanje novih poti, po katerih lahko vplivajo na lastnosti potencialno ustvarjenih otrok. Reprodukcijskih tehnologij se poslužujejo predvsem tisti posamezni pari, ki a) trpijo za neplodnostjo, b) želijo

svoje otroke zaščititi pred genetskimi boleznimi in c) želijo pridobiti večji nadzor nad zanositvijo in rojstvom.

John Scott (2005) ugotavlja, da so koncept vpeljale feministke, da bi označile in tematizirale reguliranje biološke reprodukcije. Reprodukcijske tehnologije vključujejo tehnologije kontracepcije in splava, rojstva otroka (nadzor zarodka, ultrazvok) in neplodnosti (na primer IVF¹ postopek).

Razvoj reprodukcijskih tehnologij v zadnjih letih hitro narašča, saj se v njihovo ustvarjanje vlaga zelo veliko sredstev, zelo intenzivno jih tudi prodajajo. Znanstveniki in farmacevtske družbe ne polagajo posebne pozornosti na potencialno ogroženost ženskih teles. Ne zanima jih, kakšne posledice bodo te tehnologije imele na žensko telo. To področje ostaja pogosto zanemarjano. Termin, ki posebej izkazuje kontrast med tehnološkim in naravnim, ponavadi namiguje na preveliko vpletenost znanosti, ki reprodukcijsko moč vzame posameznikom, ponavadi ženskam.

3.2. REPRODUKCIJSKE TEHNOLOGIJE IN NJIHOV RAZVOJ

Skozi vso človeško zgodovino so si ženske prizadevale za uravnavanje in nadzorovanje svoje plodnosti. Vse do moderne dobe niso imele na razpolago varnih in učinkovitih metod uravnavanja svoje plodnosti.

Hipokrat v tej povezavi ugotavlja: »Pomanjkanje pripomočkov jim ni preprečilo, da bi poizkušale biti 'samosvoji zdravniki', pogosto so v tem procesu zdravljenja tvegale svoje zdravje, svojo prihodnjo plodnost in celo svoje življenje« (Fathalla, 1994). Neplodnost so z medicinskega stališča obravnavali že Aristotel in Hipokratovi učenci in jo povezovali predvsem z nepravilnostmi maternice.

V skoraj vsaki družbi so zgodovinarji našli antične, tradicionalne metode, ki so jih ženske uporabljale v ta namen. Ne glede na učinkovitost teh metod, pa njihova uporaba skozi zgodovino kaže močno težnjo žensk, da bi nadzorovale svojo rodnost. Moški so na drugi strani imeli moč in možnost kontrole nad spolnimi odnosi in plodnostjo že od antike dalje.

¹ glej SLOVARČEK IZRAZOV stran 69-72

Kondom, ena zelo učinkovita kontracepcijska metoda, je bil na voljo moškim že pred nekaj tisoč leti. 1000 let p.n.š. so nekaj podobnega kondomu uporabljali Egipčani, vendar so se z njim poskušali zaščititi pred boleznimi. Prvi dokaz o obstoju kondoma v Evropi najdemo na stenskih slikah v Combarelles v Franciji, ki so nastale okoli leta 100.

Prvo umetno inseminacijo je leta 1791 izvedel angleški doktor Hunter, vendar je šel razvoj v tej smeri le počasi naprej. Umetna inseminacija z darovalčevo spermo je naletela na odpor Vatikana. Prva je bila izvedena v ZDA leta 1884. Leta 1940 je bila prvič izvedena oploditev z zamrznjenimi semenčicami. Danes ti postopki ne predstavljajo več tehničnega problema, pač pa se zastavljajo le še etična in pravna vprašanja. Nova spoznanja v znanosti, zlasti pa močan napredek tehnike so omogočili tudi uspešno zunajtelesno oploditev oziroma oploditev v laboratoriju in prenos živega zarodka v maternico. Na tak način je bila »spočeta« Louise Brown iz Anglije, rojena kot prvi »otrok iz epruvete« leta 1978. Leta 1984 se je rodila Zoe, prvi zamrznjeni zarodek.

3.2.1. Vloga žensk v razvoju kontracepcijske tabletko

Oralna kontracepcija je bila širši javnosti predstavljena 1960. leta, torej istočasno kot vesoljski sprehod po luni in hkrati s pojavom ekspanzije potrošniških dobrin. Oralna kontracepcija je splošno sprejeta kot temeljni kamen v bitki znanosti nad naravo.

Po letu 1970 so se začeli pojavljati zapisi o njenih stranskih učinkih in takrat se je tudi začelo javno razpravljati o njej. Veliko kritikov je napadlo njene originalne izumitelje zaradi nezadostnega testiranja, preden so jo kot množičen proizvod ponudili na trgu. V tem kontekstu je tabletko videna kot proizvod, ki so jo razvili predvsem moški znanstveniki, da bi vzpostavili in vzdrževali nadzor nad ženskami. Na podlagi te predpostavke so ženske opredeljene kot neprostopoljni poskusni zajčki. Vendar pa oralne kontracepcije ne moremo videti kot čiste zmage znanosti in tudi ne samo kot moškega izuma. Takšna perspektiva ne vključuje kompleksnega družbenega konteksta, v katerem je bila tabletko razvita, in tudi ne velike mreže ljudi in obsežnega strokovnega znanja, ki je bil potreben za tako odkritje.

V nadaljevanju nas bo zanimalo kakšno vlogo so ženske odigrale v razvoju kontracepcijske tabletko (tabletko) v različnih vlogah od pobudnikov raziskav, sponzorjev raziskav, tehnikov

in zdravnic, ki so nadzorovale razvoj projekta in vse do žensk, ki so sodelovale v poskusih. V literaturi je obsežno dokumentiran pomemben prispevek žensk k razvoju kontracepcijske tabletk, ki ruši številne zgodovinske mite na tem področju in obenem razširja naše vsesplošno razumevanje stroke in znanja o nastanku znanstvene tehnologije. Kot kaže primer razvoja oralne kontracepcije, rezultata raziskav ne moremo soditi samo po delu posameznih znanstvenikov, ampak moramo iznajdbo (v tem primeru tabletko) videti kot nekaj, kar je nastalo iz sodelovanja velikega števila ljudi. Izum tabletko je bil odvisen od znanstvenega znanja ljudi iz različnih disciplin.

Naslednje štiri točke so povzete po avtorici Lari Marks (2000).

1. Ženske v vlogi sponzorjev

Ko so leta 1905 odkrili hormone, si je le malo ljudi predstavljalo, da bo samo petdeset let pozneje milijone žensk uporabljalo sintetične hormone za kontracepcijske namene. Vendar so se pri izdelovanju kontracepcijske tabletk soočali s številnimi problemi. Eden od problemov so bili stroški sintetičnega pridobivanja hormonov in njihova neučinkovitost v primeru oralne uporabe.

Kontracepcija je bila v večini držav nelegalna in to je še bolj spodbujalo znanstvenike v njihovih raziskovanjih. Veliko je bilo ovir, s katerimi so se dolgo soočali znanstveniki oziroma znanstvenice in različne ženske, ki so zagovarjale pravico do kontracepcije in do kontrole rodnosti, zato so se morale močno boriti za razvoj in raziskovanje na področju kontracepcijskih tabletk. Za številne ženske je bila kontracepcija ključ do ženske svobode.

Eden od načrtovalcev družine je leta 1929 izjavil: »Emancipacija in priznanje enakega statusa ženske ne moreta biti realizirana, dokler je materinstvo naključje in ne izbira« (Marks, 2000: 148). Veliko raziskovalcev nadziranja rojstev je bilo zaradi njihovih aktivnosti preganjanih in zaprtih.

Ena najpomembnejših figur v bitki za kontracepcijo je bila Margaret Sanger. Sangerjeva je bila zaposlena kot medicinska sestra v New Yorku na prelomu 19. in 20. stoletja. Do leta 1920 je Sangerjeva ustanovila številne klinike za nadzorovanje rojstev v ZDA. Pomagala je tudi pri razvoju znanstvenih raziskav na področju kontracepcije. Leta 1937 je eden od ameriških časnikov objavil članek o možni hormonski sterilizaciji. Sangerjeva je takšno možnost zaznala kot velik napredek, saj je že leta 1912 izrazila upanje, da bi iznašli »magično tabletko«, ki bi se uporabljala v kontracepcijske namene. Sangerjeva je trdila, da je pomembno, da iznajdejo kontracepcijsko tehniko, ki bi ženskam omogočala popoln nadzor nad njihovo plodnostjo, brez sodelovanja moških. Prizadevala si je odkriti sredstvo, ki bi ga

ženske uporabljale oralno, namesto sredstva, ki se uporablja samo v času spolnega odnosa. Leta 1946 je pisala prijatelju in priznala, da se počuti potrto, ko je »videla in spoznala bolj kot kdajkoli prej neprimernost diafragme, ki jo uporabljajo ženske, ko pa bi morale imeti nekaj enostavnega, kot je tabletko za kontrolo rojstev« (Marks, 2000: 148) .

Za Sangerjevo bi bila iznajdba take tabletko tudi rešitev za vedno številnejše revno prebivalstvo po celem svetu. Dejala je: »Smatram, da bo svet v naslednjih petindvajsetih letih odvisen od enostavne, poceni, varne kontracepcije, ki se bo uporabljala v getih in slumih in tudi med najbolj nevednim prebivalstvom« (Marks, 2000: 148).

Leta 1940 so bili znanstveniki na robu odkritja substance, ki bi omogočila oralno kontracepcijo. Glede na prevladujoče javno mnenje v tistem času pa se je vsak znanstvenik, ki se je ukvarjal s to temo, potencialno soočil z možnostjo izgube svojega akademskega naslova in dostopa do vladnih sredstev.

V iskanju zaveznika pri kontracepcijskih raziskavah se je Margaret Sanger seznanila s Katherine McCormick, drugo žensko, ki je diplomirala na Inštitutu za tehnologijo v Massachusettsu. McCormickova je imela potrebno znanstveno znanje za izvedbo raziskav, ki so bile potrebne za doseg takšne kontracepcije. Poleg tega je razpolagala z zadostnimi finančnimi sredstvi za finančno podporo projekta. Kot Sangerjeva je tudi McCormickova v kontracepciji videla ključ do ženske neodvisnosti in pomembno orožje v boju proti hitremu naraščanju prebivalstva.

V laboratoriju pa je Gregory Pincus v tistem času že izvajal določene poizkuse s hormoni. Do leta 1950 je Pincus postal mednarodna ikona v hormonskih raziskavah. Sangerjeva je predlagala Pincusu, da osredini svoje raziskave na kontracepcijo. Pincus je njen predlog sprejel, saj je menil, da je to koristen način za pridobitev denarnih sredstev za svoje raziskave. Januarja 1952 je Pincus ugotovil, da se pri zajcih prepreči ovulacija, če oralno zaužijejo 10 miligramov progesterona. Izhajajoč iz te perspektive je videl progesteron kot možno sredstvo pri uporabi v človeški kontracepciji. Ob tem je treba poudariti, da je raziskave K. McCormick sponzorirala in da brez njene pomoči te raziskave sploh ne bi bile mogoče. Finančna podpora McCormickove je postala ključna, ko so leta 1953 ukinili vse ostale podpore. Eden ključnih problemov je bil zagotoviti sponzorstvo za človeške klinične teste, ki so bili dragi. McCormickova je bila zelo natančna pri nadzoru poteka raziskav. Njeno znanje s področja biologije je pomenilo, da lahko aktivno sodeluje pri laboratorijskem delu. Leta 1954 je Pincus začel s prvimi testi na ljudeh. Leta 1960 pa je bila tabletko že na trgu.

V znanstvenih člankih, ki so se v tem obdobju pojavljali v revijah, ni bilo omenjenega imena Margaret Sanger, niti Katherine McCormick, čeprav je bil njun prispevek k razvoju tabletko

ključnega pomena. Ženske z družbenim statusom in bogastvom, ki so bile del elite takratnega časa in so prevzemale pobudo, ter financiranje raziskav, so pomagale razširjati kontracepcijsko tabletko med takratno javnostjo. Navajene so bile prevzemati pobudo in znale so najti vire denarja, ki so gnali raziskave naprej. Pincusove raziskave gotovo ne bi dosegle takšnega hitrega napredka brez finančne in moralne podpore Katherine McCormick in Margaret Sanger.

2. Ženske kot laboratorijski tehniki

Tudi ženske, ki so delale kot laboratorijski tehniki, so bile pri raziskovanju tabletke enako pomembne. Njihova imena ponavadi niso navedena v popisu razvoja tabletke. Podobno kot pri večini drugih znanstvenih odkritjih je njihova vloga spregledana in zamolčana samo zato, ker so imele status tehnika.

Večino testov na živalih in laboratorijskih testov na ljudeh je izvedla Anne Merrill. Pincus je v svoji knjigi priznal, da brez njenega sodelovanja ne bi zmozel opraviti vseh potrebnih testov. V naslednjih letih se je Anne Merrill, med drugimi, pridružila še Mary Ellen Fitts Johnson. Njuna združitev je bila za kompleksno naravo dela zelo pomembna. Rezultati niso prišli čez noč. Veliko zgodnejšega dela je vključevalo testiranje aktivnih kemičnih substanc na živalih. Testiranja na ljudeh so se izvajala v Puerto Ricu in na Haitiju. Tehniki so opravljali rutinska vsakodnevna laboratorijska testiranja, po drugi strani pa so bili tehniki ključni v samem analitičnem procesu, saj so proučili stotine vprašalnikov in formularjev, ki so bili povezani s poizkusi na ljudeh.

Ena od tehnikov, ki je nadzorovala vsakodnevne klinične teste na pacientih, ki so bili ključnega pomena za razvoj tabletke, je bila tudi Menkin Miriam. Menkinova je hotela postati zdravnica, vendar so moški okoli nje zatrlji njene ambicije, zato je postala laboratorijski tehnik.

3. Ženske kot klinični raziskovalci

Zelo pomembne so bile tudi ženske zdravnice, ki so organizirale in nadzorovale človeške klinične poizkuse. Tako kot Sangerjeva in McCormickova so tudi zdravnice imele veliko znanja in so se močno borile za nova kontracepcijska sredstva. Večini ni uspelo imeti svoje lastne zdravniške prakse, saj je bila ta dejavnost v domeni moških. Številne zdravnice so se zato usmerile na področje načrtovanja družine. Glede na to, da so moški zdravniki imeli to področje za tabu, niso želeli prevzeti dela na področju kontracepcije.

Ena najpomembnejših zdravnic, ki so bile vključene v zgodnja testiranja, je bila dr. Edris Rice-Wray. Druga zdravnica pa je bila Adaline Satterthwaite. Razvoj tabletko so nadaljevale tudi druge zdravnice. Leta 1958 na primer je dr. Mary Calderone pomagala razširiti tabletko po ZDA. Ženske zdravnice so bile ključne za vsakodnevno usklajevanje in nadzorovanje poizkusov in za zbiranje potrebnih podatkov. Prav zdravnice so bile tiste, ki so imele vsakodnevni stik s pacientkami in ki so lahko opazovale njihove odzive.

4. Ženske kot objekti raziskave

Delo zdravnikov in zdravnic ne bi bilo uresničeno in uspešno, brez sodelovanja in predanosti žensk, ki so sodelovale kot objekt raziskovanja.

Ženske, ki so bile vključene v raziskavo, so morale biti stare manj kot štirideset let in imeti so morale otroke, da so dokazale svojo plodnost. Morale pa so biti tudi pripravljene na še enega otroka, v primeru če bi kontracepcija spodletela.

Ženske so morale veliko svojega časa posvetiti predvsem zgodnjim začetkom poizkusov. Od žensk se je na začetku pričakovalo, da bodo tabletko jemale vsak dan med petim in petindvajsetim dnevom njihovega ciklusa. Vsaka ženska je morala meriti svojo temperaturo in jemati vaginalne vzorce. Vse to je bilo potrebno, da so lahko določili čas ovulacije pri vsaki posamezni ženski in posledično ugotoviti, če kontracepcija deluje. Upoštevanje te postopke lahko ugotovimo, da ženske niso bile samo pasivni objekti. Uspeh tabletko je bil močno odvisen od njihovega aktivnega sodelovanja.

Večini žensk, ki danes jemljejo tabletko, se način jemanja ne bi mogel zdeti lažji. Tabletko se dobijo v lepih škatlicah z oznakami dni v tednu, ki spomnijo, da je treba vzeti kontracepcijsko tabletko. Taka preprostost pa v sebi skriva kompleksno tehnologijo in znanje. Kratek pregled zgodovine nam je pokazal, da tabletko ne bi mogli razviti brez prizadevanja in širokega znanja znanstvenikov in znanstvenic, ženskih tehnikov in ostalih sodelujočih, ki so vsak dan pripomogli k napredku. Uspeha ne bi bilo brez vizije ključne ženske, ki je bistveno pripomogla k uspehu. Vprašanje je, ali bi izum tabletko in njena razširitev potekala tako hitro brez zavzetosti Sangerjeve in McCormickove. Seveda bi bil razvoj nemogoč tudi brez predanosti in zavzetosti žensk, ki so sploh prevzele tveganje, ki je vključevalo jemanje kontracepcijske tabletko.

V večjem delu 20. stoletja so kontracepcijo proizvajali samo »pustolovski« znanstveniki, ki so delovali zunaj meja svoje discipline in različno skrbeli za ženske in njihovo zdravje. Primarna

tehnična zahteva v njihovem znanstvenem okviru je bila učinkovitost, čeprav bi morala biti varnost. Večini znanstvenikov se zdi, da so drago plačali svojo »pustolovskost« zato, ker so izbrali reprodukcijo in kontracepcijo za svoje raziskovalno področje.

Ženske na splošno in še posebej določene posameznice so se borile za spremembe na področju kontracepcijskih možnosti, vsaj od leta 1915 naprej. Pojavila so se številna trenja med znanstveniki, populacijskimi raziskovalci, zdravniki, feministkami, zagovorniki ženskega zdravja in farmacevtskimi družbami. Nedavno se je pojavila nova verzija sporazuma med temi organizacijami. Prvi sporazum je bil dosežen okoli leta 1950, ko se je pojavila »moderna znanstvena kontracepcija«, to je pomenilo, da bodo ženske dobile nove možnosti znotraj kontracepcije. To pa ni zadovoljilo večine akterjev – ženskih uporabnic. Ženske so zavzele stališče, ki se je pojavilo v dveh oblikah (Saetan, 2000: 62):

- a. Zahteve po tem, da naj ženske zavrnejo metode, ki jim ne ustrezajo ali jim jih zdravniki ali farmacevti hočejo vsiliti.
- b. Ženske so se organizirale v gibanju za žensko reprodukcijsko zdravje na mednarodni ravni.

Prejšnje stoletje so kontracepcijo razvijali in ocenjevali njeno učinkovitost znanstveniki iz vidika populacijske kontrole. Sedaj pa se različni znanstveniki in zdravniki zavzemajo za to, da bi se tudi posamezni moški in ženske (torej njihovi neposredni uporabniki) vključili v razvoj kontracepcije. Uporabniki te tehnologije najboljše vedo, kakšno kontracepcijo si želijo in to znanje bi bilo potrebno uporabiti pri raziskavah in razvoju novih oblik kontracepcije.

3.2.2. Reprodukcijska zdravila in tehnike

Obstajajo različne metode tako za moške kot za ženske, s katerimi lahko preprečijo zanositev: diafragma, ženski kondomi, kontracepcijske tabletki, dolgo delujoče hormonske tabletki, hormonski vsadki, tabletki »za potem« oziroma hormonski splav, cepljenje proti zanositvi, t.i. *'immuno-contraceptives'*.

Obstajajo še reprodukcijske tehnike, ki pomagajo neplodnim parom do zanositve. To so različni postopki, ki se s pomočjo biomedicinske znanosti izvajajo z namenom zanositve, torej na drug način kot s spolnim odnosom.

Postopke oploditve z biomedicinsko pomočjo (v nadaljevanju OBMP²) delimo na postopke oploditve v telesu in zunaj telesa.

Načini oploditve v telesu so naslednji:

- vnos semenskih celic moškega v ženske spolne organe – npr. IUI
- vnos jajčnih celic ženske skupaj s semenskimi celicami moškega v spolne organe ženske – GIFT

Način oploditve zunaj telesa pa vključuje:

- združitev jajčnih celic in semenskih celic zunaj telesa ženske – IVF ali ICSI – in nato
- vnos zgodnjih zarodkov v spolne organe ženske – ET.

Trenutno je v Sloveniji postopek oploditve z biomedicinsko pomočjo omogočen ženskam do 43. leta starosti, ki so poročene ali imajo zunajzakonskega partnerja.

Na tem mestu velja na kratko omeniti referendum iz leta 2001, ko se je slovenska javnost odločala, ali naj stopi v veljavo Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo. Referendumsko vprašanje se je nanašalo na vprašanje, ali so tudi ženske brez partnerja upravičene do oploditve z biomedicinsko pomočjo, ki pa sicer niso dokazano neplodne, vendar pa iz objektivnih razlogov ne morejo zanositi po "najbolj naravni" poti, tj. v spolnem odnosu z moškim partnerjem. Ta predlog zakona je zelo razdelil mnenje javnosti. Ta referendum je odprl še številna druga zapletena vprašanja: od vprašanj socialne politike, kot je, denimo, komu naj bodo nove (v marsičem nadstandardne) medicinske storitve dostopne in kdo naj jih financira, ali pa, kako naj si država in starši med seboj porazdelijo pravice in obveznosti pri vzgoji otrok, do temeljnih vrednotnih in normativnih etičnih dilem, ki zadevajo tako družbene ustanove kot individualna stremjenja: vprašanja enakosti, pravičnosti, diskriminacije, varstva individualnih pravic in interesov ob njihovem morebitnem konfliktu s kolektivnimi dobrinami, spremenjene predstave o dobrem življenju, še bolj pa z novimi znanstvenimi spoznanji in odkritji prebujena pričakovanja v zvezi z njim,... Tu se moramo vprašali, ali je diskriminacija samskih žensk glede na pravico do uporabe postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo (vsaj do samskih žensk, morda pa še do kake druge družbene skupine) krivična ali ne. Pri vprašanju ali je ženska, ki je potencialna uporabnica biomedicinske pomoči pri oploditvi, upravičena do uporabe OBMP, mora biti pomembno vprašanje ali je neplodna ali ne, ne pa vprašanje ali ima partnerja ali ne. Edino merilo za upravičenost do biomedicinske pomoči pri oploditvi bi morala biti potreba po njej.

² glej SLOVARČEK IZRAZOV strani 69-72

3.2.3. Tehnologije in reprodukcijske revolucije

V prihodnjih letih, bodo iz medicinskih laboratorijev postopno prišle v prakso tudi druge tehnologije, kot so: mikromanipulacija zarodkov, nuklearna trasplantacija, združevanje zarodkov, kloniranje, križanje vrst in genska terapija.

Narava in značilnost človeške reprodukcije so se dokončno nepreklicno spremenili tudi v primeru, da samo majhen odstotek ljudi uporablja te tehnologije. Ne moremo se več izogniti tehnični kontroli, ki jo imamo sedaj nad človeško reprodukcijo. Odločitev o tem, ali bi imeli otroke ali ne, ni več samo odločitev »matere narave«, ampak je odvisna od človeške volje in tehnične znanosti. Posameznik/-ica se sam/a odloča o svoji reprodukciji, odloča o tem, ali bo ostal/-a neploden/-na, o tem, ali bodo otroci imeli določene genske karakteristike.

V bistvu te tehnologije vplivajo na življenje mnogih ljudi. Število ljudi, ki so direktno povezani z reprodukcijskimi tehnologijami (posebej s področjem oploditev z biomedicinsko pomočjo) je zelo veliko. Če pa prištejemo tudi tiste, ki uporabljajo še druge metode, kot je kontracepcija, splav in nadzor še nerojenega otroka, ugotovimo, da so skoraj vsi ljudje z zahodnem sodobnem svetu povezani z uporabo reprodukcijskih tehnologij. Ko se poveča število neplodnih parov, se posledično poveča tudi uporaba reprodukcijskih tehnologij (posebej oploditev z biomedicinsko pomočjo).

Čeprav te tehnologije ponujajo uporabnikom pomoč, po drugi strani predstavljajo tudi problem. Problemi so lahko: visoki stroški, nezanesljivi rezultati laboratorijske zanositve in uporaba gamet³ darovalcev in uporaba nadomestne matere, ki omogoči osnovanje družine.

John A. Robertson (1994: 4-11) navaja štiri zelo pomembne vidike reprodukcijske revolucije:

1. Izogibanje reprodukciji – kontracepcija in splav

Če je reprodukcijska revolucija zaznamovana s tehnično kontrolo človeškega reproduktivnega življenja, potem lahko rečemo, da se je revolucija začela v šestdesetih letih 20. stoletja z razvojem kontracepcijske tabletki. V ZDA so leta 1962 prvič dovolili uporabo kontracepcijske tehnologije in to je bil pomemben prispevek k pravicam ljudi, da odločajo o svojem življenju.

³ glej SLOVARČEK IZRAZOV strani 69-72

Tehnološka ločitev spolnosti od reprodukcije ni bila takoj sprejeta. Bitka za kontrolo posameznika/-ice nad njegovim/njenim reprodukcijskim življenjem je bila na začetku zelo pomemben del javnega življenja. Razprave o reprodukcijskih tehnologijah so se v začetku vrtele okoli totalne prepovedi uporabe, kmalu pa so tudi v javnosti vsaj delno sprejeli te tehnologije, vendar pod določenimi pogoji uporabe (da lahko takšno kontracepcijo uporabljajo samo poročeni pari in podobno). V šestdesetih letih se je prvič pojavilo spoznanje, da ima posameznik/-ica pravico sam/-a nadzorovati svoje reprodukcijsko življenje – da lahko loči spolnost od reprodukcije, kadar mu/ji to ustreza.

Ker sta kontracepcija in splav še vedno pomembni temi, bo tehnološki razvoj nanju vplival tudi v prihodnosti. Eden pomembnejših razvojev bo verjetno hormon zavračanja, kot je RU486, ki preprečuje implantacijo zarodka v stene maternice ali pa prekine nosečnost kmalu na začetku. Ker se ta prekinitev nosečnosti zgodi še preden je zarodek razvit, ima ta hormon zavračanja v obliki tabletko vse možnosti, da bo pomagal zmanjšati kontroverznost okoli splava. Nove kontracepcijske tehnologije bodo pomagale izboljšati zaščito pred zanositvijo. Pomemben razvoj predstavlja Norplant sistem. Ta sestoji iz šestih fleksibilnih majhnih kapsul, ki so vstavljene pod kožo v rami in vsebujejo sintetični progestin, ki je zelo razširjen pri oralni kontracepciji. Zaradi svoje praktičnosti, učinkovitosti in majhnih stranskih učinkov bodo ta dolgotrajna kontracepcijska sredstva (kot je Norplant) izboljšala reprodukcijsko izbiro. Norplant bo imel velik vpliv na skupine žensk, ki želijo zanesljivo metodo kontracepcije brez vsakdanjega jemanja. To metodo podpirajo tudi vlade, ki v njej vidijo možnosti, da bi ženskam, ki imajo npr. AIDS preprečile zanositev.

2. oploditev z biomedicinsko pomočjo (OBMP) za zdravljenje neplodnosti

Najvidnejši vidik reprodukcijske revolucije je zdravljenje neplodnosti. V osemdesetih je bilo področje tehnološke reprodukcije še zelo neraziskano. Danes je to milijardna industrija, ki tudi največ prispeva k revoluciji v kontroli plodnosti. Umetna oploditev je najstarejša in najbolj uporabljena metoda za zanositev neplodnih parov. Umetna oploditev je najmanj kontroverzna od vseh tehnik znotraj OBMP, saj gre tukaj samo za vstavitve moškega semena v žensko telo. Umetna oploditev pa postane bolj kontroverzna, kadar jo uporabijo samske ženske ali lezbični pari, saj javnost ne podpira (spomnimo se samo referendumu leta 2001 v Sloveniji) tega, da bi ženske, ki nimajo partnerja, lahko zanosile samo s pomočjo medicinske tehnologije. Umetno oploditev uporabljajo tudi pri oploditvi nadomestnih mater – to so ženske, ki neplodnemu paru odstopijo otroka po rojstvu.

Najvidnejša, dramatična in pomembna tehnika OBMP pa je in vitro fertilizacija (IVF). Ta tehnika je bila v začetku namenjena zdravljenju zamašenih jajčnikov, sedaj pa se je njena uporaba razširila tudi na zdravljenje nerazložljive neplodnosti in majhnega števila spermijev. IVF tudi omogoča darovanje zarodkov, ki so ustvarjeni z gametami enega para, da jih dobi nekdo drug. Donacija zarodkov je tudi eden od načinov uporabe zarodkov (če jih je preveč), da jih ni treba zavreči.

3. Tehnologije, ki kontrolirajo kvaliteto zarodkov

Tretji vidik reprodukcijske revolucije je vse večja kontrola nad kvaliteto zarodkov. Ta kontrola kvalitete ima podporo tako s strani tehnološkega razvoja kot s strani parov, ki si želijo zdravega otroka. Termin »kontrola kvalitete« zveni zelo neosebno, vendar je njegov razvoj vzpodbudila želja staršev, da bi imeli zdravega otroka.

Najbolj razširjena kontrola kvalitete je ultrazvok, amniocenteza, testiranje za genetske bolezni ipd. Povečana pozornost do kvalitete zarodkov je sprožila tudi vse večjo pozornost, ki se usmerja na zunanje dejavnike, ki vplivajo na razvoj zarodka v maternici. Primer: strupi na delovnem mestu, kajenje, droge in podobne stvari imajo velik vpliv na razvoj zarodka. Postavlja se vprašanje, kaj lahko storimo, da bi se škodi čim bolj izognili.

4. Nereproduktivna uporaba reproduktivnih tehnologij

Reprodukcijska revolucija je vse bolj zaznamovana tudi s povečano uporabo reprodukcijskih tehnologij v nereproduktivne namene, kot je proizvodnja zarodkov in ploda za transplantacijo ali raziskave. V javnosti se največ govori o uporabi zarodkovih celic za zdravljenje parkinsonove in alzheimerjeve bolezni, diabetesa in podobnega. Zarodke morajo v te namene splaviti, da dobijo potrebno tkivo, zato se ta tehnologija smatra za zelo sporno. V prihodnosti bo verjetno potreba po takem tkivu naraščala.

V ZDA je zelo znan primer družine Ayala v Kaliforniji iz leta 1990. Par iz Kalifornije se je odločil, da bo imel še enega otroka, da bi lahko s transplantacijo kostnega mozga rešil življenje umirajoči najstniški hčerki. Starejša Anissa je umirala zaradi levkemije in novorojena sestra Marissa ji je rešila življenje. Ko so ji odvzeli kostni mozeg za presaditev, je bila stara samo 14 mesecev. Sedaj, 16 let kasneje, sta obe še vedno živi in zdravi, a njun primer je še vedno sporen iz etičnega vidika. Tukaj se pojavi vprašanje, ali je bila odločitev staršev pravilna, da sta spočela še tretjega otroka (ki ga drugače ne bi), samo zato, da bi bil darovalec kostnega mozga njuni starejši hčerki. S tem, ko so novorojenčka izpostavili operaciji odvzema kostnega mozga, so spravili v nevarnost novorojenega otroka in tudi

starejšo hčerko. Primer je bil v javnosti zelo odmeven in veliko ljudi se je spraševalo o pravilnosti odločitve staršev, da rodijo in tvegajo življenje enega otroka, zato da rešijo življenje drugemu.

3.3. USPEŠNOST REPRODUKCIJSKIH TEHNOLOGIJ

Da lahko ugotovimo, kateri postopki znotraj reprodukcijskih tehnologij so najuspešnejši, moramo najprej vedeti nekaj dejstev o neplodnosti. Študije kažejo, da je približno 9-14% poročenih parov med 15-44 letom neplodnih. Neplodnost se definira z nezmožnostjo zanositve po enem letu rednih spolnih odnosov brez kontracepcije. Odstotek neplodnih parov je odvisen od starosti posameznikov in družbenega razreda. Starejše ženske imajo večji odstotek neplodnosti kot mlajše. To je zaradi biološke starosti in tudi zaradi daljše izpostavljenosti zunanjim vplivom in drugim dejavnikom, ki zmanjšujejo plodnost. Temnopolte in revne ženske imajo višji odstotek neplodnosti kot bele ženske iz srednjega razreda zaradi slabše prehrane in slabše zdravstvene oskrbe in tudi višjega odstotka spolno prenosljivih bolezni. Obseg neplodnosti se povečuje v določenih starostnih skupinah. Število neplodnih žensk med 20-24 letom starosti je zelo naraslo zaradi spolno prenosljivih bolezni, široke uporabe materničnih vsadkov in povečanih ogrožajočih okoljskih dejavnikov (onesnaženost okolja, uporaba nevarnih snovi pri gradnji hiš in podobni) (Robertson, 1994). Maca Jogan (2004: 372) navaja, da so se v 90. letih prejšnjega stoletja pojavile celo kritike, da se v Sloveniji dotlej nihče ni ukvarjal z ženskim telesom – kot da reproduktivni vidik ne sodi tudi k ženskemu telesu. Danes med ženskami prevladuje visoka stopnja skrbi za reproduktivno zdravje, saj se zavedajo, da lahko veliko bolezni preprečijo, preden bi le-te povzročile neplodnost.

Pari, ki iščejo pomoč, velikokrat ne morejo odnehati, dokler ne poskusijo vseh alternativ. Zdravstveno zavarovanje ponavadi pokrije veliko storitev neplodnim parom in ker je na voljo vedno manj otrok za posvojitev, se povečuje povpraševanje po medicinskih storitvah.

V Sloveniji ureja področje reprodukcijskih tehnologij Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP), s katerim naj bi se ženski in moškemu pomagalo pri spočetju otroka in se jima tako omogočilo uresničevati svobodo odločanja o rojstvu njunih otrok. Do teh postopkov sta tako upravičena moški in ženska, ki

živita v medsebojni zakonski zvezi ali zunajzakonski skupnosti in ki glede na izkušnje medicinske znanosti ne moreta pričakovati, da bi dosegla zanositev s spolnim odnosom ter jima ni mogoče pomagati z drugimi postopki zdravljenja neplodnosti (Repinc, 2001). Ženska mora biti v starostni dobi, ki jo zdravniki smatrajo kot primerno za rojevanje (to je do dvainštiridesetega leta starosti ženske).

Za ženske ne glede na to, ali so v postopku zaradi svoje ali moževe neplodnosti, velja več pravil – biti morajo telesno zdrave in znotraj določene starostne skupine, saj je možnost uspeha pri starejših ženskah manjša. Če je potrebno, morajo ženske privoliti v to, da pred začetkom zdravljenja shujšajo, ker imajo ženske s preveliko telesno težo lahko težave pri zanositvi. Prevelika telesna teža lahko povzroči zmanjšano plodnost (www.neplodnost.com).

Kaj sploh pomeni uspešnost. Za žensko in moškega pomeni, da domov prinese zdravega otroka. Če pa pogledamo statistiko samo za živorojene otroke, je odstotek uspešnosti zelo nizek. To je zelo pomembno, saj se moramo zavedati, da je proces emocionalno zelo zahteven, vpliva na družinsko življenje in delo v službi in je tudi zelo drag. Na uspešnost vplivata tudi starost ženske in sam vzrok za neplodnost.

Pri ugotavljanju uspešnosti moramo vedno upoštevati odstotke uspešnih oploditev z biomedicinsko pomočjo glede na živorojene otroke. Rezultati različnih klinik za neplodnost se med seboj lahko zelo razlikujejo, kajti vsaka klinika uporablja drugačne kriterije, s pomočjo katerih izračunava svojo uspešnost. Ženskam na klinikah ponavadi ne povedo, kakšne so njihove možnosti za uspeh, neredko jim celo pokažejo zavajajoče statistične podatke. Tako štejejo med uspehe tudi nosečnosti, ki so trajale samo nekaj dni, ali pa število rojenih otrok razdelijo na število pacientk, tako da če je ena od desetih žensk rodila šesterčke, je to prikazano kot 60-odstotna uspešnost.

Kontrolirana hiperstimulacija jajčnikov je standardni postopek RT, s katerim se zagotovi zadostno število jajčec. Ženske, ki so podvržene takim postopkom, so potencialne kandidatke za raka na jajčnikih. Zato je ženske, ki so šle skozi te postopke, potrebno v letih po hiperstimulaciji bolj pozorno spremljati in jim omogočiti čim več preiskav, ki bi pokazale kakršnekoli spremembe v njihovem zdravju. Povečana stimulacija jajčnikov se lahko pokaže v raznih oblikah tumorjev na rodilih. Nekaterne študije so pokazale, da so bile ženske, ki so uporabljale zdravila za neplodnost trikrat bolj podvržene invazivnemu raku na jajčnikih kot

ženske, ki niso neplodne. Poudariti je treba, da tu ni samo povečana stimulacija jajčnikov, ampak da so ženske vsakič podvržene tudi manjšemu kirurškemu posegu zaradi pobiranja jajčnih celic (Mahmoud, 2002).

Laboratorijska oploditev prinaša tudi nevarnosti večkratnega rojstva, saj običajno v maternico vstavijo tri zarodke, v upanju, da bo vsaj eden preživel. Nekateri ginekologi v tujini menijo, da bi morali, če ima ženska superovulacijo in proizvede izjemno veliko zrelih jajčec, poskušati oploditi vsa in tudi vsa vsaditi. Posledica je ta, da so vsadili tudi že po devet jajčec. Zakon v Sloveniji tega ne dopušča. V enem postopku ni dovoljeno vnesti v maternico ženske več kot tri zarodke, saj je nosečnost z več kot enim ali dvema zarodkoma za materin organizem hud napor. Vedeti pa moramo, da je v primeru, ko vstavijo samo en zarodek, možnost uspeha približno 7%, z dvema zarodkoma se možnost poveča na 18%. Največ možnosti imamo s tremi ali štirimi zarodki (Robertson, 1991). Na tujih klinikah, kjer se tega ne držijo, kasneje izvedejo »selektivno redukcijo« in odvečne zarodke splavijo. Vse odkar so na koncu sedemdesetih let 20. stoletja uvedli laboratorijsko oploditev, se povečuje število nosečnosti s tremi, štirimi, petimi in celo šestimi zarodki.

Če pogledamo podatke Ginekološke klinike v Ljubljani⁴, lahko vidimo:

- a. Da so postopke znotrajtelesne oploditve (umetne osemenitve) začeli uvajati konec sedemdesetih let 20. stoletja. Letno opravijo približno 500 postopkov umetne osemenitve, po kateri zanosi 18 do 22% žensk v enem poskusu.
- b. S postopki zunajtelesne oploditve so začeli leta 1983.

Rezultati postopkov OBMP so na Ginekološki kliniki v Ljubljani zelo dobri, saj so primerljivi z rezultati drugih centrov za zdravljenje neplodnosti po svetu. Klinični rezultati in vitro fertilizacije (IVF – oploditve v epruveti) so iz leta v leto boljši. Letno zanosi približno 32 % parov, ki prejmejo zarodke.

Če primerjamo te podatke s podatki po svetu, lahko vidimo, da vsi navajajo samo število nosečnosti. Nikjer ni podatka, koliko otrok se je dejansko rodilo. V literaturi zasledimo različne podatke. Število živih rojstev v IVF postopku naj bi bilo samo 10-15 odstotno.

⁴ vir: Ginekološka klinika, Klinični center Ljubljana, www.daruj.com

4. NOVE REPRODUKCIJSKE TEHNOLOGIJE IN NJIHOV VPLIV NA ŽIVLJENJE ŽENSK

4.1. VPLIVI NOVIH REPRODUKCIJSKIH TEHNOLOGIJ NA ZDRAVJE ŽENSK

Ženske imajo danes najzanesljivejše metode kontrole rojstev kot kdajkoli prej, ampak za tako zanesljivost so tudi plačale svojo ceno. Ženske so tiste, ki nosijo krivdo odgovornosti glede kontrole rojstev, saj lahko odločajo, ali naj se otroci rodijo in ali sploh želijo zanositi. Veliko reprodukcijskih tehnologij, ki so na voljo ženskam, ki so se kljub neplodnosti odločile zanositi, pa je povezanih tudi s tveganjem za zdravje.

Pravzaprav so vse tehnike, ki so namenjene spočetju otroka pri neplodnih parih, za ženske nevarne. Za žensko so nevarne vse tehnike, razen umetne osemenitve. Čeprav je tudi tu potrebna določena hormonska stimulacija, vendar v manjši meri kot pri drugih posegih.

Kateri postopki obstajajo in zakaj so nevarni za zdravje žensk?

- a. postopek GIFT – tu seme z jajčnimi celicami prenesejo neposredno v jajcevode. Poseg opravijo v splošni anesteziji, prej pa naredijo še laparoskopijo in posrkajo jajčne celice.
- b. IVI, ITI, ICI, IUI – vse to so postopki umetne oploditve. Vsi ti postopki uporabljajo metodo vstavljanja sperme v ženski reproduktivni trakt. Najmanj invaziven je IUI postopek. Pri vseh teh postopkih pa je potrebna predhodna hormonska stimulacija jajčnikov.
- c. IVF – in vitro fertilizacija – najprej s superovulacijo pridobijo iz ženskega telesa večje število jajčec, ki jih oplodijo s semenom in kasneje zarodek vstavijo nazaj v maternico. Zelo boleč postopek, ki pa je zelo neučinkovit.
- d. ICSI – samo en spermij vstavijo direktno v jajčece. To je tudi zelo tvegan postopek za žensko, kot posledično tudi za otroka. Je še zelo nepreizkušena metoda, ker ne vedo, kakšne so lahko posledice za otroka.

- e. Nekateri trdijo, da je problematičen tudi postopek »nadomestnega materinstva« - kjer tuji ženski vstavijo zarodek v njeno maternico, ona potem rodi otroka in ga vrne paru. Tu sta dve ženski, ki sta v nevarnosti: prva, ki je podvržena hormonski superovulaciji, da ji odvzamejo jajčeca in druga, ki ji umetno vstavijo zarodek. Ta postopek morajo včasih večkrat ponoviti. Mati, ki rodi otroka, pa je podvržena še različnim preiskavam: kot je preiskava še nerojenega otroka, amniocenteza in kasneje lahko tudi carski rez.

Moški je pri vseh teh postopkih samo darovalec semena, ki ni podvržen nikakršnim medicinskim posegom v telo. Vse, kar mora moški storiti, je to, da daruje seme, ki ga uporabijo v kasnejših postopkih. Ženske pa so tiste, ki morajo pretrpeti vse preglede in iti skozi več različnih oblik zdravljenja samo zato, da bi zanosile.

V različnih razpravah je najbolj sporen in za žensko nevaren IVF postopek, ki se mu bom posebej posvetila v poglavju 3.5.1. z naslovom IVF postopek.

4.2. PRAVICA DO REPRODUKCIJE

Osrednja vrednota, ki bi jo morali upoštevati pri razvoju vseh reprodukcijskih tehnologijah, je svoboda razmnoževanja. V zahodnih demokratičnih družbah se ljudje zavedajo, da imajo moralne in pravne pravice do svobode razmnoževanja. Svoboda razmnoževanja vključuje pravico do reprodukcije in pravico do odklonitve reprodukcije (da te nihče ne sili v reprodukcijo in jo lahko odkloniš, če to želiš). Pravico do reprodukcije lahko najlažje razumemo kot varovanje odločitev glede izbire dejavnosti, ki vodijo v spočetje otroka.

Eden od načinov kako razumeti naravo svobode razmnoževanja, je osredinjenje na pomene reprodukcije: kaj pomeni reproducirati se. Svobodo razmnoževanja lahko razumemo kot varovanje te aktivnosti. John A. Robertson (po Steinbock, 1998) ugotavlja, da se reprodukcija teoretično zgodi samo v primeru, ko se genetski material prenese na potomce. V perspektivi biološkega pristopa k reprodukciji lahko svobodo razmnoževanja torej razumemo kot pravico do prenosa genetskega materiala posameznega človeka na njegovega potomca.

Glavna vrednota svobode razmnoževanja po mnenju Steinbockove (1998) ni prenos genov, ampak vzgoja potomcev. Svoboda razmnoževanja naj bi ščitila interese posameznikov, ki jih imajo ob ustvarjanju družine. Družino lahko ustvarimo s pomočjo reprodukcijske tehnologije,

z uporabo donatorjevih gamet⁵ ali s posvojitvijo. Ker vsi ti načini vodijo do enakega zaključka – osnovanje družine – bi morale biti vse te prakse zaščitene s svobodo razmnoževanja, dokler so resnično moralno dopustne.

Vsi problemi novih reprodukcijskih tehnologij naj bi izhajali iz dejstva, da vse NRT omejujejo svobodo razmnoževanja, torej ne dovoljujejo posamezniku svobodne odločitve o njegovi reprodukciji. Svoboda razmnoževanja si zasluži spoštovanje zaradi svoje osrednje pomembnosti do spoštovanja posameznikovega pomena, dostojanstva in identitete. Vedno so obstajale omejitve glede tega, kdo lahko ima otroke, znotraj zakona pa nikoli ni bilo omejitev. Izziv je določiti, ali naj bo reproduktivna svoboda razširjena tudi na uporabo NRT. Ali svoboda razmnoževanja pomeni, da lahko uporabljamo vse nove tehnologije, ki so na voljo? Ali so možne kakšne omejitve, prepovedi ali ukrepi (Robertson, 1994)? Močna podpora svobodi razmnoževanja še ne pomeni, da bo svoboda razmnoževanja vedno zmagala.

Ideja o osnovnih človeških pravicah je opravičljiva in moralno pomembna. Pravica do posameznikovega odločanja o njegovi reprodukciji je osnovna človeška pravica zaradi njene pomembnosti za vse ljudi. Priznavati bi morali osnovne človeške pravice o odločanju o tem, ali posamezniki želijo in kdaj želijo imeti potomce. Uresničevanje človekove pravice do reproduktivnih ženskih odločitev ne vodi v nezaželeno rast prebivalstva, saj je dokazano, da se svobodno odločanje o potomcih, kaže v stabilizaciji populacije (Steinbock, 1998).

4.2.1. Avtonomna izbira

Glede na dejstvo, da ženska nosi veliko bremena v postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP) in da ima zelo malo možnosti, da otroka 'odnese domov', se postavi vprašanje, ali ženske sploh avtonomno izbirajo možnost OBMP. Feministke se ne strinjajo s tem, da ženska vstopa v klinične programe prostovoljno. Sledi tudi vprašanje, ali reproduktivna medicina v resnici pomaga ženskam. Eden od avtorjev je leta 1987 zapisal: »Iščeš matere, najdeš samo zarodke« (Kuhse, 2002).

⁵ glej SLOVARČEK IZRAZOV strani 69-72

Toda ali lahko dejansko trdimo, da se ženska ne more avtonomno odločati o vstopu v različne reprodukcijske programe? Za negativni odgovor nimamo podlage. Vse od razvoja izobraževanja, zaposlovanja žensk ter možnosti dostopa do varne kontracepcije in splava se je veliko število žensk odločilo, da ostanejo brez otrok, izpolnitev so našle ne v vlogi mater in babic, temveč v različnih aktivnostih in zanimanjih (Kuhse, 2002).

Avtonomna izbira mora vključevati naslednje značilnosti (Søbirk, 2003):

- dostop do informacij o razpoložljivih možnostih in o možnih posledicah ter koristih, ki jih prinašajo te možnosti,
- zmožnost razumevanja teh informacij, da se lahko odločimo na podlagi teh informacij,
- proces izbire mora biti brez vpliva kakšne koli prisile/nasilja.

Če vsaj ena od teh zahtev ni mogoča, potem je avtonomna izbira nemogoča.

Ženska, ki razmišlja o uporabi reproduktivnih tehnologij, se ne more avtonomno odločiti v primeru, ko:

- ji je nekdo zatajil pomembne informacije,
- ni dovolj kompetentna za odločanje in
- je izpostavljena določenim neprimernim/nedovoljenim vplivom.

Robyn Rowland (po Søbirk, 7: 2003) ocenjuje, da morajo ženske imeti možnost, da ne zanosijo in da ne postanejo matere. Vsiljeno materinstvo je žalitev za žensko in otroka. Dostop do varne kontracepcije in splava (ki ga ženske v vseh državah še nimajo) je bistven za avtonomijo žensk. Imeti morajo odprto možnost za zanositev, brez vsiljene sterilizacije in vsiljenega splava. Ženske morajo imeti pravico do splava zato, ker je prisiljeno materinstvo žalitev za žensko in tudi, ker je splav osnova za žensko avtonomijo. Rowlandova trdi, da ne smemo sprejeti reprodukcijskih tehnologij, ker so bile ženske, ki uporabljajo te tehnologije, v to prisiljene s strani družbe.

R. Rowland navede dobre argumente, zakaj je treba ženskam omogočiti dostop do varnega splava. Vendar avtorica pozabi na neplodne ženske, ki pa si želijo imeti otroka. Lahko rečemo, da je žalitev za neplodne ženske, ki si želijo otroka, da jim odvzamemo pravice do uporabe reprodukcijskih tehnologij. Neplodne ženske lahko do otroka pridejo samo s posvojitvijo ali pa z uporabo reprodukcijskih tehnologij. Torej, če želimo povečati možnost za žensko avtonomijo, morajo biti ženskam dostopni tako prekinjanje kot omogočanje nosečnosti - reprodukcije.

Po trditvah zdravnikov si nekatere ženske same želijo prestativ IVF proces, pri čemer naj jih v to ne bi nihče silil. Radikalne feministke zanikajo, da gre v tem primeru za dejansko izbiro oziroma da so te ženske sploh zmožne izbirati. Poudarjajo, da so možnosti žensk omejene z moškim zlom: tehnologijo in prostim trgom. Z drugimi besedami, ženske so bile tako naučene in njihove možnosti so tako omejene, da ne moremo reči, da imajo ženske v resnici izbiro. Ženske, ki mislijo, da si želijo NRT, so samo »prevarane« s strani patriarhata. Šele tedaj, ko bodo ženske osvobojene izpod zatiranja patriarhalne družbe, bo za njih možna resnična izbira. Pri tej radikalni feministični kritiki NRT pa moramo upoštevati, da ne zavrača zgolj »slabih« možnosti izbire, ampak da zanika sposobnost ženskega izbiranja. Vedeti moramo, da so vse izbire narejene v nekem kulturnem okolju in pod vplivom kulturnih dejavnikov. Vsaka izbira je narejena v prisotnosti omejenih možnosti. To velja tako za današnje ženske, kot tudi za ženske v prihodnosti. Trditev, da kulturni vplivi zanikajo žensko svobodno voljo, pomeni zanikanje, da je kdorkoli kadarkoli resnično izbral karkoli. To oropa ženske še edinega obrambnega mehanizma, ki so ga imele proti destruktivnim vplivom: izražanje svobodne volje. Na to lastno kritiko radikalne feministke odgovarjajo, da tehnologija in prosti trg nista samo vpliva, ampak obliki nasilja, ki sta kot pištola namerjena v žensko (McElroy, 2005).

Thomas Søbirk Petersen (2003) trdi, da moramo zavreči argumente o zatiranju, kajti:

- a. Če so ženske prisiljene v uporabo RT, moramo izbrisati elemente prisile v reprodukcijski ideologiji, ne pa reprodukcijskih tehnologij.
- b. Argument vsebuje absurdno namigovanje, da nobena ženska (plodna ali neplodna) ne sme imeti otrok.
- c. Bolj verjetno je, da se bo blaginja žensk povečala, če bodo ženske imele možnost, da se same dovolj informirajo in same odločajo o uporabi RT.

Na žalost takšne možnosti niso dostopne vsem ženskam. Nekatere ženske so omejene s patriarhalnimi družbenimi strukturami, s pomanjkanjem izobrazbe in drugih možnosti ter se težko uprejo pritisku nasprotnikov splava. Kakorkoli, malo verjetno je, da se bo sodobna ženska vključila v naporen in drag program OBMPO brez zunanjih pritiskov. Da ugotovimo, ali ženska sama želi iti skozi ta program, je potreben temeljit pogovor. Ker so nekatere ženske v tak program prisiljene, bi bila slaba rešitev, da bi zaradi tega vsem ženskam onemogočili možnost dostopa do teh programov (Kuhse, 2002).

Ženska, ki razpolaga z ustreznim znanjem o svojih reprodukcijskih funkcijah, je najboljši sodnik časa in pogojev, v katerih naj bi se njen otrok rodil. Njena pravica je, ne glede na vse drugo, da se odloči, ali bo imela otroka ali ne ter koliko otrok bo imela, če se sploh odloči, da bo postala mati (Sanger v Clarke, 2000: 37)

4.3. ŽENSKA KOT OSNOVNI UPORABNIK REPRODUKCIJSKIH TEHNOLOGIJ

Narediti ženske za osnovne uporabnike kontracepcijske tehnologije je bil eden od bistvenih ciljev nekaterih skupin ljudi. Spomniti se moramo, da so Margaret Sanger in še nekatere druge feministke v začetku iskale samo kontracepcijo za ženske, ker so predpostavljale, da bo to povečalo žensko seksualno avtonomijo. Predvsem moški znanstveniki in zdravniki zagovarjajo, da so ženske tiste, ki rodijo otroka in bi morale zato biti one tiste, ki se jih nadzoruje.

Ženski glasovi so bili zelo vplivni na začetku 20. stoletja. Vplivni so bili pri širitve kontrole rojstev in v oblikovanju začetnih medicinskih gibanj za kontrolo rojstev. Te glasove so utišali v premiku od kontrole rojstev do planiranja družine in populacijske kontrole ob koncu depresije. Prva generacija feministk se je borila za tabletko. Naslednja generacija se je pojavila šele 1960-ih, z odgovorom na problematiko kontracepcije in tudi na širše zdravljenje žensk z biomedicino.

Danes žarišče problema še vedno ostaja na uporabnikovi oceni, uporabniki pa so smatrani za inteligentne, sposobne in racionalne – to pomeni, da so popolnoma človeški. S študijami uporabnikov je pričela M. Sanger, ki je želela razumeti, kakšne so potrebe žensk. Znanstveniki ponavadi ne postavljajo takšnih vprašanj, ki bi v resnici morala biti osrednji interes in središčna točka vseh raziskav. Prvo feministično študijo uporabnikov o »moderni znanstveni kontracepciji« je izvedla Barbara Seaman (1969/1980), z naslovom 'Doctor's Case against the Pill', temeljila pa je na javnem pričevanju uporabnikov. Ta raziskava skupaj z knjigo 'Our Bodies, Ourselves' je največ pripomogla k zlitju ženskega feminističnega gibanja za žensko zdravje na mednarodni ravni (Clarke, 2000).

Problemi, s katerimi so se ukvarjala gibanja za žensko zdravje, so vključevali vprašanje varnosti, sprejemljivosti tehnologij, poškodbe zarodka, nezaželenih stranskih učinkov (od

glavobolov do aken, prenehanja, neplodnosti in celo smrti) in pomanjkanje zaščite pred spolno prenosljivimi boleznimi ter HIV-om. Ena večjih raziskav je ugotovila, da so si ženske prizadevale za kontrolo svoje rodnosti, nosečnosti in uporabo kontracepcije, čeprav so jim družbene, institucionalne in pravne ovire preprečevale pot do uspeha.

Posredovanje feministk je tudi pripomoglo k premiku od modernega standardnega pristopa »one-size-fits-all« (ena vrsta proizvoda naj bi bila primerna za vse ljudi) do bolj postmoderne, individualnega, »samopostrežna restavracija pristopa«, ki ponuja veliko število različnih oblik kontracepcije. Kakšno obliko kontracepcije bodo izbrali uporabniki, je odvisno od pogojev zdravstvene oskrbe in življenjskega okolja uporabnikov (moških in žensk), odvisno je tudi od spremenljivih reprodukcijskih potreb in ciljev, ki si jih zastavijo. Poudariti pa moramo, da ostaja dominanten modernistični »one-size-fits-all« pristop v večini držav v razvoju, medtem ko je »samopostrežna restavracija« bolj dostopna ljudem v bolj razvitem svetu (Clarke, 2000: 58).

Ko so ženska gibanja spoznala, da nobena metoda ne more koristiti vsem uporabnikom in da je izbira vsake metode vedno povezana s tveganjem, so pozvale k nekaterim spremembam:

- a. Iskale so načine za izboljšanje kontracepcij, ki bi jo kontrolirale ženske, od leta 1915 in še glasneje od leta 1980 naprej.

Na ženski zdravstveni konferenci leta 1994 v Kairu je bilo poudarjeno, da bi moral biti znotraj kontracepcijske tehnologije dostop do tveganih metod (kot na primer cepiva) omejen in da bi morale biti bolj poudarjene omejevalne (kontracepcijske) metode. Veliko udeleženk na tej konferenci je tudi trdilo, da bi Norplant ali druga dolgoročna hormonska kontracepcija morala biti omenjena in označena kot visoko tvegana metoda, ki ni primerna za uporabo. Večjo prioriteto pri razvoju bi morale dobiti metode, ki omogočajo kontracepcijo in zaščito pred spolno prenosljivimi boleznimi, tudi HIV-om, kot tudi metode moške zaščite. Ženske organizacije naj bi bile upravičene do samostojnega nadzora izdelave kontracepcijskih metod in bi zagotovile ženskam potrebne informacije. Rezultati raziskav bi morali biti dostopni vsem ženskim organizacijam, tudi od najzgodnejše stopnje raziskave naprej (Clarke, 2000: 59).

- b. Velika večina feminističnih gibanj ocenjuje, da ni naključje, da moške oblike hormonske kontracepcije ne obstajajo.

Približno 40 let je minilo od »kontracepcijske revolucije« in zato mnogi menijo, da to odseva mednarodno težnjo k temu, da naj bi ženske nosile breme kontracepcije, kot tudi nosečnosti,

rojstva in skrbi za otroka. Dejstvo je, da večina sponzorjev raziskav nikoli ni podprla raziskave razvoja moške metode hormonske kontracepcije.

- c. Tretji problem pa je, da uporabniki ali njihovi pooblaščenici ne sodelujejo pri razvoju in raziskovanju kontracepcije in tudi ne sodelujejo v vladnih ali mednarodnih prizoriščih, ko se razpravlja o reproduktivnem zdravju.

Šele leta 1990 je sodelovanje posameznih žensk, feminističnega aktivizma ter drugih organizacij za žensko zdravje prineslo pozitivne spremembe. Šele v prejšnjem desetletju so znanstveniki reprodukcije in podjetja, ki proizvajajo reprodukcijsko tehnologijo, začela drugače razmišljati in spremenili so svoje mnenje o sodelovanju žensk pri razvoju RT. Na sestankih o načrtovanju družin in skrbi za populacijo, ki so kasneje prevedeni v zdravstvene zakone, so pričele sodelovati tudi feministične skupine. Kljub več kot 30-letnemu trudu, nekateri aktivisti za žensko zdravje trdijo, da jih reprodukcijski znanstveniki niso slišali ali jih razumeli.

4.4. RAZLIKE MED ŽENSKAMI PO SVETU

V preteklosti so ženske po svetu imele različne možnosti za kontracepcijo. To je odvisno od tega, v katerem delu sveta živijo ženske, od uporabe kontracepcije v zgodovini in od tega, katere metode kontracepcije uporabljajo danes v teh delih sveta. Pari so včasih morali izbirati med zelo neučinkovitimi metodami (poskusnimi metodami) na eni strani ali pa sterilizacijo, katere učinek je bil dolgotrajen. Ženske takrat niso imele na izbiro metod, ki bi bile učinkovite in varne. Sadovi kontracepcijsko tehnološke revolucije so dosegli stotine milijonov ljudi po vsem svetu: ljudi različnih kultur, verskih prepričanj in vrednotnega sistema in ljudi v različnih življenjskih obdobjih.

Tabela 1: Prikaz uporabe kontracepcijskih metod v razvitem in razvijajočem se svetu.

Metoda	Razvite države %	Razvijajoče države %	Svet %
Sterilizacija žensk	10	33	26
Sterilizacija moških	5	12	10
Hormonske tabletki	20	12	15
Kondom	19	6	10
Hormonske injekcije	/	2	1

(vir: Fathalla, 1994)

Takšna razlika v uporabi enakih kontracepcijskih metod izhaja iz različne zgodovine kontracepcijskih praks in načrtovanja družine v državah. Moški in ženske v razvitih državah so že v šestdesetih letih 20. stoletja imeli dostop do kontracepcije preko programov načrtovanja družine in imeli so tudi klinike, kjer so kontracepcijo dobili (Fathalla, 1994).

Kontracepcija ni zgolj začasen ukrep za zaježitev populacijskega problema v svetu.

V zgodnejšem obdobju kontracepcijsko tehnološke revolucije je znanstvena skupnost sanjala o idealni kontracepciji, ki bi zadovoljila potrebe vseh ljudi, kjerkoli in kadarkoli. Seveda so znanstveniki spoznali, da »magični napoj« ne obstaja in nikoli ne bo. Nobena metoda ne more biti rešitev za vse različne potrebe posameznikov. Moški in ženske potrebujejo različne vrste kontracepcije, oblikovane glede na človeške potrebe. Ta razširjena paleta možnosti (»samopostrežna restavracija«) je ključ do rešitve problema izboljšanja kvalitete življenja. Trenutno dostopne kontracepcijske metode so pripomogle h kvaliteti ženskega življenja, vendar so tudi pustile ženske z določenimi problemi in nepotešenimi potrebami. Vsaka ženska si želi, da bi imela na voljo najbolj varno in njej najbolj prilagojeno metodo. Tej želji se v razvitem zahodnem svetu vse bolj približujejo, saj farmacevtske družbe na trg pošiljajo vse več raznolikih proizvodov, zdravniki pa se temeljito pogovorijo z ženskami, preden ji priporočijo določeno vrsto kontracepcije. V razvijajočem se svetu pa na žalost temu ni tako.

Linda Singer (po Sawicki, 1991) nakaže, da se reprodukcijske tehnologije lahko uporabljajo za namene utrjevanja rasnih in razrednih privilegijev ali za odstranjevanje konkurence na trgu delovne sile, s strani belih žensk iz zgornjega srednjega razreda, ki odlašajo z nosečnostjo zaradi kariere.

4.4.1. Rasna neenakost

Pomislimo na oglase, ki promovirajo nove tehnologije. Vedno se pojavljajo beli ljudje. In otrok, ki se rodi, ima svetle lase in modre oči – poudarjena je otrokova rasna čistost. Vidimo lahko še neplodno žensko iz primestja, ki se trudi zanositi z IVF tehnologijo; otroka z rožnatimi lički, ki naj bi bil produkt nadomestne matere; pritožbo, da je (v razvitem zahodnem svetu) vedno manj otrok za posvojitev. Ena najbolj osupljivih potez nove reprodukcije je ta, da jo uporabljajo večinoma samo beli ljudje. Seveda se v največjih klinikah pojavi tudi kakšna temnopolta ženska srednjega razreda, vendar je to le redka izjema.

Reprodukcijske tehnologije in genetski inženiring temeljita na enakih principih kot fizika in druge znanosti. Tako kot druge znanosti vključujeta razčlenjevanje živih organizmov na vse manjše delce. V tem procesu je izbira zaželenih elementov in uničenje nezaželenih ena ključnih predpostavk. Brez principa selekcije in eliminacije bi vsa tehnologija reprodukcije in genetike ne imela nikakršnega smisla (Mies, 1994).

Skozi selekcijo in eliminacijo je mogoče torej odstraniti tudi ljudi določene rase in tudi veliko ljudi določenega spola. Nekakšna selekcija se že odvija. Izvajajo jo zdravniki na klinikah za neplodnost. Vstop v programe OBMP je dovoljen samo nekaterim ženskam: primerne so samo poročene heteroseksualne ženske, ki ne smejo biti starejše od 43 let. Samske ženske, lezbijke in ženske z določenimi genetskimi okvarami niso primerne.

Rasa vpliva na popularnost reprodukcijskih tehnologij v ZDA. Kateri so razlogi za povezavo med raso in novo reprodukcijo?

Povezave ni mogoče pojasniti z odstotki neplodnosti. Temnopolte ženske imajo 1 do 1,5 krat višjo raven neplodnosti kot belke. Dejstvo je, da ljudje, ki bodo najverjetneje uporabljali IVF, niso tisti, ki so najbolj neplodni. V ZDA so najbolj neplodni revni, temnopolti, slabo izobraženi. Večina parov, ki uporablja IVF in druge tehnologije, pa so beli, visoko izobraženi in premožni. Poleg tega nove reprodukcijske tehnologije omogočajo ljudem imeti otroka, ki je z njimi v genetskem sorodu. To pomeni, da se nekaterim znanstvenikom in zdravnikom zdi bolj pomembno, da omogočijo moškemu ali ženski spočeti genetskega otroka, kot pa da pomagajo neplodnim parom do otroka, ki mogoče ne bi bil v neposrednem genetskem sorodu z njimi.

Skoraj polovica žensk, ki gredo skozi IVF postopek, je plodnih, medtem ko njihovi možje niso. Uporaba tehnologije za plodnost torej ni odvisna od fizične nezmožnosti spočetja otroka. Nekatere ženske se odločijo iti skozi postopek IVF tudi, če so plodne. Vzroki za to so različni. Moški si želijo imeti genetskega otroka. Ta vez z otrokom se jim zdi zelo pomembna in se ji zelo težko odrečejo. Če je moški neploden, lahko v nekaterih primerih zdravniki dobijo njegovo (plodno) seme iz nadmodnika in ga združijo z žensko spolno celico. Tako ustvarijo zarodek, ki ga kasneje vstavijo v žensko telo. Tako moški dobi genetskega potomca, ženska pa je zaradi tega morali iti skozi celoten postopek oploditve z biomedicinsko pomočjo. Drugi vzrok, zakaj gredo ženske skozi IVF postopek, tudi če so plodne, pa je največkrat ta, da se želijo izogniti določenim boleznim otroka, boleznim, ki so povezane s spolom otroka. Nekatere ženske pa se odločijo za ta boleč postopek samo zato, ker si same ali njihovi možje želijo imeti otroka določenega (običajno moškega) spola.

Zakaj ljudje drugih ras redkeje poiščejo pomoč v medicini? Eden od razlogov bi lahko bil stereotip o reproduktivnih zmožnostih temnopolte populacije. Mit o temnopolti skrajni plodnosti lahko naredi neplodnost za temnopolte pare zelo neprijetno. Temnopolti ljudje bodo tudi redkeje iskali pomoč tehnologije pri naravnih težavah, ki jih oni sami ne morejo rešiti. Prepričani so namreč, da če jim narava ni namenila otrok, potem jih tudi z medicinsko pomočjo ne smejo dobiti (Roberts, 1997).

Pojavi pa se tudi vprašanje o nadomestnih materah. Otrok lahko s pomočjo nadomestne matere dobi gene obeh svojih staršev in tako ni genetsko v sorodu z materjo, ki ga rodi. Nadomestna mati torej nastopa kot nekakšen »inkubator« ali »najeta maternica«. Taka oblika nadomestne matere omogoča radikalno možnost, ki je obenem zelo priročna ali pa zelo »nevarna«: temnopolta ženska lahko rodi belega otroka.

Dejstvo je, da je pogled na svobodo glede tehnološkega ustvarjanja otroka pogojen z raso. Rasna nestrpnost vpliva na uporabo NRT ravno tako kot kontracepcija. Pri temnopoltnih ženskah vidimo preveliko plodnost, ki bi jo morali zaježiti, medtem ko pri belih ženskah vidimo premajhno plodnost, ki jo je treba zdraviti z visoko tehnologijo. NRT je narejena za ustvarjanje belih otrok (Roberts, 1997).

4.5. POSTOPEK IVF, NADOMESTNA MATI IN CEPIVO PROTI ZANOSITVI

4.5.1. IVF postopek

Postopek IVF se imenuje tudi »in vitro fertilizacija« ali »oploditev v epruveti«, kar pomeni, da se nekaj zgodi v umetnih pogojih. *In vitro* v latinščini pomeni »v steklu«. IVF postopek je način oploditve z biomedicinsko pomočjo zunaj telesa. Pri tem postopku ženskam najprej dajejo hormonske injekcije zato, da sprožijo hiper-stimulacijo jajčnikov, da sprostijo večje število jajčec. Nekaj jajčec potem v epruveti oplodijo z moškim semenom. Ko se razvijejo zarodki, jih nekaj vstavijo v maternico določene ženske. To je lahko ženska, ki so ji odvzeli jajčeca ali pa kaka druga ženska.

Izmed vseh novih reprodukcijskih tehnologij naj bi bila in vitro fertilizacija (v nadaljevanju IVF) najbolj sporna. Ne toliko zaradi medsebojne povezanosti skeniranja zarodka in genetskega inženiringa, kot zaradi dejstva, da so pri IVF postopku jajčeca ženske oplojena z moško spermo zunaj ženskega telesa. V postopku je prisotnih veliko hormonskih zdravil, ki stimulirajo ovulacijo, sledi intenzivno nadzorovanje in testiranje. Uporabljena je tudi operacija za »pobiranje« jajčec. Oploditev se zgodi v epruveti in jajčeca se potem ponovno namestijo v žensko telo. IVF-ju podobne tehnike vključujejo tudi zamrzovanje jajčec, sperme in zarodkov ter donacijo sperme, jajčec in zarodkov. Ena od mednarodnih feminističnih skupin, ki močno nasprotuje tehnologijam kot je IVF, je »The Feminist International Network of Resistance to Reproduction and Genetic Engineering« ali na kratko FINRRAGE. Ta skupina napoveduje, da lahko znanstveniki (znanstveniki so večinoma moški) s tehnologijami spočetja postopno ženskam odvzemajo kontrolo reprodukcije in jo predajo moškim. Ta skupina zatrjuje, da bi tehnologije spočetja (ki so bile v začetku razvite za pomoč neplodnim ženskam) lahko začeli uporabljati kot primarno metodo celotne človeške reprodukcije.

4.5.2. Nadomestna mati

»Nadomestna mati« je samo ena od možnosti, ki so na voljo neplodnim parom. Večina parov se obrne na nadomestno mater šele, ko izčrpajo vse druge možnosti. Postopek »nadomestne matere« je ponavadi manj zaželen zato, ker je rezultat zelo negotov, postopek je pa zelo težko logistično izpeljati. Ta postopek vključuje veliko število posameznikov, vključno z zdravniki, nadomestno materjo in družinama para ter nadomestne matere. Postopek nadomestne matere je verjetno nepriljubljen tudi zato, ker naj bi se ta postopek vmešaval v »naravno biologijo« (Roberts, 1998).

Poznamo tri različne vrste postopka nadomestne matere. V vseh primerih pa nadomestna mati donosi paru otroka:

- a. Najpogostejšo metodo lahko imenujemo tudi »tradicionalna« metoda. Tu nadomestno mater umetno oplodijo s spermo (kasnejšega) očeta. Ta metoda ni niti nova niti zapletena. Pri tem postopku sta v genetskem sorodu z otrokom kasnejši oče in nadomestna mati.

- b. Pri drugem tipu nadomestne matere se uporabi IVF postopek. Jajčece in spermo vzamejo paru, ki si želita otroka. Zarodek ustvari zunaj telesa, kasneje pa ga vstavijo v telo nadomestne matere. Tu sta oba (kasnejša) starša tudi genetska starša otroka.
- c. V tretjem primeru vzamejo jajčece tuje darovalke, ga oplodijo z očetovo spermo in (kasnejši) zarodek vstavijo v maternico nadomestne matere. Tu je v genetskem sorodu samo oče (in seveda neznana darovalka).

Če pogledamo vse tri možne postopke nadomestne matere, vidimo, da je v vseh treh tehnikah možni tisti, ki dobi biološkega otroka.

Helena Ragone (po Roberts, 1998) je v svoji študiji o nadomestnih materah odkrila, da so nadomestne matere večinoma belke iz delavskega razreda, s katoliškim ozadjem. Približno 30% jih je gospodinje, ki so poročene in imajo povprečno tri otroke. Imajo srednješolsko izobrazbo in so v povprečju stare 27 let.

Nadomestna mati podpiše pogodbo s parom, ki si želi otroka. V tipični pogodbi je zapisano, da nadomestna mati med nosečnostjo ne sme kaditi, piti ali jemati drog. V vseh pogodbah je navedeno tudi, da se nadomestna mati odpove otroku takoj po rojstvu. V nekaterih primerih je še določeno, da mora mati opraviti amniocentezo ali da mora v primeru genetske okvare splaviti zarodek.

V naši tehnološki kulturi so nadomestne matere tiste, ki so obravnavane kot inkubatorji. Oploditev »v epruveti« daje slutiti, kako ginekologi gledajo na žensko, ki je v njihovi oskrbi. Nosečnice imajo za inkubatorje, saj so zdravniki tisti, ki »delajo otroke«, in ne ženske. Daniela Roher, antropologinja, ki je naredila posebno raziskavo o nadomestnem materinstvu v ZDA, verjame, da »aranžma nadomestnega materinstva pomeni podaljšek in okrepitev moške oblasti nad žensko spolnostjo in reproduktivnimi silami« (Repinc, 2001: 77). Nadomestna mati je plačana za uslugo, ki jo je naredila moškemu, in ne toliko za otroka. To je podobno prostituciji. Če nadomestna mati po šestih mesecih ne zanosi, jo odstranijo in pripeljejo novo potencialno nosečnico za moškega, ki kupuje. V primeru splavitve ponavadi nadomestna mati ne dobi ničesar. Zdravniki odrejajo, ali naj ji med nosečnostjo napravijo amniocentezo in druge preiskave. Če izsledki pokažejo, da je zarodek okvarjen, zahtevajo, da splavi. Če se na koncu nosečnosti porodničar odloči, da bo morala roditi s carskim rezom, se mora podrediti tudi temu. Povsod je pod oblastjo moških, ki so sestavili in podpisali pogodbo in ki nadzirajo potek nosečnosti in rojstva otroka (Repinc, 2001).

Nekateri podpirajo postopek nadomestne matere. Ti trdijo, da je to velika možnost za neplodne pare, ki si želijo otrok. Za druge je to še en medicinsko tehnološki čudež, ki bi ga morali čimbolj izkoristiti. Tretji pa trdijo, naj se par sam odloči, kaj si želi, in da ga v njegovih odločitvah ne bi smeli omejevat.

Feministke večinoma nasprotujejo takemu postopku. Večinoma trdijo, da gre za izkoriščanje žensk. Gena Corea vidi reprodukcijske tehnologije kot nadaljevanje moške hegemonije in dominacije. Jana Sawicki in Donna Haraway sta kritični v svoji analizi učinkov take reprodukcijske tehnologije. Jana Sawicki vidi NRT kot potencialno zahrbtno obliko družbene kontrole. Ženske naj bi s sodelovanjem v takih postopkih predajale moč patriarhalni družbi, ki ima vedno večjo oblast nad njihovimi telesi (Roberts, 1998). Pravzaprav feministke zahtevajo prepoved pogodb za nadomestne matere, ker naj bi take pogodbe spreminjale ženske v blago/živino za razplod.

Radikalne feministke nasprotujejo pogodbam z nadomestnimi materami iz dveh glavnih razlogov, ki se pogosto izpostavljajo pri vseh oblikah RT:

- a. Ženska prodaja sebe, kar predstavlja eno izmed oblik suženjstva. Biti nadomestna mati, oziroma izposojati svojo maternico drugi ženski, ni nič drugače, kot izposoditi svoje telo ali njegove dele v službah kot so stevardese, tajnice, služkinje. Postavi pa se vprašanje: kaj določa suženjstvo? Bistvo suženjstva je tisto, kar imenujemo »odtujitev volje«.
- b. Ženska ne more vedeti, kako bo čutila do otroka, ko ga bo rodila. Zato radikalne feministke trdijo, da ženska ne more resnično odločati (McElroy, 2005).

Pri nadomestnem materinstvu je še vedno prisotna medikalizacija rojstva. Tu cilji obsodbe radikalnih feministk postanejo jasni: niso NRT tiste, ki predstavljajo resnično zlo, ampak je to prosti trg. Ženske lahko sočutno izposodijo svoje maternice, ampak nikoli jim ne bi smeli dovoliti imeti od tega materialnega dobička. Zakaj? Zato, ker bi tak dobiček izkoriščal maternice neprivilegiranih žensk. Prav tiste ženske, ki potrebujejo denar, najbolj potrebujejo pravico do takih pogodb. Omejiti revnim ženskam možnosti za prodajo svojih uslug – pa če so to natakariče, nadomestne matere ali medicinske sestre – jim to zada smrtni udarec v ekonomskih možnostih. Njihove storitve in trud so verjetno edina stvar, ki jim omogočijo pobeg iz revščine. One potrebujejo pravico do pogodb veliko bolj kot bogate in močne ženske (McElroy, 2005). Prosti trg nima mehanizma, da bi kogarkoli silil v nudenje ali trošenje

časarkoli. Prosti trg deluje na podlagi osnovne ideologije, da ima vsak človek pravico do svoje odločitve, ko gre za izmenjavo in nudenje storitev in lastništva. Z drugimi besedami: ljudje so lastniki samih sebe.

4.5.3. Cepivo proti zanositvi

Trenutno se pojavljata dva tipa cepljenja. Enega označuje maksimalna varnost (cepljenje je varno, ni pa tako zelo učinkovito), drugega pa maksimalna učinkovitost (cepljenje je zelo učinkovito, ni pa zelo varno za žensko). Ženske aktivistke nasprotujejo razvoju obeh vrst zaradi teoretičnega ogrožanja zdravja in potencialne možnosti zlorabe.

Eden od zanimivih korakov v 90-ih letih prejšnjega stoletja je bilo vedno večje zanimanje raziskovalnih inštitutov za vse večji dialog in vključitev ženskih skupin in potencialnih uporabnikov v raziskave in razvoj cepljenja.

Udeleženci simpozija o kontracepcijskem raziskovanju in razvoju leta 2000 so predlagali, da bi morale biti ženske aktivistke in potencialni uporabniki prisotni pri mehanizmih odločanja in svetovanja v celotnem procesu raziskovanja, vključno v fazi definiranja kriterijev o varnosti (Hardon, 2005).

Ideja o reguliranju plodnosti ima svoje korenine na začetku prejšnjega stoletja, ko so ugotovili, da lahko neplodnost povzroči prisotnost anti-spermnih teles v ženskem telesu. Relativno nova znanost o reproduktivni imunologiji je pokazala, da sta spočetje in ugnezditev zarodka lahko prekinjena z imunološko manipulacijo. Čeprav so raziskovali tudi cepivo za moške, je najbolj razvito cepivo proti plodnosti za ženske. Raziskava cepiva in vseh drugih oblik moške kontracepcije napreduje zelo počasi. Znanstveniki (včasih so bili znanstveniki samo moški) so že takrat, ko so šele začeli raziskovati možnosti kontracepcije, smatrali, da je ženska tista, ki otroka rodi in je zato ona tista, kateri je potrebno regulirati plodnost. Moški ni bil nikoli tisti, kateremu bi morali omejevati njegovo plodnost. Na tem primeru lahko vidimo, kako so bile že od samega začetka razvoja RT ženske tiste, ki so bile v podrejenem položaju, saj so imele samo dve možnosti: ali niso uporabljale kontracepcije, ali pa so uporabile tako kontracepcijo, kot so jo za njih ustvarili moški znanstveniki.

Jean P. Hearn je leta 1976 izpostavil nekaj vprašanj o varnosti takega cepiva, ki jih je potrebno čim prej razrešiti (Hardon, 2005):

- Zagotoviti moramo, da je cepljenje lahko kadarkoli prekinjeno, brez posledic za žensko ali otroka.
- Preprečiti moramo križne reakcije z drugimi hormoni.
- Raziskati je treba tveganje kompleksnih imunskih bolezni.
- Lahko se pojavi tveganje, da nosečnosti, ki sledijo po končanem cepljenju, še vedno povzročijo imunski odgovor/zavrnitev zarodka.
- Kakšno je tveganje za otroka, ki bi se rodil, ko mati neha uporabljati cepivo. Obstaja možnost, da bi otrok imel prirojene hibe.

Pojavila so se tudi vprašanja, ki so jih zastavile ženske aktivistične skupine:

- Potreba po testiranju, s katerim ugotovimo, ali ima ženska še vedno visok nivo kontracepcije (po končani uporabi).
- Potreba po dodatni zaščiti, dokler se imunski sistem ne razvije do določene stopnje (na začetku uporabe).
- Zloraba cepitvenega potenciala v namene prisilnih populacijskih programov (ženske se lahko cepi s takim cepivom brez njihovega dovoljenja ali celo brez njihovega védenja).

Te ženske aktivistične skupine želijo zaustaviti razvoj cepiva. Anita Hardon (2005) poudarja, da je treba zahtevati takojšnjo ustavitev razvoja imunske kontracepcije, zaradi tveganja za zdravje, možnosti zlorabe in možnosti neetičnih raziskav. Imunološka kontracepcija ženskam ne bo dala večje kontrole nad njihovo plodnostjo, ampak jo bo zmanjšala. Imunološka kontracepcija je potencialno bolj podvržena zlorabam kot katerakoli že obstoječa metoda. Ta metoda se vpleta v kompleksne imunološke in reprodukcijske procese. Obstaja veliko potencialnih tveganj: uvod v avto-imunske bolezni in alergije, poslabšanje stanja infekcij in motnje imunskega sistema ter veliko tveganje, da bo zarodek izpostavljen nadaljnjim imunskim reakcijam.

Margo Berer in Sundari Ravindran (po Hardon, 2005) trdita, da razvoj takega cepiva ni v prid ženskim interesom in potrebam, saj ne povečuje, ampak zmanjšuje možnosti izbire za ženske. Verjameta, da je v interesu žensk razvoj novih, varnejših in visokokvalitetnih kontracepcijskih metod. Raziskave se lahko zaključijo šele tedaj, ko bodo ustvarili visoko

učinkovito, priročno metodo cepljenja, ki deluje več mesecev in ima manj stranskih učinkov kot katerakoli hormonska metoda.

Dr. P. D. Griffin pa ne podpira razvoja imunološke kontracepcije. Ženske in moški potrebujejo kontracepcijo, ki jim omogoča večjo kontrolo nad svojo plodnostjo, brez žrtvovanja svoje lastne integritete, zdravja ali blaginje. Poleg tega je potencial za zlorabo pri taki vrsti kontracepcije prevelik, kar bi lahko postalo orodje za kontrolo populacije (Hardon, 2005).

S perspektive uporabnikov bi bilo tako cepivo mogoče celo bolj sprejemljivo kot hormonske metode. Ženske po svetu opuščajo hormonske metode zaradi stranskih učinkov kot so menstrualne motnje in spremembe v teži. Metoda, kjer se ne bi pojavili takšni stranski učinki in ki bi bila za uporabnike/uporabnice zelo varna, bi bila lahko zelo popularna.

5. FEMINISTIČNE KRITIKE REPRODUKCIJSKIH TEHNOLOGIJ

5.1. KRATKA ZGODOVINA

Ženske so se borile za zagotovitev svojih pravic do uporabe medicinske reprodukcijske tehnologije za kontrolo svojih teles, od kontracepcije in splava do pomoči pri porodu in testov nosečnosti. Feministke so sumničave do patriarhalnih praks porodničarstva in do praks v reproduktivni medicini. Feministična kritika je pomagala ženskam prevzeti kontrolo nad svojimi reprodukcijskimi odločitvami. Pomagala jim je, da so se bolje vključile v sistem zdravstvenega varstva.

V osemdesetih letih 20. stoletja se je pojavilo veliko izzivov za feministke v obliki novih reprodukcijskih kontrol. Te kritične feministične teme so vedno bolj naraščale tudi v 90-ih, zaradi vedno bolj razširjenega reprodukcijskega in genetskega inženiringa. Izumi na tem področju so praktično postali že čista rutina. Glede na hitrost, s katero se razvija reprodukcijska znanost in medicina tako veliko feministično zanimanje sploh ni presenetljivo.

Feministično gibanje je postajalo vedno bolj mednarodno in medtem ko so reprodukcijske teme zelo enotne, se zatakne pri reprodukcijskih tehnologijah, kjer se je pokazalo, da je to zelo zapleteno področje za oblikovanje učinkovitih feminističnih strategij.

Znanstveniki in mediji predstavljajo reprodukcijske tehnologije kot nekaj pozitivnega v medicinski znanosti, nekaj kar pomaga neplodnim parom, da imajo svoje biološke otroke. Feministke večinoma niso enakega mnenja kot znanstveniki in mediji. Tudi med seboj niso enotne, se pa strinjajo v naslednjih točkah:

- a. Te tehnologije so poskusi na ženskih telesih.
- b. Trenutno še nimamo dovolj znanja o dolgoročnih učinkih uporabe teh tehnologij.
- c. Ta proces seciranja ženskega telesa samo kaže na patriarhalno željo po kontroli reprodukcije.

Velik del feminističnih kritik reprodukcijskih tehnologij je namenjen družbeni in medicinski ureditvi, v katero so te tehnologije umeščene. Primer: medicinsko osebje predpisuje

normative družine in zakonskega statusa s tem, ko ne sprejema samskih žensk in lezbijk kot kandidatke za postopke. Sprejemajo samo poročene heteroseksualne pare. Čeprav je večji odstotek neplodnih žensk revnih in črnk, so belke srednjega ali višjega razreda tiste, ki se pogosteje odločajo za take tehnologije (Morton, 2002).

V zadnjih 150 letih lahko opazimo tri pomembna obdobja feminističnega gibanja, vsakemu pa je sledila močna konzervativna politika.

1. Leta 1870 se je začela prva velika bitka za kontrolo rojstev – imenovana »prostovoljno materinstvo«. Poudarjala je položaj materinstva in ženske pravice do zavrnitve spolne aktivnosti. Konzervativci so kontrolo rojstev imenovali »rasni samomor«. Uspeli so s kriminalizacijo splava in kategorizacijo kontrole rojstev kot nespodobne.
2. V 30ih letih 20. stoletja je Margaret Sanger ponovno vzpodbudila interes za kontrolo rojstev, borila se je za možnost dostopa (vseh) žensk do informacij in storitev. Obenem se je feminsitično gibanje borilo za legalizacijo kontrole rojstev in za ločitev spolnosti od reprodukcije in s tem podpiralo žensko spolno svobodo. Do sredine stoletja se je »gibanje za kontrolo rojstev« ponovno umirilo in konzervativci so v času 2. svetovne vojne ženske spet zaprli v domove in pospeševali »baby boom«.
3. Do šestdesetih let 20. stoletja je novi val feminizma definiral kontrolo rojstev kot reproduktivno pravico in materinstvo kot izbiro. Feministke so s svojimi akcijami omogočile povečan dostop do kontracepcije in legalizacije splava. Od takrat naprej so se konzervativci trudili, da bi omejili dostop do informacij in storitev na področju reproduktivnega zdravja, ter prepovedali splav. Kontrolo rojstev so definirali kot nekaj, kar je proti verskim praksam, in s tem še bolj zmanjšali možnost žensk do dostopa do reproduktivne zdravstvene nege.
4. Danes se vse več feministk ukvarja z reprodukcijskimi tehnologijami. Nekatere se sprašujejo o varnosti in učinkovitosti teh tehnologij. Veliko jih kritizira omejeno možnost dostopa do reprodukcijskih tehnologij, saj so RT velikokrat nedostopne samskim ženskam, lezbičnim parom, revnim, temnopoltim in tudi hendikepiranim ženskam. V takih primerih so pri zdravnikih prisotni predsodki, zaradi katerih zdravniki takim ženskam ne želijo nuditi pomoči z reprodukcijskimi tehnologijami.

Veliko liberalnih feministk trdi, da RT ponujajo ženskam možnost, ki je prej niso imele. Radikalne feministke pa še vedno trdijo, da RT dajejo zdravnikom in farmacevtskim družbam preveliko moč in da jim s tem pomagajo zatirati ženske.

5.2. REPRODUKCIJSKA TEHNOLOGIJA KOT OBLIKA MOŠKEGA IZKORIŠČANJA

Reprodukcija je že dolgo pomembno središčno zanimanje feministične teorije in feminističnih praks, saj feministke njeno kontrolo vidijo kot instrument za podrejanje žensk v patriarhalni kulturi. Zgodnje feministične kritike so se osredinile na materinstvo kot patriarhalno institucijo, medikalizacijo nosečnosti s strani moško-dominantne profesije, patriarhalno željo kontrolirati reproduktivne procese (Franklin, 2005).

Ko se sprašujemo o zatiranju žensk in vzrokih tega zatiranja, ponavadi najdemo odgovore v povezavi z ženskimi reprodukcijskimi funkcijami. Takšne razlage pogosto sporočajo, da je moška dominantnost v nekem smislu »naravna«, kot je naravno materinstvo (O'Brien, 1981). Tradicionalna modrost pravi, da so ženske »naravno« užete v funkcijo rojevanja otrok, zato ne morejo sodelovati v družbenem življenju pod enakimi pogoji z moškimi.

Z vedno hitrejšim razvojem tehnologij so feministke začele opazati več problemov v načinu njihovega uvajanja. Daleč od tega, da bi osvobajale ženske izpod »tiranije reprodukcije«, NRT vedno bolj vsiljujejo ženskam potrebo po reprodukciji. Ustvarjajo reprodukcijsko potrebo, ki temelji na ideji, da je materinstvo naravno stanje vseh žensk, ne glede na ceno. Še več, anti-tehnološki argument pravi, da ženska telesa postajajo eksperimentalni objekti, podvrženi novim in netestiranim postopkom, ki izkoriščajo ženska telesa in uvajajo klasična, rasistična in heteroseksualna prepričanja patriarhalnih »tehnologij« - belih, poročenih, bogatih moških srednjih let (Mahjouri, 2004).

Mednarodna feministična mreža FINRRAGE trdi, da so reprodukcijske tehnologije nedvomno slabe za ženske. V FINRRAGE-ov manifest so feministke zapisale:

»Me, ženske..., razgllašamo, da je žensko telo s svojimi unikatnimi zmožnostmi za ustvarjanje človeškega življenja, izkoriščano in razsekano kot surov material za tehnološko produkcijo človeških bitij. Za nas, ženske, po naravi in za izkoriščanje ljudi po svetu je ta razvoj kot

razglasitev vojne. Genetski in reproduktivni inženiring je še en poskus prekinitve našega samo-odločujočega odnosa do naših teles.«

Reprodukcijske tehnologije dovoljujejo »prevzem kontrole nad ženskimi telesi za moško uporabo, za ustvarjanje dobička, kontrolo populacije, medicinsko eksperimentiranje in ustvarjanje znanosti o sovraštvu do žensk«. RT so daleč od orodja za osvoboditev, v resnici so orodje za zatiranje in omogočajo še en način, s katerim lahko patriarhalna družba zmanjšuje kontrolo žensk nad svojim telesom in življenjem (Finrrage v Mahjouri, 2004).

Janice Raymond in Gena Corea sta feministki, ki trdita, da so reprodukcijske tehnologije ustvarjene za zatiranje žensk. Napadata vse nove reprodukcijske tehnologije, vse od kontrole rojstev (kontracepcije) do IVF postopka. Janice Raymond trdi (1993:121): »Vse reprodukcijske tehnologije uničujejo popolnost ženskega telesa na načine, ki so nevarni, destruktivni, izčrpavajoči in ponižujoči; to je oblika medicinskega nasilja nad ženskami«.

Gena Corea (po Sawicki, 1991) trdi, da so nove »možnosti«, ki naj bi jih nove tehnologije ponujale ženskam, zgolj iluzija. Različne trditve znanstvenikov o večjih možnostih in manjšemu tveganju pri rojstvu so samo krinka za prikrivanje ostalih procesov, v katerih so ženske možnosti kontrolirane s strani moških znanstvenikov. Avtorica verjame, da je glavni cilj novih reprodukcijskih tehnologij nadomestiti biološke matere z »materami mehanizmi«. Obstoječe oplojevalne tehnike v eprugetah želijo dopolniti z mejnimi tehnologijami, kot sta umetna maternica in kloniranje. Corea obtožuje fragmentacijo nekdanjega enotnega biološkega procesa materinstva v ločene funkcije (donacija jajčec, donacija maternice). To naj bi bila nevarna degradacija materinstva. Ker so te ločene funkcije vedno bolj kontrolirane in urejane s strani »moške« medicine in vladnih organizacij, ter postajajo pravice zarodkov pomembnejše od pravice matere, se Corea boji, da bo ženska kontrola in moč, ki izhaja iz reprodukcije, popolnoma uničena. V tej luči si predstavlja visoko-tehnološko verzijo »reprodukcijske javne hiše«. V tem scenariju so ženske funkcije reducirane na služenje moškim, ženske nastopajo kot domače služabnice, dojljice in ljubice (Sawicki, 1991).

Gena Corea in Jalna Hanmer trdita, da »Želja posamezne ženske po izbiri te tehnologije postavlja ženske v rizično skupino. Z razvojem novih reprodukcijskih tehnologij so ženske uporabljene kot živi laboratoriji in se jih počasi, ampak zagotovo ločuje od kontrole nad rodno tjo« (Corea in Hanmer v Farquhar, 1995: 2). Ali kot trdi Corea (po McElroy, 2005): »Nove reprodukcijske tehnologije predstavljajo vse večje nasilje nad ženskami. To nasilje je skrito v medicinskih izrazih«.

Za radikalne feministke je zaslužnjevanje žensk s strani tehnologije neizogibno zato, ker je tehnologija direktno nasprotna vsemu, kar je naravno...vsemu, kar je žensko. Tehnologija je moška znanost. Išče kontrolo nad okoljem, v želji po dominaciji, medtem ko ženske ostajajo odprte za naravo (McElroy, 2005). NRT predstavljajo tipično utelešenje »moške realnosti, ki je nasilna, kontrolirana, dehumanizirana, spreminja naravo in je sovražnica žensk« (Sawicki, 1991: 68). Visoka tehnologija rojstev je instrument, s katerim moški končno lahko zadovoljijo nezavedno željo po rojstvu, in s tem zmanjšajo odvisnost od žensk. Je zadnji korak dolgega zgodovinskega procesa vse večje kontrole nad ženskim telesom, ki ima za cilj popolno odstranitev potrebe po ženski (Sawicki, 1991).

Radikalne feministke nove reprodukcijske tehnologije (še posebej genetski inženiring) opisujejo kot najnovejši, najbolj smrtonosni razvoj v zgodovini prevlade nad ženskim telesom. Te tehnologije primerjajo oziroma enačijo z nasiljem nad ženskami, kot je pohabljanje spolnih organov, povezovanje stopal in pretepanje. Corea (po Sawicki, 1991) trdi, da z znanstveno izpopolnitvijo umetne maternice ženske ne bodo več potrebne. Domneva tudi, da bi bile posledice lahko celo podobne kot pri genocidu. Jalna Hamner (1997) pa pravi: »Zdravniki, ki obvladujejo visoko tehnologijo rojstev, se lahko identificirajo z zarodkom celo bolj, kot se ženske«.

Nasprotno od feministk, ki nasprotujejo vsakršni uporabi novih reprodukcijskih tehnologij, pa so feministke, ki zagovarjajo uporabo NRT. Uporabo NRT argumentirajo s tem, da je reprodukcija sama po sebi zatiralna za ženske in da jih bodo te tehnologije osvobodile, saj bodo ločile ženska telesa od reprodukcijskih procesov. Te feministke verjamejo, da lahko s pomočjo tehnologije izginejo meje med moškim in žensko, kulturo in naravo, družbo in biologijo, ter med človekom in strojem.

Najbolj opazna med feministkami, ki zagovarjajo uporabo NRT, je Shulamith Firestone, ki trdi, da je osvoboditev žensk odvisna od osvoboditve žensk iz pasti rojevanja otrok (Firestone v O'Brien, 20:1981). Po njenem mnenju, naj bi NRT osvobodile ženske izpod »tiranijske reprodukcije« (Firestone v Lam, 2004: 15). S. Firestone (po Mahjouri, 2004) slavi napredek v reprodukcijski tehnologiji kot napredek za ženske, saj postavlja revolucionarno zahtevo po »osvoboditvi žensk izpod tiranijske reprodukcije, z vsemi možnimi sredstvi (še posebej z uporabo reprodukcijskih tehnologij)«. V njeni utopični viziji egalitarne prihodnosti rojstvo

otrok ni odvisno samo od žensk in njihove biologije, ampak bo to breme prevzela tehnologija in tako osvobodila žensko, da bo lahko vstopila v moško dominantno javno sfero ter omogočila družbene spremembe, ki bodo vzpodbudile moške, da bi delili težavno odgovornost vzgoje otrok. S tako hitrim tempom razvoja reprodukcijskih tehnologij, kot smo mu priča danes, je možno, da se bo želja Firestonove uresničila hitreje, kot je pričakovala, in bo »naravna« reprodukcija postala stvar preteklosti.

Nekaj feministk, ki izhajajo iz stališč Firestonove, pa zagovarja uporabo NRT iz bolj praktičnih razlogov. Po njihovem mnenju ne bi smeli omejevati uporabe NRT, ker te omogočajo spočeti otroke ljudem, ki jih drugače ne bi imeli. Tak primer so homoseksualni pari, neplodni moški in ženske, ki si želijo postati biološki starši, ter ljudje z določenimi omejitvami, ki si ne želijo prenosa bolezni na svoje potomce. Za te moške in ženske je zelo pomembno, da imajo možnost uporabe novih reprodukcijskih tehnologij, saj drugače ne morejo postati biološki starši. Trdijo, da bi morala biti njihova izbira, ali želijo take tehnologije uporabiti ali ne. F. Hornstein o teh novih možnostih pravi: »Ustvarili smo novo in zelo pomembno možnost izbire za mnogo ljudi. Nazaj smo si vzele nekaj, kar je že po naravi naše (žensko) in to je možnost izbire, kako bomo živele svoje življenje. Homoseksualnim in heteroseksualnim ženskam predstavlja oploditev z biomedicinsko pomočjo nove reprodukcijske možnosti in te možnosti morajo ostati pod nadzorom žensk« (Hornstein po Lam, 2004: 21).

Vendar lahko najdemo tudi drugačne poglede na reprodukcijske tehnologije. Drugi teoretiki feminizma kritizirajo pogled radikalnih feministk na RT. Iz njihove perspektive žensko telo ni ovira, ki bi jo morali odstraniti, kot predlaga Firestonova, niti naravno stanje »ženske moči« h kateri se lahko ženske vrnejo. Tehnologije za njih primarno niso zatiralni mehanizmi. Z drugimi besedami, primarno ne delujejo preko nasilja nad ženskim telesom, ampak preko produciranja novih ciljev znanja, ustvarjanje novih želja in ustvarjanje tehnik za opazovanje, nadzorovanje in kontroliranje telesnih procesov in kapacitet (Foucault po Sawicki, 1991). Predvsem liberalne feministke poudarjajo, da je potrebno ženskam omogočiti boljši dostop do RT in da bi morale ženske bolj sodelovati v razvoju novih tehnologij.

5.3. TEHNOLOGIJA OSVOBAJANJA ALI PATRIARHALNO ORODJE?

Nova reprodukcija ustvarja nove družinske ureditve, ki presegajo tradicionalno nuklearno družinsko strukturo. Otrok ima sedaj lahko celo pet staršev: genetsko mater in očeta, ki darujeta jajčece in spermo, nadomestno mater, ki otroka donosi ter mater in očeta, ki imata namen otroka vzgajati.

Nove reprodukcijske tehnologije obljublajo, da bodo uresničile željo parov po otrocih, ki so v genetskem sorodu z njimi. Z novim genetskim znanjem tudi omogočajo ustvarjanje otrok z bolj zaželenimi lastnostmi. Nosečnice se lahko odločijo za splav, če z amniocintezo, ultrazvokom ali z drugimi diagnostičnimi terapijami ugotovijo, da ima zarodek genetsko napako. Dorothy Roberts (1997) trdi, da te tehnologije niso osvobajajoče, saj pogosto bolj utrjujejo *status quo*, kot pa ga izpodbijajo. Res pa je, da te tehnologije pogosto osvobodijo nekonvencionalne starše od pritiska družbenih navad in pravnih pogodb.

Radikalne feministke so prepričane, da želijo medicinske ustanove zavladati ženskam in zato obsojajo NRT kot medicinsko nasilje nad ženskami. NRT naj bi bile tehnološki poskus še večjega zaslužjenja ženskih reprodukcijskih funkcij. Ženske naj bi postale tovarne otrok pod moško upravo (McElroy, 2005). Večina NRT je bila razvitih znotraj zahodnih držav s pomočjo »medicinskega« moškega, ki se opredeljuje kot »strokovnjak«, ki ustvarja nove poti, po katerih bi nadzorovali ženska telesa – večinoma v povezavi s kontrolo rodnosti. Radikalne feministke so se upirale NRT, ker uveljavljajo tradicionalne patriarhalne vloge, ki privilegirajo moške genetske želje (da bi imeli svojega genetskega potomca) in nasprotujejo ženskimi plodnim zmožnostim. Ženske naj ne bi imele svobodne možnosti odločitve o uporabi RT, saj jih želja moških po genetskih potomcih sili v uporabo različnih oblik reprodukcijskih tehnologij. Trdijo, da NRT bolj pomagajo poročenim moškim, da dobijo svoje genetske potomce, kot da dajejo ženskam večjo reprodukcijsko svobodo.

Radikalne feministke trdijo (po McElroy, 2005), da vse NRT neizbežno zlorablja ženske po dveh ključnih poteh:

- a. Ustvarjene so bile v patriarhalni ureditvi s ključnim ciljem podreditve žensk.

- b. NRT zatirajo ženske z zmanjševanjem njihove vloge v procesu rojstev. S pomočjo »medikalizacije« rojstev naj bi ženske izgubljale monopol moči, ki so ga nekoč imele kot nosilke rojstev.

Torej je rešitev preprosta: ženske morajo zavrniti nove reprodukcijske tehnologije.

Nove reprodukcijske tehnologije redko uresničijo svoj »uničevalni« potencial. Namesto razkrajanja stereotipne družine, tehnologije omogočajo neplodnim parom, da si jo ustvarijo. Večina klinik za neplodne sprejema samo heteroseksualne poročene pare za svoje paciente in večina zdravnikov ni pripravljena pomagati ženskam, ki odstopajo od teh norm. Zavračajo samske ženske, lezbijke, revne ženske in druge ženske, saj jih ne smatrajo za potencialno »dobre matere«.

Želja po otroku se poveča s stigmo neplodnosti in s pričakovanjem, da morajo vse ženske postati matere. K temu je treba dodati še željo po genetskem otroku. Kljub zelo nizkemu odstotku uspešnih nosečnosti, nekatere ženske čutijo »dolžnost«, da se podvržejo postopkom, preden končno opustijo željo po genetskem starševstvu. Veliko žensk, ki se odloči za IVF postopek, je plodnih, neplodni so njihovi možje. Te ženske bi tako lahko postale noseče veliko varneje – na primer s postopkom umetne oploditve. Želja žensk po IVF postopku je pogosto podvržena moževim željam po genetskemu potomstvu. Zato ker ta tehnologija ženske zelo bremeni in imajo korist od njih večinoma moški, jo je feministična avtorica Janice Raymond označila kot »*medicinsko nasilje*« nad ženskami (Roberts, 1997).

Tudi nadomestna mati nastopa v vlogi izpolnjevanja želja očeta, da dobi svojega genetskega otroka. Ponavadi par najame plodno žensko, da bi donosila njunega otroka. Na kliniki jo oplodijo s spermo moškega. Mož in žena po rojstvu posvojita tega otroka, nadomestna mati pa se odpove vsem pravicam do njega. Tako nadomestna mati omogoči moškemu njegovega genetskega otroka, čeprav je žena neplodna.

Iz analize FINRRAGE-a izhaja, da tehnologije kot je IVF, pomagajo moškim »prevzeti« kontrolo nad žensko reprodukcijo zaradi njihove »zavisti do maternice«. Namesto, da bi ženske s takimi tehnologijami z osvoboditvijo od svoje biološke omejitve pridobile pravico do izbire, jim ta »tehnološki vdor« jemlje vse več pravic, ki jih prinaša moškim. Nove tehnologije so s te perspektive znanstveno-medicinska oblika nasilja nad ženskim telesom. Če jih gledamo kot take, potem bi se jih morali bati in bi morali takšne patriarhalne prakse

zavračati zaradi njihovega dolgoročnega izkoriščanja ženskih teles za utrjevanje prednosti moških (Pilcher, 142: 2004).

Trditve FINRRAGE-a so po mnenju nekaterih drugih avtorjev preveč radikalne, saj pretirano poudarjajo moč in interese »patriarhalne« medicine in znanosti, medtem ko obenem zmanjšujejo in izničujejo znanje žensk samih. Zopet drugi avtorji ne vidijo reprodukcijskih tehnologij samo kot osvobajajoče (kot jih pojasnjuje S. Firestone) ali samo kot zatiralne (kot jih vidi FINRRAGE), ampak analizirajo RT znotraj širše mreže moči znotraj družbe. Judy Wajemanova - na primer - se osredotoča na širši kontekst razvoja, dostopnosti in uporabe RT, pri čemer razkriva komercialne interese farmacevtskih družb, ki so veliko dobička pridobile prav s kontracepcijsko tabletko. Podobno Dorothy Roberts poudarja »moško hegemonijo«, ki deluje preko dostopnosti in uporabe RT, medicinske profesije, zakonodaje in religiozne ideologije, kot tudi preko ženskih razmerij z moškimi v kontekstu moško-dominantnih pravil heteroseksualnosti. Reprodukcijske tehnologije imajo v tej perspektivi lahko tako dobre kot tudi slabe strani za razmerja med spoloma – delujejo kot dvorezen meč. V družbah, kjer so ženske omejene s kulturno dominantnimi konstrukti ženskosti, v katerih je podoba matere osrednja, so lahko take tehnologije v pomoč ženskam pri njihovih izbirah. Ker imajo večjo možnost izbire, imajo tudi večjo kontrolo nad svojim telesom in življenjem. Toda v kontekstu moške dominacije v znanosti in medicini, so tehnike, kot je IVF, zaznane kot povečana moška kontrola nad ženskimi telesi (Pilcher, 143: 2004).

Deborah Lynn Steinberg je kritična do mnogih feminističnih interpretacij RT zaradi njihove tendence k posploševanju zaključkov na vse ženske, čeprav temeljijo na raziskavah, ki so vključevale samo določen odstotek neplodnih žensk. Kot alternativo Steinbergova ponudi »anti-omejevalen feminističen pogled«. V analizi IVF-ja tak pristop pomeni, da ženske izkušnje s temi tehnologijami ne morejo biti videne kot globalne, niti ločene od kompleksnih razmerij moči v družbenih institucijah, vključno z znanostjo, medicino in tehnologijo (Pilcher, 143: 2004).

Radikalne feministke trdijo, da patriarhata ni mogoče reformirati, tako kot tudi ni mogoče pozdraviti levkemije z aspirinom. Edina pot do ženske osvoboditve je spolna revolucija, v kateri bi odstranili vsako sled bele moške dominacije (McElroy, 2005).

5. 3. 1 Možne rešitve

Mednarodna feministična mreža FINRRAGE predlaga naslednje možne rešitve:

- a. Ohraniti moramo integriteto žensk in vključitev žensk v sodelovanje pri rojstvu. Delitev, razdrobitev in ločitev ženskega telesa v različne dele, ki jih znanstveniki ponovno sestavijo, razbija zgodovinsko kontinuiteto in identiteto žensk.
- b. Vse ženske naj se uprejo prevzemu teles s strani moških zaradi doseganja dobička, populacijske kontrole, medicinskih eksperimentov in zaradi sovraštva do njih.
- c. Razviti moramo drugačno vrsto znanosti in tehnologije, ki bo spoštovala dostojanstvo žensk in vsega življenja na Zemlji. Spodbujati moramo moške in ženske, da pretrgajo usodno vez med mehansko znanostjo in industrijskimi interesi ter da se vključimo v razvoj nove oblike znanja in življenja (Sawicki, 1991).

Na kratko, FINRRAGE zahteva ustavitev nadaljnjega razvoja in uporabe *in vitro* tehnik. Pozivajo feministke, pa tudi ostale ženske, da se bojujejo proti privatizaciji in izolaciji materinstva z vedno večjim samozavedanjem in izobraževanjem. Vzpodbujajo nas, da povečamo feministično samopomoč in gibanje za rojevanje doma, brez znanosti in tehnologije.

Radikalne feministke trdijo, da so nove reprodukcijske tehnologije ustvarjene s strani moških in imajo za cilj podreditev žensk. Moški s pomočjo NRT odvzemajo ženskam moč, ki so jo nekoč imele nad rojstvom otrok. Zato Janice Raymond (1993) predlaga, da ženskam ne bi smeli dovoliti dostopa do eksperimentalnih, dragih in slabih tehnologij, ampak bi morali raje uvajati prioritete, ki preprečujejo umiranje na porodnih posteljah in smrt novorojenčkov. Zagotoviti bi morali osnoven dostop do prehrane, higiene, skrb za otroka in preprečevanje bolezni. Razvoj vse več reprodukcijskih zdravil in tehnologij ni v skladu s cilji doseganja ženskega zdravja. Trženje zdravstvenega napredka skozi NRT zagotavlja nenehno eksperimentiranje na ženskih telesih. S tem, da znanstveniki ženske spodbujajo k preizkušanju novih metod zdravljenja ali zdravil, ki naj bi bilo novo čudežno zdravilo za pomoč pri zanositvi (rojstvu otroka), si še bolj podrejajo ženske. Ženske so zaradi vedno novih metod podvržene vedno novim bolečim in nepreizkušenim reprodukcijskim tehnikam. Če hočejo zanositi, so odvisne od teh tehnologij in posledično od moških znanstvenikov, ki razvijajo te tehnologije. Zato bi bilo potrebno najti nek nov način uvajanja in preizkušanja

novih reprodukcijskih tehnologij, ali pa čisto ukiniti raziskave in se posvetiti napredku na drugih področjih, ki bi omogočil boljše življenje žensk po vsem svetu.

6. ETIČNOST NOVIH REPRODUKCIJSKIH TEHNOLOGIJ

V zadnjih dveh desetletjih je postala uporaba reprodukcijskih tehnologij neizogibna in pogosto nepogrešljiv del ženskih življenj. Po eni strani je povečano znanje in dostopnost širokega spektra možnosti v reprodukcijski tehnologiji redefiniralo »tradicionalne« pojme spočetja in rojstva. Po drugi strani pa je seznanitev z vsako novo napravo ali tehniko pomagala obnoviti vse večji prepad na poti k razumevanju reprodukcijskih izbir.

Dostop do določenih tipov reprodukcijskih tehnologij je rešilo mnogo ženskih življenj in jim pogosto omogočilo veliko možnosti glede reprodukcijskih odločitev. Še vedno pa obstaja potreba po oceni, kakšno vlogo igrajo reprodukcijske tehnologije v spolnih razmerjih in v omogočanju enakih možnosti za vse ženske. Ta potreba postane zelo aktualna pri uporabi RT v nemedicinske namene za zadovoljevanje posameznikovih in sociokulturnih potreb.

Ženska telesa, še posebej njihove reprodukcijske funkcije, so vedno bolj podvržena tehnološkim intervencijam za zadovoljevanje nemedicinskih potreb, posebno v povezavi z izbiro spola še nerojenega otroka. Primeri izbire spola in splavi povezani z izbiro spola v Indiji so klasičen primer nemedicinske uporabe RT in primer nezakonite definicije reprodukcijske izbire.

Vse tehnologije služijo osnovni potrebi in istočasno kršijo druge pomembne vrednote.

John A. Robertson (Robertson, 1994: 11) navede šest možnih etičnih problemov, ki se pojavijo:

1. Vmešavanje v naravo

Naravno spočetje s spolnim odnosom smo nadomestili s sijajem laboratorijev. Rezultati genetske loterije so sedaj uravnavani s skeniranjem zarodkov, da zagotovijo potrebno kvaliteto. Zarodke odstranjujejo iz maternic, jih podvržejo operacijam in jih nadomeščajo. Zarodke se zavrže ali vstavi v maternico – odvisno od rezultata genetske analize. Nadomestitev naravne reprodukcije s tehnološko v ljudeh povzroča velike strahove glede moči tehnologije in ljudje se bojijo, da nas bo oropala osnovnih, najpomembnejših človeških lastnosti.

2. Spoštovanje še nerojenega otroka

Je še en vir etičnih polemik. Veliko tehnologij ogroža omenjeno vrednoto. Najboljši primer tega je in vitro fertilizacija (IVF), saj pri tem postopku zarodke zamrzujejo, zavržejo, raziskujejo, na njih delajo biopsijo, ter jih obravnavajo kot objekte. Skeniranje zarodkov ponavadi deluje kot misija »išči in uniči«, ki išče nepopolne zarodke s pomanjkljivimi karakteristikami. Transplantacijske tehnologije prav tako ne spoštujejo življenja pred rojstvom, saj namenoma ustvarjene zarodke podvržejo splavu in jih potem uporabijo za transplantacijo organov ali tkiva. Spoštovanje še nerojenega človeškega življenja je pomemben dejavnik v različnih konfliktih, ki se pojavljajo okoli reprodukcijskih tehnologij.

3. Blaginja, sreča otrok

Nove tehnologije predstavljajo tudi nevarnost (tveganje) za potomce. Trud, da bi zagotovili zdrave potomce se lahko kaže v nerealnih pričakovanjih staršev, ki so po rojstvu otroka lahko razočarani. V več konfliktih se pojavlja vprašanje, ali nove tehnologije pomagajo ali škodujejo še nerojenim otrokom.

4. Vpliv na družino

NRT so pogosto videne kot nevarnost za nuklearno družino, čeprav lahko služijo interesom družine (pomagajo neplodnim parom).

5. Vpliv na ženske

Reprodukcijske tehnologije so posebno sporne zaradi njihovega vpliva na ženske. Po eni strani dajejo ženskam možnosti, po drugi strani pa predstavljajo možnosti njihovega zatiranja. RT uporabljajo žensko telo kot nosilec produkta. Nekatere tehnologije se lahko ženskam vsilijo celo brez njihove privolitve; pri drugih pa ženske nimajo možnosti zavrnitve.

Zato se ne moremo čuditi, da feministke pogosto nasprotujejo novim reprodukcijskim tehnologijam. Ženske imajo ponavadi zelo malo možnosti. To je najbolj vidno pri OBMP, pri kateri se na ženskah opravi operacija, moški pa samo daruje spermo. Kontrola kvalitete s seboj prinaša še dodatno breme za ženske, ne za moškega. Če je z zarodkom kaj narobe, okolica vedno krivi žensko in ne moškega. Tudi pri kontracepciji je vse odvisno od ženske. Zaradi neenakosti pri distribuciji reprodukcijskega bremena se pojavi velika zaskrbljenost, da bodo NRT zmanjšale in ne povečale pravice žensk.

6. Stroški, dostop in zaščita potrošnika

Zadnji vir etične diskusije se pojavi, ko so vse prejšnje ovire odstranjene. Veliko tehnologij je zelo dragih in so zato posledično bolj dostopne tistim, ki jih lahko plačajo. Visoki stroški RT ustvarjajo dobre pogoje za izkoriščanje in doseganje dobička na strani profesionalcev, ki kontrolirajo uporabo tehnologij. Nazoren primer je IVF, kjer vsak cikel stane približno \$7000 in ponavadi potrebujemo nekaj ciklov, da dosežemo nosečnost. Donacija jajčec in nadomestna mati sta ponavadi še dražji. Diskriminacija zaradi bogastva je verjetno neizbežna. Medtem ko nekateri trdijo, da bi morale biti vse RT dostopne vsem (z različnimi medicinskimi programi), je zaradi visokih stroškov zdravstvene nege to skoraj nemogoče doseči. Kontracepcija, splav in ultrazvok so tehnike, ki so večinoma dostopne že vsem, druge RT pa bodo verjetno ostale dostopne samo bogatejšemu sloju. Izkoriščanje neplodnega para je velik problem. Veliko OMBP ima nizek odstotek uspešnosti in rezultat ni takšen, kot bi si ga želeli.

6.1. IZBIRA SPOLA OTROKA

Zanimanje za izbiro spola ima dolgo zgodovino, vse do antičnih kultur. Šele nedavno pa je medicinska tehnologija omogočila izbiro spola otroka pred rojstvom. Diagnoza zarodkov se uporablja skupaj z OBMP, da bi identificirali genske nepravilnosti, omogoča pa tudi informacije o spolu zarodka. Lahko so prikazane kot stranski rezultat testiranja, ali pa je testiranje narejeno samo zaradi izbire spola.

Tako kot so se skozi zgodovino spreminjale metode spolne selekcije, tako so se spreminjale tudi motivacije zanje. Med najbolj vidnimi motivacijami v zgodovini je preprosta želja imeti otroka, ki ima kulturno zaželen spol. S tem so lahko zagotovili ekonomsko uporabnost otroka znotraj družine, uresničili so spolno ravnovesje med otroki v družini in določili vrstni red rojstva otrok določenega spola.

Ne glede na metode in razloge je spolna selekcija skozi svojo zgodovino naletela na pomembna etična nasprotovanja. Verske tradicije in družbe so na splošno odgovorile z zaskrbljenostjo, ki se je raztezala od ogorčenja nad detomorom, do moralne zadržanosti glede predrojstne diagnoze izbire spola. Nedavno so se zaskrbljenosti pridružile nevarnosti spolne diskriminacije in nepojenljivo zatiranje določenega spola v današnji družbi. Čeprav je

predporodna diagnostika za izbiro spola še vedno redka, pa njena potencialna uporaba sproža pomembna etična vprašanja. Na voljo je tehnologija, s katero lahko spol otroka vnaprej določimo z dobrimi rezultati - genetska diagnoza zarodkov in spolna selekcija v spermski tekočini.

Najpogostejša motivacija za preiskavo zarodka so bolezni povezane z določenim spolom. Do danes je bilo naštetih okoli tristo bolezni povezanih z določenim spolom (oziroma s spolnimi kromosomi). Diagnoza izbire spola pred rojstvom je primerna, ko se lahko izognemo rojstvu otroka z genetskimi nepravilnostmi, ni pa sprejemljiva za nemedicinske razloge. Predrojstna diagnostika se lahko izvaja zaradi preprečevanja bolezni, ali pa zaradi drugih motivacij posameznikov, ki si želijo otroka določenega spola. Lahko se zgodi, da pacient, ki gre skozi postopek IVF, zaprosi za predrojstno diagnostiko samo zaradi izbire spola. Lahko pa se celo zgodi, da par, ki ni neploden, zaprosi za IVF in predrojstno diagnostiko zgolj z namenom izbire spola. Vsak od teh primerov bi moral biti podvržen medicinskemu in etičnemu ocenjevanju.

Izbira spola naj bi bila opravičena, ko z njo preprečimo bolezni povezane z določenim spolom. V tem primeru izbira spola ne daje prednost enemu spolu pred drugim zaradi določenih vrednot, ter s tem ne povečuje razlik med spoloma v družbi. Zaskrbljenost o tehnologijah izbire spola se poveča, ko je cilj izbire spola nek družbeni ali psihološki namen, ki ni povezan s preprečevanjem bolezni. Priznati moramo, da imajo posamezniki in pari različne meje tolerance glede reprodukcijske možnosti, tudi če jim drugi nasprotujejo.

**»SEX SELECTION WITH 99,9% GUARANTEE
OF CHOSEN GENDER« for \$18,480 US**

Tako oglašujejo izbiro spola otroka klinike po svetu. Primer je iz ameriškega 'Infertility Institutes' (svoje klinike imajo predvsem v ZDA in Mehiki)⁶.

Želeni potencial družbenih koristi izbire spola se lahko pokaže kot nepomemben, ko začnemo razmišljati o nepotrebnih preiskavah in tveganju žensk, ki gredo skozi te postopke. Plodnim parom ni nepotrebno iti skozi IVF postopek. Tisti, ki se za ta postopek odločijo, pa imajo

⁶ vir: http://www.fertility-docs.com/fertility_fees.phtml

samo eno željo in ta je: Imeti otroka določenega spola. To pa naloži ženskam še dodatno breme in tako breme je nepotrebno in odvečno.

Pravice staršev, ki si želijo otroka določenega spola, nekateri zagovarjajo z več razlogi:

- a. Če bi starši lahko izbirali spol otroka, bi to povečalo kvaliteto otrokovega življenja, saj naj bi starši imeli takšnega otroka, kot si ga želijo.
- b. Če bi starši lahko izbirali spol otroka, bi to izboljšalo kvaliteto družinskega življenja.
- c. Če bi starši lahko izbirali spol otroka, bi to izboljšalo življenjske razmere za ženske, saj jim ne bi bilo treba roditi toliko otrok samo zato, da bi zagotovile (moškega) dediča (Makuch, 277: 2002).

Čeprav se ti argumenti zdijo prepričljivi in jih poudarjajo pisci, vidimo, da temeljijo na predpostavkah, da naj bi obstajal en spol, ki je bolj zaželen od drugega. Tehnologija izbire spola je primer, ki nam omogoča vpogled v seksistično družbo, saj namiguje na to, da je en spol bolj zaželen od drugega. To bi lahko pripeljalo k še večji spolni diskriminaciji.

Izbira spola otroka je bila že dolgo fokus znanstvenega in neznanstvenega raziskovanja. Šele z razvojem moderne molekularne znanosti v sodelovanju z naprednimi tehnikami pri oploditvi z biomedicinsko pomočjo (OBMP) je izbira spola zarodka mogoča. To je bil verjetno tudi razlog, zaradi katerega so se šele nedavno začele razvijati razprave o primernosti izbire spola.

Feministične razprave o reprodukcijskih pravicah temeljijo na pojmu svobode rojevanja. Te pravice so definirane kot pravica do reprodukcije in kot pravica do izogibanja reprodukcije. Izogibanje reprodukciji ni nič drugega kot to, da se ženska sama odloči ali želi ali ne želi imeti otroke. V primeru izogibanja reprodukciji se ženska odloči, da (čeprav je plodna) otrok ne želi imeti in do tega ima pravico. Te pravice ji ne smemo odvzeti. Vse ženske morajo imeti pravico do odločitve: nekatere se odločijo imeti otroke, druge pa jih ne želijo. Feministke želijo doseči, da nobeni ženski ne bi bile kratene pravice do svobodne odločitve glede otrok.

Reprodukcijske tehnologije pogosto predstavljajo za ženske edini vir moči, s katerim si lahko izborijo svoj obstoj. Legitimnost nemedicinske uporabe RT je primer, kjer ženske iščejo možnost izbire spola otroka, saj so prav same žrtve družbenega pritiska, naj rodijo sinove. Nastop in uporaba RT v nemedicinske namene sta povzročila potrebo po redefiniranju našega

razumevanja svobode rojevanja in (še bolj specifično) spremenila poglavje o reprodukcijski izbiri in avtonomiji.

Kljub kontroverznosti, ki obdaja splav, veliko ljudi verjame, da splav zaradi »deformacije zarodka« ni nemoralen. Menijo, da bi moral ostati legalen kljub omejitvam in biti na izbiro vsaki ženski, ki bi si to želela. V tem trenutku imajo feministke deljena mnenja o sprejemljivosti selektivnega splava zaradi invalidnosti. Strinjajo pa se, da bi morali genetsko raziskovanje prepovedati, če se ga uporablja za diagnosticiranje spola zarodka. Večina feministk vidi izbiro spola otroka kot povečevanje seksizma, ki ga ponazarja vprašanje: Kaj je bolj seksistično kot ustvariti osebo, ki bo prilagojena ideologiji spolne vloge (Wolf, 1996)?

Izbira spola naj bi bila v nasprotju z vsemi cilji feminizma. Eno glavnih etičnih nasprotovanj postopkom diagnosticiranja spola zarodka je, da je ustvarjenih veliko zarodkov, ki jih nikoli ne vstavijo v maternico, če niso pravega spola.

Veliko se je govorilo o varnosti postopkov izbire spola otroka pred njegovim rojstvom (predrojstna diagnostika), toda rodili so se samo zdravi novorojenčki. Dokazali pa so, da so bili otroci rojeni z napakami v nosečnosti izpostavljeni UV žarkom in drugim okoljskim vplivom (Mesenger, 2002).

Poznamo še izraz »missing women« (manjkajoče ženske). Izraz »missing women« sta oblikovali Nobel Laureate in Amartya Sen. Nanaša se na neravnovesje v številčnem razmerju med spoloma, kjer so ženske slabše zastopane kot moški zaradi dejstva, da so žrtve umorov, zanemarjanja, slabega zdravja, zaradi umorov dojenčic in po novem tudi izbire spola pred rojstvom (Samson, 2004).

Množična uporaba ultrazvoka v Indiji in na Kitajskem je povzročila, da se je na tem področju pojavilo veliko neravnovesje med rojenimi deklicami in dečki v korist dečkov. V tem primeru reprodukcijska tehnologija zagotavlja spolno neenakost. V teh državah se je pokazalo, da imajo moški zaradi vedno manjšega števila žensk vse večjo kontrolo nad njimi. Na Kitajskem je pomanjkanje žensk, ki so primerne za poroko, povzročilo povečanje nasilja nad ženskami v obliki ugrabitev in preprodaje. Ultrazvok in ostale reprodukcijske tehnologije dajejo ženskam večjo reprodukcijsko izbiro predvsem pri medicinskih problemih. Ko pa jih uporabljajo za izbiro spola, tehnologije povečujejo spolno diskriminacijo (Samson, 2004).

6.1.1. Primer Indije

Želja po izbiri spola otroka (s preferenco moškega spola) se pojavlja skozi vso zgodovino. Ultrazvočna diagnostika spola otroka omogoča selektivno splavitev ženskih zarodkov, ki se večinoma izvajajo v severni Indiji. V primeru, da bi bil otrok deklica, se je sprva izvajal detomor, sedaj pa se uporablja splavitev ženskih zarodkov in izbor zarodkov pred implantacijo. OBMP pomeni možnost odprave detomorov. Istočasno pa se pojavijo novi etični zadržki, ki opozarjajo na neravnovesje med spoloma.

Ugotovljeno je, da približno 8-10% parov v svojem reprodukcijskem življenju izkusi vsaj eno obliko neplodnosti. Kot v večini razvijajočih se držav, tudi v Indiji zdravljenje neplodnosti ni del reprodukcijske zdravstvene oskrbe. V Indiji ni javnega zdravstvenega programa, ki bi se osredinil na neplodnost. Kontracepcijo pa ljudje zavračajo, saj mislijo, da bodo z njeno uporabo postali neplodni.

Identiteta ženske v Indiji se oblikuje v povezavi z vrednotami, pomeni in simboli indijske družbe. Ideologija materinstva se razlikuje glede na družbeno kulturni kontekst, etničnost in kasto. V Indiji imajo ženske, ki so matere (predvsem sinov) zelo veliko moč in uživajo veliko spoštovanje. Žensko se razume kot celoto šele, ko postane mati. Takrat dokaže svojo ženskost in se v zakonu lahko sprosti. Kot mati čuti, da je dosegla tisto, kar se je od nje, kot odrasle ženske, pričakovalo.

Organizacija družine in zakonske zveze je zelo pomembna za razumevanje reprodukcije in materinstva. Povezava med sorodniki je še ena izmed stvari, ki je v Indiji zelo pomembna za razumevanje nasledstva, pravice nad otroki, avtoritete in odgovornosti članov družine do drugih članov. Način, kako je patriarhalna družba strukturirana, je eden največjih virov neenakosti med moškimi in ženskami. Iz tega izhaja, da je materinstvo ena večjih vlog žensk v družbi.

Ženska reprodukcijska sposobnost je smatrana kot nekaj, kar definira njihovo identiteto in status. Ker je ženska v Indiji definirana s pomočjo svoje plodnosti, se v primeru neplodnosti počuti nepomembno, ničvredno. Zaradi tega naredi vse, da bi se iz take situacije rešila. Izkušnjo neplodnosti ponavadi spremljajo strah, družbeni pritisk in družbena stigmatizacija ter številni poskusi različnih zdravljenj. Neplodnost je velik problem v kontekstu

pomembnosti družbenega življenja, zakona, dedovanja in ločitve. Neplodnost lahko vodi do dilem identitete, zmanjšanega samospoštovanja, frustracij in občutka nemoči.

V indijski družbi otroci predstavljajo vir dela, dohodka, sreče in varnosti na stara leta. Indijska tradicija zahteva, da imajo v vseh zakonskih zvezah otroke, predvsem moške. Če je par neploden, potem lahko izgubi status in prestiž. Študije so razkrile, da neplodnost ogroža predvsem sprejetost ženske, njeno legitimno vlogo žene, njeno zakonsko stabilnost, varnost in ogroža tudi njeno povezavo med družino in skupnostjo. Neplodna ženska ne nastopa kot simbol ženskosti in kot taka trpi zaradi majhnega spoštovanja do same sebe in zaradi občutka krivde. Za neplodnost ponavadi krivijo žensko, moški pa se niti ne testirajo. Otroci so osrednja tema razgovora med ženskami, zato se ženska brez otrok čuti izključeno iz družbe. Njena neplodnost postane še bolj očitna. Večina neplodnih parov zato osredini svoje življenje na spočetje.

V Indiji družba od ženske ne zahteva le, da mora roditi otroka, temveč mora roditi moškega potomca, ki bo nadaljeval njihovo družino. Moška neplodnost se ne smatra za tako problematično kot ženska. Zaradi želje po sinovih ima Indija nesrečno zgodovino detomorov in splavov povezanih z izbiro spola otroka. Z dostopom do ultrazvoka, ki omogoča splav nezaželenega ženskega zarodka in drugih metod izbire spola, se je situacija še poslabšala. Študije so tudi razkrile, da družbeni pritisk na par v primeru prvorojenke ni manjši, ampak je enak kot je pritisk na par, ki sploh ne more imeti otrok.

Ženska brez otrok se sreča s problemi znotraj svoje zakonske zveze in tudi s problemi s sorodniki. Razmerje med moškim in žensko je velikokrat napeto, saj je le malo moških, ki podpirajo neplodno žensko. Ženske so pogosto žrtve nasilja. Pritisk variira od žalitev do nasilja, groženj o zapustitvi do ločitve. Moški so včasih bolj razumevajoči do žensk, če je težava pri njih ali če imajo iz drugega zakona že kakšnega otroka. Če ženska ne more roditi otroka, jo lahko moški zapusti in se od nje loči in razveže. Neplodnost je pogosto povod za psihične zlorabe žensk ali za razvezne ločitve. Stopnja nasilja se zmanjša, ko se stopnja izobrazbe poveča.

V Indijski družbi, kjer se plodnost meri kot podaljšana ženskost, OBMP daje upanje neplodnim parom, vendar je malo takih, ki si jo lahko privoščijo. V Indiji, kjer je neplodnost stigmatizirana, je reprodukcijska tehnologija videna kot velik znanstveni dosežek. Kot na

zahodu tudi v Indiji potreba po otroku ni zgolj biološka, ampak predvsem družbena. Imeti otroka je za žensko naslednji korak po poroki. Če ni plodna, potem ni »cela/popolna« ženska.

Pri oploditvi z biomedicinsko pomočjo se pojavi še neetično izvajanje izbire spola in splava ženskih zarodkov zaradi omogočenega diagnosticiranja spola zarodka. Specialisti to ponudijo kot možnost izbire za pare in večina se jih odloči za otroka določenega spola, to pa je ponavadi moški. Izbira spola je v Indiji legalna. Specialisti tega ne smatrajo kot povečevanje prednostne pozicije moških v družbi in diskriminacije otrok ženskega spola.

Materinstvo je še vedno najpomembnejši cilj v življenju ženske. Krvna povezava med materjo in otrokom je večja kot vez z možem. Če ženska iz kateregakoli vzroka ne more imeti otrok, postane tarča posmeha in zlorab. Otroci, posebej dečki, dajejo ženski status znotraj patriarhalne družine, definirajo njeno identiteto in emocionalno varnost ter povečujejo povezavo med sorodstvom. Če je ženska neplodna, mora nositi družbene in psihološke posledice. Pari ali ženske same iščejo pomoč tako pri moderni medicini, kot tudi pri tradicionalnih zdravilcih. Preventivno zdravstvo v Indiji ni praksa. Tehnologije so ponujene kot možnost. Ker pa je zdravljenje odvisno od zmožnosti plačila, to ni več možnost izbire. Izkušnje žensk z oploditvijo z biomedicinsko pomočjo niso prijetne, vendar jo še vedno želijo uporabiti zato, ker jim lahko pomaga in ker jim lahko zagotovi položaj znotraj patriarhalne družine.

5.1.2 Demografske posledice izbire spola otroka

Treba je razmisliti, kakšne bi lahko bile demografske posledice. Reprodukcijske tehnologije nimajo nikakršnega vpliva na razmerje med spoloma v ZDA in državah zahodne Evrope. Delno je to zato, ker je število otrok rojenih z OBMP zanemarljivo v primerjavi z ostalimi »naravnimi« rojstvi, tako da takšno število ne more vplivati na celotno populacijo.

Elizabeth Hervey Stephen (2000) opisuje štiri specifične načine, kako lahko reprodukcijske tehnologije vplivajo na populacijo:

- a. večplodna rojstva po naročilu;
- b. izbira spola – večje število otrok določenega spola;
- c. starost matere ob rojstvu otroka;
- d. medgeneracijsko dedovanje neplodnosti.

Od leta 1990 je v južni Koreji razmerje med spoloma od 108 do 117 dečkov na 100 deklic. Takšno razmerje se je pojavilo po letu 1985 kot rezultat zelo močne težnje po dajanju prednosti sinovom v sodelovanju z medicinsko tehnologijo, ki omogoča splavitev. V vseh teh državah je to rezultat uporabe ultrazvoka, ki omogoča prepoznavanje spola ploda. Posledica tega je množična splavitev ženskih zarodkov (Hervey, 2000: 307).

V ZDA in zahodni Evropi ne obstaja tako močna želja po rojevanju sinov kot na Kitajskem in v Koreji. Vendar pa si pari v ZDA za prvega otroka bolj želijo sina kot hčerko. V ZDA se ni pokazalo kakšno močno gibanje za izbiro spola otroka. In tudi če se pokaže želja po dečkih pri nekaterih parih, se to izenači z željo pod deklicah pri drugih.

Etični komiteji na klinikah za neplodnost se spopadajo z različnimi vprašanji: ali ima nekdo pravico, da izbere spol otroka zato, da doseže želeno razmerje med dečki in deklicami znotraj družine? Za odgovor na to vprašanje še ni zakonske podlage, zato se odločitve sprejemajo sproti. To je odvisno je od zdravnika, klinike in primera. Vsak zdravnik se sam sproti odloči za vsak primer posebej, ali bo nekemu paru uresničil željo po otroku določenega spola ali ne. Verjetno je sedaj že skrajni čas, da se zdravniške zbornice bolj natančno posvetijo takim temam.

7. REPRODUKCIJSKE TEHNOLOGIJE V PRIHODNOSTI

Ko se je rodil prvi otrok iz epruvete, je bilo neplodnim parom dano novo upanje. Ko se je pojavil ICSI, se je neplodnim moškimi zbudilo novo upanje. OBMP lahko pomaga tudi plodnim parom spočeti zdravega otroka z genetsko diagnozo in selekcijo zarodkov. Družba se mora torej spopasti z novimi izzivi. Najpomembnejši izziv je, kako narediti tehnologijo OBMP bolj dostopno vsem, ki jo potrebujejo, posebej ljudem v državah v razvoju.

Mahmoud F. Fathalla (2002) navaja tri znanstvene izzive, ki jih bodo znanstveniki morali rešiti v prihodnosti:

1. Izboljšanje stopnje uspešnosti

Stopnja uspešnosti je bila do sedaj dokaj stalna, nekje okoli 25% živih rojstev na oploditev, pri ženskah do 34. leta starosti. Po tem letu uspešnost začne upadati. Ta odstotek uspešnosti se kaže po eni strani kot dosežek, toda po drugi strani to pomeni 75% neuspešnost. Stopnja uspešnosti se je izboljšala z implantacijo več kot enega zarodka v maternico. Neuspešna posledica tega pa je večje število dvojčkov. Odstotek uspešnosti lahko povečamo tudi z boljšim izborom zarodkov in njihovo selekcijo pred vstavitvijo. To pomeni, da moramo pred vstavitvijo opraviti selekcijo zarodkov in izbrati najboljše zarodke za implantacijo, da bi dosegli čim boljše rezultate.

2. Pomanjkanje gamet⁷

Število oploditev z biomedicinsko pomočjo (OBMP) je odvisno od dostopnosti primerne števila zdravih gamet, ki omogočajo uspešno implantacijo. Trenutno se uporabljajo trije pristopi: a) povečanje produkcije, b) zamrznitev c) donacija tretje osebe.

3. Večplodna nosečnost

Velik problem znanstvenikov je večplodna nosečnost. Veliko umetnih oploditev se namreč konča z rojstvom dvojčkov ali trojčkov. Svetovno poročilo o IVF je zabeležilo večplodno rojstvo v 29%, večina teh je dvojčkov. Ne glede na to, ali večplodna nosečnost izhaja iz umetne oploditve ali ne, je to veliko tveganje za prezgodnje rojstvo otrok, nizko telesno težo

⁷ glej SLOVARČEK IZRAZOV strani 69-72

novorojenčkov, prirojene napake, smrt novorojenčkov ipd. Vpliv večplodnih rojstev na mater je ponavadi zanemarjen. Za žensko predstavljajo težave komplikacije v nosečnosti ali pri rojstvu, ter psihološki vpliv zlasti v primeru smrti novorojenčka, ki bi ga morali tudi obravnavati kot breme za žensko. Ženske so tiste, ki so veliko vlagale v nosečnost in ki se še naprej spopadajo s težavami, če je z otrokom kaj narobe.

Povečana stimulacija jajčnikov in IUI (umetna osemenitev) ter vstavitve zarodkov v maternico - vse to pripomore k večplodni nosečnosti. Vstavitev večjega števila zarodkov je že stalna praksa za povečanje možnosti za uspešnost.

Znanstveniki vse bolj raziskujejo možnost umetne maternice. Trenutno so te raziskave šele na začetku, saj se znanstveniki soočajo z veliko težavami. Vendar je Gena Corea že davno napovedala, da z izpopolnitvijo umetne maternice ženske ne bodo več potrebne. Domneva tudi, da bi bile posledice lahko celo podobne genocidu (Sawicki, 1991).

7.1. KLONIRANJE

Ko govorimo o kloniranju, je zelo pomembno, da ločimo med dvema vrstama kloniranja. V medijih se ponavadi kloniranje nanaša na človeško reproduktivno kloniranje. Obstaja še raziskovalno ali terapevtsko kloniranje. Veliko ljudi, ki podpira raziskovalno kloniranje, ne podpira človeškega kloniranja. Po drugi strani pa vsi, ki zagovarjajo človeško kloniranje, podpirajo tudi raziskovalno kloniranje. Ko govorimo o raziskovalnem kloniranju, je meja med prav in narobe, etičnim in neetičnim, zelo zabrisana. Težko je biti proti znanstvenemu raziskovanju, ki bi lahko pripeljalo do zdravila za npr. Parkinsonovo bolezen.

Kako lahko kloniranje vpliva na pravice žensk? Obstaja veliko razlogov, zaradi katerih bi kloniranje moralo postati pomembna vsebina ženskih razprav. Tehnologije kot je kloniranje pripomorejo k vse večjemu prepadu med življenjem revnih in bogatih ter med narodi.

Argumenti proti kloniranju vsebujejo trditve, da bodo tehnologije kloniranja za svoj razvoj potrebovale veliko nevarnih in neetičnih raziskovanj na ljudeh. Naslednji argument proti kloniranju je tudi ta, da bo kloniranje neizogibno slabo vplivalo na otroke, ker jim bo omejevalo njihovo pravico do »odprte prihodnosti«. Kloniranje seveda lahko vodi tudi do

nove gibanja za »otroke po meri« (saj bo lahko posameznik izbral vse gene za svojega otroka). V skrajnem primeru lahko vodi tudi do nastanka nove vrste ali podvrste človeka.

Kloniranje je posebno pomembno v razmerju do pravic žensk. Kloniranje in genska manipulacija ogrožata različne skupine, ki so bile že v zgodovini zatirane in nemočne. Obstaja tudi zelo velika verjetnost, da se bo eksperimentalno kloniranje izvajalo na ženskah in otrocih. Težava nastane, ker se včasih testiranja novih tehnologij izvajajo na ljudeh brez njihove privolitve in ne da bi oni sploh kaj vedeli o testiranjih.

Očiten učinek nove tehnologije kloniranja na ženske in otroke vključuje fizično nevarnost, ki ji bodo izpostavljeni. Ženskam morajo odvzeti jajčeca in vstaviti zarodke. Tudi otroci, ki so rezultat tega procesa, so podvrženi različnim testiranjem. Prav tako pa tudi brezspolna človeška reprodukcija kliče po novi definiciji človeške reprodukcije. Človeško kloniranje omogoča tudi nezaslišano stopnjo kontrole nad prihodnostjo določene osebe. Vse te vidike moramo natančno raziskati, preden bi začeli kloniranje raziskovati bolj natančno.

7.2. NOVE METODE KONTRACPCIJE

Predstavila bom nekaj metod kontracepcije, ki so že na voljo, nekatere pa se šele razvijajo (Saetan, Oudshoorn, Kirejczyk, 2000):

a. »Naravna« kontrola rojstev: tehnično-znanstvena skladnost

Ob koncu 20. stoletja se je pojavilo več novih tehnologij, ki pomagajo oceniti čas plodnosti. Večina teh pripomočkov se dobi v prosti prodaji. Te naprave so bolj kot želji po spočetju, namenjene želji po kontracepciji. Analize hormonov, posebni termometri, analize sluzi, testi urina in ultrazvočni pristopi se vse bolj razvijajo in raziskujejo. DeNora je leta 1996 te pripomočke opisala kot »domačo kliniko«, kot priročne medicinske pripomočke za ženske, ki potrebujejo znanstveno pomoč. Taki pripomočki so seveda del kontracepcijske »samopostrežne restavracije«.

b. Ženski kondom

Večina reprodukcijskih znanstvenikov se je distancirala od kondomov. Danes se je v ZDA zgodil velik preobrat v uporabi kondomov. Samo kondomi zaščitijo pred zanositvijo in spolno

prenosljivimi boleznimi. Skozi večino 20. stoletja so bili kondomi v moški domeni. Leta 1992 se je situacija spremenila, ko so na trg poslali tudi ženski kondom.

c. Novi in boljši varovalni spermicidi in antibiotiki

Del strategije zmanjšanja širjenja AIDS-a in spolno prenosljivih bolezni je tudi proizvodnja novih in boljših zaščitnih spermicidov (kemična metoda za zaščito proti zanositvi in boleznim). Da bi se zaščitili pred AIDS-om, bi morala ta kemična metoda minimalno prekriti celotno vaginalno steno, morala bi biti neškodljiva do dobrih mikrobov in do vagine. Spermicidi, ki jih poznamo še niso dovolj dobri in ne ustrezajo tem kriterijem.

d. Mikrobicidi brez spermicidov

Nekatere ženske se zelo zanimajo za mikrobicide, ki bi preprečevali prenos bolezni brez učinka na spermo. Torej hočejo zdravo spermo za oploditev. V veliko družbah se od žensk zahteva, da imajo otroka, ne glede na partnerjeve bolezni. Tak proizvod bi zavaroval ranljive ženske pred boleznimi, medtem ko bi jim izpolnil željo po materinstvu.

e. Moške metode (šele v raziskovalni fazi)

Nelly Oudshoorn je opozorila, da je bil razvoj moške kontracepcije marginalizirana aktivnost v že tako marginalizirani reproduktivni znanosti in v svetu razvoja kontracepcije. Eden od rezultatov te dvojne marginaliziranosti je bil seveda zelo počasen razvoj moderne kontracepcije za moške. Pol stoletja za tem, ko so izumili žensko tabletko, moške tabletko še ni na trgu. Sedaj se počasi razvijajo različne moške tabletko, injekcije in vsadki (paralelni ženskim hormonskim zdravljenjem) in še to samo zaradi pritiska WHO (svetovne zdravstvene organizacije) in ne zaradi želje farmacevtskih družb.

Ringheim (1996) pravi, da je sprejemljivost učinkovite moške hormonske kontracepcije odvisna od tega, kako jo sprejmejo ne samo moški, ampak tudi ženske. Oudshoornova (Saetan, Oudshoorn, Kirejczyk, 2000) ugotavlja, da imajo poleg žensk tudi feministke več različnih pogledov na moško kontracepcijo.

f. Biotehnologija po želji: molekularni obojespolni »kondom«

Znanstveniki iščejo metodo kontracepcije, ki bi zadovoljila ženske želje po varni, lokalni in enostavni metodi in želji znanstvenikov po »znanstveni« zaščiti pred boleznimi. Taka tehnologija naj bi zagotovila zaščito pred spolno prenosljivimi boleznimi, tudi pred AIDS-om.

Ena od idej je »molekularni kondom«. Tak proizvod bi bil neviden, lahko bi ga uporabljala oba spola in bi bil primeren za vsako starost.

Ženske morajo nositi celotno breme in tveganja nosečnosti in rojstva. To pa ni razlog, da bi morale tudi same nositi breme regulacije rodnosti. Morali bi razviti kontracepcijo, ki bi omogočala moškim deljenje kontrole nad reproduktivnim procesom. Iz bioloških razlogov sta regulacija in kontrola reprodukcijskega procesa pri moških težji kot pri ženskah. Če zmanjšajo hormone za proizvodnjo sperme in ne nadomestijo hormonov na drug način, je potlačena tudi spolna potencia.

8. ZAKLJUČKI

Reprodukcija je zelo širok sociološki koncept. Vedeti moramo, da brez reprodukcije družba ne obstaja. Kot sociologi se moramo zavedati, kako zelo reprodukcija vpliva na cel svet, na družbene skupine, družino in posameznike. Še posebej pa moramo razmisliti, kako to vpliva na ženske kot družbeno skupino. Sama sem se osredinila predvsem na nove reprodukcijske tehnologije in na vprašanje, kako le-te vplivajo na življenje ne le individualnih žensk, temveč tudi na ženske kot homogeno skupino.

Ženske so na veliko načinov vključene v vse vidike razvoja novih reprodukcijskih tehnologij. Pojavljajo se kot uporabnice, ki iščejo pomoč, vendar je ne dobijo vedno, saj je dostop do teh tehnologij omejen s formalnimi ali neformalnimi pravili. So tudi nosilke novih tveganj in odgovornosti, čeprav o njih niso vselej ustrezno obveščene. Ženske so vključene, pogosto ne da bi se zavedale, kot objekti medicinskih eksperimentov ali kot dobavitelji občutljivega eksperimentalnega materiala – jajčnih celic.

Pojavlja se vprašanje, ali nove reprodukcijske tehnologije povečujejo ali zavirajo pravice žensk. Nove reprodukcijske tehnologije lahko povečujejo, a obenem tudi zavirajo ženske pravice. Kadar imajo ženske dostop do njih, se povečuje ženska reprodukcijska svoboda, ker jim tehnologije dovoljujejo kontrolirati njihovo osebno plodnost. Ko pa nove reprodukcijske tehnologije uporabimo kot del populacijske kontrole ali kot vsiljeno sterilizacijo, so ženske pravice kratene. Ženske pravice so omejene tudi v primeru, ko se njihova telesa uporabi za testiranja novih reprodukcijskih tehnologij brez zadostne predhodne zagotovitve njihovih pravic, zavarovanja zdravja in v primerih, ko se ti postopki izvajajo brez njihovega predhodnega dovoljenja.

Trenutno živimo v času vse večjega znanstvenega in medicinskega poseganja v žensko telo. Ženske iz nerazvitega sveta so podvržene prisiljeni sterilizaciji in dobivajo kontracepcijo, ki je lahko nevarna za njihovo zdravje. Od žensk v razvitem svetu pa se pričakuje, da bodo imele otroke.

Nove reprodukcijske tehnologije in njihov vpliv na ženske je zelo pomembna tema znotraj feminističnega gibanja. Eden od ciljev feminističnega aktivizma in raziskovanja je ločiti

zgodovinsko povezavo med žensko biološko zmožnostjo reprodukcije in žensko vlogo v družbo. Samo dejstvo, da ima ženska lahko otroka, še ne pomeni, da bi ga vsaka tudi morala imeti. Nekatere ženske si ne želijo otrok. V številnih družbah so take ženske smatrane za odklonske in nepravne »ženske«.

Če pogledamo statistične podatke, ki so na voljo na različnih klinikah za neplodnost, vidimo, da so postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo zelo nezanesljivi in ne dajejo dobrih rezultatov. Eden najbolj kontroverznih postopkov je in-vitro fertilizacija, pri kateri je odstotek uspešnosti zelo nizek. Postopki za zdravljenje neplodnosti so vedno nevarni za ženske. Skoraj vsi postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo so nevarni za žensko zdravje in njeno življenje, medtem ko je moški vedno samo darovalec semena in se ga skoraj nikoli ne zdravi z zelo agresivnimi zdravili in eksperimentalnimi postopki. Ravno zaradi tega so različne feministke prepričane, da želijo medicinske ustanove vladati ženskam in obsojajo nove reprodukcijske tehnologije kot nasilje nad ženskami. Veliko postopkov, predvsem IVF postopek in nadomestna mati, sta odraz moške želje po genetskih potomcih. Od te tehnologije imajo korist predvsem moški, za ženske pa predstavljajo le dodatno breme. Janice Raymond (po Farquhar, 1995) je to označila za medicinsko nasilje nad ženskami.

Po drugi strani pa nekateri avtorji slavijo napredek v reprodukcijski tehnologiji kot napredek za ženske. Tako Shulamith Fireston v reprodukciji vidi orodje zatiranja za ženske in v primeru, da bo tehnologija prevzela to breme, bodo ženske lahko svobode in enake moškim.

Nekateri ocenjujejo, da neplodnost, ki je vse več, ponuja odlične možnosti za vstop v vse večjo pozitivno selekcijo, saj so pari vse pogosteje odprti za nove možnosti, ko gre za njihove otroke. Tu se spet pojavijo kritike IVF postopka, saj imajo pari z njim večjo možnost selekcije in eliminacije nezaželenih zarodkov. Na kratko to lahko imenujemo kontrola kvalitete. V povezavi s tem pa imamo na voljo tudi izbiro spola otroka pred zanositvijo. Najpogostejša motivacija za izbiro spola zarodka je odstranitev določenih bolezni povezanih z določenim spolom. Se pa pojavljajo primeri, ko je bila izbira spola ustvarjena samo zato, ker si je par zaželel imeti otroka določenega spola. Takih primerov je več predvsem v Indiji in na Kitajskem. Kadar nove reprodukcijske tehnologije uporabljamo v nemedicinske namene izbire spola, takrat povečujejo diskriminacijo med spoloma. Ostaja pa vprašanje, ali lahko dosežemo soglasje o uporabi novih reprodukcijskih tehnologij, (ne)glede na moralna in etična

vprašanja vseh treh vpletenih strani: zdravnikov/znanstvenikov, pacientov ali potencialnih uporabnikov in končno tudi celotne družbe.

Reprodukcijske tehnologije kot take ne bodo izginile in tudi razprave okoli njih ne bodo potihnile. Resnično se verjetno nikoli ne bomo vrnil v dobo, v kateri je bilo heteroseksualno razmerje med moškim in žensko edina pot do reprodukcije vrste. Nasprotno, tehnologije kot sta kloniranje in človeški genski inženiring se razvijajo, in pojavljajo se vedno kompleksnejša vprašanja, ki ne izzivajo le feministične teorije, ampak družbo kot celoto. Ta razvoj feministične teoretike vedno bolj žene k osredinjanju na pomembne razlike med sprejetjem ženskih reprodukcijskih izbir in kritiko institucij, ki te izbire omogočajo.

Ženske prispevajo svojim otrokom veliko več kot njihovi moški partnerji. Prva naloga ženske je skrb za zaščito otroka znotraj njenega telesa. Moški te sposobnosti nimajo in zato se razlikujejo interesi moških in žensk. Da bi lahko ženske še naprej kontrolirale svoje reprodukcijske procese, moramo priznati, da obstajajo velike razlike med moškimi in ženskami. Ženska mora še naprej imeti možnost nadzora nad svojim telesom, ne sme dopustiti, da moški (znanstveniki, zdravniki) »vdirajo« v njeno telo brez njenega privoljenja. Ženske so se v nekaterih družbah že združile in se skupaj borijo proti poskusnim tehnologijam, ki se izvajajo na ženskem telesu. Bolj bi morale razmisliti o etičnosti novih in bodočih reprodukcijskih tehnologij, saj se vedno bolj razvija tudi genska tehnologija, ki lahko močno vpliva na prihodnost ljudi, predvsem žensk. Ženske pa se bodo morale bolj vključevati v razprave o reprodukcijskih tehnologijah, morale bodo poskrbeti, da bodo ženske po svetu bolj obveščene o nevarnostih teh tehnologij. Morale pa bodo tudi začeti sodelovati v razvoju in raziskovanju teh tehnologij, saj samo tako lahko poskrbijo, da bodo tehnologije postale takšne, kakršne si jih želijo, da bodo postale prijazne do žensk in do njihovih teles.

9. SLOVARČEK IZRAZOV

AI – Umetna oploditev

(ang. - Artificial insemination)

Izraz umetna oploditev zajema štiri različne postopke, ki pomagajo pripeljati do nosečnosti.

Vsi ti postopki uporabljajo metodo vstavljanja sperme v ženski reproduktivni trakt.

Najpogostejša metoda je IUI – umetna osemenitev. Ostali trije postopki pa so:

IVI - Intravaginal insemination (spermo vstavijo direktno v vagino)

ITI - intratubal insemination (spermo vstavijo direktno v jajcevode)

ICI - intracervical insemination (spermo vstavijo na maternični vrat)

ET – Prenos zarodkov

(ang. – Embryo Transfer)

Vnos zarodkov v maternico.

GAMETA

(ang. – Gamete)

Spolna celica. Pri ženski jajčna celica, pri moškem semenčica.

GIFT

(ang. – Gamete intrafallopian transfer)

GIFT je način oploditve z biomedicinsko pomočjo v telesu.

To je vnos jajčnih celic ženske skupaj s semenskimi celicami moškega v spolne organe ženske. To je hkratni prenos spolnih celic – jajčec in semenčic – v jajcevode.

ICSI

(ang. – Intracytoplasmic sperm injection – ICSI)

ICSI je način oploditve z biomedicinsko pomočjo zunaj telesa.

Tu gre za neposredni vnos semenčice v citoplazmo jajčne celice, kjer pod mikroskopom v jajčno celico vnesejo en spermij. Sinonim za ICSI je tudi mikromanipulacija.

IUI – Umetna osemenitev

(ang. - intrauterine insemination)

Umetna osemenitev, kjer seme vnesejo neposredno v maternično votlino. Danes je to običajen postopek umetne osemenitve. Včasih so seme vnašali v nožnico, neposredno pred maternični vrat, in ne v maternico.

Ta postopek je primeren le za pare, pri katerih je kvaliteta semena dobra ali le za malenkost slabša, prehodnost jajcevodov prejemnice pa ohranjena.

IVF – oploditev v epruveti

(ang. – in vitro fertilization)

IVF je način oploditve z biomedicinsko pomočjo zunaj telesa.

IVF je oploditev v epruveti, kjer v epruveto z jajčno celico po kapljicah dodajajo pripravljeno seme.

Ta postopek imenujemo tudi »klasičen način« oploditve z biomedicinsko pomočjo. To je oploditev v laboratorijskih pogojih brez uporabe postopka ICSI.

Mikromanipulacija

(ang. – Micromanipulation, tudi Assisted Fertilization)

postopek oploditve z vnosom semenčice v jajce, torej ICSI. Mikromanipulacijske tehnike so sicer tudi vsi drugi postopki, pri katerih uporabljajo mikro orodje, izvajajo pa jih pod svetlobnim mikroskopom. Poleg postopka ICSI sem spadajo še postopki, kot je biopsija zarodka za odkrivanje genetskih bolezni, »assisting hatching«, ki izboljša vgnezdenje in še nekatere druge. V večini pa se v vsakodnevni praksi izraz mikromanipulacija uporablja kot sinonim za ICSI.

Oploditev z biomedicinsko pomočjo (OBMP)

(ang. – Assisted reproductive technology (ART))

Postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP) so postopki oploditve ženske, ki se s pomočjo biomedicinske znanosti izvajajo z namenom zanositve na drug način kot s spolnim odnosom. Te postopke delimo na postopke oploditve v telesu in zunaj telesa:

Načina oploditve v telesu:

vnos semenskih celic moškega v ženske spolne organe, npr. umetna osemenitev – IUI

vnos jajčnih celic ženske skupaj s semenskimi celicami moškega v spolne organe žensk – GIFT

Način oploditve zunaj telesa vključuje:

združitev jajčnih celic in semenskih celic zunaj telesa ženske (oploditev) – IVF ali ICSI – in nato

vnos zgodnjih zarodkov v spolne organe ženske – ET

Vsi postopki OBMP se izvajajo v skladu z dosežki in razvojem biomedicinske znanosti.

Plod

(ang. – Fetus)

Človeški plod po dveh mesecih razvoja, ki ima že popolnoma človeški videz. Razvoj njegovega zunanega videza je končan v petem mesecu nosečnosti, nato nenehno raste, spreminjajo se samo notranji organi. Tedaj se fetus že krepko giblje, na materinem trebuhu je možno čutiti njegov srčni utrip.

TESA

(ang. – Testicular Sperm Aspiration)

Pri moških z azoospermijo pridobijo semenčice iz mod ali nadmodnika s preprostim kirurškim posegom, ki se opravi pod lokalno anestezijo.

Zarodek

(ang. – *Embryo*)

Produkt spočetja od začetka oploditve do konca osmega tedna po oploditvi.

VIRI ZA SLOVARČEK IZRAZOV:

Splošna bolnišnica Maribor. Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo. SLO knjižica: »Zunajtelesna oploditev«, 2004

Center za oploditev z biomedicinsko pomočjo Postojna. Zdravstveni zavod Dravljje. Dostopno preko: www.neplodnost.com, dne: 20. 12. 2005

Virant-Klun, Irma; Vrtovec-Meden, Helena; Tomaževič, Tomaž (2002): »Od nastanka gamet do rojstva«. Didakta, Radovljica

10. LITERATURA IN VIRI

1. Caplan, Arthur (1999): »The Future of Human Reproduction: Ethnics, Choice and Regulation«. *British Medical Journal*, April 3, 1999
2. Clark E., Adele (2000): »Maverick Reproduction Scientists and the Production of Contraceptives, 1915-2000+«. V Saetan, Oudshoorn, Kirejczyk (2000): »Bodies of Technology«. Columbus, Ohio state University Press
3. Dickens, M. Bernard (2002): »Ethical issues arising from the use of Assisted Reproductive Technologies« V Vayena, Rowe, Griffin (ur.): »Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction«, strani 333-347, WHO, Geneva
4. Dill, Sandra (2002): »Consumer Perspectives«. V Vayena, Rowe, Griffin (ur.): »Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction«, strani 255-262, WHO, Geneva
5. Evans, Kristy in Samson, S. Ann Elisabeth (2004): »Facing the Challenges of New Reproductive Technologies«. *Young Women and Leadership, Gender Equality and New Technologies*, No. 8, June 2004, AWID, dostopno preko: <http://www.awid.org>, 21. 06. 2005
6. Evans, Kristy (2005): »What are the current understandings and gaps in the debate about the impact of RT and new technologies on young women's lives and rights?«. Dostopno preko: <http://www.awid.org/go.php?stid=1320>, 21. 06. 2005
7. Farquhar, Dion (1995): »Reproductive Technologies are here to stay«. *Sojourner* 20(5): 6-7, januar 1995
8. Fathalla, F. Mahmoud (1994): »Fertility Control Technology: A Woman-Centred Approach« V »Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights«. Boston, Harvard School Public Health, strani: 223-234

9. Fathalla, F. Mahmoud (2002): »Current challenges in Assisted Reproduction« V Vayena, Rowe, Griffin (ur.): »Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction«, strani 3-12, WHO, Geneva
10. Fertility and Sterility (1999): »Sex selection and preimplantation genetic diagnosis« (vol. 72, no. 4, oktober 1999): 595-598
11. Franklin, Sarah (2005): »Postmodern Procreation: A Cultural Account of Assisted Reproduction«. Dostopno preko:
http://www.hsph.harvard.edu/rt21/globalism/FRANKLIN_Postmodern.html, 30. 10. 2005
12. Franklin, Sarah; Davis-Floyd, Robbie (2001): »Reproductive Technologies«. New York, Routledge International Encyclopedia of Women
13. Gelber, Kath (1995): »Women and reproductive technology: who benefits?« V Raymond, G. Janice (ur.), »Women and Wombs«. Melbourne: Spinifex Press
14. Gimenez, Martha E. (1991): »The Mode of Reproduction in Transition«. Gender & Society, Vol. 5, No. 3: 334-350
15. Hanmer, Jalna (1997): »Women and Reproduction« V Robinson, Victoria in Richardson, Diane (1997): »Introducing Womens' studies«, 349-374, Palgrave
16. Haralambos, Michael; Holborn, Martin (1999): »Sociologija: teme in pogledi«. DZS, Ljubljana
17. Hardon Anita (2005): »Contesting Claims on the Safety and Acceptability of Anti-Fertility Vaccines«. Dostopno (25. 06. 2005) preko:
<http://www.hsph.harvard.edu/Organizations/healthnet/reprorights/docs/hardon.html>
18. Hardy, Ellen; Makuch, Maria Yolanda (2002): »Gender, Infertility and ART«. V Vayena, Rowe, Griffin (ur.): »Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction«, strani 272-278, WHO, Geneva

19. Hervey Stephen, Elizabeth (2000): »Demographic implications of reproductive technologies«. *Population Research and Policy Review*; avgust 2000, številka 19
20. Hinman, M. Lawrence (2005): »Reproductive Technology and Surrogacy. An Introduction to the Issues«. Dostopno preko:
<http://ethics.acusd.edu/LMH/Papers/Introduction%20to%20Reproductive%20Technologies.html>, 20. 06. 2005
21. Hopkins, Kristine in Barbosa, Regina Maria in Knauth, Daniela Riva in Potter, Joseph E. (2005): »The impact of health care providers on female sterilization among HIV-positive women in Brazil«. *Social Science & Medicine* 61: 541-554
22. Jogan, Maca (2004): »Slovenska (postmoderna) družba in spolna neenakost«. *Teorija in praksa*, letnik 41, številka 1-2: 361-376
23. Jogan, Maca (1986): »Ženske in diskriminacija«. Ljubljana: Delavska enotnost
24. Kammen van, Jessika (2000): »Do Users Matter?«. V Saetan, Oudshoorn, Kirejczyk (2000): »Bodies of Technology«. Columbus, Ohio state University Press
25. Kember, Sarah (1996): »Feminism, Technology and Representation«, V Curran, James (1996): »Cultural Studies and Communications«, 229-246, London
26. Kuhse, Helga (2002): »Patient-centred Ethical Issues Raised by the Procurement and use of Gametes and Embryos in Assisted Reproduction«. V Vayena, Rowe, Griffin (ur.): »Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction«, strani 305-319, WHO, Geneva
27. Laborie, Françoise (2000): »Gender-Based Management of New Reproductive Technologies«. V Saetan, Oudshoorn, Kirejczyk (2000): »Bodies of Technology«. Columbus, Ohio state University Press

-
28. Lam, Carla (2004): »Feminist Responses to the Disembodiment of NRT and the Future of Feminism«. Dostopno preko: www.cpsa_acsp.ca/papers-2004/lam.pdf, dne: 24. 12. 2005
29. Lie, Merete (2002): »Science as Father? Sex and Gender in the Age of Reproductive Technologies«. *The European Journal of Women's Studies*, SAGE Publications, Vol. 9: 381-399
30. Mahjouri, Nadia (2002): »Techno-Maternity: Rethinking the Possibilities of Reproductive Technologies«. *Thirdspace*, vol. 4, issue 1, november 2004
31. Mallik, Rupsa (2003): »Reproductive Technologies in India, Confronting Differences«. *Sarai Reader 2003: Shaping Technologies*. Dostopno preko: <http://www.genderhealth.org/pubs/MallikReproTechIndia2003.pdf>; 21. 06. 2005
32. Manion, Eileen (1993): »Public Policy of Eugenics«. V Basen, Gwynne in Eichler, Margrit in Lippman, Abby: »Misconceptions: The Social Construction of Choice and the New Reproduction Technologies«, Vol. 1. Hull, Quebec: Voyageur Publishing.
33. Marks, Lara (2000): »Parenting the Pill: Early Testing in Contraceptive Pill«. V Saetan, Oudshoorn, Kirejczyk (2000): »Bodies of Technology«. Columbus, Ohio state University Press
34. McElroy, Wendy (2005): »Feminist Against Women: The New Reproductive Technologies«. Dostopno preko: <http://www.zetetics.com/mac/reason.htm>, 21. 06. 2005
35. Meseguer, Marcos in Garrido, Nicolás in Remohí, José in Simón, Carlos in Pellicer, Antonio (2002): »Gender Selection: Ethical, Scientific, Legal and Practical Issues«. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, Vol. 19, No. 9, September 2002: 443-446
36. Mies, Maria (1994): »New reproductive technologies: Racist & Sexist Implications«. Asian Women's Human Right Council (9.1.1994)
-

37. Morgan, Jennifer L. (2004): »Labouring Women: Reproduction and Gender in New World Slavery«. Philadelphia: University of Pennsylvania Press
38. Norsigian, Judy (2005): »Egg Donation for IVF and Stem Cell Research: Time to Weight the Risks to Women's Health«. Different Takes Issue Paper Series. 25.
poglavje
39. Oakley, Ann (2000): »Gospodinja«. /*cf, Ljubljana
40. O'Brien, Mary (1981): »The politics of reproduction«. London: Routledge & Kegan Paul Ltd
41. Petchesky, P. Rosalind (2000): »Reproductive and Sexual Rights: Charting the Course of Transnational Women's NGOs«. Geneva: UNRISD
42. Pilcher, Jane in Whelehan, Imelda (2004): »Fifty key concepts in gender studies«. London: Thousand Oaks, Sage
43. Ploeg Van Der, Irma (2001): »Prosthetic Bodies«. Kulwer Academic Publishers, Nizozemska
44. Raymond, Janice (1993): »The Marketing of the New Reproductive Technologies: Medicine, the Media and the Idea of Progress (Chapter 4)« V »Women as Wombs: Reproductive technologies and the Battle over Women's Freedom«. San Francisco: Harper Collins, strani: 108-137
45. Repinc, Barbara (2001): »Neplodnost kot tržno blago«. Delta 2001, številka 1-2
46. Roberts, Dorothy (1997): »Race and New Reproduction« v »Killing the Black Body: Race, Reproduction and the Meaning of Liberty«. New York, Panthenon, 1997

-
47. Roberts, F. S. Elizabeth (1998): »Native' Narratives of Connectedness: Surrogate Motherhood and Technology« V Davis-Floyd, Robbie in Dumit, Joe (ur.) (1998), »Cyborg Babies: From Techno-Sex to Techno-Tots«. New York: Routledge
48. Robertson, A. F. (1991): »Beyond the Family: The Social Organization of Human Reproduction«. Cambridge, Polity Press
49. Robertson, John A. (1994): »Children of Choice: Freedom and the New Reproductive Technologies«. Princenton University Press, Princenton, New Jersey
50. Ruhl, Lealle (2000): »Natural Governance and the Governance of Nature: The Hazards of Natural Law Feminism«. *Feminist Review* No. 66: 4-24
51. Saetan Rudinow, Ann; Oudshoorn, Nelly; Kirejczyk, Marta; ur. (2000): »Bodies of Technology: Women's Involvement with Reproductive Medicine«. Columbus, Ohio state University Press
52. Samson, Ann Elisabeth S. (2004): »Why New Technology is a Women's Right Issue«. *Gender Equality and New Technologies*, No. 7, May 2004, AWID, dostopno preko: <http://www.awid.org>, 20. 06. 2005
53. Satz, Debra (2004): »Feminist Perspectives on Reproduction and the Family«: Dostopno preko: <http://plato.stanford.edu/entries/feminism-family/#3>, 21. 06. 2005
54. Sawicki, Jana (1991): »Disciplining Mothers: Feminism and the New Reproductive Technologies – Chapter 4« V »Disciplining Foucault: Feminism, Power and the Body«. New York: Routledge, Chapman & Hall, Inc. Strani: 67-9
55. Schenker, J. G., in Eisenberg, V. H. (1997): »Ethical issues relating to reproduction control and women's health«. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 58: 167-176
56. Scott, John in Marshall, Gordon (2005): »Dictionary of Sociology« third edition. Oxford University Press Inc., New York
-

57. Sedlenieks, Klavs (1999): »New Reproductive Technologies«. University of Cambridge, Department of Sociology
58. Sieder, Reinhard (1998): »Socialna zgodovina družine«. Studia humanitatis in ZRC, Ljubljana
59. Shannon, A. Thomas, ur. (2004): »Reproductive Technologies«. Maryland: Rowland & Littlefield Publishers
60. Smith, Andrea (2005): »Beyond Pro-Choice Versus Pro-Life: Women of Color and Reproductive Justice«. NWSA Journal, Bloomington, Vol. 17, Iss. 1: 119-131
61. Søbirk Peterson, Thomas (2003): »A Woman's choice? On Women, Assisted Reproduction and Social Coercion«. Ethical Theory and Moral Practice: Kluwer Academic Publishers: str: 1-10
62. Steinbock, Bonnie (1998): »Rethinking the Right to Reproduce«. Harvard Center for Population and Development Studies, Working Paper Series, Nr. 98.05
63. The Boston Women's Health Book Collective (2005): »Our Bodies, Ourselves«. Touchstone books, New York
64. Thomas, Lynn M. (2003): »Politics of the Womb: Women, Reproduction and the State in Kenya«. Berkley and Los Angeles: University of California Press, XIII: 300
65. Vajena, Effy; Rowe, J. Patrick; Griffin, P. David (2002): »Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction«. Report of a meeting on »Medical, Ethical and Social Aspect of Assisted Reproduction«, World Helath Organization, Geneva; 17-21 september 2001, Švica
66. Wajcman, Judy (1994): »Delivered Into Men's Hands? The Social Construction of Reproductive Technology« V »Power and Decision: the Social Control of Reproduction«. Cambridge: Harvard School of Public Health; strani: 153-175

67. Wolf, M. Susan, ur. (1996): »Feminism & Bioethics: Beyond Reproduction«. Oxford, Oxford University Press
68. Zucker, N. Alyssa (1999): »The Psychological Impact of Reproductive Difficulties on Women's Lives: Sex Roles«. A Journal of Research, May 1999