

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Teologická fakulta

Diplomová práce

ETICKÉ ASPEKTY ASISTOVANÉ REPRODUKCE JAKO  
VÝZVA PRO ČINNOST SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

Autor práce: Bc. Zuzana Švecová

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Elich, Ph.D.

Studijní program: Etika v sociální práci, kombinovaná forma

2022

*„Prohlašuji, že jsem autorkou této kvalifikační práce a že jsem ji vypracovala pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.“*

Bc. Zuzana Švecová

*„Děkuji vedoucí diplomové práce Mgr. Markétě Elich, Ph.D., za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.“*

## Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	<b>5</b>
<b>1 ASISTOVANÁ REPRODUKCE</b> .....	<b>6</b>
1.1 METODY ASISTOVANÉ REPRODUKCE .....	7
1.1.1 Umělá inseminace .....	8
1.1.2 GIFT .....	8
1.1.3 ZIFT .....	8
1.1.4 In vitro fertilizace (IVF) .....	9
1.1.5 Darování oocyty a embrya .....	10
1.1.6 Kryokonzervace oocytů (vajíček spermii) a embryí.....	10
1.1.7 Embryotransfer a kryoembryotransfer.....	10
1.1.8 Náhradní (surrogátní) mateřství .....	10
1.1.9 Preimplantační genetická diagnostika .....	11
1.2 PERSONÁLNÍ ZAJIŠTĚNÍ PROCESU AR .....	11
1.2.1 Sociální pracovník ve zdravotnictví.....	12
1.2.2 Sociální pracovník jako člen multidisciplinárního týmu .....	13
1.2.3 Kompetence sociálního pracovníka ve zdravotnictví a reflexivní přístup .....	14
<b>2 ETICKY SPORNÉ ASPEKTY ASISTOVANÉ REPRODUKCE</b> .....	<b>16</b>
2.1 POSTAVENÍ EMBRYA .....	16
2.1.1 Biologické hledisko: Kdy začíná život?.....	18
2.1.2 Filosoficko-etická východiska .....	22
2.1.3 Status embrya .....	29
2.1.4 Pojetí lidské osoby a jeho etické důsledky pro sociální práci .....	30
2.2 PŘEBYTEČNÁ EMBRYA A KRYOKONZERVACE.....	30
2.3 VÝZKUM EMBRYONÁLNÍCH KMENOVÝCH BUNĚK .....	33
2.4 PREIMPLANTAČNÍ GENETICKÁ DIAGNOSTIKA.....	34
2.5 REDUKCE VÍCEČETNÉHO TĚHOTENSTVÍ .....	36
2.6 NÁHRADNÍ MATEŘSTVÍ .....	37
2.7 PROBLEMATIKA DÁRCOVSTVÍ .....	38
2.8 ČLOVĚK V PROCESU ASISTOVANÉ REPRODUKCE.....	41
2.8.1 Rizika pro klienta centra .....	43
2.8.2 Čtyři principy lékařské etiky.....	45
<b>3 ETICKÁ PODSTATA JAKO VÝZVA PRO SOCIÁLNÍ PRÁCI</b> .....	<b>48</b>
3.1.1 Principy sociální práce .....	48
3.2 PROBLEMATICKÉ POJETÍ NEPLODNOSTI JAKO NEMOCI .....	49
3.2.1 Neplodnost jako nepříznivá sociální situace.....	52
3.3 ETICKÁ PODSTATA SOCIÁLNÍ PRÁCE .....	53
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>55</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....	<b>58</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK</b> .....	<b>63</b>
<b>ABSTRAKT</b> .....	<b>64</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>64</b>



## Úvod

Asistovaná reprodukce je velmi rychle se rozvíjející medicínský obor, který je založen na pevných profesionálně-medicínských základech a který si klade za cíl léčbu neplodnosti. Zároveň se jedná o velmi diskutovanou oblast bioetiky. Lidský život je zde doslova v rukou lidí a tento proces s sebou přináší mnoho eticky, ale i právně a společensky problematických aspektů. Zároveň jej doprovází i silné komerční zájmy. Problematika asistovaného početí má významné důsledky, a to nejen pro všechny zúčastněné, ale i pro širší společnost.

Problematika asistované reprodukce je ze své podstaty multioborovou záležitostí. V praxi se běžně setkává medicína, právo a lékařská etika. V teoretické rovině také psychologie, teologie a sociální práce. Aktuální pojetí praxe asistované reprodukce v České republice je zejména medicínské. Jejím pacientem je neplodný pár a za cíl si klade léčbu neplodnosti. Jednostranné řešení problému je však z dnes již uznávaného celostního pohledu na člověka zcela nedostatečné.

Eticky sporné oblasti asistované reprodukce jsou jen částí celostního problému, který se prolíná nejen zdravotnickou etikou, ale i sociální prací, zejména pak v náhledu na neplodnost jako na náročnou životní situaci. Aktuálně je na ní v našem prostředí však reagováno pouze medicínsky - léčbou neplodnosti. Ostatní oblasti, jako je oblast sociální a psychologická, zůstává neřešena. Na člověka má ale dopad i v oblasti psychické, sociální a společenské. Obor sociální práce a kompetence sociálního pracovníka se zde nabízejí jako příhodná možnost zvýšení kvality této péče.

Cílem diplomové práce je identifikovat a analyzovat etické problémy asistované reprodukce v multioborovém kontextu. Zaměřit se na sociální kontext neplodnosti a propojit problém medicínský s problémem sociálním. Zjistit činnost sociálního pracovníka v této oblasti a pokusit se vymezit jeho roli v procesu asistované reprodukce.

První kapitola bude věnována asistované reprodukci jako oboru medicíny, jejímu vývoji až do současné podoby v českém prostředí. Tato kapitola obsahuje vymezení metod asistované reprodukce spolu se základními medicínskými pojmy a lékařskými postupy nutnými pro pochopení celého procesu. Závěr této kapitoly je zaměřen na personální zajištění procesu asistované reprodukce v České republice, kde je výlučně medicínské zastoupení zaměstnanců, a na srovnání s některými zahraničními státy, kde v rámci holistického přístupu k pacientovi je běžně členem týmu i sociální pracovník, psycholog, atd. Zdůrazněna je i role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu a možnosti jeho přínosu vycházejícího z jeho kompetencí.

Druhá kapitola je stěžejní kapitolou diplomové práce, neboť se zaměřuje na eticky sporné aspekty asistované reprodukce. Tato kapitola specifikuje zásadní vymezení možných sporných oblastí a předložení základních argumentů pro i proti. Zvláštní zaměření zde bude věnováno také člověku v rámci asistované reprodukce. Kdy je zásadní vymezení toho, kdo je tím člověkem? Jaká jsou pro něj rizika? Jakou etickou teorií na tuto problematiku vhodně reagovat?

V závěrečné kapitole pojmeme problematiku člověka v rámci jeho celistvosti z hlediska sociální práce a jejích základních principů, abychom ověřili, zda na tuto situaci dokáže pružně reagovat i z jiné perspektivy. Zásadní je v této kapitole propojení etické problematiky s problematikou sociální skrze definování neplodnosti nejen jako problému medicínskému, ale i problému sociálnímu. Závěrem práce bude vymezena etická podstata sociální práce. Co je úkolem sociální práce? Na jakých hodnotách je sociální práce založena? Lze na neplodnost nahlížet pouze z medicínskému hlediska jako na nemoc? Jak může sociální práce pomoci v řešení problémů asistované reprodukce? Co znamená, že je sociální práce etickým oborem?

# 1 Asistovaná reprodukce

„Asistovaná reprodukce (dále jen AR) je obor medicíny, který pracuje mimo tělo člověka se spermii, vajíčky a embryi, a to s cílem otěhotnění ženy.“<sup>1</sup> Spadá do nejmodernější medicíny v oblasti reprodukce. Jedná se o jeden z nejrychleji se rozvíjejících oborů. Zejména v bohatší části světa, je asistovaná reprodukce součástí nové filosofie, životního stylu bez hranic a omezení, plného práv jedince. Důležité je uvědomit si, že „asistovaná reprodukce není jeden postup, ale že se jedná o souhrn postupů, využívajících k dosažení těhotenství laboratorní ošetření zárodečných buněk (spermii, oocytů) a embryi.“<sup>2</sup>

Její vznik datujeme zhruba do posledních sta let.<sup>3</sup> Za posledních pár desetiletí došlo k obrovskému kvalitativnímu i kvantitativnímu vývoji asistované reprodukce. V České republice jsou nyní registrovány zhruba čtyři desítky reprodukčních center a „výsledky léčby asistovanou reprodukcí jsou v České republice na vysoké úrovni“<sup>4</sup>.

Asistovaná reprodukce dnes probíhá na vysoce specializovaných pracovištích, jsou to jednak ambulance pro léčbu neplodnosti na odděleních gynekologie v nemocnicích, především je však tato péče centralizována do pracovišť reprodukční medicíny. Tato pracoviště jsou nazývána „centra asistované reprodukce“. V těchto centrech jsou týmy lékařů, kteří se zabývají léčbou neplodnosti dlouhodobě a mají k dispozici speciální vybavení.<sup>5</sup> Jedná se o zdravotnická pracoviště, která musí splňovat řadu zákonných požadavků, podléhá kontrolám Státního ústavu pro kontrolu léčiv, zejména se zřetelem na dodržování zákona 296/2008 Sb. - Zákon o lidských tkáních a buňkách<sup>6</sup>. Dle celkového přehledu držitelů povolení činnosti v oblasti lidských tkání a buněk ke dni 1.10.2020 je v České republice 93 tkáňových, odběrových nebo distribučních pracovišť, a z toho 43 center asistované reprodukce.<sup>7</sup>

V centrech asistované reprodukce jsou prováděny úkony za primárním účelem otěhotnění ženy. Tyto jednotlivé pokusy jsou odděleny do tzv. cyklů. Cyklem IVF se obecně nazývá cyklus s jakýmkoli mimotělním oplozením, někdy je však IVF popisem oplození metodou klasického přidání spermii k oocytům, aniž by byla spermie přímo vpíchnuta do oocytu. Tato nejednoznačnost je zatím NRAR respektována, a to ve shodě se světovými registry.<sup>8</sup>

Centra ze zákona povinně zasílají údaje o léčbě IVF a odvozených procesech do Národního registru reprodukčního zdraví České republiky, který obsahuje Národní registr asistované reprodukce. Cílem NRAR je evidence cyklů asistované reprodukce, v nichž se pracuje s oocyty nebo embryi mimo tělo ženy, a to včetně hormonální přípravy či hormonálního nebo ultrazvukového sledování ženy k tomu náležitějšímu. Dále eviduje také cykly, jejichž cílem bylo provést preimplantační genetickou diagnostiku i v případě, že jimi není léčena neplodnost. NRAR neeviduje cykly s inseminací ženy, ani zde nejsou

<sup>1</sup> ŘEŽÁBEK, K. *Léčba neplodnosti*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0187-1, s. 12.

<sup>2</sup> ŘEŽÁBEK, K., POHLOVÁ, R. *Zdravotnická statistika. Asistovaná reprodukce v ČR 2017*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019. ISBN 978-80-7472-182-3, s. 6.

<sup>3</sup> Srov. DVOŘÁK, M. *Oplození in vitro a přenos embrya při léčbě lidské neplodnosti*. Brno: Masarykova univerzita, 1990. ISBN 80-210-0166-6, s. 15.

<sup>4</sup> ŘEŽÁBEK, K., POHLOVÁ, R. *Zdravotnická statistika. Asistovaná reprodukce v ČR 2017*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019. ISBN 978-80-7472-182-3, s. 57.

<sup>5</sup> Srov. ŘEŽÁBEK, K. *Léčba neplodnosti*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0187-1, s. 15.

<sup>6</sup> Zákon 296/2008 Sb. - Zákon o lidských tkáních a buňkách, ve znění platném k 1.7.2017.

<sup>7</sup> Sekce asistované reprodukce České gynekologické společnosti. *Registr asistované reprodukce, celkový přehled držitelů povolení činnosti v oblasti lidských tkání a buněk* [online]. [cit. 2020-01-10].

<sup>8</sup> Srov. ŘEŽÁBEK, K., POHLOVÁ, R. *Zdravotnická statistika. Asistovaná reprodukce v ČR 2017*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019. ISBN 978-80-7472-182-3, s. 13.

vedeny záznamy o kryokonzervaci spermatu. Zasilání údajů o cyklech jsou povinné pro všechny poskytovatele asistované reprodukce, NRAR je veden nezávislou státní institucí (ÚZIS).<sup>9</sup>

Cyklus je do NRAR zadáván v okamžiku, kdy o něm bylo rozhodnuto, a následně je doplňován. Cyklus je vždy vázán ke konkrétní ženě, muže NRAR neeviduje. Základním výstupním parametrem cyklů je klinická gravidita, tedy těhotenství viditelné na ultrazvukovém vyšetření, popř. prokázané laparoskopicky nebo histologicky. Sledováním cyklů v NRAR jsou zajištěny nezbytné informace o způsobu, průběhu, výsledcích a případných komplikacích pro potřeby odborných zdravotních pracovníků, ministerstva zdravotnictví, zdravotních pojišťoven i pro mezinárodní vykazování údajů. K těmto výstupům má přístup i široká veřejnost, všechny podrobné údaje z NRAR a jejich hodnocení jsou dostupné na webových stránkách Ústavu pro zdravotnické informace a statistiku České republiky (ÚZIS).<sup>10</sup>

## 1.1 Metody asistované reprodukce

Metody asistované reprodukce, nebo také asistovaná reprodukční technologie (dále jen ART), bychom mohli vnímat jako léčebné techniky, které dali šanci mít geneticky vlastní děti i partnerským dvojicím, které by jinak vlastní děti neměly.<sup>11</sup> Většina postupů AR sice je prováděna k co nejrychlejšímu dosažení těhotenství, ale je potřeba si uvědomit, že důvodu pro jejich využití může být mnohem více.

Cílem asistované reprodukce je, v souladu s definicí léčby asistované reprodukce, použití embryí k dosažení těhotenství. Cyklus nemusí k těhotenství směřovat ihned. Některé cykly mohou být využity pro získání oocytů či embryí k otěhotnění, jež je plánováno v budoucnu. Obdobně lze asistovanou reprodukci využít i v případě, že se žena rozhodne své oocyty uschovat v kryobance pro použití v době, kdy už její ovária nebudou schopna kvalitní oocyty poskytnout (např. onkologická léčba, ale i věk).<sup>12</sup> Z tohoto vyplývá, že některé cykly vedené asistovanou reprodukcí nemají za cíl bezprostřední otěhotnění v době svého provedení.

Pokud bychom ale měli tento termín odborně vymežit, zjistíme, že to není jednoduché, protože s novými technologiemi se i definovatelnost tohoto termínu stává složitější. Autoritativní závaznost by měla mít definice Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO), kdy metody asistované reprodukce jsou „*všechny procesy nebo léčebné postupy, které in vitro pracují s lidskými oocyty a spermii nebo embryi s cílem dosáhnout těhotenství. Je to především (ne však pouze) IVF a transcervikální embryotransfer, GIFT, ZIFT, transfer embrya do tuby, kryokonzervace gamet a embrií, darování oocytu a embrya a náhradní mateřství. ART neobsahuje asistovanou inseminaci (umělou, arteficiální inseminaci) používající spermie od partnera ženy nebo dárce spermii.*“<sup>13</sup> Ve většině odborných publikací je mezi metody asistované reprodukce běžně řazena i arteficiální/asistovaná/umělá inseminace (dále jen AI).

Zároveň platí, že ART jsou neoddělitelně spjaté i s dalšími lékařskými výkony a vyšetřeními. Některé jsou pro jejich výkon nezbytné, jiné jsou volitelné, ale většinu z nich centra asistované reprodukce provádějí rutinně, kvůli dosažení lepších výsledků. Jako

---

<sup>9</sup> Srov. ŘEŽÁBEK, K. *Asistovaná reprodukce*. Druhé aktualizované vydání. Praha: Maxdorf s.r.o., 2014. ISBN 978-80-7345-396-1, s. 18-22.

<sup>10</sup> Srov. tamtéž, s. 18-22.

<sup>11</sup> Srov. ŘEŽÁBEK, K., POHLOVÁ, R. *Zdravotnická statistika. Asistovaná reprodukce v ČR 2017*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019. ISBN 978-80-7472-182-3, s. 6.

<sup>12</sup> Srov. tamtéž, s. 12;13.

<sup>13</sup> Tamtéž, s. 7.

důvod nutnosti přesného vymezení definice ART považují možnost zkreslení údajů ve zdravotnických statistikách, ale také možné komplikace zákonného vymezení, stejně jako problematika úhrad za tyto „služby“.

Metody asistované reprodukce můžeme také dělit podle několika kritérií. Metody asistované reprodukce pracují buď jen se spermii – inseminace, nebo i s oocyty a embryi – IVF; metody asistované reprodukce využívají čerstvé zárodečné buňky, nebo gamety a embrya po předchozí kryokonzervaci nebo mohou být využity zárodečné buňky a embrya pocházející od manželů/partnerů, kteří chtějí s jejich pomocí počít dítě anebo buňky a embrya od dárců.<sup>14</sup>

Pro potřeby této diplomové práce dále popisují i umělou inseminaci, která je dle odborné literatury i center asistované reprodukce řazena také mezi metody asistované reprodukce, a dále ostatní metody asistované reprodukce dle definice WHO. Závěrem se zaměřím na preimplantační genetickou diagnostiku.

### 1.1.1 Umělá inseminace

Inseminace je vnesení spermií do dělohy ženy jinak než pohlavním stykem. Je to jedna z nejstarších metod asistované reprodukce, a to jak vzhledem k nenáročnosti samotného provedení, tak k jednoduchému získání spermií od muže. Inseminaci můžeme rozdělit dle místa vnesení spermata do pochvy. Pokud dochází u ženy k ovulaci, může být inseminace provedena v termínu ovulace. Také je možná indikace ovulace podáním hCG, kdy dojde k přesnému stanovení ovulace a zvýšení úspěšnosti.<sup>15</sup>

#### *Arteficiální inseminace (AI)*

Podle zdroje spermií rozdělujeme inseminaci na Artificial insemination from husband (AIH), tedy umělá inseminace spermii od manžela/partnera, a na Artificial insemination from donor (AID), pokud sperma pochází od dárce. Indikací pro inseminaci jsou mírně subnormální parametry spermiogramu, negativní postkoitální test, idiopatická sterilita, rozmrazení spermatu muže při jeho nepřítomnosti (př. dlouhodobá služební cesta), impotence, anejakulace, vaginismus, případně azoospermie.<sup>16</sup>

### 1.1.2 GIFT

Metoda transferu gamet do vejcovodu neboli gametes intrafallopian transfer (dále jen GIFT) je aplikací spermií a získaného vajíčka do vejcovodu za předpokladu, že existuje alespoň jeden průchozí vejcovod. Dříve se tato metoda používala z důvodu sterility z neobjasněné příčiny. (V současné době se prakticky z této indikace neprovádí).<sup>17</sup>

### 1.1.3 ZIFT

Metoda transferu zygoty do vejcovodu neboli zygote intrafallopian transfer (dále jen ZIFT) je postup, jímž je zygota ve vývojovém stádiu prvojadra přenesena do vejcovodu.

---

<sup>14</sup> ROZTOČIL A., BARTOŠ, P. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2, s. 234.

<sup>15</sup> Srov. tamtéž, s. 235.

<sup>16</sup> Srov. ŘEŽÁBEK, K. *Asistovaná reprodukce*. Druhé aktualizované vydání. Praha: Maxdorf s.r.o., 2014. ISBN 978-80-7345-396-1, s. 13.

<sup>17</sup> Srov. KOBILKOVÁ, J. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-246-1112-0, s. 152.

Zygota je diploidní buňka, jež je výsledkem oplození oocyty spermií, a která se následně vyvíjí v embryu.<sup>18</sup>

### 1.1.4 In vitro fertilizace

In vitro fertilizace (dále jen IVF) neboli mimotělní oplození „je postup ART, který zahrnuje mimotělní oplodnění.“<sup>19</sup> Mimotělní oplodnění oocyty je dnes nejrozšířenější metodou léčby sterility. IVF pracuje v laboratoři jak se spermiemi, tak s oocyty. Odběr a práce s ženskými oocyty v laboratorních podmínkách je velmi náročná. Základní indikací je tubární neprůchodnost, mužská neplodnost, endometrióza, idiopatická sterilita a používá se také v případě darovaných oocytů.<sup>20</sup>

Během IVF jsou používány i další metody. Intraplazmatická injekce spermie (dále jen ICSI), postup IVF, kdy je injikována jedna spermie skrz zónu pellucidu do oocyty.<sup>21</sup> Tato metoda pomohla rozšířit indikaci IVF i pro páry, kdy spermioqram muže není v pořádku a kdy by jinak pár musel využít spermie dárce. Metoda využívá spermii získanou z tkáně nadvarlete MESA (mikroepidydymální aspirace spermií) nebo z varlete TESE (testikulární extrakce spermií).<sup>22</sup>

Provedení IVF lze rozdělit na jednotlivé etapy. Zaprvé hormonální příprava, která by měla vést k stimulaci růstu folikulů. Pomocí léků na ovlivnění ovulace dojde u většiny žen k produkci většího počtu vajíček během jednoho ovulačního cyklu (většinou 2-20). Pokud se tak nestane, cyklus se ukončí a v budoucnu se hormonální stimulace opakuje, případně se zvolí jiný druh léčby. Pokud je stimulace úspěšná, pokračuje se odběrem vajíčka z vaječníků. Vajíčka jsou odebrána v okamžiku, kdy na základě krevních testů a ultrazvukového vyšetření je zřejmé, že jsou zralá. Získávají se tenkou jehlou a zákrok se provádí v krátkodobé narkóze. Prakticky současně s odběrem vajíček se provádí odběr a příprava spermií. Vybrány jsou nejkvalitnější spermie. Sperma může pocházet buď od partnera nebo od dárce. Poté dochází ke spojení spermie a vajíčka. Embryolog prohlédne vajíčka a umístí je k inkubaci do speciálního kultivačního média, které zajistí správný růst buněk mimo lidské tělo. Po několika hodinách je sperma buď vmícháno k vajíčkům a dojde k samovolnému oplození nebo je využita metoda ICSI a jedna spermie je přímo jehlou přenesena do vajíčka. Nadchází monitorování I. fáze cyklu, kdy je zejména kontrolován správný růst a vývoj budoucího embrya. Následně jsou vajíčka ponechána přes noc k inkubaci a druhý den jsou zkontrolována, zda došlo k oplození. Během následujících tří dnů dojde k vývoji embryí, kdy se z jednobuněčného embrya vyvine osmbuněčné, a následně jsou některá embrya vybrána. Při laboratorní fázi dochází k embryotransferu, tedy přenosu embrya do dělohy, většinou do přesně načasovaného cyklu ženy, často za hormonální podpory (lze však i bez ní). Vybraná embrya jsou transferována do dělohy pomocí tenkého katetru, někdy za pomoci ultrazvuku. U ženy může dojít k hormonální přípravě, kdy růst sliznice dělohy je přesně veden podáním hormonů. Tento zákrok je nebolestivý.<sup>23</sup>

<sup>18</sup> Srov. ŘEŽÁBEK, K., POHLOVÁ, R. *Zdravotnická statistika. Asistovaná reprodukce v ČR 2017*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019. ISBN 978-80-7472-182-3, s. 9;10.

<sup>19</sup> Tamtéž, s. 8.

<sup>20</sup> Srov. ROZTOČIL A., BARTOŠ, P. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2, s. 235.

<sup>21</sup> Srov. ŘEŽÁBEK, K., POHLOVÁ, R. *Zdravotnická statistika: Asistovaná reprodukce v ČR 2017* s. 8

<sup>22</sup> Srov. KOBILKOVÁ, J. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-246-1112-0, s. 152;153.

<sup>23</sup> Srov. MAUD, D.C., MORRISSEY, C.M. *Léčba neplodnosti, podrobný rádce pro neplodné páry*. Brno: Computer Press, 2006. ISBN 80-251-0771-X, s.46;47.

### 1.1.5 Darování oocyту a embrya

Metodu IVF lze provést také darovanými buňkami, jedná se o Program darovaných vajíček. „*Darování oocyту je poskytnutí oocyту jiné osobě, v České republice vzhledem k zákonu tedy jinému neplodnému páru. Darování embrya je poskytnutí embrya jiné osobě, v České republice vzhledem k zákonu tedy jinému neplodnému páru. Přijetí oocyту nebo embrya je reciproční k darování, opět vzhledem k zákonu jej v České republice může přijímat jen neplodný pár.*“<sup>24</sup> Darování je v České republice oboustranně anonymní. Za darování vajíček i spermií jsou přiznány finanční kompenzace. Kompenzace nákladů je stanovena dle Zákona 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.<sup>25</sup>

### 1.1.6 Kryokonzervace oocytů (vajíček spermií) a embryí

Kryokonzervace znamená „*zmrazení a skladování gamet, zygot nebo embryí.*“<sup>26</sup> Kryokonzervace se provádí v ochranném roztoku. Rozdíl mezi kryokonzervací oocytů a embryí je v jejich životaschopnosti po rozmrazení. Jen 20 % oocytů je schopno po rozmrazení oplodnění. Zato až 80 % embryí, která jsou zamrzena ve stadiu zygot, jsou schopny dalšího vývoje. Po rozmrazení oocytů se vždy provádí ICSI a následná kultivace embryí a embryotransfer probíhají jako při běžné IVF. Po rozmrazení embryí záleží na jejich stáří v době zamrazení. Zygoty jsou dále kultivovány v inkubátoru a poté zavedeny, při čemž vyšší vývojová stádia mohou být zavedena v den rozmrazení.<sup>27</sup>

### 1.1.7 Embryotransfer a kryoembryotransfer

„*Embryotransfer (ET) je postup, při němž je embryo (embrya) umístěno do dělohy nebo vejcovodu.*“<sup>28</sup> Vybraná embrya jsou transferována do dělohy pomocí tenkého katetru, někdy za pomoci ultrazvuku.<sup>29</sup> Transfer může proběhnout buď v přirozeném cyklu ženy nebo v plně substituovaném cyklu. Princip substituce spočívá v podávání estrogenu a následně estrogenů společně s gestageny.<sup>30</sup> Kryoembryotransfer (KET) je běžně používaný název pro embryotransfer embryí, která byla zmrazena a rozmrazena.<sup>31</sup>

### 1.1.8 Náhradní (surrogátní) mateřství

Definice náhradního mateřství není jednoznačná, neboť může mít mnoho podob. Můžeme ji chápat jako „*uzavřenou „smlouvu“ mezi objednavatelským párem a ženou, které je implantováno embryo, které ona donosi a porodí.*“<sup>32</sup> O úplném náhradním mateřství

<sup>24</sup> Srov. ŘEŽÁBEK, K., POHLOVÁ, R. *Zdravotnická statistika. Asistovaná reprodukce v ČR 2017*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019. ISBN 978-80-7472-182-3, s. 13.

<sup>25</sup> Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění platném k 1.1.2022.

<sup>26</sup> ŘEŽÁBEK, K., POHLOVÁ, R. *Zdravotnická statistika. Asistovaná reprodukce v ČR 2017*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019. ISBN 978-80-7472-182-3, s. 8.

<sup>27</sup> Srov. ROZTOČIL A., BARTOŠ, P. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2, s. 242.

<sup>28</sup> Tamtéž, s. 8.

<sup>29</sup> Srov. MAUD, D.C., MORRISSEY, C.M. *Léčba neplodnosti, podrobný rádce pro neplodné páry*. Brno: Computer Press, 2006. ISBN 80-251-0771-X, s.46-47

<sup>30</sup> Srov. ROZTOČIL A., BARTOŠ, P. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2, s. 242.

<sup>31</sup> Srov. tamtéž, s. 242.

<sup>32</sup> KRÁLÍČKOVÁ, Z., HRUŠÁKOVÁ, M. *České rodinné právo*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Brno: Masarykova univerzita a Doplněk, 2006. 400 s. ISBN 80-210-3974-4, s. 190.

můžeme hovořit v případě, že procesem asistované reprodukce prochází žena, která má funkční ovária, ale nefunkční dělohu, a také její partner. Náhradní matka tedy přijme vajíčka i spermie (embryo) neplodného páru. Může nastat i případ náhradního mateřství, kdy žena nemá ani funkční ovária ani dělohu, v tom případě náhradní matka daruje svoje vajíčka a přijme sperma od muže neplodného páru. Tento případ však většinou nepotřebuje podstupovat metody IVF (případně inseminaci), ale většinou je řešen soukromou cestou.<sup>33</sup>

### 1.1.9 Preimplantační genetická diagnostika

Preimplantační genetická diagnostika (PGD) je „*vyšetření buněk z preimplantačních embryí s cílem detekce genetických a/nebo chromozomálních vad před embryotransferem.*“<sup>34</sup> Můžeme ji zařadit do oboru lékařské genetiky a fetální medicíny, která prošla v posledních letech rychlým rozvojem, kdy nám dnes dokáže ještě před narozením dítěte podat informace o jeho fenotypovém rozvoji. Tuto informaci lze získat ve stále ranějším stádiu těhotenství. PGD je založena na stejném principu jako prenatální diagnostika: chce zajistit, aby se rodičům narodilo jen zdravé dítě. Rozdíl mezi technikami je v době zjištění případných odchylek a ukončení vývoje buď embryí během kultivace nebo embrya během vývoje v děloze.<sup>35</sup> Podle cíle a smyslu vyšetření preimplantačních embryí hovoříme buď o preimplantačním genetickém screeningu aneuploidií, který má za úkol obecné genetické vyšetření vad embrya, nebo o preimplantační genetické diagnostice, která je zaměřená na vyšetření konkrétního genetického problému páru.<sup>36</sup>

Z výše uvedeného vyplývá, že PGD se týká vyšetření konkrétní choroby nebo genetické abnormality, zejména pro monogenně založené choroby, kterých je známo více než 600. Dále je možno ji využít pro tzv. HLA typizace, kdy lze vytipovat embryo stejného genetického základu jako je například již narozený sourozenec. Dalším využitím je rozpoznání chorob s pozdním nástupem, tedy chorob, které se neprojeví bezprostředně po narození, ale až v dětském věku, a které jsou buď letální nebo které výrazně ovlivní kvalitu života dítěte (např. Huntingtonova choroba, cukrovka...). Další možnost využití jsou PGD translokace. Jedná se o zjištění pravděpodobnosti výskytu závažných genetických onemocnění potomků, kteří by se narodili v dalších generacích.<sup>37</sup>

## 1.2 Personální zajištění procesu AR

Týmy center asistované reprodukce v České republice jsou složeny převážně z řad zdravotnických pracovníků. Jedná se o zejména o lékaře a IVF specialisty. Ve větších centrech jsou poskytovány komplexní služby a jejich součástí může být i genetická a embryologická laboratoř, případně cytogenetická laboratoř, taktéž personálně obsazena

<sup>33</sup> Srov. DOSTÁL, J. *Etické a právní aspekty asistované reprodukce*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1700-4, s. 84.

<sup>34</sup> ŘEŽÁBEK, K., POHLOVÁ, R. *Zdravotnická statistika. Asistovaná reprodukce v ČR 2017*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019. ISBN 978-80-7472-182-3, s. 9.

<sup>35</sup> Srov. DOSTÁL, J. *Etické a právní aspekty asistované reprodukce*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1700-4, s. 80-82.

<sup>36</sup> Srov. MARDEŠIC, T. *Diagnostika a léčba poruch neplodnosti*. Praha: Grada Publishing a.s., 2013. ISBN: 978-262-0366-7, s. 72.

<sup>37</sup> Srov. tamtéž, s. 76;77.

lékaři, zdravotními sestrami a laboranty.<sup>38</sup> Jen výjimečně je do týmu zařazen také psycholog.<sup>39</sup>

V zahraničí je situace rozdílná, péče je tak zvaně „zaměřená na pacienta“, oblast léčby neplodnosti je tedy vnímána více multidisciplinárně. Proto jsou i týmy v centrech asistované složené kromě zdravotnického personálu i z psychologa a sociálního pracovníka.<sup>40</sup> V USA funguje Národní organizace perinatální sociální péče (dále jen NAPSW), která sdružuje perinatální sociální pracovníky za účelem propagace, rozšíření a posílení role sociální práce v perinatální zdravotní péči. NAPSW pomáhá jednotlivcům, rodinám a komunitám reagovat na psychosociální problémy, které se objevují od období před otěhotněním až po první rok života dítěte. Cílem perinatální sociální práce je zajistit, aby každé miminko a každá rodina byla podporována kompetentní soucitnou péčí.<sup>41</sup>

Perinatální sociální pracovníci jsou zaměstnáni v různých prostředích, mimo jiné i v nemocnicích a prenatalních diagnostických klinikách. Perinatální sociální pracovníci pracují přímo s ženami a jejich rodinami (sociálním okolím), kterým poskytují podporu, poradenství, vedení případů, právní poradenství, vedení a přístup ke zdrojům.<sup>42</sup>

### 1.2.1 Sociální pracovník ve zdravotnictví

V České republice jsou sociální pracovníci pracující ve zdravotnických službách. Jejich působnost je však v praxi regulována a omezována managementem a ekonomickou situací zdravotnických zařízení. Zejména však převaha lékařských profesí ve zdravotnických zařízeních má za následek nedoceňování sociální práce a její absenci v některých zdravotnických zařízeních<sup>43</sup>.

Důležitost sociálního pracovníka v procesu lékařské péče vychází z holistické podstaty lidské bytosti. Člověk je bio-psycho-sociální a spirituální dimenzí.<sup>44</sup> „*Smyslem sociální práce ve zdravotnictví je zejména pomoci pacientovi/klientovi, jeho rodině i širšímu prostředí při zmírnění nebo odstranění negativních sociálních důsledků nemoci.*“<sup>45</sup> V České republice jsou zdravotně-sociální pracovníci sdružení profesní organizací Česká asociace sester – zdravotně sociální sekce. Tato organizace vypracovala Proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních, jehož cílem je sjednocení postupů sociální práce ve zdravotnictví.<sup>46</sup>

Sociální pracovník je vymezen § 109 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách,<sup>47</sup> v souvislosti se sociální prací ve zdravotnictví je jeho činnost jako

<sup>38</sup> GENNET. *Náš tým* [online]. [cit. 2022-01-01]. Dostupné z: <https://www.gennet.cz/nas-tym#liberec-liliova-1-3/genetika-11>

<sup>39</sup> IVF CUBE. *Tým* [online]. [vid. 2021-01-08]. Dostupné z: <https://ivf-cube.eu/tym>

<sup>40</sup> Srov. PATEL, A., SHARMA, V.N., KUMAR, P. Role of Mental Health Practitioner in Infertility Clinics: A Review on Past, Present and Future Directions. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 2018, roč. 11, č. 3, s. 209-211.

<sup>41</sup> Srov. The National Association of Perinatal Social Workers. *About us* [online]. [cit. 2016-01-01]. Dostupné z: <https://www.napsw.org/vision-and-history>

<sup>42</sup> Srov. The National Association of Perinatal Social Workers. *What is a Perinatal Social Worker* [online]. [cit. 2016-01-01]. Dostupné z: <https://www.napsw.org/what-is-a-perinatal-social-worker>

<sup>43</sup> Srov. KUZNÍKOVÁ, I. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3676-1, s. 11.

<sup>44</sup> Srov. KUTNOHORSKÁ, J., CICHÁ, M., GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3843-7, 11.

<sup>45</sup> KUZNÍKOVÁ, I. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3676-1, s. 18.

<sup>46</sup> Srov. KUZNÍKOVÁ, I. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3676-1, s. 19.

<sup>47</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění platném k 1.2.2022.



nelékařského zdravotního pracovníka vymezena také zákonem č. 96/2004 Sb., o činnostech nelékařských zdravotních pracovníků<sup>48</sup>, který účinností od 1.4.2004 zařadil povolání sociálního pracovníka a zdravotně sociálního pracovníka mezi nelékařská zdravotnická povolání. Vymezení kompetencí je součástí vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických a jiných odborných pracovníků<sup>49</sup>.

Přesto, že jsou dány základní podmínky pro sociální práci ve zdravotnictví a aplikaci různorodých intervencí, kterými tento obor disponuje, přetrvávají v praxi sociální práce ve zdravotnických zařízeních problémy. Dle zkušenosti některých sociálních pracovníků z pracovišť zdravotnických zařízení stále přetrvává jednostranné a víceméně administrativní uplatnění, které bylo typické před rokem 1989.<sup>50</sup> Potřeba sociálního pracovníka ve zdravotnických zařízeních včetně nemocnic je zřejmá, neboť zde řeší naplnění psycho-sociálních potřeb klientů. Na jeho důležitost upozorňuje i Šinklová, která říká, že bez kvalifikovaného a plně využitého sociálního pracovníka jako plnohodnotného člena nemocničního pracovního týmu, nelze dosáhnout dostatečné humanizaci služeb.<sup>51</sup>

## 1.2.2 Sociální pracovník jako člen multidisciplinárního týmu

Multidisciplinární tým je skupina profesionálů z různých oborů, kteří pracují v konkrétních prostředích, jako jsou oddělení, kliniky, rehabilitační centra, centra asistované reprodukce nebo porodní sály.<sup>52</sup> Multidisciplinární tým představuje víceoborové zastoupení, kdy členové mají své specifické role, ale často tyto týmy dostatečně nespolečně pracují, proto se v souvislosti s postavením sociálního pracovníka v týmu jeví výhodnější volit termín interdisciplinární spolupráce, kde má sociální pracovník nezastupitelnou roli koordinátora činností a cílů týmu a manažera, který organizuje činnost týmu a spoluprací s profesemi vně organizace.<sup>53</sup>

Z výše zmíněného vyplývá, že sociální pracovník ve zdravotnictví má svou nezastupitelnou roli v multidisciplinárním týmu, který je složen převážně z lékařských profesí. V České republice se jeho role potýká s problémy, není zcela vyjasněna a je závislá na svém zřizovateli, a tudíž mívá často spíše administrativní charakter. Kuzníková obdobně potvrzuje problém nedostatečně vyjasněném postavení sociálního pracovníka v týmu odborníků, což často vede k problémům ve vzájemné komunikaci, a vymezení kompetencí a pracovních náplní.<sup>54</sup>

V centrech asistované reprodukce chybí sociální pracovník zcela. Ve Velké Británii je sociální pracovník členem týmu asistované reprodukce málo zastoupen. Skutečnost, že

---

<sup>48</sup> Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění platném k 1.1.2022.

<sup>49</sup> Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění platném k 19.10.2019.

<sup>50</sup> Srov. KUZNÍKOVÁ, I. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3676-1, s. 20.

<sup>51</sup> Srov. ŠINKLOVÁ, J. Sociální práce v paliativní medicíně In KUZNÍKOVÁ, I. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3676-1, s. 20.

<sup>52</sup> Srov. GILES, R. Social workers' perceptions of multi-disciplinary team work: A case study of health social workers at a major regional hospital in New Zealand. *Aotearoa New Zealand social work*, 2016, roč. 20, č. 1, s. 25-33.

<sup>53</sup> Srov. KUZNÍKOVÁ, I. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3676-1, s. 25.

<sup>54</sup> Srov. KUZNÍKOVÁ, I. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3676-1, s. 23.

relativně málo sociálních pracovníků ve Spojeném království je přímo zapojeno do poskytování služeb asistovaného početí, znamená, že sociální práci v této oblasti hrozí, že bude marginalizována a její hlas bude podřízen mocnějším lékařským a vědeckým zájmům, což klade na tuto profesi odpovědnost, aby zajistila, že riziko se nestane realitou.<sup>55</sup> Přitom v Americe, kde je sociální pracovník běžně členem týmu asistované reprodukce, již v roce 1986 Needleman zdůrazňuje práci sociálního pracovníka jako člena multidisciplinárního týmu při léčbě neplodnosti a IVF. Uvádí, že „*sociální pracovník, který pracuje jako člen multidisciplinárního týmu, ve kterém jsou sdíleny aktuální informace o každém pacientovi, přispívá pěti způsoby: (1) účastní se schůzek zaměřených na pacienty, (2) provádí psychosociální hodnocení, (3) poskytuje podpůrné poradenství, (4) představuje alternativy a (5) vede podpůrnou skupinu.*“<sup>56</sup>

### 1.2.3 Kompetence sociálního pracovníka ve zdravotnictví a reflexivní přístup

Kompetence můžeme označit za logické deduktivní a induktivní postupy, které nejsou založeny na systematickém pozorování sociálních pracovníků, strukturovaných rozhovorech, standardizovaných dotaznících ani na jiných empirických metodách. Důvodem může být vysoká variabilita pracovní činnosti sociálních pracovníků, kdy sociální pracovníci zauímají často odlišné role. Kompetence můžeme chápat jako předpoklad k profesionální roli, proto uvedené kompetence nemohou plně vyjádřit všechny její aspekty. Dle Elichové definování kompetencí nelze snadno uzavřít, neboť většina autorů konstatuje velkou rozmanitost chápání této problematiky a současně upozorňuje na nutnost sjednocení, která se však z mnoha důvodů nedaří.<sup>57</sup>

Kompetenčních modelů může být celá řada. Například model od Havrdové v souladu s Etickým kodexem sociálních pracovníků ČR (2006)<sup>58</sup> kompetenci chápe jako „*funkcionální projev dobře zvládané a uznávané profesionální role sociálního pracovníka, jejíž součástí jsou odborné znalosti, schopnost reflektovat adekvátně kontext a citlivě aplikovat hodnoty profese.*“<sup>59</sup> Jako kompetence sociálního pracovníka ve zdravotnictví můžeme označit kompetence profesně oborové; kompetence sociálně anamnestické a diagnostické; kompetence poradenské a konzultační; kompetence výchovné; kompetence rozhodovací; kompetence organizační; kompetence metodické; kompetence jazykové; kompetence komunikativní a etické; kompetence osobně kultivující.<sup>60</sup>

Elichová uvádí, že „kompetence přes veškerou snahu o definování a určení jsou hypotetický konstrukt, o kterém věříme, že podmiňuje chování sociálního pracovníka při

<sup>55</sup> Srov. BLYTH, E. The Social Work Role in Assisted Conception. *The British Journal of Social work*, 1999, roč. 29, č. 1, s. 727-740, s. 734.

<sup>56</sup> NEEDLEMAN, S., K. Infertility and In Vitro Fertilization: The social worker's role. *Health & Social Work*, 1987, roč. 12, č. 2, s. 135-143., s. 139.

<sup>57</sup> Srov. ELIHOVÁ, M. *Sociální práce. Aktuální otázky*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2017. ISBN 978-80-271-0080-4, s. 99.

<sup>58</sup> Etický kodex sociálních pracovníků České republiky. *Asociace poskytovatelů sociálních služeb* [online]. [cit. 2006-01-01]. Dostupné z: [https://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etický%20kodex\\_Profesn%C3%AD%20svaz\\_verII.pdf](https://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etický%20kodex_Profesn%C3%AD%20svaz_verII.pdf).

<sup>59</sup> HAVRDOVÁ, Z. *Kompetence v praxi sociální práce: metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci*. Praha: Osmium, 1999, s. 42 In ELIHOVÁ, M. *Sociální práce. Aktuální otázky*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2017. ISBN 978-80-271-0080-4, s. 99.

<sup>60</sup> Srov. KUTNOHORSKÁ, J., CICHÁ, M., GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3843-7, s. 72-74.

výkonu sociální práce. V zásadě to, co děláme, odráží kompetence, a my věříme, že když pochopíme, co je klíčovým faktorem úspěchu té které profese, tak s nimi můžeme pracovat – vybírat lidi, podle toho trénovat a rozvíjet atd.<sup>61</sup>

Možná kvůli problematickému uchopení a sjednocení kompetencí sociálního pracovníka se stále více začíná využívat reflexivní přístup. Jde o přístup, který má pomoci citlivě vnímat a hodnotit různé kontexty práce s klientem. Jde o poměrně složitý a strukturovaný proces, který pomáhá vypořádat se se situacemi, které jsou komplikované, nepředvídatelné, jedinečné a nejasné.<sup>62</sup>

Reflexivitu můžeme považovat za **schopnost jedince zpracovávat informace a vytvářet vědění**, které bude řídit jeho životní rozhodnutí. Reflexivita je zde sebedefinujícím procesem a v tomto rámci definuje reflexivitu v praxi sociální práce jako vlastní kapacitu sebeuvědomění a smysl pro já v pomáhajících vztazích, což lze vhodně uplatnit na vývoj já sociálního pracovníka v rámci jeho profesního vývoje. Dále můžeme reflexivitu považovat za **kritický přístup jedince k praxi profese**. V rámci tohoto vymezení reflexivity zdůrazňuje zaměření konceptu na interakci mezi vědomostmi, získaným vzděláním a zkušenostmi z praxe. V neposlední řadě také zkoumání role emocí v sociální práci v kontextu kritického uvědomění si faktorů, které ovlivňují vytváření vědění.<sup>63</sup> Obdobně Thompson zdůrazňuje velký důraz na kognitivní složku a na emoce. Popisuje tři stánky reflexe, bez nichž by proces reflexe nebyl úplný. První z nich je kognitivní stránka, ve které jde o víc, není jen běžné promýšlení situace. Důležitá je zde schopnost analytického myšlení, tedy schopnost rozebrat situaci. Druhou rovinou, kterou je třeba při reflexi vzít v úvahu je afektivní stránka. Emoce hrají klíčovou roli v situacích, které lidé řeší, a proto je potřeba brát v potaz. Sociální pracovník si musí všimnout emocí nejen na straně klienta, ale i svých vlastních. Poslední stránkou, kterou je třeba vzít v úvahu, je stránka hodnot. Hodnoty totiž utvářejí nejen naše myšlení a city, ale i jednání. Reflexe hodnot je klíčových základem kvalitní profesní praxe.<sup>64</sup>

---

<sup>61</sup> Srov. ELICHOVÁ, M. *Sociální práce. Aktuální otázky*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2017. ISBN 978-80-271-0080-4, s. 100.

<sup>62</sup> Srov. MACHULOVÁ, H. *Reflexivní praxe a etika ctností: Možná cesta pro spojení teorie s praxí a odbornosti s lidskostí*. *Sociální práce*, 2014, roč. 14, č. 4, s. 94-100, s. 95.

<sup>63</sup> Srov. GLUMBÍKOVÁ, K. *Reflexivita v sociální práci s rodinami*. Praha: Grada Publishing a.s., 2020. ISBN 978-80-271-1381-1, s. 13;14.

<sup>64</sup> Srov. THOMPSON, S., THOMPSON, N. *The Critically Reflective Practitioner*. New York: Palgrave Macmillan, 2008. ISBN 978-02-305-7318-5, s. 96;97.

## 2 Eticky sporné aspekty asistované reprodukce

Možnosti a rychlost rozvoje metod asistované reprodukce a také nedostatečná informovanost veřejnosti jsou základem pro přehlížení velkého množství eticky sporných aspektů asistované reprodukce. Obor AR se neustále vyvíjí a mohou tak vznikat a vnikají nové sporné oblasti. Proto je potřeba věnovat úsilí etickému hodnocení všech souvisejících aspektů AR a otevírat společenskou diskusi o tomto tématu. V etickém hodnocení této lékařské technologie se však nelze upínat pouze na neplodný pár nebo na hodnocení metod AR. Proto by cílem této kapitoly mělo být nalezení širších etických souvislostí, jejich uchopení a etická argumentace podložená teoriemi i relevantní odbornou literaturou. Také se budu snažit problémy popsat i v celostním kontextu. Asistovaná reprodukce je v České republice oborem medicínským, problematice aspekty mající etický základ však nejsou pouze medicínské.

Hodnocení lékařské disciplíny vychází ze samostatného oboru, který se nazývá **bioetika**. Černý uvádí „*bioetika se dnes chápe jako systematické studium lidského chování na poli vědeckých oborů dotýkajících se života a péče o lidské zdraví, kde se toto lidské jednání snaží vědci eticky posoudit ve světle morálních hodnot a morálních principů.*“<sup>65</sup> Etika a medicína si již od starověku prošli dlouhým vývojem. Zejména od 20. století dochází k jejich vzájemnému setkávání nad hledáním východisek z otázek, které přinesly nové objevy v lékařství. Etika je součástí filosofie a zabývá se otázkou, jak žít správný či zdařilý život. Bioetika je oblast etiky, která se snaží odpovědět na základní otázku: „Smíme, co můžeme?“ neboli „Smíme udělat to, co umíme udělat technicky?“ Další důležitou rovinou uvažování je i to, že pokud nesmíme „Kdo v tom může zabránit?“ Svědomí, vláda, zákony, Bůh nebo někdo jiný...<sup>66</sup> Termín lékařská etika bývá někdy označován na podobor bioetiky, někdy jako synonymum. Lékařská etika je v současné době označení pro moderní medicínský obor, který je jeho nedílnou součástí.

### 2.1 Postavení embrya

Jako lidé se bez větších problémů shodneme, že zabít dítě je něco odporného, odsouzení hodného, zkrátka nepřipustného. Problém nastává ve chvíli, kdy se chceme shodnout, kdy se dítě stává dítětem. **Hodnota lidského života** je jedna z nejvyšších hodnot vůbec, vždyť jen díky životu jsme schopni vytvářet další hodnoty. Lidský život je hodnotou jedinečnou, osoba je totiž sama o sobě celostní hodnotou a nikoli pouhou součástí společnosti. Z tohoto tedy vyplývá, že život jedince není možné potlačovat, či ničit, za účelem podpory života jiných.

Právo na život jedince je tedy nejdůležitějším právem. Je samozřejmou povinností jej respektovat, chránit a podporovat. Proti tomu můžeme v otázce nedotknutelnosti života odlišit několik námitek proti nedotknutelnosti lidského života, kdy kořeny těchto tendencí pramení z hédonistického pohledu na život a také z liberálních myšlenkových proudů dnešní doby, kdy lidský život má hodnotu pouze za určitých okolností.<sup>67</sup> Přitom důsledky příklonění se k tomu či onomu pohledu na lidský život mohou být diametrálně odlišné, v některých případech pro lidstvo dokonce eticky destruktivní.

---

<sup>65</sup> ČERNÝ, D. a kol. *Lidské embryo v perspektivě bioetiky*. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., společně s vysokou školou CEVRO Institut, 2011. ISBN 978-80-7357-648-6, str 9.

<sup>66</sup> Srov. VÁCHA, M., KONIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál s.r.o., 2012. ISBN 978-80-7367-780-0, s. 15-16.

<sup>67</sup> Srov. MUNZAROVÁ, M. *Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky*. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2002. ISBN: 80-210-3018-6, s. 18.

Člověk je totiž bio-psycho-socio-spirituální jednota, jakási biologická entita, která se na rozdíl od živočichů liší svým rozumovým myšlením a také odpovědností za své skutky. Proto je důležité dojít k jednotnému pojetí člověka, jednotnému pojetí jeho lidské důstojnosti a od něj poté odvozovat vše ostatní. Člověka můžeme chápat buď **inkluzivně**, když lidství a personalita tvoří bytostnou jednotu osoby. Nebo jej můžeme chápat **exkluzivně**, kdy rozumovost a svobodu považujeme za aktuální projev lidství - člověk, který není tohoto aktuálně schopen není za osobu považován.<sup>68</sup>

Pokud tedy chceme člověku přiznat jeho osobní hodnotu, práva, důležitost jeho ochrany, hovoří o jeho **lidské důstojnosti**. Pokud máme lidskou důstojnost, jsme automaticky lidskou osobou. V současné bioetice se jedná o velmi závažnou debatu, vždyť i §1, č. 1 Etického kodexu České lékařské komory se píše „*Stavovskou povinností lékaře je péče o zdraví každého člověka bez rozdílu, v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince.*“<sup>69</sup> Už se zde ale nevymezuje, zda je bavíme o člověku jako osobě po celou dobu jeho života nebo kdy datujeme začátek a konec lidského života. Přesto však existují hned dva hlavní postoje dnešních bioetiků při pohledu na lidskou důstojnost: buď lidskou důstojnost přiznáváme absolutně bez jakýchkoli vymezení a podmínek nebo ne.

Snaha o diskurs v této problematice probíhá prakticky neustále. Příkladem může být i multicentrický výzkumný projekt „Důstojnost a starší Evropané“ z roku 2003, který svým závěrem vymezuje 4 formy důstojnosti: **Důstojnost zásluh** tedy důstojnost související se zastávanou funkcí, důstojnost je tedy přiznána spíše oné funkci než jejímu nositeli. Se ztrátou funkce přichází i ztráta důstojnosti. **Důstojnost mravní síly** je důstojnost podmíněná mravní integritou a souladem s mravními normami. Jedná se o proměnlivou a někdy i dočasnou formu, která je dána chováním člověka v různých situacích a pod různými formami nátlaku. **Důstojnost osobní identity**. Důstojnost související s dlouhodobou kontinuální identitou jedince. Související s přijímanou zodpovědností, sebereflexí a sebeúctou, s pevným vědomím vlastního já, začleněním se do společnosti a naplněním smysluplnosti vlastního života. **Důstojnosti lidské bytosti**. Jedná se o důstojnost, která je označována jako „Menschenwürde“, nezcizitelná důstojnost, které nelze pozbyť a která se váže k obecnému lidství, k nadosobním hodnotám (univerzální hodnota lidských bytostí, nesmrtelné lidské duši, náboženskému pojetí člověka stvořenému k obrazu Božímu). Je univerzálním konceptem základních lidských práv.<sup>70</sup>

Pokud se vrátíme k procesu AR, již z definice je jasné, že pracuje s lidskými oocyty a spermii nebo embryi. Oocyt, spermie a embryo jsou v této definici (i právně) postaveny na stejnou úroveň. Jde tedy o náhled na embryo z pohledu *empirického funkcionalismu*, kdy mu není přiznána vlastní důstojnost, není osobou. Je ale zcela zřejmé, že ze samotného oocytu nebo spermie nemůže vzniknout sám o sobě lidský život, je to lidská tkáň, ale potom co spermie pronikne do zona pellucida a splyne s vajíčkem, vznikne zygota, která se dále vyvine v embryo.

**Embryo** je v asistované reprodukci definováno jako „*produkt koncepce od chvíle oplození do konce embryonálního stadia 8 týdnů po oplození*“<sup>71</sup> Jedná se tedy o jeho

<sup>68</sup> Srov. MATOUŠEK O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, s.r.o., 2013. ISBN 978-80-262-0366-7, s. 204;205.

<sup>69</sup> Lékařská komora České republiky. *Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory, Etický kodex České lékařské komory* [online]. [vid. 2022-03-09]. Dostupné z: [https://www.lkcr.cz/doc/cms\\_library/10\\_sp\\_c\\_10\\_eticky\\_kodex-100217.pdf](https://www.lkcr.cz/doc/cms_library/10_sp_c_10_eticky_kodex-100217.pdf).

<sup>70</sup> Srov. KALVACH, Z. a kol. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-4026-3, s. 52.

<sup>71</sup> ŘEŽÁBEK, K., POHLOVÁ, R. *Zdravotnická statistika. Asistovaná reprodukce v ČR 2017*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019. ISBN 978-80-7472-182-3, s. 8.

časové vymezení, které začíná vnikem zygoty a končí 8. týdnem vývoje. Od začátku 9. týdne již útvar dostává název plod, fétus. Ovšem embryo je potřeba zejména kvůli technikám AR definovat opatrněji: „*Lidské embryo je biologická entita, která v sobě obsahuje lidský jaderný genom nebo pozměněný lidský jaderný genom a je schopna se vyvinout minimálně do stádia, kdy se objevuje primitivní proužek.*“<sup>72</sup> Je těžké jednoduše definovat, čím tedy obecně embryo je. Zajímavá je však negativní definice embrya, kterou předkládá Vácha. Embryo není jiný živočišný druh než *Homo sapiens sapiens*. Embryo není kusem matčina těla, podobné matčinu srdci, játrům atd. Embryo určitě není nezávazný shluk buněk, čekající na magickou transformaci na osobu.<sup>73</sup>

Celou problematiku definování osoby a její důstojnosti proto nyní budeme aplikovat na status lidského embrya. Budeme řešit zásadní otázku: „*Jaký je morální status lidského embrya?*“ Teoreticky se jedna a tatáž diskuse odehrává jak na poli vědecko-technickém, kdy jsou více ve hře argumenty medicínsko-biologické, tak na poli filosoficko-etickém. Jedná se o určitá pole argumentace, která by však neměla mít za cíl oddělený výsledek. Naopak by měla dát základ výsledku, který bude ještě dále konfrontován s možnými důsledky a dopady do sociální práce.

### 2.1.1 Biologické hledisko: Kdy začíná život?

Biologický pohled se zaměřuje na důležité momenty biologického vývoje embrya. Jádro problému tkví v tom, zda je lidská osoba přítomna již od počátku lidského oplození, či vznikne v jeho průběhu. Lidská osoba je metafyzicky definována jako individuální substance rozumové povahy.<sup>74</sup> Proto musíme věnovat velkou pozornost poznatkům současné embryologie. „*Pokud přiznání personálního charakteru závisí na uznání individuality lidského živočicha, potom je třeba kriticky odpovědět na některé námitky popírající individuální charakter lidského embrya.*“<sup>75</sup> Lze oddělit dvě časové argumentační linie. První říká, že lidská osoba vznikne až v průběhu vývoje, a snaží se vědecky podloženými fakty argumentovat fázi, kdy k této změně dochází. A z toho logicky vyplývá, že připouští, že v určité fázi, nebo do určité fáze, je embryo pouze shluk buněk. Za druhé je také zásadní se ptát, zda vůbec můžeme lidskou osobu časově ohraničit. A pokud nemůžeme, pak tedy přijímáme, že embryo je lidskou osobou nezávisle na jeho formě. Můžeme se tedy bavit o vývoji člověka nebo vývoji v člověka. Otevřený začátek lidského života, kontinuální proces nastávání člověka, tedy volá po jeho ochraně již svým vznikem, neboť je identický a již obsahuje celý potenciál později zrozeného člověka. Nebo můžeme přiznat řadu přerývů ve vývoji lidského života, hodnocení biologických faktů a na základě jejich hodnocení určit začátek lidského života, který již má právo na ochranu a důstojnost. Na život jako takový.<sup>76</sup>

Vše začíná **oplozením**. Vaječná buňka vyvinutá ve vaječnicích se uvolní do konce vejcovodu. Vaječná buňka, která volně plave v trubici naplněné tekutinou, se setká se spermií a ta zahájí proces penetrace. Proces pronikání je fúze membrány spermatu s membránou vajíčka. To má za následek průchod jádra spermie do vajíčka, kde se mužský

<sup>72</sup> VÁCHA, M. Definice lidského embrya a jeho status. *Časopis Vesmír*, 2008, roč. 87, č. , str. 216;217, s. 216.

<sup>73</sup> Srov. VÁCHA, M., KONIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál s.r.o., 2012. ISBN 978-80-7367-780-0, s. 192;193.

<sup>74</sup> Srov. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. ISBN 80-247-1024-2, s. 71.

<sup>75</sup> ČERNÝ, D. a kol. *Lidské embryo v perspektivě bioetiky*. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., společně s vysokou školou CEVRO Institut, 2011. ISBN 978-80-7357-648-6, s. 123.

<sup>76</sup> Srov. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. ISBN 80-247-1024-2, s. 41.

genetický materiál, který je přenášen tímto jádrem, spojí s genetickým materiálem z jádra vaječné buňky. Dvě jádra přicházejí do kontaktu ve vaječné cytoplazmě a odhazují své jaderné membrány. Každý z nich nabízí jednu kompletní sadu 23 chromozomů a tyto dvě sady chromozomů se kolem sebe propletou jako součást procesu, který přeměňuje vaječné buňky na nový společný produkt zvaný **zygota**, neobvykle velkou buňku, která má stejnou membránu jako vaječná buňka před oplodněním.<sup>77</sup>

Černý, pak proces oplodnění popisuje mnohem detailněji a rozděluje na osm fází, kdy za rozhodující etapu vytyčující ireverzibilní kvalitativní změny (kvalitativní skok) označuje šestou fází, při které dochází k fúzi cytoplazmy obou zárodečných buněk (dvě jádra přicházejí do kontaktu ve vaječné cytoplazmě a odhazují své jaderné membrány). „*Důsledkem toho se obě gamety nechovají jako dříve, tj. jako kdyby stále ještě byly dvěma nezávislými buněčnými systémy. Splynutí cytoplazmy buněk spouští originální sérii činností vyznačující vznik nového systému, nového organismu, jenž se chová jako sjednocený celek. Tomuto sjednocenému celku, novému a jedinečnému živému systému, říkáme zygota či jednobuněčné embryo.*“<sup>78</sup>

Smith a Broogard jsou přesvědčeni, že stádium zygoty není identické s lidskou bytostí. Zaniká prakticky ihned po jejím vzniku, je předurčena ke štěpení, a také z důvodu tzv. „mozaikových chimér“, jedná se o jednotlivé lidské jedince, jejichž většina tkání nese znaky dvou odlišných buněčných linií, které pocházejí ze dvou odlišných spermií (mohou existovat dokonce vzácné případy pocházející od dvou odlišných otců).<sup>79</sup>

Proti tomuto argumentu se vymezuje Černý, který odkazuje na studii Oderberga<sup>80</sup> a sděluje zcela klíčovou skutečnost, že „*ve svém vývoji a diferenciaci se embryo, od stádia zygoty dále, nechová jako nahodilý shluk buněk, pouze mechanicky uzavřených v zóně pelucida. Právě naopak, vyvíjí se jako organismus, jehož vývojová trajektorie je naprogramována v jeho genech, který při expresi tohoto programu a diferenciaci buněk sám řídí vznik embryoblastu a trofoblastu a z něhož derivují struktury nutné pro další jeho existenci a vývoj.*“<sup>81</sup> Z tohoto tedy jasně vyplývá, že všechny subjekty řídí a zároveň kontrolují svůj vlastní vývoj. Jedná se tedy o individuální organismus, který řídí svůj vývoj prakticky ve všech svých stádiích, my pouze nejsme schopni některá jeho stádia přesně oddělit či identifikovat a nelze je tedy považovat pouze za jakýsi nestabilní (stále se dělící a měnící shluk).

**Buněčné dělení.** Ihned po vytvoření začne zygota podléhat genetickému procesu replikace a buněčnému dělení. Až do osmibuněčného stádia neexistuje kvalitativní rozdíl mezi dělicí se buňkou a buňkami vzniklými dělením. Buňky jsou nediferencované v tom smyslu, že jakákoliv jedna buňka může být odstraněna, a přesto se může vyvinout v diferencovaný plod. Každá má tedy potenciál produkovat kompletní lidskou bytost (**totipotentnost buněk**). Buňky tvoří pouhou hmotu, kterou prostorově drží pohromadě tenká membrána (zona pellucida), která se dědí z vaječné buňky před oplodněním, ale mezi buňkami nedochází k žádné kauzální interakci. Jsou to samostatná těla, která k sobě přilnou svými lepivými povrchy a která mají v tomto okamžiku pouze holou schopnost

<sup>77</sup> Srov. SMITH, B., BROGAARD, B. Sixteen Days. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 2003, roč. 28, č. 1, s. 45-78.

<sup>78</sup> ČERNÝ, D. a kol. *Lidské embryo v perspektivě bioetiky*. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., společně s vysokou školou CEVRO Institut, 2011. ISBN 978-80-7357-648-6, s. 21-22.

<sup>79</sup> Srov. SMITH, B., BROGAARD, B. Sixteen Days. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 2003, roč. 28, č. 1, s. 45-78.

<sup>80</sup> ODERBERG, D. S. The Metaphysical Status of the Embryo: Some Arguments Revisited, cit., s. 263-276 In ČERNÝ, D. a kol. *Lidské embryo v perspektivě bioetiky*. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., společně s vysokou školou CEVRO Institut, 2011. ISBN 978-80-7357-648-6, s. 66.

<sup>81</sup> ČERNÝ, D. a kol. *Lidské embryo v perspektivě bioetiky*. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., společně s vysokou školou CEVRO Institut, 2011. ISBN 978-80-7357-648-6, s. 66

dělení (nerostou ani nekomunikují). Buňky v této fázi stále volně plují uvnitř své společné membrány ve vejcovodu naplněném tekutinou, ale začínají se pohybovat směrem k děloze.<sup>82</sup>

Černý výše zmíněný děj dělení podrobně popisuje jako sedmou a osmou fází, jako dovršení procesu oplození a začátek fáze vývoje lidského embrya a dále uvádí: „*Bezprostředně po svém vzniku začíná lidské embryo komunikovat s mateřským organismem prostřednictvím cross-talk: embryo vysílá mateřskému organismu různé chemické signály.*“<sup>83</sup> Tuto informaci o komunikaci ještě umocňuje: „*není jednostranná, spíše se jedná o vzájemně prokříženou komunikaci (cross-talk), k níž dochází od okamžiku, kdy se do mikroskopického prostředí vejcovoců a dělohy vylučují mateřské proteiny a usnadňují tak oplození a počáteční vývoj embrya.*“<sup>84</sup>

Ještě jinou argumentaci založenou na totipotenci buněk můžeme vidět u Váchy. Buňky v mnohobuněčné zygote se prostě dělí a dělají to nezávisle na sobě. Možná se však můžeme držet názoru, že mnohobuněčná zygota je již lidský jedinec, když argumentujeme, že některá z buněk ve svazku je privilegovaná tím, že zdědí od původní jediné buňky vlastnost sloužit jako nositel identity pro lidskou bytost, která je v procesu vývoje. Problém tohoto názoru je, že je v rozporu s totipotencialitou – rysem, na jehož základě má každá z buněk v mnohobuněčné zygote plný potenciál vyvinout se v lidskou bytost.<sup>85</sup> Příznává, že embryo samozřejmě je shlukem buněk, avšak není pouze shlukem buněk.<sup>86</sup>

**Stádium moruly.** V další fázi pak vzniká *morula*. Je to stadium po čtvrtém buněčném dělení, skládá se ze 16 blastomer. V tomto stadiu začíná diferenciací blastomer na vnitřní buněčnou masu a periferní buněčný obal. *Blastocysta* je název po šestém buněčném dělení, po němž má 64 buněk. V tomto stadiu embryo dospělo k děložní stěně: buňky trofoblastu (buňky tvořící stěnu), k nimž přiléhá embryoblast (buňky původní vnitřní buněčné masy) začínají pronikat do epitelu endometria (děložní sliznice), čímž začíná proces implantace (zahníždění, nidace).<sup>87</sup>

Zhruba od 14. dne od oplození začíná proces **gastrulace**. Proliferací a migrací buněk vzniká primitivní proužek a postupně se vytvářejí tři zárodečné listy: ektoderm, endoderm a mezoderm. Začíná tak proces diferenciací tkání a orgánů, neboť jsou již určeny buněčné oblasti, z nichž se postupně během vývoje stanou tkáně a orgány lidského organismu.<sup>88</sup> Až s gastrulací přestává být podle Smith a Brogaard embryo shlukem homogenních buněk a přeměňuje se v jedinou heterogenní entitu – celou mnohobuněčnou individuální živou bytost, která má tělesnou osu a je bilaterální.<sup>89</sup>

Až zde může být dle Smitha a Brogarda vyloučena možnost „twinningu“, vytvoření jednovaječných (monozygotických) dvojčat, ke kterému může dojít kdykoli do tohoto procesu; jedná se o základní vlastnost buňky. Od tohoto okamžiku dochází k transformaci

---

<sup>82</sup> Srov. SMITH, B., BROGAARD, B. Sixteen Days. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 2003, roč. 28, č. 1, s. 45-78.

<sup>83</sup> ČERNÝ, D. a kol. *Lidské embryo v perspektivě bioetiky*. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., společně s vysokou školou CEVRO Institut, 2011. ISBN 978-80-7357-648-6, s. 20.

<sup>84</sup> Tamtéž, s. 21.

<sup>85</sup> Srov. VÁCHA, M., KONIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál s.r.o., 2012. ISBN 978-80-7367-780-0, s. 196;197.

<sup>86</sup> Srov. VÁCHA, M. O. *Místo, na němž stojíš, je posvátná země*. Brno: Cesta, 2008. ISBN 978-80-7295-104-8, s. 83.

<sup>87</sup> Srov. ČERNÝ, D. a kol. *Lidské embryo v perspektivě bioetiky*. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., společně s vysokou školou CEVRO Institut, 2011. ISBN 978-80-7357-648-6, s. 24;25.

<sup>88</sup> Srov. tamtéž, s. 25.

<sup>89</sup> Srov. SMITH, B., BROGAARD, B. Sixteen Days. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 2003, roč. 28, č. 1, s. 45-78.



z dělitelného na nedělitelné. Paralelní jev na konci života přináší analogickou transformaci zvanou smrt.<sup>90</sup>

Černý k tomuto uvádí dva protiargumenty. Zaprvé, upozorňuje na univerzálnost argumentu, kdy argument netvrdí, že v případě jednovaječných dvojčat nelze před rozdělením hovořit o individuálním organismu. Říká obecněji, že samotná možnost dělení má dokazovat, že žádné embryo, až do primitivního proužku není individuálním lidským organismem.<sup>91</sup>

Zadruhé je problematické časové určení procesu gastrulace, kdy se uvádí kritérium 14. dne, protože není pravdou, že po objevení primitivního proužku už nemůže docházet ke vniku dvojčat, i když se již jedná o patologický jev.<sup>92</sup>

Vácha naopak ve „twillingu“, možnosti vzniku jednovaječných dvojčat, nevidí relativní námitku proti osobě: „To, že z jednoho embrya mohou vzniknout jednovaječná dvojčata, není vůbec důležité. Možná bychom naopak tím víc měli embryo chránit, vždyť je evidentní, že je životaschopné a že může dát vznik zde dokonce dvěma lidem!“<sup>93</sup>

**Neurulace** je postupný proces, který lze pro současné účely považovat za plynule rozšířený tak, aby zahrnoval všechny následné procesy vývoje mozku, včetně těch, ke kterým dochází po narození. V neposlední řadě proto, že neurulace je postupný proces, a protože vývoj mozku je tak úzce spojen s rozvojem rozumu a vědomí, mnozí zastávali názor, že morální status lidského jedince se postupně mění od okamžiku, kdy začíná existovat nějakou dobu po narození. Ale inkrementální charakter tvorby nervové tkáně také implikuje, že bude obtížné izolovat singularitu v procesu neurulace, která by mohla sloužit jako prahová událost tvorby substance. Jednou takovou singularitou je bod, ve kterém začíná neurulace. To se však shoduje s koncem gastrulace, která je z nezávislých důvodů pro někoho preferovaným prahem pro začátek lidské existence.<sup>94</sup>

Prahová hodnota používaná v mnoha zemích jako standardní kritérium pro přípustnost potratů je **konec prvního trimestru**, což je fáze, kdy se plod běžně považuje za osobu, která získala viditelné rysy prototypu lidské bytosti. Protože proces přibližování se lidské bytosti je pozvolný, i tento práh se vymyká jako podstatná změna.<sup>95</sup> Tak je tomu i v České republice: „Ženě se uměle přerušit těhotenství, jestliže o to písemně požádá, nepřesahuje-li těhotenství dvanáct týdnů a nebrání-li tomu její zdravotní důvody.“<sup>96</sup>

Poslední časová úvaha vzniku osoby by mohl být samotný **porod**. Tuto paralelu můžeme vidět například v občanském zákoně: „Člověk má právní osobnost od narození do smrti“<sup>97</sup> Tento termín je však dnes již zcela mimo úvahy o vzniku změny ve vývoji lidské osoby, je totiž zřejmé, že plod je osobou již před samotným porodem. Nemůže se jednat o žádný zlomový okamžik z pohledu osoby, neboť děti se běžně zachraňují již od 23 týdne těhotenství císařským řezem, tedy daleko dříve, než je termín porodu. Také po samotném porodu nedochází k žádné významné kvalitativní změně, neboť biologicky jsou novorozenci plně závislí na rodičovské péči.<sup>98</sup>

<sup>90</sup> Srov. SMITH, B., BROGAARD, B. Sixteen Days. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 2003, roč. 28, č. 1, s. 45-78.

<sup>91</sup> Srov. tamtéž, s. 68;69.

<sup>92</sup> Srov. tamtéž, s. 69.

<sup>93</sup> VÁCHA, M. O. *Místo, na němž stojíš, je posvátná země*. Brno: Cesta, 2008. ISBN 978-80-7295-104-8, s. 91.

<sup>94</sup> Srov. SMITH, B., BROGAARD, B. Sixteen Days. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 2003, roč. 28, č. 1, s. 45-78.

<sup>95</sup> Srov. tamtéž, s. 45-78.

<sup>96</sup> Zákon č. 66/1986 Sb., zákon české národní rady o umělém přerušení těhotenství, ve znění platném k 1.1.1987.

<sup>97</sup> Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění platném k 1.7.2021.

<sup>98</sup> Srov. VÁCHA, M., KONIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál s.r.o., 2012. ISBN 978-80-7367-780-0, s. 196;197.

Zde jsme si tedy ukázali základní argumenty a protiargumenty názorů, kdy během vývoje vzniká lidská osoba. Biologické hledisko může být (na rozdíl od filosoficko-etického či teologického) považováno, za hledisko faktů, protože argumenty jsou často podloženy nejnovějšími vědeckými poznatky. K tomuto bych ráda přidala jen krátké zamyšlení, zda opravdu můžeme s čistým svědomím říct, že máme v tuto chvíli vědecké argumenty s konečnou platností? Na podobný argument, že do debaty by neměli zasahovat laici, ale jen odborníci, upozorňuje například i Vácha<sup>99</sup>. Za laiky jsou zde myšleni filosofové, teologové i veřejnost. Ovšem právě odborníci, lidé, kteří v oboru pracují, jsou v této věci nejvíce zainteresováni. Předmětem jejich práce je nakládání s embryi jako s materiálem, a tak těžko mohou nestranně hodnotit problematiku jejich morálního statusu. Naopak „laik“ může mít na danou problematiku velmi dobrý náhled nebo spíš nadhled.

Z nějakého důvodu je právě biologický pohled zřejmě veden jako pohled „vědy“. Tím, že je určen začátek lidské bytosti, je logicky také určena doba, dokdy se o lidskou bytost nejedná, a tím pádem je s ní také nakládáno tak, jako s biologickým materiálem. Mnoho dalších řešení etických dilemat je odůvodněno právě výsledky tohoto přístupu vědeckého bádání. Je to například výzkum embryonálních kmenových buněk<sup>100</sup>, problematika potratů<sup>101</sup> aj.

Pokud bychom měli na závěr této vědecké, navíc i embryologické či metabiologické kapitoly nějak shrnout naše dosavadní poznání, mohli bychom učinit následující závěr. Všechny argumenty a zjištění vycházejí z vědecké praxe (tím jsou samo o sobě dána jistá omezení, nelze totiž diskutovat v rovině teoretické, teoretické argumenty neobstojí). Mnohdy jsou podklady k argumentaci (vědecké studie) dány vědci nebo lékaři, kteří s embryi nakládají jako s biologickým materiálem. Nejsou tedy zcela objektivní. Vědecky nelze vyvrátit, že lidská osoba nevzniká při početí, naopak vše ukazuje, že vzniká právě při početí. Mnoho vědeckých argumentů tuto tezi mohou potvrdit. „*Embrya nepředstavují pouhé seskupení lidských buněk, nýbrž živé bytosti se všemi vlastnostmi, jež definují libovolný organismus jako odlišný od skupiny buněk: mohou růst, zrát, udržovat fyziologickou rovnováhu mezi různými orgánovými systémy, adaptovat se na měnící se podmínky a opravovat poškození. Pouhé skupiny lidských buněk nic takového nedělají.*“<sup>102</sup> Ze všech výše zmíněných argumentů tedy vyplývá východisko, že lidská osoba vzniká již při samotném vzniku lidského života, při početí. I když existují velmi závažné protiargumenty, že tomu tak není, žádný nemá absolutní platnost a lze jej vyvrátit nebo znejistit jinou, také vědecky podloženou, studií.

## 2.1.2 Filosoficko-etická východiska

Problematika embrya je velmi citlivá, protože pro každého člověka představuje něco jiného. Pro rodiče, kteří touží po dítěti, může být embryo dítětem od svého úplného začátku. Pro jiné rodiče může být embryo dítětem jen v době, kdy si jsou jistí, že je zcela

---

<sup>99</sup> Srov. VÁCHA, M. O. *Místo, na němž stojíš, je posvátná země*. Brno: Cesta, 2008. ISBN 978-80-7295-104-8, s. 84.

<sup>100</sup> Srov. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. a kol. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada Publishing a.s., 2014. ISBN 978-80-247-5471-0, s. 98-100.

<sup>101</sup> Srov. tamtéž, s. 98-100.

<sup>101</sup> Srov. ŠIMEK, J. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing a.s., 2015. ISBN 978-80-5306-5, s. 166-168

<sup>102</sup> CONDIC, M. *Life: Defining the Beginning and the End. First Thing*, 133, s. 52. In ČERNÝ, D. a kol. *Lidské embryo v perspektivě bioetiky*. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., společně s vysokou školou CEVRO Institut, 2011. ISBN 978-80-7357-648-6, s. 68.

zdravé. Pro lékaře i vědce pak může být i předmětem jejich práce, prestiže, obživy. Obecně můžeme rozlišit dva základní směry.

**Ontologický personalismus** je směr, kdy člověku je zaručena ta nejvyšší ochrana a úcta, související s jeho důstojností. Lidskou důstojnost zde můžeme definovat jako úctu vyžadující hodnotou, která náleží od jejího počátku až do jejího přirozeného konce. Tento přístup zahrnuje zygotu jako již počáteční stádium člověka, který si zaslouží respekt a ochranu. Stejně tak je nahlíženo na lidskou osobu v průběhu života, kdy i přes choroby a handicap, které mohou potkat každého, i člověk umírající, zůstává až do posledního vydechnutí osobou.<sup>103</sup> Ontologický personalismus vnímá jen jednu lidskou podstatu, která je zároveň *human being* (lidská bytost) a *human person* (lidská osoba). Neřeší aktuální úroveň vývoje ani schopnosti člověka, k jeho ochraně stačí již hypotetická podstata, že zde jsou nebo v budoucnu mohou být přítomny.<sup>104</sup>

Protikladem je **empirický funkcionalismus**. Jeho základem je myšlenka, že lidskou osobou nejsme automaticky, ale na základě určitých vlastností a schopností, které máme, nebo je, například v případě embrya, teprve získáme. Embryo je tedy lidskou bytostí, ale ne lidskou osobou. Jedná se tedy o lidskou bytost, ze které se osoba možná vyvine a to na základě jejích vlastností a funkcí.<sup>105</sup> Stejně tak můžeme status osoby ztratit, a to, pokud již dané vlastnosti nebo schopnosti nemáme.<sup>106</sup> Zastánci empirického funkcionalismu také odlišují dva pojmy *human being* (lidská bytost) a *human person* (lidská osoba). Bytostí jsme vždy, ale nemáme morální status, lidskou osobou se pak člověk stává nebo může přestat být. Právě osoba je nositelkou všech lidských práv a má právo na plnou ochranu. Lidská bytost je pouze biologickým materiálem. Právě v určení doby, kdy se z lidské bytosti stává lidská osoba, je základem pro další diskusi. Někteří funkcionalisté navrhuji chvíli, kdy bytost začíná vnímat libost a nelibost, jiní, kdy je schopna učinit samostatné volné rozhodnutí. Někdy to může být i doba, kdy můžeme vstoupit do vztahů.<sup>107</sup>

Kompromisní řešení přináší **gradualismus**, který tvrdí, že embryo má významnou, i když ne absolutní hodnotu a v průběhu nitroděložního vývoje se jeho práva zvětšují. Embryo/fétus má tedy nárok na ochranu a jeho hodnota se zvyšuje se stupněm jeho vývoje. V gradualismu ovšem není definována „částečná důstojnost“ některého z prostředních stádií vývoje lidského jedince, rovněž stupně onoho vývoje a také důvod, proč by status osoby neměl klesat nebo stoupat i v průběhu celého života.<sup>108</sup>

Jiný vhléd přináší **morální relativismus**, který obecně říká, že morální soudy jsou inkorporovány v určitém sociokulturním či pojmovém rámci, v němž získávají svůj smysl a závaznost. Stanovisko jedné kultury nemůže být kritériem etického posuzování stanovisek kultury jiné, neboť pokud už vůbec lze hovořit o pravdivostní hodnotě morálních soudů, je vždy fixována kulturním kontextem, nelze tedy zaujmout nějaké

---

<sup>103</sup> Srov. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. ISBN 80-247-1024-2, s. 66-72.

<sup>104</sup> Srov. VÁCHA, M. *Definice lidského embrya a jeho status*, s. 216.

<sup>105</sup> VÁCHA, M., KONIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál s.r.o., 2012. ISBN 978-80-7367-780-0, s. 193.

<sup>106</sup> Srov. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. ISBN 80-247-1024-2, s. 66-72.

<sup>107</sup> Srov. VÁCHA, M. Definice lidského embrya a jeho status. *Časopis Vesmír*, 2008, roč. 87, č. 4, s. 216;217.

<sup>108</sup> Srov. VÁCHA, M., KONIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál s.r.o., 2012. ISBN 978-80-7367-780-0, s. 193;194.

objektivní, transkulturní stanovisko a v jeho optice hodnotit morální zvyklosti jiných kultur.<sup>109</sup>

Obdobnou paralelu můžeme vztáhnout i na problematiku statusu lidského embrya. Například z pohledu rodiče by mohla být situace morálního relativismu taková, že nemůžeme etičnost či neetičnost hodnotit žádnými objektivními kritérii. Spíš by se tedy zaujímal názor, že se jedná o osobní záležitost každého člověka (matky, otce). Tudíž by mělo být etické zhodnocení zcela na nich a nikdo by jim neměl nutit žádné morální pravdy. Stejně tak pokud by někdo jiný s tímto nesouhlasil, neměl by být nucen taková rozhodnutí dělat. Konkrétně, připadá někomu preimplantační genetická diagnostika jako neetická? Nechť ji tedy nepodstupuje, ale nechá ostatním osobní volbu.

„Můžeme rozlišit tři formy morálního relativismu:

1. *Deskriptivní morální relativismus. Zakládá se na empirickém pozorování, ať již na běžné zkušenosti, či na poznatcích srovnávací antropologie, a pouze tvrdí, že de facto různí lidé a různé kultury zastávají různé názory.*
2. *Normativní morální relativismus. Tvrdí, že otázky morální správnosti či nesprávnosti lze rozhodovat vždy a pouze relativně vůči určitému sociálnímu a kulturnímu kontextu a v nich inkorporovaným mravním normám.*
3. *Metaetický relativismus. Staví se do protikladu vůči etickému realismu (podle kterého mají morální soudy objektivní pravdivostní hodnoty) a vůči morálnímu kognitivismu (podle něhož lze objektivně určit, co je správné a co není).“<sup>110</sup>*

Vácha ještě zmiňuje silnější formu etického relativismu zvanou nihilismus. Dle nihilismu neexistuje morálka ani morální pravdy, ani dobro, ani zlo, věci se dějí bez morálního znaménka. Morálka i náboženství jsou pouhou iluzí. Na otázku „*Jaké jednání je správné?*“ nedostáváme odpověď.<sup>111</sup> Morální relativismus se může zdát na první pohled velmi přesvědčivý, protože vychází z naší zkušenosti a odvolává se na důležitou hodnotu současné společnosti – toleranci. Ve skutečnosti však nemá pro bioeticky relevantní problémy žádnou praktickou závažnost. Avšak morální relativismus sebou přináší mnoho problémů, například, že z deskriptivního morálního relativismu příkladně nevyplývají další dvě formy relativismu, podobně jako z názorové neshody neplyne žádná pravda. Nelze tedy hovořit o objektivní nemorálnosti, a tudíž nepřipustnosti. Co je pro někoho nepřipustné, pro jiného není. Nikdy by nemohlo dojít k morálnímu posunu, neměl by smysl na poli společenském, ani na příklad na poli výchovném u vlastních dětí. Popřeli bychom tím vývoj lidských práv i jejich univerzálnosti.<sup>112</sup> Nemělo by ani smysl psát tuto diplomovou práci, vůbec se etikou čehokoli zabývat, protože pokud připustíme, že vše vyplývá pouze z morálních kodexů jednotlivých kultur, není důvod nic objektivně hodnotit.

Relativismus popírá sám sebe. Z morálního relativismu totiž neplyne, že bychom se neměli řídit morálkou naší kultury, ale pouze to, že každý z nás se může řídit jinými morálními zásadami. Spojení sociokulturního kontextu a tolerance jednotlivce je nutná podmínka pokojného soužití různých kultur. Zastánci mravního relativismu tedy říkají něco jako „*pro naši kulturu je typická tolerance, pro vaši netolerance, je třeba tolerovat netoleranci. Což je zkrátka neudržitelné.*“<sup>113</sup> Ovšem zcela logicky, pokud by jeden člověk

<sup>109</sup> Srov. ČERNÝ, D. a kol. *Lidské embryo v perspektivě bioetiky*. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., společně s vysokou školou CEVRO Institut, 2011. ISBN 978-80-7357-648-6, s. 93;94.

<sup>110</sup> Tamtéž, s. 95.

<sup>111</sup> Srov. VÁCHA, M., KONIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál s.r.o., 2012. ISBN 978-80-7367-780-0, s. 41;42.

<sup>112</sup> ČERNÝ, D. a kol. *Lidské embryo v perspektivě bioetiky*. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., společně s vysokou školou CEVRO Institut, 2011. ISBN 978-80-7357-648-6, s. 96;97.

<sup>113</sup> Srov. tamtéž, s. 96.

nebo skupina o něčem tvrdí, že je to správně, a druhý jedinec nebo druhá skupina tvrdí, že to správné není (například zacházení s embryem jako s biologickým materiálem), pak se nelze odvolávat na toleranci. Je potřeba zkrátka přiznat, že jeden nebo jedni z nich mají pravdu a ti druzí se mýlí.

Z tohoto tedy vyplývá, že morální relativismus není pro etickou praxi přínosem, je teoreticky nekonzistentní a má absurdní důsledky. Zároveň si dovolím tvrdit, že se může stát nebezpečným nástrojem dnešní doby, nástroje pro přehnanou toleranci osobních práv na úkor práv druhých, v asistované reprodukci tedy práv rodičů na úkor práv embryí jako lidské osoby a obecně práv lidstva na vědecká poznání proti právům embryí.

**Utilitarismus** je empiristická teorie odůvodnění norem. Ve své nejjednodušší podobě vychází z „principu užitečnosti“. V každé situaci vyžadující mravní rozhodování, by měl člověk udělat to, co povede k největšímu blahu co největšího počtu lidí.<sup>114</sup> Podle Černého je utilitarismus velmi často používanou teorií na poli bioetiky a také nejčastěji stojí v pozadí úvah ospravedlňujících letální experimenty na embryích, protože lidská embrya nemohou cítit bolest ani slast, jejich smrt může přinést užitek těm, kteří bolest a slast cítit mohou.<sup>115</sup>

Utilitarismus můžeme chápat jako kombinaci čtyř principů. **Princip následků.** Jednání nemůžeme posoudit podle toho, či je samo o sobě správné nebo špatné. Neposuzujeme jednání jako takové, ale to, co jednání způsobuje. V tomhle ohledu se jedná o konsekvencialismus – samotný čin není ani dobrý ani špatný. Čin je jen jednání. To, co je důležité, jsou právě následky tohoto činu (jeho konsekvence).<sup>116</sup> **Princip užitečnosti.** Tento princip se zaměřuje na kritérium prospěšnosti. Správné jednání je to, které způsobí co největší množství dobra pro co největší množství lidí. Hovořím o „etické aritmetice“, jednání, které někomu způsobí malou újmu, je v pořádku, pokud někomu jinému způsobí velkou slast. Stejně tak pokud malému počtu lidí bude způsobena újma oproti velké slasti většiny.<sup>117</sup> **Princip hédonismu.** Hédonistické chápání spočívá uspokojování lidských potřeb a zájmů ve slasti, ve štěstí. Ale jak pojmout štěstí? Hédonisté i utilitaristé jej pojmají velmi obecně, a to tak, že každý si určuje své štěstí sám.<sup>118</sup> Jak ovšem toto aplikovat do praxe asistované reprodukce? Vácha „dobro v nemocničním prostředí docela jednoduše definuje: „*dobro je zlepšení kvality pacienta a prodloužení jeho života*“.<sup>119</sup> Při hlubší analýze to tak jednoduché není. „Lékařské dobro“ lze totiž chápat na základě několika principů. Buď jako navrácení fyziologických funkcí těla a myslí, úleva od bolesti a vše, co souvisí s technickou stránkou medicíny. Pak můžeme odlišit dobro pacientovo. Jde o jeho osobní preference, zvažování zisku a ztrát konkrétního lékařského postupu. Nelze opomíjet ani dobro spirituální, kam můžeme zařadit představy o cíli a smyslu života pacienta, kdy tento cíl může být pro pacienta důležitější než aktuální pocit pohody.<sup>120</sup> **Sociální princip.** Tento princip odmítá egoistický hédonismus. V mravním kalkulu nejde jen o štěstí samotného jednajícího, ale o štěstí všech, jichž se jednání dotýká, o „co možná největší štěstí co možná největšího počtu lidí“ a v neposlední řadě o sociální prospěch všech lidí vůbec.<sup>121</sup>

<sup>114</sup> Srov. THOMSON, M. *Přehled etiky*. Praha: Portán, 2004. ISBN 80-7178-806-6, s. 93.

<sup>115</sup> Srov. ČERNÝ, D. a kol. *Lidské embryo v perspektivě bioetiky*. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., společně s vysokou školou CEVRO Institut, 2011. ISBN 978-80-7357-648-6, s. 99.

<sup>116</sup> Srov. ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. Praha: Academia, 2001. ISBN 80-200-0917-5, str. 32.

<sup>117</sup> Tamtéž, s. 32;33.

<sup>118</sup> Srov. VÁCHA, M., KONIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál s.r.o., 2012. ISBN 978-80-7367-780-0, s. 30.

<sup>119</sup> Tamtéž, s. 30.

<sup>120</sup> Srov. tamtéž, s. 30;31.

<sup>121</sup> Srov. ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. Praha: Academia, 2001. ISBN 80-200-0917-5, s. 33.

Musím se však zamyslet, co toto znamená v kontextu asistované reprodukce a postavení embrya štěstí všech. Pokud se zamýšlím nad postavením embrya, měla bych se zamýšlet nad optimálním štěstím embrya, v souvislosti se závěrem předchozí kapitoly, že musíme s embryem počítat jako s lidskou osobou. Dalším účastníkem v kontextu asistované reprodukce je i neplodný pár jako potencionální rodiče, v některých případech ještě dárce nebo dárkyně, náhradní matka atd. Právě vymezení okruhu, pro který se bere v úvahu „štěstí všech“ v perspektivě utilitarismu, může být poměrně zásadní, protože bere v úvahu jen bytosti, které mohou štěstí či neštěstí cítit. Dle toho není velký rozdíl mezi orangutanem a novorozencem, embryem a člověkem v kómatu, který žádné štěstí cítit nemůže, tudíž s ním může být nakládáno ve prospěch všech. Toto je jeden z velkých praktických problémů této teorie, takto jej popisuje například Singer: „*protože neuznávají existenci nezczitelných lidských práv založených na metafyzickém pojmu osoby (lidská práva pro ně mohou být maximálně užitečné fikce), vždy bude možné nalézt lidské bytosti (příliš mladé, příliš staré, nemohoucí, v kómatu...), jejichž život lze obětovat ve prospěch ostatních*“.<sup>122</sup>

Použití utilitaristické teorie v praxi je však závislé na dvou zásadních podmínkách. Zaprvé, musíme mít obecný soubor hodnot, podle nichž lze usuzovat. Za druhé, schopnost předvídat, jaké jednání s největší pravděpodobností k tomuto blahu povede. Ačkoli se utilitarismus uplatňuje na řadu etických problémů v oblasti lékařské etiky, jedná se zejména o ospravedlnění určitých pokusů, ať už na lidech nebo zvířatech, z hlediska očekávaného prospěchu v budoucnu.<sup>123</sup> Jeho použití v oblasti asistované reprodukce je dost problematické zřejmě z důvodu, že je těžké přesně vymezit základní podmínky. Myslím si, že ten, kdo předpokládá blaho, které daný vzorec jednání přinese, nemusí nutně znamenat, že to pro dané osoby blaho opravdu přinese. Je také otázkou, pro který největší okruh osob se blaho hledá, pro lidstvo, rodiče, zda jsou do tohoto okruhu zahrnuta i embrya, či zda ta jsou pouze v pozici biologického materiálu.

Diskuse o utilitarismu poukázala na řadu dalších nedostatků této teorie týkajících se především konsekvencialismu, hédonistického hodnotového principu a problému spravedlnosti.<sup>124</sup> Vácha se domnívá, že filosoficky lze napadnout samou podstatu utilitarismu. Podle něj účel nesvětí prostředky, pokud budeme embryo považovat za osobu, tak nemůžeme zachránit jeden život za cenu ztráty jiného života, byť by byl zachráněný člověk vnímající (například u využití embrya pro výzkum kmenových buněk).<sup>125</sup>

**Hédonismus** také patří do empiristických teorií, takže obdobně jako utilitarismus interpretuje lidskou praxi výlučně jako empiristické příčinné působení. Zastává názor, že lidské jednání je motivováno výlučně snahou získat slast a vyhnout se strasti. Mluví o motivaci praxe libostí a nelibostí. Hodnota jednání je v empiristicko-hédonistické etice určena slastí jako uspokojením instinktu. Rozum nám pak v hédonistickém pojetí slouží jako kalkul slasti a strasti.<sup>126</sup> „*Slast je korektní, pozitivní, aktuální prožitek. Slast je dobrá, bolest je vždy a za všech okolností špatná.*“<sup>127</sup>

---

<sup>122</sup> SINGER, P. *Practical Ethics*. Cambridge: Cambridge University Press, 1993, s. 169-174 IN ČERNÝ, D. a kol. *Lidské embryo v perspektivě bioetiky*. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., společně s vysokou školou CEVRO Institut, 2011. ISBN 978-80-7357-648-6, s. 100.

<sup>123</sup> Srov. THOMSON, M. *Přehled etiky*. Praha: Portán, 2004. ISBN 80-7178-806-6, s. 98.

<sup>124</sup> Srov. ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. Praha: Academia, 2001. ISBN 80-200-0917-5, s. 38-41.

<sup>125</sup> VÁCHA, M. O. *Místo, na němž stojíš, je posvátná země*. Brno: Cesta, 2008. ISBN 978-80-7295-104-8, s. 94.

<sup>126</sup> Srov. ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. Praha: Academia, 2001. ISBN 80-200-0917-5, s. 23;24.

<sup>127</sup> VÁCHA, M., KONIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál s.r.o., 2012. ISBN 978-80-7367-780-0, s. 27.

Kritika hédonismu je v některých bodech velmi podobná kritice utilitarismu. Zejména se jedná o podobnou představu, že ve zdařilém životě jde o maximalizaci požitků, a na to navazující kalkul, aby podíl radosti k bolesti byl co největší číslo. Další nevyřešenou otázkou v hédonismu je, zda lze opravdu bolest a utrpení za všech okolností označit za špatnou a snažit se ji eliminovat. Například zda někdy není lepší vydržet určité období nelibosti za cenu zisku větší hodnoty (například překonání krize za cenu udržení dlouhodobého vztahu).<sup>128</sup>

**Deontologie Immanuela Kanta.** Kantova etika představuje určitý přelom od empiristických směrů. Empirismus je částečně založen na sběru dat. Právě sběr a hodnocení empiristických dat byl pro Kantovo uvažování zásadní, neboť jeho hnací silou byla snaha sladit nejednoznačné empiristické důkazy. Nic totiž není absolutně jisté, docházíme pouze k určité míře pravděpodobnosti. Kant došel k závěru, že jistotu nelze vytvořit ze samotných důkazů. Zlom etického uvažování znamená zejména to, že Kant chce „dobrou vůli“ učinit jádrem etiky. Nelze již tedy přehlížet aktivní úlohu člověka, který jedná morálně. Morálka už nestojí „mimo člověka“ ve faktických důkazech, které můžeme analyzovat, předvídat, ale pouze v uplatňování svobody a dobré vůle.<sup>129</sup>

Kantův kategorický imperativ hlásá, že má-li být naše jednání morální, musíme být schopni si přát, aby se stalo univerzálním přírodním zákonem. Jinými slovy, volba je morální pouze tehdy, když ji lze bez rozporů obecně aplikovat.<sup>130</sup> Kant ve svém díle *Metafyzika mravů* kategorický imperativ formuloval hned několikrát. Zde jsou dvě z těchto formulací: „*Jednej jen podle té maximy, po níž můžeš zároveň chtít, aby se stala obecným zákonem*“<sup>131</sup> (přičemž maximou se rozumí subjektivní určení vůle, zásady, podle níž jednáme z vlastního rozhodnutí). Právě v této formulaci vidíme Kantův princip zobecnění, který je základem kategorického imperativu a ukazuje rozdíl mezi kategorickým a hypotetickým imperativem. Rozdíl mezi kategorickým a hypotetickým imperativem je v tom, že hypotetický imperativ nám říká, co bychom měli dělat, pro dosažení určitých výsledků. Kategorický imperativ nám říká, že bychom měli něco dělat bez ohledu na pravděpodobné následky.<sup>132</sup> Tento imperativ nám tedy dává „formu“ našeho jednání, ale neříká nic o účelu jednání.

Právě účel a mravní obsah je obsažen v druhé formulaci kategorického imperativu: „*Jednej tak, abys používal lidství jak ve své osobě, tak i v osobě každého druhého vždy zároveň jako účel a nikdy pouze jako prostředek.*“<sup>133</sup>

Pokud však kategorický imperativ podrobíme kritice, pak zjistíme, že se jedná o logický argument, který by předložil někdo, kdo se nezajímá jen sám o sebe, ale kdo je schopen solidarity se světem. Tento argument je položen na předpokladu „přemýšlet univerzálně“. Sami sebe totiž vnímáme jako individuální osobnosti, oddělené od sebe navzájem a od okolního světa. Při tomto uvažování se však stáváme objektem mezi ostatními objekty a pozbýváme tak své svobody mravně jednat, protože vše, co děláme, závisí na okolních podmínkách. Je potřeba se oprostít od tohoto rozlišování, a jednat způsobem, který vychází z praktického rozumu.<sup>134</sup> Z praxe tedy nezbyvá než konstatovat, že většina lidí nejedná v souladu s kategorickým imperativem.

Nemůžeme tvrdit, jaké úvahy o embryích by předkládal samotný Kant, Vácha však předkládá některé zdařilé argumentace inspirované kantovskými úvahami: „*Svoboda je*

<sup>128</sup> Srov. VÁCHA, M., KONIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál s.r.o., 2012. ISBN 978-80-7367-780-0, s. 28.

<sup>129</sup> Srov. THOMSON, M. *Přehled etiky*. Praha: Portán, 2004. ISBN 80-7178-806-6, s. 105-108.

<sup>130</sup> Srov. tamtéž, s. 116.

<sup>131</sup> KANT, I. *Základy metafyziky mravů*. Praha: Svoboda, 1976. Přeložil Menzel, L., s. 62.

<sup>132</sup> Srov. THOMSON, M. *Přehled etiky*. Praha: Portán, 2004. ISBN 80-7178-806-6, s. 110.

<sup>133</sup> KANT, I. *Základy metafyziky mravů*. Praha: Svoboda, 1976. Přeložil Menzel, L., s. 75.

<sup>134</sup> Srov. THOMSON, M. *Přehled etiky*. Praha: Portán, 2004. ISBN 80-7178-806-6, s. 114-116.

*nezpochybnitelná, hodnotná věc, svobodu je třeba chránit. Svoboda ovšem nevisí ve vzduchoprázdnu, ale je nějak vázaná, pověšena či přišpendlena na člověka, na jeho hmotné tělo. Kdy přesně se svoboda na vznikajícího člověka navěsí, nevíme, a nikdy vědět nebudeme. Měli bychom tedy se vznikajícím životem zacházet velmi opatrně, neboť o něm a jeho vztahu ke svobodě nevíme vůbec nic.*<sup>135</sup> Zdá se, že tato úvaha je zcela v souladu s dosavadními zjištěními této práce.

Přesto však nelze ignorovat kritiku této teorie. Obecně známá kritika vychází z univerzálnosti této teorie; to, že univerzální mravní princip, bez ohledu na okolnosti, nemůže platit univerzálně, protože vždy budou existovat situace, ve kterých bude morální udělat něco nemorálního. Například univerzální tvrzení „lhat se nemá“ nemůže platit jako univerzálně správné pro všechny situace. V situaci, kdy naše lež může zachránit život, je zkrátka morální zalhat. U Váchy můžeme tuto námitku vidět ve srovnání s utilitarismem: „*utilitarismus lépe zohledňuje konkrétního člověka v konkrétní situaci. Kantova deontologie je v některých případech možná až příliš „pravoúhlá“ a možná až příliš zdůrazňuje princip „padni komu padni“, jedná se obrazně o mramorový sál, ve kterém se ovšem špatně bydlí.*“<sup>136</sup>

„Praktický“ problém této teorie je v jeho praktickém použití. Nelze totiž ignorovat fakt, že „*většina lidí chce brát zřetel na výsledky svého jednání a mohou se cítit provinile, pokud navzdory dobrým záměrům způsobí škodu.*“<sup>137</sup> Toto může být i částečnou odpovědí na předchozí tvrzení, že většina lidí se v praktickém životě nejedná v souladu s kategorickým imperativem.

Svým způsobem jiný pohled na etickou problematiku nám může podat **etika odpovědnosti**. Etika odpovědnosti míní, že mezi povinnosti odpovědného způsobu života náleží to, že bereme v úvahu pravděpodobné či možné následky. Tyto následky se mohou týkat jak jednoho konkrétního adresáta, tak z nich mohou vyvstat i následky obecné, „obecný zákon“. Právě v asistované reprodukci, i když někdo neuznává lidství již v prvopočátku života, ale zastává názor, že vznikne až v průběhu prenatalního vývoje, tak musí uvažovat o tom, jaké následky mohou vyvstat, když se s embryi vyrobenými reprodukční medicínou zachází jako s pouhými věcmi.<sup>138</sup> „*I ten, kdo určité formy lidského života neoznačuje za „člověka“, nýbrž za „vývoj v člověka“, i ten je také vůči nic ve vztahu odpovědnosti. Srovnatelné vztahy odpovědnosti existují přirozeně též k mimolidské přírodě a ke kultuře stvořené člověkem,*“<sup>139</sup> Zda se chováme v dané situaci v souladu s etikou odpovědnosti, si můžeme ověřit pomocí kategorického imperativu, tzn. pokud ze žádného člověka nebudeme činit prostředek, a tedy objekt tak, že by přestal být účelem v sobě samém.<sup>140</sup>

**Etika ctností** se neptá „*Co mám dělat?*“, ale „*Jaký mám být?*“ Zajímá se více o charakter jednajícího než o soubor pravidel správného jednání. Východiskem tedy není udělat jeden dobrý čin, ale být moudrým a zralým člověkem, protože takový člověk nemůže činit zlá rozhodnutí.<sup>141</sup> Etika ctností se snaží najít harmonii. Mravní ctnost je získaný návyk, který kvalifikuje k dobrému jednání podle rozumu. Ctnostný člověk je

<sup>135</sup> VÁCHA, M. O. *Místo, na němž stojíš, je posvátná země*. Brno: Cesta, 2008. ISBN 978-80-7295-104-8, s. 94;95.

<sup>136</sup> VÁCHA, M., KONIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál s.r.o., 2012. ISBN 978-80-7367-780-0, s. 38.

<sup>137</sup> THOMSON, M. *Přehled etiky*. Praha: Portán, 2004. ISBN 80-7178-806-6, s. 116.

<sup>138</sup> Srov. WOLFGANG HUBER. *Etika, základní otázky života*. Munchen: C.H.Beck oHG, 2013. Přeložil Petr Babka, 2016. ISBN 978-80-7429-642-0, s. 44.

<sup>139</sup> Tamtéž, s. 44

<sup>140</sup> Srov. tamtéž, s. 44

<sup>141</sup> Srov. VÁCHA, M., KONIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál s.r.o., 2012. ISBN 978-80-7367-780-0, s. 39.



ten, který se zformoval k dobrému jednání podle rozumu a dobro koná rád. Etika ctností otevírá perspektivu širokého morálního utváření života.<sup>142</sup>

V Platónově teorii základních ctností jde o to, aby rozum, který dosáhl moudrosti, vládl nad agresivně vznětlivou i nad dychtivou stránkou smyslovosti a jednu vedl ke statečnosti, druhou k uměřenosti. U Aristotela jsou etické ctnosti zasazeny do daného práva a určit, co je právně normativní lze jen pomocí sociálních kontextů. Ctnost je vždy střed mezi neřestnými krajnostmi. Tomáš Akvinský pak rozvíjí svou etiku norem na základě základních ctností, v níž je Platónova a Aristotelova etika spojena s křesťanskou tradicí.<sup>143</sup>

Ctnost je tedy získaná schopnost jednat určitým způsobem (tzn. dobře) a můžeme ji získat na základě opakované činnosti. Člověk musí nejprve opakovaně spravedlivě jednat a teprve tímto se na základě opakovaného úsilí stává ctnostným. Získání morální ctnosti spočívá v nalezení středu mezi dvěma extrémami, nadbytkem a nedostatkem. Nejde ale o střed, který je vždy a pro všechny stejný, nýbrž o individualizovaný vůči aktérovi morálního jednání.<sup>144</sup>

Při aplikaci etiky ctností v oblasti sociální práce musíme vzít v potaz, že celá koncepce se nezaměřuje na rozhodování v jednom konkrétním případě či skutku. Je zaměřena na formaci jednajícího člověka. Osvojit si nějakou ctnost je dlouhodobý proces, na jehož konci je schopnost se správně rozhodnout. Důležité je také uvědomění, že profesní a osobní zkušenost nelze oddělit, ctnost je třeba pěstovat i v životě osobním, neboť se automaticky promítne i do života pracovního.<sup>145</sup> Obzvláště v případě asistované reprodukce je etická reflexe na místě, neboť nejde o situaci mravně neutrální.

### 2.1.3 Status embrya

Problematika statusu lidského embrya není jednoduchá a existuje mnoho argumentů, zda ji pojímat inherentně či kontingentně. Ještě složitější je argumentace této problematiky ve specifickém prostředí asistované reprodukce vztahující se k lidskému embryu. Mezi největší etické problémy vyplývající z této práce můžeme zahrnout fakt, že lidský zárodek se stal v procesu asistované reprodukce předmětem. Embryo je vydáno na pospas rodičů a lékařů. Dochází k oddělení vzniku lidského života pro jeho podstatu, plození potomstva.

Podstatu biologického pohledu může spatřovat v tom, zda je embryu připsán morální status. Argumenty se zde různí dle toho, jaký morální status je embryu připisován (embryo jako seskupení buněk, člověk, lidská osoba, lidská bytost...). Je zde řešen vývoj člověka či vývoj v člověka. Také je zde řešena rovina časová, odkdy časovat začátek lidského života, který už má právo na ochranu důstojnosti a života. Z tohoto ovšem vyplývá, že neexistují žádné zásadní vědecké poznatky o tom, že by embryo nebylo lidskou osobou a my bychom mu tedy neměli poskytovat ochranu.

Dále byl ukázán soubor etických teorií, kterými jsou nejčastěji argumenty podloženy. Tyto teorie byly jednoduše vysvětleny a byla nastíněna jejich kritika i přímé argumenty vztahující se k morálnímu statusu embrya. Směry empiristické etiky, tzn. utilitarismus a hédonismus, nám dokáží jen velmi omezeně vysvětlit ani rekonstruovat běžné předporozumění mravní skutečnosti.<sup>146</sup> Jako alternativa k tomuto směru byla nabídnuta

<sup>142</sup> Srov. ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. Praha: Academia, 2001. ISBN 80-200-0917-5, s. 143.

<sup>143</sup> Srov. tamtéž, s. 143.

<sup>144</sup> Srov. MACHULOVÁ, H. Reflektivní praxe a etika ctností: Možná cesta pro spojení teorie s praxí a odborností s lidskostí. *Sociální práce*, 2014, roč. 14, č. 4, s. 94-100 s. 98.

<sup>145</sup> Srov. tamtéž, s. 98;99.

<sup>146</sup> Srov. ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. Praha: Academia, 2001. ISBN 80-200-0917-5, s. 42.

Kantova etika. Kant nepopírá, že motivací člověka je nepochybně touha vyhnout se strasti a maximalizovat slast, avšak zároveň soudí, že jsme racionální, rozumové bytosti, a tak pružinou našeho jednání musí být rozum a principy odvozené z rozumu musí být univerzální. Právě změna hodnocení, kterou Kant způsobil ve světě etiky, nastala i v této práci. Pokud jsme až dosud podávali spíše empirické a vědecké výsledky, hledali jsme etické hodnocení na základě důkazů, tzv. „morálka mimo“ či „optimalizace“, hlavně je důležité hledat hodnocení v nás samých. „*Bezprostřední uvědomění vlastního lidství tedy spočívá v uvědomění si své vlastní svobody a úkolu vtělit tuto svobodu do svého jednání. Základ mravnosti podle Kanta nacházíme v naší vlastní zkušenosti mravnosti.*“<sup>147</sup>

Zásadní východisko tohoto problému nám však může podat etika odpovědnosti a etika ctností. Právě etika odpovědnosti nám umožňuje zásadní pohled na věc. Ukazuje totiž na určitý druh přesahu všech předchozích argumentů. Perspektiva etické odpovědnosti může vyjasnit důvody, základ a rozsah povinnosti chránit embryo.<sup>148</sup> Etika ctností se zaměřuje na proces získání ctností, tedy ctnostně jednat. Lze předpokládat, že ctnostný člověk bude počátek lidského života spíše ochraňovat než ničit a zneužívat.

#### 2.1.4 Pojetí lidské osoby a jeho etické důsledky pro sociální práci

Pojetí lidské osoby je v případě sociální práce zásadní a v kontextu asistované reprodukce je i v případě embrya o něm potřeba uvažovat jako o osobě. Doposud jsme předložili základní vědecké argumenty o vzniku lidské osoby a došli jsme k závěru, že neexistuje žádný vědecký důkaz, díky kterému by embryo mohlo být považováno za pouhou věc a nebyla mu přiznána žádná práva, spíše naopak se zdá správné o embryu uvažovat jako o osobě.

Dále byly představeny základní etické teorie a jejich argumenty, které mohou být základem inkluzivistické nebo exkluzivistické argumentace v pojetí osoby. Bylo prokázáno, že argumenty, které podporují exkluzivistické pojetí osoby, jsou vyvratitelné. Zvláštní místo této problematiky pak zaujímá etika odpovědnosti a etika ctností.

Pro sociální práci je zásadní určení statusu lidského embrya i kvůli jeho lidské důstojnosti. Pojem lidské důstojnosti v nás totiž „*evokuje pozornost dvojím směrem. Jedna k sociálnímu pracovníkovi, resp. k jeho profilu, a také klientovi či klientům, resp. k přístupu k nim. Lidská důstojnost tak pro oblast sociální práce představuje základní etický pojem, který v sobě zahrnuje základní požadavky humanity.*“<sup>149</sup>

## 2.2 Přebytečná embrya a kryokonzervace

Při ovariální stimulaci během IVF cyklu dozrává více folikulů a je odebráno okolo 10-15, z nichž jsou vytvořena embrya. Pro embryotransfer jsou však vybrána jedno nebo dvě nejlepší, zbylá embrya lze mrazit či vyřadit pro jejich vady.<sup>150</sup>

Kryokonzervace čili mrazení embryí je nejvíce používanou metodou mrazení (ve srovnání s mrazením spermií, blastocyst, oocytů, testikulární či ovariální tkáně). Jejím nejčastějším důvodem je právě nadbytečný počet kvalitních embryí po transferu.<sup>151</sup> Etická problematika, která se k tomuto váže, jsou otázky, zda vůbec máme právo takto

<sup>147</sup> THOMSON, M. *Přehled etiky*. Praha: Portán, 2004. ISBN 80-7178-806-6, s. 110.

<sup>148</sup> Srov. WOLFGANG HUBER. *Etika, základní otázky života*. Munchen: C.H.Beck oHG, 2013. Přeložil Petr Babka, 2016. ISBN 978-80-7429-642-0, s. 44.

<sup>149</sup> ŠRAJER, J. Lidská důstojnost a sociální práce. *Sociální práce*, 2006, roč. 9, č. 2, s. 109–113, s. 111.

<sup>150</sup> Srov. ŘEZÁČOVÁ, J. a kol. *Reprodukční medicína. Současné možnosti v asistované reprodukci*. Praha: Mladá fronta a.s., 2018. ISBN 978-80-204-4657-2. s. 445;446.

<sup>151</sup> Srov. tamtéž, s. 445;446.

manipulovat s lidskou bytostí. Je etické tvořit nadbytek embryí, když je zcela zřejmé, že většina z nich nikdy nedostane šanci na vývoj v děloze matky?

Je zřejmé, že embrya jsou tvořena tzv. „do zásoby“, „při současném trendu transferovat pouze jedno embryo a při stále se zvyšující kvalitě kultivačních podmínek je i vyšší pravděpodobnost mrazení.“<sup>152</sup>

Další důvody pro využití kryokonzervace je v případě vzniku hyperstimulačního syndromu nebo jiných případech, kdy nelze provést embryotransfer (nekvalitní děložní sliznice, krvácení, horečka...). Dále se také kryokonzervace uplatňuje v případě dárcovství či plánované onkologické léčby či operace. Dále je také využíván v kombinaci s preimplantační genetickou diagnostikou, kdy jsou blastocysty po biopsii zmrazeny až do doby výsledku tohoto vyšetření.<sup>153</sup> „Cyklus Freeze –all má za cíl zmrazit všechny oocyty nebo embrya s cílem uchování plodnosti do budoucna“.<sup>154</sup>

Nelze však opomenout ani důvody preventivního charakteru „Lékaři očekávají růst všech faktorů ohrožujících plodnost. Poroste také počet vyléčených onkologických pacientek a pacientů v reprodukčním věku, pro které je v důsledku léčby obtížné počít potomka z vlastních pohlavních buněk“.<sup>155</sup> V těchto zdravotně indikovaných případech je kryokonzervace zcela pochopitelná a eticky přípustná, pokud se nejedná o kryokonzervaci embryí, ale spermií, oocytů, testikulární či ovariální tkáně. Eticky problematická však může být otázka mrazení tkání za účelem prodloužení reprodukčního období.

Embrya lze mrazit ve všech stádiích vývoje in vitro, nejčastěji jsou však zamrazovány v nejvyšším stupni jejich embryonálního vývoje, který lze kultivovat v podmínkách in vitro, ve stádiu blastocyst.<sup>156</sup> Co se poté děje se zmrazenými embryi záleží jak na legislativě daného státu, tak na finančních možnostech rodiny. Legislativy evropských států většinou tuto dobu stanovují na pět let, v České republice není tato doba stanovena. Po uplynutí této doby jsou embrya rozmrazena a zničena. V USA je jediným limitem finanční limit rodičů, roční skladování vyjde na stovky dolarů.<sup>157</sup> V České republice se cena za kryokonzervaci genetického materiálu za každý započatý rok pohybuje v částkách okolo 100 Kč<sup>158</sup>, 1 500 Kč.<sup>159</sup>

Embrya může potkat jeden ze tří nejčastějších osudů. Zprvé mohou být použity pro příští embryotransfer u neplodného páru. Buď se bude jednat o ten stejný neplodný pár, který je nechal zamrazit, tzn. jejich biologické rodiče, nebo mohou být adoptovány jiným neplodným párem, který z různých důvodů nemůže použít embryo vlastní. Druhá možnost je likvidace těchto embryí, a to kdykoli, případně po maximální možné době

---

<sup>152</sup> ŘEZÁČOVÁ, J. a kol. *Reprodukční medicína. Současné možnosti v asistované reprodukci*. Praha: Mladá fronta a.s., 2018. ISBN 978-80-204-4657-2, s. 445.

<sup>153</sup> Srov. tamtéž, s. 445-446.

<sup>154</sup> ŘEŽÁBEK, K., POHLOVÁ, R. *Zdravotnická statistika. Asistovaná reprodukce v ČR 2017*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019. ISBN 978-80-7472-182-3, s. 7.

<sup>155</sup> SLEPIČKOVÁ, L., FUČÍK, P. Sociální kontext postojů k řešení neplodnosti. *Sociologický časopis*, 2009; roč. 45, č. 2, str. 267-290, s. 268.

<sup>156</sup> Srov. ŘEZÁČOVÁ, J. a kol. *Reprodukční medicína. Současné možnosti v asistované reprodukci*. Praha: Mladá fronta a.s., 2018. ISBN 978-80-204-4657-2, s. 446.

<sup>157</sup> Srov. VÁCHA, M., KONIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál s.r.o., 2012. ISBN 978-80-7367-780-0, str. 182.

<sup>158</sup> Fakultní nemocnice v Motole. *Ceník výkonů* [online]. [vid. 2022-02-10]. Dostupné z: <https://www.fnmotol.cz/car/cenik-vykonu/>.

<sup>159</sup> Klinické centrum ISCARE. *Ceník výkonů asistované reprodukce* [online]. [cit. 2021-01-09]. Dostupné z:

[https://www.iscare.cz/uploads/ckeditor/attachments/429/Cen\\_k\\_IVF\\_ISCARE\\_CZ\\_v\\_etn\\_podm\\_nek\\_09\\_2021.pdf](https://www.iscare.cz/uploads/ckeditor/attachments/429/Cen_k_IVF_ISCARE_CZ_v_etn_podm_nek_09_2021.pdf).

jejich skladování, jak může udávat legislativa státu. Poslední možností je použít embrya pro účely vědy a rozebrat je na kmenové buňky.<sup>160</sup>

Kromě těchto etických problémů je zásadní problém to, proč tato nadpočetná embrya vznikají, a také, co s tím můžeme v tuto chvíli dělat. Jedná se o celosvětový problém, kdy celkově je na světě odhadován počet zamražených embryí na několik milionů, hovoří se o celé „zmražené generaci“. Z pozice ontologického personalismu neexistuje eticky čistá odpověď, co s těmito embryi dělat.<sup>161</sup>

Zajímavý návrh řešení této situace dnes podává například George a Tollefsen: „*Vědci měli provádět soustavný výzkum (podporovaný státem) procesu dediferenciace somatických buněk, pozměněných přenosů jader a technik umožňujících rozlišení živých kryogenně uchovávaných embryí od mrtvých. Jednotlivé státy by měly zákonem regulovat produkci lidských embryí prostřednictvím procedury oplodnění in vitro, aby tak zajistily, že páry nevytvoří více embryí, než o kolika se dá rozumně předpokládat, že je žena donosí až do porodu. Pokud se organizace sjednávající adopce dětí chtějí zaměřit na osud milionů embryí, měly by spolupracovat s klinikami asistované reprodukce a nemocnicemi, aby párům nabídly možnost adoptovat embrya, kterých se jejich biologičtí rodiče z nějakého důvodu zřekli*“.<sup>162</sup>

V této souvislosti zmiňuje Vácha německou cestu. V Německu se praktikuje asistovaná reprodukce metodou, která se snaží vyhnout všem třem výše zmíněným etickým úskalím. Z matky se odeberou pouze dva folikuly, z nichž se dá vzniknout dvěma embryím, a obě se bez jakékoli diagnostiky zavádějí do dělohy. Neprovádí se tedy PGD, nic se neredukuje a nezbyvají žádná nadpočetná embrya. Nevýhodou samozřejmě je, že v případě, že se ani jedno embryo v děloze neuhnízdí, nejsou již v záloze žádná náhradní, a tak musí ženy celý cyklus případně absolvovat znovu. Dále se také neví, zda embrya nemají genetickou vadu.<sup>163</sup>

Pokud shrneme tuto kapitolu, vznik nadpočetných embryí je reálný etický problém, protože již při jejich vzniku je jasné, že mnoho, nebojím se říct většina, nedostane nikdy šanci k uhnízdění v děloze své matky a tady šanci na život. Jejich další osud je buď zánik, nebo kryokonzervace, kdy je jejich osud snad ještě více nejistý. Nelze přehlédnout fakt, že je s nimi nakládáno spíše jako s biologickým materiálem než jako s člověkem, pro jejich „uskladnění“ je vytvořen ceník.

Jejich samotný vznik zcela odporuje kategorickému imperativu. Proč vznikají nadpočetná embrya? V lepším případě pouze jako prostředek pro větší jistotu úspěšného cyklu nebo prostředek, aby v příštím cyklu žena nemusela znovu podstupovat celý IVF cyklus. V horším případě se stanou prostředkem, zvaným materiál, k výzkumným účelům.

Dokonce i zastánci názoru, že embryo ještě není člověk a že se jím teprve v budoucnu může stát, musí uvažovat o tom, jaké následky mohou nastat, když se s embryi vyrobenými reprodukční medicínou zachází jako s pouhými věcmi. Je potřeba totiž odlišit odpovědnost embryí, které mohou zaniknout přirozeně od odpovědnosti, kdy embrya necháme zcela nepřirozeně zanikat. Zde je odpovědnost přenesena speciálně na neplodné páry, které dají takovým embryím vzniknout, a na zainteresovaný lékařský a

<sup>160</sup> Srov. VÁCHA, M. O. *Místo, na němž stojíš, je posvátná země*. Brno: Cesta, 2008. ISBN 978-80-7295-104-8, s. 62-64.

<sup>161</sup> Srov. VÁCHA, M., KONIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál s.r.o., 2012. ISBN 978-80-7367-780-0, s. 182;183.

<sup>162</sup> GEORGE, R.P., TOLLEFSEN, CH. *Embryo. A Defense of Human Life*. New York: Doubleday, 2008, str. 210-217 In ČERNÝ, D. a kol. *Lidské embryo v perspektivě bioetiky*. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., společně s vysokou školou CEVRO Institut, 2011. ISBN 978-80-7357-648-6, s. 212.

<sup>163</sup> Srov. VÁCHA, M. O. *Místo, na němž stojíš, je posvátná země*. Brno: Cesta, 2008. ISBN 978-80-7295-104-8, s. 64;65.

vědecký personál, na kterém jsou ona embrya životně závislá. Vzniká zde zcela nový typ zodpovědnosti. Nelze přehlédnout fakt, že tato embrya by měla být stvořena pouze k účelu lidské reprodukce. S tím je ovšem neslučitelný způsob jednání, jehož cílem není vytvořit biologicky použitelný počet embryí pro jeden neplodný pár, ale jejich nadpočet. To totiž dává jasný důkaz, že tento stupeň vývoje lidského života má charakter pouhého objektu. Opět se vracíme k předpokladu, že lidský život se smí reprodukcí medicínou vyrábět jako něco, co je pouhým prostředkem k nějakému účelu, nikoli účelem v sobě samém.<sup>164</sup>

Vácha ještě vyvrací argument, že i příroda sama zachází s embryi velmi marnotratně, proto by snad i marnotratný osud embryí vzniklých v průběhu asistované reprodukce měl být přijatelný. Vyvrací ho argumentem tzv. naturalistického chybného závěru. Nelze porovnávat to, co se děje přirozeně, protože některé věci se v přírodě se zkrátka dějí, avšak příroda není morální ani nemorální, není zlá ani dobrá. Některé věci se zkrátka dějí a my o nich často ani nevíme (například, že v přirozeném cyklu dojde k oplodnění a plod již nezahnízdí a přirozeně odejde). Člověk však je morální bytost a jako taková se musí ptát co je dobré a co je špatné, z tohoto údělu se nelze vyvázat.<sup>165</sup>

### 2.3 Výzkum embryonálních kmenových buněk

Pokud máme pochopit pojem kmenová buňka, je v první řadě potřeba říct, co kmenová buňka není. Kmenová buňka neznamena jediný buněčný typ. Jedná se o řadu buněk, které se liší svým původem, tvarem, velikostí a také vlastnostmi. Přesná definice vyžaduje splnění dvou základních podmínek: schopnosti sebeobnovy a diferenciaci na různé typy buněk. Podle původu můžeme kmenové buňky rozdělit na embryonální; indukované pluripotentní a kmenové buňky izolované z dospělého organismu.<sup>166</sup>

Etická problematika embryonálních kmenových buněk je založená opět na otázce statusu lidského embrya a naší odpovědnosti vůči němu. V současnosti jsou embryonální kmenové buňky získávány ze tří zdrojů. Zaprvé nadpočetná embrya, která zde zůstala po úspěšně provedeném cyklu asistované reprodukce, a jejichž počty, jak již bylo řečeno, se v Evropě blíží k jednomu milionu.<sup>167</sup> Jejich využití se může zdát být nasnadě, když už existují a jejich osud, jak jsme již vysvětlili, je značně nejistý. Vácha však v souvislosti s tímto argumentem upozorňuje na zcela chybnou, takzvanou, argumentaci kruhem: „*Když už tato embrya máme, byla by škoda je nevyužít, vždyť by byla tak jako tak jednou zlikvidována.*“<sup>168</sup>

Druhým zdrojem jsou embrya vytvořená metodou IVF pouze pro výzkumné účely. Tato metoda je povolena ve Velké Británii. Fakticky jsou tato embrya vytvořena pouze pro výzkumné účely, již od začátku je jim upřena šance na život.<sup>169</sup>

<sup>164</sup> Srov. WOLFGANG HUBER. *Etika, základní otázky života*. Munchen: C.H.Beck oHG, 2013. Přeložil Petr Babka, 2016. ISBN 978-80-7429-642-0, s. 44;45.

<sup>165</sup> Srov. VÁCHA, M. O. *Místo, na němž stojíš, je posvátná země*. Brno: Cesta, 2008. ISBN 978-80-7295-104-8, s. 90;91.

<sup>166</sup> KRULOVÁ, M. Čeká nás století kmenových buněk? *Časopis Vesmír* [online]. [cit. 2015-02-02]. Dostupné z: <https://vesmir.cz/cz/on-line-clanky/2015/02/ceka-nas-stoleti-kmenovych-bunek.html>.

<sup>167</sup> Srov. VÁCHA, M., KONIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál s.r.o., 2012. ISBN 978-80-7367-780-0, str. 211;212.

<sup>168</sup> VÁCHA, M. O. *Místo, na němž stojíš, je posvátná země*. Brno: Cesta, 2008. ISBN 978-80-7295-104-8, s. 64.

<sup>169</sup> Srov. tamtéž, s. 79;80.

Třetím zdrojem jsou pak embrya vytvořená metodou SCNT pro výzkumné účely nebo pro účely zisku embryonálních kmenových buněk. Jedná se o terapeutické klonování, které je také povolené např. ve Velké Británii.<sup>170</sup>

Embryonální kmenové buňky se získávají z časně vývojové fáze embrya – vnitřní vrstvy blastocysty. Je to poslední stádium, které se v děloze vyvíjí volně bez vazby na tkáň matky a které je možné kultivovat mimo živý organismus (in vitro). Jsou pluripotentní, to znamená, že se mohou vyvinout ve více než 220 buněčných typů přítomných v lidském těle.<sup>171</sup>

Díky této jejich vlastnosti je výzkum embryonálních buněk tak zajímavý. Od výzkumu se zejména slibuje, že by se mohly využívat pro léčbu nemocí jako je například Parkinsonova a Alzheimerova choroba, různá poranění míchy, roztroušená skleróza, diabetes, popáleniny, leukémie, Huntingtonova choroba a jiné. Další využití kmenových buněk by mohlo být v oblasti farmakologie, toxikologie, genové terapie atd.<sup>172</sup>

Slibná budoucnost výzkumu je velký argument pro tento výzkum. Navíc nevíme, kam až výzkum povede a co všechno by se mohlo díky němu vyléčit, kolik životů by mohlo být zachráněno. Ovšem protiargument k tomuto je, že výzkum není absolutním imperativem. Tento výzkum je totiž absolutně neetický, neboť jsme již prokázali, že embryo není jen shluk buněk, je osobou. Vácha srovnává nesrovnatelné, jak sám uvádí, a uvádí příklad o výzkumech v koncentračních táborech, aby ukázal, že výzkum je buď dobrý, nebo špatný a je jen na nás, jak rozhodneme o tom, jaký je výzkum kmenových buněk.<sup>173</sup>

Samozřejmě, že každý by chtěl, aby se nemocní pacienti uzdravili, nelze však pro jejich uzdravení používat neetickou léčbu. Pokud bychom na toto přistoupili, přistoupili bychom na fakt, že jeden lidský život má jinou hodnotu než život jiný. Museli bychom pak přistoupit i na to, že zabít někoho, abychom darovali orgány někomu jinému, je v pořádku. Navíc i když cesta výzkumu embryonálních kmenových buněk je velmi slibná, rozhodně není jediná. Máme i jiné druhy kmenových buněk, například kmenové buňky izolované z dospělého organismu, které se nacházejí v těle každého z nás. Jejich výzkum se také ukazuje jako čím dál slibnější a bez etických dilemat.<sup>174</sup> Politický návrh řešení nabízejí například George a Tollefsen: „*Vlády všech zemí by měly zákazem embryodestruktivního výzkumu uzákonit povinnost chránit embryonální lidský život. Jako nutný prostředek k tomu musejí trvat na zákazu finanční podpory tohoto výzkumu, případně by měly přijmout opatření zakazující embryodestruktivní výzkum placený z peněz daňových poplatníků.*“<sup>175</sup>

## 2.4 Preimplantační genetická diagnostika

Preimplantační genetická diagnostika (PGD) je genetické vyšetření embrya na začátku jeho vývoje, ještě před přenesením do dělohy. Můžeme ji rozdělit podle cíle na

<sup>170</sup> Srov. VÁCHA, M. O. *Místo, na němž stojíš, je posvátná země*. Brno: Cesta, 2008. ISBN 978-80-7295-104-8, s. 80.

<sup>171</sup> KRULOVÁ, M. Čeká nás století kmenových buněk? *Časopis Vesmír* [online]. [cit. 2015-02-02]. Dostupné z: <https://vesmir.cz/cz/on-line-clanky/2015/02/ceka-nas-stoleti-kmenovych-bunek.html>.

<sup>172</sup> Srov. VÁCHA, M., KONIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál s.r.o., 2012. ISBN 978-80-7367-780-0, s. 212.

<sup>173</sup> Srov. VÁCHA, M. O. *Místo, na němž stojíš, je posvátná země*. Brno: Cesta, 2008. ISBN 978-80-7295-104-8, s. 81-83.

<sup>174</sup> Srov. tamtéž, s. 81-83.

<sup>175</sup> GEORGE, R.P., TOLLEFSEN, CH. *Embryo. A Defense of Human Life*. New York: Doubleday, 2008, str. 210-217 In ČERNÝ, D. a kol. *Lidské embryo v perspektivě bioetiky*. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., společně s vysokou školou CEVRO Institut, 2011. ISBN 978-80-7357-648-6, s. 124.

preimplantační genetický screening aneuploidii nebo diagnostice konkrétního genetického problému páru.<sup>176</sup> Například centrum Pronatal popisuje jejich postup při preimplantační genetické diagnostice takto: „*Pro genetickou analýzu odebíráme z embrya většinou pátý den po oplodnění několik buněk pro vyšetření v genetické laboratoři. Z odebraných buněk vyšetříme embryonální DNA a na základě výsledku vyšetření určíme další osud embrya. Pouze embrya bez chromozomální odchylky a bez rizika vzniku konkrétního dědičného onemocnění jsou určena pro přenos do dělohy.*“<sup>177</sup> Nelze se nezeptat, opravdu je správné určovat osud embrya?

PGD ve stanovených mezích ospravedlňuje její příznivci především z hlediska zájmů a práv rodičů. Toto normativní odůvodnění je základem legislativy většiny evropských zemí, USA, Austrálie a Izraele. Existují však minimálně tři důvody, proč PGD považovat za neetickou. PGD je obecně doprovázeno ničením embryí, což můžeme považovat za porušení práva embryí na život. Za druhé je zde velké nebezpečí stále rostoucího používání PGD. Za třetí jedná se o eugenickou volbu. Protože PGD lze považovat za formu diskriminace těch osob, které žijí s nemocemi, kterým chce PGD předcházet.<sup>178</sup>

PGD může dát impuls pro nevratné rozhodnutí matky. Její aktuální východiska postavená na eugenické volbě jsou podklady pro tzv. „práva na reprodukční sebeurčení“, které jsou v dnešní době velmi protěžovány. Z americké diskuse na toto téma se i do našeho prostředí zavedly pojmy, které označují dva postoje „*pro life*“ a „*pro choice*“, první označuje právo embrya na život a druhé je východiskem pro právo matky na sebeurčení. Oba tyto směry mají ale jedno společné a to, že hledí na těhotenství pouze z jedné strany, buď z pohledu embrya nebo matky. Ignorují fakt, že těhotenství je životní společenství, v němž jsou obě strany silně spjaty jedna s druhou.<sup>179</sup>

Obecně prenatalní diagnostika nám umožňuje vidět plod v těle matky již ve velmi brzkých stádiích, a tak také vznikl sklon k tomu ho osamostatňovat. Pravda je ovšem taková, že plod je dlouhou dobu součástí těla matky, je na ni životně závislý. Ve sporných případech se musí prokazovat svébytné právo plodu na život. Preimplantační genetická diagnostika tuto polemiku přesunuje k úplnému začátku vzniku lidského života. Možná ještě více potvrzuje „samostatnost“ plodu, protože v tuto chvíli není ještě ani ve splynutí s matkou. Je důležité si však uvědomit, že jádro problému zůstává stejné: jsou dány na mísky vah práva embrya a práva matky. Možná stejně tak je použit utilitaristický kalkul založený na principu následků a vydáno rozhodnutí.<sup>180</sup> Takto však uvažovat nelze. Nemůžeme se rozhodovat na základě porovnávání práv matky a dítěte, pokud jednáme o konci lidského života, jedná se o uvažování čistě utilitaristické. I ve chvíli, kdy vznikne nový život v Petriho misce, je naší součástí, neseme za něj jako rodiče odpovědnost. Rodičovství, potažmo těhotenství, nelze brát jen jako stav fyzický, ale jedná se o pouto. „*Když se na těhotenství hledí jako na životní vztah, pak ochrana nastávajícího života vyplývá z konkrétní odpovědnosti matky (a také otce) za vznikající život.*“<sup>181</sup>

PGD se provádí biopsií jedné blastomery z 6-8 buněčného embrya. Na jednu stranu se uvádí, že tento odběr vývoj embrya nijak nenarušuje, na stranu druhou však probíhá

<sup>176</sup> Srov. MARDEŠIČ, T. *Diagnostika a léčba poruch neplodnosti*. Praha: Grada Publishing a. s, 2013. ISBN: 978-80-247-4458-2, s. 72.

<sup>177</sup> PRONATAL. *PGT - preimplantační genetické vyšetření* [online]. [cit. 2022-01-01]. Dostupné z: <https://pronatal.cz/cs/pgt>.

<sup>178</sup> Srov. German National Academy of Sciences. *Preimplantation genetic diagnosis (PGD) The effects of limited approval in Germany* [online]. [cit. 2011-01-01]. Dostupné z [https://www.leopoldina.org/uploads/tx\\_leopublication/stellungnahme\\_PID\\_2011\\_final\\_a4ansicht\\_EN.pdf](https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/stellungnahme_PID_2011_final_a4ansicht_EN.pdf)

<sup>179</sup> Srov. WOLFGANG HUBER. *Etika, základní otázky života*. Munchen: C.H.Beck oHG, 2013. Přeložil Petr Babka, 2016. ISBN 978-80-7429-642-0, s. 38;39.

<sup>180</sup> Srov. tamtéž, s. 38;39.

<sup>181</sup> Tamtéž, s. 39.

vývoj neinvazivní preimplantační diagnostiky, s odůvodněním, že ač se neprokázal nepříznivý vývojový efekt biopsie embrya, nejsou známy dlouhodobé výsledky.<sup>182</sup>

Závažným tématem je také úspěšnost GPD, které je také předmětem diskuse, protože její výsledky nelze přesně ověřit. Mezi hlavní úskalí této metody patří vyšetření malého množství buněk (z osmibuněčného embrya jsou pomocí mikromanipulátoru vyjmuty jedna až dvě buňky, které jsou následně vyšetřeny), kdy ne všechny buňky musí mít nutně stejnou genetickou výbavu. Takže může být výsledkem jak falešně označená predispozice k nemoci, tak informace o zdravotní nezávadnosti embrya. U chorob s pozdním nástupem nelze jednoznačně určit závažnost onemocnění, protože ta je závislá i na dalších vlivech prostředí a velmi těžko tak dochází ke zpětnému ověření správnosti výsledku testování.<sup>183</sup>

Dnes již PGD nějak logicky a neodmyslitelně přilnula k centrům AR, a i když je stále potřeba morálního rozhodování o ukončení dalšího vývoje embryí a její úspěšnost není zcela jasně stanovena, tato metoda se stává běžně praktikovanou a širokou veřejností stále více přijímanou jako obecné dobro pro rodiče i dítě. Je však v rozporu se statutem embrya, neboť přímo přispívá k jeho ničení. Je založena na eugenické volbě, pokud souhlasíme s tím, že přednost práva na život mají pouze lidé, kteří jsou zdraví, zároveň souhlasíme, že život zdravého člověka má větší cenu než život člověka trpícího dědičnou vadou. Jakákoli taková volba je nepřipustná. Dále může ještě více prohlubovat problematiku pojetí těhotenství, práva matky oproti právu embrya. Jedná se o metodu vůči embryu invazivní, která má negativní vliv na budoucnost člověka.

## 2.5 Redukce vícečetného těhotenství

Zajímavá informace se vyskytuje v informovaném souhlasu k fetální dedukci (snížení počtu plodů u vícečetného těhotenství) Fakultní nemocnice Plzeň: „*Přes veškerá opatření a zajištění Vašeho těhotenství, může dojít i k samovolnému potratu zbývajících plodů. Tato komplikace se vyskytuje asi v 5–10 %. Je nutné si uvědomit, že při ponechání vícečetného těhotenství (trojčat a více) je riziko samovolného potratu vyšší (asi 10–20 %).*“<sup>184</sup> Řekněme, že se jedná o velmi kulantní kalkul, co je pro těhotenství ženy dobré. Je však v rozporu s etikou odpovědnosti. Pokud žena přirozeně potratí, je to neštěstí, které je zcela jistě i velmi bolestnou zkušeností. Ovšem děje se tak samovolně, zařídila to sama příroda a my neznáme důvod. Člověk není všemocný. Ovšem situace redukce těhotenství při asistované reprodukci je zcela jiná. Žena rozhodne o vložení plodů do své dělohy a je za ně zodpovědná. Samozřejmě nejen ona, ale i potencionální otec a lékařský tým. A posléze oni rozhodnou o redukci plodů.

Redukce se provádí tak, že do srdce embrya se injikuje přes abdominální stěnu roztok KCl. Po 12 hodinách se zkontroluje, zda již srdce netluče a proces se případně opakuje. Toto se provádí mezi 10.-14. týdnem těhotenství, a to z důvodu, aby lékař mohl spolehlivě odhadnout, zda se všechna embrya vyvíjejí zdravě. Jsou redukovány zejména embrya, u kterých jsou nalezeny abnormality či nejsou v optimální poloze. Pokud žádné takové embryo není, jsou redukována dle rozhodnutí lékaře.<sup>185</sup>

Při bližším zkoumání vidíme, že žena i lékařský tým jsou odpovědní za život embryí hned dvakrát. Poprvé, když jim život dali, i když věděli, že v lepším případě zaniknou

---

<sup>182</sup> Srov. ŘEZÁČOVÁ, J. a kol. *Reprodukční medicína. Současné možnosti v asistované reprodukci*. Praha: Mladá fronta a.s., 2018. ISBN 978-80-204-4657-2, s. 566.

<sup>183</sup> Srov. tamtéž, s. 76;77.

<sup>184</sup> FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ. *Informovaný souhlas mateřství* [online]. [vid. 2022-02-10] Dostupné z: <https://gpk.fnplzen.cz/sites/users/gpk/fetoredukce.pdf>

<sup>185</sup> Srov. VÁCHA, M., KONIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál s.r.o., 2012. ISBN 978-80-7367-780-0, s. 183;184.



samovolně, v horším případě, budou muset být redukováni. A podruhé, když provedli redukci samotnou. Vácha upozorňuje na fakt, který udávají zastánci této metody: „*nejedná se o potrat, neboť se nic nepotrácí, embryo je absorbováno dělohou, a navíc těhotenství pokračuje*“.<sup>186</sup> Tento argument bych označila za pravdivý pouze po fyzické stránce. Dovolím si přirovnání: „*Ani naše těla se ze země nikam nevytrácejí, naopak zůstávají v ní, nejedná se tedy o smrt*“.<sup>187</sup> Zní to absurdně, ale po stránce našeho fyzického těla si myslím, že je to pravdivé. Ovšem o životě jako takovém to tvrdit nemůžeme, rozhodně ne s nějakou vědeckou jistotou, ten po naší smrti na této zemi končí úplně stejně tak jako život embryí v děloze. Embrya byla vědomě stvořena k tomu účelu, abychom zvýšili šanci na vznik těhotenství, které je ovšem zároveň ohrožováno vícečetným těhotenstvím a poté je ohrožováno ještě jednou redukcí vícečetného těhotenství.

Ještě je potřeba brát v potaz protiargument, že zavedení více embryí je v dnešní době již minulostí. V souladu s doporučením mezinárodních odborných společností a v souladu s doporučením výboru Sekce asistované reprodukce (SAR) České gynekologicko-porodnické společnosti (ČGPS) přenášíme v drtivé většině pouze 1 embryo. Ovšem o počtu transferovaných embryí vždy rozhoduje léčený pár po poradě s lékařem.<sup>187</sup> V této souvislosti Vácha upozorňuje, že se však nejedná o důvod etický, ale čistě pragmatický<sup>188</sup>, což také potvrzuje tvrzení z webových stránek REPROMEDA, klinika pro léčbu neplodnosti, když sděluje, proč netransferuje více embryí „*Transfer dvou nebo více embryí významně nezvyšuje pravděpodobnost otěhotnění, naopak pouze nesrovnatelně zvyšuje podíl vícečetných těhotenství*“.<sup>189</sup>

Tuto část si dovolím označit za jednu z eticky nejproblematičtějších z celé oblasti asistované reprodukce, neboť je jasným příkladem toho, jak marnotratně je s lidským životem vědomě zacházeno. Je zde popřena existence lidství v embryu. Vše se děje zcela odpovědně a vědomě jak ze strany matky, tak ze strany lékařského týmu.

## 2.6 Náhradní mateřství

V České republice není náhradní mateřství nijak právně ošetřeno. Platí tedy stávající zákonná ustanovení. „*Matkou dítěte je žena, která je porodila*“.<sup>190</sup> A pomineme-li možnost, že by proběhl sňatek mezi potencionálním otcem a náhradní matkou, tak by se otcovství určilo následovně: „*Narodí-li se dítě, které je počato umělým oplodněním, ženě neprovdané, má se za to, že otcem dítěte je muž, který dal k umělému oplodnění souhlas*“.<sup>191</sup> Teoreticky vzato tedy je náhradní mateřství založeno tak, že náhradní matka porodí dítě, kterého se právně vzdá a manželka otce jej osvojí. Vše ovšem závisí pouze na jejich dohodě, která je ovšem právně neplatná a nevymahatelná. Je možné si tento proces kdykoli rozmyslet. Jak ze strany náhradní matky, která se může rozhodnout se dítěte nevzdat, tak ze strany otce a jeho manželky, které dítě nakonec nemusí přijmout.

Úplné náhradní mateřství a následná adopce narozeného dítěte vyžaduje naprosté právní krytí, které však v České republice neexistuje. Proto po narození dítěte může dojít k soudním sporům, ale vzhledem k zákonným ustanovením jsou matka i otec jasně dány.

<sup>186</sup> VÁCHA, M. O. *Místo, na němž stojíš, je posvátná země*. Brno: Cesta, 2008. ISBN 978-80-7295-104-8, s. 62.

<sup>187</sup> REPROMEDA, klinika pro léčbu neplodnosti. *Embryotransfer* [online]. [cit. 2022-01-01]. Dostupné z: <https://www.repromeda.cz/poskytovana-pece/lecba-neplodnosti/ivf/embryotransfer/>

<sup>188</sup> Srov. VÁCHA, M., KONIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál s.r.o., 2012. ISBN 978-80-7367-780-0, s. 183;184.

<sup>189</sup> REPROMEDA, klinika pro léčbu neplodnosti. *Embryotransfer* [online]. [cit. 2022-01-01]. Dostupné z: <https://www.repromeda.cz/poskytovana-pece/lecba-neplodnosti/ivf/embryotransfer/>

<sup>190</sup> Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění platném k 1.7.2021.

<sup>191</sup> Tamtéž.

Jsou státy, kde je náhradní mateřství zákonem výslovně zakázáno. Patří mezi ně například Estonsko, Maďarsko, Slovensko.<sup>192</sup> Situace v České republice je momentálně taková, že náhradní mateřství je prováděno, na svých webových stránkách jej nabízí například klinika REPROMEDA, klinika pro léčbu neplodnosti<sup>193</sup>, REPROFIT international<sup>194</sup>, IVF ZLÍN Czech republic<sup>195</sup> a další.

Problematika náhradního mateřství se tedy odehrává na několika úrovních. Na úrovni jedince, tzn. otce, matky, náhradní matky a také dítěte, pro které může nedostatečné právní krytí přinášet velmi závažné důsledky sociální, společenské či rodinné. Ze strany takto narozeného dítěte je také problém s identitou, protože má právo znát své biologické rodiče. Může být problematické se vypořádat s faktem, že má biologické rodiče, kteří ani nemusí být skutečnými rodiči, tzn. matku, která jej porodila a případně ještě dárce jeho genetického materiálu. Problém je také na úrovni společenské, kdy zhruba před deseti lety bylo náhradní mateřství takto komentováno v odborném časopisu na téma aktuálních otázek o asistované reprodukci a náhradním mateřství „*Společnost začíná akceptovat, že existují alternativní cesty, jak mít rodinu, a lze očekávat, že s postupem času a budou-li se zdírazňovat pozitivní aspekty rodinného života, bude stigma náhradního mateřství mizet.*“<sup>196</sup>

Otázkou zůstává, zda tomu tak opravdu je. Zda je to vhodný sociokulturní jev a zda případné přijetí tohoto jevu nějak zmírňuje praktické dopady na životy účastníků náhradního mateřství v procesu asistované reprodukce.

## 2.7 Problematika dárcovství

Problém lze najít již v jeho podstatě, zahrnutí třetí strany do procesu reprodukce. Propojení dalšího člověka, v lepším případě pouze jednoho, může znamenat velké problémy v institutu rodiny, v právním ukotvení, ale i v problematické roli v životě člověka narozeného tímto způsobem. Je důležité si uvědomit, že problematika dárcovství krve, kostní dřeně či ledvin je již vyřešena a většinově přijata, ovšem tato problematika je zcela odlišná od dárcovství oocytů či embryí, které naopak zatím není nijak ošetřeno jak po stránce etické tak po stránce společenské či zákonné.<sup>197</sup>

Dárcovství gamet je díky metodě ICSI mnohem více zastoupeno darováním oocytů než spermií, neboť díky této metodě lze použít pro IVF i spermie prakticky nepohyblivé.<sup>198</sup> V rámci AR rozlišujeme cyklus Darování a cyklus Přijetí. Cyklus Darování oocytu („ed“ – egg donation) je poskytnutí vlastního oocytu jiné osobě, v České republice vzhledem k zákonu tedy jinému neplodnému páru. Cyklus této ženy – dárkyně – je veden samostatně, odděleně od cyklu příjemkyně, a v NRAR končí vyčíslením počtu

<sup>192</sup> Srov. DOSTÁL, J. *Etické a právní aspekty asistované reprodukce*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1700-4, s. 85.

<sup>193</sup> REPROMEDA, klinika pro léčbu neplodnosti. *Chci využít náhradní mateřství* [online]. [vid. 2022-02-10]. Dostupné z: [https://www.repromeda.cz/poskytovana-pece/nahradni-materstvi/chci-vyuzit-nahradni-materstvi/?gclid=Cj0KCQiA88X\\_BRDUARIsACVMYD\\_yAkkOdrPRc\\_BNtrnLUJ95ntiNWWaT-IRHb4g5Ur4KglbFYB1W7N0aAmsrEALw\\_wcB](https://www.repromeda.cz/poskytovana-pece/nahradni-materstvi/chci-vyuzit-nahradni-materstvi/?gclid=Cj0KCQiA88X_BRDUARIsACVMYD_yAkkOdrPRc_BNtrnLUJ95ntiNWWaT-IRHb4g5Ur4KglbFYB1W7N0aAmsrEALw_wcB).

<sup>194</sup> REPROFIT international. *Náhradní (surogátní) mateřství* [online]. [vid. 2022-02-10] Dostupné z: <https://www.reprofit.cz/umele-oplodneni/nahradni-materstvi/>.

<sup>195</sup> IVF ZLÍN Czech republic. *Náhradní mateřství* [online]. [vid. 2022-02-10] Dostupné z: <https://www.ivf-zlin.cz/nahradni-materstvi>.

<sup>196</sup> VENTRUBA, P. a kol. Aktuální otázky asistované reprodukce v České republice. *Česká gynekologie*, 2013, roč. 78, č. 4, s. 378-384.

<sup>197</sup> Srov. HAASOVÁ, I. *Etika asistované reprodukce*. *Urologie pro praxi*, 2012, roč. 13, č. 6, s. 254-258.

<sup>198</sup> Srov. VÁCHA, M., KONIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál s.r.o., 2012. ISBN 978-80-7367-780-0, s. 177.

darovaných vajíček. Cyklus Přijetí (darovaného) oocyty („OoR“ – Oocyte Receipt) je akce reciproční k darování oocyty, v České republice vzhledem k zákonu přijímá oocyt vždy neplodný pár.<sup>199</sup>

V rámci dárcovství při IVF lze pracovat i s embryi. Embryo může být vytvořeno v kombinaci z oocytů neplodného páru a dárce, či jen z dárcovských oocytů. Embrya vzniklá v rámci mimotělního oplození náleží páru, který o jejich vytvoření požádal, a to bez ohledu na to, zda zárodečné buňky použité k vytvoření embryí byly jejich vlastní, nebo přijaté spermie nebo oocyty, či obojí. Pokud se embrya zmrazí, bude následovat KET vlastních embryí (už embrya nepřijímají, jsou totiž už jejich). Cyklus Přijetí (darovaného) embrya („EmR“ – Embryo Receipt) je cyklus přijímající embryo jiného páru, které bylo primárně vytvořeno (v jejich cyklu, vedeném na ženu z původního páru) s cílem léčby jejich neplodnosti a pár se posléze rozhodl embryo nepoužít a darovat je jinému neplodnému páru.<sup>200</sup>

Dárcovství v České republice je anonymní, stejně jako ve Francii, Španělsku nebo Kanadě. Naopak odtajněné darování oocytů je v Rakousku, Švýcarsku, Švédsku, Austrálii či Británii.<sup>201</sup> V České republice je anonymita dárcovství uzákoněna takto „*Poskytovatel, který je oprávněn provádět metody a postupy asistované reprodukce, je povinen zajistit zachování vzájemné anonymity anonymního dárce a neplodného páru a anonymity anonymního dárce a dítěte narozeného z asistované reprodukce.*“<sup>202</sup> Zároveň hned v druhém odstavci citovaného ustanovení musí být údaje o zdravotním stavu anonymního dárce uchovány po dobu 30 let od provedení umělého oplodnění, přičemž má neplodný pár nebo zletilá osoba narozená z asistované reprodukce právo písemně požádat o jejich poskytnutí.<sup>203</sup>

Zde existuje první eticko-právní problém: právo znát své biologické rodiče. Pro každého člověka je důležité se vyrovnat s vlastní identitou. Znat fakta o svém původu je vysloveně zakotven ve vztahu k právní ochraně dítěte, které nalezneme v čl. 7 Úmluvy o právech dítěte z roku 1989, ve kterém je uvedeno, že: „*Každé dítě je registrováno ihned po narození a má od narození právo na jméno, právo na státní příslušnost, a pokud to je možné, právo znát své rodiče a právo na jejich péči. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, zabezpečují provádění těchto práv a v souladu se svým vnitrostátním zákonodárstvím a v souladu se svými závazky vyplývajícími z příslušných mezinárodněprávních dokumentů v této oblasti se zvláštním důrazem na to, aby dítě nezůstalo bez státní příslušnosti.*“<sup>204</sup>

Z toho všeho vyplývá, že v České republice není nijak garantováno, že se k člověku, který se narodí z „programu“ dárcovství AR, informace o jeho původu reálně dostanou. Otázkou také zůstává, jak se člověk dokáže s takovou informací ztotožnit, zda nebude trpět pocitem vykořenění, neschopností identifikovat se s rodinou, do které se narodil. Zároveň je ochuzen o možnost poznání biologické rodiny, případně sourozenců. Nemá lidové pořekadlo „krev není voda“ v sobě více pravdy, než tušíme?

Podobný problém může nastat i na straně neplodného páru, který tímto způsobem počne dítě. Opravdu se nemůže stát, že by dítě nedokázali přilnout? Co, když se tomuto

<sup>199</sup> Srov. ŘEŽÁBEK, K., POHLOVÁ, R. *Zdravotnická statistika. Asistovaná reprodukce v ČR 2017*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019. ISBN 978-80-7472-182-3, s.6.

<sup>200</sup> Tamtéž, s. 7.

<sup>201</sup> HARPER, J., KENNET, D., REISEL, D. The end of donor anonymity: how genetic testing is likely to drive anonymous gamete donation out of business. *Human Reproduction*, 2016, roč. 31, č. 6, s. 1136.

<sup>202</sup> Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění platném k 1.1.2022.

<sup>203</sup> Tamtéž.

<sup>204</sup> Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Úmluva o právech dítěte a související dokumenty*. [online]. [cit. 2016-11-24]. Dostupné z <https://www.vlada.cz/assets/ppov/rlp/vybory/pro-prava-ditete/Preklady-dokumentu-OSN.pdf>, s.4.

páru v budoucnu narodí sourozenec přirozenou cestou, nemůže dojít k rozdílným vztahům v této rodině? Zajímavou myšlenku uvádí také Vácha, který říká, že „*život existuje ve vztazích: každé embryo má původ ve dvou konkrétních lidech*“.<sup>205</sup> Může nastat i nerovnováha na straně rodičů, např. při případném rozvodu se jeden z rodičů může cítit více oprávněn, neboť jeho je dítě i po biologické stránce. Tento proces však neprobíhá pouze na straně takto narozeného člověka a na straně rodiny, do které se narodil, probíhá současně i na straně dárců. Nebude jim tento krok někdy na obtíž? Nebudou svého činu litovat, či naopak nebudou mít problém vyrovnat se s faktem, že někde je kus jich samotných?

Mohou však nastat i problémy čistě praktického charakteru. Centra asistované reprodukce nemají centrální evidenci, kde by se daly informace o dárcích zjistit. Informace jsou totiž anonymizovaná. V případě darování spermií tedy může nastat situace, kdy jeden muž obejde několik center asistované reprodukce, o čemž nejsou centra informována. Je tedy šance, že právě z jeho genetického materiálu vzejde větší množství dětí, které se v dospělosti mohou potkat a založit spolu rodinu. Lze namítat, že tato šance není velká, ovšem je možná, a v případě zrození dětí z takového spojení jsou důsledky závažné.<sup>206</sup>

Další eticky spornou otázkou je, zda se v této oblasti opravdu jedná o dárcovství. Z nejednotnosti regulace dárcovství vyplývá problém vytváření tržního prostředí v této oblasti. Poskytovatel hraří anonymním dárcyním či dárcům pouze účelně, hospodárně a prokazatelně vynaložené výdaje spojené s darováním zárodečných buněk.<sup>207</sup> Na druhou stranu jsou tyto výdaje spojené s darováním spermatu vyčísleny na částku 1 000 Kč, 2 000 Kč<sup>208</sup> nebo například odměna za 10. darování celkem činí 10 000 Kč a při 10. darování ještě bonus 5 000 Kč, pokud darování proběhne v pěti měsících<sup>209</sup>. Odměny za darování oocytů se pohybují 22 500 Kč<sup>210</sup>, 30 000 Kč<sup>211</sup> nebo opět kompenzace 28 000 Kč plus 5 000 Kč za vyplnění anonymního statistického průzkumu<sup>212</sup>. Je otázkou, zda opravdu tyto částky odpovídají kompenzaci nákladů dárců či zda jde již o byznys. A pokud jde o náklady na darování, jak je možné, že se odměny v jednotlivých centrech mohou tak lišit?

Řežábek rozděluje dva finanční přístupy k darování. Prvním je nevhodnost finanční odměny pro dárce, tento přístup je zřejmě etičtější, ovšem jeho nedostatkem může být fakt, že dárců není dostatečný počet. Druhý přístup motivuje dárce finanční kompenzací, dárců je tedy větší množství. Na druhou stranu dárcovství motivované finančním ziskem může některé osoby ve finanční tísní motivovat k dárcovství i za cenu, že o sobě nebudou uvádět pravdivé informace či budou darovat s častější frekvencí, než je doporučeno.<sup>213</sup>

---

<sup>205</sup> VÁCHA, M. O. *Místo, na němž stojíš, je posvátná země*. Brno: Cesta, 2008. ISBN 978-80-7295-104-8, s. 96.

<sup>206</sup> Srov. HAASOVÁ, I. *Etika asistované reprodukce*. *Urologie pro praxi*, 2012, roč. 13, č. 6, str. 254-258, s. 256;257.

<sup>207</sup> Fakultní nemocnice v Motole. *Dárcovský program* [online]. [vid. 2022-02-10]. Dostupné z: <https://www.fnmotol.cz/car/darcovsky-program/>.

<sup>208</sup> GENNET. *Proč darovat spermie?* [online]. [cit. 2022-01-01]. Dostupné z: [https://www.gennet.cz/chci-darovat-spermie?gclid=EAIAIQobChMIInM6F8qjV9QIVmLp3Ch16pwWUEAAYASAAEgJM8vD\\_BwE](https://www.gennet.cz/chci-darovat-spermie?gclid=EAIAIQobChMIInM6F8qjV9QIVmLp3Ch16pwWUEAAYASAAEgJM8vD_BwE)

<sup>209</sup> Klinické centrum ISCARE. *Dárci spermií* [online]. [vid. 2022-01-01]. Dostupné z: <https://www.iscare.cz/crm/darcovstvi/darci-spermi#Odměna%20pro%20dárce>.

<sup>210</sup> Fakultní nemocnice v Motole. *Darování vajíček* [online]. [vid. 2022-02-10]. Dostupné z: <https://www.fnmotol.cz/car/darcovsky-program/darovani-vajicek/>.

<sup>211</sup> PRONATAL. *Darování vajíček* [online]. [cit. 2022-01-01]. Dostupné z: <https://pronatal.cz/cs/darovani-vajicek>.

<sup>212</sup> GENNET. *Proč darovat vajíčka* [online]. [cit. 2022-01-01]. Dostupné z: [https://www.gennet.cz/darovani-vajicek?gclid=EAIAIQobChMIh72UnarV9QIVGc93Ch35wAHgEAAAYA\\_SAAEgJdD\\_BwE](https://www.gennet.cz/darovani-vajicek?gclid=EAIAIQobChMIh72UnarV9QIVGc93Ch35wAHgEAAAYA_SAAEgJdD_BwE).

<sup>213</sup> ŘEŽÁBEK, K. *Léčba neplodnosti*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0187-1, s. 102.

Je potřeba zvážit i riziko pro dárce. Dárcovství spermatu není podmíněno zdravotnickými úkoly pro dárce a není tedy rizikové. Dárcovství oocytů u žen však rizikové je. V srpnu roku 2019 se v českých médiích objevila zpráva o úmrtí dárkyně oocytů na jedné soukromé Brněnské reprodukční klinice.<sup>214</sup> Na tuto tragédii reaguje Komise pro reprodukční medicínu, kdy v Zápisu z jednání této komise ze dne 26. února 2020, Ministerstvo zdravotnictví ČR, mimo jiné sděluje, že chce předcházet úmrtím a zdravotním následkům u dárkyň oocytů tak, že bude přijat „návrh na zařazení registru dárců gamet do Národního registru reprodukčního zdraví. V návrhu jde o rozšíření Národního registru asistované reprodukce o další identifikátory o dárcích gamet v nepartnerském darování. Důvodem je zavedení možnosti vyřadit dárce gamet z programu IVF na základě zjištěných kontraindikací k darování, nesplnění zákonných požadavků na dárce gamet nebo po absolvování maximálního počtu darování gamet. Ostatní je již vyřešeno zákonem o lidských tkáních a buňkách. Odborná společnost navrhuje omezit maximální počet darování oocytů na 6 darování, což je v souladu s doporučením Americké asociace reprodukční medicíny, ale tato problematika bude muset být ještě podrobena další odborné diskusi.“<sup>215</sup> Je však toto opravdové řešení? Zvláště s přihlédnutím ke všem výše zmíněným problematickým aspektům musím dojít k závěru, že toto nelze považovat za konstruktivní řešení, které by problematiku dárcovství vyřešilo.

## 2.8 Člověk v procesu asistované reprodukce

Kdo je vlastně pacientem v procesu asistované reprodukce? Jak jsem již popsala v kapitole o asistované reprodukci, tak léčba neplodnosti je vždy léčbou neplodného páru, i když ve většině případů léčbu a zdravotní zásahy podstupuje zejména žena. I proto bychom mohli ženu, případně neplodný pár, označit jako pacienty v procesu asistované reprodukce. Jsem si však jistá, že toto není úplně kompletní. Již jsme si vyjasnili status lidského embrya, které je také účastníkem tohoto procesu. Je nutné také připustit, že se nejedná pouze o jedno embryo, ale ve většině případů vzniknou i nadpočetná embrya, která mohou být dále kryokonzervována. Z této úvahy tedy vyplývá, že lidských osob je v procesu asistované reprodukce hned několik. Můžeme je nazývat medicínsky „neplodným párem“ a „embryi“, myslím ale, že mnohem příhodnější označení by mělo být „rodiče“ a „děti“.

V procesu asistované reprodukce, stejně tak jako v každém jiném zdravotnickém procesu, by pacienti měli být seznámeni s průběhem léčby, jejím cílem, stejně tak se všemi možnými riziky. Dále by měli mít možnost spolupodílet se na průběhu své léčby. To, co zde popisují, jsou **práva pacientů**. Právě toto slovní spojení bývá často střetem zájmů mezi lékařem a pacientem. Je potřeba si uvědomit, že Česká republika patří do kategorie tzv. postkomunistických zemí a stále bývá v mnohých oborech zakotven spíše paternalistický přístup. Hnutí práv pacientů původně vzniklo v USA jako protipól k dehumanizaci medicíny, kterou se sebou přinesl jako negativní důsledek rozvoj technologizované medicíny. Ovšem s rozvojem společnosti a prohlubováním

<sup>214</sup> Novinky.cz. *Žena nepřežila odběr vajíček, další bojovala o život. Lékaři osvobozeni*. [online]. [cit. 2019-08-19]. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/krimi/clanek/zena-neprezila-odber-vajicek-dalsi-bojovala-o-zivot-lekari-osvobozeni-40293578>.

<sup>215</sup> Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Zápis z jednání Komise pro reprodukční medicínu ze dne 26. února 2020* [online]. [cit. 2020-02-26]. Dostupné z: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:6CCCXliYdBgJ:https://ppo.mzcr.cz/upload/file/s/zapisy-z-jednani-26-2-2020-zapis-z-jednani-5ed0d953e5d51.docx+&cd=3&hl=cs&ct=clnk&gl=cz&client=safari>.

demokratických mechanismů tradiční lékařskou deontologii (nauka o povinnostech lékaře) postupně nahradila právě koncepce práv pacientů.<sup>216</sup>

Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, a po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky. Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná dnem 25. února 1992. Jedná se o vyjmenování základních jedenácti práv. Všechny tyto body jsou velmi důležité a měli by být pro lékaře závazné, avšak v souvislosti s etickou problematikou bych ráda upozornila zejména na tyto tři body z Etického kodexu práv pacientů:

„3) *Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.*“<sup>217</sup>

„4) *Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.*“<sup>218</sup>

„9) *Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.*“<sup>219</sup>

Na druhou stranu proti právům pacienta stojí například povinnosti pacientů v souladu s § 41 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování:

Povinnosti pacienta a jiných osob

„§ 41 (1) *Pacient je při poskytování zdravotních služeb povinen*

a) *održovat navržený individuální léčebný postup, pokud s poskytováním zdravotních služeb vyslovil souhlas,*

b) *řídít se vnitřním řádem,*“<sup>220</sup>

Můžeme tedy vidět hned několik eticky i právně komplikovaných rovin. Za prvé, jak z výše uvedeného vyplývá, je za pacienta považována primárně žena, která dané zdravotnické úkony podstupuje a podepisuje informovaný souhlas s těmito úkony. V lepším případě můžeme hovořit o neplodném páru. Nikde však není myšleno na právo embrya, jakožto dalšího účastníka procesu AR. Navíc nemůžeme hovořit jen o jednom embryu, ale ve většině případů o více embryích. Nelze tudíž opomenout fakt, že v procesu asistované reprodukce je osob více, žena, muž a jejich embrya.

Za druhé, pokud jsme embryu přiznali jeho lidství, je potřeba se zamyslet, kdo v daném případě hájí jeho zájem, kdo za něj nese odpovědnost. V právní rovině najdeme odpověď v §858, zákona č. 89/2012, občanský zákoník, který říká: „*Rodičovská odpovědnost zahrnuje povinnosti a práva rodičů, která spočívají v péči o dítě, zahrnující zejména péči o jeho zdraví, jeho tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj, v ochraně dítěte, v udržování osobního styku s dítětem, v zajišťování jeho výchovy a vzdělání, v určení místa jeho bydliště, v jeho zastupování a spravování jeho jmění; vzniká narozením*

<sup>216</sup> Srov. ŠIMEK, J. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing a.s., 2015. ISBN 978-80-5306-5, s. 129.

<sup>217</sup> Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Práva pacientů ČR*. [online]. [vid. 2021-06-05]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/prava-pacientu-cr>.

<sup>218</sup> Tamtéž.

<sup>219</sup> Tamtéž.

<sup>220</sup> Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění platném k 1.4.2021.

*ditěte a zaniká, jakmile dítě nabude plné svéprávnosti. Trvání a rozsah rodičovské odpovědnosti může změnit jen soud.*<sup>221</sup> Embryo tedy do rodičovské odpovědnosti zahrnuto není, protože se ještě nenarodilo, i když cílem asistované reprodukce je, aby bylo narozeno. Jediné, co ho tedy může chránit je odpovědný přístup rodičů a odpovědný přístup zdravotníků. Otázkou také je, zda neplodný pár získal dostatek pravdivých informací o nadpočetných embryích v procesu AR, zda byl upozorněn a seznámen se všemi důsledky, které nadpočetná embrya mohou potkat, zda se o tuto problematiku vůbec zajímal před tím, než tato embrya vzniknou. Ne, že by ho to z jeho odpovědnosti za ně nějak vyvazovalo, nicméně všechny tyto informace by měly být součástí informovaného souhlasu. Navíc „každý má právo na život. Lidský život je hoden ochrany již před narozením“.<sup>222</sup> Opravdu tomu tak ale v procesu asistované reprodukce je?

Dostáváme se zde tedy do potencionálního sporu práv: práv rodičů na to mít největší šanci na dítě bez nutnosti další stimulace a práv nadpočetných embryí. Tato otázka byla řešena již deset let před narozením Luisi Brown. Na mezinárodní konferenci o lidských právech z roku 1968 v Teheránu: „*Ochrana rodiny a dětí je nadále starostí mezinárodního společenství. Rodiče mají základní právo svobodně a uvědoměle určit velikost své rodiny a dobu narození dětí.*“<sup>223</sup> Také na světové konferenci o populaci v Bukurešti v roce 1974 bylo zdůrazněno: „*Všechny páry a jednotlivci mají základní právo svobodně a odpovědně rozhodovat o počtu a rozestupech svých dětí a mít k tomu informace, vzdělání a prostředky; odpovědnost párů a jednotlivců při uplatňování tohoto práva zohledňuje potřeby jejich živých a budoucích dětí a jejich odpovědnost vůči komunitě*“<sup>224</sup> Podle mého názoru je tedy zřejmé, že zde mluvíme nejen o právu, ale o právu, které v sobě zároveň obsahuje odpovědnost. Jedná se o **odpovědné rodičovství**, které má svou zásadní roli v procesu asistované reprodukce. Rodičovství nemůžeme vztahovat pouze k narozeným dětem, je potřeba o rodičovství přemýšlet již v kontextu plánování rodičovství a postavit se k tomuto úkolu zodpovědně, tím spíše, pokud se podstupujeme proces AR.

## 2.8.1 Rizika pro klienta centra

Za klienta centra je oficiálně považován pouze neplodný pár. Ze své podstaty nese u většiny výkonů asistované reprodukce větší riziko žena. Asi největší riziko je spojeno právě s metodou IVF, kdy je tělo ženy hormonálně stimulováno a následně je proveden odběr oocytů, což je invazivní operační výkon. Neplodný pár podstupuje zdravotní službu, a tak by měl být s daným postupem i jeho riziky řádně seznámen a poté k němu udělit informovaný souhlas<sup>225</sup>. Každý zdravotnický výkon sebou nese rizika, je tedy velmi důležité zvážit rizika a přínos daného zdravotnického výkonu. „*V roce 2019 obdržel Státní ústav pro kontrolu léčiv celkem 86 hlášení o hospitalizaci po hormonální stimulaci a odběru vajíček.*“<sup>226</sup>

<sup>221</sup> Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění platném k 1.7.2021.

<sup>222</sup> Česká republika. Listina základních práv a svobod. In Sbírká zákonů, Česká republika. 1992, roč. 1993, částka 1, usnesení předsednictva České národní rady č. 2, s. 17-23. Dostupný také z WWW: <<http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=22426>>. ISSN 1211-1244.

<sup>223</sup> Informační centrum OSN v Praze. *Prohlášení teheránské konference z 13. května 1968* [online]. [vid. 2021-12-03]. Dostupné z: <https://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/03/teheranska-konf.-1968.pdf>.

<sup>224</sup> United Nations Population Fund. *World Conference on Population* [online]. [cit. 1974-08-19]. Dostupné z: <https://www.unfpa.org/events/world-conference-population>.

<sup>225</sup> Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění platném k 1.4.2021.

<sup>226</sup> Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Zápis z jednání Komise pro reprodukční medicínu ze dne 26. února 2020* [online]. [cit. 2020-02-26]. Dostupné z:



### **Ovariální hyperstimulační syndrom**

Jde o velice závažnou zdravotní komplikaci, kterou sebou přináší hormonální stimulace. „*Ovariální hyperstimulační syndrom je novým onemocněním, které kauzálně souvisí se stimulací ovárií. Vyznačuje se zvětšením ovárií mnohočetnými cystami o průměru 1-4 cm, zvýšenou propustností kapilár, ascitem, někdy perikardiálním výpotkem, někdy hydrithoraxem, hemokoncentrací a z toho plynoucí leukocytózou, oligurií, rizikem trombózy a patologickými hodnotami jaterních testů.*“<sup>227</sup>

### **Mimoděložní těhotenství**

Riziko mimoděložního těhotenství je po léčbě neplodnosti větší než v běžné populaci. Jedním z důvodů zvýšeného rizika jsou poškozené tuby v důsledku embryotransferu. Kupodivu je zvýšené riziko mimoděložního těhotenství i po přenosu embryotransferu přímo do dělohy. Další závažná situace nastává, když dojde k embryotransferu více embryí. Ani potvrzení nitroděložního těhotenství nevyklučuje možnost současného mimoděložního těhotenství.<sup>228</sup>

### **Poranění při odběru oocyty**

Při každém odběru oocyty dochází k poranění, protože odběr je prováděn jehlou skrze poševní klenbu. Větší poranění a komplikace s tím spojené bývají extrémně vzácné, jedná se však o život ohrožující komplikaci. Lze ji nejčastěji diagnostikovat poklesem krevního tlaku a vzestupu pulzu během několika hodin po odběru oocytů, eventuálně kolapsovým stavem.<sup>229</sup>

### **Rizika psychologická a sociální**

Spektrum zdravotních následků, které může hormonální stimulace mít, je mnohem širší. Může se jednat i o aspekty psychické, stres či deprese. Je potřeba nezanedbat ani následky vniklé na jiné úrovni než fyzické. Podstoupení asistované reprodukce sebou nese naději a velká očekávání, avšak při neúspěchu také velké zklamání.<sup>230</sup> Zároveň se jen těžko stanovuje hranice, kdy po neúspěšném cyklu léčbu ukončit či ještě pokračovat. „*Stres, který se při léčbě sterility vyskytuje, se projevuje na třech základních rovinách: somatické, psychické a interpersonální. Podle různých zdrojů se vyskytují psychické potíže při léčbě u 25-60 % sterilních párů. Více než polovina žen (v dotazníku SCL-90-R) vykazuje hodnoty, které se pokládají a známku psychiatrické patologie.*“<sup>231</sup>

Mohlo by se namítnout, že v případě, že neplodný pár je o všech rizicích informován, není důvod toto téma považovat za etický problém. Námitka k tomuto může být, zda jsou rizika pro pár vnímána komplexně nebo se hovoří pouze o rizicích na úrovni fyzické.

Další závažnou otázkou zůstává, zda nejsou některé metody, například IVF, nadměrně indikovány. Zda neexistuje v léčbě neplodnosti i jiná, méně invazivní léčba. Například MUDr. Vladimír Kubíček, CSc., předseda České andrologické společnosti věnující se léčbě neplodnosti u mužů, upozorňuje, že ženy podstupují rizika spojené s hormonální stimulací zbytečně, protože „*centra asistované reprodukce je odesílají na tyto výkony automaticky, aniž by se léčily příčiny neplodnosti, především u mužů*“.

---

<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:6CCCXIiYdBgJ:https://ppo.mzcr.cz/upload/files/zapisky-z-jednani-26-2-2020-zapis-z-jednani-5ed0d953e5d51.docx+&cd=3&hl=cs&ct=clnk&gl=cz&client=safari>.

<sup>227</sup> ŘEŽÁBEK, K. *Asistovaná reprodukce*. Druhé aktualizované vydání. Praha: Maxdorf s.r.o., 2014. ISBN 978-80-7345-396-1, s. 102;103.

<sup>228</sup> Srov. tamtéž, s. 106.

<sup>229</sup> Srov. tamtéž, s. 107.

<sup>230</sup> Srov. HAASOVÁ, I. Etika asistované reprodukce. *Urologie pro praxi*, 2012, roč. 13, č. 6, str. 254-258, s. 256;257.

<sup>231</sup> ROTTER, H. *Důstojnost lidského života*. Praha: Vyšehrad, 1999. 80-7021-302-7, s.11.



Problém s neplodností neplodného páru vidí v 50 % případů u muže.<sup>232</sup> Zůstává tedy otázkou, zda je opravdu podstoupení rizik pro ženu nutné, zda nelze učinit jiné, méně invazivní léčebné kroky, proč se tak případně neděje a v neposlední řadě také, kdo za to nese odpovědnost. V rozpoznání příčin tohoto problému hraje svou roli velké množství faktorů, a to jak ze strany nastavení léčby neplodnosti, komerce, ale i individuální proměnné na straně neplodného páru, kdy může být pro léčbu neplodnosti rozhodující čas. Věk ženy může být na konci reprodukčního období, případně období, dokdy je asistovaná reprodukce hrazena ze zdravotního pojištění, a tak není čas na hledání příčiny neplodnosti a je zahájena léčba. Těžko tedy jasně určit daná pravidla, které by bylo možné aplikovat na každý případ. Nicméně inspiraci řešení tohoto problému můžeme najít v etickém principalismu.

## 2.8.2 Čtyři principy lékařské etiky

Principlismus vzniká jako reakce na proměnu společnosti, kdy heteronomní morálka je na ústupu, současný člověk se stává kritickým ke všem daným mravním pravidlům, vytváří si pravidla vlastní a je zřejmé, že žádné mravní pravidlo neplatí vždy a za všech okolností. V současné debatě o morálce ve společnosti se ukazuje, že lidé nevyužívají argumenty dohodnutých pravidel (např. „krást se nesmí“), ale pohybují se ve své argumentaci na obecnější rovině (např. „člověk má právo na uchování svého majetku“).<sup>233</sup> Je to zejména proto, že jasně dohodnutá pravidla by měla platit v každé situaci, je ale zřejmé, že v některých situacích je možné tato pravidla porušit pro vyšší hodnotu, jakou je třeba záchrana života (ukrást jídlo v případě, že tím zachráním život).

Proto se zdá mnohem praktičtější, pokud se místo jasně daných pravidel budeme řídit něčím obecnějším, co nepřikazuje tak jednoznačně a co platí za všech okolností. Zároveň se jedná o vyšší úroveň morální argumentace, které právě říkáme **principy**.<sup>234</sup>

Principlismus jako konzistentní morální teorie byl na konci sedmdesátých let a v průběhu osmdesátých let vypracován v lékařské etice na půdě prestižního bioetického centra při washingtonské Georgetownské univerzitě.<sup>235</sup> Můžeme rozlišit čtyři principy.

**Princip nonmaleficence.** „*Nonmaleficence znamená, že lékař nebude provádět nic, co by poškodilo nemocného.*“<sup>236</sup> „*Princip nonmaleficence může být specifikován do následujících, relativně obecných pravidel, z nichž každé se týká způsobu, jakým může být jednotlivcům ubližováno: nezpůsobovat bolest, utrpení nebo jinou zkušenostní újmu; nezpůsobovat nemoc, zranění nebo invaliditu; nezpůsobovat snížení nebo zbavení dobra nebo příležitostí, které by jedince zbavovalo mít oprávněné nároky dobrého; nezabít*“.<sup>237</sup>

**Princip beneficence.** V českém překladu bychom tomuto principu mohli říkat „dobročinnost“. Činit dobro pacientovi v medicíně znamená jednat v jeho nejlepším zájmu. Princip beneficence je velmi důležitý zejména v dnešní době, kdy se stále více věci řídí spíš tržně a ve vlastním zájmu. Je potřeba si však uvědomit, že oblast zdravotnictví, stejně tak jako oblast sociální, se ze své podstaty nemůže chovat ve vlastním zájmu, ale v zájmu nemocného. I proto můžeme často slyšet, že být lékař není

<sup>232</sup> Srov. Aktuálně.cz. *V Česku ignorujeme mužskou neplodnost, na umělé oplodnění chodí i zdravé ženy, říká lékař.* [online]. [cit. 2019-01-12]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/v-cesku-ignorujeme-muzskou-neplodnost-na-oplodneni-chodi-i-z/r-652bbec614e511e987d00cc47ab5f122/>.

<sup>233</sup> Srov. ŠIMEK, J. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing a.s., 2015. ISBN 978-80-5306-5, s. 116.

<sup>234</sup> Srov. tamtéž, s. 116.

<sup>235</sup> Srov. tamtéž, s. 117.

<sup>236</sup> ŠIMEK, J. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing a.s., 2015. ISBN 978-80-5306-5, s. 119.

<sup>237</sup> DEGRAZIA, J., MILLUM, J. *A theory of bioethics*. New York: Cambridge University Press, 2021. ISBN: 978-1-316-51583-9, s. 66.

profese, ale poslání. Velkou váhu tohoto principu vnímám právě s rychle se rozvíjejícími lékařskými technologiemi, tzn. na pracovištích, kudy protéká velké množství peněz. Ve chvíli, kdy se zdravotnický subjekt začne chovat více jako subjekt komerční, může být princip beneficence v ohrožení. Že je komercializace asistované reprodukce velmi aktuální téma dokládá i fakt, že jej aktuálně řeší Komise pro reprodukční medicínu, která navrhuje např. zastropování hranice platby za dárcovství vajíček, zastropování přiměřených a účelně vynaložených nákladů, omezení počtu cyklů darování vajíček za život ženy apod.<sup>238</sup>

**Princip autonomie.** Podle tohoto principu má dospělý kompetentní pacient plné právo požádat o vysazení stávající léčby či nenasazení léčby nové. Je zde přímá souvislost s informovaným souhlasem. Pacient je o výkonu a rizicích informován a vyslovuje svůj souhlas s touto léčbou s tím, že má nad ní kontrolu, kdykoli jí může ukončit, dokonce i v případě, kdy by znamenala jeho smrt.<sup>239</sup> Jedná se vlastně o posun od paternalismu k partnerství. Toto je však zcela zásadní zejména pro asistovanou reprodukci, protože s přesunutím přístupu nastává také přesunutí odpovědnosti, která vychází z etiky odpovědnosti. Haškovcová tuto problematiku velmi trefně vystihuje „*Neochota převzít plnou zodpovědnost za svá rozhodnutí je v současné době charakteristická nejen pro řadu nemocných, ale i pro některé lékaře.*“<sup>240</sup> Na druhou stranu být partnerem při řešení problému vlastní neplodnosti může být pro většinu párů velmi komplikované. Přístup k pacientovi v centru asistované reprodukce se může na každém pracovišti lišit. Zároveň je počet pacientů rok od roku vyšší, a tak jsou i lékaři limitováni například časovou dotací návštěvy. Na druhou stranu pacienti mohou být limitováni větší odbornou informovaností i psychickou připraveností.<sup>241</sup>

**Princip spravedlnosti.** Život a zdraví jsou základní lidské potřeby, které podmiňují uspokojování všech ostatních potřeb, a proto není přípustné dopřávat přínos medicíny jenom jedné skupině lidí. Jde tedy o to pečovat o organizaci práce a požadovat takovou distribuci zdrojů, aby bylo možné poskytovat zdravotní péči spravedlivě,<sup>242</sup> „*snaží se nedostatek zdrojů (finančních, lidských) nějak spravedlivě rozdělit.*“<sup>243</sup>

Pokud hovoříme o principalismu, není důležité lpět na přesném počtu nebo definovanosti principů, pokud bychom chtěli, můžeme připustit, že princip beneficence a princip nonmaleficence (tedy že nepoškodit a jednat v jeho zájmu) je totéž, nebo nějaký princip přidat. V tomto rozdělení principů jde spíše o přehlednost, názornost. Podstata této teorie spočívá v tvrzení, že morální pravidla a etické kodexy již v dnešní době nehrají tak důležitou roli a že současní lékaři jsou ve skutečnosti ve své práci vedeni uznávanými principy, kterých se poctivě drží. Problémy mravního charakteru nevznikají v medicíně neúctou k uznaným principům, ale proto, že se tyto mravní principy dostávají do vzájemných sporů.<sup>244</sup>

<sup>238</sup> Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Zápis z jednání Komise pro reprodukční medicínu ze dne 26. února 2020* [online]. [cit. 2020-02-26]. Dostupné z: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:6CCCXIiYdBgJ:https://ppo.mzcr.cz/upload/files/zapisy-z-jednani-26-2-2020-zapis-z-jednani-5ed0d953e5d51.docx+&cd=3&hl=cs&ct=clnk&gl=cz&client=safari>.

<sup>239</sup> Srov. VÁCHA, M., KONIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál s.r.o., 2012. ISBN 978-80-7367-780-0, s. 57.

<sup>240</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Třetí, rozšířené vydání. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7, s. 66.

<sup>241</sup> Srov. HAASOVÁ, I. *Etika asistované reprodukce*. *Urologie pro praxi*, 2012, roč. 13, č. 6, str. 254-258, s. 257.

<sup>242</sup> Srov. ŠIMEK, J. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing a.s., 2015. ISBN 978-80-5306-5, s. 120;121.

<sup>243</sup> VÁCHA, M., KONIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál s.r.o., 2012. ISBN 978-80-7367-780-0, s. 58.

<sup>244</sup> Srov. ŠIMEK, J. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing a.s., 2015. ISBN 978-80-5306-5, s. 118.

Principy lékařské etiky by nám měly pomoci vytvořit konsenzus ve zdravotnictví, jak se k dané problematice postavit. Nesmírnou výhodou těchto principů je zcela jistě jejich široké pojetí.<sup>245</sup> Principy samy o sobě jsou tedy vždy správné. Na druhou stranu problém může nastat ve chvíli, kdy se dva nebo více principů dostanou do vzájemného konfliktu a správné principy se pravidelně do vzájemných sporů dostávají.<sup>246</sup> Zejména pak principy „neškodění“ a „dobročinnosti“. Příkladem může být situace, kdy nějaký postup má za následek pozitivní i negativní účinek. U asistované reprodukce to může být situace, kdy je potřeba hormonálně stimulovat ženu pro získání oocytů a provedení IVF. Tento spor bychom mohli vyřešit **principem dvojího účinku**. Tato teorie je velmi stará. Ve své tradiční formulaci principu se uvádí, že *„jednání je samo o sobě dobré nebo přinejmenším indiferentní; v úmyslu jednajícího je dobrý efekt, a nikoli špatný efekt; dobrý efekt není docílen prostřednictvím špatného efektu; jsou velmi závažné důvody k dovolení či připuštění špatného efektu.“*<sup>247</sup> Pokud se tedy vrátím ke konkrétnímu příkladu hormonální stimulace ženy pro odběr oocytů, je motiv jednání je zřejmý, tzn. získání oocytů pro vytvoření embrya, které následně povede k těhotenství. Těžko však toto jednání samo o sobě považovat za správné, právě kvůli všem výše zmíněným rizikům i etickým problémům. Dobro musí být vždy převažující nad negativy a nelze ho dosáhnout jiným řešením.

---

<sup>245</sup> Srov. VÁCHA, M., KONIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál s.r.o., 2012. ISBN 978-80-7367-780-0, s. 55;56.

<sup>246</sup> Srov. ŠIMEK, J. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing a.s., 2015. ISBN 978-80-5306-5, s. 120.

<sup>247</sup> VÁCHA, M., KONIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál s.r.o., 2012. ISBN 978-80-7367-780-0, s. 56.

### 3 Etická podstata jako výzva pro sociální práci

Právě téma člověk v asistované reprodukci považují za zásadní, protože se od tohoto odvíjí i mnoho další problematiky. Ze všeho doposud popsaného můžeme dojít k závěru, že právě medicínsko-technická jednostrannost pojetí léčby neplodnosti skrze centra asistované reprodukce v České republice tuto problematiku jen prohlubuje. Zřejmě není důvod předpokládat, že by žena, která v rámci umělého oplodnění podstupuje lékařské procedury, nebyla personálem informována o možných rizicích, které dobrovolně podstupuje. Můžeme polemizovat, zda je to opravdu jediná možná cesta, zda nelze zvolit jinou, méně invazivní léčbu, ale těžko toto může posoudit laik a spadalo by to čistě do lékařské etiky a apelu na svědomí lékaře. Co je ovšem tristní, je to, že v rámci tohoto procesu není pacient jinak informován o dalších možných „rizicích“ této léčby mající psychický a sociální charakter. Problém není chápán komplexně a této komplexity není možné dosáhnout, pokud bude i nadále převládat medicínský přístup. K tomu, aby nepřevládal, je nutné zařadit do tohoto léčebného procesu i další relevantní obory. Domnívám se, že sociální práce je jeden z nich.

#### 3.1.1 Principy sociální práce

Pokud jsme hovořili o principalismu v lékařské etice, je nutné zdůraznit, že i sociální práce stojí na principech. Principy jsou v sociální práci velice důležité ze své podstaty. Etické principy definoval Beauchamp jako „*fundamentální standardy chování, na nichž závisí mnohé jiné standardy a soudy. Princip je nezbytnou normou v myšlenkovém systému, který utváří základ pro morální uvažování v tomto systému*“.<sup>248</sup> Základní principy jsou zakotveny v mezinárodní definici sociální práce a Mezinárodním etickém kodexu. „**Lidská práva a lidská důstojnost.** Sociální práce je založena na respektu k hodnotě a důstojnosti všech lidí a na právech, které z toho vyplývají. Sociální pracovníci podporují a chrání fyzickou, duševní, emocionální a duchovní integritu a blaho každého člověka. **Sociální spravedlnost.** Sociální pracovníci mají povinnost podporovat sociální spravedlnost ve vztahu ke společnosti i ve vztahu k lidem, se kterými pracují a **profesionální jednání.**“<sup>249</sup> Tyto body jsou jednoznačně relevantní pro poskytování služeb asistovaného početí a mohou nabídnout východisko.

Inspiraci pro praktické východisko z této situace lze nalézt v principech sociální práce zakódované Britskou asociací sociálních pracovníků. Konkrétně ty, které mají zvláštní význam pro asistované početí, jsou: „*odpovědnost za podporu a usnadnění seberealizace každého jednotlivého člověka s náležitým ohledem na zájmy ostatních (zásada 6); pokus o zmírnění a prevenci strádání a utrpení (zásada 7); povinnost přispívat k celkovému souboru odborných znalostí (zásada 8); spolupráce s těmi, kdo sdílejí profesionální odpovědnost za blaho klienta (zásada 8); právo a povinnost upozorňovat ty, kdo jsou u moci, a širokou veřejnost na způsoby, kterými činnost vlády, společnosti nebo agentur vytváří nebo přispívá k těžkostem a utrpení nebo bojuje proti jejich pomoci (zásada 9); uznání role sociálních pracovníků na rozhraní mezi mocnými organizacemi a relativně bezmocnými žadateli o službu (zásada 9). Princip 10 také zahrnuje podrobnější „zásady praxe“, které zahrnují boj proti diskriminaci, pomoc*

<sup>248</sup> BEAUCHAMP, T. L., CHILDRESS, J. F. Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford University Press, 2001. 431 s. ISBN 13 978-0-19-514332-4 In MÁTEL, A. *Teorie sociální práce I. Sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada Publishing a.s., 2019. ISBN 978-80-272-220-2 s. 47.

<sup>249</sup> Sociální pracovníci. *Mezinárodní etický kodex* [online]. [vid. 2021-10-08]. Dostupné z: [http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/mezinarodni\\_eticky\\_kodex.pdf](http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/mezinarodni_eticky_kodex.pdf)

*jednotlivcům získat služby, na které mají nárok, a zajištění, aby tyto služby byly poskytovány v rámci, který bude etnicky i kulturně vhodný*“.<sup>250</sup>

Sociální práce je tedy založena na principech, které mají problematice pojetí člověka v asistované reprodukci co nabídnout. Sociální práce je disciplínou, která má velmi úzce propojené, až překrývající se, teoretické a etické aspekty. Mátel dokonce vymezuje některé principy, které podle něj dělají sociální práci eticky citlivou: podpora sociální spravedlnosti; respektování důstojnosti osoby; dodržování lidských práv; rozpoznávání důležitosti mezilidských vztahů; prvořadost zájmu o klienta; úsilí o nejlepší zájem klienta; respektování profesionálních hranic; rovné zacházení; antidiskriminace; respektování rozmanitosti; podpora sebeurčení uživatelů služeb; podpora spoluúčasti; posilování zmocnění uživatelů služeb; individuální přístup ke klientovi; respektování soukromý klientů; respektování důvěrnosti informací; holistický přístup; podpora míru a nenásilí.<sup>251</sup> Domnívám se, že mnoho těchto principů aktuálně v problematice pojetí člověka v procesu asistované reprodukce chybí, ačkoli by tyto principy byly pro celou oblast asistované reprodukce přínosem. Jedinou možností řešení je včlenění těchto principů do zatím čistě lékařského prostředí, tak jak je to zvykem v mnoha zahraničních státech.

### 3.2 Problematické pojetí neplodnosti jako nemoci

Neplodnost neboli sterilita je v angloamerické literatuře nazývána též infertilita. Její definici najdeme v Mezinárodní klasifikaci nemocí (ICD 11), kde je definována dle WHO jako nemoc. Najdeme zde definici ženské neplodnosti „*Onemocnění reprodukčního systému definované neschopností dosáhnout klinického těhotenství po 12 nebo více měsících pravidelného nechráněného pohlavního styku*“.<sup>252</sup> Samostatně je definována také neplodnost muže „*Jakákoli porucha reprodukčního systému postihující muže, charakterizovaná dysfunkcemi při vypuzování spermatu nebo abnormální absencí měřitelné hladiny spermií ve spermatu*“.<sup>253</sup> Pokud se na obě definice podíváme, vidíme, že se jedná o definice založené na lékařských aspektech. Toto pojetí definice je poměrně nešťastné, protože nás může vést k otázkám, kdo je vlastně nemocný - je to každý neplodný? Je tedy nemocná i neplodná sedmdesátiletá žena? Je neplodný i homosexuální pár? Také zcela logicky - bude mít nemocný člověk právo na to být léčen všemi dostupnými legálními prostředky?

Možná i z tohoto důvodu vznikla snaha ze strany WHO o redefinici neplodnosti. Jedním z hlavních autorů byl Adamson, který definici přeměnil na právo, konkrétně na práva všech jednotlivců mít rodinu. Zahrnuje svobodné muže, svobodné ženy, homosexuální muže a ženy. Tato definice by ovšem stanovila nový Mezinárodně právní standard a zásadně změnila pohled na to, kdo může být uživatelem/pacientem v procesu AR.<sup>254</sup> Po zveřejnění směru redefiničních snah se ovšem ozvalo velké množství kritiků

<sup>250</sup> BLYTH, E. The Social Work Role in Assisted Conception. *The British Journal of Social work*, 1999, roč. 29, č. 1, s. 727-740, s. 734;735.

<sup>251</sup> MÁTEL, A. *Teorie sociální práce I. Sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada Publishing a.s., 2019. ISBN 978-80-272-220-2 s. 48.

<sup>252</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *International Classification of Diseases* [online]. 11th Revision (ICD-11). Geneva: WHO 2020 [online]. [cit. 1.2.2022]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1237004558>

<sup>253</sup> Tamtéž.

<sup>254</sup> Srov. NAFTULIN, J. *The Definition of Infertility Is Changing. Here's Why That Matters*. *Magazín Health.com* [online]. [cit. 22.5.2019]. Dostupné z: <https://www.health.com/condition/infertility/infertility-definition-change>

této definice a WHO se od těchto pokusů distancovala. Proto stále zůstává v platnosti definice neplodnosti jako nemoci a WHO na svých stránkách zdůrazňuje, že definice poskytuje pouze klinický popis neplodnosti, neposkytuje žádná doporučení ohledně poskytování služeb péče o plodnost a neplánuje provádět žádné změny v definici neplodnosti.<sup>255</sup> Zároveň je ale potřeba si uvědomit, že i když dle ICD 11 je neplodnost zvlášť vymezena pro muže a ženy, tak se vždy jedná o diagnózu páru, tedy konkrétního muže a konkrétní ženy. Za neplodný pár tedy považujeme pár v případě, že nedojde k otěhotnění po jednom roce pravidelného nechráněného pohlavního styku.<sup>256</sup>

Pokud se zaměříme na samotný význam definice neplodnosti, je hranice jednoho roku stanovena uměle, je ovšem hranicí pro vyslovení lékařské diagnózy a zahájení aktivní léčby. Jedním z důvodů pro stanovení této hranice jednoho roku může být i narůstající reprodukční věk, kdy vyčkávání se zahájením léčby u ženy ve vyšším věku by mohlo být z lékařského pohledu rizikové, neboť plodnost s věkem začíná prudce klesat. U žen nad 35 let se se zahájením léčby mnohdy nečeká ani uvedený rok.<sup>257</sup>

Neplodnost můžeme dělit na primární, kdy nedošlo k žádnému těhotenství, a sekundární označujeme neplodnost po těhotenství, které skončilo porodem, potratem nebo mimoděložním těhotenstvím. Pokud se zaměříme na kvantitativní stránku problému, tak nechtěně neplodných je zhruba 10-15 % manželství. Příčina sterility bývá ve 35-45 % na straně ženy, ve 30-40 % na straně muže. V 25 % může být příčinou souhra snížené fertility na straně obou partnerů. Přibližně v 5-10 % se nepodaří zjistit zjevná příčina neplodnosti manželského páru.<sup>258</sup> Velmi zajímavá je však také průměrná pravděpodobnost otěhotnění zdravé ženy věku do 35 let, která má pravidelný nechráněný pohlavní styk se zdravým mužem: žena v průměru otěhotní za 6 menstruačních cyklů. Toto číslo je velice zajímavé zejména pro vyhodnocení účinnosti léčby asistovanou reprodukci, kdy vždy je nutné tuto efektivitu vztahovat k přirozené naději na těhotenství u člověka.<sup>259</sup>

Příčiny neplodnosti mohou být různé. Může jít o důvody fyziologické nebo morfológické, ale také imunologické, genetické a hormonální. Častým problémem bývá také endometrióza. U žen zejména je neplodnost spojená s anovulací, neplodnost děložního či cervikálního původu. Neplodnost může být vrozená (např. androgenní insenzitivita, vrozené a vývojové vady dělohy) nebo získaná v průběhu života, např. pozánětlivý uzávěr obou tub, prodělání infekčního onemocnění (př. toxoplazmóza, borelióza), v důsledku léčby (př. ozařování, chemoterapie).<sup>260</sup> Dále můžeme hovořit o rizikových faktorech v plodnosti ženy. Jedná se o užívání návykových látek, diety nebo nepřiměřeně fyzicky náročné cvičení, prodělání či aktuální onemocnění pohlavně přenosnými nemocemi. Důležitou roli hraje také stres a psychické faktory.<sup>261</sup> Dalším významným faktorem je také věk ženy. Pravděpodobnost otěhotnění ženy se s věkem snižuje, žena ve věku 30 let, která má pravidelný pohlavní styk se zdravým mužem, má

<sup>255</sup> Srov. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Multiple definitions of infertility. Sexual and reproductive health* [online]. [cit. 5.2.2020]. Dostupné z: <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/multiple-definitions/en/>

<sup>256</sup> Srov. ŘEŽÁBEK, K. *Asistovaná reprodukce*. Druhé aktualizované vydání. Praha: Maxdorf s.r.o., 2014. ISBN 978-80-7345-396-1, s. 12.

<sup>257</sup> Srov. tamtéž, s. 12.

<sup>258</sup> Srov. KOBILKOVÁ, J. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-246-1112-0, s. 14.

<sup>259</sup> Srov. ŘEŽÁBEK, K., POHLOVÁ, R. *Zdravotnická statistika. Asistovaná reprodukce v ČR 2017*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019. ISBN 978-80-7472-182-3, s. 10.

<sup>260</sup> Srov. ŘEŽÁBEK, K. *Asistovaná reprodukce*. Druhé aktualizované vydání. Praha: Maxdorf s.r.o., 2014. ISBN 978-80-7345-396-1, s. 24;25.

<sup>261</sup> Srov. MAUD, D.C., MORRISSEY, C.M. *Léčba neplodnosti, podrobný rádce pro neplodné páry*. Brno: Computer Press, 2006. ISBN 80-251-0771-X, s. 15-24.

pravděpodobnost otěhotnění 20-25 % na jeden menstruační cyklus, ve 35 letech je to jen 15 %. Poté začne prudce klesat a ve věku 42 let se blíží k nule. Neplodnost je tedy u ženy i jevem fyziologickým, nastupujícím kolem věku 40 let. Tento jev se nazývá klimakterium. Zároveň může být fyziologický a biologický věk ženy odlišný v závislosti na životním stylu, genetice atd.<sup>262</sup>

Příčiny mužské neplodnosti pak mohou být abnormalita spermií, varikokéla (tzv. rozšířené žíly v šourku), poškození vývodného systému, dědičné a vrozené poruchy, imunologické poruchy, infekce, deficit či nedostatečnost štítné žlázy, ejakulační problémy, užívání některých léků.<sup>263</sup> Stejně jako u žen, hrají i u mužů v plodnosti rizikové faktory; u mužů navíc zranění či nadměrné teplo v oblasti šourku či faktory životního prostředí (např. těžké kovy, olovo, kadmium, arsen).<sup>264</sup> U mužů je hranice přirozeného konce plodnosti neostrá a individuální.<sup>265</sup> V případě, že se nepodaří určit důvod neplodnosti, jde o neplodnost idiopatickou, z nevysvětlitelné příčiny.

Neplodnost ovšem nelze chápat pouze v kontextu lékařské diagnózy. „*Neplodnost můžeme chápat jako sociální stigma, neboť infertilita se jaksi vymyká z běžného vnímání nemoci.*“<sup>266</sup> Je potřeba si uvědomit, že neplodnost je také problémem sociálním nebo psychologickým. Pokud chápeme člověka v kontextu bio-psycho-socio-spirituální jednoty, tak se problém neplodnosti promítá do všech jeho částí. Téma plodnosti a neplodnosti hraje v lidské společnosti velkou roli, a to jak napříč dobou, tak kulturami. Je určitou lidskou podstatou, v určitém smyslu i předurčením.

Již ve Starém zákoně můžeme vidět neplodnost v negativním a bolestném smyslu. Kdy Davidova manželka Míkal pohrdala chováním svého muže vůči Hospodinovi. „*A Míkal, dcera Saulova, neměla děti až do dne své smrti.*“<sup>267</sup> Plodnost je ve Starém zákoně darem od Hospodina. „*Byl jeden muž ze Soreje, z danovské čeledi, jménem Manóach. Jeho žena byla neplodná a nerodila.*“<sup>268</sup> Biblický příběh pokračuje tak, že této ženě, budoucí matce Samsona, se zjeví Boží posel, který jí zvěstuje její vyvolení pro narození Božího zasloupení. Také můžeme vidět, že Starý zákon ukazuje plodnost jako něco, o čem rozhoduje Bůh. Například v příběhu Sáry „*Hospodin navštívil Sáru, jak řekl, a splnil jí, co slíbil. Sára otěhotněla a Abrahamovi, ačkoli byl stár, porodila syna v čase, který mu Bůh předpověděl.*“<sup>269</sup>

Rozdíly jsou i napříč kulturami a náboženstvími. Křesťanství klade důraz nejen na založení rodiny, ale v Novém zákoně najdeme i jiné hodnoty, např. panictví. Zakládání rodiny již tedy není jediný způsob života. Naopak protestantismus ani judaismus celibát neznají. V judaismu by měl být potenciál rodiny využit naplno. V jiných kulturách, například kulturách třetího světa nebo Japonska, je neplodná žena společensky neceněná. Je to dáno sociálními systémy, které buď neexistují nebo jsou zajištěny vlastním potomstvem.<sup>270</sup>

<sup>262</sup> Srov. ŘEŽÁBEK, K. *Léčba neplodnosti*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0187-1, s. 23-27.

<sup>263</sup> Srov. MAUD, D.C., MORRISSEY, C.M. *Léčba neplodnosti, podrobný rádce pro neplodné páry*. Brno: Computer Press, 2006. ISBN 80-251-0771-X, s.57-61.

<sup>264</sup> Srov. Tamtéž, s. 54-57

<sup>265</sup> Srov. ŘEŽÁBEK, K. *Asistovaná reprodukce*. Druhé aktualizované vydání. Praha: Maxdorf s.r.o., 2014. ISBN 978-80-7345-396-1, s. 24-26.

<sup>266</sup> VÁCHA, M., KONIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál s.r.o., 2012. ISBN 978-80-7367-780-0, s. 16.

<sup>267</sup> Bible, 2 Sam 6, 23, s. 378.

<sup>268</sup> Bible, Sd 13, 2, s. 311.

<sup>269</sup> Bible, Gn 21, 1 a 2, s. 25.

<sup>270</sup> Srov. VÁCHA, M., KONIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál s.r.o., 2012. ISBN 978-80-7367-780-0, s. 173;174.

Je tedy zcela jasné, že vnímání neplodnosti může být pro člověka velmi bolestnou záležitostí, kde roli vnímání neplodnosti hraje společnost, víra i osobní založení člověka. Důležité je si opět připomenout, že neplodnost se týká vždy neplodného páru, avšak vnímání neplodnosti u muže a ženy může být velice rozdílné. Vždyť rozdíl je už v samotném přístupu léčbě, kdy je to zejména ženské tělo, kterého se týká biologické léčba neplodnosti, případná hormonální stimulace. Je to ženské tělo, které opakovaně selhává v případných pokusech léčby, a to i v případě, že je problém diagnostikován na straně muže. Příčina neplodnosti je vnímána jinak ze strany muže a ženy. Pro muže je klíčové, na čí straně je příčina, pro ženu nikoli. Společensky je rodičovství více spjato s identitou ženy než muže. Rodičovství hraje větší roli v sociálních interakcích ženy než muže.<sup>271</sup>

Problematické pojetí neplodnosti tedy spočívá v jejím současném lékařském pojetí. Je brána jako nemoc a neplodný pár je veden cestou medicínskou. Že toto není zcela ideální dokazuje i ne příliš zdařilý pokus o její redefinici.<sup>272</sup> Přitom neplodný pár bychom již ze své podstaty, podstaty dvou lidí zakládajících rodinu, mohli považovat za cílovou skupinu v sociální práci. Motivy lidí stávajících se osvojiteli či pěstouny jsou různé a problém neplodnosti patří mezi jeden z nich.

### 3.2.1 Neplodnost jako nepříznivá sociální situace

Neplodnost je zcela jistě i problémem sociálním, neboť, jak bylo zmíněno, plodnost je vnímána historicky, společensky i nábožensky pozitivně a neplodnost spíše negativně. Také každý ze svého nejbližšího okolí jistě slyšel hodnocení typu „*Oni ještě nemají děti. Už by měli mít děti. Pokud budou dávat přednost kariéře, tak se také může stát, že žádné děti mít nebudou.*“ Člověk se může cítit být sociálním okolím konfrontován, hodnocen, zahrán do kouta. Ženám může být připisován až status workoholiček. Přitom nemusí jít o dobrovolné rozhodnutí bezdětnosti, a tím vznikají další problémy, jak na straně samotného muže nebo ženy, ale i v oblasti jejich partnerského života, který se může přenést do oblasti rodiny nebo i do roviny společenské. Problém také nemusí být na straně ženy, ale na straně muže, který není pro založení rodiny tolik časově limitován.

Pokud se tedy zaměříme na oblast sociální, není pojem neplodnost dostatečný, neboť se jedná o lékařský termín. Měli bychom hovořit o **nedobrovolné bezdětnosti**, neboť tento pojem v sobě nese sociální implikace.<sup>273</sup>

Je tedy na místě, uvažovat o neplodnosti také v kontextu nepříznivé sociální situace. Velmi často studovaným sociálním důsledkem neplodnosti je totiž sociální exkluze. Je rozdílná od vyloučení ekonomického či místního, ale dá se definovat symbolicky, tedy vyloučením ze sdílení určitých sociálních statusů a institucí.<sup>274</sup>

Vždyť pro účely zákona č. 108/2006 Sb., O sociálních službách se rozumí „*Nepříznivou sociální situací oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení*

<sup>271</sup> Srov. SLEPIČKOVÁ, L. 2005, *Nedobrovolná bezdětnost v sociologické perspektivě* In HAŠKOVÁ H. Fenomén bezdětnosti. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2009. ISBN 978-80-7419-020-9, s. 131.

<sup>272</sup> Srov. NAFTULIN, J. *The Definition of Infertility Is Changing. Here's Why That Matters*. Magazín Health.com [online]. [cit. 22.5.2019]. Dostupné z: <https://www.health.com/condition/infertility/infertility-definition-change>

<sup>273</sup> Srov. SLEPIČKOVÁ, L., FUČÍK, P. Sociální kontext postojů k řešení neplodnosti. *Sociologický časopis*, 2009; roč. 45, č. 2, str. 267-290., s. 939.

<sup>274</sup> Srov. tamtéž, s. 942.



práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením.“<sup>275</sup> Tato definice tedy není nová, nejde o vytváření nového systému. Jedná se pouze o lepší zacílení.

Nepříznivá sociální situace je v celém systému sociálních služeb vnímána jako základ pro nastavení sítě sociálních služeb, koordinace sociálních služeb a redistribuce potencionálních klientů do systému podpory. Zároveň je hlavním vodítkem pro nastavení plánu péče, podpory a pomoci. Samotné posouzení nepříznivé sociální situace je jednou z nejdůležitějších kompetencí sociálního pracovníka.<sup>276</sup> Je tedy zřejmé, že neplodnost jako nepříznivá sociální situace při procesu asistované reprodukce je důvodem pro zahájení sociální práce. Pouze nedošlo k jejímu zacílení.

### 3.3 Etická podstata sociální práce

Sociální práce je globálně vymezená Mezinárodní federací sociálních pracovníků: „sociální práce podporuje sociální změnu, řešení problémů v mezilidských vztazích a posílení a osvobození lidí za účelem naplnění jejich osobního blaha. Užívá teorii lidského chování a sociálních systémů, sociální práce zasahuje tam, kde se lidé dostávají do kontaktu se svým prostředím. Pro sociální práci jsou klíčové principy lidských práv a společenské spravedlnosti.“<sup>277</sup> Sociální práce se tedy ve svých různých formách zaměřuje na komplexní vztahy mezi lidmi a je jejím úkolem umožnit všem lidem se rozvinout, obohatit své životy a předcházet selhání. Odborná sociální práce je zaměřená na zvládání obtíží a navození změny. Sociální pracovníci jsou zde pak agenti změny ve společnosti a v životech osob, rodin a společenství. Sociální práce je provázaný systém hodnot, teorie a praxe.<sup>278</sup>

Sociální práce vzešla z humanistických a demokratických idejí a její hodnoty jsou založeny na respektování rovnosti, hodnoty a důstojnosti všech lidí. Zároveň lze téma hodnot považovat za integrující jak pro mezioborovou spolupráci, která je pro oblast zdravotnictví a sociální práce nezbytná, tak i k vytváření vizí a legislativních nástrojů, a zejména pak chování a přístupu jednotlivých pracovníků k lidem. V okruhu našeho zájmu nahlížíme na hodnoty jako na relativně stále motivy rozhodování, zahrnující zdroje i cíle chování, které mohou být i neuvědomělé. Profesní hodnoty sociálních pracovníků pomáhají vymezit co je v profesní skupině považováno za správné a nesprávné (etické kodexy, profesní čest), profesionální a neprofesionální (kompetence, standardy).<sup>279</sup>

Hodnoty sociální práce jsou součástí národních a mezinárodních etických kodexů. Mezinárodní etický kodex přímo říká, že „*etické uvědomění je nutnou součástí odborné praxe sociálních pracovníků. Schopnost a oddanost etickému jednání je základním aspektem kvality služby nabízené uživatelům služeb sociální práce.*“<sup>280</sup> Etický kodex sociálního pracovníka České republiky uvádí, že „*sociální pracovník se při své práci setkává s různými etickými problémy a dilematy vyvstávajícími ze samotné podstaty*

<sup>275</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění platném k 1.2.2022.

<sup>276</sup> MATOUŠEK O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, s.r.o., 2013. ISBN 978-80-262-0366-7, s.

<sup>277</sup> Sociální revue. *Definice sociální práce* [online]. [cit. 2005-03-11]. Dostupné z: <http://socialnirevue.cz/item/definice-socialni-prace>

<sup>278</sup> Srov. tamtéž.

<sup>279</sup> HAVRDOVÁ, Z. a kol. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. ISBN 978-80-87398-06-7, s. 29.

<sup>280</sup> Asociace poskytovatelů sociálních služeb. *Etický kodex sociálních pracovníků České republiky* [online]. [vid. 2021-10-08]. Dostupné z: [https://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etický%20kodex\\_Profesn%C3%AD%20svaz\\_verII.pdf](https://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etický%20kodex_Profesn%C3%AD%20svaz_verII.pdf).

*sociální práce, která pro něj vytváří situace. Musí nejen eticky hodnotit, vybírat možnosti, ale i rozhodovat. Eticky uvažuje při sociálním šetření, sběru informací, jednáních a při své profesionální činnosti o použití metod sociální práce, o sociálně technických opatřeních a administrativně správných postupech z hlediska účelu, účinnosti a důsledku na klientům život.*<sup>281</sup> Z tohoto se lze domnívat, že sociální práce je ze své podstaty etickým oborem, navíc etika v sociální práci souvisí s obecnou etikou více než se běžně soudí, protože nejde jen o aplikaci obecné etiky do praktické činnosti a o využití různých etických teorií, ale každá sociální práce je zcela bezprostředním procesem etického uvažování a jednání, byť i nereflktovaného.<sup>282</sup> Obdobně o etice v sociální práci hovoří také Mátel „etika není jen zvláštní částí výkonu sociální práce jako profese (ve smyslu např. etického kodexu) ani oboru vzdělání (jako jeden z vyučovaných předmětů) ani vědní disciplíny (jako etických pravidel výzkumné činnosti). Je její nedílnou součástí, integrační součástí. Bez ní by sociální práce nemohla být sociální prací v žádném z jejich způsobů existence.“<sup>283</sup>

---

<sup>281</sup> Asociace poskytovatelů sociálních služeb. *Etický kodex sociálních pracovníků České republiky* [online]. [vid. 2021-10-08]. Dostupné z:

[https://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etický%20kodex\\_Profesn%C3%AD%20svaz\\_verII.pdf](https://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etický%20kodex_Profesn%C3%AD%20svaz_verII.pdf)

<sup>282</sup> Srov. ELIHOVÁ, M. *Sociální práce. Aktuální otázky*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2017. ISBN 978-80-271-0080-4, s. 58.

<sup>283</sup> MÁTEL, A. *Teorie sociální práce I. Sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada Publishing a.s., 2019. ISBN 978-80-272-220-2 s. 46.

## Závěr

Cílem této diplomové práce bylo identifikovat a analyzovat etické problémy asistované reprodukce v multioborovém kontextu, zejména pak v přesahu do oblasti sociální.

V první kapitole jsem definovala lékařský obor asistované reprodukce. Podařilo se jej vymezit a zasadit do historického i společenského kontextu českého prostředí. Byla popsána centra asistované reprodukce, do kterých je péče o osoby s diagnostikovanou neplodností soustředěna. Podařilo se za pomoci nutných lékařských výrazů a definovat metody asistované reprodukce. Zvláštní význam byl věnován personálnímu zajištění procesu asistované reprodukce.

Bylo zjištěno, že týmy v centrech asistované reprodukce jsou složeny výlučně z lékařských profesí, s výjimkou občasné přítomnosti klinického psychologa. Ve srovnání s USA, kde jsou členy multidisciplinárního týmu v centrech asistované reprodukce běžně psychologové i sociální pracovníci. Navíc je tato péče v oblasti sociální práce s osobami trpícími neplodností specializovaná a centralizovaná při Národní organizaci perinatální sociální péče. Z toho vyplývá, že současný stav péče o pacienta trpícího neplodností v centrech asistované reprodukce v České republice nepodporuje celostní přístup k pacientovi, ale specializuje se výhradně na problematiku lékařskou pomocí léčby neplodnosti.

Přitom v České republice jsou podmínky pro práci sociálního pracovníka ve zdravotnictví právně vymezeny. Přesto jsou zde přetrvávající problémy, které byly v práci naznačeny. Jejich možnosti řešení však rozsah práce přesahují, jsou však částečným důvodem pro stále převládající medicínské profese v oblasti zdravotnictví. Také bylo v této kapitole dokázáno, že sociální pracovník ve zdravotnictví má svou nezastupitelnou roli v multidisciplinárním týmu a ze zahraniční praxe je zřejmé, že je jako člen multidisciplinárního týmu asistované reprodukce velkým přínosem. Jsou to zejména kompetence sociálního pracovníka a stále více využívaný reflexivní přístup, které zvyšují předpoklad profesionální role sociálního pracovníka, která může být základem kvalitního a profesionálního přístupu ke klientovi.

V hlavní části práce byly vymezeny základní eticky sporné oblasti asistované reprodukce (postavení lidského embrya, přebytečná embrya a kryokonzervace, výzkum embryonálních kmenových buněk, preimplantační genetická diagnostika, redukce vícečetného těhotenství, náhradní mateřství, dárcovství, rizika pro klienta centra AR). Po tomto hlubším rozkladu celého problému si jako zásadní problém dovoluji označit postavení embrya. Na základě rozboru biologické podstaty problému i zhodnocení základních etických teorií docházím k závěru, že embryo nelze považovat za shluk buněk či datovat nějakou chvíli, kdy se v člověka teprve vyvine. Na embryo je potřeba nahlížet perspektivou ontologického personalismu a od jeho vzniku mu neupírat jak lidskou důstojnost, tak zejména základní právo na život.

Praxe asistované reprodukce je však opačná. Embryo je degradováno na pouhý hluk buněk a biologický materiál. Z toho pramení jeho další využívání v procesu asistované reprodukce, například výzkum embryonálních kmenových buněk, tvorba přebytečných embryí a jejich následná kryokonzervace. Ještě eticky závažnější je redukce vícečetného těhotenství, kterou nelze nijak ospravedlnit ani potencionální lékařskou užitečností pro pacienta. Problém eugenické volby byl vymezen zejména v souvislosti s preimplantační genetickou diagnostikou.

Specifické problémy v procesu asistované reprodukce nastávají s problematikou dárcovství a náhradního mateřství. Zde jsou kromě etických problémů zjevné i problémy právní, společenské a finanční. Do oblasti rodičovství zcela nepřírozeně vniká další osoba

nebo osoby. Institut náhradního mateřství může mít fatální dopad na rodinné vztahy i pojetí rodiny ve společnosti. I když se doporučuje, aby byl indikován na zdravotním základu, není tato podmínka nijak ošetřena a existuje tedy možnost jej využít i pro důvody egoistického charakteru (nezkazít si postavu, možnost být rodičem i mimo reprodukční období...). Na této oblasti asistované reprodukce je také nejvíce vidět finanční stránka věci, kdy se ze zdravotní služby stává komerční sektor a v kontextu dárcovství se rodičovství graduje „na prodej“.

Poslední část této kapitoly je zaměřena na člověka jako na příjemce léčby. Zásadní se zde jeví vyřešení otázky, kdo je vlastně klientem tohoto procesu. Docházím k závěru, že současné omezení pouze na neplodný pár není dostačující. Je potřeba v kontextu problému uvažovat i o embryu jako o účastníkovi a garantovat mu alespoň základní práva. Tento problém se částečně překrývá s problematikou vzniku nadpočetných embryí, kdy nelze nijak odůvodnit vznik nadpočtu embryí, u kterých se již předem ví, že nebudou moci být využity. Jedná se o zcela neetické plýtvání s lidským životem, kterému v tuto chvíli nejsme schopni garantovat základní ochranu. Inspiraci řešení lze nalézt ve spojení etiky odpovědnosti a příkladu Německa, kde jsou embrya vytvořena v takovém počtu, aby bylo zachováno jejich právo na život a byla co největší šance, že se opravdu narodí.

Dále jsou v této kapitole popsány základní rizika zejména pro ženu, která je jimi z podstaty léčby více zatížena. Kromě čistě lékařských (ovariální hyperstimulační syndrom, mimoděložní otěhotnění, poranění při odběru oocyty) sledávám také jako zásadní rizika psychologická a sociální. Tento problém dávám do souvislosti s odpovědností lékařského personálu, který léčbu neplodnosti vede, aby uvážil, zda je dané řešení pro pacienta opravdu nejlepší. Některé odborné názory ukazují, že podstupování IVF a hormonální stimulace ženy je indikováno nadměrně a že je možné zvolit méně zatěžující postup léčby. Právě jako možné východisko tohoto problému nabízím principismus a čtyři principy lékařské etiky, které by měly dát základ pro morálně správné rozhodnutí ze strany lékaře.

Tuto problematiku trochu násilně završuji závěrečnou částí, kdy tento původně lékařsky zaměřený problém člověka převádím v duchu holistického zaměření do problému sociálního. Principy sociální práce nám nabízejí možnosti celostního přístupu, kdy opět díky zahraničnímu příkladu docházím k závěru, že ve specifické oblasti původně lékařského problému sociální aspekt aktuálně chybí a pro pojetí člověka v procesu asistované reprodukce jsou právě sociální principy zásadním přínosem.

V další kapitole vymezují základ, na kterém AR stojí, a tím je samotná neplodnost. Docházím k závěru, že problematika neplodnosti rozhodně není jen medicínský problém. Naopak předkládám důkaz, že se jedná o problém sociální, konkrétně o nepříznivou sociální situaci, která je právně vymezená, je základem pro sociální práci a hlavním vodítkem pro nastavení plánu péče, podpory a pomoci. Toto moje tvrzení podporuje argument, že se jedná o problém multidisciplinární a k jeho řešení je potřeba zaujmout holistický přístup. Holistický, psychosociální přístup k léčbě by uznal, že zatímco cílem technologické intervence je umožnit lidem mít dítě, je potřeba pracovat i s neplodností jako se stigmatem sociálním a rozvíjet tak pro neplodný pár další možnosti řešení. Sociální práce se jeví jako obor, který dokáže tuto problematiku obohatit a pomoci k jejímu řešení, zejména kvůli své etické podstatě.

Na základě této práce si dovoluji tvrdit, že to jsou zejména etické hodnoty, na nichž je sociální práce založena, a kompetence, kterými sociální pracovníci disponují, které poskytují příležitost a zároveň pravomoc ovlivňovat rozvoj služeb asistovaného početí. Etická podstata asistované reprodukce je výzvou pro činnost sociálního pracovníka.

Sociální pracovníci jsou v dobré pozici, aby pomohli párům, které uvažují o asistované reprodukci, získat potřebné informace. Zároveň jim mohou poskytnout

vhodnou příležitost prodiskutovat a zamyslet se nad důsledky léčby, než se rozhodnou, zda ji podstoupit či nikoli. Zároveň mohou zajistit, aby osoby postižené nedobrovolnou bezdětností nebyly podřízeny snaze o technickou efektivitu. To by pomohlo rozpoznat příjemce léčby nejen jako pacienta, ale také jako potenciálního rodiče a povzbudilo by to léčebná centra, aby věnovala více pozornosti přípravě na rodičovství, než je tomu v současnosti.

Na základě výše uvedených analogií mezi sociální prací a etikou si také dovoluji tvrdit, že kompetence sociálního pracovníka v kombinaci s reflexivním přístupem a etikou ctností nabízí profesionální možnost práce v eticky zatíženém prostředí (jakým například asistovaná reprodukce je) a že je tudíž vhodné toto tvrzení dále prakticky rozvíjet, včetně implementovat do praxe. Tím se otevírají i další možnosti bádání této oblasti, zejména pak směrem konkrétního využití odborných znalostí sociální práce pro oblast práce ve zdravotnickém prostředí center asistované reprodukce.

Věřím, že tato práce vylíčila základní etické otázky spojené s procesem asistované reprodukce, které mohou pomoci dalším sociálním i zdravotnickým pracovníkům se nad nimi podrobněji zamyslet. Práce také upozorňuje na aktuální jednostranné lékařské zaměření problému léčby neplodnosti, když bylo dokázáno, že se jedná o problém multidisciplinární. Pro sociální práci by měla být tato oblast výzvou i přes problematické možnosti intervence. Je potřeba tuto diskusi dále rozvíjet, inspirovat se dobrou zahraniční praxí a do tohoto procesu vstoupit. Domnívám se, že oblast sociální práce v rámci multidisciplinárního týmu ve zdravotnictví zatím není jasně a sebevědomě definovaná, pro kvalitní péči o člověka je však zásadní.

## Seznam použitých zdrojů

- Aktuálně.cz. *V Česku ignorujeme mužskou neplodnost, na umělé oplodnění chodí i zdravé ženy, říká lékař.* [online]. [cit. 2019-01-12]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/v-cesku-ignorujeme-muzskou-neplodnost-na-oplodneni-chodi-i-z/r~652bbec614e511e987d00cc47ab5f122/>.
- ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. Praha: Academia, 2001. ISBN 80-200-0917-5.
- Bible. Písmo svaté Starého a Nového zákona*. Osmé vydání (první opravené vydání). Praha: Česká biblická společnost, 2001. ISBN 80-85810-29-8.
- BLYTH, E. The Social Work Role in Assisted Conception. *The British Journal of Social work*, 1999, roč. 29, č. 1, s. 727-740.
- Česká republika. Listina základních práv a svobod. In Sbirka zákonů, Česká republika. 1992, roč. 1993, částka 1, usnesení předsednictva České národní rady č. 2, s. 17-23. Dostupný také z WWW: <<http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=22426>>. ISSN 1211-1244.
- ČERNÝ, D. a kol. *Lidské embryo v perspektivě bioetiky*. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., společně s vysokou školou CEVRO Institut, 2011. ISBN 978-80-7357-648-6.
- DEGRAZIA, J., MILLUM, J. *A theory of bioethics*. New York: Cambridge University Press, 2021. ISBN: 978-1-316-51583-9.
- DOSTÁL, J. *Etické a právní aspekty asistované reprodukce*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1700-4.
- DVOŘÁK, M. *Oplození in vitro a přenos embrya při léčbě lidské neplodnosti*. Brno: Masarykova univerzita, 1990. ISBN 80-210-0166-6.
- ELICHOVÁ, M. *Sociální práce. Aktuální otázky*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2017.
- HARPER, J., KENNET, D., REISEL, D. The end of donor anonymity: how genetic testing is likely to drive anonymous gamete donation out of business. *Human Reproduction*, 2016, roč. 31, č. 6, s. 1136. ISBN 978-80-271-0080-4.
- Etický kodex sociálních pracovníků České republiky. *Asociace poskytovatelů sociálních služeb* [online]. [cit. 2006-01-01]. Dostupné z: [https://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etický%20kodex\\_Profesn%C3%AD%20s vaz\\_verII.pdf](https://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etický%20kodex_Profesn%C3%AD%20s vaz_verII.pdf).
- FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ. *Informovaný souhlas mateřství* [online]. [vid. 2022-02-10] Dostupné z: <https://gpk.fnplzen.cz/sites/users/gpk/fetoredukce.pdf>
- Fakultní nemocnice v Motole. *Ceník výkonů* [online]. [vid. 2022-02-10]. Dostupné z: <https://www.fnmotol.cz/car/cenik-vykonu/>.
- Fakultní nemocnice v Motole. *Dárcovský program* [online]. [vid. 2022-02-10]. Dostupné z: <https://www.fnmotol.cz/car/darcovsky-program/>
- Fakultní nemocnice v Motole. *Darování vajíček* [online]. [vid. 2022-02-10]. Dostupné z: <https://www.fnmotol.cz/car/darcovsky-program/darovani-vajicek/>
- GENNET. *Náš tým* [online]. [cit. 2022-01-01]. Dostupné z: <https://www.gennet.cz/nas-tym#liberec-liliova-1-3/genetika-11>
- GENNET. *Proč darovat vajíčka* [online]. [cit. 2022-01-01]. Dostupné z: [https://www.gennet.cz/darovani-vajicek?gclid=EAIaIQobChMIh72UnarV9QIVGc93Ch35wAHgEAAYASAAEgJdT\\_D\\_BwE](https://www.gennet.cz/darovani-vajicek?gclid=EAIaIQobChMIh72UnarV9QIVGc93Ch35wAHgEAAYASAAEgJdT_D_BwE)
- GENNET. *Proč darovat spermie?* [online]. [cit. 2022-01-01]. Dostupné z: [https://www.gennet.cz/chci-darovat-spermie?gclid=EAIaIQobChMIInM6F8qjV9QIVmLp3Ch16pwWUEAAYASAAEgJM8vD\\_BwE](https://www.gennet.cz/chci-darovat-spermie?gclid=EAIaIQobChMIInM6F8qjV9QIVmLp3Ch16pwWUEAAYASAAEgJM8vD_BwE)
- German National Academy of Sciences. *Preimplantation genetic diagnosis (PGD) The effects of limited approval in Germany* [online]. [cit. 2011-01-01]. Dostupné z

[https://www.leopoldina.org/uploads/tx\\_leopublication/stellungnahme\\_PID\\_2011\\_final\\_a4ansicht\\_EN.pdf](https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/stellungnahme_PID_2011_final_a4ansicht_EN.pdf)

GILES, R. Social workers' perceptions of multi-disciplinary team work: A case study of health social workers at a major regional hospital in New Zealand. *Aotearoa New Zealand social work*, 2016, roč. 20, č. 1, s. 25-33.

GLUMBÍKOVÁ, K. *Reflexivita v sociální práci s rodinami*. Praha: Grada Publishing a.s., 2020. ISBN 978-80-271-1381-1.

HAASOVÁ, I. Etika asistované reprodukce. *Urologie pro praxi*, 2012, roč. 13, č. 6, str. 254-258.

HAŠKOVÁ H. *Fenomén bezdětnosti*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2009. ISBN 978-80-7419-020-9.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Třetí, rozšířené vydání. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.

HAVRDOVÁ, Z. a kol. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. ISBN 978-80-87398-06-7.

Informační centrum OSN v Praze. *Prohlášení teheránské konference z 13. května 1968* [online]. [vid. 2021-12-03]. Dostupné z: <https://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/03/teheranska-konf.-1968.pdf>.

IVF CUBE. *Tým* [online]. [vid. 2021-01-08]. Dostupné z: <https://ivf-cube.eu/tym>

IVF ZLÍN Czech republic. *Náhradní mateřství* [online]. [vid. 2022-02-10] Dostupné z: <https://www.ivf-zlin.cz/nahradni-materstvi>.

KALVACH, Z. a kol. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.

KANT, I. *Základy metafyziky mravů*. Praha: Svoboda, 1976. Přeložil Menzel, L.

Klinické centrum ISCARE. *Ceník výkonů asistované reprodukce* [online]. [cit. 2021-01-09]. Dostupné z:

[https://www.iscare.cz/uploads/ckeditor/attachments/429/Cen\\_k\\_IVF\\_ISCARE\\_CZ\\_v\\_e\\_tn\\_podm\\_nek\\_09\\_2021.pdf](https://www.iscare.cz/uploads/ckeditor/attachments/429/Cen_k_IVF_ISCARE_CZ_v_e_tn_podm_nek_09_2021.pdf).

Klinické centrum ISCARE. *Dárci spermií* [online]. [vid. 2022-01-01]. Dostupné z: <https://www.iscare.cz/crm/darcovstvi/darci-spermii#Odměna%20pro%20dárce>.

KUTNOHORSKÁ, J., CICHÁ, M., GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.

MAUD, D.C., MORRISSEY, C.M. *Léčba neplodnosti, podrobný rádce pro neplodné páry*. Brno: Computer Press, 2006. ISBN 80-251-0771-X.

KOBILKOVÁ, J. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-246-1112-0.

KUZNÍKOVÁ, I. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.

KRÁLÍČKOVÁ, Z., HRUŠÁKOVÁ, M. *České rodinné právo*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Brno: Masarykova univerzita a Doplněk, 2006. 400 s. ISBN 80-210-3974-4.

KRULOVÁ, M. *Čeká nás století kmenových buněk?* [online]. [cit. 2015-02-02]. Časopis Vesmír. Dostupné z: <https://vesmir.cz/cz/on-line-clanky/2015/02/ceka-nas-stoleti-kmenovych-bunek.html>

Lékařská komora České republiky. *Sdělení č. 209/1992 Sb., Sdělení Federálního ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod ve znění protokolů č. 3, 5 a 8* [online]. [vid. 2021-08-10]. Dostupné z [https://www.lkcr.cz/doc/cms\\_library/209-1992-umluva-o-ochrane-lidskych-prav-100421.pdf](https://www.lkcr.cz/doc/cms_library/209-1992-umluva-o-ochrane-lidskych-prav-100421.pdf).

Lékařská komora České republiky. *Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 Sb. m.s. Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti s aplikací biologie a*

*medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině* [online]. [vid. 2021-08-10]. Dostupné z [https://www.lkcr.cz/doc/cms\\_library/96-2001-umluva-o-lid-pravech-a-biomedicine-100419.pdf](https://www.lkcr.cz/doc/cms_library/96-2001-umluva-o-lid-pravech-a-biomedicine-100419.pdf).

Lékařská komora České republiky. *Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory, Etický kodex České lékařské komory* [online]. [vid. 2022-03-09]. Dostupné z: [https://www.lkcr.cz/doc/cms\\_library/10\\_sp\\_c\\_10\\_eticky\\_kodex-100217.pdf](https://www.lkcr.cz/doc/cms_library/10_sp_c_10_eticky_kodex-100217.pdf).

MACHULOVÁ, H. Reflektivní praxe a etika ctností: možná cesta pro spojení teorie s praxí a odbornosti s lidskostí. *Sociální práce*, 2014, roč. 14, č. 4, s. 94-100.

MARDEŠIC, T. *Diagnostika a léčba poruch neplodnosti*. Praha: Grada Publishing a.s., 2013. ISBN: 978-262-0366-7.

MATOUŠEK O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, s.r.o., 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

MÁTEL, A. *Teorie sociální práce I. Sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada Publishing a.s., 2019. ISBN 978-80-272-220-2.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Práva pacientů ČR*. [online]. [vid. 2021-06-05]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/prava-pacientu-cr>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Úmluva o právech dítěte a související dokumenty*. [online]. [cit. 2016-11-24]. Dostupné z <https://www.vlada.cz/assets/ppov/rlp/vybory/pro-prava-ditete/Preklady-dokumentu-OSN.pdf>, s.4.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Zápis z jednání Komise pro reprodukční medicínu ze dne 26. února 2020* [online]. [cit. 2020-02-26]. Dostupné z: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:6CCCXIiYdBgJ:https://ppo.mzcr.cz/upload/files/zapisy-z-jednani-26-2-2020-zapis-z-jednani-5ed0d953e5d51.docx+%&cd=3&hl=cs&ct=clnk&gl=cz&client=safari>.

MUNZAROVÁ, M. *Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky*. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2002. ISBN: 80-210-3018-6.

MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. ISBN 80-247-1024-2.

NAFTULIN, J. *The Definition of Infertility Is Changing. Here's Why That Matters*. Magazín Health.com [online]. [cit. 22.5.2019]. Dostupné z: <https://www.health.com/condition/infertility/infertility-definition-change>

NEEDLEMAN, S., K. Infertility and In Vitro Fertilization: The social worker's role. *Health & Social Work*, 1987, roč. 12, č. 2, s. 135-143.

Novinky.cz. *Žena nepřežila odběr vajíček, další bojovala o život. Lékaři osvobození*. [online]. [cit. 2019-08-19]. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/krimi/clanek/zena-neprezila-odber-vajicek-dalsi-bojovala-o-zivot-lekari-osvobozeni-40293578>.

PATEL, A., SHARMA, V.N., KUMAR, P. Role of Mental Health Practitioner in Infertility Clinics: A Review on Past, Present and Future Directions. *Journal od Human Reproductive Sciences*, 2018, roč. 11, č. 3, s. 209-211.

PTÁČEK, R., BARTUŇEK, P. a kol. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada Publishing a.s., 2014. ISBN 978-80-247-5471-0.

PRONATAL. *Darování vajíček* [online]. [cit. 2022-01-01]. Dostupné z: <https://pronatal.cz/cs/darovani-vajicek>

PRONATAL. *PGT - preimplantační genetické vyšetření* [online]. [cit. 2022-01-01]. Dostupné z: <https://pronatal.cz/cs/pgt>

REPROFIT international. *Náhradní (surogátní) mateřství* [online]. [vid. 2022-02-10] Dostupné z: <https://www.reprofit.cz/umele-oplodneni/nahradni-materstvi/>.

REPROMEDA, klinika pro léčbu neplodnosti. *Chci využít náhradní mateřství* [online]. [vid. 2022-02-10]. Dostupné z: [https://www.repromeda.cz/poskytovana-pece/nahradni-](https://www.repromeda.cz/poskytovana-pece/nahradni-materstvi/chci-vyuzit-nahradni-)



[materstvi/?gclid=Cj0KCQiA88X\\_BRDUARIsACVMYD\\_yAkkOdrPRc\\_BNtrnLUJ95n tiNWVaT-IRHb4g5Ur4KglbFYB1W7N0aAmrsEALw\\_wcB.](#)

REPROMEDA, klinika pro léčbu neplodnosti. *Embryotransfer* [online]. [cit. 2022-01-01]. Dostupné z: <https://www.repromeda.cz/poskytovana-pece/lecbaneplodnosti/ivf/embryotransfer/>

ROTTER, H. *Důstojnost lidského života*. Praha: Vyšehrad, 1999. 80-7021-302-7.

ROZTOČIL A., BARTOŠ, P. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.

ŘEŽÁČOVÁ, J. a kol. *Reprodukční medicína. Současné možnosti v asistované reprodukci*. Praha: Mladá fronta a.s., 2018. ISBN 978-80-204-4657-2.

ŘEŽÁBEK, K. *Asistovaná reprodukce*. Druhé aktualizované vydání. Praha: Maxdorf s.r.o., 2014. ISBN 978-80-7345-396-1.

ŘEŽÁBEK, K. *Léčba neplodnosti*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0187-1.

ŘEŽÁBEK, K., POHLOVÁ, R. *Zdravotnická statistika. Asistovaná reprodukce v ČR 2017*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019. ISBN 978-80-7472-182-3.

Sekce asistované reprodukce České gynekologické společnosti. *Registr asistované reprodukce, celkový přehled držitelů povolení činnosti v oblasti lidských tkání a buněk* [online]. [cit. 2020-01-10]. Dostupné z: [https://www.sarcgps.cz/wcd/docs/2020/celkovpehleddrizitelupovoleninnostiltb\\_01102020.pdf](https://www.sarcgps.cz/wcd/docs/2020/celkovpehleddrizitelupovoleninnostiltb_01102020.pdf).

SLEPIČKOVÁ, L. Nedobrovolná bezdětnost jako sociologické téma. *Sociologický časopis*, 2006, roč. 5, č. 42, s. 937-951.

SLEPIČKOVÁ, L., FUČÍK, P. Sociální kontext postojů k řešení neplodnosti. *Sociologický časopis*, 2009; roč. 45, č. 2, s. 267-290.

SMITH, B., BROGAARD, B. Sixteen Days. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 2003, roč. 28, č. 1, s. 45-78.

Sociální pracovníci. *Mezinárodní etický kodex* [online]. [vid. 2021-10-08]. Dostupné z: [http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/mezinarodni\\_eticky\\_kodex.pdf](http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/mezinarodni_eticky_kodex.pdf)

Sociální revue. *Definice sociální práce* [online]. [cit. 2005-03-11]. Dostupné z: <http://socialnirevue.cz/item/definice-socialni-prace>

*Stanovisko Etické komise ministerstva zdravotnictví k některým otázkám asistované reprodukce*. [online]. [cit. 24.1.2017]. Dostupné z: <https://ppo.mzcr.cz/upload/files/jednani-ek-mz-dne-1-12-2016- stanovisko-ek-mz-k-nekterym-otazkam-asistovane-reprodukce-5b55ba9dbc4c0.pdf>

STOLÍNOVÁ, J., JANOVEC, M. *Etika a právo v lékařské praxi*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0090-3.

ŠIMEK, J. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing a.s., 2015. ISBN 978-80-5306-5.

ŠRAJER, J. Lidská důstojnost a sociální práce. *Sociální práce*, 2006, roč. 9, č. 2, s. 109–113.

The National Association of Perinatal Social Workers. *About us* [online]. [cit. 2016-01-01]. Dostupné z: <https://www.napsw.org/vision-and-history>

The National Association of Perinatal Social Workers. *What is a Perinatal Social Worker* [online]. [cit. 2016-01-01]. Dostupné z: <https://www.napsw.org/what-is-a-perinatal-social-worker>

THOMSON, M. *Přehled etiky*. Praha: Portán, 2004. ISBN 80-7178-806-6.

THOMPSON, S., THOMPSON, N. *The Critically Reflective Practitioner*. New York: Palgrave Macmillan, 2008. ISBN 978-02-305-7318-5.

United Nations Population Fund. *World Conference on Population* [online]. [cit. 1974-08-19]. Dostupné z: <https://www.unfpa.org/events/world-conference-population>.

VÁCHA, M. Definice lidského embrya a jeho status. *Časopis Vesmír*, 2008, roč. 87, č. , s. 216;217.

VÁCHA, M. O. *Místo, na němž stojíš, je posvátná země*. Brno: Cesta, 2008. ISBN 978-80-7295-104-8.

VÁCHA, M., KONIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál s.r.o., 2012. ISBN 978-80-7367-780-0.

VENTRUBA, P. a kol. Aktuální otázky asistované reprodukce v České republice. *Česká gynekologie*, 2013, roč. 78, č. 4, s. 378-384.

VENTRUBA, P., ŽÁKOVÁ, J. *FN Brno: 35. výročí narození prvního dítěte ze zkumavky v České republice*. [online]. [cit. 2017-12-30]. Dostupné z: <https://www.parlamentnilisty.cz/zpravy/tiskovezpravy/FN-Brno-35-vyroci-narozeni-prvniho-ditete-ze-zkumavky-v-Ceske-republice-518073>.

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění platném k 19.10.2019.

WOLFGANG HUBER. *Etika, základní otázky života*. Munchen: C.H.Beck oHG, 2013. Přeložil Petr Babka, 2016. ISBN 978-80-7429-642-0.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *International Classification of Diseases* [online]. 11th Revision (ICD-11). Geneva: WHO 2020 [online]. [cit. 1.2.2022]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1237004558>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Multiple definitions of infertility*. Sexual and reproductive health [online]. [cit. 5.2.2020]. Dostupné z: <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/multiple-definitions/en/>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění platném k 1.2.2022.

Zákon č. 296/2008 Sb., zákon o lidských tkáních a buňkách, ve znění platném k 1.7.2017.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění platném k 1.4.2021

Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění platném k 1.1.2022.

Zákon č. 66/1986 Sb., zákon české národní rady o umělém přerušení těhotenství, ve znění platném k 1.1.1987.

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění platném k 1.7.2021.

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění platném k 1.1.2022.

## **Seznam zkratek**

WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation)

AR – Asistovaná reprodukce

ART – Asistovaná reprodukční technologie, také Metody asistované reprodukce

IVF – Mimosdělné oplození (In vitro fertilisation)

ICSI - Intraplazmatická injekce spermie

GIFT – Gamete Intra-Fallopian Transfer (přímý přenos gamet do vejcovodů)

ZIFT - Zygote Intrafallopian Transfer (přímý přenos zygot do vejcovodů)

PGD – Preimplantační genetická diagnostika

ICMART - Mezinárodní výbor pro monitorování asistovaných reprodukčních technologií

ICD 11 – Mezinárodní klasifikace nemocí

NRAR - Národní registr asistované reprodukce

NAPSW - Národní organizace perinatální sociální péče

SCNT – Metoda somatic cell nuclear transfer (jaderného přenosu somatických buněk)

ÚZIS - Ústav pro zdravotnické informace a statistiku České republiky

## Abstrakt

ŠVECOVÁ, Z. *Etické aspekty asistované reprodukce jako výzva pro činnost sociálního pracovníka*. České Budějovice, 2022. Diplomová práce, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra etiky, psychologie a charitativní práce. Vedoucí práce Mgr. Markéta Elich, Ph.D.

Klíčová slova: asistovaná reprodukce, lidská důstojnost, lékařská etika, status lidského embrya, neplodnost, sociální práce, sociální pracovník ve zdravotnictví, principy sociální práce, multioborová spolupráce.

Práce se zabývá problematikou asistované reprodukce, vymezením metod a její etickou problematikou. Definuje neplodnost jako problém medicínský, ale i sociální. Zaměřuje se na principy sociální práce a vystihuje její etickou podstatu. Tím propojuje medicínský problém se sociální problematikou a zdůrazňuje nutnost multioborové spolupráce. Práce upozorňuje na samotného člověka jako pacienta v rámci procesu asistované reprodukce, srovnává aktuální situaci v České republice s vybranou zahraniční praxí a vymezuje možnosti sociálního pracovníka ve zdravotnictví a jeho důležitost. Práce je formována teoretickými východiskami s důrazem na aktuální zdravotnickou statistiku doplněnou o zdroje zahraniční praxe.

## Abstract

ŠVECOVÁ, Z. *Ethical aspects of assisted reproduction as a challenge to the social worker's action*. České Budějovice, 2022. Master thesis, University of South Bohemia in České Budějovice. Faculty of Theology. Department of Ethics, Psychology and Charity Work. Thesis supervisor Mgr. Markéta Elich, Ph.D.

Keywords: assisted reproduction, human dignity, medical ethics, status of human embryo, infertility, social work, social worker in health care, principles of social work, multidisciplinary cooperation.

The thesis deals with the issue of assisted reproduction, the definition of methods and its ethical issues. It defines infertility as a medical but also social problem. It focuses on the principles of social work and describes its ethical nature. In this way, it links the medical problem with the social problem and emphasizes the need for multidisciplinary cooperation. The thesis draws attention to the human being as a patient in the process of assisted reproduction, compares the current situation in the Czech Republic with selected foreign practices and defines the possibilities of the social worker in health care and its importance. The work is shaped by theoretical background with emphasis on current health statistics supplemented by sources of foreign practice.