

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Bc. Dagmar Pařenicová

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Vybrané etické aspekty asistované reprodukce

Olomouc 2015

vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 21. 4. 2015

Bc. Dagmar Pařenicová

Děkuji PhDr. Mgr. Jitce Tomanové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce. Také děkuji mé rodině a manželovi, kteří mi byli oporou v průběhu celého studia. V neposlední řadě děkuji také všem, kteří mi byli inspirací a vstřícnými rádci při tvorbě této práce.

OBSAH

ÚVOD	6
1 CÍLE PRÁCE	8
2 TEORETICKÝ RÁMEC	9
2.1 Vymezení základní odborné terminologie asistované reprodukce	9
2.2 Sterilita jako aktuální téma	10
2.3 Asistovaná reprodukce jako téma aplikované bioetiky	11
2.4 Vybrané etické otázky vztahující se k asistované reprodukci	12
2.4.1 Zdravotní nebo sociální neplodnost	12
2.4.2 Gamety a embrya v asistované reprodukci	13
2.4.3 Preimplantační genetická diagnostika.....	20
2.4.4 Kryokonzervace.....	23
2.4.5 Redukce vícečetného těhotenství.....	24
2.4.6 Náhradní mateřství.....	26
2.4.7 Psychosociální poradenství v asistované reprodukci.....	30
2.4.8 Financování asistované reprodukce	31
2.4.9 Asistovaná reprodukce a legislativa.....	34
2.5 Vybrané etické aspekty asistované reprodukce ve výuce.....	37
2.5.1 Výuka etiky na středních zdravotnických školách.....	37
2.5.2 Státní kurikulární dokumenty	39
2.5.3 Školní kurikulární dokumenty.....	42
3 METODIKA PRÁCE	48
3.1 Časový harmonogram výzkumného šetření.....	48
3.2 Designování výzkumného šetření	49
3.2.1 Sběr dat.....	49
3.2.2 Volba případů	52
3.2.3 Organizace výzkumného šetření	54
3.2.4 Průběh výzkumného šetření	55
3.3 Zpracování a analýza dat	57
3.4 Limity výzkumného šetření	58
4 VÝSLEDKY A DISKUZE	63
ZÁVĚR	91
SOUHRN	93

SUMMARY	93
REFERENČNÍ SEZNAM.....	94
SEZNAM ZKRATEK	101
SEZNAM TABULEK.....	102
SEZNAM GRAFŮ	102
SEZNAM SCHÉMAT	102
SEZNAM PŘÍLOH.....	103
PŘÍLOHY.....	104

ÚVOD

Od narození prvního dítěte tzv. ze zkumavky Louise Joy Brown uplynulo více než 35 let a sama Louise se již stala matkou (Heřmanová et al., 2012). Tento nesporný úspěch na současném poli vědy a techniky přinesl naději párům, které do roku 1978 bojovaly s nelehkým údělem neplodnosti. Reprodukce člověka je jednou ze základních lidských úloh a její narušení představuje komplexní bio-psycho-sociální a spirituální problém. Diagnóza neplodnosti, která byla Světovou zdravotnickou organizací již oficiálně zařazena mezi onemocnění, je v současnosti faktem, který řeší až 15 % párů (Weiss et al., 2010). Právě metody asistované reprodukce jsou pro tyto klienty záchytným lanem, ke kterému upínají své naděje. Ve vší horlivosti a honbě za vytouženým potomkem, se však zaslepeni reprodukčním pudem zapomínáme pozastavit a zeptat se sami sebe, zda je to, co děláme, správné. Měly by být moderní lékařské technologie a postupy využívány jen proto, že byly lidstvem objeveny? Je každý objev společenským přínosem? A existují hranice jeho využití?

Možnost zamyslet se nad etickou dimenzí asistované reprodukce a položit si několik nelehkých otázek s nejednoznačnými odpověďmi nabízí bioetika. Mnoho etických diskuzí současnosti směřuje zejména k tematice konce lidského života, důstojné smrti či eutanazie. Zrod nového života se v takovém kontextu jeví jako téma, které nepochybně přináší jen to „dobré“ a není třeba ho zatěžovat složitými etickými otázkami. Opak je avšak pravdou. Asistované reprodukce přináší mnoho etických dilemat, na které hledají odpověď nejen odborníci, ale i samotné neplodné páry.

Diplomová práce se věnuje vybraným etickým aspektům asistované reprodukce, jejich integrací do výuky žáků oboru Zdravotnický asistent vybrané střední zdravotnické školy a jejich vnímáním těmito žáky. Práci lze hodnotit jako explorativně-deskriptivní, jelikož se jako jedna z prvních věnuje oblasti etické dimenze asistované reprodukce ve výuce u vybrané skupiny. Výstupem práce jsou identifikované kategorie, na jejichž základech byl vytvořen návrh výuky tohoto tématu u konkrétních žáků.

Teoretická rámeček práce nabízí náhled do eticko-morální dimenze asistované reprodukce zprostředkovaný názory tuzemských i zahraničních autorů z oblasti gynekologie a porodnictví, filosofie, práva či etiky. Primárním cílem nebylo předložit odborný gynekologicko-porodnický text vysvětlující pouze lékařské souvislosti asistované reprodukce zahrnující příčiny vzniku, diagnostiku a její možnou léčbu. I přesto jsou

informace prezentovány s krátkým odborným úvodem, který umožní komplexní vhled do problematiky. V další části teoretického rámce je předložena analýza obsahu Rámcového vzdělávacího programu pro obor Zdravotnický asistent a Školního vzdělávacího programu vybrané střední zdravotnické školy pro totožný obor. Tato analýza identifikuje integraci tématu etických aspektů asistované reprodukce do výuky výše zmíněných žáků.

Pro účely kvalitativního **výzkumného šetření** byl stanoven výzkumný problém: „*Pohled žáků vybrané střední zdravotnické školy na etickou dimenzi asistované reprodukce.*“, který byl převeden do výzkumné otázky: „*Jaký je pohled žáků vybrané střední zdravotnické školy na etickou dimenzi asistované reprodukce?*“. Na jejich základě je stanovený cíl práce, kterým je identifikovat, analyzovat a interpretovat pohled žáků vybrané střední zdravotnické školy na etickou dimenzi asistované reprodukce.

Bibliografické citace a formální úprava textu byla provedena na základě těchto norem: *citační norma ČSN ISO 690:2011, ČSN 01 6910:2014 Úprava dokumentů zpracovaných textovými procesory* a *ČSN ISO 7144:1997 Formální úprava disertací a podobných dokumentů*. Samotná strukturalizace práce byla vytvořena na základě *Doporučení pro psaní bakalářských a diplomových prací* Katedry antropologie a zdravotní pedagogiky na Pedagogické fakultě, Univerzity Palackého v Olomouci.

Diplomová práce je dedikována projektu Studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci: *Percepce subjektivního dopadu zdravotního postižení / přítomnosti chronického onemocnění a pojetí zdravotního uvědomění a gramotnosti* (IGA_PdF_2015_003).

1 CÍL PRÁCE

Kapitola předkládá vymezení základních prvků pro tvorbu diplomové práce. Je jím deskriptivní výzkumný problém, který byl převeden do výzkumné otázky. V neposlední řadě je prezentován taktéž hlavní cíl práce, který vznikl na základě výše zmíněného výzkumný problému a otázky. Hlavní cíl je obsahově blíže specifikovaný několika dílčími cíli.

Výzkumný problém: Pohled¹ žáků vybrané střední zdravotnické školy na etickou dimenzi asistované reprodukce.

Výzkumná otázka: Jaký je pohled žáků vybrané střední zdravotnické školy na etickou dimenzi asistované reprodukce?

Hlavní cíl

- Identifikovat, analyzovat a interpretovat pohled žáků vybrané střední zdravotnické školy na etickou dimenzi asistované reprodukce.

Dílčí cíle

Předložit:

- analýzu školního vzdělávacího programu vybrané střední zdravotnické školy identifikující předměty a jejich tematické celky, které obsahově korespondují s vybranými etickými otázkami asistované reprodukce.
- významové dimenze stanovené na základě obsahové analýzy teoretického rámce, které jsou základem souboru nedokončených vět.
- soubor nedokončených vět použitý pro odhalení vnímání etické problematiky asistované reprodukce žáky vybrané střední zdravotnické školy.
- kvalitativní analýzu výroků středoškolských žáků z oblasti etických otázek vztahujících se k problematice neplodnosti.

¹ Vzhledem k explorativnímu zaměření práce nebylo možné predikovat charakter získaných dat. Z tohoto důvodu se v práci operuje s pojmy jako vnímání či pohled, nikoli s postoji nebo názory, jak je chápe Výrost a Slaměník (1997) či Nakonečný (1997).

2 TEORETICKÝ RÁMEC

Teoretický rámec práce předkládá sumarizaci konceptů, jež se svým obsahem vztahují k tématu etické dimenze asistované reprodukce (*dále jen AR*). Kapitola prezentuje náhled tuzemských i zahraničních autorů na dílčí otázky etických aspektů tohoto tématu. Cílem přehledu nebylo prezentovat primárně odborné gynekologicko-porodnické poznatky z oblasti diagnostiky a léčby AR. Podkapitoly teoretického rámce práce jsou proto vždy strukturovány do krátkého vstupního seznámení čtenáře s odbornou terminologií, na kterou je navázáno rozsáhlým rámcem etické problematiky AR.

2.1 Vymezení základní odborné terminologie asistované reprodukce

Vymezení základních pojmů dané oblasti je nedílnou součástí každé odborné diskuze. Nejinak je tomu i v oblasti bioetiky. Tato kapitola uvádí základní lékařskou terminologii, která se vztahuje ke konkrétním postupům AR, a která v práci dále již nebude blíže specifikována.

Metody **asistované reprodukce** představují soubor procesů a léčebných postupů, které pro dosažení těhotenství využívají ošetření zárodečných buněk (oocytů a spermií) a embryí v laboratorních podmínkách. Prioritním cílem užívání těchto metod je porod fyziologického novorozence (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2014).

Proces **inseminace** spočívá v aplikaci mužských pohlavních buněk do pochvy nebo dělohy ženy. Úspěšnost této metody se rovná pravděpodobnosti otěhotnění při spontánní snaze o početí. Její alternativou je tzv. intrauterinní inseminace (*dále jen IUI*). Ejakulát je zpracováván na vysoce koncentrovanou suspenzi spermií, která je následně aplikována do dělohy. Tento výkon je ve svém provedení náročnější než pouhé zavedení spermií do pochvy ženy, avšak efektivnější (Roztočil et al., 2011). Úspěšnost této metody se pohybuje mezi 10 až 15 % (Weiss et al., 2010).

In vitro fertilizace je metoda založená na spojení mužských a ženských pohlavních buněk in vitro, tedy mimo tělo ženy. Během této metody dochází v laboratorních podmínkách k samovolnému oplodnění oocytů (tj. ženských pohlavních buněk) mužskými gametami. Po tomto oplodnění následuje **embryotransfer** (*dále jen ET*) nově vzniklého embrya do dělohy ženy. Metoda je indikovaná především v případě tubární neprůchodnosti, kdy by IUI ze svého principu nemohla být úspěšná (Roztočil et al., 2011). Úspěšnost IVF se u žen do 35 let pohybuje mezi 25 až 35 %. Faktorem, který ji velmi

výrazně ovlivňuje, je věk ženy. Ne vždy avšak odpovídá kalendářní věk ženy, věku biologickému (Roztočil et al., 2011). Specifickými typy ET jsou tzv. *direct intrafallopian insemination* neboli umělé zavedení spermií do vejcovodů, tzv. *gamets intrafallopian transfer* tedy přenos gamet do vejcovodu, tzv. *zygote intrafallopian transfer* přenos zygot do vejcovodu ženy a nakonec tzv. *tubal embryo transfer* neboli transfer embrya do vejcovodu ženy (Weiss et al., 2010).

Mezi rozšiřující metody AR patří tzv. **intracytoplazmatická injekce spermie** (*dále jen ICSI*). Jedná se o proces, v průběhu kterého se vpraví jedna konkrétní spermie do cytoplazmy oocyty ženy. Metoda je využívána zejména při mužské sterilitě. Tzv. *microsurgical epididymal sperm aspiration*, *testicular sperm aspiration* a *testicular sperm extraction* jsou metody, při kterých se spermie získávají pomocí chirurgického zákroku z varlete či nadvarlete muže. Tyto metody jsou využívány u paraplegiků či při obstrukci chámovodů. Další rozšiřující metodou je tzv. **asistovaný hatching** tedy proces, při kterém je drobnými otvůrkami porušena zona pellucida embrya, což usnadňuje jeho implantaci. Účinek a prospěch této metody nebyl zcela prokázán, kvůli čemuž se od něj upouští (Roztočil et al., 2011).

2.2 Sterilita jako aktuální téma

Sterilita, jinak označována také jako neplodnost, se v současné době stává celosvětovým problémem, kterému čelí až 15 % párů snažících se o početí potomka (Weiss et al., 2010). Závažnost situace potvrdila Světová zdravotnická organizace, která klasifikovala sterilitu jako onemocnění. Jedná se tedy o stav, kdy není dosaženo klinického těhotenství po uplynutí 12 či více měsíců pravidelného nechráněného pohlavního styku (Zegers-Hochschild et al., 2009; Roztočil et al., 2011).

Ve Spojených státech amerických se s problematikou neplodnosti potýká celých 7,4 miliónů žen ve věku 15 až 44 let (Centers for disease control and prevention, 2014). Klíčem k vyřešení tohoto závažného sociokulturního problému, kterým neplodnost bezpochyby je, může být právě AR a její specifické metody (Roztočil et al., 2011). Podle údajů Národního centra pro prevenci chronických onemocnění a ochrany zdraví je úspěšnost těchto metod celých 29 % ve vztahu k živě narozeným dětem počatých touto cestou (Centers for disease control and prevention, 2014). Rostoucí zájem o služby AR na území České republiky potvrzuje i vznik celkem 39 center asistované reprodukce. Tento počet je obzvláště vysoký v kontextu množství těchto klinik na celkový počet

obyvatel. Například ve spojených státech amerických bylo k roku 2012 oficiálně registrováno 486 těchto center (Národní centrum pro prevenci chronických onemocnění a ochranu zdraví, 2014). Nejčastějšími klientkami českých center jsou ženy do 35 let, avšak setkáme se i s ženami nad 40 let, kterých bylo jen v roce 2012 celých 1310. Většina z těchto center AR provede až stovky oplodnění za rok. V roce 2012 proběhlo u klientek v těchto centrech celkem 27 879 cyklů (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2014).

2.3 Asistovaná reprodukce jako téma aplikované bioetiky

Od chvíle objevu AR Robertem Edwardsem a Patrickem Steptem bylo touto cestou počato již více než milion dětí (Tannsjo, 2007). Bouřlivý technický vývoj a rozšíření lidských možností sebou přináší i potřebu položit si určité bioetické otázky spojené s touto problematikou. Úlohou bioetiky, která se zaměřuje na etickou dimenzi lékařské praxe a výzkumu, není na tyto otázky přímo odpovědět a dojít ke společnému konsensu, nýbrž ptát se na vše a z různých úhlů pohledů. Je například nutné položit si otázku, zda všechny níže uvedené postupy a metody opravdu podporují to, co je jejich hlavním cílem. Zda podporují opravdové hodnoty lidství či je znevažují (Munzarová, 2000; Haškovcová, 2002).

Informační dostupnost, která je v současné době všeobecně hojně využívána, je nesporným předpokladem pro správné rozhodování. Nutno však poznamenat, že ne vždy garantuje kvantita informací kvalitu onoho rozhodnutí. Hlavní rolí bioetiky je dle Jemelky (2008) právě kritická analýza získaných informací. Díky vlivu masmédií a všeobecně neomezené informační dostupnosti se v současné době dostávají bioetická témata na pranýř diskuze široké laické veřejnosti. Bioetické otázky tak již nejsou doménou jen zdravotnických profesionálů, nýbrž věcí veřejnou. Do diskuze se tímto přidávají nejen odborníci z oboru, ale i lidé s přímou a často emocionálně velmi silnou vlastní zkušeností. Díky vzrůstající aktuálnosti tématu a bouřlivým debatám okolo etických otázek AR je velmi důležité vymezení hranic a to nejen pojmových, ale především kompetenčních. Bioetickým úkolem tak není sestavení morálních imperativů, jak se v daných klinických situacích zachovat, nýbrž hledání odpovědi na otázku, jaký je smysl aplikací těchto nově objevených možností v klinické praxi a jakou roli v něm hraje narůstající možnost rozhodovat nejen o svém vlastním životě. Soudobým zlozvykem společnosti je totiž tzv. „nekritický aplikační optimismus“ neboli okamžité využívání nových poznatků v klinické

praxi za absence kritického náhledu na problematiku. Konkrétním příkladem může být tzv. sociální darwinismus. Ten v minulosti využíval Darwinových teorií k vysvětlení soudobého společenského dění na poli genetiky v podobě eugenických snah s cílem vylepšit lidskou rasu (Jemelka, 2008).

Bioetické otázky by tak měly být nedílnou součástí přípravy nejen budoucích pedagogů, ale taktéž integrovány do samotné výuky žáků. Existující teoretický rámec etické diskuze, který tvoří například Hippokratova přísaha, Deklarace o právech pacientů v Evropě, Úmluva o lidských právech a biomedicíně, etické kodexy, legislativní dokumenty a mnoho dalších regulativů, poskytuje zdravotníkům oporu ve svém rozhodování (Haškovcová, 2002). Naopak hlavním úkolem etické výuky je vytvoření schopnosti vnímat etickou dimenzi daných klinických situací a aplikovat v nich etické zásady při zachování respektu k celospolečensky přijímaným morálním hodnotám. Informace podané ve výuce by měly sloužit především k zamyšlení a hledání vlastní odpovědi na otázky, ke kterým je nutné přistupovat obzvláště citlivě (Munzarová, 1995).

2.4 Vybrané etické otázky vztahující se k asistované reprodukci

2.4.1 Zdravotní nebo sociální neplodnost

Jedním z hlavních etických dilemat je otázka, zda by měla být AR řešením neplodnosti, kdy v cestě za početím potomka stojí pouze zdravotní překážky nebo by měla být klíčem k vyřešení i tzv. sociální neplodnosti. Právě druhá zmiňovaná oblast je v současné době velmi silně tabuizována. Náhradní mateřství, použití gamet zemřelého partnera, umělé oplodnění homosexuálních párů, postmenopauzálních žen či tzv. single žen zůstávají v naší zemi nezodpovězenou otázkou (Haasova, 2012).

Jedním z mnoha faktorů podílejících se na rostoucí míře neplodnosti je vzrůstající věk žen toužících po založení rodiny. Stále častěji je možné pozorovat ženy odkládající mateřství z profesních důvodů. Pro tyto klientky bývá prioritní kariérní seberealizace a sociální úspěch. Až po dosáhnutí stanovených cílů se obrací k možnosti založit rodinu. Fenomén mateřství ve vyšším věku taktéž koreluje s vysokou mírou rozvodovosti a vzrůstajícím počtem tzv. druhých sňatků. Věková kategorie ženy s přáním porodit dítě není limitující pouze ze strany biologických faktorů, nýbrž se zde naskýtá i otázka sociální situace. Autoři zmiňují otázku průběhu výchovy potenciálně narozených dětí starším rodičům, kteří již nemusí mít tolik životní energie na výchovu dalších potomků. Také se zde setkáváme s tématem osíření dětí díky vysokému věku svých rodičů. Z tohoto

důvodu se v evropských zemích neprovádí IVF u žen nad 45 let (Ostro, Pilka a Lešník, 2009). Může být argumentováno, že věkový limit napadá tzv. koncept reprodukční svobody, který vznikl v 1. polovině 20. století jako reakce na omezování reprodukční svobody americkým eugenickým hnutím. Podle tohoto konceptu je rozhodnutí o způsobu založení rodiny zcela a pouze na konkrétních jedincích a nemělo by podléhat žádným regulacím ze strany státu či jiných institucí (Kuře et al., 2012). Právě ve Spojených státech amerických je tato tolerantnost zřetelná. Podíváme-li se na oficiální údaje, zjistíme, že problematika AR u tzv. singles matek, je zde zcela běžnou záležitostí. Je však nutné podotknout, že ne všechny kliniky ji umožňují (Národní centrum pro prevenci chronických onemocnění a ochranu zdraví, 2014).

V souvislosti s reprodukční svobodou je často zmiňováno i tzv. právo na dítě. Je ovšem otázkou, zda je toto právo vůbec legislativně zakotveno. Dle Munzarové (2000) se jedná spíše o přání či vyjádřené chtění, nikoli o legislativně platnou normu. Pokud by opravdu „právo na dítě“ bylo právně platné, pak by mohlo být přisouzeno komukoli a to bez ohledu na jeho schopnosti dítě vychovávat. Prioritou je proto upřednostňování práv budoucího dítěte, která fakticky existují. Mezi ně patří mimo jiné právo narodit se do kompletní rodiny, která ho přijme s láskou, znát svůj genetický původ nebo být ušetřeno komplikací z důvodů neznalosti své biologické a právní identity. Výše zmíněné předpoklady jsou splněny v rámci tzv. homologní asistované fertilizace (tj. oplodnění), kdy jsou použity gamety daného páru, nikoli gamety darované (Munzarová, 2000). Taktéž dle Úmluvy o právech dítěte (1991) má každé dítě právo nejen na život, ale také na rodinu, která mu poskytne bezpečné rodinné zázemí, lásku a bezpečí, díky kterému se bude moci daný člověk harmonicky rozvíjet.

2.4.2 Gamety a embrya v asistované reprodukci

Dárcovství gamet

Dárcovství pohlavních gamet pro jejich další využití v oblasti AR je velmi diskutovaným tématem. Do procesu reprodukce je kromě neplodného páru zahrnuta i třetí neznámá strana (Haasová, 2012). Darované gamety, ať už jde o mužské či ženské pohlavní buňky, jsou zapotřebí pouze u 3 až 5 % párů, které podstupují AR. Ve většině případů jsou biologickými rodiči svých potomků sami klienti přicházející do center AR (Weiss et al., 2010). Darované oocyty jsou alternativním řešením neplodnosti například pro

ženy trpící ovariální dysfunkcí. Jejich využití má stejnou úspěšnost jako IVF cykly s vlastními gametami. Obecným problémem, se kterým se v současné době centra AR potýkají, a to především v zahraničí, je nedostatek darovaných oocytů (Ostro, Pilka a Lešník, 2009). Situace se v posledních letech změnila i v České republice. Dříve výraznější poptávka po spermiích se díky ICSI, která dnes umožňuje využití i nepohyblivých spermií, snížila. Naopak došlo k nárůstu poptávky po darovaných oocytech, kterých je proto nedostatek (Heřmanová et al., 2012). Důvodem je nejen legislativní bariéra a obecný nedostatek dárkyň, ale taktéž komplikované získávání oocytů, které je v porovnání s darováním spermií daleko invazivnějším procesem (Weiss et al., 2010; Ostro, Pilka a Lešník, 2009). Řada klinik tak přichází s novým řešením této situace v podobě alternativních zdrojů oocytů. Těmi jsou například oocyty darované dárkyněmi, které pro tyto účely získala sama klientka nebo oocyty, které jsou přímo sdílené mezi známou dárkyní a příjemkyní. Zmiňované možnosti ovšem přináší hned několik etických dilemat. Obě varianty totiž znemožňují zachování anonymity, která je aktuálně platnou českou legislativou vyžadována (Weiss et al., 2010; Ostro, Pilka a Lešník, 2009). Existují však páry, pro které je využití anonymně darovaných gamet naopak skutečností, kterou nedokáží přijmout. Nutno podotknout, že již samotný fakt, že těhotenství vzniklo za pomoci darovaných oocytů, je pro oba partnery mnohem více eticky i psychologicky náročnější než tradiční homologní IVF. Do rodičovství je po biologické stránce zahrnuta třetí osoba a budoucí potomek je po genetické i imunologické stránce rodičům vzdálený. Všechny zmíněné faktory mohou příjemkyni dovést do psychicky velmi náročné situace ústící až v odmítání dítěte z důvodu neznalosti jeho kompletních sociálních a lékařských anamnestických údajů ze strany biologické matky (Ostro, Pilka a Lešník, 2009). Například ve Spojených státech amerických existují databáze dárců gamet, kde nalezneme nejen jejich osobní fotografie, ale rovněž životní příběhy zahrnující například jejich povolání nebo výši dosaženého vzdělání (Haasová, 2012). Česká legislativa umožňuje získání pouze informací ze zdravotní anamnézy dárců gamet a to po období 30 let po užití těchto gamet. Zmiňované informace však nemohou vést k přímé identifikaci samotného dárce (Weiss et al., 2010). Varianta svépomocí vyhledaných dárkyň samotnými budoucími rodiči tak nabízí možnost získání kompletních osobních informací z lékařské i sociální anamnézy dárkyně. Tato skutečnost může být v porovnání s neúplnými informacemi, které umožňuje česká legislativa, pro potenciální budoucí rodiče dítěte přijatelnější.

Ve většině evropských zemí je jasně specifikováno, že dárkyní nemůže být rodinná příslušnice příjemkyně. Autoři poznamenávají, že naopak sdílené darování oocytů mezi biologickými sestrami bylo v mnoha případech přijímáno velmi kladně. Bylo totiž vnímáno jako nástroj k zachování genetické a rodičovské linie v rámci dané rodiny. Je-li zvolena partnerka tato cesta dárčovství, je vhodné předem konzultovat témata, jakými je motivace dárkyně i příjemkyně k tomuto činu nebo vymezení rolí jednotlivých stran v případě úspěšného otěhotnění, fyziologického těhotenství a porodu zdravého dítěte. Autoři upozorňují, že případné neanonymní dárkyně nelze považovat za přímého “rodiče” dítěte. Žena svými oocyty pouze napomohla neplodnému páru a vytvořila prostředek k požadovanému těhotenství. V neposlední řadě by měla být taktéž vyřešena otázka sdělení této skutečnosti dítěti (Ostro, Pilka a Lešník, 2009).

Legislativa severských zemí jakými je Švédsko, Dánsko, Norsko a Finsko vyhrazuje právo potomků znát totožnost dárců gamet, které byly použity při jejich IVF cyklu. Právo znát svoji biologickou identitu tedy i veškeré informace vztahující se k dárcům gamet vyplývá z práv dítěte, ze kterých bylo při tvorbě této legislativy vycházeno. Zatímco někteří lékaři z těchto zemí věří, že sdělení informací, jež povedou k identifikaci konkrétního dárce či dárkyně, má pozitivní vliv na vytvoření kompletní osobní identity potomka. Další se k problematice staví o mnoho kritičtěji. Jejich hlavními obavami je především možnost negativního dopadu identifikace dárců na tyto potomky. Těmi mohou být například kontaktování těchto dárců nebo nárokování si jejich rodičovských povinností, které z dárčovství avšak nevyplývají. O to složitější může pro takové potomky setkání s odmítnutím ze strany osob, které považují za své biologické rodiče (Lampic, Svanberg a Sydsjö, 2009). Sami jedinci, kteří byli počati pomocí IVF při využití anonymně darovaných spermií, uvádí, že v tomto směru není třeba anonymity. Právě naopak by se podle nich mělo o dárcích i příjemcích otevřeně hovořit. Hlavním důvodem pro zjištění těchto informací je poznání biologického rodiče a případně existujících sourozenců těchto potomků. Nutné je také podotknout, že ne všichni jedinci počatí touto cestou vnímají tento způsob kladně. Potomci sdílející spíše negativní postoj ke způsobu svého početí vnímají dárce spermií, jako svého biologického otce a silněji inklinují k jeho kontaktování v situaci, kdy vztahy s jejich „právním“ otcem nejsou uspokojující (Mahlstedt, LaBounty a Kennedy, 2010). Munzarová (2000) však upozorňuje na fakt, že stává-li se muž anonymním dárcem spermií, současně se tím dobrovolně vzdává jakýchkoli otcovských práv. Naopak jedinci, kteří se ke způsobu svého početí staví kladně,

vnímají dárce spermií opravdu jako pouhého donátora a nikoli jako svého biologického otce. Nepochybně hraje roli v této situaci také „nová“ rodina daného jedince, které má vliv na vnímání celé problematiky tímto potomkem (Mahlstedt, LaBounty a Kennedy, 2010). Jak je možné vidět, jednotlivé evropské země pohlíží na zachování anonymity dárců odlišně. Obecným pravidlem se však stal fenomén poklesu celkového počtu dárců gamet a naopak nárůst případů tzv. reprodukční turistiky, v zemích, kde je dárcovství gamet neanonymní (Mahlstedt, LaBounty a Kennedy, 2010).

Darování gamet je podle české legislativy (zákon 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách) zcela anonymní, dobrovolné a bezplatné. Kritériem pro dobrovolné dárcovství gamet je odpovídající věk a zdravotní stav. Ženy mohou darovat oocyty ve věku 18 až 35 let, muži pak mezi 18. a 40. rokem. Vyšetření, která musí dárci podstoupit, zahrnují:

- u mužů spermioqram a vyšetření moči a spermatu na infekci Chlamydie Trichomatis,
- u žen je ultrazvukem vyšetřována ovariální rezerva a stanovována bazální hladina pohlavních hormonů.

U obou pohlaví dárců následují genetická vyšetření, stanovení krevní skupiny a Rh faktoru a screening infekcí, který je dán legislativním rámcem. Darované spermie jsou následně kryokonzervovány, jelikož podléhají šesti měsíční karanténě pro vyloučení HIV infekce. U oocytů není předpokládán možný přenos tohoto viru, a proto jsou vždy používány oocyty čerstvé (Weiss et al., 2010; Roztočil et al., 2011). Munzarová (2000) upozorňuje na možné úskalí, které skýtá absence psychologického posouzení dárce. Zatímco po stránce zdravotní je dárce velmi pečlivě vyšetřen, po jeho psychologické způsobilosti není nijak pátráno. Munzarová proto poukazuje na fakt, že již samotné dárcovství, kterým se dárce vzdává jakékoli zodpovědnosti vůči svému potomkovi, poukazuje na jeho psychickou zralost. Ke stejnému názoru se přiklání i Haasová (2012), která tvrdí, že dárcovství gamet je otázkou individuálního svědomí jedince.

Další poznámkou k etickému zamyšlení je výše uvedená bezplatnost darování gamet. Deklarovaná skutečnost je totiž obcházena právní kličkou v podobě uvedeného dodatku o nároku na tzv. “přiměřenou kompenzaci” výkonu (Heřmanová et al., 2012). Jako příklad takové kompenzace je možno uvést darování oocytů, kdy je “dárkyním” hrazeno v průměru okolo 15 000 až 25 000 Kč, nikoli za samotný proces darování oocytů, avšak za náklady vzniklé v jeho průběhu (cestovní výdaje, aj.) (Heřmanová et al., 2012).

S fenoménem využívání finančního benefitu z darováním gamet se můžeme setkat i u dárců spermií. Jelikož v České republice existují registry dárců pouze na základě anonymních osobních údajů a přidáných kódů, které dárci obdrží v každém centru, není možno zabránit fluktuaci mužů, kteří této možnosti využívají právě pro získání finančního výděлку (Haasová, 2012). Po právní stránce je vše tzv. *lege artis*, avšak z etického hlediska stojíme před otázkou, zda je dárcovství gamet svědectvím čistě altruistického činu pomoci někomu v nelehké životní situaci či se společnost pohybuje na velmi tenké hranici legálního obchodu s lidskými orgány a tkáněmi, proti kterému právě právní vymezení dárcovství bojuje (Heřmanová et al., 2012).

Morální status embrya

Progresivní vývoj jednotlivých metod AR a stále se zvyšující potřeba jejich užívání při zakládání rodiny volá o definici a vymezení pojmu života a jeho počátku. Existují zde otázky, které se dotýkají každodenní klinické praxe reprodukční medicíny. Pracujeme při preimplantační genetice s člověkem v počátečních vývojových stádiích či pouze s biologickým materiálem? Odstraňujeme při redukci vícečetného těhotenství pouze přebytečnou tkáň představující riziko pro další vývoj těhotenství a samotnou matku či rozhodujeme o lidském životě? Nutno říci, že v této oblasti doposud nebylo dosaženo jednotného závěru. Je zde patrna výrazná názorová pluralita, která se promítá do argumentace jednotlivých komunit z vědeckého, lékařského či církevního prostředí (Munzarová, 2005). Pro zodpovězení otázek týkající se počátku lidského života je zapotřebí interdisciplinárního přístupu, který komparuje pohledy výše zmíněných oborových kapacit (Munzarová, 2000). Lidský život tak může být chápán nejen jako biologický proces charakterizovaný postupným růstem a zráním organismu, ale taktéž jako fenomén spojení tělesné schránky s personalitou daného individua. Už Aristotelova teorie popisuje život jako dvě neoddělitelné a navzájem se ovlivňující substance, tedy tzv. *hylé* představující tělesnou schránku a tzv. *morfé*, tedy duši, která dává tělesné složce život.

První zmínky o otázkách zabývajících se počátkem lidského života nalezneme již u Tomáše Akvinského. Jeho úvahy vycházející z Aristotelova pojetí duše předpokládají, že plod nabývá své duševní podstaty postupně. U ženského pohlaví se tomu děje v průběhu 80 dnů, u mužů během pouhých 40. Názor Akvinského je překvapivě stále přijímán některými současnými teology, kteří tvrdí, že duši může přijmout až vyvinutá tělesná

schránka. Zygota, morula, blastula či embryo proto z tohoto pohledu není schopno přijmout duševní podstatu lidské jednoty. Názor však nepřijímá klasická katolická společnost. Podle ní je vše, co bylo zplozeno lidmi, oduševnělým člověkem od samého prvopočátku, tedy od chvíle početí. Dle této teorie není důvodem vývoje lidského embrya pouze „poslání“ stát se člověkem, tedy jen pozdní oduševnění jeho tělesné schránky. Velmi překvapivě se katolická církev tímto názorem přibližuje hlavní myšlence tradičního biologického pojetí, které klasifikuje vývoj embrya a později plodu z morfoloogicko-fyziologického hlediska. Tento názorový proud definuje jako počátek lidského života první den početí, respektive moment splynutí pohlavních gamet matky a otce (Ondok, 2005). Tato teorie poskytuje odpověď na otázku časového určení vzniku biologické podstaty organismu jako takové, avšak odpověď, jaký okamžik je možno považovat za počátek konkrétního individuálního lidského bytí, nezodpovídá. Argumenty, které nesouhlasí se ztotožněním momentu početí a vznikem individuální lidské oduševnělé bytosti tvrdí, že v průběhu dělení zygoty nelze předvídat, zda dojde například ke vzniku jednovaječných dvojčat. Z tohoto důvodu nemůže již v danou chvíli existovat kompletní podstata lidské osoby. Další teorie je založena na korelaci mezi získáním personality a úrovní vývoje centrální nervové soustavy. Její zastánci vychází z poznatků vztahující se ke klinickému stanovování smrti organismu na základě zástavy mozkové činnosti. Pokud vytracení mozkové aktivity představuje smrt lidské bytosti, mělo by být podle této teorie její objevení projevem počátku lidského života. Vývoj centrálního nervového systému plodu začíná mezi 15. až 25. dnem gravidity. V 16. týdnu je mozková tkáň již zcela kompletně vyvinuta. Právě tento moment je proto považován za počátek personální existence člověka. Současná vědecká komunita považuje již samotný plod za lidský život, avšak ne plně humanizovaný. Důležitá je v tomto případě existence potenciálu vývoje v kompletní lidskou bytost, a proto vyžaduje plod ochranu. Úmluva o lidských právech a biomedicíně považuje za lidskou bytost naopak člověka až po jeho narození. Rozhodnutí o možnosti výzkumu na embryích či plodech je úmluvou ponechán na smluvních státech. Striktně je však zakázáno vytváření lidských embryí pouze pro výzkumné účely (Ivanová a Klos, 2004; Ondok, 2005).

Obecně existují tedy dva názorové proudy, jak je pohlíženo na otázku statutu lidského embrya. První z nich, tzv. *ontologický personalismus*, je založen na poznatcích embryologie a molekulární biologie. Za počátek lidského života považuje zcela jednoznačně splynutí pohlavních buněk, tedy vznik zygoty, která má již v tento moment

veškerá práva (Munzarová, 2000). Dle tohoto postoje je třeba embryo od prvopočátku chránit. Názor tedy zakazuje jakékoli ublížení embryu zahrnující výzkumné procesy i interrupci (Munzarová, 2005). Tento názor je přijímaný zástupci církví a širokou laickou veřejností (Haasová, 2012). Oproti tomu tzv. *empirický funkcionalismus*, zastávaný především vědci, lékaři a etiky, nesdílí jednotný názor. Dle této koncepce má embryo pouze potenciální lidský status a status osoby mu v prvotní fázi není přiznán. Tato skutečnost souvisí s morfoloogickým vývojem embrya, u kterého až kolem 15. dne gravidity dochází k vývoji prvních nervových buněk, které umožní „prohloubení“ jeho lidství. Toto je základem tvrzení, že zárodek se v lidskou bytost postupně vyvíjí a stává se člověkem se všemi právními a morálními hodnotami. Právě tato myšlenka je často přijímaná i páry, které podstupují IVF cykly (Munzarová, 2000). Nejnovější ustanovení Evropské Unie však sesadilo embryo opět na úroveň pouhého biologického materiálu vydáním prohlášení, že do okamžiku provedení ET má embryo statut pouhého léčebného buněčného přípravku (Haasová, 2012).

Na faktické přiznání lidského statusu embryu navazuje i deklarování jeho samotného práva na život. I zde najdeme názorovou neshodu. Zatímco dle jedné skupiny má plod právo na život od okamžiku samostatné životaschopnosti, druzí zastávají názor, že toto právo získává až po svém narození. Nutno zde upozornit na fakt, že zygoty či jejich pozdější vývojová stádia jsou v podmínkách *in vitro* „previabilní“ (lidský život se z něj za vhodných podmínek může vyvinout) nikoli neviabilní (vývoj lidského života není možný). Zastánci názoru, který embryo degraduje na biologický materiál, ho fakticky srovnávají s mrtvým fětem, což z morfoloogicko-fyziologického pohledu není. Každé embryo má dle Munzarové (2005) potenciální možnost stát se plnohodnotnou lidskou bytostí. Proto je nutné se dívat nejen na jeho přítomnost tedy na to, čím v této současné chvíli je či není, ale také na jeho potenciální budoucnost, resp. čím může. Podíváme-li se na problematiku z lékařského úhlu pohledu, setkáme se s faktem, že velké množství zemí legalizuje interrupci na přání ženy do 12. týdne gravidity. Z tohoto postoje může být dedukováno, že autonomie žen přesahuje do 12. týdne gravidity zájmy embrya a tudíž má embryo nižší morální status než žena. Díky tomuto verdiktu není embryo začleněno do lidské komunity a ztrácí tak veškerá morální práva, tedy i právo „nebýt zabit“. Od 12. týdne gravidity se však situace mění a interrupce na přání ženy již není povolena. Stojí tedy před námi již lidská bytost? (Ostro, Pilka a Lešník, 2009). Obecně je uváděno několik vlastností, které jsou pro přiznání lidského

statutu embryu vyžadovány. Patří mezi ně vůle, vnímavost a rozumnost. Deklarované vlastnosti však nenalezneme například u osob s těžkým postižením či osob umírajících. Znamená to tedy, že jsou tito jedinci neplnohodnotnými osobami, které o svůj lidský status přišli či ho nikdy nezískaly (Munzarová, 2000)?

2.4.3 Preimplantační genetická diagnostika

Genetické poradenství je spojovacím mostem mezi odborníky na straně jedné a širokou veřejností na straně druhé. Jeho hlavním úkolem je zprostředkovat laické veřejnosti srozumitelně informace týkající se širokého spektra genetických odchylek, objasnit příčiny jejich vzniku a faktory, které se na něm podílely. Důležité je taktéž doporučení existujících způsobů diagnostikování těchto genetických predispozic a možné způsobu léčby onemocnění z nich vyplývající. Vše by se mělo odehrávat v souladu s přesvědčením a hodnotami individuálního jedince. Genetického poradenství by mělo taktéž pomoci jedinci vyrovnat se se skutečností, že se genetická odchylka objevila právě v jeho životě (Munzarová, 2000). Řada geneticky podmíněných onemocnění je velmi závažným zdravotním problémem zatěžujícím nejen samotného jedince, ale i celou jeho rodinu. Problematika dědičných onemocnění se tak dotýká celé rodiny a mnoha jejích generací (Mardešić, 2013).

Díky moderním metodám jakými je fluorescenční in situ hybridizace či polymerázová řetězová reakce je v současné době možné analyzovat specifické sekvence lidské DNA a odhalit případnou aneuploidii chromozomů vybraných buněk daného embrya. Podstatnou výhodou této genetické diagnostiky, jak už sám název napovídá, je její časové umístění. Zatímco běžná prenatální vyšetření plodu probíhají v průběhu samotného těhotenství, které bývá v případě nálezu chromozomální aberace ukončeno, genetická preimplantační diagnostika (*dále jen PGD*) je k ženě po psychické i fyzické stránce šetrnější, jelikož embryo s detekovanými chromozomálními vadami není vůbec implantováno (Weiss et al., 2010). PGD může být vhodnou alternativou prevence především v rodinách, ve kterých je z jakéhokoli důvodu odmítáno přerušení těhotenství (Mardešić, 2013). Vysokou míru úspěšnosti slaví PGD při diagnostice předem známých dědičných onemocnění, tedy těch, které se v rodině klientů již objevily a pravděpodobnost jejich dědičnosti u potenciálních potomků činí až 75 % (Roztočil et al., 2011). Mezi nejčastěji testované odchylky patří aneuploidie u chromozomů X, Y, 11, 13, 15, 16, 18 a 21, 22. Hovoříme tak o PGS neboli o preimplantačním genetickém screeningu

(Weiss et al., 2010). Nutno podotknout, že přínos obou metod je odbornou gynekologickou společností velmi diskutován. Samotné vyšetření není dle některých odborníků zárukou zcela zdravého embrya, jelikož je při PGS i PGD vyšetřena pouze část jeho genetické výbavy. Taktéž nebyl prokázán vliv metody na zvýšení úspěšnosti implantace embrya či snížení pravděpodobnosti samovolného potratu. Neopomenutelný je i fakt finanční náročnosti této metody pro klienty (Roztočil et al., 2011). Například ve Spojených státech amerických byla PGD v roce 2012 využita pouze u 5 % cyklů (Národní centrum pro prevenci chronických onemocnění a ochranu zdraví, 2014).

Diagnostika genetických anomálií se dnes netýká pouze plodu (prenatální diagnostika) a embrya (preimplantační diagnostika). Nové technologie umožňují analyzovat genetickou výbavu již samotných gamet. Pojem genetická prevence tak opravdu nabírá svého významu a praktického využití, které umožňuje eliminovat geneticky nekompatibilní gamety ještě před jejich využitím (Ostro, Pilka a Lešník, 2009). Mezi zmiňované metody patří například tzv. CASA neboli *computer aided sperm analysis*, která vyhodnocuje pohyblivost mužských gamet, na základě které jsou tyto spermie tříděny. Dalšími pokročilými metodami je například tzv. laserová past či optická pinzeta, které nejenže analyzují pohyblivost spermií, ale také měří jejich sílu, resp. kvalitu (Ostro, Pilka a Lešník, 2009).

Hlavním cílem využívání PGD by měla být především pomoc párům, které si sebou nesou břemeno existujícího rizika přenosu vážných genetických chorob. Jakékoli jiné požadavky na využití PGD jsou dle Úmluvy o lidských právech a biomedicíně nepřijatelné. Už Platón přišel ve svých dílech s myšlenkou jakési biologické kontroly potomstva, která měla zamezit rození biologicky „zdegenerovaných“ potomků (Haasová, 2012; Mardešić, 2013). Je pravdou, že oblast genetického inženýrství nebyla vždy využívána jen v pozitivním smyslu jako je tomu v dnešní době u genetického poradenství a preimplantační diagnostiky genetických anomálií. S negativním využíváním poznatků z oblasti genetiky se společnost setkala u nacistické ideologie, jejíž činy vyústily ve vznik nutných regulativů, jakými je například zákon o sterilizaci či Norimberské zákony. Je proto nutné položit si otázku, zda nové poznatky a progres v oblasti genetického inženýrství nepovedou k dalším negativně eugenickým snahám, jako tomu bylo v minulosti (Munzarová, 2000). Právě na ty mnoho autorů upozorňuje. Jedná se o zneužití PGD pro účely výběru pohlaví dítěte ze sociokulturních důvodů či pro účely specifitějších požadavků, jakými je například barva vlasů či očí. Na základě tohoto rizika byla PGD

v zemích západního světa zakázána (Heřmanová et al., 2012). Na druhou stranu, volba pohlaví dítěte v případě genetických chorob vázaných konkrétně na pohlavní chromozomy je přijímána pozitivně (Mardešic, 2013). Taktéž katolická církev nesdílí k preimplantační genetické diagnostice pozitivní postoj. Na rozdíl od prenatalní diagnostiky, kdy je diagnostikováno postižení plodu a pár má možnost uchopit ji a přijmout, u preimplantační diagnostiky dochází při pouhém podezření na genetickou vadu k okamžitému zlikvidování embryí. Tuto skutečnost přirovnává katolická církev ke kvalitativní selekci, kterou je možno chápat jako projevy soudobé eugeniky a snahu zabránit narození plodu s deformacemi. Zatímco v minulosti byli jedinci vystavováni diskriminaci z rasových či náboženských důvodů, nyní je k této skupině připojeno díky výše zmíněné diagnostice, dle katolické církve také nemorálně i fyzické postižení (Kongregace pro nauku víry, 2009).

Naopak argumenty obhajující pozitivní vliv preimplantační genetické diagnostiky hájí nejlepší zájmy nenarozeného dítěte, které by mělo být chráněno před jevy, jakými jsou: medikalizace života, těžká sociální adaptace, zkrácená délka života a jiné fenomény, jež jsou spojeny s průběhem těžkých genetických chorob. Obhajovány jsou také zájmy rodičů a právo společnosti ovlivňovat a rozhodovat o genetickém zdraví populace. Cílem této regulace je snižování ekonomických výdajů, kterých je jinak zapotřebí pro péči o jedince s těžkou geneticky podmíněnou chorobou (Munzarová, 2000).

Podstatnou roli hraje v této otázce právo na genetické soukromí každého jedince. To zajišťuje bezpečí proti možné stigmatizaci a labelingu, který by genetická zátěž mohla jedinci přinést. Genetická informace je vždy majetkem pouze konkrétního člověka. Za žádných okolností by se neměla dostat do rukou společnosti, která by s ní mohla naložit nerelevantně vůči jedinci, avšak dle svých vlastních cílů. Z tohoto důvodu by mělo být za všech podmínek genetické poradenství nedirektivní. Lékař, jenž zná genetickou anamnézu konkrétního klienta, nepřebírá absolutní moc nad klienty v situacích rozhodování. Na prvním místě při jakémkoli rozhodování stojí vždy individuální názor daného jedince. S genetickým soukromím osob souvisí i tzv. *informational self-determination* neboli právo rozhodovat o své vlastní informovanosti. Toto právo garantuje možnost ponechat si představu o sobě samém, jež nemusí korespondovat s reálnou skutečností. Proto je zde zdůrazňováno zachování genetické autonomie stejně jako té reprodukční (Mardešic, 2013; Munzarová, 2000)

Munzarová sdílí názor, že dosáhnout společného názoru v této otázce je zcela nemožné. Vždy je však na prvním místě rozhodnutí daného jedince či páru, které je založeno na jejich přání, hodnotách, názorech a lékař je povinen toto rozhodnutí plně respektovat, i přes fakt, že zde zůstává etické dilema mezi naprostou reprodukční autonomií a důrazem na genetické zdraví populace (Munzarová, 2000).

2.2.4 Kryokonzervace

Kryokonzervace je procesem, který ve značné míře usnadnil průběh AR. Zdokonalování metod reprodukční medicíny a zvýšení její úspěšnosti vyvolalo nutnost využití možnosti uchování nadbytečných gamet a embryí (Ostro, Pilka a Lešník, 2009). Kryokonzervace je metoda, která umožňuje uchovat tyto gamety a embrya pro další případné cykly IVF. Žena se díky ní vyhne opětovné stimulaci ovarií a následnému odběru oocytů (Roztočil et al., 2011). Další bránou, kterou kryokonzervace otevírá, je zachování fertility u onkologicky nemocných pacientů (Weiss et al., 2010).

Funkčním principem kryokonzervace je zamražení nadbytečných gamet či embryí na nízkou teplotu, která sníží míru jejich poškození vlivem okolních podmínek. Ze zákona je proto každá laboratoř centra AR vybavena přístrojem ke kryokonzervaci (Ostro, Pilka, Lešník, 2009, str. 47). Životnost buněk zamrazených na teplotu tekutého dusíku, tedy na $-196\text{ }^{\circ}\text{C}$, je velmi dlouhá. Kritickým momentem kryokonzervace je pro gamety okamžik zamrazování a opětovného rozmrazování. Pouze polovina původního počtu spermií přežije oba tyto procesy. U oocytů je pravděpodobnost přežití zmrazovacího a rozmrazovacího procesu ještě nižší. Pouze 20 % z nich je schopno být oplodněno a dále se vyvíjet (Roztočil et al., 2011). Přestože současné studie neprokázaly zvýšení rizika chromozomálních abnormalit a vrozených vývojových vad u dětí narozených za pomoci kryokonzervovaných oocytů, není kryokonzervace gamet v naší zemi, na rozdíl od zahraničí, preferována (Ostro, Pilka a Lešník, 2009). Jako nejoptimálnější postup se doposud jeví kryokonzervace embryí a to ve stádiu zygoty. Až 80 % takových embryí je totiž po rozmrazení schopno dalšího vývoje. Jak již bylo zmíněno, metoda je výhodná zejména pro ženy, které se vyhnou další a zcela zbytečné hormonální stimulaci ovarií. Pozitiva tohoto postupu jsou tedy nejen časová, ale i ekonomická. V neposlední řadě je tímto způsobem vyřešena také otázka nakládání s nadpočetnými embryi. Další výhodou využití spermabank je zachování naprosté anonymity dárců a příjemců gamet. Díky kryokonzervaci spermií není nutné získání spermatu od dárce v den inseminace ženy.

Je tak vyloučeno setkání dárce a příjemkyně přicházející k inseminaci (Roztočil et al., 2011).

S rostoucím počtem ženských onkologických onemocnění ve věku do 45 let vzrostla potřeba zavedení kryokonzervačních postupů i do oblasti ženské fertility. Se současně rostoucí incidencí maligních onemocnění u žen koreluje i počet úspěšně vyléčených žen, které jsou v produktivním věku. Agresivní chemoterapie a radioterapie má ovšem gonadotoxický účinek a může ovlivnit ovariální funkce či způsobit až úplné ovariální selhání. Zatímco kryokonzervace ovariální tkáně je experimentální metodou, kryokonzervace oocytů je běžně využívána. Donedávna byla onkologicky nemocným ženám nabízena zejména kryokonzervace embryí. Ženy byly v takovém případě ale často limitovány například absencí partnera. Svou roli hraje také lékařské hledisko. Pro kryokonzervaci embryí (ale i oocytů) je nutná stimulace ovarií ženskými hormony, což je v případech hormonálně dependentních malignit (např. rakovina prsu) kontraindikováno z důvodu možného zhoršení zdravotního stavu žen. Podstatné je také i časové hledisko. K chemoterapii se velmi často přistupuje okamžitě po stanovení diagnózy, avšak cyklus stimulace ovarií a odběru oocytů trvá nejméně 2 až 3 týdny. Nejen z tohoto důvodu se začalo experimentovat s kryokonzervací výše zmíněné ovariální tkáně. Ta se zdá být vhodným východiskem, jelikož pro ni není zapotřebí ovariální stimulace a je tak vhodná pro zachování fertility i u prepubertálních děvčat (Ostro, Pilka a Lešník, 2009).

2.4.5 Redukce vícečetného těhotenství

Redukce těhotenství je paradoxním důsledkem situace, ve které se požadovaný úspěch stává překážkou, kterou je potřeba odstranit (Munzarová, 2000). Pravděpodobnost otěhotnění vzrůstá s rostoucím počtem transferovaných embryí do dělohy ženy v průběhu jednoho IVF cyklu. S vyšším počtem transferovaných embryí roste avšak i riziko mnohočetného těhotenství. Aktuálním trendem je proto snaha o transfer co nejnižšího počtu kvalitních embryí. Tato volba má zabránit vícečetným graviditám i přes riziko snížení pravděpodobnosti otěhotnění. Česká gynekologicko-porodnická společnost J. E. Purkyně v současnosti preferuje transfer nejvýše dvou embryí při jednom cyklu AR (Roztočil et al., 2011). Riziko vícečetného těhotenství je přítomno i při inseminaci a to především u mladých žen, u kterých vlivem stimulace ovariální funkce dozrává několik folikulů současně. Vícečetné těhotenství představuje nejen větší sociální nároky

na péči o potomky, ale taktéž sebou tento stav přináší i zdravotní rizika. Mezi ně je zařazován například předčasný porod. Při vícečetných těhotenstvích se z těchto důvodů provádí tzv. redukce počtu plodů. Zákrok se provádí mezi 10. až 14. týdnem, kdy je již možno spolehlivě diagnostikovat, zda se všechna embrya, resp. plody vyvíjejí fyziologicky. V této době také klesá riziko nechtěného spontánního odumření všech embryí. Jsou-li v průběhu screeningu zjištěny jakékoli abnormality, je určeno k redukci právě toto embryo, resp. plod. V případě, jsou-li všechna embrya, resp. plody zcela fyziologické, určuje to, které bude redukováno, ošetřující lékař. Samotný proces redukce spočívá v aplikaci hypertonického roztoku chloridu draselného do srdeční oblasti vybraného embrya, kterému je tímto úkonem zastavena akce srdeční. Embryo je následně vstřebáno dělohou. Tato skutečnost je využívána zastánci metody jako argument pro obhájení postupu. Definice tohoto pojmu popisuje potrat jako „*předčasné vypuzení produktu koncepce z dělohy*“. Zastánci poukazují avšak na to, že se nemůže jednat o potrat, jelikož se z praktického hlediska nic nepotrací, resp. nevypuzuje (Heřmanová et al., 2012). Také označení „*přerušeni těhotenství*“ není explicitně zcela přesné. Při redukci těhotenství totiž nedochází k jeho přerušeni, nýbrž k ukončení života jednoho z plodů, které již není vratné. Autorka upozorňuje, že užívaný pojmový aparát často sugestivně ovlivňuje smýšlení a postoje k dané problematice laické veřejnosti. Nepřesným pojmenováváním skutečnosti, tak zlehčuje jinak velmi závažné etické téma (Munzarová, 2000). Z pohledu katolické církve je redukce embryí úmyslným selektivním potratem lidských bytostí, čímž je zcela nepřipustná (Kongregace pro nauku víry, 2009). Naproti tomu usnesení výboru FIGO z roku 1989 prohlašuje, že selektivní redukce není potratem, jelikož těhotenství jako samotné stále pokračuje. Dle výboru je redukce eticky naprosto přípustná v situaci, kdy je jeden nebo více fetů abnormálních. Redukce je tak provedena v zájmu zachování zdraví rodičky či zbývajících fyziologických fetů (Ostro, Pilka a Lešník, 2009).

Je nutné podotknout, že existuje několik způsobů, kterými lze mnohočetnému těhotenství předcházet. Roztočil a kolektiv (2011) mezi ně řadí přiměřenou stimulaci ovariální činnosti při anovulaci, snížení transferovaných embryí či změnu z plánované inseminace na IVF tam, kde je v ovariu ženy přítomno více folikulů. Od metody se v současnosti upouští. Nikoli z etických, nýbrž z pragmatických důvodů. Častou komplikací byla totiž absorpce všech embryí v děloze (Heřmanová et al., 2012).

2.4.6 Náhradní mateřství

Další významnou a současně velmi obsáhlou otázkou současné bioetiky a pokročilé reprodukční medicíny je tzv. náhradní mateřství označované také jako surogátní či surogační (Sills a Healy, 2008). Jako náhradní matka je v takovém případě označována žena, která ve své děloze donosí plod, porodí jej a předá k adopci třetím osobám neboli tzv. příjemcům, kteří byli předem známi. Biotechnologický pokrok a objev alternativní cesty početí v podobě metod AR se postupem času setkávají s přijetím, náhradní mateřství je doposud zahaleno hávem nepochopení a stigmatizace (Pilka et al., 2009). Jedná se však o pozoruhodně paradoxní skutečnost. Praktikování náhradního mateřství je totiž mnohem starší než samotná AR. První zmínky o procesu, který bychom v současné době nazvali náhradním mateřstvím, nalezneme již v Bibli a datují se do období 1500 let př. n. l. (Sills a Healy, 2008). Například ve Starém zákoně se tak můžeme dočíst: „*Zde je má děvečka Bilha,“ řekla mu. „Spi s ní, ať rodí na můj klín. Tak získám syny skrze ni.*“ (Gn 30,3). Dále také můžeme číst: *Saraj, Abramova manželka, mu nerodila děti; měla však egyptskou otrokyni jménem Hagar. Proto Saraj Abramovi řekla: „Pohleď, Hospodin mi nedopřál, abych rodila. Spi tedy s mou otrokyní – snad získám syny skrze ni.“ A Abram ji poslechl.*“ (Gn 16,1–16,2). I ve starém Řecku či Římě bylo náhradní mateřství běžně veřejně nabízeno jako lék na bezdětnost. Náhradní mateřství tedy zdaleka není novým fenoménem vznikajícím pod křídly progresivního rozvoje vědy a techniky v posledních desetiletích.

V praxi jsou obecně rozlišovány dva druhy náhradního mateřství. Prvním je tzv. částečné neboli tradiční náhradní mateřství, kdy je náhradní matka oplodněna mužem – příjemcem. K oplodnění dochází spontánně při klasickém coitu či za pomoci reprodukčních metod, konkrétně inseminace. Vzhledem k psychologickým aspektům a potenciálně možnému vzniku vztahu mezi náhradní matkou a dítětem je upřednostňován druhý způsob. Tím je tzv. úplné náhradní mateřství neboli také gestační. Žena poskytuje pro těhotenství pouze svoji dělohu. Pohlavní gamety v tomto případě věnují příjemci neboli také biologičtí rodiče. Ženě – náhradní matce je do dělohy implantováno jejich embryo, které je z genetického pohledu identické se svými biologickými rodiči. Důvodů pro využívání možnosti náhradního mateřství je mnoho. Zdravotní překážka na straně neplodného páru (porucha reprodukčních funkcí, opakovaný potrat, vysoký věk ženy, kontraindikované těhotenství aj.) je nejčastější důvodem neplodnosti (Sills a Healy, 2008; Pilka et al., 2009). Podle Pilky a kolektivu jsou zdravotní důvody eticky i právně snadněji obhajitelné a morálně přijatelné. Sociální překážky gravidity se staly obsahem

mnoha diskuzí. Na jejich základě bylo v roce 2008 Mezinárodní federací gynekologie a porodnictví vydáno ustanovení, které vymezuje využití náhradního mateřství pouze pro využití na základě lékařské indikace. Sociální důvody jsou pro poskytnutí náhradního mateřství zcela neakceptovatelné.

Oficiální statistické údaje prezentující četnost a výsledky náhradního mateřství ať už v mezinárodním či českém prostředí nejsou v současné době dostupné. Ve státech, které náhradní mateřství oficiálně uznávají a právně ošetřují, nejsou tyto statistické údaje oddělovány od výsledků tradiční AR, jsou tedy uváděny společně. Není proto možné dohledat přesná data vztahující se k náhradnímu mateřství (Pilka et al., 2009). Druhou skupinou jsou země, ve kterých není náhradní mateřství právně posváčeno. Právě z důvodu nejasné legislativní úpravy, probíhá v těchto zemích náhradní mateřství neformálně a skryto před jakýmkoli monitorujícími snahami. Dalším významným faktorem komplikujícím vedení oficiálních statistik, je skutečnost, že se některé z neplodných párů ubírají cestou tzv. mezinárodní surogacie. Takové náhradní mateřství probíhá v zahraničí, tedy mimo rodnou jurisdikci neplodného páru. Zmiňovanou možnost volí především páry ze zemí, ve kterých je tzv. komerční náhradní mateřství výslovně zakázáno nebo ze zemí, kde jsou jakékoli dohody vztahující se k náhradnímu mateřství neplatné a tedy i nevymahatelné (Nelson, 2013).

Výše uvedené informace potvrzují fakt, že právní ošetření problematiky náhradního mateřství je pro svou citlivost a právní nejednoznačnost celosvětově velmi aktuálním tématem a významnou výzvou pro zdravotnické právo (Pilka et al., 2009). V zemích jako je Kanada či Spojené království bylo náhradní mateřství povoleno a legislativně pevně zakotveno. Právní vymezení náhradního mateřství zde však není považováno jako vstřícný první krok pro přijetí tohoto alternativního druhu početí. Dané země problematiku ošetřily především za účelem omezení náhradního mateřství a odrazení neplodných párů od této metody. Oficiálně je v těchto zemích zakázána jakákoli finanční kompenzace pro náhradní matku. Mezi další země, ve kterých je náhradní mateřství legalizováno, řadíme i Austrálii a Spojené státy americké. Nutno podotknout, že ne všechny státy k němu avšak opravňují (Nelson, 2013).

Česká legislativa se k otázce náhradního mateřství v současné době nikterak nevyjadřuje. Tuto skutečnost si lze vyložit několika způsoby. V praxi se tak setkáváme s výkladem: „Co není zakázáno, je dovoleno.“. Základní informací, na jejíchž základech je zakotveno i aktuální právní ošetření praktik vztahujících

se k náhradnímu mateřství, je skutečnost, že matkou dítěte je žena, která jej porodila (ČESKO, Občanský zákoník 2012). Žena, v tomto případě náhradní matka, která dítě porodí, se stává automaticky po právní stránce jeho matkou. Biologičtí rodiče jsou do rodného listu dítěte zapsáni jako jeho rodiče až po jeho osvojení prostřednictvím tzv. přímého osvojení. To probíhá se souhlasem náhradní matky a jejího případného manžela. Pokud není náhradní matka vdaná, ale biologičtí rodiče manželé jsou, může být provedeno tzv. nepravé osvojení. Biologický otec je se souhlasem náhradní matky označen jako pravý otec. Biologická matka pak podstoupí osvojení dítěte na základě souhlasu náhradní matky. Ve spojitosti s těmito informacemi je nutné poukázat také na velmi tenkou hranici mezi legálností, která vyplývá z výše uvedeného zákona a trestným činem. Pokud by se žena rozhodla pro náhradní mateřství primárně z důvodu zisku, tedy že by za finanční odměnu předala své dítě k adopci jiné osobě, jednalo by se dle Trestního zákoníku č. 40/2009 Sb. o trestný čin. Uhrazení vybraných nákladů náhradní matce, které jsou spojené s těhotenstvím (potravinové doplňky, oděv, ušlá mzda aj.), biologickými rodiči je avšak legální (Novotný et al., 2014).

Náhradní mateřství je podobně jako problematika AR společností vnímáno jako něco nebezpečného. Těžko uchopitelné téma surogacie představuje riziko pro dosavadní vnímání tradiční rodiny a významu samotného mateřství (Nelson, 2013). Mluví se o vzniku jakési abnormální struktury rodiny, ve které zanikají kdysi jasně vymezené rodičovské role (Pilka et al., 2009). Čekalo by se tedy, že odpůrci této metody početí budou zavrhovat náhradní mateřství z principu jako takového. Ukázalo se však, že etickým problémem je především komercializaci této služby (Nelson, 2013). Společnost je schopna akceptovat surogátní mateřství jako altruistický čin. Tzv. pronájem dělohy, tedy dobrovolný souhlas s otěhotněním, donošením, porozením a následným odložením potomka za finanční kompenzaci, je však již etickým dilematem (Sills a Healy, 2008). To je ostatně možné pozorovat i na výše zmíněném právním přijetí surogátního mateřství v Kanadě či Spojeném království, kde je surogacie legální pouze bez nároku na finanční kompenzaci (Nelson, 2013). Autoři uvádí, že komercializace surogacie může vést k jevům, jakými je finanční vykořisťování, které je známo ze Spojených států amerických či Indie. V nespolední řadě je zde diskutována také dehumanizace lidského, respektive ženského těla. Můžeme si povšimnout argumentů poukazující na degradaci ženství, které je v této spojitosti přirovnáváno k běžně dostupnému a za finanční obnos získatelnému zboží (Pilka et al., 2009). Můžeme se také

setkat s možností, kdy je náhradní mateřství vnímáno jako způsob obživy (Novotný et al., 2014). Pilka a kolektiv (2009) proto jako prevenci této komercializace navrhuje zprostředkovávání surogátního mateřství neziskovými organizacemi.

Jedním z dalších často uváděných argumentů riziko, které náhradní mateřství představuje pro psychické a fyzické bezpečí ženy i dítěte. Neexistují avšak důkazy o negativním vlivu náhradního mateřství na ženy či potomky. Naopak, ženy, které se rozhodly stát se náhradními matkami bez jakékoli finanční kompenzace a pomohly tak neplodným párům v těžké finanční situaci, popisují tuto zkušenost pozitivně (Nelson, 2013). Součástí náhradního mateřství by bezesporu mělo být sociální a lékařské poradenství, které by řešilo otázky následného rodičovství, sdělení způsobu narození potenciálnímu dítěti. Tento poradenský rámec by také zastřešoval právní ošetření celé problematiky. V neposlední řadě by mělo být samozřejmostí také provedení prenatální diagnostiky jako předejití případu odmítnutí novorozence oběma stranami z důvodu jeho vrozených malformací či chromozomálních odchylek. Vše by mělo proběhnout bez nátlaku a za souhlasu všech přítomných stran, tedy náhradní matky i biologických rodičů (Pilka et al., 2009).

Etickou otázkou je také platnost veškerých podepsaných smluv a dohod, které vznikají jako pilíř požadovaného náhradního mateřství. Je vhodné mít na paměti, že podmínky, které byly smlouvené před započítím těhotenství, se ze strany náhradní matky mohou vlivem těhotenské hormonální dysbalance změnit. Ženám, jež nosí 9 měsíců ve svém těle plod, nelze nijak upřít mateřský pud, který zcela fyziologicky v průběhu mateřství vyvstává. Náhradní matka se proto může v průběhu těhotenství rozhodnout, že si dítě ponechá, i přes skutečnost, že z genetického hlediska jsou biologickými rodiči předem smlouvenými příjemci. Změna může avšak nastat také na straně biologických rodičů. V případě, že jeden z nich zemře nebo dojde k jejich rozluce, stává se náhradní matka právoplatnou matkou se všemi svými právy a povinnostmi (Novotný et al., 2014). Mnoho klinik a center AR u nás je připraveno pomoci osobám plánujícím náhradní mateřství. Byť nezprostředkovávají přímý kontakt mezi náhradní matkou a biologickými rodiči, ani neposkytují právní či sociální poradenství, umožňují gynekologické vyšetření náhradních matek a jejich oplodnění gametami žádajícího neplodného páru. Zde je nutné podotknout, že zákon 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách deklaruje zachování anonymity, použije-li se k oplodnění ženy gamet cizích osob, tedy tzv. dárců.

V případě náhradního mateřství se však všechny zúčastněné strany velmi dobře znají (Novotný et al., 2014).

2.4.7 Psychosociální poradenství v asistované reprodukci

Neplodnost je zdravotnickou společností velmi často vnímána pouze jako fyzický problém, který současná medicína dokáže úspěšně řešit. Pouhou medikalizací tohoto problému je možné vnímat jako projev tzv. profesionální slepoty. Právě díky ní je na neplodnost o poznání méně nahlíženo jako na komplexní bio-psycho-sociální a spirituální problém. Právě takto jej vnímají samotné neplodné páry (Van den Broeck et al., 2010). Nejedná se totiž pouze o biologickou neschopnost počít vlastního potomka, ale také o psychologicky velmi složitou životní situaci, která je často spojována s pocity úzkosti a ztráty kontroly nad vlastním životem (Cousineau a Domar, 2007). Tyto okolnosti mohou vyústit až v pocity bezmocnosti či deprese u osob, jimž byla neplodnost diagnostikována (Van den Broeck et al., 2010). Výše zmíněné psychologické komplikace se objevují až u 60 % párů podstupující léčbu neplodnosti. Je očividně, že průběh celého procesu umělého oplodnění je tedy nejen po fyzické, ale také po psychické stránce velmi náročný (Haasová, 2012). Obecně je období AR, resp. období snah neplodného páru počít potomka tímto způsobem charakterizováno intermitentním chronickým stresem (Tannsjo, 2007). Samotné neplodné páry často přirovnávají léčbu pomocí metod AR k „jízdě na horské dráze“. Období silných nadějí střídají hluboká a bolestivá zklamání. Stres a prožívání emocí také roste na intenzitě s postupováním léčby a jejími neúspěchy. Nejvíce stresujícím bodem celé léčby je pro páry období čekání na výsledky krevních testů, které vypovídají o tom, zda je žena gravidní. Bylo zjištěno, že emoční prožívání takové situace je u obou pohlaví jiné. Zatímco ženy pociťují při neúspěchu především bolest a smutek, muži prožívají pocity bezmocnosti (Van den Broeck et al., 2010). Ženy také vnímají stres v průběhu AR mnohem silněji než muži, avšak sdílí ho se svým okolím. Naopak muži se uzavírají před okolím a trpí především uvnitř sami sebe. Právě stres je nejčastější příčinou přerušení započatých IVF cyklů a to bez ohledu na fakt, zda jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění či z vlastních finančních zdrojů neplodného páru (Cousineau a Domar, 2007). Stres, který je v průběhu celé AR přítomen nezasahuje pouze do oblasti psychické a fyzické. Radikální vliv má i na oblast partnerských vztahů (Haasová, 2012). Hormonální léčba a s ní spojené

výkyvy nálad, změny v sexuálním životě, velmi složitá rozhodování o zásadních životních otázkách se promítají do vztahu mezi mužem a ženou (Van den Broeck et al., 2010).

Je tedy očividné, že psychologické poradenství pro neplodné zahrnující specifické psychosociální intervence by mělo být nedílnou součástí multidisciplinárního přístupu k léčbě neplodnosti (Van den Broeck et al., 2010). Většina informací, které pár v průběhu léčby dostává, spočívá v instrukcích týkajících se samotného lékařského výkonu. Psychologická příprava a poradenství o tom, jak neplodnost a sní spojené situace zvládnout, však zcela chybí (Cousineau a Domar, 2007). Poradenství by mělo být všeobecně dostupné všem párům. Zvláště by mělo být indikováno v situacích, které sebou přináší vyšší stresovou zátěž. Těmi může být například zahrnutí třetí osoby do procesu reprodukce v podobě přijmutí darovaných gamet či embryí, opakované selhání AR, depresivní epizody u jednoho z partnerů či existence psychiatrického rizika (Van den Broeck et al., 2010).

Služby psychologického poradenství, které by mělo být poskytováno kvalifikovanými odborníky, nabízí neplodným párům získat nový náhled na celou situaci. Seznamuje neplodné páry s metodami zvládnání stresu či s vybranými copingovými strategiemi (Van den Broeck et al., 2010). Jednou z intervencí je například společné vytvoření minimálně dvou záložních plánů pro případ neúspěchu. Cílem této intervence je prevence rizika uvíznutí tohoto páru ve slepé uličce a následná neschopnost spatřovat jakékoli východisko z této situace. Dále je například doporučováno nadměrného sebeodměňování se, relaxování či děláním čehokoli, co odvede pozornost ženy od existujících stresorů v kritické době 14 dnů po ET (Van den Broeck et al., 2010). Autoři se shodují, že zásadní je v situaci stanovení diagnózy neplodnosti komunikace mezi partnery, která umožní nejen společné prožívání emocí, ale také upevní samotný partnerský vztah. Poradce by proto měl respektovat specifika této partnerské komunikace a strategie pro zvládnání stresu, která si daný pár zvolí. Jak z textu vyplývá, poradenství by mělo být vysoce individualizované a vycházet v co nejvyšší míře specifickým potřebám svých klientů. P (Cousineau a Domar, 2007; Van den Broeck et al., 2010).

2.4.8 Financování asistované reprodukce

Otázku hrazení cyklů AR ošetřuje zákon 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Dle něj jsou z prostředků veřejného zdravotního pojištění hrazeny celkem 3 cykly za život ženy, nebylo-li „v prvních dvou případech přeneseno do pohlavních

orgánů ženy pouze 1 lidské embryo vzniklé oplodněním vajíčka spermií mimo tělo ženy“. V takovém případě jsou hrazeny celkem 4 cykly. Podmínkou k uhrazení výdajů je však indikace ženy k výkonu registrovaným poskytovatelem v oboru gynekologie a porodnictví. AR je hrazena „ženám s oboustrannou neprůchodností vejcovodů ve věku od 18 do 39 let“ či „ostatním ženám ve věku od 22 do 39 let“. Zdálo by se, že AR nepřináší neplodným párům, vzhledem k její úspěšnosti a hrazení prvních 3 nebo 4 cyklů z veřejných prostředků, žádnou finanční zátěž. Při podrobnějším studiu tzv. metodického návodu Ministerstva zdravotnictví pro poskytování, vykazování a úhradu výkonů AR (1997), který doplňuje výše uvedený zákon, zjistíme, že se zmiňované výkony rozdělují do dvou kategorií. Na výkony hrazené z veřejného zdravotního pojištění a výkony nehrazené. Mezi tyto nehrazené výkony patří:

- *intracytoplasmatická injekce spermie,*
- *asistovaný hatching,*
- *prodloužená kultivace embryí,*
- *kryokonzervace oocytů/embryí,*
- *kryokonzervace spermií,*
- *transfer rozmražených embryí,*
- *mikrochirurgická aspirace spermií z nadvarlete,*
- *mikrochirurgický odběr spermií z varlete.*

Pro komparaci cen v běžné praxi je prezentován výběr vybraných nadstandardních výkonů nehrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění dvou center AR v Olomouci, jež mají ceníky těchto výkonů umístěné na svých webových stránkách.

FERTIMED - Centrum léčby neplodnosti:

• <i>intracytoplasmatická injekce spermie/6 oocytů</i>	<i>8 000 Kč</i>
• <i>asistovaný hatching</i>	<i>3 500 Kč</i>
• <i>prodloužená kultivace embryí</i>	<i>3 500 Kč</i>
• <i>kryokonzervace oocytů/embryí</i>	<i>2 500 Kč</i>
• <i>kryokonzervace spermií</i>	<i>1 600 Kč</i>
• <i>transfer rozmražených embryí</i>	<i>1 500 Kč</i>
• <i>mikrochirurgická aspirace spermií z varlete nadvarlete</i>	<i>12 000 Kč</i>

Centrum AR pod Fakultní nemocnicí Olomouc:

- *intracytoplasmatická injekce spermie/6 oocytů* 8 550 Kč
- *asistovaný hatching* 2 670 Kč
- *prodloužená kultivace embryí* 3 180 Kč
- *kryokonzervace oocytů/embryí* 4 000 Kč
- *kryokonzervace spermií* 4 530 Kč
- *transfer rozmražených embryí* 6 350 Kč
- *mikrochirurgická aspirace spermií z varlete nadvarlete* *neuvedeno*

Je možné se přesvědčit o skutečnosti, že AR není i v prvních 3 či 4 cyklech zcela bezplatná, jak je velmi často deklarováno. Stává se tak běžnou praxí nabízení metod AR tzv. na splátky, jak se můžeme přesvědčit například na webových stránkách klinického centra ISCARE (více zde: http://www.iscare.cz/ivf_na_splatky.html). Hovoříme v tomto případě tedy o tzv. půjčce na dítě? Česká legislativa garantuje zdravotní péči dostupnou všem bez rozdílu. Je proto početí potomka, které je považováno za základní lidskou úlohu, nadstandardní zdravotní službou, za kterou by se mělo platit?

Chambers a kolektiv (2009) souhlasí s myšlenkou financování AR z veřejného zdravotnictví. Dle autorů je právě toto jedna z cest, jak dosáhnout rovných možností pro všechny. Do otázky zasahuje samozřejmě i politika daného státu. Pouze země, které provedly příslušné kroky a podpořily financování těchto metod, se setkaly s očekávanou poptávkou po AR. Náklady na AR jsou pro samotného klienta velmi zatěžující, avšak pro stát, kterému se tato investice vrátí v podobě rentabilního jedince přispívajícího svými daněmi do jeho rozpočtu, již ne. Například ve Spojených státech amerických se rovnají náklady na jeden standardní cyklus IVF 50% ročního průměrného příjmu jedince. V zemích, které využívají maximálního možného příspěvku z prostředků veřejného zdravotnictví (Skandinávie, Německo, Japonsko) tvoří tento výdaj pouze 12 až 20 % z ročního příjmu obyvatel. Je však nutné podotknout, že právě tyto země regulují počet hrazených cyklů (Chambers et al., 2009). Naopak profesor Tannsjo přichází se zajímavou myšlenkou o způsobu hrazení AR. Zamýšlí se, zda by si lidé, kteří si sami nevhodným jednáním způsobí zdravotní potíže (např. nezdravý životní styl, aj.), neměli sami hradit zdravotní péči. V tomto kontextu předkládá paralelu AR a fenoménu odkládaného mateřství, kdy se konkrétně s rostoucím věkem žen zvyšuje frekvence

diagnostikované neplodnosti. Navrhuje tedy řešení, při kterém by poplatky za AR hradily pouze ženy, které své mateřství odložili do věku 38 a více let (Tannsjo, 2007).

2.4.9 Asistovaná reprodukce a legislativa

Znalost právního vymezení problematiky AR je pro diskuzi o etické dimenzi tohoto tématu zcela zásadní. Na základě legislativních hranic se člověk může dále rozhodovat nejen o svých postojích k dané situaci, ale o svém samotném jednání. Legislativní problematiku AR v České republice ošetřuje hned několik právních ustanovení. Prvním z nich je **zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách**, který definuje nejen samotnou AR, ale také prezentuje regulativy vztahující se k tématu, čímž jasně vymezuje hranice těchto specifických reprodukčních postupů.

Metod AR je možno využít pouze za účelem oplodnění konkrétní ženy z několika důvodů. Prvním z nich jsou zdravotní důvody zahrnující neplodnost ženy či partnera, která podmiňuje malou či žádnou pravděpodobnost otěhotnění ženy přirozeným způsobem. Dalším významným důvodem je ochrana a prevence dítěte, v případě jeho potenciálního ohrožení geneticky podmíněnou nemocí, kterou je možno odhalit v rámci preimplantační diagnostiky.

AR smí být realizována pouze v centru, které obdrželo oprávnění od MZ k poskytování tohoto typu služeb, na základě žádosti podanou konkrétním neplodným párem před méně než 6 měsíci. Před zahájením samotné AR je lékař povinen informovat neplodný pár o navrhovaných metodách, jejich rizicích a možných trvalých důsledcích. Taktéž je povinen informovat o způsobu nakládání s nadbytečnými embryi a finančních podmínkách jejich uskladnění. Umělé oplodnění smí být provedeno pouze u žen ve fertilním věku, nejpozději však do 49 let. Příjemkyní zárodečných buněk nesmí být osoba zbavená způsobilosti k právním úkonům ani osoba v trestním stíhání. Taktéž anonymním dárcem nesmí být osoba zbavená právní způsobilosti, v trestním stíhání, v nařízené izolaci, ve výkonu ochranného léčení či osoba hospitalizovaná bez jejího souhlasu. Poskytovatel AR je povinen zachovat anonymitu dárců gamet a embryí, neplodného páru, ale i takto narozeného dítěte.

Neplodný pár musí se všemi procedurami vyjádřit svůj souhlas v podobě podepsání písemného formuláře, který jim je předložen, před každým výkonem. Stejný proces tedy podepsání informovaného souhlasu provede i lékař. Pokud se neplodný pár nevyjádří jinak, jsou všechna lidská embrya, která byla vytvořena pro účely AR a nebyla použita,

uchována a použita pro další cykly dané příjemkyně. Tato embrya nesmí být bez souhlasu neplodného páru použita k oplodnění jiné ženy, pro výzkumné účely či určena k likvidaci. Pokud se neplodný pár písemně nevyjádří k otázce dalšího nakládání s nevyužitými embryi, smí poskytovatel po 10 letech opakovaně a prokazatelně písemně vyžadovat jejich vyjádření. Nereaguje-li neplodný pár na tyto výzvy, smí poskytovatel tato embrya zlikvidovat.

Za odběr zárodečných buněk nemá osoba (*dále jen dárce*), jež byly odebrány, nárok na finanční ani jinou úhradu. Poskytovatel, který odběr provedl, hradí anonymnímu dárci na základě jeho žádosti pouze prokazatelně vynaložené výdaje spojené s darováním zárodečných buněk. Náhradu této kompenzace pak smí požadovat na příjemkyni buněk.

V rámci PGD se setkáváme s genetickým vyšetřením, které slouží k analýze lidského zárodečného genomu a případnému odhalení genetických predispozic pro rozvoj nemoci u pacienta. Genetický screening, jenž smí proběhnout pouze na základě písemného souhlasu, nesmí být využit pro jiné účely (výběr barvy pleti, vlasů, očí, vlastností apod.), nežli pro posouzení genetické výbavy ze zdravotního hlediska. Výsledky takového vyšetření nesmí být použity k jakékoli diskriminaci pacienta a geneticky příbuzných osob. Prodej či darování výsledků genetických vyšetření třetím osobám bez písemného souhlasu pacienta je striktně zakázán. Stejně je zakázán i jakýkoli lékařský zásah do zárodečných buněk, který by mohl ovlivnit jejich genetickou výbavu či manipulace, resp. transport těchto buněk do pohlavních orgánů jiného živočišného druhu (Zákon o specifických zdravotních službách, 2011). Porušení těchto ustanovení je v rámci Trestního zákoníku č. 40/2009 posuzováno jako trestný čin který může být potrestán odnětím svobody až na 8 let (ČESKO, Trestní zákoník č. 40/2009).

Velmi zajímavá je legislativní úprava nebo také vhodněji neúprava otázky náhradního mateřství. V české legislativě nalezneme pouze jedinou zmínku o tomto tématu a to v **občanském zákoníku** z roku **2012**, konkrétněji v paragrafu **§ 804**, který říká: „*Osvojení je vyloučeno mezi osobami spolu příbuznými v přímé linii a mezi sourozenci. To neplatí v případě náhradního mateřství.*“. Žádné další právní předpisy tuto problematiku neošetřují. Lze pouze dedukovat z dostupných informací. Dle nich by mělo být náhradní mateřství v České republice nezákonné, jelikož je v jeho průběhu porušena vzájemná anonymita mezi dárci (resp. náhradní matkou) a neplodným párem, která je garantována zákonem č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách. Avšak jasný zákaz náhradního mateřství v legislativě nenalezneme. S legalizací modelu

náhradního mateřství se setkáme v zahraničí (Spojené státy americké, Indie, Spojené království či Německo), kde je tato praxe běžně realizována a kompenzována jistým finančním obnosem (Těšínová, Policar a Žďárek, 2011). Otázkou v oblasti náhradního mateřství zůstává, kdo je po právní stránce matkou dítěte. Dle výše zmiňovaného občanského zákoníku konkrétně § 775 je „*matkou dítěte žena, která je porodila*“. Aby se právoplatnými rodiči mohl stát neplodný pár, byť byly použity jejich gamety, musel by proběhnout zákonem stanovený proces tzv. osvojení (Těšínová, Polica a Žďárek, 2011).

Vybrané kapitoly AR spravuje několik dalších právních předpisů, do kterých byly zaimplementovány příslušné předpisy Evropské unie. Jedná se o **zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování**, který stanovuje podmínky vedení Národního registru reprodukčního zdraví a specifikuje údaje, které zde musí poskytovatel péče pravidelně zaznamenávat. **Zákon č. 227/2006 Sb., o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech a o změně některých souvisejících zákonů** konkrétně popisuje podmínky výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách, čímž zabraňuje jejich ilegálnímu obchodu či protiprávním manipulacím. **Zákon č. 296/2008 Sb., o zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka a o změně souvisejících zákonů** specifikuje kritéria pro zajištění formální ochrany dárce, příjemce i budoucího dítěte.

Pomineme-li pouze právní ustanovení, je pak nutné zmínit několik dalších dokumentů, které jsou pro regulaci asistované reprodukce závazné. Jedná se například o **Úmluvu o lidských právech a biomedicíně**, kterou Česká republika přijala v roce 2001. Úmluva deklaruje důstojnost, svébytnost a úctu všem lidským bytostem, které současně mají základní práva a svobody při aplikaci biologie a medicíny. Úmluva stanovuje nadřazenost lidské bytosti nad zájmy společnosti či vědy, nutnost svobodného a informovaného souhlasu ke všem procedurám, které osoba podstupuje, ale také předepisuje právo, ochranu soukromí a informace související například s preimplantační diagnostikou. Osoba má nárok znát veškeré informace o svém zdravotním stavu, avšak totožné právo má i na respektování přání tyto informace nepoznat. V souvislosti s oblastí genového inženýrství úmluva jasně zakazuje provádění genetického testování pro jiné účely než zdravotní a jakékoli zásahy do lidského genomu. Zakázána je tedy volba pohlaví dítěte, neváže-li se tato skutečnost na dědičné onemocnění

podmíněné pohlavím. Stejně striktně zakazuje i diskriminaci na základě informací o genomu konkrétní osoby. Můžeme tedy polemizovat, zda segregace embryí na základě preimplantační diagnostiky je či není v souladu s Úmluvou. Stejně tak i podle **Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod** (1992) má každý jedinec právo na život a jeho ochranu. Velmi zajímavé je však právo na respektování rodinného a soukromého života. Spadá pod toto právo i oblast reprodukční autonomie, resp. otázky sociální neplodnosti? Je tedy každé rozhodnutí jedince o svém rodinném životě v zásadě chráněno státem?

2.5 Vybrané etické aspekty asistované reprodukce ve výuce

Na základě vstupní rešerše bylo zjištěno, že otázka vnímání etické dimenze AR žáky středních zdravotnických škol je tématem, kterému se v oblasti pedagogiky a oborových didaktik, nevěnuje mnoho pozornosti. Tato kapitola se zaměřuje na výuku etiky na středních zdravotnických školách, konkrétněji na integraci vybraných etických aspektů AR do středoškolské přípravy zdravotnických asistentů (*dále jen ZA*). Zjišťuje, jaká je časová a obsahová dotace předmětů, do nichž jsou vybrané aspekty vztahující se k tématu zaintegrovány či zda je na vybrané škole realizována výuka tohoto tématu v celé své šíři v rámci jednoho předmětu.

2.5.1 Výuka etiky na středních zdravotnických školách

Výukovou bioetiky obecně se v českém prostředí věnuje velmi málo autorů. Také samotná integrace bioetiky do středoškolské přípravy pro výkon zdravotnického asistenta je značně roztržštěná, jak je možné vidět v tabulkách 1 a 2. Neexistuje zde jednotný koncept výuky bioetiky pro střední zdravotnické školy.

První otázkou je, zda je výuka etické dimenze AR u ZA vůbec relevantní. Je proto nutné vymezit, zda se ZA s touto problematikou v průběhu své zdravotnické praxe mohou setkat, resp. je třeba se zaměřit na odborné kompetence ZA. Rámcový vzdělávací program (*dále jen RVP*) oboru ZA uvádí příklady zařízení a konkrétních pracovišť, na kterých mohou tito absolventi pracovat. Mimo jiných jsou do této kategorie řazena i zdravotnická zařízení lůžkového a ambulantního charakteru. Dle českých právních předpisů mohou ZA v tomto druhu zařízení pracovat na jakémkoli z pracovišť, avšak vždy náleží výkon jejich povolání pod odborný dohled či přímé vedení všeobecné sestry nebo porodní

asistentky (Národní ústav odborného vzdělávání, 2008). Česká legislativa, konkrétně vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků a zákon č. 105/2011 Sb., kterým se mění 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, zcela jasně vymezuje možnost pracovní činnosti ZA. Vyplývá z ní, že tito absolventi mohou pracovat na gynekologickém oddělení lůžkového i ambulantního charakteru. Právě zde se mohou setkat s klientkami a jejich partnery, kteří přichází s očekáváním vyřešit jejich neplodností cestou AR. Právě lidé v této situaci stojí před mnoha nelehkými etickými otázkami. Zdravotnický pracovník se tak stává průvodcem, oporou a rádcem, který předkládá možná východiska z této náročné situace. Z tohoto pohledu se jeví výuka bioetiky jako relevantní součást studia ZA.

Haškovcová (2002) se zabývá především výukou lékařské etiky u budoucích lékařů, tedy výukou této problematiky v terciárním sektoru vzdělávání. I přesto lze naleznout několik spojitostí se středoškolským prostředím. V první řadě je podstatná otázka, zda lze etiku vůbec učit, resp. naučit. Argumentem vyvracející tyto snahy je, že mravní rozměr si člověk nosí uvnitř sebe a nelze ho uměle vytvořit v průběhu výuky. Haškovcová proto jako možné východisko uvádí, že etické vnímání zdravotnické praxe, je v žácích třeba spíše rozvíjet, nežli uměle učit, co je správné a co nikoli. Například v RVP zdravotnického asistenta nalezneme zařazení prvku etické výchovy v rámci tzv. průřezového tématu *Občan v demokratické společnosti*. Výchova by měla žáka směřovat k prohloubení lásky k lidem, obecným morálním ctnostem, schopnosti empatie, osobní odpovědnosti, umění spolupracovat a jiných pro-sociálních dovednostem (Národní ústav odborného vzdělávání, 2008). Zcela jednoznačně je u žáků potřeba vytvořit jistý znalostní teoretický rámec, od kterého se nadále může odvíjet společná diskuze a praktická cvičení. Haškovcová také zmiňuje roli a kompetence pedagoga, který by měl tuto výuku realizovat. Dle pozitivních zahraničních zkušeností se jako přínosná a po odborné stránce odpovídající ukázala výuka pod vedením multidisciplinárního týmu, ve kterém je zastoupena oblast teologie, filozofie či práva. Otázkou se tak stává, zda je tento model realizovatelný i na českých středních zdravotnických školách. Jednou z odpovědí, proč tuto podobu výuky bioetiky nelze na českých zdravotnických školách jednoduše integrovat, je tvorba samotných učebních osnov. Bioetika, konkrétněji lékařská a zdravotnická etika, nabízí velmi široké spektrum témat, kterým by se měl budoucí zdravotnický pracovník

zabývat. Nejedná se tedy o souboj zajímavosti, užitečnosti či důležitosti jednotlivých témat, avšak o boj s problematickou časovou dotací prolínající se celou vzdělávací sférou. Možným východiskem této situace by se mohly stát tzv. oborové etiky, které by se věnovaly etickým otázkám specifických pro příslušný medicínský obor (Haškovcová, 2002).

Vzhledem ke skutečnosti, že se výuce etických aspektů AR na středních zdravotnických školách doposud rámcově nevěnovalo, nelze jednoznačně říci, jaký didaktický postup je pro toto téma nejvhodnější. I na základě tohoto faktu byl výstupem práce pro pedagogickou praxi návrh výuky etické dimenze AR pro vybranou střední zdravotnickou školu, jehož didaktickou účinnost je dále možné vědecky ověřit.

2.5.2 Státní kurikulární dokumenty

Národní program rozvoje vzdělávání v České republice neboli tzv. Bílá kniha byl přijat vládou České republiky dne 7. dubna 1999. Tento program stanovuje dlouhodobé strategie vzdělávání a výchovy vedoucí k dosažení jednotných cílů vzdělávací soustavy české společnosti. Koncepce dokumentu reflektuje soudobou globální situaci lidské společnosti a postavení člověka v tomto systému. Je tedy upuštěno od naplňování pouze kognitivních cílů vzdělávání. Naopak je velká část pozornosti upínána k cílům afektivním a psychomotorickým. Díky této skutečnosti se jedním z hlavních cílů školského systému stala výchova morálně zralých a odpovědných občanů pro demokratický svět, kteří dokážou kriticky a nezávisle přemýšlet o celospolečenském dění, a taktéž respektovat práva a svobody jiných. Stát tímto garantuje, že se každému dostane v průběhu jeho studia podpory pro rozvoj osobní individuality ve všech rovinách (kognitivní, afektivní, psychomotorické) a přípravy na kariérní život potřebné pro jeho efektivní a rentabilní začleňování do společnosti (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2001).

RVP pro obor ZA stanovuje specifické požadavky na vzdělávání. Tento dokument definuje vzdělávací cíle, kterých má být v průběhu studia dosaženo. Garantuje také samotný obsah studia a jeho organizační podobu. RVP jsou závaznými vzdělávacími dokumenty pro veškeré střední školy, které jsou povinny jejich obsah integrovat do svých školních vzdělávacích programů (*dále jen ŠVP*) (Národní ústav odborného vzdělávání, 2008). Jak je možné vidět v tabulce 1, téma AR není do RVP pro obor ZA konkrétně zahrnuto. Je zde však možné pozorovat několik hraničních oblastí, které s tématem přímo souvisí, a pod kterými by se jeho pedagogická realizace mohla uskutečnit.

Tabulka 1 – Integrace tématu vybraných etických aspektů AR v RVP pro obor ZA

Vzdělávací oblast	Téma	Učivo	Výsledky vzdělávání	Komentář
Společensko-vědní vzdělání	Člověk jako občan	Lidská práva, jejich obhajování, veřejný ochránce práv, práva dětí.	–Objasní význam práv a svobod, které jsou zakotveny v českých zákonech a popíše způsoby, jak lze ohrožená lidská práva obhajovat.	Osvojení právního základu, vytvoření legislativního rámce problematiky.
		Rodinné právo. Trestní právo.	–Popíše práva a povinnosti mezi dětmi a rodiči, mezi manželi; popíše, kde může o této oblasti hledat informace při řešení svých problémů.	
		Svobodný přístup k informacím, masová média, kritický přístup k médiím, maximální využití potencialu médií.	–Dovede kriticky přistupovat k mediálním obsahům a pozitivně využívat nabídky masových médií.	
	Člověk a svět (praktická filozofie)	Filozofie a filozofická etika. Význam filozofie a etiky v životě člověka, jejich smysl pro řešení životních situací.	– Vysvětlí, jaké otázky řeší filozofie a filozofická etika.	Zařazení tématu asistované reprodukce do systému aplikované etiky.
		Etika a její předmět, základní pojmy etiky; morálka, mravní hodnoty a normy, mravní rozhodování a odpovědnost.	–Dovede používat vybraný pojmový aparát, který byl součástí učiva. –Dovede pracovat s obsahově a formálně dostupnými texty.	Žák se orientuje v základním pojmovém aparátu, zvnitřňuje dané pojmy a pracuje s nimi v rámci

				diskuzí.
		Životní postoje a hodnotová orientace, člověk mezi touhou po vlastním štěstí a angažováním se pro obecné dobro a pro pomoc jiným lidem.	– Debatuje o praktických filozofických a etických otázkách (ze života kolem sebe, z kauz známých z médií, z krásné literatury a jiných druhů umění). – Vysvětlí, proč jsou lidé za své názory, postoje a jednání odpovědni jiným lidem.	Formování hodnotové orientace a morálních priorit. Uvědomění si sama sebe jako součásti společnosti a důsledků svých rozhodnutí.
Vzdělávání pro zdraví	Péče o zdraví	Partnerské vztahy; lidská sexualita.	– Diskutuje a argumentuje o etice v partnerských vztazích, o vhodných partnerech a o odpovědném přístupu k pohlavnímu životu.	Žák chápe pojem reprodukční autonomie, plánované rodičovství a zná sociokulturní trendy v oblasti lidské reprodukce.
Ošetřovatelství a ošetřovatelská péče	Ošetřovatelská péče v klinických oborech	Ošetřovatelská péče v klinických oborech a v komunitní péči ve vztahu zejména k internímu lékařství, chirurgii, v péči o matku a novorozence a v gynekologii.	– Orientuje se v etiopatogenezi, diagnostice a léčbě klinických onemocnění. – Specifikuje zvláštnosti ošetřovatelského procesu a postupů ošetřovatelské péče v klinických oborech a v komunitní péči.	Žák zná specifika ošetřovatelské péče u klientek podstupujících asistovanou reprodukci.

Sociální vztahy a dovednosti	Komunikace	Komunikace	<ul style="list-style-type: none"> – Komunikuje s pacienty vhodným způsobem s ohledem na jejich věk, osobnost a zdravotní stav a s vědomím respektování národnostních, náboženských, jazykových a jiných odlišností zejména vlivu sociokulturního prostředí. – Dodržuje zásady zdravotnické etiky a společenského chování. – Dodržuje práva pacientů, pomáhá pacientům překonávat problémy spojené s nemocí a udržovat kontakt s vnějším prostředím. 	Žák se učí komunikovat s klienty podstupující asistovanou reprodukci. Orientuje se ve specifikách psychosociální oblasti těchto klientů a přizpůsobuje jim své jednání. Prohlubuje své schopnosti empatie a učí se naslouchat.
-------------------------------------	-------------------	------------	---	--

2.5.3 Školní kurikulární dokumenty

Analýza obsahu ŠVP pro obor ZA Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické Emanuela Pöttinga a Jazykové školy s právem státní jazykové zkoušky Olomouc odhaluje skutečnost, že koncepce výuky tohoto oboru se v průběhu středoškolského studia dotýká všech námi vybraných etických aspektů AR (viz tabulka 2). Celé studium poskytuje mnoho teoretických střípků, které se svým obsahem dotýkají etické problematiky AR. Chybí avšak ucelená jednotka, která by nabízela teoretický rámec obsahující východiska pro relevantní etickou diskuzi na toto téma.

Konkrétně například téma **zdravotní a sociální neplodnosti** nalezneme v několika vyučovaných předmětech. Otázky týkající se nejčastějších příčin ženské a mužské neplodnosti zahrnuje učivo „Ošetřovatelský proces u klientky na gynekologicko-porodnickém oddělení“, které se konkrétně plánovaným rodičovstvím a sterilitou zabývá. Tento tematický celkem je vyučován ve 4. ročníku v předmětu *Ošetřovatelství*. Téma zdravotní neplodnosti doplňují také anatomicko-fyziologické teoretické informace z předmětu *Somatologie* v 1. ročníku či *Psychologie a komunikace*

ve 3. ročníku s učivem „Psychosomatické nemoci“. Otázky sociální neplodnosti, zahrnující téma homosexuálních vztahů, tzv. singles matek či fenomén pozdního mateřství aj., se dotýká předmět *Občanská nauka* se svým tématem „Rodina a její význam“. Taktéž předmět *Psychologie a komunikace* se ve 4. ročníku zabývá sociokulturním pojetím rodiny, tolerantností k odlišenostem nebo pojmy jakými je labeling či sociální stigmatizace.

Další kapitola se zabývá **gametami a embryi**, konkrétněji jejich **darováním, uchováváním, preimplantační genetickou diagnostikou** či jejich **morální a právní hodnotou**. Předpokládáme, že zatímco anatomicko-fyziologická stránka věci je zahrnuta v předmětu *Somatologie*, etická rovina tohoto tématu je rozebírána v *Občanské nauce*, přesněji zahrnuta do problematiky lidských práv, občanského zákoníku či rodinného práva.

Problematika **redukce vícečetného těhotenství a náhradního mateřství** zasahuje hned do několika vyučovaných předmětů. Prvním z nich je nepochybně *Somatologie*, na jejíž teoretickou základnu navazuje ve 4. ročníku *Ošetrovatelství*, které se v jednom ze svých tematických celků zabývá těhotenstvím. Etickou a právní rovinou pak pokrývá *Občanská nauka a Psychologie a komunikace* ve 3. ročníku, která zmiňuje ovlivnění chování a jednání nemocí klienta.

Tématem **psychosociálních intervencí** v průběhu neplodnosti a následné asistované reprodukce se nezabývá pouze předmět *Psychologie a komunikace*, jak by se zprvu mohlo zdát. Rozdělíme-li toto téma na dvě podkapitoly, zjistíme, že první z nich zabývající se popisem náročných životních situací, stigmatizací, jenž neplodnost způsobuje, vztahem nemocného ke své nemoci, bio-psycho-sociálními a spirituálními potřebami člověka je zahrnuta v předmětech *Občanská nauka, Zdravotní výchova* a samozřejmě také *Psychologie a komunikace*. Druhou podkapitolu, tedy intervence, jak zvládat náročné životní situace, stres s nimi spojený a předcházet narušení vztahů se svým blízkým okolím i sebou samým důsledkem nemoci, pak zahrnuje především předmět *Psychologie a komunikace*. Zde se žáci dozvědí informace o duševním zdraví, relaxačních technikách či základech psychoterapie v práci zdravotníků.

Otázky **financování zdravotní péče** spadají do kapitoly veřejného zdravotního pojištění. To je obsáhnuto v předmětu *Zdravotní výchova*.

Poslední téma zabývající se **legislativou** vztahující se k problematice asistované reprodukce, je zahrnuto především v předmětu *Občanská nauka*, konkrétněji v učivo „Člověk jako občan“ a „Občan a právo“ (Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola

zdravotnická Emanuela Pöttinga a Jazyková škola s právem státní jazykové zkoušky Olomouc, 2010).

**Tabulka 2 – Integrace tématu vybraných etických aspektů AR v ŠVP oboru
Zdravotnický asistent na Střední zdravotnické škole a Vyšší odborné škole
zdravotnické Emanuela Pöttinga a Jazykové škole s právem státní jazykové zkoušky
Olomouc**

Ročník	Předmět	Učivo	Výsledky vzdělávání
1.	Somatologie	Pohlavní systém ženy a muže <ul style="list-style-type: none"> – stavba a funkce reprodukčního systému – těhotenství a porod 	<ul style="list-style-type: none"> – schematicky znázorní, popíše a prezentuje topografii jednotlivých orgánů – charakterizuje fyziologii a význam jednotlivých orgánů – vysvětlí rozdíl mezi biologickou, psychickou a sociální zralostí člověka – objasní princip oplození, průběh těhotenství a porod
	Občanská nauka	Člověk v lidském společenství <ul style="list-style-type: none"> – takt, komunikace, zvládání konfliktů – zdraví a jeho ochrana – náročné životní situace – rodina a její význam 	<ul style="list-style-type: none"> – objasní význam taktního chování – rozpozná zátěžové životní situace – určí příčinu jejich vzniku – popíše vhodné formy duševní hygieny – objasní funkci a význam rodiny pro jedince a společnost
	Ošetrovatelství	Vývoj ošetrovatelství a vzdělávání zdravotnických pracovníků <ul style="list-style-type: none"> – kodex zdravotnických pracovníků – osobnost zdravotnického pracovníka a jeho kompetence 	<ul style="list-style-type: none"> – definuje hlavní zásady kodexů zdravotnické práce – uvede požadavky kladené na osobnost ZA

2.	Zdravotní výchova	Úvod do poskytování ošetrovatelské péče <ul style="list-style-type: none"> – eticko-právní aspekty zdravotní péče – edukační činnost zdravotnického pracovníka v péči o zdraví 	<ul style="list-style-type: none"> – popíše systém poskytování zdravotní péče v ČR – objasní problematiku všeobecného zdravotního pojištění – popíše práva a povinnosti pojištěnců – popíše vliv fyzického a psychického zatížení na lidský organismus – je připraven se podílet na edukační činnosti – navrhne, popřípadě i realizuje projekt výchovně-osvětové aktivity týkající se zdravého životního stylu a prevence nemocí
	Občanská nauka	Člověk jako občan <ul style="list-style-type: none"> – lidská a občanská práva, jejich obhajování a zneužívání 	<ul style="list-style-type: none"> – vysvětlí význam lidských práv, která jsou zakotvena v českých zákonech – vysvětlí význam práv dětí
3.	Občanská nauka	Občana a právo <ul style="list-style-type: none"> – Občanský zákoník – rodinné právo 	<ul style="list-style-type: none"> – vysvětlí práva a povinnosti plynoucí ze vztahu mezi dětmi a rodiči, mezi manžely
	Psychologie a komunikace	Psychologie nemocných <ul style="list-style-type: none"> – potřeby člověka a jejich zajišťování; komunikace s nemocným; vliv nemoci na psychiku; psychosomatické nemoci; vztah P k nemoci – psychoterapie v práci zdravotníka Náročná životní situace <ul style="list-style-type: none"> – techniky zvládnání 	<ul style="list-style-type: none"> – objasní hierarchii potřeb – vysvětlí vliv nemoci na potřeby člověka – naslouchá názorům a přáním jiným – dodržuje zásady zdravotnické etiky a společenského chování – popíše, jak nemoc může ovlivnit chování a jednání člověka <ul style="list-style-type: none"> – objasní základní náročná životní situace, jejich příčiny, možné důsledky – popíše možné způsoby řešení – popíše vhodné formy duševní

			<p>hygieny</p> <ul style="list-style-type: none"> – vyhledá a zpracuje informace týkající se vybrané problematiky
4.	Ošetřovatelství	<p>Ošetřovatelský proces u klientky na gynekologicko-porodnickém oddělení</p> <ul style="list-style-type: none"> – plánované rodičovství, antikoncepční metody – ošetřovatelský proces u klientky se sterilitou – ošetřovatelský proces u klientky s fyziologickým těhotenstvím – ošetřovatelský proces u klientky při porodu – ošetřovatelský proces u klientky v šestinedělí 	<ul style="list-style-type: none"> – charakterizuje plánované rodičovství a současné antikoncepční metody – specifikuje prevenci sterility – specifikuje fáze porodu – vyjmenuje alternativní způsoby vedení porodu, popíše význam poraden pro těhotné ženy – účastní se diskuze na témata dané problematiky
	Ošetřovatelská péče	<p>Management ošetřovatelské péče</p> <ul style="list-style-type: none"> – práva pacientů <p>Psychická a fyzická aktivizace pacientky/klientky</p> <ul style="list-style-type: none"> – uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb pacientky/klientky 	<ul style="list-style-type: none"> – spolupracuje se všemi členy zdravotnického týmu – dodržuje práva pacienta – aktivně vyhledává a saturuje potřeby – komunikuje s pacientkou/klientkou
	Psychologie a komunikace	<p>Relaxační techniky</p> <p>Psychologická problematika sociální patologie</p> <ul style="list-style-type: none"> – negativní působení 	<ul style="list-style-type: none"> – vysvětlí význam relaxačních technik pro pacientku/klientku – aktivně se účastní nácviku vybraných technik – popíše základní funkce rodiny – diskutuje o vlivu negativních jevů ve společnosti na jedince – je veden k akceptování a tolerování odlišností

		Základy psychoterapie	<ul style="list-style-type: none">– diskutuje o praktikách psychické manipulace a důsledcích pro jedince– vysvětlí základní formy psychoterapie– objasní základní metody psychoterapie
--	--	------------------------------	--

3 METODIKA PRÁCE

3.1 Časový harmonogram výzkumného šetření

Pečlivé plánování by mělo být nedílnou součástí první fáze každého kvalitativního výzkumu. Časový harmonogram realizace výzkumného šetření zprostředkovává transparentní náhled do procesu tvorby a následně i samotné realizace projektu. Specifikem kvalitativního výzkumu, který tvoří základ praktické části diplomové práce, je skutečnost, že se jeho jednotlivé fáze mohou časově překrývat (Gavora, 2000; Švaříček et al., 2007). Z tohoto důvodu je pro přehlednost a snadnou časovou orientaci v realizaci šetření předloženo následující schéma dle Gavory (2000) a Švaříčka et al. (2007). Jednotlivé kroky výzkumu budou detailněji popsány dále v textu.

Tabulka 3 – Časový harmonogram výzkumného šetření

ČINNOST VÝZKUMNÍKA	TERMÍN REALIZACE
Stanovení cílů výzkumného šetření Formulace výzkumné otázky	leden 2014
Příprava konceptuálního rámce výzkumu – prezentace klíčových pojmů – nastínění teoretického rámce	leden 2014 – prosinec 2014
Příprava výzkumného šetření – výběr a příprava techniky sběru dat – výběr případů – zajištění vstupu do terénu	září 2014 – leden 2015
Sběr dat	29. ledna 2015
Zpracování dat	leden 2015 – duben 2015

3.2 Designování výzkumného šetření

Vzhledem k problematice diplomové práce, kterou je etická dimenze vybraných otázek AR, byl jako relevantní postup výzkumného šetření zvolen **kvalitativní přístup**. Toto téma je velmi citlivé a je třeba k němu přistupovat z jiného úhlu, než jaký nabízí kvantitativní výzkum. Dle některých autorů může právě násilná aplikace kvantitativního výzkumu při sledování nekvantifikovatelných fenoménů způsobit naprostou ztrátu lidské osobitosti a jedinečné podstaty získaných dat, kterou jinak zprostředkovává v celé své komplexnosti právě kvalitativní výzkum (Gavora, 2000; Miovský, 2006). Kvalitativně orientovaný výzkum byl zvolen i přes skutečnost, že mu jsou vytýkány negativní stránky, kterými jsou například ovlivnitelnost výsledků subjektivitou výzkumníka či nemožnost zobecnit výsledky na širší populaci (Hendl, 2005). Naopak bylo využito jeho předností, kterými je z pohledu problematiky práce, především schopnost porozumět sledovanému fenoménu v celé jeho hloubce a zprostředkovat tak jedinečnost vnímání reality případem (Gavora, 2000; Miovský, 2006). Tato skutečnost koresponduje i s hlavním cílem práce, kterým je poodhalit individuální a osobitý pohled žáků vybrané střední zdravotnické školy na problematiku AR a jejich vnímání jednotlivých etických otázek. Kvantifikace získaných dat by v tomto případě zcela potlačovala subjektivitu výpovědí a následně i možnost jejich komplexní interpretace.

Výzkumné šetření tohoto druhu se zaměřením na totožné téma nebylo doposud realizováno v rámci žádné tuzemské publikované vědecké činnosti. Z důvodu vstupu na dosud nepopsanou půdu s cílem identifikovat, popsat a interpretovat jevy ve vybrané sociální skupině, je toto kvalitativní výzkumné šetření klasifikováno jako **explorativně-deskriptivní**.

3.2.1 Sběr dat

Nejčastějšími metodami, kterých kvalitativní výzkum běžně využívá ke sběru dat, je pozorování a rozhovor ve všech svých podobách (Miovský 2006; Švaříček et al., 2007). Mezi dalšími metodami nalezneme také tzv. **projektivní metody**. Tyto metody jsou obecně nejčastěji využívány pro psychodiagnostické postupy, resp. pro diagnostiku osobnosti. Pro své benefity se však začaly využívat v širším měřítku i na poli vědy a výzkumu. Právě mezi projektivními technikami byl nalezen relevantní nástroj sběru dat pro plánované výzkumné šetření. Je jím tzv. **metoda nedokončených vět**. Principem této metody je dokončení předloženého souboru nedokončených vět dle vlastního

přesvědčení, náhledu na situaci aj. Metoda byla zvolena především z důvodu zachování naprosté svobody a volnosti při dokončování jednotlivých vět. Každý žák měl možnost podat svůj jedinečný a osobitý pohled na etickou problematiku AR, při současně zachované obsahové struktuře předložených nedokončených vět. Existující **standardizované testy** nedokončených vět, jakými jsou například **Incomplet sentence blank**, **Sentence Completion Test**, **Sachs Sentence Completion Test** a další, slouží především k výše zmiňovaným diagnostickým postupům, a proto nemohly být použity pro účely výzkumného šetření (Šípek, 2000). Z tohoto důvodu byla vytvořena **vlastní baterie nedokončených vět**, která svým obsahem koresponduje s konceptuálním rámcem práce.

Metoda byla zvolena také z důvodu vyššího počtu případů ve výzkumném šetření, který není pro kvalitativní výzkum zcela běžný. Data získaná touto metodou jsou proto ve své podobě lépe zpracovatelná při následné analýze. Nesporným benefitem metody je také skutečnost, že nedokončené věty u účastníků vyvolají jakousi prvotní stimulaci k vyjádření se na otázky, které by při volném psaní či rozhovoru mohly být opomenuty. Z tohoto pohledu získáme od žáků vyjádření se k nám stanoveným tematickým oblastem, avšak při zachování maximální svobody v obsahové stránce svého pohledu na jednotlivé etické otázky. Metoda nedokončených vět se byla stanovená jako vhodná také z důvodu zachování naprosté anonymity a soukromí, což je nesporně pozitivním faktem vzhledem k citlivosti informací, které byly v souboru vět obsaženy. V neposlední řadě byla tato metoda shledána jako relevantní také vzhledem k věku případů a vzájemní neznalosti výzkumníka a žáků, která by mohla být například důvodem ostychu při použití tradičního rozhovoru.

Baterie nedokončených vět byla vytvořena na základě **analýzy obsahu teoretického rámce**, ze kterého vznikly následující tematické neboli také jinak významové dimenze a subdimenze. Tyto dimenze a subdimenze jsou jednotlivě zastoupeny v nedokončených větách.

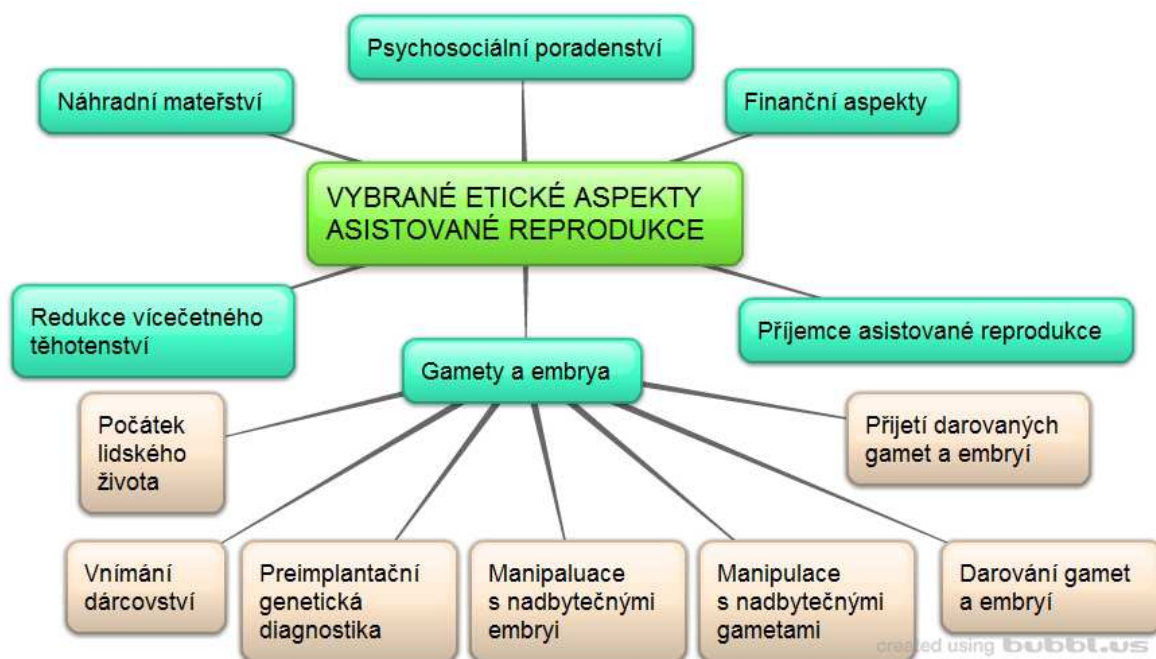


Schéma 1 - Definované významové dimenze

Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Níže je předložena analýza nedokončených vět prezentující obsahové dimenze a subdimenze v nich zastoupené. Vybrané etické aspekty AR:

- obraz příjemce asistované reprodukce (věta č. 2)
- problematika gamet a embryí
 - počátek lidského života (věta č. 1)
 - vnímání dárcovství (věta č. 3)
 - přijetí darovaných gamet a embryí (věta č. 4)
 - darování gamet a embryí (věta č. 5)
 - preimplantační genetická diagnostika (věta č. 6)
 - manipulace s nadbytečnými gametami (věta č. 7)
 - manipulace s nadbytečnými embryi (věta č. 8)
- redukce vícečetného těhotenství (věta č. 9)
- náhradního mateřství (věta č. 10)
- psychosociální poradenství v rámci asistované reprodukce (věta č. 11)
- financování asistované reprodukce (věta č. 12).

Tvorba baterie nedokončených vět prošla vývojem, který měl několik fází. Kromě analýzy obsahu teoretického rámce byla provedena také tzv. **pilotní studie**,

kteřá se zabývala srozumitelností jednotlivých vět. Cílem byla sémantická a syntaktická úprava vět do podoby, která bude jednoznačná a pochopitelná pro oba ročníky. Bylo nutné vycházet ze skutečnosti, že 1. ročník je na počátku svého zdravotnického studia, a proto byl syntax i sémantika vět přizpůsobena právě těmto žákům. Prvotní soubor nedokončených vět byl předložen malé skupině lidí (13 osob), která byla složena ze zástupců laické veřejnosti a registrovaných porodních asistentek. Z tohoto předběžného šetření vyplynulo, že slovní spojení jako náhradní mateřství, preimplantační diagnostika aj. nejsou dostatečně jasná. Proto byly věty upraveny do podoby, která dané jevy zprostředkovává jazykem korespondujícím s předpokládanými znalostmi žáků 1. ročníku. Konečná podoba souboru nedokončených vět je přiložena v přílohách diplomové práce (viz příloha 5 a 6).

3.2.2 Volba případů

Na základě souhry konceptuálního rámce práce, současného studijního zaměření autorky práce a stanovených cílů výzkumného šetření byli relevantními případy shledání žáci 1. a 4. ročníku studijního oboru **Zdravotnický asistent na Střední zdravotnické škole a Vyšší odborné škole zdravotnické Emanuela Pöttinga a Jazykové škole s právem státní jazykové zkoušky Olomouc**.

Výběr právě žáků střední zdravotnické školy jako případů pro výzkumné šetření koresponduje s náplní studia oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy. Obor Zdravotnický asistent byl vybrán také vzhledem k primárnímu zaměření diplomové práce, kterým je téma současné gynekologie a porodnictví. Jak již nastínila kapitola 2.5.1 *Výuka etiky na středních zdravotnických školách*, žáci střední zdravotnické školy mohou po úspěšném dokončení studia pracovat mimo jiné i na gynekologicko-porodnických klinikách jako ZA pod odborným dohledem porodní asistentky. Jejich práce obnáší nejen poskytování profesionální ošetrovatelské péče, ale také komunikaci s klientkami, které mohou na tyto pracoviště přicházet právě ve spojitosti s nemožností počít dítě přirozenou cestou. Léčba neplodnosti je náročnou a často velmi dlouhou cestou, během které jsou hledány odpovědi na mnoho velmi citlivých otázek. Zdravotnický asistent se tak pro své odborné vzdělání může stát osobou, na kterou budou tyto dotazy směřovány, a ke které bude pro svou erudovanost a informovanost vzhlíženo. Měl by proto být pro výkon této profese kompetentní nejen po stránce odborné, ale také morální. Stát se rovnocenným partnerem pro ženy, které hledají radu, východiska a správnou cestu

v jejich náročné životní situaci. Předpokladem pro to je utříbení svých vlastních hodnot, názorů a postojů k dané problematice. Z tohoto pohledu je patrné, že má etická výchova či její prvky své opodstatněné místo ve výuce zdravotnických asistentů.

Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická Emanuela Pöttinga a Jazyková škola s právem státní jazykové zkoušky Olomouc byla vybrána jako místo konání výzkumného šetření z několika důvodů. Jak již z názvu školy vyplývá, nachází se tato instituce ve stejném městě jako alma mater autorky práce. Škola tak velmi blízce spolupracuje nejen s Univerzitou Palackého v Olomouci, ale také s Fakultní nemocnicí Olomouc, ve které se uskutečňuje klinická praxe žáků zmiňované střední školy, a to i na gynekologicko-porodnickém oddělení. Důležitým faktorem byla také otázka spirituality. První zvolenou institucí byla střední zdravotnická škola, jejímž zřizovatelem je Českobratrská církev evangelická. Bylo však usouzeno, že by ve vnímání etických aspektů AR byla významnou proměnou právě spiritualita daných případů. Tento záměr avšak nekorespondovalo s cíli práce, a proto byla zmiňovaná instituce z výběru vyřazena. Organizátorka výzkumného šetření vstupovala na vybrané střední zdravotnické škole zcela do nového prostředí, jelikož zde neabsolvovala své středoškolské studium ani žádnou z odborných praxí v průběhu svého studia. Skutečnost, že žáci i vyučující, se kterými se v průběhu výzkumného šetření setkala, do této chvíle blíže neznala, podporuje prvek neutrality celého výzkumného šetření. V neposlední řadě byl důvodem výběru školy i vstřícný přístup vedení školy a souhlas s konáním výzkumného šetření.

Relevantními případy byli zvoleni žáci **1. a 4. ročníku** vzhledem ke kurikulární koncepci studia oboru Zdravotnický asistent. Zatímco 1. ročník je možné vzhledem k ŠVP a specifickému tématu diplomové práce přirovnat k nepopsanému listu papíru, 4. ročník měl v době výzkumného šetření již absolvovanou praxi na gynekologicko-porodnické klinice, což bylo jedním z hlavních kritérií pro výběr třídy. Taktéž měli tito žáci vzhledem k ŠVP odučenu významnou část výuky spojené s AR. Díky tomuto výběru účastníků je možné provést vzájemnou komparaci dat mezi jednotlivými ročníky. Výpovědi 1. ročníku je možné označit za vstupní prekoncepty tématu etické dimenze AR, zatímco 4. ročník je jakýmsi definitivním produktem současného středního odborného vzdělávání tohoto zaměřená, který měl tu možnost nejen přijmout teoretické informace, ale taktéž vstoupit do samotné klinické praxe.

3.2.3 Organizace výzkumného šetření

Jedním z prvních důležitých kroků organizace bylo získání souhlasu s provedením výzkumného šetření od vedení Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické Emanuela Pöttinga a Jazykové školy s právem státní jazykové zkoušky Olomouc. Obrátily jsme se proto s touto žádostí na ředitele školy, který žádosti vyhověl a předal nás dále do péče zástupkyně ředitele školy pro odborné předměty a praktickou výuku. Se zástupkyní byly dále domlouvány konkrétní organizační záležitosti výzkumného šetření jako výběr tříd, u kterých výzkumné šetření proběhne či stanovení konkrétního termínu.

Další fází organizace výzkumu byla příprava podkladových materiálů pro samotné výzkumné šetření. Tyto materiály se skládaly ze tří částí (*viz příloha 1*). První z nich byl průvodní list, který obsahoval informace o zaměření výzkumu, instrukce, jak pracovat s metodou nedokončených vět, ale také informaci, na jakých webových stránkách, a kdy bude možné dohledat diplomovou práci, ve které budou obsaženy výstupy výzkumného šetření. Tento list byl žákům ponechán i po skončení šetření. Druhým listem byl informovaný souhlas se zařazením do výzkumného šetření, který garantoval zachování naprosté anonymity účastníků, možnost kdykoli v průběhu šetření odstoupit bez udání důvodu od výzkumu aj. Tento souhlas byl před započítím výzkumu předložen žákům, kteří se zcela dobrovolně mohli rozhodnout, zda se šetření zúčastní či nikoli. U žáků 1. ročníku, kteří byli v době konání výzkumu nezletilí, nebyl požadován souhlas jejich zákonných zástupců, jelikož problematika AR je součástí ŠVP a žáci se s ní v průběhu svého studia průběžně seznamují. Avšak i přesto bylo trváno na podmínce naprosté dobrovolnosti účasti, kterou souhlas formálně zprostředkoval. Souhlasy žáků s účastí ve výzkumném šetření byly po ukončení bezpečně uschovány u autorky práce. Poslední list, který byl žákům předložen, obsahoval soubor nedokončených vět. Žáci byli informováni, že v případě odstoupení od výzkumného šetření stačí do formuláře uvést pouze „*Nechci se zúčastnit*“ a to i v případě, že podepsali souhlas s účastí. Jelikož byly tyto formuláře později samotnými žáky vkládány do obálek pro zachování naprosté anonymity, nemohlo dojít k potenciální stigmatizaci vzniklé odstoupením od výzkumu. Této možnosti nevyužil žádný případ.

Dále byli žáci instruováni, jak pracovat se souborem nedokončených vět. Primárně jim bylo řečeno, že neexistují správné a špatné odpovědi. Jediným cílem šetření je identifikovat jejich osobní pohled na danou problematiku, nikoli hodnotit úroveň

znalostí. Právě toto byl hlavní důvod, proč byli žáci poučeni, aby věty dokončovali na základě svého vlastního přesvědčení či postřehů, tedy dle toho, co si oni osobně myslí. Nikoli podle toho, o čem si myslí, že je podle společnosti správné. Žáci měli celkem tři možnosti, jak nedokončené věty dokončit. Mohli větu dokončit svou vlastní myšlenkou. Druhou možností bylo doplnit „*Nevím, nemám dostatek informací*“. Bylo usouzeno, že i zjištění o nedostatku informací v určitých otázkách etiky AR je neméně důležitým výstupem, se kterým je možno dále didakticky pracovat. Nakonec měli žáci v nedokončených větách také možnost uvést kategorii „*Nechci uvést*“ a to z jakéhokoli důvodu. Problematika AR je velmi citlivým tématem a je nutné respektovat soukromí a autonomii případů. Údaje o věku a víře, které byly pro potřeby šetření taktéž uvedeny ve formuláři, byly rovněž dobrovolné. U víry mohli žáci uvádět nejen oficiálně státem uznané církve, ale cokoli, co pro ně má osobní transcendentní hodnotu. I přes veškeré instrukce, byly nalezeny položky, u kterých účastníci neuvodili žádnou výpověď. Z tohoto důvodu byla zavedena nová kategorie „*Neuvedeno*“.

3.2.4 Průběh výzkumného šetření

Výzkumné šetření proběhlo u vybraných tříd 1. a 4. ročníku oboru Zdravotnický asistent dne 29. ledna 2015. Průvodcem celého šetření se stala paní zástupkyně, která zprostředkovala kontakt a seznámení nejen s vyučujícími, v jejichž výuce šetření proběhlo, ale taktéž se samotnými žáky. Pro zachování anonymity případů nebudou v práci uvedeny konkrétní třídy žáků, jejich jména ani jména vyučujících. V dalším textu je prezentován průběh výzkumného šetření u jednotlivých ročníků.

1. ročník

Ve výuce 1. ročníku bylo přítomno celkem 26 žáků. Všichni přítomní po zodpovězení otázek z oblasti zachování anonymity souhlasili s účastí ve výzkumném šetření. Po celou dobu šetření byla přítomna taktéž vyučující předmětu. Pedagožka se při šetření velmi vstřícně angažovala a napomáhala odstranit bariéry nedůvěry pramenící ze vzájemné osobní neznalosti případů a organizátorky výzkumného šetření. Podkladové materiály, které byly žákům předloženy, byly společně s nimi nahlas přečteny. Tento postup měl sloužit jako prevence chybného pochopení instrukcí nebo možnost vysvětlení a objasnění pro žáky problémových pasáží. Většina dotazů ze strany žáků směřovala k otázkám zachování anonymity. Bylo jim vysvětleno, že jediný identifikační

údaj je jejich jméno na informovaném souhlasu, který odevzdají ještě před započítím vyplňování nedokončených vět, a proto nebude možné přiřadit konkrétní případ k jeho dokončeným větám. Současně jim bylo garantováno, že s těmito jmény nebude v práci nijak nakládáno. Dotaz na zachování anonymity padl také ze strany přítomných chlapců, kterým bylo sděleno, že všechny jejich odpovědi budou převedeny do ženského rodu, právě z důvodu zachování naprosté anonymity. Žáci byli také poučeni, aby po dokončení vyplňování vložili nepodepsaný formulář s nedokončenými větami do obálky, kterou zapečetí svým vlastním symbolem. Tato aktivita měla žáky 1. ročníku zabavit v situaci, byli-li někteří žáci hotoví dříve, než ostatní. Samotné doplňování souboru nedokončených vět proběhlo samostatně a velmi zodpovědně. Žáci nikterak nevyrušovali, naopak se zabrali do práce a snažili se podat co nejkvalitnější výsledek. Bylo vidno, že je vyplňování dotazníků přimělo k vnitřní myšlenkové aktivitě, jelikož některé otázky četli opakovaně a vraceli se k nim. Některé z vět dokonce ve dvojicích vyvolaly tichou a krátkou diskuzi. Pro zachování anonymity organizátorka výzkumu neprocházela v průběhu dokončování vět mezi žáky, aby nebylo možné identifikovat dle písma a délky výpovědí jednotlivé případy. Závěrečné vkládání formulářů do obálek a jejich zapečetění symboly se setkalo s překvapivým úspěchem. Žáci velmi pečlivě vytvářeli originální symboly. Obálky s formuláři byly nakonec hromadně vysbírány žáky. Po ukončení šetření zbývalo do konce hodiny 15 minut, které byly využity pro skupinovou diskuzi mezi všemi přítomnými na téma AR. Jako nejnáročnější nedokončenou větu uváděli v diskuzi žáci 1. ročníků větu 1., tedy tu, která se zabývala individuálním vnímáním počátku lidského života.

4. ročník

Ve výuce 4. ročníku bylo přítomno celkem 24 žáků, se kterými zůstala ve třídě organizátorka výzkumu po domluvě s vyučujícími sama. Průběh šetření byl u této skupiny nepatrně odlišný od 1. ročníku. Po úvodním představení organizátorky a sdělení cíle výzkumného šetření byl žákům rozdán soubor podkladových materiálů. Po úvodních instrukcích jim byl ponechán čas na samostatné prostudování průvodních listů, položení případných dotazů a podepsání souhlasu s účastí ve výzkumu. Žáci byli samostatní a nepoložili žádné doplňující otázky. V rámci vyplňování archu s nedokončenými větami jim byly předloženy totožné instrukce, tedy i ta, že po dokončení vloží tento arch do obálky, kterou zapečetí symbolem. Této možnosti však žáci 4. ročníku nevyužili

tak hojně, jako tomu bylo u ročníku prvního. Vyplňování se zhostili taktéž velmi zodpovědně a se zájmem. V průběhu činnosti například vyvstal dotaz na upřesnění významu pojmu „redukce těhotenství“. Po ukončení práce s nedokončenými větami byly obálky s archy opět hromadně vysbírány vybranými žáky. Zbývající časový prostor byl vyplněn znovu hromadnou diskuzí na téma AR, kterou žáci spatřovali jako velmi zajímavou a užitečnou. Jako nejnáročnější nedokončenou větu vnímala tato skupina žáků větu týkající se právě výše zmíněné redukce vícečetného těhotenství, což bylo možné stejně jako u 1. ročníku pozorovat při následné analýze dat.

3.3 Zpracování a analýza dat

Data získaná pomocí metody nedokončených vět prošla v prvním kroku gramatickou a syntaktickou korekturou s důrazem na zachování původního obsahu výpovědí. Z tohoto důvodu byly v textech pro svou autenticitu ponechány expresivní výrazy. V neposlední řadě byly veškeré výpovědi pro zachování anonymity účastníků převedeny do ženského rodu. Druhou fází byla samotná analýza výpovědí. Zde bylo použito tzv. otevřené kódování, které je spolu s axiálním a selektivním kódováním součástí tzv. metody zakotvené teorie. Tato metoda slouží primárně pro tvorbu nových teorií, což nebylo cílem práce (Švaříček et al., 2007). Konkrétně axiální i selektivní kódování pracují především s hledáním příčin a důsledků sledovaných jevů, s interakcemi a procesy a v neposlední řadě konceptualizují získaná dat. Komplex těchto typů kódování je možný použít například u rozsáhlých dat získaných pomocí rozhovoru, kde vznikají v průběhu šetření jednotlivé dimenze obsahu sdělení bez výraznějších hranic (Hendl, 2005). Takový proces však nebylo možné aplikovat u získaných dat, a to z důvodu jejich solitérnosti, která vznikla díky předem stanoveným významovým dimenzím jednotlivých nedokončených vět. V průběhu šetření tak byla získána data, která ve svém rozsahu nebyla jakkoli korigována, avšak v obsahu ano. Z této skutečnosti bylo vycházeno při volbě relevantního postupu analýzy dat, kterým bylo zvoleno **otevřené kódování**, které umožňuje podrobnou analýzu výpovědí, jejich segmentaci a následnou interpretaci vyskytujících se fenoménů pomocí stanovených kategorií.

Analýza dat technikou otevřeného kódování probíhala v několika fázích. První z nich byl přepis dat do elektronické podoby a první čtení, při kterém byl orientačně zjišťován rámeček získaných výpovědí. Druhá fáze přistoupila již k samotnému kódování, které probíhalo tzv. **metodou papír a tužka** (Švaříček et al. 2007). Tento postup spočívá

ve volném vepisování kódů do předem vytisknutého textu. Zde bylo pro lepší přehlednost a odlišení jednotlivých pasáží textu využito barevného označení jednotlivých kódů. Třetí etapa spočívala v seskupování kódů do tzv. kategorií, které tvořily obsahovou nadmnožinu těchto kódů. Například kategorie „**Sociální neplodnost**“ zahrnuje kódy jako „*Bez partnera*“, „*Homosexualita*“ či „*Sexuální zdrženlivost z náboženských důvodů*“. Druhá a třetí fáze neprobíhaly z časového hlediska chronologicky, nýbrž byly několikrát cyklicky opakovány a jejich závěry vzájemně komparovány. Pro snadnější orientaci a transparentnost výstupů výzkumného šetření byly identifikované kategorie a jim náležící kódy zpracovány graficky viz kapitola 4 Výsledky a diskuze.

Je nutné uvést i specifický způsob vyhodnocování dat. Vzhledem k volbě metody sběru dat, kterou byla metoda nedokončených vět, byla možnost data prezentovat dvěma způsoby. Prvním z nich je vyhodnocování v rámci jednotlivců, tedy vyhodnotit všechny nedokončené věty jednoho případu a nekomparovat mezi dalšími. Tento způsob vyhodnocování by vyžadoval především psychologické posouzení výpovědí a data získaná tímto postupem by nebyla obsahově relevantní vzhledem ke stanoveným cílům. Byl proto zvolen druhý přístup, tedy analýza a deskripce fenoménů vždy samostatně pro každou nedokončenou větu napříč celým ročníkem. Takto bylo možné identifikovat vnímání daných etických aspektů vybranou sociální skupinou.

3.4 Limity výzkumného šetření

Kvalitativní přístup byl shledán, vzhledem k charakteru získaných informací, jako vhodný postup pro získání relevantních dat. Je však nutné poukázat na problematické okamžiky výzkumného šetření, které byly v jeho průběhu odhaleny.

Limity na straně metodiky:

- **Tematické zaměření výzkumné šetření** – AR je velmi citlivou oblastí pro diskuzi zejména u jedinců, jichž se toto téma úzce dotýká. Bylo předpokládáno, že žáci střední zdravotnické školy, kteří jsou v průběhu svého studia připravováni pro výkon zdravotnického povolání, budou v těchto otázkách otevření. Na základě získaných dat bylo avšak překvapivě zjištěno, že oblast asistované reprodukce představuje pro budoucí zdravotnické pracovníky taktéž citlivé téma. Důkazem byla nečekaně vysoká frekvence identifikovaných kategorií „*Nechci uvést*“ nebo „*Neuvedeno*“. Otázkou pro další šetření může být, zda případy neuvedly

odpověď z důvodu ostychu vůči neznámému výzkumníkovi či pro ně téma etické dimenze AR bylo opravdu natolik intimním, aby o něm otevřeně promluvili. Citlivost tématu pro žáky vybrané střední zdravotnické školy je nutné zohlednit při další práci s touto oblastí, tedy nejen v rámci dalších výzkumných šetření, avšak zejména při samotné výuce. Neznalost základních informací týkající se této problematiky byla prokázána identifikovanou kategorií „*Nevím, nemám dostatek informací*“, která byla přítomna u 8 z celkových 12 nedokončených vět. I tato skutečnost mohla hrát roli v otevřenosti středoškolských žáků. Zmíněná kategorie nebyla v rámci odpovědí primárně očekávána a její frekvence byla více než překvapující. Po vyhodnocení dat bylo naopak usouzeno, že tato kategorie hraje významnou roli především z didaktického hlediska. Pedagogové pracující se získanými daty mají díky této kategorii možnost zjistit, ve kterých oblastech mají žáci informační nedostatky, ze kterých vyplývá následná neschopnost o tématu diskutovat. Na základě tohoto zjištění je také možno v rámci výuky stanovit pro žáky kognitivní cíle, které budou zaměřeny konkrétně na informačně deficitní oblast.

- **Počet případů** – výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 50 žáků z 1. a 4. ročníku (viz kapitola 3.2.2 *Volba případů*). Tento počet, který je pro kvalitativní šetření velmi specifický, byl zvolen záměrně z několika důvodů. Prvním z nich bylo zajištění saturace dat. Druhý důvod koresponduje s pedagogickým výstupem výzkumného šetření, kterým je návrh metodického listu pro pedagogy prezentující možné postupy při výuce tohoto etického tématu. Aby byla podmínka výuky „šité na míru“ opravdu splnitelná, musel být brán zřetel na všechny žáky a jejich individuální vnímání tohoto tématu. Jedná se o žáky především 1. ročníku, kteří se těmito otázkami budou zabývat dle aktuálního znění školního vzdělávacího plánu až ve 4. ročníku. Nadměrné obsáhlosti dat, která by přesahovala rámec této práce, bylo předejito pomocí vhodně zvolené techniky sběru dat (viz kapitola 3.2.1 *Sběr dat*). Souhrn nedokončených vět, které byly vytvořeny na základě analýzy obsahu teoretického rámce, zprostředkoval odpovídající množství relevantních dat, které bylo následně analyzováno a strukturovaně prezentováno v kapitole 4 *Výsledky a diskuze*.
- **Metoda sběru dat** – za účelem získání požadovaných dat byla zvolena tzv. metoda nedokončených vět (viz kapitola 3.2.1 *Sběr dat*). Jednou z jejích

součástí při standardním využití v oblasti psychologické diagnostiky je tzv. **osobní vyhodnocení** za přítomnosti konkrétního jedince, při kterém je ozřejmena subjektivní vnímání obsahu uvedených výpovědí. Vzhledem k počtu případů ve výzkumném šetření nebylo možné toto osobní vyhodnocení provést. Bylo proto suplováno hromadnou diskuzí s žáky, která byla iniciována vždy po ukončení vyplňování formuláře. Hlavní otázkou bylo: *Která z nedokončených vět pro vás byla při odpovídání nejtěžší a proč?* Výpovědi žáků jsou uvedeny v kapitole 3.2.4 *Průběh výzkumného šetření*. I přes přítomnost tohoto limitu, byla metoda nedokončených vět při zpětném hodnocení výzkumného šetření shledána jako nejvhodnější technika sběru dat u těchto konkrétních případů.

Limity na straně případů:

- **Neopakovatelnost výzkumného šetření** – v rámci celého výzkumného šetření byla snaha o nastavení totožných podmínek pro všechny případy výzkumného šetření, čímž měl být minimalizován vliv výzkumníka na žáky. Došlo tedy k jakési vnitřní homogenizaci zadání úkolu. I přes všechna opatření však není šetření zopakovatelné díky mnoha proměnným faktorům, které nebyly ze strany výzkumníka ovlivnitelné. Prvním faktorem jsou samotní **žáci**. Jejich výpovědi mohly ovlivnit **vnitřní vlivy**, jako aktuální nálada (například radost z odpadnutí klasické výuky díky šetření, osobní důvody aj.), fyzické potřeby (například hlad – výzkumné šetření proběhlo v obědovém čase, potřeba spánku – žáci mohli být unavení z důvodu právě probíhající ošetřovatelské praxe aj.), ale také například vliv spirituality jednotlivých případů. Svoji roli mohly hrát také **vlivy vnější**, konkrétně prostředí (například pocit dyskomfortu v průběhu šetření – šetření u 4. ročníku proběhlo v odborné učebně, ve které díky kapacitě nebyli všichni žáci usazení v lavicích, nedostatek prostoru v jejich osobní zóně mohl ovlivnit otevřenost při vyplňování dotazníků; výpovědi mohly být ovlivněny také aktuálním počasím, které mohlo korelovat s emočním rozpoložením účastníků aj.). Dalším podstatným vnějším faktorem byly konkrétní **vyučující** daných studijních skupin. V 1. ročníku byla vyučující po celou dobu šetření přítomna, velmi aktivně se do něj zapojovala a napomáhala překonávat komunikační bariéru plynoucí z neznalosti mezi účastníky a výzkumníkem. Žáci mohli pozorovat, jak aktivně se jejich pedagogická autorita k tomuto tématu staví a jaký pohled zaujímá, což mohlo

taktéž ovlivnit jejich výpovědi (například jedinec, pro kterého toto téma nebylo vnitřně aktuální otázkou, mohl zareagovat na popud učitelky a postavit se tak do pozice jedince, pro kterého je téma velmi důležitým). Naopak ve 4. ročníku ponechaly vyučující výzkumnici se žáky o samotě. Nebyl tedy přítomen prvek, který by žáky z pozice pedagoga aktivně ovlivňoval. Neposledním faktorem, který mohl ovlivnit celé výzkumné šetření a výpovědi žáků byla přítomnost samotného výzkumníka (viz *Vliv výzkumníka*).

Limity na straně výzkumníka:

- **Vliv výzkumníka** – důsledky plynoucí z přítomnosti konkrétního výzkumníka je možno pozorovat v několika rovinách. První rovinou je přítomnost výzkumníka při samotném šetření. Výpovědi žáků mohly být ovlivněny například ženským **pohlavím** a **věkem** výzkumníka. Svou roli tedy mohly sehrát předsudky typu: žena – mladá dospělost – reprodukční věk – předpokládaný pozitivní postoj k veškerým otázkám týkajících se rodičovství. Více než didaktické zaměření práce mohla vyplynout dimenze obsahová, tedy to, aby se žáci „trefili“ do odpovědi očekávaných výzkumníkem. Z pohledu objektivity se tedy zdá provedení výzkumného šetření pedagogem mužského pohlaví či ženou v již ne reprodukčním období jako vhodné východisko. Je však nutné podotknout, že vliv na výpovědi účastníků nemusí mít pouze sociální role a status výzkumníka. Roli hrají i osobní sympatie a další subjektivní faktory, kterým lze jen těžko předcházet, a které jsou tak vždy přítomným ovlivňujícím prvkem při výzkumných šetřeních, například přítomnost výzkumníka. Druhou rovinou je vliv výzkumníka při samotném zpracování a analýze dat. **Subjektivita** je jednou ze základních charakteristik kvalitativního výzkumu a je možné ji nalézt jak na straně výpovědí účastníků šetření, tak u zmiňovaného výzkumníka. Přestože cílem práce bylo předložit subjektivní vnímání etické dimenze AR v maximální možné míře objektivizace, nelze vliv výzkumníka u tohoto typu designu šetření zcela odstranit. Subjektivnímu zkreslení při analýze dat bylo předejito pomocí opakovaného kódování, které za pomoci opětovného vyhodnocování výpovědí snižuje míru prvního zaujetí výzkumníka. Tuto techniku někteří z autorů zařazují mezi tzv. triangulační techniky. Další preventivním postupem byl samotný způsob analýzy dat, v průběhu které byly vyhodnocovány všechny výpovědi a to i ty, jejichž obsah zcela

nekorespondoval se zadáním. Díky tomuto kroku bylo zamezeno záměrné selekci hodících se odpovědí a zkreslení kompletních výsledků. V obou případech se tedy jednalo o **triangulaci na úrovni analýzy dat**.

4 VÝSLEDKY A DISKUZE

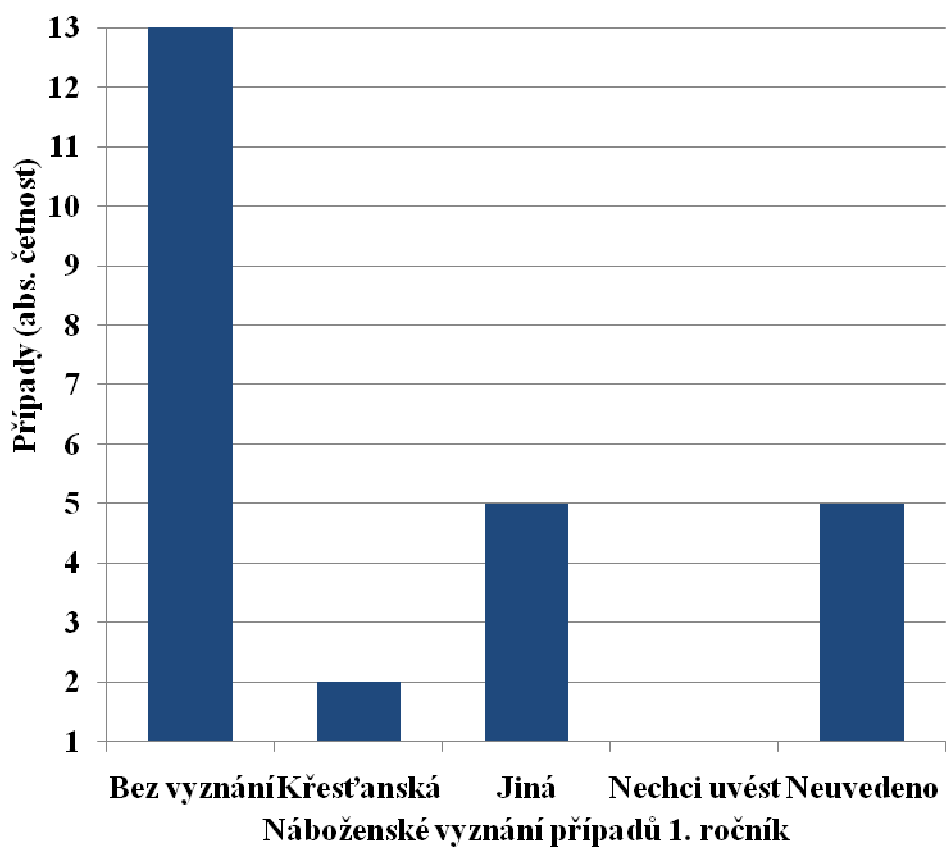
Kapitola přináší kvalitativní rozbor a deskriptivní interpretaci výpovědí získaných ve výzkumném šetření. Pro transparentnost výsledků a snadnou orientaci byly výstupy kvalitativní analýzy převedeny do grafické podoby, konkrétněji do tzv. mentálních map. Jedinou částí práce, která získaná data kvantifikuje, je oblast zabývající se problematikou spirituality případů. Tato data byla graficky znázorněna a vyjádřena pomocí absolutních četností. Schematické znázornění dat konkrétních nedokončených vět bylo provedeno za pomoci volně dostupné verze online programu bubbl.us.

Kapitola Diskuze byla integrovaná do kapitoly Výsledky. Je však nutné zmínit značnou komplikovanost při snaze o provedení diskuze v pravém slova smyslu. Jiné studie, které by se kvalitativním způsobem zaměřovaly na vnímání etické dimenze mezi žáky středních zdravotnických škol, a následně byl jejich výstupem návrh výukové jednotky tzv. na míru, neexistují. Právě proto je tato práce natolik jedinečná. Diskuze byla provedena na základě komparace získaných dat s informacemi z teoretického rámce a dalších legislativních norem či výzkumných prací.

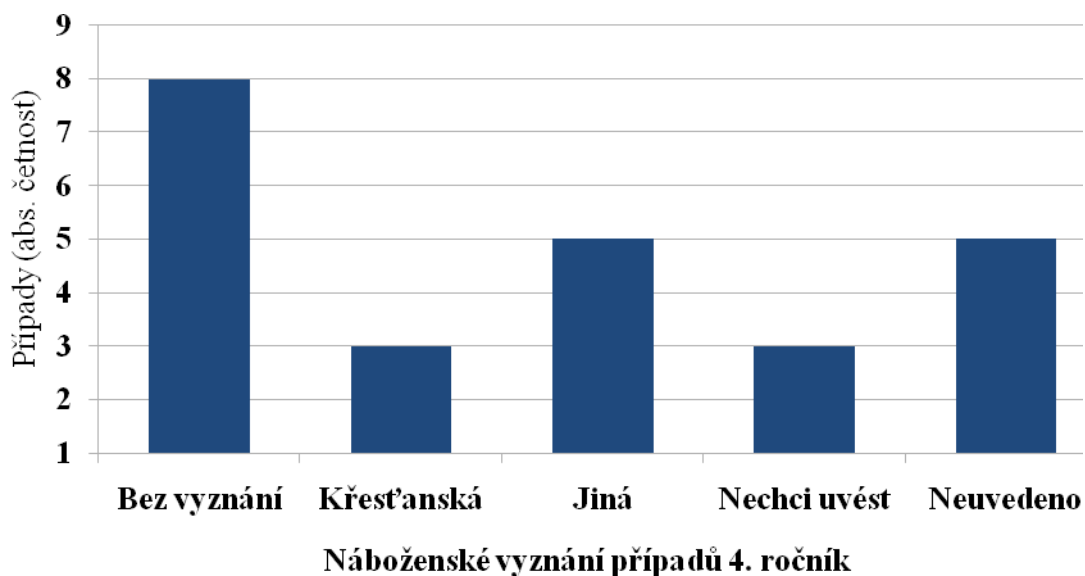
V rámci interpretace získaných dat je třeba zmínit kategorie *Neuvedeno* a *Nevím, nemám dostatek informací*. Kategorie *Nevím, nemám dostatek informací* je z didaktického hlediska velmi přínosná. Uvedení tvrzení, že si žáci nedokáží vytvořit osobní stanovisko z důvodu nedostatku informací, je cennou zpětnou vazbou, která může být využita při projektování další výuky. Kategorii *Neuvedeno* není možno na základě získaných dat zcela jasně vyhodnotit. Žáci danou nedokončenou větu mohli přehlédnout. Věta jim avšak také mohla svým obsahem působit jistý dyskomfort, a proto ji namísto uvedení „*Nechci uvést*“ nedokončili. Rovněž mohli cítit stud ze skutečnosti, že neví, co daný výrok znamená, a obávali se zeptat před celým třídním kolektivem. Důvodem může být také avšak zcela jiná skutečnost, kterou již není možné identifikovat.

Kompletní soubor odpovědí případů 1. i 4. ročníku, ve kterém jsou výpovědi kategorizovány podle příslušnosti k dané nedokončené větě, nikoli ke konkrétnímu případu, je umístěn v přílohách práce (*viz příloha 5 a příloha 6*).

Náboženské vyznání případů ve výzkumném šetření



Graf 1 – Náboženské vyznání případů 1. ročník



Graf 2 – Náboženské vyznání případů 4. ročník

Jedinou oblastí, jejíž výstupy jsou v této práci kvantifikovány, jsou socio-demografická data, konkrétně problematika víry případů ve výzkumném šetření. Pro přehlednost a prezentaci možné korelace tohoto faktu s výpověďmi účastníků daných ročníků jsou v grafech uvedeny absolutní četnosti zastoupení jednotlivých tvrzení.

Bez jakéhokoli náboženského vyznání bylo z celkového počtu 50 žáků 21 osob. Ke křesťanské víře, která nebyla blíže specifikována, se přihlásilo 5 případů. Konkrétně katolická církev se k celé problematice AR staví zcela negativně (Kleber, 1994). Avšak soubor tvrzení případů, kteří se k tomuto vyznání přiznali, s tímto přesvědčením nekorespondoval. Žákyně například uvedly tvrzení, ve kterém sdílí pozitivní postoj k metodám asistované reprodukce (4. ročník: „...dobrou věc, sama jsem dárcem...“), které mohou být užitečné a pomoci klientům, jež přichází z důvodu vlastní neplodnosti (4. ročník: „...nemohou mít děti přirozenou cestou.“, „...je to cesta jak pomoci neplodným pářím.“). V otázce nakládání s přebytečnými embryi naopak vyjádření případů koreluje s přesvědčením katolické církve, tedy že jejich zničení považují za neetické, a proto by měla být embrya uschována (4. ročník: „...toto je jediná věc, která mi v asistované reprodukci vadí, je to plýtvání lidským životem.“). Otázkou je, zda se jedná o projekci víry daného případu či ukázkou empatie, jejíž zvýšená míra je u žáků tohoto studijního oboru předpokládána.

Celkem 10 případů uvedlo víru odlišnou od křesťanské. Proto byla vytvořena kategorie *Jiná*. Zde byly kategorizovány odpovědi jako: „ve svého boha“ „evoluce“, „v lepší zítřky“ či recesistické výpovědi typu: „Věřím, že mi učitelé pomůžou u maturity“ nebo „na Ježíška“. V neposlední řadě zde byla uvedena také „Karma“. Víra však nebyla blíže specifikována, a proto není možné jednoznačně učít, zda měl případ na mysli hinduistické, buddhistické či jiné náboženství. Případ uvedl souhlas s užíváním metod AR, ve které vidí jisté výhody a možnost řešení neplodnosti. Toto tvrzení koresponduje s Buddhismem, který se k asistované reprodukci staví velmi otevřeně. V oblasti nakládání s přebytečnými gametami a embryi však uvedla, že by v obou případech mělo dojít k jejich odstranění. Byť se hinduismus k samotné otázce asistované reprodukce blíže nevyjadřuje, v otázce hodnoty a vůbec počátku lidského života má stejně jako Buddhismus zcela jasný názor – život ve všech svých podobách by měl být ochraňován (Bašić et al., 2010; Stephens et al., 2009).

1. Jako počátek lidského života, tedy moment, od kterého mluvíme o člověku se všemi jeho právy, vnímám ...

Významová dimenze „**Počátek lidského života**“ (viz schéma 2) byla zahrnuta v první nedokončené větě. Žáci 1. a 4. ročníku prezentovali svůj náhled na časové hledisko počátku života a s ním spojené fenomény. Vnímání této oblasti je klíčovým konceptem pro diskuzi o etické dimenzi AR. Kategorie **Prenatální období** zařazuje počátek života do období před porodem, tedy do průběhu 9 měsíců gravidity. Oba ročníky totožně uvedly, že za počátek života považují *splynutí pohlavních gamet*. Toto tvrzení odpovídá principu tzv. ontologického personalismu, který považuje za počátek lidského života tentýž moment (Munzarová, 2000). Stejně vnímá tuto problematiku i katolická církev, podle které je na základě tohoto názoru nutné zygotu chránit jako plnohodnotnou bytost od úplného počátku jejího vzniku (Ondok, 2005). Vnímání počátku života od *3. měsíce gravidity*, které bylo taktéž uvedeno, je totožné s lékařským vnímáním problematiky. Toto pojetí počátku života souvisí s legalizováním interrupcí do 12. týdne gravidity. Znamená to tedy, že je dle případů do této chvíle vyvíjející se embryo a později plod považováno za pouhý biologický materiál? Další případy vnímají jako počátek lidského života samotný *porod dítěte*, která náleží do kategorie **Perinatální období**. S tímto názorem se shoduje Munzarová (2005) a také Úmluva o lidských právech a biomedicíně, která hovoří o plnohodnotné lidské bytosti s vlastními právy až o dítěti po jeho narození (Ivanová a Klos, 2004). Poslední kategorií, která se vyjadřuje k časovému hledisku počátku života, je kategorie **Postnatální období**, která byla identifikována pouze v 1. ročníku. Velmi zajímavý je v této kategorii fenomén přiznání statutu člověka a jeho práv ve chvíli *započetí rodičovské péče* o svého potomka. Znamená to, že podle tvrzení případů děti umístěné do baby boxů či opuštěné po svém narození nejsou plnohodnotnými bytostmi se svými právy a jejich životy začínají až v momentu získání nové rodiny? Přiznání práv korespondující s *dosáhnutím plnoletosti* může být ovlivněno obsahem nedokončené věty, která získání práv zdůrazňuje. Tato skutečnost mohla vést k chybnému pochopení nedokončené věty. Nepředpokládáme, že účastník považuje za počátek lidského života 18. rok.

Jevy zařazené do kategorie **Okolnosti** nesouvisí s časovým hlediskem počátku života. Jedná se například o fenomén *glorifikace lidského života* (4. ročník: „... je to zázrak.“), *transcendentní vnímání* přesahu zplození nového života a obecně lidského bytí (1. ročník: „...vnímám jako pokračování všeho – celého života, celé země.“)

či *pozitivní oceňování nového lidského života* (1. ročník: „... je to to nejcennější, co tu je ...“, „...jako úžasnou věc.“, 4. ročník: „...nejkrásnější zážitek života...“).

Také byly identifikovány kategorie *Neuvedeno* a *Nevím, nemám dostatek informací*, které se vyskytovaly zejména u případů v 1. ročníku. Právě tito žáci v závěrečné diskuzi uvedli, že otázku vnímali jako nejobtížnější z celého souboru vět. Důvodem může být neznalost základních informací, které jsou potřebné pro vytvoření vlastního pohledu žáka. Příčinou může být avšak také skutečnost, že se žáci nad touto problematikou nikdy nepozastavili, a proto nyní nebyli schopni své vnímání uvést.



Schéma 2 – Významová subdimenze „Počátek lidského života“

Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

2. Umělé oplodnění je podle mě určeno lidem, kteří ...

Ve 2. nedokončené větě, která pokrývá tematickou dimenzi „*Příjemce asistované reprodukce*“ byly identifikovány následující kategorie: *Zdravotní neplodnost*, *Sociální neplodnost*, *Přijetí nemožnosti mít vlastní dítě* a *Jiná kritéria* (viz schéma 3). První kategorie *Zdravotní neplodnost* charakterizuje příjemce AR jako jedince, u kterého je důvodem neplodnosti *zdravotní stav* jeho či partnera/ky. Další kategorií je *Sociální neplodnost*, která jako příjemce AR vnímá jedince ze sociologického pohledu. Velmi zajímavý je první fenomén a to *osoby bez vhodného partnera*. V České republice

legislativa neumožňuje poskytnutí asistované reprodukce osobám, které přichází s požadavkem mít dítě i přes skutečnost, že nemají stálého partnera (ČESKO, Zákon č. 373/2011 Sb.). Ve spojitosti s dalším fenoménem, kterým je udávaná *homosexuální orientace klientů/ek*, je nutné zmínit, že po pravosti deklarovaného vztahu není v centrech a na klinikách AR nijak blíže pátráno pokud dle právních předpisů tento vztah nevylučuje uzavření manželství. Posledním jevem v této kategorii je *sexuální zdrženlivost z náboženských důvodů*. Po analýze situace, kdy na základě náboženského přesvědčení nedochází k sexuálnímu styku ani za účelem zplození potomka, docházíme k závěru, že takové náboženské skupiny nemohou mít delšího trvání, než jedné generace.

Další kategorií byla tzv. *Jiná kritéria*, ve kterých případy zmínily *časový faktor* spojený s neplodností. Sterilita je z lékařského hlediska definována jako stav, kdy pár neotěhotní ani po 12 měsících pravidelného nechráněného pohlavního styku (Zegers-Hochschild et al., 2009, Roztočil et al., 2011). Dále žáci uvedli, že by měl příjemce AR projevit *silnou touhu stát se rodičem*. Neopomenuto bylo také *finanční zajištění* potenciálních klientů, které souvisí se zodpovědnou péčí o případného potomka. Zmíněna byla také tzv. *reprodukční autonomie*, tedy skutečnost, že každý klient má, dle tvrzení případů, právo rozhodnout, jakou cestou bude jejich dítě počato. V neposlední řadě byla ve výpovědích identifikována také podmínka *manželského sezdání* páru žádajícího o pomoc při řešení neplodnosti. Tato podmínka avšak není z legislativního pohledu vyžadována, jak je vysvětleno výše.

Žádná z výpovědí případů nezmínila kritérium věku, který hraje v této problematice důležitou roli. Především je legislativně vymezen a to konkrétně výše zmiňovaným zákonem o specifických zdravotních službách, který definuje jako horní věkovou hranici umožnění absolvování cyklu asistované reprodukce u žen 49 let. Avšak věk je důležitým faktorem také na straně muže. Existuje skupina geneticky podmíněných onemocnění, za jejichž výskytem stojí právě reprodukční stárnutí muže. Jedná se například o Klineferterův syndrom, Apertův syndrom, Marfanův syndrom aj. Reprodukční věk by tedy měl být jedním z hlavních faktorů, ke kterým má být přihlédnuto při zakládání rodiny pomocí AR (Mardešić, 2013).

Poslední kategorií, která byla identifikována pouze ve 4. ročníku, je *Přijetí nemožnosti mít vlastní dítě*, která byla podložena fenoménem tzv. vyššího rozhodnutí, kdy bylo uvedeno tvrzení „...i když možná, že lidé, co spolu nemohou mít děti, je prostě nemají mít z nějakého důvodu.“.



Schéma 3 – Významová dimenze „Příjemce asistované reprodukce“

Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

3. Dárcovství spermií, vajíček a embryí vnímám jako ...

Třetí nedokončená věta obsahovala velmi obecnou významovou subdimenzi „Vnímání dárcovství“ (viz schéma 4). Kategorii, která byla totožně identifikována v obou ročnících, je *Funkce* AR. Případy uvedly, že hlavní funkcí dárcovství gamet a embryí spatřují v *pomoci druhým*. Vzhledem ke studijnímu zaměření žáků zde byla jistá míra empatie a potřeba pomáhat druhým očekávána. Současně se setkáváme s kategorií *Příjemce*, která prezentuje obraz klienta, který má dle těchto žáků právo dané gamety či embrya přijmout. Svým obsahem je tato kategorie totožná s kategorií *Příjemce* zmíněnou v předchozí nedokončené větě, na kterou tímto odkazujeme. Stejně i kategorie *Kritéria dárce* je blíže diskutována v následující nedokončené větě. Otázka *dobrovolného souhlasu*, který je zahrnut do této kategorie, naopak nalezneme u rozboru výpovědí v 5. nedokončené větě.

Dosud nezmiňovanou kategorií jsou *Rizika*, která žáci 4. ročníku spatřují především v myšlence *finanční zneužitelnosti dárcovství*. Zákona č. 373/2011 Sb., o specifických

zdravotních službách ujišťuje, že z darování gamet či embryí nevyplývá dárci žádný nárok na finanční kompenzaci. Tato skutečnost je avšak v praxi obcházena právní kličkou v podobě uvedeného dodatku o nároku na tzv. přiměřenou kompenzaci výkonu (Heřmanová et al., 2012). S darováním gamet za účelem finančního zisku se proto můžeme setkat například u dárců spermií. V České republice existují registry dárců pouze na základě anonymních osobních údajů a kódů, kteří dárci obdrží v centru tohoto typu. Není proto možné zabránit fluktuaci mužů, kteří této možnosti využívají právě pro získání finančního výtěžku (Haasová, 2012).

Ve výpovědích případů byla taktéž identifikována kategorie *Osobní postoj*. Oba ročníky uvedly totožně kompletní výčet postojového zastoupení, tedy od pozitivního hodnocení dárcovství („...dobrosrdečnost.“, „...dobrou věc“, „...naději pro ostatní.“), přes toleranci této aktivity („...je to každého věc.“) až po negativní hodnocení činnosti („...nelíbí se mi to.“). Tato skutečnost poukazuje na značný názorový pluralismus společnosti v této problematice, na který je upozorňováno i v úvodu práce.



Schéma 4 – Významová subdimenze „Vnímání dárcovství“

Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

4. Darované spermie, vajíčka nebo embrya bych přijala pokud ...

Identifikované fenomény se ve významové subdimenzi „**Přijetí darovaných gamet a embryí**“ z pohledu ročníků významně liší, jak je možné vidět ve *schématu 5*. Začneme kategorií, ve které bylo z pohledu jednotlivých ročníků identifikováno nejvíce shod. Jedná se o kategorii **Kritéria příjemce**, která definuje na základě výpovědí klienta, který se má stát příjemcem darovaných gamet a embryí. Podmínky pro to stát se relevantním příjemcem dle tvrzení účastníků jsou: *zdravotní indikace, neexistence jiného řešení, jak počít a porodit přirozenou cestou dítě (1. ročník: „... pokud by to byla moje poslední možnost...“; 4. ročník: „... pokud by nebyla jiná možnost...“), touha stát se rodičem (1. ročník: „...vím, že chci děti.“, „...pokud bych chtěla za každou cenu dítě.“; 4. ročník: „...pokud bych hodně toužila po dítěti...“)* a tzv. *singles* neboli osoby bez stálého partnera. Oproti tomu stojí tvrzení případů ze 4. ročníku, které jako jedno z kritérií uvedly *nutnost partnerského vztahu*.

Další kategorií je **Znalost dárce**, kdy žáci uvedli jako další podmínku pro přijetí gamet či embryí znalost právě jejich dárce. Jako velmi zajímavý a současně kontroverzní fenomén se jeví výpověď případu, ve které je požadována *znalost rasy dárce*. Dalšími informacemi o dárci, které případy dle svých výpovědí požadují, jsou: *zdravotní stav, povahové rysy* aj. V souladu s českou legislativou je možné získat až 30 let od oplození darovanými gametami či embryi informace o zdravotním stavu jejich dárců s podmínkou že tyto informace nepovedou k přímé identifikaci samotného dárce (Weiss et al., 2010). V klinické praxi je pak párům přijímacím darované gamety či embrya sdělována výška, váha, věk, barva očí a vlasů dárců (Ostro, Pilka a Lešník, 2009). Munzarová (2000) ve spojitosti s touto problematikou varuje před rizikem, které spočívá v možnosti sňatků mezi biologickými sourozenci, kteří o této skutečnosti nebudou informováni. Jejich následné založení rodiny by z tohoto hlediska mohlo být potenciálně zatíženo jistými genetickými riziky. Zastánci anonymního dárcovství gamet pro účely AR však argumentují statistikami, které dokládají zvyšující se počet partnerských nevěh korespondující se vzrůstající promiskuitou společnosti. Situace dětí, které se narodily právě díky těmto nevěrám, je pak z hlediska znalosti své biologické identity srovnatelná s dětmi narozenými pomocí heterologních gamet. I toto může být jedním z nespécifikovaných rizik, které je třeba znát před samotným činem, jako je uvedeno v kategorii **Informovanost**.

Ve 4. ročníku byla identifikována také samotná kategorie **Rizika**, do níž byl zařazen fenomén *citového nepřijetí* biologicky nevlastního dítěte („...i když nevím,

jestli bych se smířila s tím, že to dítě nebude „moje“ (geneticky).“). V neposlední řadě je nutné upozornit i na kategorii *Osobní stanovisko*, ve které případy uvedly tvrzení, že přijetí darovaných gamet a embryí striktně odmítají.

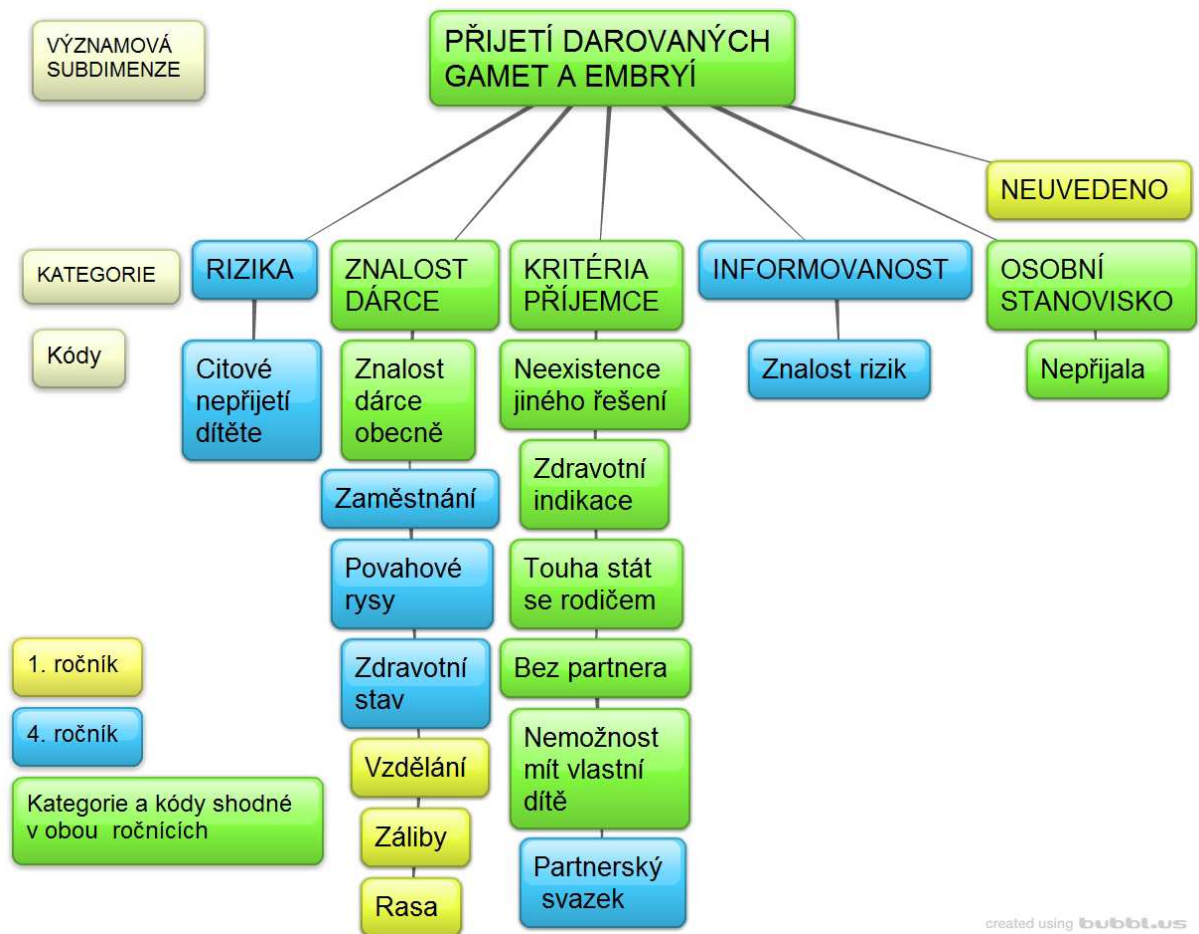


Schéma 5 – Významová subdimenze „Přijetí darovaných gamet a embryí“

Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

5. Spermie, vajíčka a embrya bych sama darovala pokud ...

Významovou subdimenzí obsažené v 5. nedokončené větě bylo „**Darování gamet a embryí**“. Jak je možné vidět na *schématu 6*, celkem bylo identifikováno 7 kategorií. První z nich je *Důvod darování*. Oba ročníky totožně uvedly tvrzení, že důvodem může být vlastní *chtíč pomoci druhým*, *osobní potřeba udělat dobrý skutek* či *potřeba být užitečným*. V 1. ročníku byl identifikován fenomén projevení *empatie*, kdy případy projevily lítost vůči potenciálnímu příjemci: „*by mi bylo líto kamarádů/rodiny...*“. Ve 4. ročníku byl odhalen velmi zajímavý jev a to *dárcovství pod nátlakem*, respektive darování gamet či embryí z donucení druhé osoby („*...pokud by mě někdo vydíral...*“). Dle české legislativy, konkrétně zákona č. 373/2011 Sb., je dárcovství zcela dobrovolným

činem. Je tedy naprosto nepřijatelné, aby docházelo k situacím, která je uvedena ve výpovědi případu. S touto informací souvisí i další kategorie, kterou jsou **Podmínky darování**, ve které bylo v obou ročnících shodně vypovězeno tvrzení, že zcela základním atributem dárcovství je *dobrovolný souhlas*. Případy ze 4. ročníku mezi podmínky darování zařadily také *odpovídající zdravotní stav* samotného dárce. Tento výrok koresponduje s obecnými požadavky na dárce, které jsou v klinické praxi běžné vyžadovány. Další podmínkou je dle obou ročníků *vyslovení osobní žádosti ze strany příjemce* vůči konkrétnímu dárci (1. ročník: „...a oni mě oslovili.“, „by mě o to požádala...“). Dle výše zmíněného zákona o specifických zdravotních službách je jedním z bezprecedentních kritérií dárcovství zachování anonymity dárce. V případě takové žádosti ovšem toto kritérium jednoznačně splněno není. Haasová (2012) avšak zmiňuje skutečnost, že výběr tzv. dárce na míru, je ve světě zcela běžným postupem.

S touto problematikou souvisí i kategorie **Příjemce gamet**. Žáci 1. ročníku uvedli, že by tímto příjemcem měla být pouze *osoba blízká* („...by mě o to požádala nejbližší kamarádka...“, „...by mě požádali známí...“). Na základě výše zmíněné legislativní úpravy by se však jednalo o nelegální počínání. Díky výpovědím účastníků z 1. ročníku byla identifikována kategorie **Rizika**, ve které je zmiňována existence *komplikací* spojených s darováním gamet či embryí, které mohou vyústit až ve vlastní neplodnost. Z odborného hlediska zde jistá rizika existují. Je jimi například tzv. hyperstimulační syndrom, ke kterému dochází v důsledku hormonální stimulace ovarií ženy, místní krvácení po provedeném punkčním odběru oocytů či s ním spojená bolest. Za povšimnutí stojí, že tuto souvislost uvedl pouze 1. ročník. Důvodem mohou být aktuální informace z předmětu anatomie či odborná sečtělost těchto účastníků. Identifikována byla také kategorie **Osobní postoj**. U obou ročníků byl identifikován fenomén *odmítnutí* této činnosti. Naopak několik případů ze 4. ročníku uvedlo, že již dárkyněmi gamet jsou.

Je nutné zmínit také kategorie **Neuvedeno** a **Nechci uvést**, které se vyskytly u případů 4. ročníku. Jelikož nebyla uvedena kategorie **Nevím, nemám dostatek informací**, je možné usuzovat, že je tato oblast pro žáky potenciálně velmi citlivým tématem. Na tuto informaci je vhodné brát zřetel při plánování výuky tohoto tématu.



Schéma 6 – Významová subdimenze „Darování gamet a embryí“

Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

6. Vyšetření genetické výbavy embrya (zda není nositelem genetického onemocnění) před jeho přenesením do těla matky je z mého pohledu ...

Další nedokončená věta zahrnovala významovou subdimenzi „**Preimplantační genetická diagnostika**“, ve které bylo identifikováno celkem 5 kategorií, jak je možné vidět ve *schématu 7*. První z nich, ve které se 1. ročník zcela shodoval s ročníkem 4., je kategorie **Vnímání**. Zde případy vyjádřily svůj postoj vůči PGD. Můžeme si tak povšimnou *pozitivního oceňování* této metody (1. ročník: „...velmi přínosné.“, „...správné.“, „...dobrý nápad...“; 4. ročník: „...užitečné.“, „...velice důležité.“), *tolerantního přístupu* (1. ročník: „...zcela normální.“) či vyjadřování *nezbytnosti tohoto vyšetření* (1. ročník: „...nutné vyšetření.“, „...nezbytné.“; 4. ročník: „...nutnost.“). Další kategorii tvoří **Funkce**, tedy v čem vidí žáci přínos této metody. Oba ročníky se shodují v tvrzení, že jednou z hlavních funkcí preimplantační diagnostiky je *prevence* geneticky podmíněných onemocnění. Ve 4. ročníku byla zaznamenána výpověď, že funkcí této diagnostiky je *informovat* potenciální rodiče o zdravotním stavu jejich embryí. S tímto fenoménem souvisí i následující dva jevy, které byly identifikovány u 1. ročníku. V prvním případě se jedná o volbu intervencí, kdy případ tvrdí,

že „...se s tím dá vždy něco udělat.“. Právě v tomto bodu se liší PGD od diagnostiky prenatalní. Terapeutické možnosti jsou totiž v případě odhalení genetických odchylek u embryí často nulové a jediným terapeutickým zásahem se tak stává nepoužití daného embrya. Pár, kterému bylo geneticky podmíněné onemocnění u embryí diagnostikováno v průběhu tohoto vyšetření nemá možnost situaci vnitřně zpracovat a případně i skutečnost přijmout (Munzarová, 2000; Kongregace pro nauku víry, 2009). S touto skutečností souvisí druhý zmiňovaný fenomén, který byl odhalen v 1. ročníku, a to možnost *připravit se* na případnou genetickou zátěž svého potomka s dostatečným časovým předstihem. Je zde možno pozorovat přijetí skutečnosti, že je plod zatížen genetickou abnormalitou, bez myšlenek na jeho odstranění. Na tento fenomén navazuje kategorie **Riziko**, která byla identifikována ve 4. ročníku. Poukazuje na možné *zneužití metody* v podobě negativních eugenických snah („... se domnívám, že se děti přijímají takové, jaké jsou.“ nebo „... žena, která otěhotní normálním způsobem, si nemůže říct: Tohle embryo nechci.“). Na základě negativních zkušeností s eugenickými procesy u nacistické ideologie a jako prevence možného zneužití PGD vznikly regulativy, které tuto problematiku ošetřují. Je jím například Úmluva o lidských právech a biomedicíně či zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, který striktně vymezuje účely využití této metody. Je tak výlučně zakázáno využívat tohoto typu diagnostiky k jiným účelům, než k identifikaci geneticky podmíněného onemocnění. Jsou tedy zakázány jakékoli zásahy do lidského genomu či volba pohlaví dítěte. Z didaktického hlediska je avšak nutné poukázat na skutečnost, že rizika zneužití nespočívají pouze v regulaci zdravotního stavu a pohlaví dítěte, nýbrž také ve volbě vzhledu dítěte. V rámci této významové dimenze je také možno sledovat i kategorie **Neuvedeno** a **Nevím, nemám dostatek informací**. Tato skutečnost může korespondovat s faktem, že vysoce specializovaná metoda nemusí být žákům zcela známa, a proto je i vytvoření si vlastního pohledu na tuto problematiku velmi obtížné.

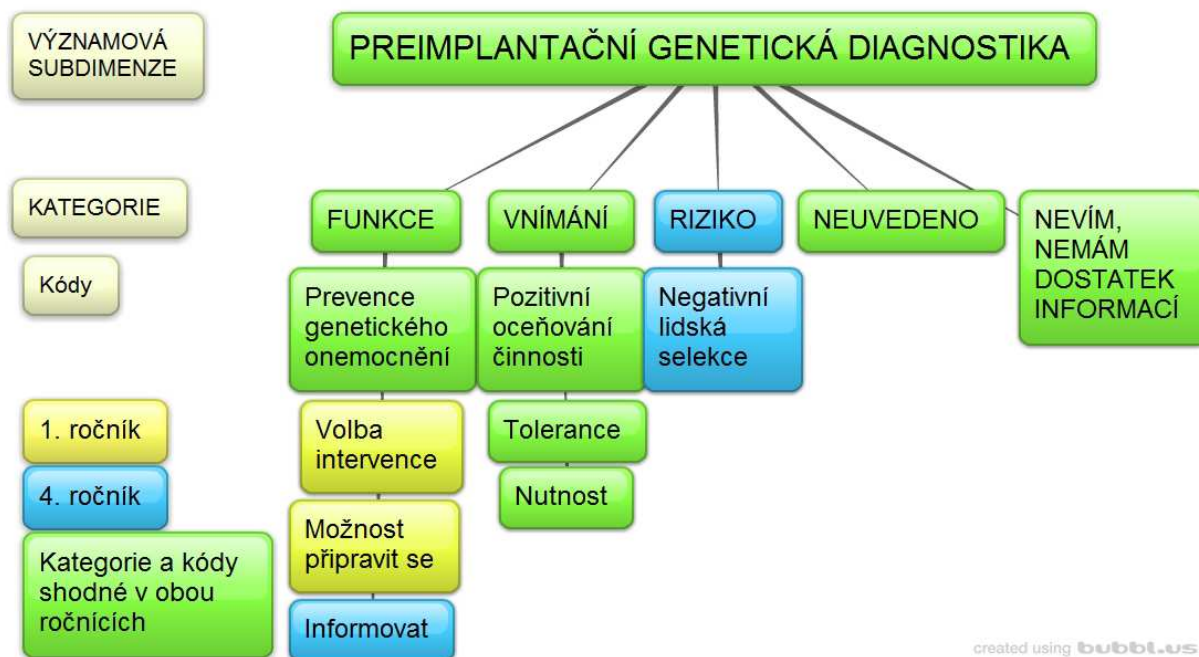


Schéma 7 – Významová subdimenze „Preimplantační genetická diagnostika“

Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

7. Spermie a vajíčka, která nebyla v průběhu umělého oplodnění využita, by měla být

...

Sedmá nedokončená věta zahrnovala významovou subdimenzi „**Nakládání s nadbytečnými gametami**“. Ve schématu 8 je možné vidět 4 identifikované kategorie. První z nich **Způsob nakládání** popisuje postupy manipulace s gametami. Oba ročníky se shodují na 4 potenciálních možnostech nakládání, kterými jsou: *odstranění gamet*, *uschování*, *kryokonzervace* a *sdílení s jinými klienty*. Odstranění gamet bylo často sdělováno velmi expresivními výrazy, jako například: „...někde vyhozena.“, „...zničena, spláchnuta.“, „...nějak zlikvidována...“ nebo bylo zřejmé, že případy ve svých tvrzeních nad způsobem odstranění váhají: „...zničena nějakým způsobem...“. Faktorem ovlivňujícím tuto skutečnost může být i uvědomování si genetické hodnoty daných gamet: „...asi znehodnotila, sice to jsou nositele genetické informace, ale pořád jen zárodečné buňky.“. Žáci dále uvedli tvrzení, že by nadbytečné gamety uschovaly, avšak neuvedli konkrétní způsob tohoto uložení. Oproti tomu byl identifikován jev, kdy byl jako relevantní způsob uschování zvolen postup *kryokonzervace*. Je velmi zajímavé a z didaktického hlediska také pozitivní, že i případy z 1. ročníku znají tento specifický postup nakládání s gametami. Tuto skutečnost připisujeme informacím, které jsou běžně umístěné na veřejných místech, jakými je městská hromadná doprava

či snadno dostupné díky internetu. Nutno podotknout, že právě kryokonzervace se stala východiskem neplodnosti například u klientů, kteří v minulosti trpěli onkologickým onemocněním (Weiss et al., 2010). Jako poslední možnost nakládání s nadbytečnými gametami uvedly případy jejich *sdílení* s jinými páry. V takovém případě je poskytovatel služeb dle zákona o specifických zdravotních službách povinen zachovat anonymitu všech zúčastněných stran.

Kategorií, která velmi blíže souvisí s předchozím odstavcem, jsou **Podmínky uschování**. Pouze 1. ročník uvedl skutečnost, že k uschování gamet je třeba *písemného souhlasu* jejich dárce, který je požadován taktéž na základě zákona o specifických zdravotních službách. Druhou podmínkou uschování nadbytečných gamet je jejich *viabilita* tedy odpovídající stav, ve kterém mají potenciál se za vhodných podmínek vyvinout ve fyziologický plod. Tuto podmínku však není v klinické praxi možno zcela zajistit. Celkem 50 % spermií a až 80 % oocytů nepřežije proces kryokonzervace. Právě z tohoto důvodu se preferuje kryokonzervace embryí, kterých v průběhu kryokonzervace ve fyziologickém stavu přežívá až 80 % (Roztočil et al., 2011).

Poslední identifikované kategorie tvoří **Neuvedeno** a **Nevím, nemám dostatek informací**, které byly zastoupeny v obou ročnících. Je nutné vzít v potaz, že je tato problematika vysoce specializovanou, což může být důvodem, proč o ní žáci nemají obsáhlejší povědomí.



Schéma 8 – Významová subdimenze „Nakládání s nadbytečnými gametami“

Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

8. Embrya, která nebyla v průběhu umělého oplodnění využita, by, podle mě, měla být ...

Ve významové subdimenzi „**Nakládání s nadbytečnými embryi**“ bylo identifikováno celkem 6 kategorií (viz schéma 9). Jako **Způsob nakládání** uvedly oba ročníky shodně několik tvrzení. V prvním z nich by měla být embrya *odstraněna*. Opět se zde opakoval jev z předchozí otázky a to velmi expresivní výrazy. Tuto skutečnost je přičítána věku a sociální vyzrálosti případů, která s ním může korelovat. Další 2 identifikované fenomény mají totožný cíl, avšak jsou odlišně specifikovány. Jedná se o *uschování embryí*, kdy případy blíže nespecifikovaly postup, jakým by tato aktivita měla být provedena, a ve druhém případě již konkretizovanou *kryokonzervaci*. Právě kryokonzervace embryí ve stádiu zygoty se doposud jevila jako neoptimálnější postup. Až 80% takových embryí je totiž po rozmrazení schopno dalšího vývoje. Pozitivním přínosem této metody je zabránění další hormonální stimulaci ovarií klientky. Výhody tohoto postupu jsou tedy nejen časové, ale i ekonomické (Roztočil et al., 2011). Jako další možnost nakládání s embryi zvolili žáci obou ročníků *sdílení* embryí s jinými klienty, kteří nemají takové štěstí jako oni (1. ročník: „...přenesena do těla druhé matky.“, „...použita na jinou osobu.“; 4. ročník: „...nabídnuta jiným pářům.“, „...dána k dispozici.“). Poslední možností využití nadbytečných embryí je podle případu ze 4. ročníku *výzkum*. Dle Munzarové (2000) je však neetické prosazovat výzkumné účely na embryích, které pro ně budou znamenat fatální konec, jen z důvodu nenalezení jiného “racionálního” využití. Munzarová upozorňuje na nebezpečnou možnou paralelu. Nemá-li hodnotu embryo proto, že nemá vnímavost, rozumnost a vůli, jakou hodnotu pak má život lidí s těžkým zdravotním postižením či umírajících, kteří tyto schopnosti taktéž nesdílí? Zaslouží si tito lidé využít k něčemu “užitečnému”? Dle Úmluvy o ochraně lidských práv a biomedicíně je striktně zakázáno vytváření lidských embryí pouze za účelem výzkumu. V případě výzkumu je taktéž provést patřičné kroky pro ochranu daného embrya.

Další stanovenou kategorií jsou **Podmínky uschování**. Do této kategorie byl zařazen jev vyskytující se v obou ročnících. Je jím podmínka zachování *viability* daného embrya. Další kategorií, která byla vytvořena na základě ojedinělého jevu, je **Nesouhlas s odstraněním** nadbytečného embrya. Příklad zde uvádí: „...toto je jediná věc, která mi v asistované reprodukci vadí. Je to plýtvání lidským životem.“. Je zde možné pozorovat potvrzení nejen citlivosti tématu, ale také složitost současné bioetiky. Kategorie

jako *Neuvedeno*, *Nechci uvést* či *Nevím, nemám dostatek informací* toto tvrzení potvrzují. Je proto při projektování výuky brát v potaz skutečnost, že pro některé žáky není jednoduché o tomto tématu hovořit a to na základě osobního postoje či nedostatku informací.



Schéma 9 – Významová subdimenze „Nakládání s nadbytečnými embryi“

Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

9. Snížení počtu plodů při vícečetném těhotenství je podle mého názoru ...

Významová dimenze „**Redukce vícečetného těhotenství**“ byla zahrnuta v 9. nedokončené větě, v rámci které bylo identifikováno celkem 7 kategorií. První je *Indikace*, tedy účel, za kterým je redukce vícečetného těhotenství provedena. Oba ročníky se shodují v tvrzení, že je redukce takového těhotenství řešením v situaci, kdy je *ohrožen život matky*. Dalšími relevantními důvody jsou podle tvrzení případů nspecifikované zdravotní důvody a *zdravotní stav dalších plodů*. S touto indikací se ztotožňují i autoři Ostro, Pilka a Lešník (2009). Případy z 1. ročníku dále uvedly možnost redukce v případě, že jsou si rodiče vědomi skutečnosti, že se o větší množství potomků nebudou schopni plnohodnotně postarat. S tímto souhlasí Heřmanová (2012), která tvrdí, že vícečetné těhotenství nepochybně představuje větší sociální nároky na péči o děti. Se zdravotním hlediskem souvisí i kategorie *Riziko*, ve které případy ze 4. ročníku

vedly možné poškození zdravého plodu, který měl být při původním záměru zachován. Je pravdou, že častou komplikací tohoto postupu je absorpce všech embryí v děloze (Heřmanová, 2012). Oba ročníky se v kategorii **Rozhodnutí** zcela shodují, že osobou, která určí, které z fetů bude tímto způsobem odstraněno, jsou rodiče. V klinické praxi je indikován k redukci v případě zjištěné abnormality právě tento plod. V situaci, kdy jsou však všechny féty zcela fyziologické, rozhoduje lékař, kterému z nich vpraví roztok chloridu draselného do oblasti srdečního hrotu (Ostro, Pilka a Lešník, 2009; Heřmanová, 2012). V 1. ročníku bylo taktéž zmíněno *právo na život*. Dle článku číslo 6 Listiny základních práv a svobod má právo na život každý, již před svým narozením, a proto je hoden ochrany. Možná, že právě tento regulativ by měl být nosným předpisem při rozhodování se budoucích rodičů o životech svých nenarozených dětí. Poslední kategorií je **Vnímání** této problematiky. V souvislosti s *negativním vnímáním* redukce vícečetného těhotenství zde nalezneme fenomén glorifikace vícečetného těhotenství, kterého je, dle případu, třeba si vážit. S tím souvisí i uvedená *nespravedlnost* vůči dalšímu fetu. Bohužel, z naší situace nejsme schopni blíže specifikovat, z jakého důvodu přesně tato nespravedlnost vyvstává. Skutečnost, že se jednalo o budoucí zdravotnické asistenty, se promítla do fenoménů *tolerance* a *pozitivní hodnocení činnosti*. Případy uvedly výpovědi, ze kterých je patrné, že si uvědomují *zdravotní rizika*, která sebou vícečetné těhotenství přináší.

Kategorie *Neuvedeno*, *Nevím*, *nemám dostatek informací* a *Nechci uvést*, jsou dávány do stejného kontextu, jako u předchozí nedokončené věty. Jako citlivé téma se tato problematika ukázala především ve 4. ročníku, který tuto nedokončenou větu současně uvedl jako nejobtížnější z celého souboru.



Schéma 10 – Významová dimenze „Redukce vícečetného těhotenství“

Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

10. Možnost nechat si porodit dítě třetí osobou (tzv. náhradní matkou) vnímám ...

Tematická dimenze „**Náhradní mateřství**“, která je zahrnuta v 10. nedokončené větě, obsahuje celkem 5 identifikovaných kategorií, ve kterých je velmi pestré ročníkové zastoupení (viz schéma 11). První z nich je kategorie **Indikace**, která definuje konkrétní situace, ve kterých je náhradní mateřství vnímáno jako optimální způsob řešení. První z nich jsou *zdravotní důvody na straně ženy* „...když žena nemůže porodit sama...“, „...by nemusela porod přežít.“. Taktéž byly uvedeny *zdravotní indikace u obou partnerů*. Tato situace je velmi diskutabilní. Pokud by byl neplodný pouze muž, bylo by možné vyřešit problém cestou darovaných gamet. Byl by na obou stranách problém pouze s neplodností, pak by taktéž mohla být východiskem asistovaná reprodukce. Z našeho pohledu nejsme tedy v této situaci sto říci, jak bylo tvrzení případů po obsahové stránce zamýšleno. Se zdravotním stavem souvisí taktéž další identifikovaný fenomén a tím je náhradní mateřství jako *prevence přenosu nemoci* na dítě. Zde konkrétně bylo ve výpovědi tvrzeno, že se jedná o situaci „*když je matka třeba HIV pozitivní*.“. V takové chvíli však vyvstává otázka, zda je správné přivést dítě do rodiny, kde minimálně jeden

z právních rodičů trpí nevyléčitelnou nemocí, jejíž prognóza není optimistická. V této kategorii je možné jako další indikace naleznout *neexistenci jiného řešení* neplodnosti, *odmítnutí adopce* z důvodu neznalosti genetické stránky dítěte či *touhu rodičů*, která je předpokladem pro rozhodnutí se právě pro tuto cestu početí.

Oba ročníky vnímají jako *Náhradní matku* osobu blízkou. Tento fenomén potvrzuje i Novotný et al. (2014), který říká, že náhradní matky jsou často v příbuzenském poměru s ženami, které se pro tento způsob početí dítěte rozhodly. Upozorňuje však současně na značné riziko sociálních komplikací, které z takové situace vyplývají. Z tohoto důvodu je nutná pečlivá smluvní dohoda mezi všemi zúčastněnými stranami ještě před započítím samotného procesu. Náhradními matkami mohou být avšak i ženy cizí. *Psychická náročnost* tohoto procesu pro náhradní matku, jak deklarují výpovědi ve 4. ročníku, nebyla dle Nelsona (2013) potvrzena. Jako **Rizika**, která tvoří jednu z dalších kategorií, byla uvedena například existence více matek. Zde je z didaktického hlediska nutné uvést korektní informace. V klinické praxi je nejčastěji využíván tzv. gestační mateřství. Náhradní matka poskytuje páru, který dodá své gamety, pouze dělohu. Z právního hlediska je sic matkou dítěte žena, která jej porodila, avšak díky tzv. přímé adopci se ve velmi krátké době stávají oficiálně právními rodiči klienti, kteří jsou ve skutečnosti i biologickými rodiči. Veškerou péči o dítě následně přejímají výhradně oni. Nenastane tak situace, kdy je dítě v průběhu svého života v kontaktu s oběma „matkami“ (Sills a Healy, 2008; Pilka et al., 2009; Novotný et al., 2014). Další rizikovou oblastí může být *fixace náhradní matky* na dítě. Zde je nutné podotknout, že náhradní matka vstupuje do smluvního poměru s jasným a sobě velmi dobře známým cílem.

Jak ale upozorňuje Novotný et al. (2014) nemůže zde být stoprocentně zaručeno, že se situace v průběhu těhotenství pod vlivem hormonální dysbalance a vyvstávajících mateřských pudů situace nezmění. V takovém případě je dle české legislativy matkou žena, která dítě porodila, a klienti nemají jakoukoli možnost odvolání se. S touto informací souvisí i *určení rodičovství*, které je taktéž zahrnuto v této kategorii. Taktéž fenomén využívání tohoto způsobu početí potomka za jiným účelem, než jakým je předejití zdravotních komplikací, je dle ustanovené Mezinárodní federací gynekologie a porodnictví z roku 2008 zcela neakceptovatelné (Pilka et al., 2009). Další kategorie **Vnímání** obsahuje výpovědi, které popisují osobní pohled případů na problematiku náhradního mateřství. Dle emočního náboje byly fenomény seřazeny od pozitivního oceňování náhradní matky

(„...štědrost náhradní matky...“, „...dobré a šlechetné od třetí osoby.“), pozitivní hodnocení činnosti („...je to hrdinství“), znalost matky jako přínos či pomoc jiným přes toleranci, až po negativní hodnocení surrogátního mateřství („...nenormální věc.“, „...otřesnou věc.“, „...jako nesmysl.“). Není možno určit, z čeho pramení negativní postoje účastnic. Jednou z příčin může být například právě neznalost problematiky, přestože tato kategorie nebyla identifikována. To avšak nevylučuje didaktickou chybnost informací, které případy doposud získaly. Tento fakt je vhodné mít na zřetelu při projektování potenciální výuky.

S poslední skutečností může korespondovat i poslední kategorie v této významové dimenzi, kterou je **Osobní stanovisko** vůči této problematice. Oba ročníky uvedly tvrzení, že náhradní mateřství zcela *odmítají* a nikdy by ho jako možnou cestu početí nezvolily. První ročník by v situaci, kdy by nebylo možné počít přirozenou cestou, preferoval před náhradním mateřstvím cestu adopce.

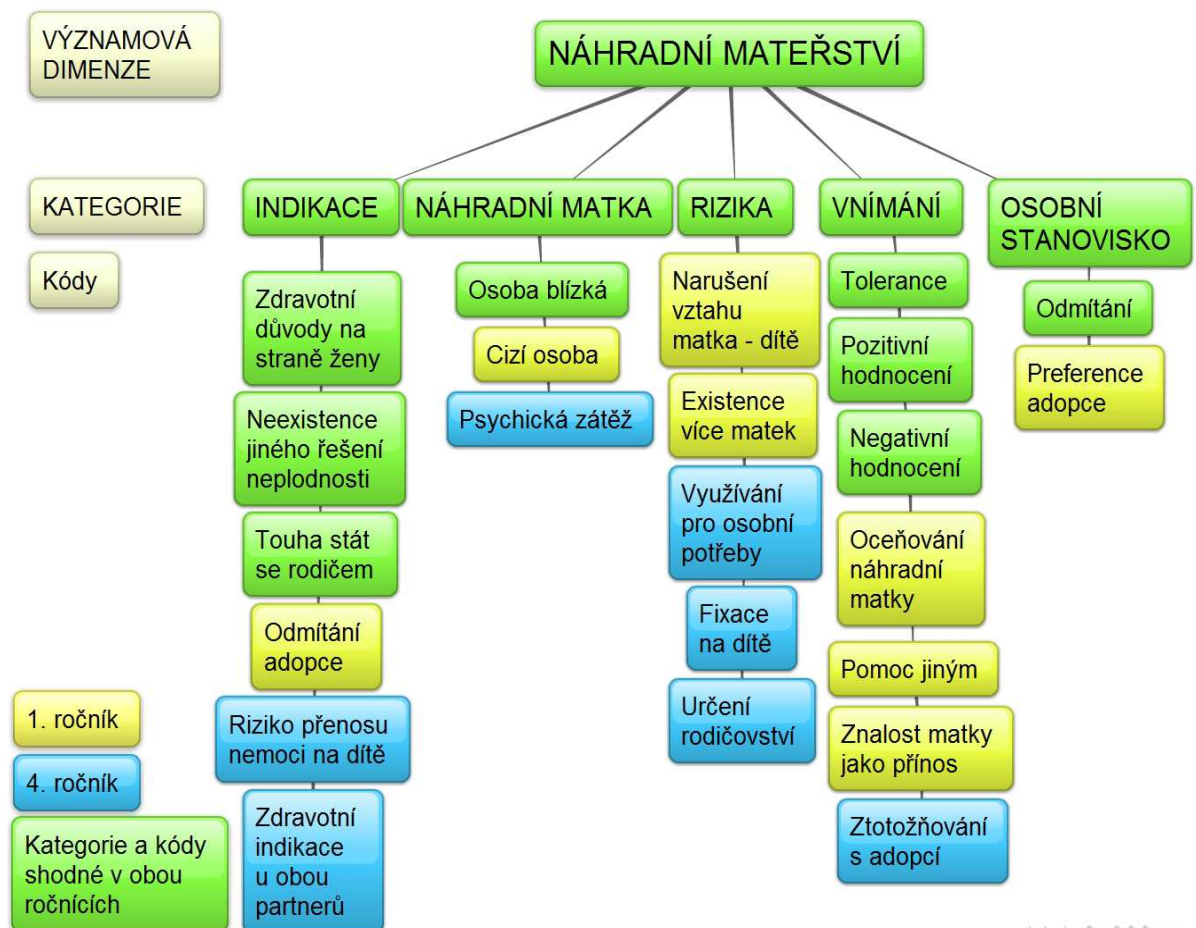


Schéma 11 – Významová dimenze „Náhradní mateřství“

Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

11. Psychologická pomoc lidem podstupující umělé oplodnění by ...

V předposlední nedokončené větě byla obsáhnuta významová dimenze „**Psychosociální poradenství**“. Celkem bylo identifikováno 7 kategorií, jak je možné vidět ve *schématu 12*. První z nich je kategorie **Indikace**, jejímž obsahem je popis klinické situace, při které by mělo být tohoto poradenství využito. První fenomén zmiňuje, že by této službě mělo být využito *vždy* u všech klientů, kteří podstupují AR. Naproti tomu stojí tvrzení případu, které říká, že by psychosociální poradenství mělo být indikováno pouze *na základě osobní potřeby*. Případy ze 4. ročníku zmiňují situaci, kdy je tato služba indikována zdravotnickým pracovníkem v případě, že ho shledá jako vhodnou intervencí.

Proces asistované reprodukce je bezpochyby velmi náročnou životní situací, plnou stresu, nadějí a opakovaných zklamání (Tannsjo, 2007). S tímto tvrzením se ztotožňuje i následující kategorie **Vnímání asistované reprodukce**, ve které byl u obou skupin identifikován fenomén uvědomování si náročnosti této situace. V 1. ročníku, což přičítáme obecné neznalosti této oblasti a problematickému věku účastnice, byl identifikován fenomén *bagatelizace* psychické náročnosti tohoto procesu.

Kategorií, která stojí za povšimnutí, je **Funkce** psychosociálního poradenství. Oba ročníky se ve svých tvrzeních shodly, že hlavním účelem tohoto typu poradenství je *pomoc* při překonávání psychicky složité životní kapitoly. Velmi zajímavé jsou však fenomény identifikované v 1. ročníku. Nejen, že se zde setkáváme s obecně známou *předporodní přípravou*, která budoucí rodiče připravuje na jejich novou roli, ale zmíněna je také *příprava nekoncepční* („...by měla lidem hodně pomoc a rozmyslet si, že to opravdu chtějí.“). Je zde možné vidět myšlenku, která byla zmíněna v samotném úvodu diplomové práce. Lidé ženoucí se přes bariéry vlastní neplodnosti za vidinou potomka by se měli zastavit a zamyslet nad tím, zda to, co dělají je opravdu správné a zda chtějí jít opravdu touto cestou.

Poslední kategorie zmiňuje **Charakteristiku** samotného poradenství, respektive skrze výpovědi účastnic poskytuje obraz této služby tak, jak ji vnímají tyto žákyně. Zatímco 1. ročník spatřuje v poradenství *přínos*, 4. ročník se k jeho účinnosti staví kritičtěji. Oba ročníky se shodují s tvrzením Van den Broeck et al. (2010), že by tato služba měla být *komplexní* a *dostupná* všem párům. Dalšími charakteristikami ze strany 4. ročníku je *kontinuita* této služby, *vstřícný přístup* s ohledem na emoční naladění přicházejícího páru a *poskytoval*, který bude *kvalifikovaný* v dané oblasti.

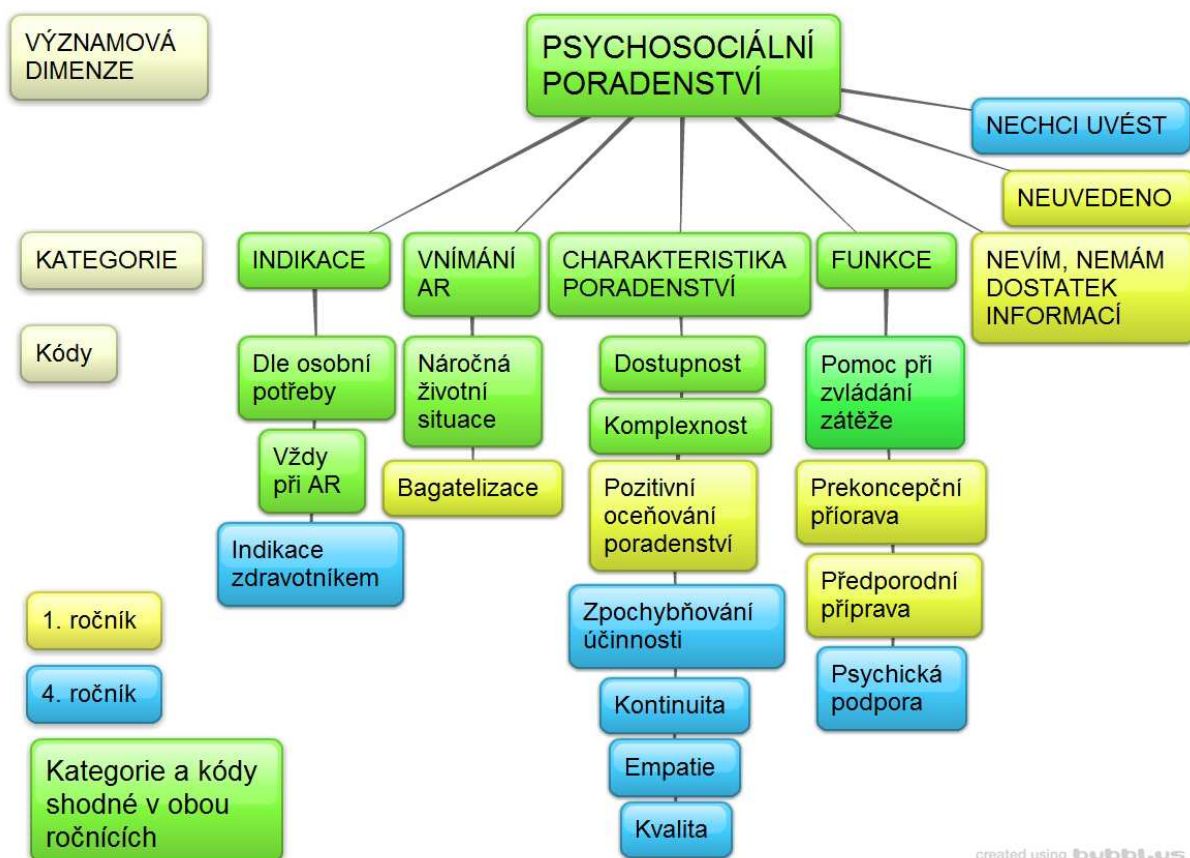


Schéma 12 – Významová dimenze „Psychosociální poradenství“

Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

12. Myslím si, že umělé oplodnění by měly být placeno z ...

Významová dimenze „**Financování**“, která byla obsahem 12. nedokončené věty, obsahuje celkem 6 identifikovaných kategorií (viz. schéma 13). V kategorii **Způsob financování** se oba ročníky shodly na několika možných formách hrazení metod AR. Žáci si myslí, že by AR měla být hrazena následujícími způsoby: *princip spolufinancování*, kdy by klienti získali příspěvek z veřejného zdravotního pojištění doplacený jejich vlastními finančními zdroji, hrazení AR pouze ze zdrojů *veřejného zdravotního pojištění* nebo naopak pouze z financí *samotných klientů*. Některé případy uvedly tvrzení, podle kterého by měla být AR zcela *zdarma*. Na základě zákona o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 Sb. je ze zdrojů zdravotního pojištění hrazeno několik cyklů AR. Ženu k tomuto výkonu avšak musí indikovat registrovaný poskytovatel v oboru gynekologie a porodnictví. Tato skutečnost koresponduje i s kategorií *Okolnosti spolufinancování*.

Podle žáků 1. ročníku by měla být AR spolufinancována pouze za podmínky *lékařsky potvrzené neplodnosti*. Právě princip tzv. spolufinancování je v současné době v České republice využíván. Byť jsou ze zákona hrazeny dle počtu zavedených embryí první 3 nebo 4 cykly AR, stanovuje Metodický návod MZ (1997), který tento zákon doplňuje, i zákroky tzv. nehrazené. Právě tyto si klienti doplácí ze svých vlastních finančních zdrojů. V kategorii **Způsob financování** nalezneme tvrzení, že by měla být výše těchto doplatků, která často dosahuje až k desetitisícům, *snížena*. Mezinárodní zkušenost je taková, že státy, které výrazně přispívají formou veřejného zdravotního pojištění na financování AR, regulují počty nehrazených cyklů AR (Chambers et al., 2009). Dle kontroverzního řešení Tannsjoa (2007) by měla být AR hrazena pouze ženám, které nenesou na vzniku své neplodnosti podíl. Naopak ženám, které vzniku své neplodnosti ovlivnily například odkládáním mateřství, by AR hrazená nebyla.

V kategorii **Okolnosti veřejného financování** navrhli žáci 4. ročníku *zvýšení počtu nehrazených cyklů*. Žáci 1. ročníku projeví větší míru empatie a uvedli, že by *počet hrazených cyklů neomezovali*. Velmi zajímavým fenoménem v této kategorii je tzv. *právo na dítě*, které je například i mezi autory velmi často zmiňováno. V české legislativě však není toto právo nikterak ukotveno. Také Munzarová (2000) souhlasí, že se v případě argumentace touto informací jedná spíše o přání neplodného páru mít dítě, nikoli o vymahatelné právo, jakým je například právo na život.

I v této významové dimenzi byly identifikovány kategorie jako **Neuvedeno** a **Nevím, nemám dostatek informací**. Bylo by tedy velmi vhodné věnovat tomuto tématu pozornost při projektování výuky.

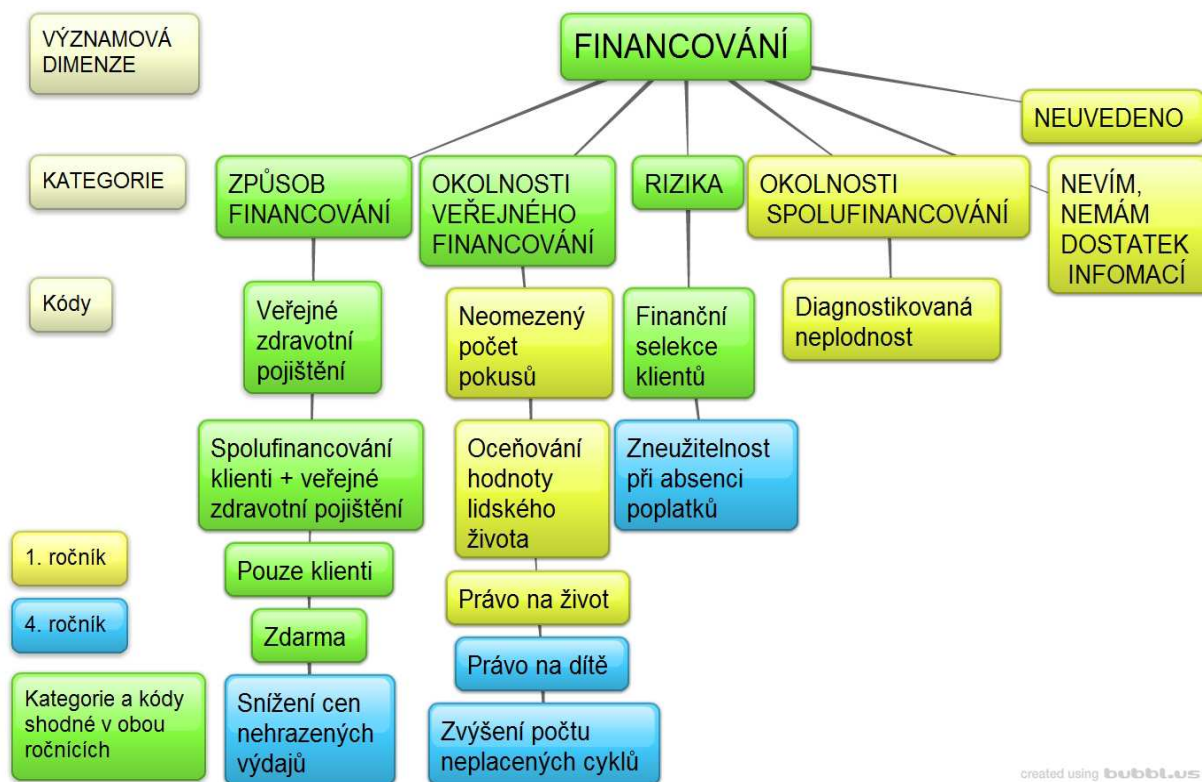


Schéma 13 – Významová dimenze „Financování“

Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Využití dat v pedagogické praxi

Výzkumné šetření, které proběhlo v rámci tvorby diplomové práce, předložilo jedinečná data prezentující subjektivní vnímání etických aspektů AR vybranými žáky střední zdravotnické školy. Prvotní koncept využití získaných dat, návrh jedné výukové jednotky (tj. 45 minut), byl však vzhledem k hloubce získaných dat a rozsahu celé problematiky shledán jako zcela nerelevantní. Z tohoto důvodu je předloženo několik možných cest, kterými se může aplikace získaných dat dále ubírat.

Prvním způsobem, jak byla získaná data využita pro pedagogickou praxi, je **návrh výuky pro Střední zdravotnickou školu a Vyšší odbornou školu zdravotnickou Emanuela Pöttinga a Jazykovou školu s právem státní jazykové zkoušky Olomouc**. Návrh se zabývá tématem etických aspektů AR u konkrétních žáků. Ve svém obsahu návrh zohledňuje charakter získaných dat, která se do něj v celé jeho šíři projektují (citlivá témata, deficitní oblasti znalostí, didakticky nesprávné prekoncepty aj.). Díky tomuto zohlednění je výuka tzv. šitá na míru konkrétním žákům. Hluboké vstoupení do problematiky odhalilo její obsáhlost. Z tohoto důvodu bylo vyhodnoceno, že pouhá jedna výuková jednotka je pro tento návrh zcela nedostačující, nechceme-li zajistit pouhou pasivní transmissi informací na žáky. Byl proto vypracován koncept, který je detailněji popsán níže. Tímto se dostáváme k otázce pojetí samotné výuky. Je nutné zdůraznit, že výuka není primárně zaměřena na kognitivní složku žáků. Je tedy předpokládána znalost odborného a terminologického teoretického základu, který žáci získali v předmětech jako somatologie, latinská terminologie, ošetrovatelství aj. Návrh koncepce je naopak orientován především na afektivní složku žáků s důrazem na rozvoj vnímání etické dimenze tohoto tématu. Vzhledem k těmto stanoveným cílům byl při projektování výuky zvolen přístup tzv. zážitkové pedagogiky. Díky tomuto pojetí nedochází v průběhu výuky k pouhé rigidní transmissi vědomostí, nýbrž k rozvíjení etického vnímání cestou osobního prožitku. Vycházíme tedy z předpokladu, že etické vnímání jako takové nelze naučit. Lze předat základní faktografické údaje určující hranice našemu morálnímu počínání, avšak samotné etické vnímání lze pouze rozvíjet s ohledem na individualitu žáků a jejich přesvědčení, které bylo identifikováno v rámci výzkumného šetření.

Obsah navrhované výuky tvoří smyšlený příběh partnerského páru, Jany a Matěje, kterému byla diagnostikována neplodnost, díky čemuž se dostali před otázku, jak se za těchto podmínek mohou stát rodiči. Tento neplodný pár byl koncipován tak,

aby byl svým charakterem žákům co nejbližší. Spolu s tímto párem žáci projdou všemi fázemi AR od rozhodování o použitých gametách až po neúspěšný embryotransfer a následnou psychosociální intervenci. Žáci se musejí v rámci výuky mnohokrát zamýšlet nad nelehkými otázkami, které jsou s procesem AR spojeny, a volit směr, jakým se tento pár bude díky jejich rozhodnutím dále ubírat. Tento postupu žákům umožní nejen příběh osobně prožít, vžít se do situace konkrétních postav, být jeho součástí, ale také zprostředkuje možnost ovlivnit jeho průběh. Je předpokládáno, že deklarovaná autonomie žáků a možnost volby, kterou daná skupina bude v průběhu výuky mít, zvýší vnitřní motivaci žáků k zamýšlení se nad tímto tématem.

Stran *organizace* výuky – součástí návrhu je vypracován 3. nejpropracovanější typ přípravy na výuky dle S. Rysa (*viz příloha 2*), metodické listy pro pedagogy, které vysvětlují, jak s jednotlivými úkoly pracovat a pracovní listy pro samotné žáky (*viz příloha 3 a 4*). **Všechny výše uvedené přílohy podléhají autorskému právu.** Návrh výuky byl zpracován ve formě projektu, který svým rozsahem zcela jednoznačně přesahuje rámec jedné výukové jednotky. Díky své specifické struktuře, která je složena z několika dílčích úkolů, je však možné tento návrh využít dvěma následujícími způsoby První z nich využívá kompletního návrh. Jednotlivé úkoly na sebe chronologicky navazují a postupně odkrývají příběhovou linii neplodného páru. Pedagog žákům postupně rozdává jednotlivé části s danými úryvky příběhu a úkoly, které si žáci vlepují a kompletují na bílý papír formátu A2. Tento způsob využití je možné aplikovat například v rámci tematického projektového dne školy. Školní akce tohoto typu z časového hlediska umožňují realizovat návrh v celém svém rozsahu například se skupinou dobrovolníků, kteří se o dané téma zajímají. Způsob, jakým bylo zpracováno téma etické dimenze AR, je možný využít i při vypracovávání dalších etických otázek. Díky tomu je možné zorganizovat například projektový den, který bude zaměřen pouze na etická dilemata, se kterými se ve své práci mohou nelékařští zdravotničtí pracovníci setkat. Druhý způsob mohou využít pedagogové, kteří v průběhu svého vyučování nemají dostatečné časové možnosti, avšak rádi by se oblasti etických otázek AR alespoň okrajově dotkli. Úkoly lze vzhledem k jejich koncepci využít i jednotlivě. Jsou tvořeny tak, aby žáci po přečtení úvodního motivačního dopisu a krátkého dovyprávění příběhu do požadované fáze znali všechny potřebné informace k realizaci daného úkolu. Závěrečnou sebereflexi, kterou shledáváme jako jednu z nejdůležitějších částí návrhu, je možno použít bez motivačního čtení. Nedokončené věty sami o sobě přimějí žáky zamyslet se nad tímto tématem a diskutovat o něm. **Evaluaci**

efektivitu této výuky a metodických listů v rámci výzkumné činnosti sledujeme jako relevantní další postup práce se získanými daty.

Jednou z dalších možností, jak zmiňovaná využít mohou být **výzkumné účely** zaměřené na identifikaci vztahů mezi jednotlivými fenomény (například vliv náboženského přesvědčení žáků na vnímání etické dimenze AR, vliv osobního přesvědčení pedagogů (spiritualita aj.) na vnímání této problematiky žáky, korelace mezi vnímáním počátku lidského života a relevantním způsobem nakládání s nadbytečnými gametami a embryi aj). Tato výzkumná činnost může být založená na **kvantitativním ověřování hypotéz**, které lze vytvořit na základě získaných dat. Z pohledu **didaktiky** je možné zaměřit se blíže na integraci tohoto a dalších témat bioetiky do středoškolské přípravy zdravotnických asistentů. Středem zájmu tedy mohou být mezipředmětové vazeb ve spojitosti s daným tématem či relevantnost obsahu školního vzdělávacího programu ve vztahu ke zmiňovaným otázkám.

V neposlední řadě mohou být získaná data využita v případě zájmu o další vzdělávání pedagogů například v oblasti výše zmiňované zážitkové pedagogiky, která se nám jeví jako optimální cesta výchovně-vzdělávacího procesu žáků v oblasti etické výchovy. Výstupní data mohou sloužit jako podkladový materiál pro koncepci výukové jednotky tzv. „na míru“ ve spolupráci s lektory zážitkové pedagogiky. Efektivita využití takového vyučování může být následně evaluována v rámci výzkumné činnosti.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala vybranými etickými aspekty asistované reprodukce a jejich integrací do středoškolské přípravy zdravotnických asistentů. Cílem předkládané práce bylo identifikovat, analyzovat a interpretovat pohled těchto žáků vybrané střední zdravotnické školy na výše zmiňované téma.

Teoretický rámec předložil sumarizaci náhledů tuzemských i zahraničních autorů na vybrané etické otázky vztahující se k tématu asistované reprodukce. Lze tak pozorovat fenomén aktuálnosti tohoto tématu v očích nejen odborné, ale i laické veřejnosti. Předložena byla také analýza Rámcového vzdělávacího programu oboru Zdravotnický asistent a Školního vzdělávacího programu pro tentýž obor na vybrané střední zdravotnické škole. Výstup této analýzy graficky prezentuje integraci vybraných etických aspektů asistované reprodukce do výuky výše specifikovaných žáků.

Cílem **kvalitativního výzkumného šetření** bylo identifikovat pohled žáků tohoto oboru vybrané střední zdravotnické školy na etickou dimenzi asistované reprodukce. Pro získání relevantních dat byla zvolena tzv. **metoda nedokončených vět**. Ta byla i přes své limity shledána jako nejvhodnější výzkumný nástroj. Získaná data, která přináší zcela jedinečný vhled do subjektivního vnímání etické dimenze touto specifickou sociální skupinou, byla analyzována pomocí tzv. otevřeného kódování. Výstupem je **grafická interpretace** v podobě schémat s vyznačenými identifikovanými kategoriemi a konkrétními kódy.

Na základě identifikovaných fenoménů byl vytvořen **návrh výukové jednotky** zaměřené na vybrané etické aspekty asistované reprodukce. Výuka byla koncipována s ohledem na citlivost tématu, zájmy žáků a jejich oblasti deficitních znalostí, které byly identifikovány v průběhu šetření. Návrh v podobě metodických listů pro pedagogy cílí především na rozvoj afektivní složky žáků. Z důvodu zaměření na tuto specifickou složku byl zvolen přístup zážitkové pedagogiky. Díky tomuto pojetí výuky nedochází v jejím průběhu k pouhé rigidní transmisi vědomostí, nýbrž k rozvíjení etického vnímání cestou osobního prožitku. Díky zohlednění dat získaných výzkumným šetřením při tvorbě návrhu je výuka tzv. šitá na míru konkrétním žákům. Dalším krokem může být **evaluace didaktické efektivity tohoto návrhu** aplikovaného v pedagogické praxi. Je nutné podotknout, že vzhledem k metodice práce není možné získaná data vztahovat tzv. populačně, tedy na všechny středoškolské žáky oboru Zdravotnický asistent. Návrh výukové jednotky byl předán vedení školy, která se svou účastí spolupodílela

na výzkumném šetření. Osobně bych byla velmi potěšena, kdyby byla navrhovaná výuka realizována a skrze konkrétní pedagogické postřehy zpětně vyhodnocena její efektivita.

Samotná data získaná výzkumným šetřením mohou být základem další **výzkumné činnosti** zaměřené na korelaci jednotlivých fenoménů a identifikace jejich vztahů (například vliv náboženského přesvědčení žáků na vnímání etické dimenze AR, vliv osobního přesvědčení pedagogů (spiritualita aj.) na vnímání této problematiky žáky, korelace mezi vnímáním počátku lidského života a relevantním způsobem nakládání s nadbytečnými gametami a embryi aj.). Taktéž je možné zaměřit se v rámci této výzkumné činnosti na populaci vysokoškolských studentů oboru všeobecná sestra, porodní asistentka či všeobecné lékařství. **Z didaktického hlediska** je možné zaměřit se například na vztah mezipředmětových vazeb vztahující se k tématu etické dimenze asistované reprodukce nebo odpovědět na otázku, zdali je obsah Školního vzdělávacího programu příslušné školy ve vztahu k této problematice odpovídající.

Na základě vstupní rešerše zdrojů bylo zjištěno, jak ojedinělé je téma etických aspektů asistované reprodukce v prostředí české pedagogiky a oborových didaktik ve vztahu k žákům středních zdravotnických škol, konkrétně oboru Zdravotnický asistent. Mnoho zejména zahraničních prací se v této oblasti zaměřuje především na **kvantitativní** vyjádření názorů a faktografických znalostí u **studentů vysokých škol** nebo již samotných lékařů, všeobecných sester a porodních asistentek. Díky této skutečnosti postrádají data hlubší subjektivní rozměr a nejsou dle mého názoru relevantní pro tvorbu návrhu výuky tohoto typu. Díky analýze kurikulárních dokumentů bylo také zjištěno, že výuka etiky nemá na středních zdravotnických školách **jednotný koncept**. Tuto skutečnost spatřuji jako nedostatečnou, vzhledem k zaměření a obsahu povolání, ke kterému žáci těchto škol směřují. Práce nelékařského zdravotnického profesionála je ve všech svých dimenzích nepochybně náročnou. Stejně kvalitně jako jsou tito žáci připravováni po odborné stránce, by, z mého pohledu, nemělo být opomíjeno ani rozvíjení vnímání etické dimenze situací, se kterými se při výkonu svého povolání zdravotnický asistent setkává. Jsem velmi ráda, že jsem touto diplomovou prací mohla přispět do oblasti, které se doposud z pohledu pedagogiky nevěnovalo mnoho pozornosti, a kterou osobně vnímám jako velmi důležitou a nedílnou součást výuky nejen těchto žáků.

SOUHRN

Diplomová práce se zabývá vybranými etickými aspekty asistované reprodukce, jejich integrací do výuky oboru Zdravotnický asistent na středních zdravotnických školách a vnímáním těchto otázek žáky na výše zmíněných školách. Předložený konceptuální rámec prezentuje náhled mnoha autorů na vybrané etické otázky asistované reprodukce a analýzu obsahu kurikulárních dokumentů zaměřenou na zastoupení tématu v Rámcovém vzdělávacím programu pro obor Zdravotnický asistent a ve Školním vzdělávacím programu pro totožný obor na vybrané střední zdravotnické škole. Pohled žáků výše zmíněné školy na tuto oblast byl identifikován, analyzován a následně interpretován na základně kvalitativně zaměřeného výzkumného šetření. Svou podstatou ojedinělá data byla získána pomocí tzv. metody nedokončených vět. Data získaná výzkumným šetřením byla využita pro tvorbu návrhu výuky tématu etických aspektů asistované reprodukce u žáků vybrané střední zdravotnické školy.

Klíčová slova: Asistovaná reprodukce; etika; výuka etiky; metoda nedokončených vět; střední zdravotnická škola; zdravotnický asistent

SUMMARY

Diploma thesis describes selected ethical aspects of assisted reproduction, its perception by students at the selected secondary nursing school and integration of the ethical aspects of assisted reproduction in education. The thesis presents theory and attitude of various authors on selected ethical issues of assisted reproduction. Diploma thesis also contains an analysis of state education plans and education plan of the secondary nursing school. Attitude to the ethical aspects of assisted reproduction of students of selected secondary nursing school has been identified, analyzed and interpreted with the quality oriented research. Relevant data were collected using the method of unfinished sentences. Research data were used for preparation of lesson plans for teaching about ethical aspects of assisted reproduction for students of the secondary nursing school.

Keywords: Assisted reproduction; ethic; teaching ethic; method of unfinished sentences; secondary nursing school; healthcare assistant

REFERENČNÍ SEZNAM

Bibliografické a elektronické zdroje byly citovány dle citační normy ČSN ISO 690 z roku 2011 a tzv. harvardského systému. Citování právních norem a jiných legislativních dokumentů tato norma neuvádí. Referenční seznam je řazen abecedně.

1. BAŠIĆ, Marin et al., 2010. Ethical Aspects in the Area of Assisted Reproduction. *Scientific Journal of the Faculty of Medicine* [online]. Vol. 27, no. 3, pp. 171–178 [cit. 26.03.2015]. ISSN 2217-2521. Dostupné z: <http://www.medfak.ni.ac.rs/acta%20facultatis/2010/3-2010/8%20rad.pdf>
2. Bible21 - překlad 21. století: Online Bible21. *Bible21 - překlad 21. století* [online]. 2014 [cit.18.12.2014]. Dostupné z: <http://www.bible21.cz/online>
3. BROECK, Uschi Van den et al., 2010. Counselling in infertility: Individual, couple and group interventions. *Patient Education and Counseling* [online]. Vol. 81, no. 3, pp. 422–428 [cit. 18.12.2014]. ISSN 0738-3991. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399110006178>
4. Ceník zdravotnických výkonů a služeb poskytovaných za přímou úhradu. *Centrum asistované reprodukce při porodnicko-gynekologické klinice* [online]. 2014 [cit. 18.12.2014]. Dostupné z: http://www.fnol.cz/pdf/cenik/2014-05_cenik_car.pdf
5. Centers for Disease Control and Prevention: *CDC's 2012 ART Fertility Clinic Success Rates Report* [online]. Atlanta (GA, USA): US Dept of Health and Human Services. 2014. [cit.18.12.2014]. Dostupné z: http://www.cdc.gov/art/pdf/2012-report/art_2012_clinic_report-full.pdf
6. COUSINEAU, Tara M. and DOMAR Alice D., 2007. Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* [online]. Vol. 21, no. 2, pp. 293–308 [cit. 18.12.2014]. ISSN 1521-6934. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1521693406001611>
7. ČESKO. 1991. Sdělení č. 104/1991 Sb., federálního ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech dítěte. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 22.

Dostupné z:

<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonInfo.jsp?idBiblio=39097&nr=104~2F1991>

8. ČESKO. 1992. Sdělení č. 209/1992 Sb., federálního ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod a Protokolů na tuto Úmluvu navazujících. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 41. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/download?idBiblio=39918&nr=209~2F1992~20Sb.&ft=pdf>
9. ČESKO. 1993. Usnesení č. 2/1993 Sb., předsednictva České národní rady o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součástí ústavního pořádku České republiky. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 1. Dostupné z: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>
10. ČESKO. 1997. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 16. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/ppropo.php?ID=z48_1997o
11. ČESKO. 1998. Usnesení č. 2/1993 Sb., předsednictva České národní rady o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součástí ústavního pořádku České republiky. Dostupný z: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>
12. ČESKO. 2001. Úmluva o lidských právech a biomedicíně. In: *Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 Sb.m.s. o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně*. Částka 44. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=3563>
13. ČESKO. 2004. 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. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 30. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=57523&nr=96~2F2004>
14. ČESKO. 2006. Zákon č. 227/2006 Sb., o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech a o změně některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 75. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=227~2F2006>

15. ČESKO. 2008. Zákon č. 296/2008 Sb., o zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka a o změně souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 97. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=296~2F2008>
16. ČESKO. 2009. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 11. Dostupný z: <http://portal.gov.cz/zakon/40/2009>
17. ČESKO. 2011. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 20. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
18. ČESKO. 2011. Zákon č. 105/2011 Sb., kterým se mění 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, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 40. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/download?idBiblio=74154&nr=105~2F2011~20Sb.&ft=pdf>
19. ČESKO. 2011. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 131. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=372~2F2011>
20. ČESKO. 2011. Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 131. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=373~2F2011>
21. ČESKO. 2012. Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 33. Dostupný z: <http://www.psp.cz/sq/sbirka.sqw?r=2012&cz=89>
22. DOSTÁL, Jiří, 2007. *Etické a právní aspekty asistované reprodukce: situace ve státech přijatých do Evropské unie v roce 2004*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 170 s. ISBN 978-802-4417-004.
23. FERTIMED centrum léčby neplodnosti: Ceník nadstandardních výkonů. *FERTIMED centrum léčby neplodnosti* [online]. 2014 [cit. 18.12.2014]. Dostupné z: <http://www.fertimed.cz/cenik-nadstandardnich-vykonu/>

24. GAVORA, Peter, 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. vyd. Brno: Paido. 261 s. ISBN 80-85931-79-6.
25. HAASOVÁ, Ilona, 2012. Etika asistované reprodukce. *Urologie pro praxi* [online]. č. 6 [cit. 30.11.2014]. ISSN 1803-5299.
Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2012/06/05.pdf>
26. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2002. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galén. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
27. HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
28. HEŘMANOVÁ, Jana, 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-802-4734-699.
29. CHAMBERS, Georgina M. et al., 2009. The economic impact of assisted reproductive technology: a review of selected developed countries. *Fertility and Sterility* [online]. Vol. 91, no. 6, pp. 2281–2294 [cit. 14.12.2014]. ISSN 0015-0282. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0015028209008735>
30. CHRÁSKA, Miroslav. 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
31. ISCARE a.s. klinické centrum: IVF na splátky. *ISCARE a.s. klinické centrum* [online]. 2014 [cit. 14.12.2014]. Dostupné z: http://www.iscare.cz/ivf_na_splatky.html
32. IVANOVÁ, Kateřina a Robert KLOS, 2004. *Kapitoly z lékařské etiky*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 146 s. ISBN 80-244-0892-9.
33. JEMELKA, Petr, 2008. *Bioetika*. Brno: Masarykova univerzita. 68 s. ISBN 978-802-1046-269.
34. KLEBER, Karl Heinz, 1994. *Na hranicích etické únosnosti: Etické úvahy o problematice reprodukční medicíny a genové technologie*. Praha: Sít'. 62 s. ISBN 80-901571-0-6.
35. Kongregace pro nauku víry, 2009. *Instrukce Dignitas personae o některých otázkách bioetiky*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 45 s. ISBN 978-80-7195-352-4.

36. KUŘE, Josef, 2012. *Kapitoly z lékařské etiky*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita. 114 s. ISBN 978-802-1059-511.
37. LAMPIC, Claudia, SVANBERG, Agneta Skoog and Gunilla SYDSJÖ, 2009. Attitudes towards gamete donation among IVF doctors in the Nordic countries: are they in line with national legislation?. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* [online]. Vol. 26, no. 5, pp. 231–238 [cit. 8.3.2015]. ISSN 1573-7330. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19472047>
38. MAHLSTEDT, Patricia, LABOUNTY Kathleen and William Thomas KENNEDY, 2010. The views of adult offspring of sperm donation: essential feedback for the development of ethical guidelines within the practice of assisted reproductive technology in the United States. *Fertility and Sterility* [online]. Vol. 93, no. 7, pp. 2236–2246 [cit. 8.3.2015]. ISSN 0015-0282. Dostupné z: <http://www.fertstert.org/article/S0015-0282%2808%2904835-8/fulltext>
39. MARDEŠIĆ, Tonko, 2013. *Diagnostika a léčba poruch plodnosti*. Praha: Grada. 86 s. ISBN 978-802-4744-582.
40. Metodický návod Ministerstva zdravotnictví pro poskytování, vykazování a úhradu výkonů asistované reprodukce, 1997.
41. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2001. *Národní program rozvoje vzdělávání v České republice: Bílá kniha*. Praha: Ústav pro informace ve vzdělávání. 98 s. ISBN 80-211-0372-8.
42. MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 978-80-247-1362-5.
43. MUNZAROVÁ, Marta, 1995. *Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky*. Brno: Masarykova univerzita. 29 s. ISBN 80-210-1057-6.
44. MUNZAROVÁ, Marta, 2000. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky*. Brno: Masarykova univerzita. 67 s. ISBN 80-210-2416-X.
45. MUNZAROVÁ, Marta, 2002. *Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně. 43 s. ISBN 80-210-3018-6.
46. MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada. 153 s. ISBN 80-247-1024-2.

47. NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. Vyd. 2. Praha: Academia, 1997, 336 s. ISBN 80-200-0628-1.
48. Národní ústav odborného vzdělávání: Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání 53-41-M/01 Zdravotnický asistent včetně nastavbového studia. *Národní ústav odborného vzdělávání* [online]. 2008 [cit. 14.12.2014]. Dostupné z: <http://zpd.nuov.cz/RVP/ML/RVP%205341M01%20Zdravotnicky%20asistent.pdf>
49. NELSON, Erin, 2013. Global Trade and Assisted Reproductive Technologies: Regulatory Challenges in International Surrogacy. *The Journal of Law, Medicine & Ethics* [online]. Vol. 41, no. 1, pp. 240–253 [cit. 4.2.2015]. ISSN 1748-720X. Dostupné z: <http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fjlme.12016>
50. NOVOTNÝ, Petr, 2014. *Nový občanský zákoník: rodinné právo*. Praha: Grada. 194 s. ISBN 978-802-4751-672.
51. ONDOK, Josef Petr, 2005. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton. 214 s. ISBN 80-725-4486-1.
52. OSTRÓ, Alexander, PILKA, Ladislav a František LEŠNÍK, 2009. *Reprodukční medicína - současnost a perspektivy*. Olomouc: Nakladatelství Olomouc. 287 s. ISBN 978-807-1822-783.
53. PILKA, Ladislav, 2009. Surogátní mateřství – literární názory a praxe. *Česká gynekologie*, č. 74, s. 144–147. ISSN 1803-6597.
54. ROZTOČIL, Aleš, 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. 508 s. ISBN 978-802-4728-322.
55. SILLS, Eric and Clifford HEALY, 2008. Building Irish families through surrogacy: medical and judicial no.s for the advanced reproductive technologies. *Reproductive Health* [online]. Vol. 5, no. 1, pp. 1–11 [cit. 30.11.2014]. ISSN 1742-4755. Dostupné z: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/5/1/9>
56. STEPHENS, Moira et al., 2009. Religious Perspectives on Abortion and a Secular Response. *Journal of Religion and Health* [online]. Vol. 49, no. 4, pp. 513–535 [cit. 26.03.2015]. ISSN 1573-6571. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=fa4fae1e-43da-4882-a9d5-6563d86b073f%40sessionmgr4002&vid=1&hid=4202>

57. Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnicka Emanuela Pöttinga a Jazyková škola s právem státní jazykové zkoušky Olomouc, 2010. *Školní vzdělávací program pro obor Zdravotnický asistent*. Olomouc. Bez ISBN.
58. ŠÍPEK, Jiří, 2000. *Projektivní metody*. Praha: ISV. 114 s. ISBN 80-85866-53-6.
59. ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
60. TANNSJO, Torbjorn, 2007. Who should bear the cost of IVF? In search of a just solution. *Reproductive BioMedicine online* [online]. Vol. 14, no. 1, pp. 149–157 [cit. 11.12.2014]. ISSN 1472-6483. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1472648310607511>
61. TĚŠÍNOVÁ, Jolana, ŽĎÁREK, Roman a Radek, POLICAR, 2011. *Medicínské právo*. Praha: Nakladatelství C. H. Beck. 568 s. ISBN 978-807-4000-508.
62. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Asistovaná reprodukce v ČR 2012* [online]. 2014 [cit. 18.12.2014]. ISBN 978-80-7472-117-5. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/asistovana-reprodukce>
63. VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK, 1997. *Sociální psychologie*. Praha: Psychologie ISV. 453 s. ISBN 80-85866-20-x.
64. WEISS, Petr, 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.
65. ZEGERS-HOCHSCHILD, Fernando et al., 2009. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology and the World Health Organization revised glossary of ART terminology. *Fertility and Sterility* [online]. Vol. 92, no. 5, pp. 1520–1524 [cit. 2.12.2014]. ISSN 0015-0282 . Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0015028209036887>

SEZNAM ZKRATEK

AR	asistovaná reprodukce
CASA	(computer aided sperm analysis) - počítačová analýza spermií
ČR	Česká republika
DNA	(deoxyribonucleic acid) - deoxyribonukleová kyselina
ET	embryotransfer
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics
HIV	(human immunodeficiency virus) - virus lidské imunitní nedostatečnosti
ICSI	intracytoplazmatická injekce spermie
IUI	intrauterinní inseminace
IVF	in vitro fertilizace
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
PGD	preimplantační genetická diagnostika
PGS	preimplantační genetický screening
RVP	Rámcový vzdělávací program
ŠVP	Školní vzdělávací program
SZŠ	střední zdravotnická škola
UK	(United Kingdom) - Spojené království
ZA	zdravotnický asistent

SEZNAM TABULEK

- Tabulka 1** **Integrace tématu vybraných etických aspektů AR v RVP pro obor ZA**
- Tabulka 2** **Integrace tématu vybraných etických aspektů AR v ŠVP oboru
Zdravotnický asistent na Střední zdravotnické škole a Vyšší odborné
škole zdravotnické Emanuela Pöttinga a Jazykové škole s právem státní
jazykové zkoušky Olomouc**
- Tabulka 3** **Časový harmonogram výzkumného šetření**

SEZNAM GRAFŮ

- Graf 1** **Náboženské vyznání případů 1. ročník**
- Graf 2** **Náboženské vyznání případů 4. ročník**

SEZNAM SCHÉMÁT

- Schéma 1** **Definované významové dimenze**
- Schéma 2** **Významová subdimenze „Počátek lidského života“**
- Schéma 3** **Významová dimenze „Příjemce asistované reprodukce“**
- Schéma 4** **Významová subdimenze „Vnímání dárcovství“**
- Schéma 5** **Významová subdimenze „Přijetí darovaných gamet a embryí“**
- Schéma 6** **Významová subdimenze „Darování gamet a embryí“**
- Schéma 7** **Významová subdimenze „Preimplantační genetická diagnostika“**
- Schéma 8** **Významová subdimenze „Nakládání s nadbytečnými gametami“**
- Schéma 9** **Významová subdimenze „Nakládání s nadbytečnými embryi“**
- Schéma 10** **Významová dimenze „Redukce vícečetného těhotenství“**
- Schéma 11** **Významová dimenze „Náhradní mateřství“**

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1** Podkladové materiály pro výzkumné šetření – průvodní list, informovaný souhlas, soubor nedokončených vět
- Příloha 2** Návrh výukové jednotky - příprava na výuku dle S. Ryse
- Příloha 3** Metodické listy pro pedagogy
- Příloha 4** Pracovní listy pro žáky
- Příloha 5** Soubor výpovědí žáků 1. ročníku
- Příloha 6** Soubor výpovědí žáků 4. ročníku

PŘÍLOHY

Příloha 1 Podkladové materiály pro výzkumné šetření – průvodní list, informovaný souhlas, soubor nedokončených vět

Instrukce k vyplnění záznamového archu:

1. Pokud souhlasíte s účastí na tomto výzkumném šetření, podepište, prosím, informovaný souhlas. ŽÁDNÝ DALŠÍ LIST NEPODEPISUJTE!
2. Na následující straně vyplňte Váš věk a náboženské vyznání, popřípadě vepište možnost „*nechci uvést*“ nebo kolonku proškrtněte.
3. Poté dokončete 12 nedokončených vět tak, aby pokračovaly v souladu s Vaším konkrétním přesvědčením či názorem na danou problematiku. Nejlépe je vždy napsat takové dokončení věty, které Vás při jejím čtení napadne jako první. Napsat lze slovo, několik vět nebo celý odstavec. Pamatujte, že neexistuje žádná správná ani špatná odpověď. Jedná se o Váš názor, který bude plně respektován. Pokud se k některé větě nechcete vyjádřit, vyplňte pouze „*nechci uvést*“. V případě, že Vám bude daná problematika zcela cizí, nebudete rozumět textu nebo nemáte takový dostatek informací, abyste mohli zaujmout postoj a ujasnit si názor, pak uveďte „*nevím, nemám dostatek informací*“.
4. Záznamový arch po jeho doplnění poskládejte a vložte do obálky. List s instrukcemi, které právě pročítáte, si můžete ponechat. Obálku, do které vložíte list se souborem nedokončených vět, zalepte a zapečetejte svým podpisem.

Mnohokrát Vám děkuji za Vaši spolupráci.

Bc. Dagmar Pařenicová

V případě zájmu o výsledky výzkumného šetření:

Diplomovou práci s názvem „Vybrané etické aspekty asistované reprodukce“, ve které budou zahrnuty výsledky tohoto výzkumného šetření, naleznete zveřejněnou od 1. 5. 2015 na stránkách informačního systému Univerzity Palackého v Olomouci.

INFORMOVANÝ SOUHLAS S VÝZKUMNÝM ŠETŘENÍM

_____ (jméno a příjmení) souhlasím s účastí ve výzkumném šetření, které je součástí diplomové práce s názvem „*Vybrané etické aspekty asistované reprodukce*“ studentky magisterského oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy (Pedagogická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci) Bc. Dagmar Pařenicové.

Jsem si vědom(a), že:

- cílem výzkumného šetření je zmonitorovat pohled středoškolských žáků na problematiku asistované reprodukce
- bude zcela zachována anonymita zúčastněných respondentů (v odpovědích budou odstraněny i potenciálně identifikující údaje)
- odpovědi na záznamovém listu, budou použity pro účely výzkumného šetření a budou součástí diplomové práce, která bude veřejně dostupná
- mě nikdo nebude soudit a hodnotit na základě mých vyjádření na záznamovém listě
- **mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumném šetření bez udání důvodu odstoupit**

Podle zákona číslo 101/2000 sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů uděluji souhlas s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného materiálu.

Podpis organizátorky výzkumného šetření:

V Olomouci dne 29. 1. 2015

.....

Podpis účastníka výzkumného šetření:

V Olomouci dne 29. 1. 2015

.....

VĚK	
VÍRA	

1. Jako počátek lidského života, tedy moment, od kterého mluvíme o člověku se všemi jeho právy, vnímám ...
2. Umělé oplodnění je podle mě určeno lidem, kteří ...
3. Dárcovství spermií, vajíček a embryí vnímám jako ...
4. Darované spermie, vajíčka nebo embrya bych přijala pokud ...
5. Spermie, vajíčka a embrya bych sama darovala pokud ...
6. Vyšetření genetické výbavy embrya (zda není nositelem genetického onemocnění) před jeho přenesením do těla matky je z mého pohledu ...
7. Spermie a vajíčka, která nebyla v průběhu umělého oplodnění využita, by měla být ...
8. Embrya, která nebyla v průběhu umělého oplodnění využita, by, podle mě, měla být ...
9. Snížení počtu plodů při vícečetném těhotenství je podle mého názoru ...
10. Možnost nechat si porodit dítě třetí osobou (tzv. náhradní matkou) vnímám ...
11. Psychologická pomoc lidem podstupující umělé oplodnění by ...
12. Myslím si, že umělé oplodnění by měly být placeno z ...

Příloha 2 Návrh výukové jednotky - příprava na výuku dle S. Ryse

1 Úvod

Tématem výuky jsou **vybrané etické aspekty asistované reprodukce**. Ve státních kurikulárních dokumentech ani ve Školním vzdělávacím programu vybrané střední zdravotnické školy není toto téma jako celek zařazeno do žádného z předmětů. Návrh výuky proto předkládá komplexní jednotku zaměřující se výhradně na etickou dimenzi tohoto tématu. Návrh je otevřeným dokumentem, může být tedy změněn dle potřeb školy. **Všechny části návrhu však podléhají autorským právům jejich autorů.** Otázku zařazení konceptu do výuky (předmět, časová dotace aj.) přenecháváme na rozhodnutí školy.

K předkládané přípravě se vztahují i metodické listy pro pedagogy (*viz příloha 3*) a pracovní listy pro žáky (*viz příloha 4*), které byly vytvořeny pro realizaci tohoto konceptu jako podkladový materiál specifikující obsahovou stránku přípravy.

Pro přípravu návrhu vyučovací jednotky byl zvolen postup dle S. Ryse. Ten uvádí celkem 3 typy příprav na výuku. Pro koncepci návrhu výuky byl využit 3. tedy nejpropracovanější typ úzce specifikující postup plánování výuky.

2 Cíl vyučovací hodiny

Cílem výuky je seznámit žáky s tématem vybraných etických aspektů asistované reprodukce. Výuka není primárně zaměřena na kognitivní složku žáků, resp. je předpokládáno, že odborný a terminologicky-teoretický základ žáci již mají z předmětů jako somatologie, latinská terminologie, ošetřovatelství aj. Návrh koncepce je naopak orientován na rozvoj především afektivní složky žáků s důrazem na rozvoj vnímání etické dimenze tohoto tématu. Výuka byla koncipována na základě dat získaných výzkumným šetřením diplomové práce, jehož cílem bylo identifikovat, analyzovat a interpretovat pohled žáků oboru Zdravotnický asistent na výše deklarované téma. Obsah jednotky je proto plánován s ohledem na citlivost tématu asistované reprodukce, zájmy žáků a jejich oblasti deficitních znalostí, které byly identifikovány v průběhu šetření. Díky tomuto zohlednění dat získaných výzkumným šetřením při tvorbě návrhu je výuka tzv. šitá na míru konkrétním žákům. Vzhledem ke stanoveným cílům výuky zaměřeným zejména na afektivní složku žáků zvolen přístup zážitkové pedagogiky. Díky tomuto pojetí nedochází v průběhu výuky k pouhé rigidní transmisi vědomostí, nýbrž k rozvíjení etického vnímání cestou osobního prožitku.

3 Výukové cíle pro žáky

Kognitivní výukové cíle

- Žák uvede, jakými cestami se mohou páry po diagnostikování neplodnosti vydat s ohledem na plánované rodičovství.
- Žák vyjmenuje kritéria, která musí klienti dle legislativního rámce splňovat, aby mohli být zařazeni do procesu asistované reprodukce.
- Žák zhodnotí možné způsoby získávání gamet a rozhodne, která varianta je pro něj nejpříjemnější.
- Žák provede posouzení možností nakládání s nadbytečnými gametami a embryi a zdůvodní zvolený způsob.
- Žák vlastními slovy vyjádří existující pohledy na počátek lidského života,
- Žák vysvětlí, co je to preimplantační genetická diagnostika a uvede její klady a zápory.
- Žák vysvětlí princip náhradního mateřství a uvede jeho legislativní rámec.
- Žák posoudí finanční náročnost jednoho cyklu asistované reprodukce.
- Žák posoudí, zda je asistovaná reprodukce z psychologického hlediska náročným životním obdobím. Vlastními slovy vysvětlí, co je to psychosociální poradenství a jaká je jeho funkce. Uvedou příklady technik a strategií vhodných na zvládnutí stresu.

Afektivní výukové cíle

- Žák se aktivně podílí na práci ve skupině a zapojuje se do týmového řešení úkolů.
- Žák naslouchá svým spolužákům, respektuje jejich názory a aktivně se podílí na nalezení společného optimálního řešení úkolu.
- Žák se zamýšlí nad etickými otázkami, které mu jsou předkládány. Reaguje na neexistenci správné a špatné volby v etických otázkách a uvědomuje si sílu osobního rozhodnutí.
- Žák se dotazuje učitele na nejasnosti v textu či v zadání úkolů.
- Žák si uvědomuje nezbytnost tohoto tématu nejen pro své budoucí zdravotnické povolání.
- Žák reaguje na okolnosti vzniku neplodnosti – dlouhodobé užívání hormonální antikoncepce, fenomén pozdního mateřství, vliv studia na plánované rodičovství aj.

- Žák hodnotí jednotlivé cesty, kterými se může daný neplodný pár v rámci rodičovské otázky vydat. Hodnotí jejich pozitivní a negativní stránky.
- Žák hodnotí a aktivně reaguje na legislativní kritéria příjemce asistované reprodukce.
- Žák hodnotí a aktivně reaguje způsoby získání gamet a embryí do cyklu asistované reprodukce.
- Žák hodnotí a aktivně reaguje na jednotlivé možnosti nakládání s nadbytečnými gametami a embryi.
- Žák hodnotí možné způsoby nahlížení na počátek lidského života a sám hledá vlastní pohled, se kterým se ztotožňuje.
- Žák hodnotí možné výhody a nevýhody využití preimplantační genetické diagnostiky v rámci asistované reprodukce.
- Žák se zamýšlí nad vhodným počtem zavedených embryí při embryotransferu a nad hodnotou vícečetného těhotenství. Hodnotí klady a zápory redukce vícečetného těhotenství.
- Žák hodnotí finanční aspekt asistované reprodukce. Odpovídá si na otázku, co je pro něho samotného při rozhodování o jednotlivých výkonech asistované reprodukce důležitým faktorem. Hodnotí možnost manipulace s klienty v průběhu asistované reprodukce.
- Žák reaguje na psychickou zátěž v průběhu léčby neplodnosti pomocí asistované reprodukce. Rozvíjí svou empatii a hodnotí dílčí faktory, které se mohou podílet na způsobu zvládnutí vzniklé zátěže.
- Žák si vytváří vlastní pohled na problematiku etických aspektů asistované reprodukce. Zná své názory a postoje, na základě kterých dokáže predikovat, jak by se v této situaci zachoval.

Psychomotorické výukové cíle

- Žák ve skupině vypracuje dílčí úkoly na základě společného konsensu (doplní tabulku, vybere jednu z nabízených možností, doplní chybějící text, dokreslí schéma aj.).
- Žák ve skupině vytvoří poster složený z dílčích úkolů, ve kterém bude projektovat osobité vnímání problematiky.

4 Obsah učiva

1. Možnost řešení neplodnosti.
2. Sociální vs. zdravotní neplodnost.
3. Gamety a embrya v asistované reprodukci - dárcovství, morální status, možnosti, jak nakládat s nadbytečnými gametami a embryi, preimplantační genetická diagnostika.
4. Redukce vícečetného těhotenství.
5. Náhradní mateřství.
6. Finanční aspekt asistované reprodukce - finanční gramotnost žáků.
7. Psychosociální intervence a asistovaná reprodukce.

5 Volba výukových metod a forem

Jako výukové metody byly zvoleny: *vyprávění, vysvětlování, práce s textem a metody diskusí*. Vyprávění může pedagog využít pro integraci emotivního prvku do výuky - vlastní zkušenosti, znalosti souvislostí aj. Na vyprávění také navazuje motivační čtení, které je součástí pracovních listů a provádí žáky příběhem neplodného páru. Vysvětlování použije pedagog u částí, které jsou v jeho metodických listech uvedeny jako „*Rozšiřující informace*“. Může tedy žákům zprostředkovat vysvětlená právních úprav či odborných souvislostí vztahujících se k tématu asistované reprodukce. Práce s textem je realizována v rámci celého návrhu výukové jednotky. Žáci budou pracovat s dílčími úkoly, které jim budou v písemné podobě chronologicky předkládány pedagogem. Hlavním prvek celé výuky by však měla tvořit metoda diskusí. Žáci se ve skupinách a následně s celou třídou budou zamýšlet nad jednotlivými etickými otázkami. Na základě společného konsensu v rámci skupiny budou postupovat skrze celý příběh neplodného páru. Cílem je v žácích rozvinout schopnost kooperace a komunikace, umění naslouchat, vést diskuzi, zpracovat získané informace a především dosáhnout společného řešení, které bude výsledkem práce celé skupiny.

Formami byla zvolena převážně skupinová práce v doplnění s frontální výukou.²

² MAŇÁK, Josef a Vlastimil ŠVEC. *Výukové metody*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-039-5.

6 Učební úlohy dle Tollingerové

Stran učebních úloh odkazujeme na metodické listy pro učitele, kde je jejich kompletní soubor uveden v kontextu konkrétní fáze příběhu.

7 Didaktické pomůcky

1. metodické listy pro učitele
2. pracovní listy pro žáky (nastříhané dílčí úkoly)
3. A2 list papíru (pro vlepování dílčích úkolů)
4. lepidlo
5. barevné psací potřeby
6. tabule flip chart (prezentace dílčích úkolů, poznámky učitele)

8 Zvláštní didaktické hlediska

Struktura žákovských prekonceptů

- Prekoncepty žáků se zabývalo výzkumné šetření diplomové práce autorky tohoto návrhu. Výstupy zmíněného šetření jsou zintegrovány do konceptu výuky. Předkládaná výuková jednotka je tedy těmto žákům tvořená tzv. na míru. Stran prekonceptů odborných vědomostí odkazujeme na předměty: somatologie, ošetrovatelství a další, ve kterých byly vytvořeny teoretické základy tohoto tématu.

Nejobtížnější část

- Přístup zážitkové pedagogiky není v podmínkách tradičního vyučování zcela běžný. Není avšak očekáváno záporné přijetí tohoto konceptu žáky. Po obsahové stránce byly v průběhu výzkumného šetření identifikovány ze strany žáků obtížné oblasti. Je jimi otázka počátku lidského života a téma redukce vícečetného těhotenství. Bylo by proto vhodné, kdyby pedagog věnoval těmto aspektům zvýšenou pozornost a přistupoval k nim obzvláště citlivě.

Aktivizace a motivace

- Aktivizace a motivace jsou základními prvky konceptu předkládaného návrhu výuky. Bez aktivity samotných žáků by nebylo možné tento koncept realizovat. Je předpokládáno, že po zadání úkolů budou žáci živě diskutovat nad volbou svého

rozhodnutí a zvažovat důsledky veškerých svých kroků. Konsensus, ke kterému v rámci dané skupiny společně dojdou, budou prezentovat a argumentovat před třídou. Z psychomotorického hlediska budou žáci doplňovat příslušná schémata a tabulky či doplňovat chybějící text. Prvek motivace podpoří přístup zážitkové pedagogiky. Žáci se na příslušný čas stanou neplodným párem, se kterým se seznámí v průběhu úvodního čtení, a který byl koncipován tak, aby byl žákům svým charakterem co nejbližší. Vnitřní motivaci žáků podpoří autonomie a možnost volby, kterou daná skupina bude v průběhu výuky mít.

Časová a obsahová kontinuita

– viz 9 Organizace vyučovací jednotky

9 Organizace vyučovací jednotky

Metodický list předkládá smyšlený příběh neplodného páru, Jany a Matěje. Žáci spolu s nimi projdou procesem jednoho cyklu asistované reprodukce, v průběhu které budou řešit nejedno etické dilema. Tento postup žákům umožní příběh osobně prožít, vžít se do situace konkrétních postav, být jeho součástí a mít možnost ovlivnit jeho průběh.

Předložený návrh svým rozsahem zcela jednoznačně přesahuje rámec jedné výukové jednotky. Díky své specifické struktuře je možné jej využít hned několikrát způsoby. První z nich využívá kompletního návrh. Jednotlivé úkoly na sebe chronologicky navazují a postupně odkrývají příběhovou linku neplodného páru. Pedagog žákům postupně rozdává jednotlivé části, které si žáci vlepují a kompletují na bílý papír. Tento způsob využití je možné aplikovat například v rámci tematického projektového dne školy. Školní akce tohoto typu z časového hlediska umožňují realizovat návrh v celém svém rozsahu například se skupinou dobrovolníků, kteří se o dané téma zajímají. Způsob, jakým bylo zpracováno téma etické dimenze asistované reprodukce, je možný využít i při vypracovávání dalších etických otázek. Díky tomu je možné zorganizovat například projektový den, který bude zaměřen pouze na etická dilemata, se kterými se ve své práci mohou nelékařští zdravotničtí pracovníci setkat. Druhý způsob mohou využít pedagogové, kteří v průběhu svého vyučování nemají dostatečné časové možnosti, avšak rádi by se oblasti etických otázek asistované reprodukce alespoň okrajově dotkli. Úkoly lze využít i jednotlivě. Jsou koncipovány tak, aby žáci po přečtení úvodního motivačního

dopisu a krátkého dovyprávění příběhu do požadované fáze znali všechny potřebné informace k realizaci daného úkolu. Závěrečnou sebereflexi, kterou sledáváme nedůležitějším prvkem celé reflexe, je možno použít bez motivačního čtení, což lze využít při stísněných časových podmínkách. Nedokončené věty sami o sobě přimějí žáky o tomto tématu přemýšlet a diskutovat.

10 Závěrem

Jak již bylo zmíněno výše, předkládaný návrh je otevřeným dokumentem. Lze tedy návrh přizpůsobit nejen podmínkám, které pedagog má (časové, tematické, materiální), ale i potřebám konkrétních žáků. Při výuce, která se zabývá jakýmkoli etickým tématem, je velmi důležité, aby byla koncipována způsobem, který bude vyhovující oběma stranám. Pedagog vyučující téma, se kterým se neztotožňuje nebo téma, které žákům způsobuje v jakémkoli ohledu dyskomfort, nepovede ke zdárnému dosažení uměle vytvořených cílů. Budeme proto velmi potěšeni za jakoukoli konstruktivní zpětnou vazbu z pedagogické aplikace tohoto návrhu.

Příloha 3 Metodické listy pro pedagogy

TÉMA: Vybrané etické aspekty asistované reprodukce

Vážená paní učitelko, vážený pane učitel,

právě ve svých rukou držíte metodické listy pro pedagogy s návrhem průběhu výukové jednotky na téma Vybrané etické aspekty asistované reprodukce určené pro výuku této problematiky u žáků oboru Zdravotnický asistent na středních zdravotnických školách. Návrh vznikl na základě dat získaných výzkumným šetřením, které proběhlo v rámci tvorby diplomové práce s totožným názvem.

Na základě dat zprostředkovaných výzkumným šetřením byl vytvořen návrh výukové jednotky zaměřené na vybrané etické aspekty asistované reprodukce. Výuka byla koncipována s ohledem na citlivost tématu, zájmy žáků a jejich oblastí deficitních znalostí, které byly identifikovány v průběhu šetření. Návrh cílí především na rozvoj afektivní složky žáků. Z tohoto důvodu byl zvolen přístup zážitkové pedagogiky. V průběhu výuky proto nedochází k pouhé transmisi vědomostí, nýbrž k rozvíjení etického vnímání cestou osobního prožitku. Díky zohlednění získaných dat je výuka žákům tzv. šitá na míru.

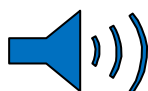
Metodický list předkládá smyšlený příběh neplodného páru, Jany a Matěje. Žáci spolu s nimi projdou procesem jednoho cyklu asistované reprodukce, v průběhu které budou řešit nejedno etické dilema. Tento postup žákům umožní příběh osobně prožít, vžít se do situace konkrétních postav, být jeho součástí a mít možnost ovlivnit jeho průběh.

Předložený návrh svým rozsahem zcela jednoznačně přesahuje rámec jedné výukové jednotky. Díky své specifické struktuře je možné jej využít hned několikrátí způsoby. První z nich využívá kompletního návrh. Jednotlivé úkoly na sebe chronologicky navazují a postupně odkrývají příběhovou linku neplodného páru. Pedagog žákům postupně rozdává jednotlivé části, které si žáci vlepují a kompletují na bílý papír. Tento způsob využití je možné aplikovat například v rámci tematického projektového dne školy. Školní akce tohoto typu z časového hlediska umožňují realizovat návrh v celém svém rozsahu například se skupinou dobrovolníků, kteří se o dané téma zajímají. Způsob, jakým bylo zpracováno téma etické dimenze asistované reprodukce, je možný využít i při vypracovávání dalších etických otázek. Díky tomu je možné zorganizovat například projektový den, který bude zaměřen pouze na etická dilemata, se kterými se ve své práci mohou nelékařští zdravotničtí pracovníci setkat. Druhý způsob mohou využít pedagogové, kteří v průběhu svého vyučování nemají dostatečné časové možnosti, avšak rádi by se oblasti etických otázek asistované reprodukce alespoň okrajově dotkli. Úkoly lze využít i jednotlivě. Jsou koncipovány tak, aby žáci po přečtení úvodního motivačního dopisu a krátkého dovyprávění příběhu do požadované fáze znali všechny potřebné informace k realizaci daného úkolu. Závěrečnou sebereflexi je možno použít bez motivačního čtení. Nedokončené věty sami o sobě přimějí žáky o tomto tématu přemýšlet a diskutovat.

Rozhodnete-li se pro realizaci výuky za pomoci těchto metodických listů, ať už v podobě jednotlivých úkolů či kompletního souboru, budu Vám velmi vděčná za zpětnou vazbu v podobě postřehů či připomínek.

Bc. Dagmar Pařenicová

ÚKOL č. 1



Zadání pro učitele: Žáci vytvoří skupiny po 3 (vzhledem k citlivosti tématu je vhodné zachovat přátelské vazby, díky kterým budou žáci schopni v rámci své skupiny otevřeně diskutovat na vybrané témata). Každá ze skupin dostane list papíru formátu A2. Na tento papír budou skupinami v průběhu výuky vleповány dílčí úkoly. Žáci budou v průběhu výuky tvořit příběh dle vlastních rozhodnutí. Tvorba plakátu na základě vlastního grafického vyjádření podpoří pocit autonomie a schopnost sebevyjádření se. Pedagog rozdá do jednotlivých skupin níže uvedený text. Každá skupina si tento text samostatně přečte.

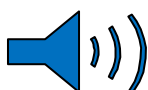


Úkol pro žáky: Pozorně si ve skupině přečtěte následující text. Pokud narazíte na informace, kterým nerozumíte nebo naopak nenarazíte na to, co by Vás zajímalo, neváhejte se zeptat.

Ahoj všichni,

jsme partnerský pár a rádi bychom Vám pověděli svůj příběh o (ne)cestě k vysněnému miminku. Jmenujeme se Jana (31 let) a Matěj (34 let). Jsme spolu dlouhých, avšak krásných 13 let. Počítáte správně, začali jsme spolu chodit, když bylo Janě 18 let, studovala na gymplu a já byl prvním rokem na výšce. Po ukončení střední zdravotnické školy jsem se rozhodl stát záchranářem. Pracoval jsem v té době jako dobrovolník pro organizaci pořádající kurzy první pomoci, díky kterým jsme se s Jančou seznámili. Dělala si řidičák a měla před sebou hodiny právě první pomoci, kam jsem přišel dělat lektora. Lásky na první pohled, rozuměli jsme si naprosto ve všem a tak je to dodnes. Samozřejmě, že mimčo jsme v tomto věku ani jeden neplánovali. Janča v té době užívala antikoncepci už třetím rokem, takže jsme nic neřešili a pokračovali v zajetých kolejích dál, což vyhovovalo oběma stranám. Byla to pohoda, každý večer slupnout prášek a vědět, že nemusíte nic řešit. Prostě jsme si jen užívali společného času, akcí, výletů, kamarádů, jeden druhého a hlavně se oba snažili dokončit studium. Já začal po ukončení magisterského studia pracovat na jednotce intenzivní péče a k tomu občas jezdil se záchrankou. A já ve svých 25 letech ukončila studium právnické fakulty. Ta samostatnost, kterou člověk získá, když začne pracovat, je super. Mimčo? Teď rozhodně ne, nebyla na to správná doba. Věděli jsme, že to s tím druhým jednou chceme, ale v budoucnu. V té době jsme si chtěli užít volnosti, kterou jsme po dokončení škol získali a peněz, které jsme společně vydělali. Samozřejmě jsme měli také v plánu vybudovat útulný domov, koupit auto a cestovat. Já si hlavně nemohla mateřskou dovolit. V mém oboru je potřeba praxe, což znamená minimálně další tři roky bez mimča. Pak to přišlo. Bylo mi 27, když mě Matěj požádal o ruku. Tak teď už konečně mimčo? Určitě ne. Chtěla jsem mít klid na plánování svatby a navíc si chtěla svatbu užít bez bříska. Svatba byla za rok a půl po žádosti o ruku. To mi bylo necelých 29. A přesně to byl ten moment ... všechno bylo naplánované do puntíku. První pokusy přijdou na svatební cestě. Určitě to vyjde, budeme mít klid a pohodu, budeme uvolnění na novém místě.

Je to už dva roky, co se snažíme. Měla jsem několikrát pocit, že vyšlo. Cítila jsem, že musím být těhotná. Vždyť nám přeci říkali, jak je to snadné. Když si vzpomenu, jak vystrašená jsem bývala v průběhu studia, kolikrát jsem si dělala těhotenský test, když jsem měla strach, že bych mohla být těhotná. Co bych teď dala za to vidět dvě čárky. V okolí se s miminky roztrhl pytel. Někteří to ani neplánovali, prostě se to nějak stalo. A my? Janča se snaží, co to jde. Počítá dny ovulace, pije speciální čaje na očistu těla, na ustálení hormonální hladiny, cvičí speciální jógu. Vidím na ní, jak je z toho nešťastná. Nevím, jestli to může být tím, že užívala celých 14 let antikoncepci. Vím, že tím vyřadilo pravý menstruační cyklus ze hry. Vidím to dnes a denně kolem sebe v nemocnici, jen mě nenapadlo, že by se to mohlo stát i nám. Přemýšlela jsem, kde může být chyba. Raději ani nahlas nevyslovuji myšlenku, že by mohl být problém na Matějově straně. Strašně by ho to zranilo. Jen už nevím, jak dál. Tak moc chceme a čím déle to trvá, tím více nás ubíjí pocit bezmoci a beznaděje...



Zadání pro učitele: Pedagog ponechá žákům prostor na diskuzi v rámci skupin, kterou text vyvolá. Poté se žáků zeptá, zda v textu všemu rozuměli či zda chtějí doplňující informace. Vysvětlí žákům, že se pro následující výuku stávají v rámci své skupiny tímto párem, se kterým společně projdou cestu řešení jejich situace. Budou stavěni před otázky, na které je velmi náročné odpovědět, a rozhodnutí, která mohou změnit jejich budoucí život. Poté pedagog předá žákům další část textu.

ÚKOL č. 2



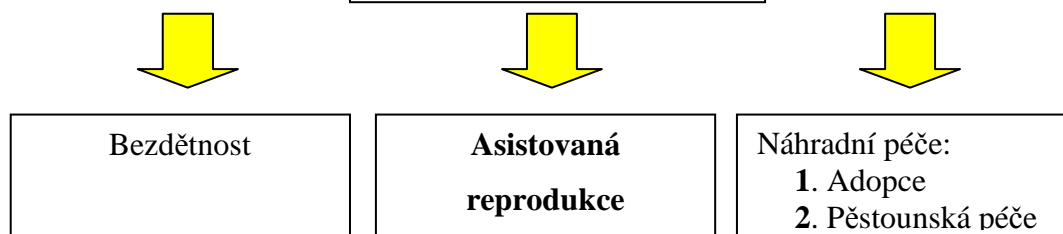
Zadání pro učitele: Pedagog předá skupinám další úkol. Jana a Matěj zjišťují, že jsou neplodní. Cílem tohoto cvičení je prezentovat cesty, které v této situaci může neplodný pár zvolit. Žáci doplní pojmovou mapu na základě brainstormingu v rámci skupiny. Posléze bude každá ze skupin říkat svá řešení nahlas před třídou. Učitel je všechna zapíše na tabuli. Společně se vyhodnotí a opraví správnost jednotlivých sdělení.

CO DÁL? Jana a Matěj nevydrželi déle čekat, a proto podstoupili několik lékařských vyšetření. Lékaři zjistili, že je jejich problémem neplodnost. Oba tato zpráva naprosto šokovala. Hlavně Janu zasáhla, jelikož si uvědomila, že nikdy nebude matkou. Je tomu doopravdy tak? Jaké možnosti má Jana s Matějem? Opravdu se nemohou stát nikdy rodiči?

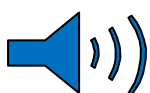


Úkol pro žáky: Zamyslete se, co v této situaci mohou Jana s Matějem udělat. Jakými cestami se v rámci rodičovství mohou vydat? Znamená tato diagnóza, že se nikdy nestanou rodiči?

ŘEŠENÍ NEPLODNOSTI



ÚKOL č. 3



Zadání pro učitele: Učitel předá žákům další list papíru, který si vlepí na velkou čtvrtku papíru. V rámci skupiny budou nyní řešit, pro koho je asistovaná reprodukce určena. Z níže uvedených možností vyberou takové případy, o kterých si myslí, že mohou asistovanou reprodukci podstoupit. Pedagog v rámci vyhodnocování úkolu uvede současně platné legislativní regulativy vztahující se k této problematice.

PRO KOHO JE ASISTOVANÁ REPRODUKCE URČENA? Jana s Matějem neváhali a rozhodli se pro cestu asistované reprodukce. Pro koho je avšak tento způsob početí určen? Jsou Jana a Matěj vhodnými klienty?



Úkol pro žáky: Z níže uvedených klientů vyberte ty, o kterých se domníváte, že smí podstoupit léčbu neplodnosti pomocí asistované reprodukce. Svou volbu zdůvodněte.

- a) **Lenka, 35 let, bez partnera**, úspěšná manažerka, cítí, že je na dítě správný čas, avšak nenašla vhodného partnera, finančně je velmi dobře zaopatřená a má podporu své rodiny, má všechny předpoklady pro to, aby se o dítě dokázala postarat i jako tzv. single.
- b) **Partneři Martina (25 let) a Jakub (27 let)**, Martina v 18 letech onemocněla zánětem slepého střeva, který se rozšířil do celé malé pánve. Při operaci jí byl odstraněn pravý vaječník a oba vejcovody. Jakub je bez zdravotních problémů.
- c) **Manželé Jana (31 let) a Matěj (34 let)**, diagnostikována neplodnost. Jana trpí selháním ovariální funkce a Matějovi byl zjištěn nízký počet spermií v ejakulátu. O dítě se snaží již 2 roky.
- d) **Partneři Pavla (51 let) a Tomáš (53 let)**, po předchozích nevydařených manželstvích se potkávají a rozhodují společně založit rodinu. Oba mají již dospělé děti. Cítí se však plni energie a zkušeností, které by rádi předali svému budoucímu potomkovi.
- e) **Nejlepší přátelé Lea (29 let) a Honza (30 let)** se znají od dětství, Lea je lesbička a je v dlouhodobém vztahu se Sabinou (27 let), se kterou se rozhodly mít dítě. Honza souhlasil s darováním svého spermatu ženám bez jakéhokoli nárokování rodičovských práv vůči budoucímu dítěti. Do centra asistované reprodukce přichází Lea s Honzou jako partnerský pár.

ROZŠIŘUJÍCÍ INFORMACE PRO PEDAGOGY

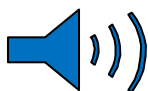
- ✘ **sterilita neboli neplodnost je** stav, kdy není dosaženo klinického těhotenství po uplynutí 12 či více měsíců pravidelného nechráněného pohlavního styku¹
- ✘ v České republice je možné provést asistovanou reprodukci dle **zákona o specifických zdravotních službách č. 373/2011 Sb.** pouze osobám v partnerském vztahu, tedy:
 - u žen, které mají velmi malou či žádnou pravděpodobnost otěhotnět přirozeným způsobem nebo jiné způsoby řešení neplodnosti doposud nevedly k jejímu otěhotnění
 - v případě potřeby předčasné genetické diagnostiky u jedinců zatížených zvýšeným rizikem geneticky podmíněných onemocnění
 - platnost deklarovaného partnerského vztahu není nijak ověřována, pouze tento vztah nesmí dle právních norem vylučovat uzavření manželství
 - uzavřený manželský svazek není podmínkou²
- ✘ v evropských zemích se IVF **neprovádí u žen nad 45 let**
 - hlavními důvody jsou: biologická stránka (vyšší riziko genetických onemocnění typu Downův syndrom aj.), sociální stránka (zajištění plnohodnotné výchovy potomků → klienti ve vyšším věku mohou být na výchovu již unaveni, riziko osíření dětí, aj.)³

¹ROZTOČIL, Aleš, 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. 508 s. ISBN 978-802-4728-322.

²ČESKO. 2011. Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 131.

³OSTRÓ, Alexander, PILKA, Ladislav a LEŠNÍK, František, 2009. *Reprodukční medicína - současnost a perspektivy*. Olomouc: Nakladatelství Olomouc. 287 s. ISBN 978-807-1822-783.

ÚKOL č. 4



Zadání pro učitele: Další část příběhu se věnuje otázce gamet využitých při cyklu asistované reprodukce. Během diagnostiky bylo zjištěno, že problém s neplodností je na obou stranách „našeho“ neplodného páru. Žáci se nyní musí rozhodnout, jakou cestou se vydají. Zda využijí vlastních či darovaných gamet nebo embrya. V tabulce jsou vyjmenovány i „výhody“ a „nevýhody“ jednotlivých postupů. Žáci tak mohou v rámci skupiny diskutovat o metodě, která bude pro ně osobně nejvhodnější. Učitel vyhodnotí úkol společně se všemi skupinami. Důležité je, že zde neexistuje správné a špatné řešení. Volba je stejně jako u klientů na samotných žácích. V rámci požadavků na dárce, v případě využití darovaných gamet či embryí, učitel uvádí aktuálně platné právní normy popisující tyto požadavky.

Byli jste vybráni jako vhodní příjemci asistované reprodukce. Jana trpí selháním ovariální funkce, což znamená, že u ní nedochází k pravidelnému dozrávání folikulu s vajíčkem a následné ovulaci. Matějovi byl zjištěn nízký počet spermií v ejakulátu. Problém byl tedy diagnostikován **na obou stranách**. Nyní před Vámi leží otázka týkající se vašich gamet, které budou dále použity v cyklu asistované reprodukce. Jana může využít hormonální stimulace svých vaječníků nebo přijmout darované vajíčka. Matěj může využít své spermie nebo darované. Oba se také mohou rozhodnout pro darované embryo.



Úkol pro žáky: V níže uvedené tabulce máte uvedeny možnosti, ze kterých můžou Jana a Matěj v otázce pohlavních buněk vybírat. U každé možnosti jsou uvedeny její klady či zápory. **Vyberte pro Janu a Matěje podle Vás tu nejlepší cestu. Svou volbu zdůvodněte. Jaká kritéria by podle Vás musel splňovat dárce oněch gamet či embryí?**

Jana a Matěj mají následující možnosti:

ONA	ON
<p>STIMULACE VAJEČNÍKŮ – ovulace je vyvolaná umělými hormony, během jedné ovulace dozraje několik vajíček.</p> <p>Výhoda: budoucí potomek bude po genetické stránce „vlastní“.</p> <p>Nevýhoda: zdravotní rizika v podobě hyperstimulačního syndromu, krvácení v průběhu odběru oocytů, bolest.</p>	<p>INTRACYTOPLAZMATICKÁ INJEKCE SPERMIE (ICSI) – proces, v průběhu kterého se vpraví jedna konkrétní spermie do oocytu ženy.</p> <p>Výhoda: budoucí potomek bude po genetické stránce „vlastní“.</p> <p>Nevýhoda: nejsou; pro muže je tento výkon zcela bezpečný.</p>
<p>PŘIJETÍ DAROVANÉHO OOCYTU</p> <p>Výhoda: žádné zdravotní rizika pro ženu.</p> <p>Nevýhoda: dítě neponese genetickou výbavu ženy, z tohoto pohledu bude „nevlastní“, přestože ho žena porodí.</p>	<p>PŘIJETÍ DAROVANÉ SPERMIE</p> <p>Výhoda: žádné zdravotní rizika pro muže</p> <p>Nevýhoda: dítě neponese genetickou výbavu muže, bude tzv. „nevlastní“, tj. otec nebude biologickým otcem.</p>
PŘIJETÍ DAROVANÉHO EMBRYA	

Pokud bychom se rozhodli pro darované gamety nebo embrya, pak by jejich dárce musel:

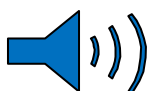
ROZŠIŘUJÍCÍ INFORMACE PRO PEDAGOGY

- ✘ darování gamet je podle české legislativy zcela **anonymní, dobrovolné a bezplatné**¹
- ✘ deklarovaná bezplatnost obcházena právní kličkou v podobě uvedeného dodatku o nároku na tzv. “přiměřenou kompenzaci” výkonu, např.: darování oocytů, kdy je “dárkyním” hrazeno v průměru okolo 15 000 až 25 000 Kč, nikoli za samotný proces darování oocytů, avšak za náklady vzniklé v jeho průběhu (cestovní výdaje, aj.)²
- ✘ kritériem pro dobrovolné dárcovství gamet je odpovídající věk (ženy 18 – 35 let, muži 18 – 40 let) a zdravotní stav
- ✘ vyšetření, která musí dárci podstoupit, zahrnují:
 - u mužů spermioqram, vyšetření moči a spermatu na infekci Chlamydie Trichomatis
 - u žen je ultrazvukem vyšetřována ovariální rezerva a stanovována bazální hladina pohlavních hormonů
 - obou pohlaví dárců: genetická vyšetření, stanovení krevní skupiny a Rh faktoru, screening infekcí, který je dán legislativním rámcem.
 - darované spermie jsou následně kryokonzervovány, jelikož podléhají šesti měsíční karanténě pro vyloučení HIV infekce¹

¹ČESKO. 2011. Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 131.

²HEŘMANOVÁ, Jana, 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-802-4734-699.

ÚKOL č. 5



Zadání pro učitele: Poté co skupiny vyřeší otázku zdroje gamet, díky kterým se uskuteční cyklus asistované reprodukce, předá pedagog žákům další část pracovního listu, který se zabývá nakládáním s přebytečnými gametami a embryi, která má Jana a Matěj po minulém rozhodnutí. Každá skupina se rozhodne, jak s těmito nadbytečnými gametami a embryi naloží (v případě, že se v minulém úkolu některá ze skupin rozhodla pro darovaná embrya, budou v tomto úkolu pracovat s nimi). Jelikož mají jak nadbytečné gamety, tak nadbytečná embrya, budou volit způsob nakládání pro každé z nich zvláště (je vycházeno ze zjištění, že žáci vnímají způsob nakládání s embryi a gametami odlišně). Jednotlivé postupy je možné kombinovat (např.: číst gamet uschovat a část sdílet). U možností, které daná skupina zvolí jako optimální postup nakládání, uvede výhody a nevýhody, jak jej vnímají samotní žáci. Při společném vyhodnocování dojde na základě hromadné diskuze žáků k doplnění chybějících částí tabulky.

Při konzultaci s lékařem jste se rozhodli pro získání gamet formou (uved'te výsledek minulého rozhodování) U Jany i Matěje se však podařilo získat více gamet, nežli je pro jeden cyklus asistované reprodukce potřeba. V laboratoři se tak momentálně nachází několik vykultivovaných embryí a nevyužité gamety. **Jak s těmito „nadbytečnými“ gametami a embryi budete chtít naložit?**



Úkol pro žáky: V níže uvedené tabulce máte uvedeny možnosti, jak s danými gametami a embryi můžete dále nakládat. Jelikož Vám zůstala jak embrya, tak i gamety, vyberte řešení pro obě skupiny zvláště (v případě, že jste v minulém úkolu zvolili možnost darovaných embryí, volíte pouze ze skupiny EMBRYA). U vybraných postupů uved'te, proč si myslíte, že jsou výhodné (tedy proč je volíte) nebo naopak, zda má tento postup nějaké záporné stránky.

Možnosti, jak s přebytečnými gametami a embryi nakládat:

GAMETY (vajíčka a spermie)	EMBRYA
A. USCHOVAT , za pomoci tzv. kryokonzervace neboli zamrazení pro další cykly asistované reprodukce	
+ VÝHODY	+ VÝHODY
- NEVÝHODY	- NEVÝHODY

B. ZLIKVIDOVAT	
+ VÝHODY	+ VÝHODY
– NEVÝHODY	– NEVÝHODY
C. SDÍLET neboli darovat jinému neplodnému páru	
+ VÝHODY	+ VÝHODY
– NEVÝHODY	– NEVÝHODY

ROZŠIŘUJÍCÍ INFORMACE PRO PEDAGOGY

- ✘ **USCHOVÁNÍ GAMET A EMBRYÍ:**
 - + u ženy předejití další hormonální stimulace, která má mnoho vedlejších účinků
 - uschovávání vlastního genetického materiálu, možnost zneužití
- ✘ **LIKVIDACE GAMET A EMBRYÍ:**
 - nutnost opakovaného získávání gamet, kultivace embryí, etická dimenze
→ jedná se o biologický materiál nebo o lidský život? Viz dále
- ✘ **SDÍLENÍ GAMET A EMBRYÍ:**
 - + pomoc jiným v případě, že si je dotyčný pár jistý, že už další cyklus asistované reprodukce nebude podstupovat
 - vědomí, že mám biologického potomka, kterého neznám a nic o něm nevím; riziko sezdání biologických sourozenců, kteří o této skutečnosti neví¹
- ✘ při kryokonzervaci se gamety ochlazují na teplotu –196 °C
- ✘ nejkritičtější momentem kryokonzervace je moment ochlazování a opětovného rozmrazování
- ✘ nejcitlivější jsou vůči kryokonzervaci spermie, naopak nejvíce odolné embrya a ovariální tkáň
- ✘ kryokonzervace ovariální tkáň se volí v případě požadavku zachování plodnosti u žen podstupující onkologickou léčbu, která má jinak gonadotoxický účinek²

¹ Zdroj: vlastní výzkumné šetření.

² ROZTOČIL, Aleš, 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. 508 s. ISBN 978-802-4728-322.

ÚKOL č. 6



Zadání pro učitele: Učitel předá žákům další část příběhu, ve které nyní Jana a Matěj řeší otázku vnímání počátku života. Žáci po vzájemné diskuzi v rámci skupiny zvolí jednu z možností a argumentují, proč vybrali právě tuto. V případě, že ani jedna z uvedených odpovědí nebude korespondovat s jejich přesvědčením, zvolí možnost E a uvedou vlastní názor. Po společném hromadném vyhodnocení a doplnění informací se pedagog zeptá, **zda by nyní, s novými informacemi, vyhodnotili předešlý úkol jinak.**

Jana s Matějem si dlouho lámali hlavu nad předešlým rozhodnutím. Jana totiž přišla s myšlenkou, že zlikvidovat embryo je pro ni stejné jako zabít člověka. Matěj nad tím takto nikdy neuvažoval. Jako zdravotník má veškeré somatologické a fyziologické informace. Zná názor biologů na počátek života, ale nikdy ho nenapadlo zamyslet se nad etickou otázkou: **Kdy vlastně začíná lidský život? Od kdy bysme jej měli chránit? Od jaké chvíle mluvíme o člověku, který má svá práva tedy i právo na život?**



Úkol pro žáky: Níže je uvedeno několik názorů prezentujících, od které chvíle je možné považovat embryo–plod již za plnohodnotný život. Od kdy vnímáte embryo-plod jako plnohodnotnou lidskou bytost vy? Nesouhlasíte ani z jednou možností? Zakroužkujte tedy možnost E. a podělte se s ostatními o svůj jedinečný náhled.

Lidský život začíná:

- A. momentem splynutí pohlavních buněk, tedy oocytu a spermie
- B. od ukončení 3 měsíce
- C. od prvních pohybů dítěte, které matka ucítí
- D. porodem dítěte
- E. chvílí, kdy se rodiče o dítě začnou starat
- F. Jiné:

ROZŠIŘUJÍCÍ INFORMACE PRO PEDAGOGY

- ✘ **katolická církev** považuje za počátek lidského života **splynutí pohlavních gamet**; s tímto pojetím se shodují i **biologové**
- ✘ svou duševní podstatu získává embryo dle katolické církve v tentýž moment; naopak podle vědecké komunity se jedná o lidský plod, avšak doposud ne plně humanizovaný
- ✘ další teorie považuje za počátek lidského života, tedy moment, od kterého mluvíme o kompletní lidské bytosti, která má právo žít, moment **dozrání centrální nervové soustavy** (16. týden gravidity), pokud se klinická smrt odvozuje od vyhasnutí činnosti mozku, pak začátkem života musí být počátek této aktivity
- ✘ **Úmluva o lidských právech a biomedicíně** považuje za lidskou bytost naopak člověka až po jeho narození
- ✘ dle **české legislativy** jsou interrupce na vlastní žádost povolené do **12. týdne** gravidity, znamená to tedy, že do této doby není dítě chápáno jako plnohodnotná lidská bytost?

ONDOK, Josef Petr, 2005. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton. 214 s. ISBN 80-725-4486-1.

MUNZAROVÁ, Marta, 2000. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky*. Brno: Masarykova univerzita. 67 s. ISBN 80-210-2416-X.

ÚKOL č. 7



Zadání pro učitele: V níže uvedeném textu se bude Jana a Matěj rozhodovat, zda podstoupí preimplantační genetickou diagnostiku. Své rozhodnutí podloží argumenty, na základě kterých se pro danou možnost rozhod

Jana a Matěj se po dlouhé diskuzi shodli na tom, že přebytečné gamety a embrya Lékař z centra asistované reprodukce jim sdělil, že před samotným transferem (tj. přenesením) embrya do dělohy Jany je zde možnost tzv. **preimplantační genetické diagnostiky**. Toto vyšetření je schopno odhalit, zda embryo není zatíženo geneticky podmíněným onemocněním. Využijete tohoto vyšetření?



Úkol pro žáky: Jak se v této situaci rozhodnete? Necháte vše na přírodě, jak je tomu u přirozeného početí nebo chcete mít jistotu, že jsou embrya po genetické stránce zcela v pořádku? Své rozhodnutí zdůvodněte.

A. ANO Důvod:

B. NE Důvod:

ROZŠIŘUJÍCÍ INFORMACE PRO PEDAGOGY

- ✘ prenatalní vyšetření plodu se zaměřuje na zdraví již vyvíjejícího se plodu, genetická preimplantační diagnostika vyšetřuje genetické zdraví embrya¹
- ✘ je vhodná v rodinách, ve kterých je z jakéhokoli důvodu odmítáno přerušování těhotenství či ve kterých se již objevilo některé z geneticky podmíněných onemocnění²
- ✘ jakékoli jiné požadavky na využití této diagnostiky jsou dle **Úmluvy o lidských právech a biomedicíně** nepřijatelné; diagnostika by mohla být zneužita pro účely výběru pohlaví dítěte ze sociokulturních důvodů či pro účely specifitějších požadavků, jakými je například barva vlasů nebo očí, na základě tohoto rizika byla tato diagnostika v zemích západního světa zakázána³

¹WEISS, Petr, 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.

²MARDEŠIČ, Tonko, 2013. *Diagnostika a léčba poruch plodnosti*. Praha: Grada. 86 s. ISBN 978-802-4744-582.

³HEŘMANOVÁ, Jana, 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-802-4734-699.

ÚKOL č. 8



Zadání pro učitele: Učitel předá skupinám další z úkolů. Žáci se nyní budou zamýšlet nad otázkou vícečetného těhotenství a jeho tzv. redukci. Své argumenty opět prodiskutují společně v rámci třídy.

Janě a Matějovi, kteří se rozhodli **PROVÉST – NEPROVÉST** preimplantační genetickou diagnostiku, lékař sdělil, že jsou jejich embrya v této fázi připravena na transfer do dělohy Jany, avšak potřebuje od nich znát počet embryí, která budou zavedena. Nejméně může být přeneseno jedno embryo, nejvíce tři. Matěj Janě vysvětluje: „Někde jsem slyšel, že čím více embryí se přenesou do dělohy matky, tím více se zvyšuje šance na jejich uchycení. Naopak ale vzrůstá riziko vícečetného těhotenství, které by pro tebe, Jani, bylo více rizikové. V takovém případě se pak někdy provádí tzv. redukce, což znamená, že by v prvních týdnech těhotenství vpravili do jednoho z plodů injekci speciálního roztoku, které by zastavilo jeho srdeční akci a ono by se potom vstřebalo. Já nevím, je to těžké.“



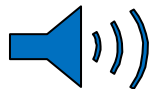
Úkol pro žáky: *Jak se v této situaci rozhodnete? Je pro vás rozhodující existující riziko komplikací nebo výše pravděpodobnosti úspěchu?*

Kolik embryí si nechá Jana implantovat?

- A. jedno
- B. dvě
- C. tři

Důvod:

ÚKOL č. 9



Zadání pro učitele: Učitel předá žákům další část pracovního listu, ve které nyní Jana při čekání na výsledek embryotransferu počítá, kolik financí je tento cyklus asistované reprodukce stál. Žákům bude předložen seznam nehrazených postupů, které si klienti, pokud si je vyberou, hradí z vlastních finančních zdrojů. Žáci si z níže uvedeného ceníku, ve kterém je uvedeno i krátké vysvětlení jednotlivých výkonů, vyberou ty, které chtějí podstoupit. Dohromady pak bude spočítána finální částka zahrnující veškeré absolvované procedury. Vyhodnocení: jednotlivé skupiny prezentují, kolik je stál zmiňovaný jeden cyklus asistované reprodukce a proč se pro dané postupy rozhodly. Tématem další diskuze může být:

- finanční náročnost asistované reprodukce a z ní plynoucí fenomény jako stres z nedostatku finančních zdrojů pro další pokusy a strach z opakovaného neúspěchu
- Jaký je způsob smýšlení neplodných párů přicházejících s touhou po vlastním dítěti?
- Je manipulováno s laickou veřejností? Jsou první cykly asistované reprodukce hrazené pojišťovnami opravdu zdarma?

Jana a Matěj se rozhodli pro implantaci (uved'te počet) embryí. Už je to 4 dny a Jana je celá nesvá. Díky dovolené, kterou si v práci vzala, aby měla na proces transferu

klid, má teď hodně volného času. Rozhodla se tedy, že nebude sedět a jen čekat, jak to celé dopadne. Vzala tužku a papír a začala ze zajímavosti počítat, kolik je to celé doposud vlastně stálo peněz.



Úkol pro žáky: Níže uvedené procesy jsou dobrovolné a klienti si je v rámci své asistované reprodukce sami vybírají a následně i hradí z vlastních zdrojů. Rozhodněte, zda byste některé z technik podstoupili. Pokud ano, spočítejte jejich celkové náklady. Nezapomeňte připočítat postupy, pro které jste se již dříve rozhodli (např. kryokonzervace embryí, kryokonzervace oocytů, ICSI apod.) Co hrálo roli během Vašeho rozhodování pro jednotlivé metody?

Ceník vybraných metod:

- | | |
|--|-----------------|
| • intracytoplasmatická injekce spermie (tzv. ICSI) | 9 000 Kč |
| – metoda, při které je spermie vpravena spermie injekčně přímo do oocytu, využívá se u mužů, které mají nízký počet spermií v ejakulátu či spermie málo pohyblivé | |
| • asistovaný hatching | 3 000 Kč |
| – výkon, během kterého se laserem naruší jedna z obalových vrstev embrya, což usnadní jeho nidaci neboli uhnízdění v děloze matky | |
| • prodloužená kultivace embryí | 3 500 Kč |
| – předčasně implantovaná embrya mají díky tzv. buněčnému stresu vyšší riziko genetického poškození, čím později se implantují, tím vyšší je šance na těhotenství | |
| • kontinuální monitoring embryí po celou dobu kultivace | 5 000 Kč |
| – tato technika zajistí z biologického hlediska výběr toho nejkvalitnějšího embrya, tedy toho, které se v průběhu kultivace nejlépe vyvíjí a má tak největší šanci uhnízdit se a pokračovat ve fyziologickém těhotenství | |
| • kryokonzervace oocytů/embryí | 4 500 Kč |
| • kryokonzervace spermií | 4 800 Kč |
| • transfer rozmražených embryí | 6 000 Kč |
| – přenos embryí do dělohy matky, která byla po jejich zamrazení opět rozmrazena | |

Co jsme s Mat'ou podstoupili:

Utřaceno celkem:

ROZŠIŘUJÍCÍ INFORMACE PRO PEDAGOGY

- ✘ hrazení asistované reprodukce ošetřuje zákon č. **48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění**
 - z prostředků veřejného zdravotního pojištění jsou hrazeny celkem 3 cykly za život ženy, nebylo-li v prvních dvou případech přeneseno do pohlavních orgánů ženy pouze 1 lidské embryo vzniklé oplodněním vajíčka spermií mimo tělo ženy, v takovém případě jsou hrazeny celkem 4 cykly
 - podmínkou k uhrazení výdajů je indikace ženy k výkonu registrovaným poskytovatelem v oboru gynekologie a porodnictví
 - asistovaná reprodukce je hrazena ženám s oboustrannou neprůchodností vejcovodů ve věku od 18 do 39 let či ostatním ženám ve věku od 22 do 39 let
- ✘ úkony nehrazené z těchto zdrojů definuje tzv. **metodický návod Ministerstva zdravotnictví pro poskytování, vykazování a úhradu výkonů asistované reprodukce**

ÚKOL č. 10

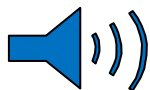


***Zadání pro učitele:** Učitel předá žákům další část příběhu. Jana a Matěj nyní stojí před chvílí diagnostiky potenciální gravidity. Úkolem motivačního čtení v této fázi je zprostředkovat pocity, kterými si neplodný pár v této fázi asistované reprodukce prochází. Nedokončený text má za cíl vyvolat nedočkavost po odpovědích a zvědavost „jak to celé dopadne?“ přirovnatelnou k očekávání výsledků daným párem. Učitel se po přečtení textu zeptá skupin: **Jak chcete, aby výsledky dopadly? Jak myslíte, že opravdu dopadnou?** Následná diskuze umocní verbálním projevem pocity současné neznalosti a zvědavosti.*

Po 14 dnech zavolal lékař z centra asistované reprodukce Janu a Matěje na kontrolní tzv. **hCG test a ultrazvukovou kontrolu**. Tento test je pomocí hladiny tzv. lidského choriového gonadotropinu, který je produkován placentou, schopen odhalit přítomné těhotenství i v počátečním stádiu. Jana je hodně nervózní, i když nepochybuje o tom, že je těhotná. Na šanci mít dítě touto cestou se hodně upnula a nepřipouští si, že by pokus mohl být neúspěšný. Vždyť všichni v jejím okolí tak snadno otěhotněli. Oni s Matějem potřebovali jen trochu pomoci. Matěj na Janě pozoruje, že začíná pochybovat sama o sobě. Nikoli jako o člověku, který něco neumí, ale jako o ženě, která nedokáže naplnit základní společenskou roli. Být matkou. Všimá si, jak je Jana podrážděná na otázku okolí ohledně našeho plánovaného rodičovství. Nikomu jsme se totiž s naším problémem nesvěřili. Jana chtěla využít této možnosti, protože věřila, že hned na poprvé všechno vyjde a nebude třeba zatěžovat kamarády, ale především naše rodiny. A k tomu všemu finance. Janča při počítání zjistila, že umělé oplodnění není vůbec zdarma, jak je často zmiňováno. Celé to je úplně jinak, než jaké to mělo být. Jak přichází miminka na svět? Přeci z lásky dvou lidí. A jak dopadli my? Jsme v centru asistované reprodukce, kde mi říkají, kdy mám

co udělat a Janča, kdy má užít jaký prášek. Odběry krve každých pár dnů, neustále kontroly, aby Vám nakonec řekli, že ...

ÚKOL č. 11



Zadání pro učitele: Po diskuzi předá učitel žákům pokračování příběhu. Neplodnému páru je sděleno, že cyklus asistované reprodukce nebyl úspěšný. V průběhu textu jsou vykresleny pocity neplodného páru. Úkolem skupin je zkusit se vcítit do situace Jany a Matěje (nácvik empatie) a zamyslet se nad otázkami, které jsou uvedeny níže. Cílem je prezentovat psychickou náročnost celé asistované reprodukce a zmínit existenci a služby psychosociálního poradenství, které mohou těmto párům v této nelehké situaci pomoci. Jako jedno z východisek této situace je možné prezentovat možnost tzv. náhradního mateřství, které není v České republice doposud právně ošetřeno, avšak i přesto se uskutečňuje.

Lékař si Janu s Matějem zavolal do samostatné místnosti, aby jim sdělil výsledky testů. „Je mi to velmi líto, ale hladiny hCG ve Vaší krvi a ultrazvukové vyšetření nenasvědčují tomu, že jste gravidní. Mám avšak i dobré zprávy - s manželem máte skvělé předpoklady pro to, aby se to příště již povedlo.“ Jana tomu nevěří. Říká lékaři, aby zopakoval testy, že ona je jistě těhotná. Lékař ji avšak utvrzuje, že výsledky testů hovoří zcela jasně. Až doma Janě dochází, co se vlatně stalo. Má pocit, že selhala, že je to celé její chyba. Třeba se opravdu nemá stát matkou, protože by to nesvedla nebo by v rodičovství nebyla dobrá. Matěj, i když je zdravotník a ví, že ani jeden za aktuální situaci nemohou, naopak vnímá selhání na jeho straně. Kdyby jeho spermie byli pohyblivé, jak mají obvykle být, tak by se to třeba povedlo. Oba jsou psychicky v koncích a neví co dál. Miminko byla ta jediná věc, kterou v posledních měsících řešili, na kterou se upnuli ...



Úkol pro žáky: Je něco, co by pro Janu s Matějem mohl lékař udělat? Nebo rodina s kamarády? Co v tuto chvíli potřebují? Jaké faktory podle Vás hrají roli při zvládnání zátěže diagnostice a léčbě neplodnosti? Své názory uveďte.

.....

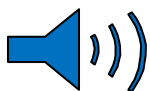
.....

.....

.....

.....

ÚKOL č. 12



Zadání pro učitele: Následující část textu ukončuje celý příběh Jany a Matěje. Svým obsahem navazuje na předchozí téma psychosociálního poradenství a prezentuje jedno z možných konstruktivních řešení situace. Dosáhnutí vytouženého těhotenství také žákům zprostředkovává pozitivní zakončení příběhu.

Spolu s textem je žákům předložen i soubor nedokončených vět, které zprostředkují vlastní sebereflexi. Žáci si během jejich dokončování uspořádají vlastní vnímání celé problematiky, zužitkují získané informace či uvedou postřehy, které bylo opomenuto. Ten krok je v rámci celého návrhu velmi důležitý. Proto jej doporučujeme neopomenout.

Jana s Matějem se rozhodli využít psychosociálního poradenství a podstoupili několik konzultací s psychoterapeutkou. Oběma moc pomohlo slyšet od nezávislé osoby objektivní fakta. Psychoterapeutka, jenž má vzdělání v oboru psychologie, je uklidnila, že nejsou jediným párem, který se s touto nelehkou situací potýká. Ukázala jim cesty, kterými se nyní mohou vydat. Jana přiznala, že se k vidině dítěte upnula až přespříliš silně a zapoměla se věnovat sobě, Matějovi, svému okolí. Oba s Matějem se pomalu učili žít znova svůj vlastní život, mít radost z drobností a doufat ve světlé zítřky. Také se rozhodli pro pořízení zvířecího kamaráda, který jim dnes pomáhá žít aktivně a nemyslet jen na vše zlé.

Po několika měsících se oba společně rozhodli podstoupit další cyklus umělého oplodnění. Jaký byl výsledek tentokrát? Jana je v 7. měsíci těhotenství a společně s Matějem se těší až své miminko uvidí poprvé na vlastní oči.

JAK TO VIDÍM JÁ

1. Jako počátek lidského života, tedy moment, od kterého mluvíme o člověku se všemi jeho právy, vnímám ...
2. Umělé oplodnění je podle mě určeno lidem, kteří ...
3. Dárcovství spermií, vajíček a embryí vnímám jako ...
4. Darované spermie, vajíčka nebo embrya bych přijala pokud ...
5. Vyšetření genetické výbavy embrya (zda není nositelem genetického onemocnění) před jeho přenesením do těla matky je z mého pohledu ...
6. Spermie a vajíčka, která nebyla v průběhu umělého oplodnění využita, by měla být ...
7. Embrya, která nebyla v průběhu umělého oplodnění využita, by, podle mě, měla být ...
8. Snížení počtu plodů při vícečetném těhotenství je podle mého názoru ...
9. Psychologická pomoc lidem podstupující umělé oplodnění by ...
10. Myslím si, že umělé oplodnění by měly být placeno z ...

Příloha 4 Pracovní listy pro žáky

ÚKOL č. 1



Úkol pro žáky: Pozorně si ve skupině přečtete následující text. Pokud narazíte na informace, kterým nerozumíte nebo naopak nenarazíte na to, co by Vás zajímalo, neváhejte se zeptat.

Ahoj všichni,

jsme partnerský pár a rádi bychom Vám pověděli svůj příběh o (ne)cestě k vysněnému miminku. Jmenujeme se Jana (31 let) a Matěj (34 let). Jsme spolu dlouhých, avšak krásných 13 let. Počítáte správně, začali jsme spolu chodit, když bylo Janě 18 let, studovala na gymplu a já byl prvním rokem na výšce. Po ukončení střední zdravotnické školy jsem se rozhodl stát záchranářem. Pracoval jsem v té době jako dobrovolník pro organizaci pořádající kurzy první pomoci, díky kterým jsme se s Jančou seznámili. Dělala si řidičák a měla před sebou hodiny právě první pomoci, kam jsem přišel dělat lektora. Lásky na první pohled, rozuměli jsme si naprosto ve všem a tak je to dodnes. Samozřejmě, že mimčo jsme v tomto věku ani jeden neplánovali. Janča v té době užívala antikoncepci už třetím rokem, takže jsme nic neřešili a pokračovali v zajetých kolejích dál, což vyhovovalo oběma stranám. Byla to pohoda, každý večer slupnout prášek a vědět, že nemusíte nic řešit. Prostě jsme si jen užívali společného času, akcí, výletů, kamarádů, jeden druhého a hlavně se oba snažili dokončit studium. Já začal po ukončení magisterského studia pracovat na jednotce intenzivní péče a k tomu občas jezdil se záchrankou. A já ve svých 25 letech ukončila studium právnické fakulty. Ta samostatnost, kterou člověk získá, když začne pracovat, je super. Mimčo? Teď rozhodně ne, nebyla na to správná doba. Věděli jsme, že to s tím druhým jednou chceme, ale v budoucnu. V té době jsme si chtěli užít volnosti, kterou jsme po dokončení škol získali a peněz, které jsme společně vydělali. Samozřejmě jsme měli také v plánu vybudovat útulný domov, koupit auto a cestovat. Já si hlavně nemohla mateřskou dovolit. V mém oboru je potřeba praxe, což znamená minimálně další tři roky bez mimča. Pak to přišlo. Bylo mi 27, když mě Matěj požádal o ruku. Tak teď už konečně mimčo? Určitě ne. Chtěla jsem mít klid na plánování svatby a navíc si chtěla svatbu užít bez břicha. Svatba byla za rok a půl po žádosti o ruku. To mi bylo necelých 29. A přesně to byl ten moment ... všechno bylo naplánované do puntíku. První pokusy přijdou na svatební cestě. Určitě to vyjde, budeme mít klid a pohodu, budeme uvolnění na novém místě.

Je to už dva roky, co se snažíme. Měla jsem několikrát pocit, že vyšlo. Cítila jsem, že musím být těhotná. Vždyť nám přeci říkali, jak je to snadné. Když si vzpomenu, jak vystrašená jsem bývala v průběhu studia, kolikrát jsem si dělala těhotenský test, když jsem měla strach, že bych mohla být těhotná. Co bych teď dala za to vidět dvě čárky. V okolí se s miminky roztrhl pytel. Někteří to ani neplánovali, prostě se to nějak stalo. A my? Janča se snaží, co to jde. Počítá dny ovulace, pije speciální čaje na očistu těla, na ustálení hormonální hladiny, cvičí speciální jógu. Vidím na ní, jak je z toho nešťastná. Nevím, jestli to může být tím, že užívala celých 14 let antikoncepci. Víím, že tím vyřadilo

pravý menstruační cyklus ze hry. Vidím to dnes a denně kolem sebe v nemocnici, jen mě nenapadlo, že by se to mohlo stát i nám. Přemýšlela jsem, kde může být chyba. Raději ani nahlas nevyslovuji myšlenku, že by mohl být problém na Matějově straně. Strašně by ho to zranilo. Jen už nevím, jak dál. Tak moc chceme a čím déle to trvá, tím více nás ubíjí pocit bezmoci a beznaděje...

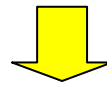
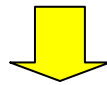
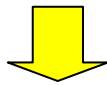
ÚKOL č. 2

CO DÁL? Jana a Matěj nevydrželi déle čekat, a proto podstoupili několik lékařských vyšetření. Lékaři zjistili, že je jejich problémem neplodnost. Oba tato zpráva naprosto šokovala. Hlavně Janu zasáhla, jelikož si uvědomila, že nikdy nebude matkou. Je tomu doopravdy tak? Jaké možnosti má Jana s Matějem? Opravdu se nemohou stát nikdy rodiči?



Zamyslete se, co v této situaci mohou Jana s Matějem udělat. Jakými cestami se v rámci rodičovství mohou vydat? Znamená tato diagnóza, že se nikdy nestanou rodiči?

ŘEŠENÍ NEPLODNOSTI



ÚKOL č. 3

PRO KOHO JE ASISTOVANÁ REPRODUKCE URČENA? Jana s Matějem neváhali a rozhodli se pro cestu asistované reprodukce. Pro koho je avšak tento způsob početí určen? Jsou Jana a Matěj vhodnými klienty?



Z níže uvedených klientů vyberte ty, o kterých se domníváte, že smí podstoupit léčbu neplodnosti pomocí asistované reprodukce. Svou volbu zdůvodněte.

- f) **Lenka, 35 let, bez partnera**, úspěšná manažerka, cítí, že je na dítě správný čas, avšak nenašla vhodného partnera, finančně je velmi dobře zaopatřená a má podporu své rodiny, má všechny předpoklady pro to, aby se o dítě dokázala postarat i jako tzv. single.
- g) **Partneři Martina (25 let) a Jakub (27 let)**, Martina v 18 letech onemocněla zánětem slepého střeva, který se rozšířil do celé malé pánve. Při operaci jí byl odstraněn pravý vaječník a oba vejcovody. Jakub je bez zdravotních problémů.
- h) **Manželé Jana (31 let) a Matěj (34 let)**, diagnostikována neplodnost. Jana trpí selháním ovariální funkce a Matějovi byl zjištěn nízký počet spermií v ejakulátu. O dítě se snaží již 2 roky.
- i) **Partneři Pavla (51 let) a Tomáš (53 let)**, po předchozích nevydařených manželstvích se potkávají a rozhodují společně založit rodinu. Oba mají již dospělé děti. Cítí se však plni energie a zkušeností, které by rádi předali svému budoucímu potomkovi.
- j) **Nejlepší přítel Lea (29 let) a Honza (30 let)** se znají od dětství, Lea je lesbička a je v dlouhodobém vztahu se Sabinou (27 let), se kterou se rozhodly mít dítě. Honza souhlasil s darováním svého spermatu ženám bez jakéhokoli nárokovaní rodičovských práv vůči budoucímu dítěti. Do centra asistované reprodukce přichází Lea s Honzou jako partnerský pár.

ÚKOL č. 4

Byli jste vybráni jako vhodní příjemci asistované reprodukce. Jana trpí selháním ovariální funkce, což znamená, že u ní nedochází k pravidelnému dozrání folikulu s vajíčkem a následné ovulaci. Matějovi byl zjištěn nízký počet spermií v ejakulátu. Problém byl tedy diagnostikován **na obou stranách**. Nyní před Vámi leží otázka týkající se vašich gamet, které budou dále použity v cyklu asistované reprodukce. Jana může využít hormonální stimulace svých vaječníků nebo přijmout darované vajíčka. Matěj může využít své spermie nebo darované. Oba se také mohou rozhodnout pro darované embryo.



embryí?

V níže uvedené tabulce máte uvedeny možnosti, ze kterých můžou Jana a Matěj v otázce pohlavních buněk vybírat. U každé možnosti jsou uvedeny její klady či záporny. Vyberte pro Janu a Matěje podle Vás tu nejlepší cestu. Svou volbu zdůvodněte. Jaká kritéria by podle Vás musel splňovat dárce oněch gamet či

Jana a Matěj mají následující možnosti:

ONA	ON
<p>STIMULACE VAJEČNÍKŮ – ovulace je vyvolaná umělými hormony, během jedné ovulace dozraje několik vajíček.</p> <p>Výhoda: budoucí potomek bude po genetické stránce „vlastní“.</p> <p>Nevýhoda: zdravotní rizika v podobě hyperstimulačního syndromu, krvácení v průběhu odběru oocytů, bolest.</p>	<p>INTRACYTOPLAZMATICKÁ INJEKCE SPERMIE (ICSI) – proces, v průběhu kterého se vpraví jedna konkrétní spermie do oocytu ženy.</p> <p>Výhoda: budoucí potomek bude po genetické stránce „vlastní“.</p> <p>Nevýhoda: nejsou; pro muže je tento výkon zcela bezpečný.</p>
<p>PŘIJETÍ DAROVANÉHO OOCYTU</p> <p>Výhoda: žádné zdravotní rizika pro ženu.</p> <p>Nevýhoda: dítě neponese genetickou výbavu ženy, z tohoto pohledu bude „nevlastní“, přestože ho žena porodí.</p>	<p>PŘIJETÍ DAROVANÉ SPERMIE</p> <p>Výhoda: žádné zdravotní rizika pro muže</p> <p>Nevýhoda: dítě neponese genetickou výbavu muže, bude tzv. „nevlastní“, tj. otec nebude biologickým otcem.</p>
PŘIJETÍ DAROVANÉHO EMBRYA	

Pokud bychom se rozhodli pro darované gamety nebo embryo, pak by jejich dárce musel:

.....

ÚKOL č. 5

Při konzultaci s lékařem jste se rozhodli pro získání gamet formou (uved'te výsledek minulého rozhodování) U Jany i Matěje se však podařilo získat více gamet, nežli je pro jeden cyklus asistované reprodukce potřeba. V laboratoři se tak momentálně nachází několik vykultivovaných embryí a nevyužité gamety. **Jak s těmito „nadbytečnými“ gametami a embryi budete chtít naložit?**



V níže uvedené tabulce máte uvedeny možnosti, jak s danými gametami a embryi můžete dále nakládat. Jelikož Vám zůstala jak embrya, tak i gamety, vyberte řešení pro obě skupiny zvlášť (v případě, že jste v minulém úkolu zvolili možnost darovaných embryí, volíte pouze ze skupiny EMBRYA). U vybraných postupů uveďte, proč si myslíte, že jsou výhodné (tedy proč je volíte) nebo naopak, zda má tento postup nějaké záporné stránky.

Možnosti, jak s přebytečnými gametami a embryi nakládat:

GAMETY (vajíčka a spermie)	EMBRYA
D. USCHOVAT, za pomoci tzv. kryokonzervace neboli zamrazení	
+ VÝHODY	+ VÝHODY
- NEVÝHODY	- NEVÝHODY
E. ZLIKVIDOVAT	
+ VÝHODY	+ VÝHODY
- NEVÝHODY	- NEVÝHODY
F. SDÍLET neboli darovat jinému neplodnému páru	
+ VÝHODY	+ VÝHODY
- NEVÝHODY	- NEVÝHODY

ÚKOL č. 6

Jana s Matějem si dlouho lámali hlavu nad předešlým rozhodnutím. Jana totiž přišla s myšlenkou, že zlikvidovat embryo je pro ni stejné jako zabít člověka. Matěj nad tím takto nikdy neuvažoval. Jako zdravotník má veškeré somatologické a fyziologické informace. Zná názor biologů na počátek života, ale nikdy ho nenapadlo zamyslet se nad etickou otázkou: **Kdy vlastně začíná lidský život? Od kdy bysme jej měli chránit? Od jaké chvíle mluvíme o člověku, který má svá práva tedy i právo na život?**



Níže je uvedeno několik názorů prezentujících, od které chvíle je možné považovat embryo–plod již za plnohodnotný život. Od kdy vnímáte embryo–plod jako plnohodnotnou lidskou bytost vy? Nesouhlasíte ani z jednou možností? Zakroužkujte tedy možnost E. a podělte se s ostatními o svůj jedinečný náhled.

Lidský život začíná:

- G. momentem splynutí pohlavních buněk, tedy oocytu a spermie
- H. od ukončení 3 měsíce
- I. od prvních pohybů dítěte, které matka ucítí
- J. porodem dítěte
- K. chvílí, kdy se rodiče o dítě začnou starat
- L. Jiné:

ÚKOL č. 7

Jana a Matěj se po dlouhé diskuzi shodli na tom, že přebytečné gamety a embrya Lékař z centra asistované reprodukce jim sdělil, že před samotným transferem (tj. přenesením) embrya do dělohy Jany je zde možnost tzv. **preimplantační genetické diagnostiky**. Toto vyšetření je schopno odhalit, zda embryo není zatíženo geneticky podmíněným onemocněním. Využijete tohoto vyšetření?



Jak se v této situaci rozhodnete? Necháte vše na přírodě, jak je tomu u přirozeného početí nebo chcete mít jistotu, že jsou embrya po genetické stránce zcela v pořádku? Své rozhodnutí zdůvodněte.

- C. ANO Důvod:
- D. NE Důvod:

ÚKOL č. 8

Janě a Matějovi, kteří se rozhodli **PROVÉST – NEPROVÉST** preimplantační genetickou diagnostiku, lékař sdělil, že jsou jejich embrya v této fázi připravena na transfer do dělohy Jany, avšak potřebuje od nich znát počet embryí, která budou zavedena. Nejméně může být přeneseno jedno embryo, nejvíce tři. Matěj Janě vysvětluje: „Někde jsem slyšel, že čím více embryí se přeneso do dělohy matky, tím více se zvyšuje šance na jejich uchycení. Naopak ale vzrůstá riziko vícečetného těhotenství, které by pro tebe, Jani, bylo více rizikové. V takovém případě se pak někdy provádí tzv. redukce, což znamená, že by v prvních týdnech těhotenství vpravili do jednoho z plodů injekci speciálního roztoku, které by zastavilo jeho srdeční akci a ono by se potom vstřebalo. Já nevím, je to těžké.“



Jak se v této situaci rozhodnete? Je pro vás rozhodující existující riziko komplikací nebo výše pravděpodobnosti úspěchu?

Kolik embryí si nechá Jana implantovat?

- D. jedno
- E. dvě
- F. tři

Důvod:

ÚKOL č. 9

Jana a Matěj se rozhodli pro implantaci (uveďte počet) embryí. Už je to 4 dny a Jana je celá nesvá. Díky dovolené, kterou si v práci vzala, aby měla na proces transferu klid, má teď hodně volného času. Rozhodla se tedy, že nebude sedět a jen čekat, jak to celé dopadne. Vzala tužku a papír a začala ze zajímavosti počítat, kolik je to celé doposud vlastně stálo peněz.



Níže uvedené procesy jsou dobrovolné a klienti si je v rámci své asistované reprodukce sami vybírají a následně i hradí z vlastních zdrojů. Rozhodněte, zda byste některé z technik podstoupili. Pokud ano, spočítejte jejich celkové náklady. Nezapomeňte připočítat postupy, pro které jste se již dříve rozhodli (např. kryokonzervace embryí, kryokonzervace oocytů, ICSI apod.) Co hrálo roli během Vašeho rozhodování pro jednotlivé metody?

Ceník vybraných metod:

- | | |
|--|-----------------|
| • intracytoplasmatická injekce spermie (tzv. ICSI) | 9 000 Kč |
| – metoda, při které je spermie vpravena spermie injekčně přímo do oocytu, využívá se u mužů, které mají nízký počet spermií v ejakulátu či spermie málo pohyblivé | |
| • asistovaný hatching | 3 000 Kč |
| – výkon, během kterého se laserem naruší jedna z obalových vrstev embrya, což usnadní jeho nidaci neboli uhníždění v děloze matky | |
| • prodloužená kultivace embryí | 3 500 Kč |
| – předčasně implantovaná embrya mají díky tzv. buněčnému stresu vyšší riziko genetického poškození, čím později se implantují, tím vyšší je šance na těhotenství | |
| • kontinuální monitoring embryí po celou dobu kultivace | 5 000 Kč |
| – tato technika zajistí z biologického hlediska výběr toho nejkvalitnějšího embrya, tedy toho, které se v průběhu kultivace nejlépe vyvíjí a má tak největší šanci uhníztit se a pokračovat ve fyziologickém těhotenství | |
| • kryokonzervace oocytů/embryí | 4 500 Kč |
| • kryokonzervace spermií | 4 800 Kč |
| • transfer rozmražených embryí | 6 000 Kč |
| – přenos embryí do dělohy matky, která byla po jejich zamrazení opět rozmrazena | |

Co jsme s Mat'ou podstoupili:

Utřaceno celkem:

ÚKOL č. 10

Po 14 dnech zavolal lékař z centra asistované reprodukce Janu a Matěje na kontrolní tzv. **hCG test** a **ultrazvukovou kontrolu**. Tento test je pomocí hladiny tzv. lidského choriového gonadotropinu, který je produkován placentou, schopen odhalit přítomné těhotenství i v počátečním stádiu. Jana je hodně nervózní, i když nepochybuje o tom, že je těhotná. Na šanci mít dítě touto cestou se hodně upnula a nepřipouští si, že by pokus mohl být neúspěšný. Vždyť všichni v jejím okolí tak snadno otěhotněli. Oni s Matějem potřebovali jen trochu pomoci. Matěj na Janě pozoruje, že začíná pochybovat sama o sobě. Nikoli jako o člověku, který něco neumí, ale jako o ženě, která nedokáže naplnit základní společenskou roli. Být matkou. Všímá si, jak je Jana podrážděná na otázku okolí ohledně našeho plánovaného rodičovství. Nikomu jsme se totiž s naším problémem nesvěřili. Jana chtěla využít této možnosti, protože věřila, že hned na poprvé všechno vyjde a nebude třeba zatěžovat kamarády, ale především naše rodiny. A k tomu všemu finance. Janča při počítání zjistila, že umělé oplodnění není vůbec zdarma, jak je často zmiňováno. Celé to je úplně jinak, než jaké to mělo být. Jak přichází miminka na svět? Přeci z lásky dvou lidí. A jak dopadli my? Jsme v centru asistované reprodukce, kde mi říkají, kdy mám co udělat a Janča, kdy má užít jaký prášek. Odběry krve každých pár dnů, neustále kontroly, aby Vám nakonec řekli, že ...

ÚKOL č. 11

Lékař si Janu s Matějem zavolal do samostatné místnosti, aby jim sdělil výsledky testů. „Je mi to velmi líto, ale hladiny hCG ve Vaší krvi a ultrazvukové vyšetření nenavědčují tomu, že jste gravidní. Mám avšak i dobré zprávy - s manželem máte skvělé předpoklady pro to, aby se to příště již povedlo.“ Jana tomu nepochybuje. Říká lékařovi, aby zopakoval testy, že ona je jistě těhotná. Lékař ji avšak utvrzuje, že výsledky testů hovoří zcela jasně. Až doma Janě dochází, co se vlatně stalo. Má pocit, že selhala, že je to celé její chyba. Třeba se opravdu nemá stát matkou, protože by to nesvedla nebo by v rodičovství nebyla dobrá. Matěj, i když je zdravotník a ví, že ani jeden za aktuální situaci nemohou, naopak vnímá selhání na jeho straně. Kdyby jeho spermie byli pohyblivé, jak mají obvykle být, tak by se to třeba povedlo. Oba jsou psychicky v koncích a neví co dál. Miminko byla ta jediná věc, kterou v posledních měsících řešili, na kterou se upnuli ...



Je něco, co by pro Janu s Matějem mohl lékař udělat? Nebo rodina s kamarády? Co v tuto chvíli potřebují? Jaké faktory podle Vás hrají roli při zvládnutí zátěže diagnostice a léčbě neplodnosti? Své názory uveďte.

.....

.....

.....

.....

.....

ÚKOL č. 12

Jana s Matějem se rozhodli využít psychosociálního poradenství a podstoupili několik konzultací s psychoterapeutkou. Oběma moc pomohlo slyšet od nezávislé osoby objektivní fakta. Psychoterapeutka, jenž má vzdělání v oboru psychologie, je uklidnila, že nejsou jediným párem, který se s touto nelehkou situací potýká. Ukázala jim cesty, kterými se nyní mohou vydat. Jana přiznala, že se k vidině dítěte upnula až přespříliš silně a zapomněla se věnovat sobě, Matějovi, svému okolí. Oba s Matějem se pomalu učili žít znova svůj vlastní život, mít radost z drobností a doufat ve světlé zítřky. Také se rozhodli pro pořízení zvířecího kamaráda, který jim dnes pomáhá žít aktivně a nemyslet jen na vše zlé.

Po několika měsících se oba společně rozhodli podstoupit další cyklus umělého oplodnění. Jaký byl výsledek tentokrát? Jana je v 7. měsíci těhotenství a společně s Matějem se těší až své miminko uvidí poprvé na vlastní oči.

JAK TO VIDÍM JÁ

- 1. Jako počátek lidského života, tedy moment, od kterého mluvíme o člověku se všemi jeho právy, vnímám ...**
- 2. Umělé oplodnění je podle mě určeno lidem, kteří ...**
- 3. Dárcovství spermií, vajíček a embryí vnímám jako ...**
- 4. Darované spermie, vajíčka nebo embrya bych přijala pokud ...**
- 5. Vyšetření genetické výbavy embrya (zda není nositelem genetického onemocnění) před jeho přenesením do těla matky je z mého pohledu ...**
- 6. Spermie a vajíčka, která nebyla v průběhu umělého oplodnění využita, by měla být ...**
- 7. Embrya, která nebyla v průběhu umělého oplodnění využita, by, podle mě, měla být ...**
- 8. Snížení počtu plodů při vícečetném těhotenství je podle mého názoru ...**
- 9. Psychologická pomoc lidem podstupující umělé oplodnění by ...**
- 10. Myslím si, že umělé oplodnění by měly být placeno z ...**

Příloha 5 Soubor výpovědí žáků 1. ročníku

VSTUPNÍ INFORMACE

Ročník: 1.

Počet případů: 26

SOUBOR NEDOKONČENÝCH VĚT A PREZENTOVANÝCH VÝPOVĚDÍ

1. Jako počátek lidského života, tedy moment, od kterého mluvíme o člověku se všemi jeho právy, vnímám ...

... narození dítěte a poté dosáhnutím 18. věkem.

... početí.

... *nevím - nemám dostatek informací.*

... jako moment, kdy spermie doputuje k vajíčku.

... jako pokračování. Jako pokračování všeho - celého života, celé země. Lidský život a vůbec lidský, všechno život na zemi je to nejcennější, co tu je a měli bychom si ho vážit.

... *neuvedeno.*

... narození člověka.

... jako miminko.

... moment, kdy se dostane spermie do vajíčka.

... *neuvedeno.*

... jako nového občana.

... jako narození člověka.

... *neuvedeno.*

... *neuvedeno.*

... moment, kdy se dítě narodí a matka s otcem se o něj začnou starat.

... *neuvedeno.*

... normálně.

... narození dítěte.

... jako úžasnou věc.

... jako miminko.

... narození.

... jako krásnou věc.

... jako krásnou věc a otec by si to neměl nechat ujít.

... *neuvedeno.*

... *neuvedeno.*

... *neuvedeno.*

2. Umělé oplodnění je podle mě určeno lidem, kteří ...

- ... chtějí mít děti, ale buď: 1. nemají vhodného partnera, 2. mají registrované manželství, 3. jeden z páru není schopen (není mu umožněno) mít děti.
- ... nemohou mít z jakéhokoli důvodu děti a dali by vše pro to, aby je mít mohli.
- ... nemůžou mít děti.
- ... se už dlouho snaží o dítě, ale žena nemůže otěhotnět.
- ... opravdu silně o rodinu usilují. Těm, kteří mají snahu se po umělém oplodnění o výsledek starat. Myslím, že každá žena má právo vybrat si, jakým stylem chce k miminku přijít, ale měla by určitě plně vědět, zdali to opravdu chce a být na 110% rozhodnutá, protože se rozmyšlí o budoucnosti svého dítěte.
- ...dítě chtějí, mají dostatek peněz, aby se o něho postarali a zajistili mu domov. Nemyslím to zle vůči chudým lidem, ale třeba se mi nelíbí, jak se v TV říká, že bylo nalezeno dítě v kontejneru.
- ... nemohou mít děti nebo žijí s osobou stejného pohlaví.
- ... nemůžou mít děti, buď vlivem partnera nebo partnerky.
- ... nemají partnera nebo je partner neplodný.
- ... nemohou mít děti.
- ... nedokáží oplodnit.
- ... nemůžou mít dítě, nedaří se jim ho zplodit a velmi chtějí dítě mít.
- ... nemůžou mít děti.
- ... nemají možnost být přirozeně oplodněni.
- ... partnerům, kteří spolu nemůžou zplodit miminko, protože jeden z nich je neplodný.
- ... nemůžou mít děti.
- ... nemohou mít své vlastní děti.
- ... nemohou mít děti kvůli zdravotním důvodům nebo se jim nedaří otěhotnět.
- ... nemůžou mít pohlavní styk z důvodu náboženství.
- ... nemůžou mít děti.
- ... z nějakého důvodu nemohou mít dítě.
- ... nemohou mít děti, pro ženu bez partnera.
- ... nemohou mít děti.
- ... mají problém s oplodněním.
- ... nemůžou mít dítě (žena je neplodná).
- ... nemůžou mít děti.

3. Dárcovství spermií, vajíček a embryí vnímám jako ...

- ... pomoc.
- ... možnost pro lidi, kteří jinou možnost nemají.
- ... normální věc. Nemám proti tomu něco. Myslím si, že když někdo nemůže mít děti a chce tak tohle je jeden z možností.
- ... kdybych otěhotněla s člověkem, kterého neznám.
- ...vnímám jako dobrou věc. Na začátku to byla dobrá myšlenka, která se stala moderním trendem. Je to dobré třeba hlavně pro svobodné ženy. O darování embryí jsem ještě nic neslyšela, ale ještě dnes si o tom zjistím více.

... celkem normální věc. Tito lidé pomůžou ostatním, kterým se to nedaří a jdou na umělé oplodnění.
... jako správné, každý kdo po dítěti touží a nemůže mít určitě toto ocení.
... dobrou věc.
... možnost, jak udělat lepší život někomu, kdo o dítě stojí.
... normální věc.
... že se mi to nelíbí.
... normální věc, že když to dítě velmi chtějí, tak pro to udělají vše, aby ho měli.
... příležitost otěhotnět.
... nijak nevnímám, je to každého věc.
... když žena daruje embryo nebo vajíčko, tak mi to přijde v pohodě, ale když má chlap darovat spermie, tak mi to nepřijde normální, protože mu po světě budou běhat jeho děčka.
... velký čin.
... dobrosrdečnost.
... dobrý nápad nebo naděje pro ostatní.
... normální věc.
... dobrou věc.
... prospěšnou věc.
... užitečnou věc.
... normální věc, je to dobré pro dotyčné lidi, kteří to potřebují.
... dobrou věc. Díky nim můžou mít dítě i lidé, kteří by ho jinak neměli.
... pomoc pro ty lidi s tímto problémem.
... normální věc. Když to jinak nejde, tak aspoň takhle.

4. Darované spermie, vajíčka nebo embrya bych přijala pokud ...

... nepřijala.
... nepřijala, raději bych si dítě adoptovala.
... bych nemohla mít děti.
... bych věděla od koho jsou (dárce by nebyl anonymní) a znala jeho vzdělání, koníčky
...
... *neuveđeno*.
... bych ztratila naději, že to nejde normální cestou.
... nemohla mít dítě.
... bych nemohla mít děti vlastní.
... bych nebyla plodná nebo při jakékoli komplikaci zabraňující, abych měla dítě.
... bych nemohla mít vlastní dítě/děti.
... bych věděla, kdo je jejich majitel.
... bych nemohla mít své dítě.
... bych nemohla otěhotnět nebo bych neměla partnera.
... bych nemohla být přirozeně oplodněna.
... nepřijala, protože pokud nemám být těhotná, tak nebudu.
... vím, že chci děti a nemůžu mít vlastní.
... bych byla neplodná a chtěla za každou cenu dítě.

... bych byla nemocná a nemohla mít "vlastní" děti.
... by mě žádný chlap nechtěl a já chtěla dítě.
... bych nemohla mít děti.
... by to bylo potřeba.
... nepřijala.
... bych nemohla otěhotnět nebo neměla partnera a chtěla bych otěhotnět.
... pokud by to byla moje poslední možnost.
... bych věděla, komu patří (rasa aj.).
... byla bych neplodná.

5. Spermie, vajíčka a embrya bych sama darovala pokud ...

... bych měla potřebu či pádný důvod.
... bych věděla, že někomu pomůžu, ale nejsem si jistá na 100 %, že bych to udělala.
... by mi bylo líto kamarádů/rodiny a oni mě oslovili.
... nejspíš bych je nikdy nedarovala, možná jen v závažné situaci, kdyby mě o to požádala např. moje nejlepší kamarádka, abych to pro ni udělala.
... nedarovala bych, protože to pro mě má svoji hodnotu.
... bych byla připravena darovat je někomu.
... pokud bych věděla, že takto někomu pomůžu.
... by mě o to požádala nejbližší kamarádka, nebo bych chtěla udělat někoho jentak šťastným.
... nedarovala, chci mít děti.
... by mě o to někdo poprosil a já si byla jistá, že dělám správnou věc.
... nedarovala bych vajíčka.
... pokud by ti, kterým bych je darovala, o to dítě velmi stáli.
... bych znala někoho, kdo nemůže mít děti a bylo mi jich líto.
... bych to uznala za vhodné.
... pokud bych to uznala za vhodné.
... by je někdo potřeboval.
... by mi nehrozili žádná rizika.
... bych už žádné děti nechtěla.
... bych chtěla.
... bych věděla, že to udělá někomu velkou radost.
... by to bylo potřeba.
... bych měla potřebu být užitečná.
... by mě požádali známí, že to potřebují, jinak ne.
... bych věděla, že by to někomu mohlo velice pomoci.
... by to někdo z mých nejbližších vážně potřeboval.
... by to někdo v rodině potřeboval. Jentak někomu bych to asi nedarovala.

6. Vyšetření genetické výbavy embrya (zda není nositelem genetického onemocnění) před jeho přenesením do těla matky je z mého pohledu ...

... zcela normální.
... velmi přínosné.

... dobré. Mělo by se provádět. Přece nikdo nechce, aby zdědil nějaké nemoci.
... správné, co by to mělo za význam podstoupit těžké zákroky a potom by embryo bylo nemocné a matka by v nejhorším případě potratila.
... *neuvedeno*.
... je to dobrý nápad, vždy se s tím dá něco udělat.
... správné.
... krok vpřed, který může zabránit zrodu nezdravého dítěte nebo podobně.
... prevence.
... nutné vyšetření.
... dobrá věc, aspoň se zjistí, zda bude dítě zdravé.
... správné.
... dobré, aby se zjistilo, jestli není nemocné.
... *neuvedeno*.
... normální, věda pokročila dál a to je dobře.
... opatrné.
... ohleduplné, správné... přece nechceme porodit dítě s dědičnou nemocí.
... dobrý nápad a prevence.
... zcela normální.
... *neuvedeno*
... nezbytné.
... nutné.
... potřebná věc, aby se rodiče mohli dopředu připravit, pokud s dítětem něco bude.
... nejlepší řešení jak předejít různým nemocem a postižením dítěte.
... *nevím, nemám dostatek informací*.
... úplně normální. Je to lepší vědět a nechat se vyšetřit.

7. Spermie a vajíčka, která nebyla v průběhu umělého oplodnění využita, by měla být

...

... zachována v případě, že by nedošlo k poškození.
... odstraněna.
... zničena nějakým způsobem nebo uschována pokud jdou použít po době, a taky pokud s tím budou souhlasit "majitelé".
... od zdravých dárců, aby v průběhu umělého oplodnění nedošlo ke komplikacím.
... *neuvedeno*.
... někde vyhozena.
... uschována.
... *nevím - nemám dostatek informací*.
... *neuvedeno*.
... zničena, spláchnuta, ...
... nevím, asi nějak zlikvidována nebo použita na jinou osobu.
... zmrazena, pokud s tím dárce souhlasil.
... *nevím - nemám dostatek informací*.
... pokud je to možné, pak uchována.
... dále uschována, pokud to je možné.

... zlikvidována.
... měli by se uschovat pro další účely.
... použita pro další.
... zničena.
... *neuveдено*.
... zničena.
... odstraněna.
... zmražena a využita jindy u někoho jiného.
... nějak uschována, aby mohla být dále použita.
... nepoškozená.
... spláchnuta.

8. Embrya, která nebyla v průběhu umělého oplodnění využita, by, podle mě, měla být ...

... zachována v případě, že by nedošlo k poškození.
... odstraněna.
... zničena nějakým způsobem.
... od rodičů, kteří nejsou závislí na alkoholu nebo drogách.
... *neuveдено*.
... někde uložena.
... přenesena do těla druhé matky.
... *nevím, nemám dostatek informací*.
... *neuveдено*.
... zničena.
... nevím, asi nějak zlikvidována nebo použita na jinou osobu.
... dána do těla jiné matky.
... *nevím, nemám dostatek informací*.
... zachována, pokud je to možné.
... dále uschována, pokud to je možné.
... *neuveдено*.
... měla by se uschovat pro další účely.
... *nechci uvést*.
... ponechána.
... *neuveдено*.
... zničena nějakým způsobem.
... zachována.
... zmražena a využita jindy u někoho jiného.
... *nevím, nemám dostatek informací*.
... využita k jinému oplodnění.
... spláchnuta.

9. Snížení počtu plodů při vícečetném těhotenství je podle mého názoru ...

... podle přání ostatních (matky).
... *nevím, nemám dostatek informací*.

... *nevím, nemám dostatek informací.*
... špatné, jsem proti tomu! Každý má nárok na život a nikdo by o tom neměl rozhodovat.
... *neuveдено.*
... zajímavé.
... špatné.
... nefér vůči dalšímu dítěti.
... jsem zcela proti tomu.
... *nevím, nemám dostatek informací.*
... *nevím, nemám dostatek informací.*
... divné.
... *nevím, nemám dostatek informací.*
... *neuveдено.*
... v pořádku, pokud to tak rodiče chtějí a vědí, že o více dětí by se nebyli schopni postarat.
... záleží na okolnostech.
... v pořádku.
... záleží na situaci, když to ohrožuje život, tak je to dobré, ale když je vše OK, tak špatně.
... normální.
... *neuveдено.*
... odstranit/ponechat - na zvážení rodičů.
... špatné.
... špatné.
... pokud by byla na životě ohrožena matka, tak je to dobré.
... věc každého.
... *neuveдено.*

10. Možnost nechat si porodit dítě třetí osobou (tzv. náhradní matkou) vnímám ...

... je to na domluvě matky, otce a dárce.
... jako pomoc matkám, které samy rodit nemohou a z nějakého důvodu nechtějí adopci.
... podle mě to není špatný nápad, ale já bych do tohodle nešla, raději bych si dítě adoptovala.
... no je to jako adopce, myslím, že je to lepší v tom, že známe matku.
... *neuveдено.*
... když to matka nemůže donosit, tak jako dobrou věc, co by matka pro své dítě neudělala.
... sice je to taky možnost, ale myslím, že větší pouto si naváže matka s dítětem, pokud ho sama porodí.
... jako krajní možnost.
... jako štědrost náhradní matky udělat z někoho rodiče.
... když žena nemůže sama porodit dítě a nabídne se někdo jiný/blízká osoba třeba, tak si myslím, že je to normální.

... myslím si, že já osobně bych si tohle udělat nemohla, dítě by mělo mít jednu a stálou matku.
... jako někdy obyčejnou věc, že když ta jedna matka by nemusela ten porod přežít.
... *nevím, nemám dostatek informací.*
... nijak nevnímám, já bych do toho nešla.
... já bych do toho určitě nešla.
... jeho hrdinství.
... jako pomoc.
... jako pokrok v lékařství.
... jako nenormální věc.
... jako adoptování dítěte.
... až jako poslední možnost.
... nesnesla bych, aby mi MOJE dítě porodila jiná žena.
... jako dobré a šlechetné od 3. osoby.
... *neuvedeno.*
... jako pokud je to opravdu nutné.
... já osobně bych si to nenechala udělat, ale když jiným matkám to nejde a chtějí mít dítě, tak proč ne.

11. Psychologická pomoc lidem podstupující umělé oplodnění by ...

... měla být představena všem, kterých se tohle týká.
... nevím, co k tomu říct, ale asi je to dobrá věc.
... měla být, pokud to potřebují.
... měla být myslím, že je to velmi náročné na psychiku.
... *neuvedeno.*
... někdy se stane, že někdo z partnerů to nezvládá.
... pokud tuto pomoc žádají, potřebují, měla by být.
... měla být co největší.
... měli podstoupit všichni, co se jich to týká.
... měla být nabídnuta.
... měla lidem hodně pomoci a rozmyslet si, že to opravdu chtějí.
... měla být někdy využita, v nějakých případech.
... nevím, co k tomu říct, ale asi je to dobrá věc.
... měla být poskytnuta těm, co ji chtějí.
... pokud to chtějí, tak proč ne.
... *neuvedeno.*
... pomohla a připravovala na miminko.
... měla být poskytnuta každému.
... neměla být nutná .
... měla být.
... měla být nabídnuta, kdyby byla potřeba.
... měla být v případě nutnosti.
... měla být.
... *nevím, nemám dostatek informací.*

... měla být užitečná, podpořit.

... nepřijde mi, že je to zas tak velký zákrok, takže ta psychologická pomoc by ani moc nemusela být, ale zas závisí na typu člověka.

12. Myslím si, že umělé oplodnění by měly být placeno z ...

... části státem, v případě, kdy jeden z páru není schopen oplození.

... by měla být placena na půl pojišťovnou a rodiči.

... zdravotní pojišťovna aspoň půl platby.

... pojišťovny a né mít omezený počet pokusů a pak si to platit sami, když nový život je zázrak a každý má nárok na život.

... *neuvedeno*.

... důvodu, že na něho nemůže jít každý.

... státem.

... ze státu.

... pojišťovny.

... peněz rodiny, ale i z peněz pojišťovny.

... poloviny sám a z poloviny pojišťovna.

... státem.

... nemyslím si, že by se za to mělo platit.

... každý by si to měl platit sám, když to chce.

... ať si to zaplatí každý sám.

... nemělo by být placeno.

... části pojištění a vlastních peněz.

... ze zdravotního pojištění.

... kapsy zájemce.

... zdravotní pojišťovnou.

... vlastních zdrojů.

... ze zdravotního pojištění.

... *neuvedeno*.

... *neuvedeno*.

... *nevím, nemám dostatek informací*.

... měla by to hradit zdravotní pojišťovna.

Příloha 6 Soubor výpovědí žáků 4. ročníku

VSTUPNÍ INFORMACE

Ročník: 4.

Počet případů: 24

SOUBOR NEDOKONČENÝCH VĚT A PREZENTOVANÝCH VÝPOVĚD

1. Jako počátek lidského života, tedy moment, od kterého mluvíme o člověku se všemi jeho právy, vnímám ...

... jako zrod individuální bytosti.

... narození dítěte.

... každého živého jedince, člověka, dítě hned po narození.

... od prvního nádechu dítěte.

... *neuveдено*.

... jak mi roste břicho.

... od vzniku embrya.

... spojení vajíčka a spermie.

... spojení vajíčka a spermie.

... již od shluku buněk. Je to již začátek života a geneticky je to již člověk.

... *neuveдено*.

... moment splynutí vajíčka a spermie.

... *neuveдено*.

... *neuveдено*.

... od 3. měsíce.

... narození dítěte.

... nejkrásnější zážitek života, je to zázrak.

... od vzniku embrya.

... jako samotné narození člověka.

... porod.

... *nevím, nemám dostatek informací.*

... porod dítěte.

... od chvíle, kdy se plod začne pohybovat.

... od narození dítěte.

2. Umělé oplodnění je podle mě určeno lidem, kteří ...

... jsou impotentní.

... nemohou otěhotnět a ženy, které nemohou najít partnera.

... nemohou mít děti přirozenou cestou.

... nemohou mít vlastní dítě ze zdravotních důvodů (z mužské nebo ženské strany).

... nemohou otěhotnět pohlavním stykem.

- ... mají homosexuální orientaci, partner je neplodný nebo páru nejde otěhotnět.
- ... se snaží dlouhou dobu otěhotnět, ale příroda jim to nepřeje.
- ... mají problémy s otěhotněním.
- ... nemohou mít děti (počít dítě při pohlavním styku).
- ... mají problémy přirozenou cestou počít dítě, i když možná lidé co spolu nemohou mít děti, je prostě nemají mít z nějakého důvodu.
- ... se snaží o oplodnění, o dítě.
- ... dlouhodobě nemůžou počít klasickým způsobem.
- ... mají problémy s oplodnění vajíčka u žen nebo u mužů, kteří prodělali nějakou nemoc.
- ... se delší dobu snaží o dítě a nemají možnost otěhotnět normální cestou.
- ... nemohou nějakou dobu (minimálně rok) otěhotnět, ale myslím, že musí být manželé.
- ... nemají možnost jiným způsobem otěhotnět.
- ... nemohou mít děti a nedaří se jim přirozeně počít.
- ... nemohou mít jakýmkoli způsobem dítě.
- ... nemohou otěhotnět a dítě by si moc přáli.
- ... nemohou otěhotnět přirozenou cestou.
- ... ze zdravotních důvodů, nemohou mít dítě přirozenou cestou.
- ... nemají možnost mít vlastní děti, např.: neplodné ženy.
- ... po delším snažení nemohou otěhotnět.
- ... kteří nemohou otěhotnět pohlavním stykem.

3. Dárcovství spermií, vajíček a embryí vnímám jako ...

- ... *neuveдено*.
- ... nelíbilo by se mi, kdyby spermie daroval můj partner, jinak je to asi dobrá věc, která může pomoci spoustě ženám nebo párům.
- ... dobrou věc. U muže to schvaluji, jestliže to není nějaký "tvor", co je nevzdělaný, škaredý a chce udělat dobrou věc pro cizí ženu nebo pár, co bohužel nemá takovou možnost. Dárcovství u žen bych prováděla, až žena dárkyně bude mít alespoň jedno dítě.
- ... dobročinnou a dobrovolnou činnost.
- ... normální.
- ... dobrý nápad.
- ... dobrou, užitečnou věc.
- ... užitečnou věc.
- ... správnou věc.
- ... dobrou věc. Sama jsem dárcem, je to cesta jak pomoci neplodným párům.
- ... docela dobrá věc pro lidi, ženy, muže, kteří mají problém s otěhotněním.
- ... nemám s tím problém. Přijde mi to jako pomoc potřebným – je to stejné jako dárcovství krve.
- ... pomoc ostatním lidem, kteří nemají takové štěstí, jako ostatní, anebo prodělali chorobu, nějakou havárii atd.
- ... nemám na to názor, ale myslím si, že někteří to dělají jen kvůli penězům.
- ... normální věc a pomoc ostatním lidem v nouzi.

- ... dobrou věc.
- ... *nevím, nemám dostatek informací.*
- ... dobrou věc. Pokud s tím dárcem opravdu souhlasí, tak nemám nic proti.
- ... dobrý skutek pro lidi, kteří budou jejich biologický vzorek potřebovat.
- ... dobrou věc.
- ... dobrou věc.
- ... dobrý nápad, určitě se využije.
- ... prospěšné pro veřejnost.
- ... dobrý skutek.

4. Darované spermie, vajíčka nebo embrya bych přijala pokud ...

- ... bych nemohla otěhotnět.
- ... bych věděla či jsou.
- ... bych neměla jinou možnost a chtěla bych dítě.
- ... bych silně toužila po dítěti a nemohla mít ze zdravotních důvodů nebo neměla partnera.
- ... bych nemohla mít děti.
- ... bych měla nějaký problém s otěhotněním.
- ... bych měla onemocnění, které brání vzniku vajíček.
- ... bych už neměla na vybranou.
- ... bych neměla jinou volbu, když by nebyla jiná možnost, jak mít děti.
- ... bych byla skutečně zoufalá a nemohla bych jiným způsobem otěhotnět.
- ... pokud bych hodně toužila po dítěti, z důvodu, že mě spermie přítele nemohou oplodnit.
- ... bych nemohla otěhotnět s partnerem klasickým způsobem a v tom nejzazším případě.
- ... pokud by mi nešlo otěhotnět, nebo pokud bych neměla muže a chtěla bych dítě.
- ... bych byla plně informována o možných problémech a měla silnou touhu mít dítě.
- ... bych s partnerem, manželem, nemohla otěhotnět.
- ... by nebyla jiná možnost – pokud by můj partner byl neplodný.
- ... bych nemohla otěhotnět nebo kdybych věděla, že mám nějaké “nemocné”, neschopné vajíčka. Určitě bych to nebrala jako něco špatného.
- ... bych věděla nějaké informace o dárci – jaké má povahové vlastnosti, nemoci, jakou má práci.
- ... bych nemohla otěhotnět.
- ... by nebyla jiná možnost otěhotnět.
- ... bych nemohla otěhotnět.
- ... bych byla neplodná a neměla možnost mít děti, i když nevím, jestli bych se smířila s tím, že to dítě nebude "moje" (geneticky).
- ... bych neměla jinou možnost jak otěhotnět.
- ... by nebyla jiná možnost.

5. Spermie, vajíčka a embrya bych sama darovala pokud ...

- ... bych chtěla pomoci lidem.
- ... nedarovala bych.
- ... bych už měla alespoň jedno dítě a nechtěla další.
- ... kdykoliv, protože nikdy nevím, jestli já sama někdy nebudu potřebovat.
- ... nedarovala bych.
- ... z dobrého pocitu, že pomůžu jiným lidem a pokud bych byla zdravá.
- ... by mě o to někdo požádal.
- ... by to byla otázka života a smrti.
- ... by mě někdo vydíral, nechtěla bych darovat embryo dobrovolně.
- ... bych mohla, sama ale již daruji.
- ... nedarovala bych.
- ... by to nebylo nezbytně nutné.
- ... bych už měla děti a nechtěla bych už otěhotnět.
- ... nedarovala bych.
- ... uvažuji o tom.
- ... *nechci uvést.*
- ... bych už měla děti a věděla bych, že to může někomu pomoci.
- ... pravděpodobně bych nikdy svá vajíčka či embrya nikomu nedarovala.
- ... bych to uznala za vhodné.
- ... by to bylo nezbytně nutné.
- ... *neuveďeno.*
- ... bych už měla vlastní děti (2) a nechtěla už další. Byla bych ráda, kdybych mohla pomoci ostatním.
- ... bych asi nedarovala. Nejsem si v téhle chvíli jistá. Ale asi až po svých dětech.
- ... nedarovala bych.

6. Vyšetření genetické výbavy embrya (zda není nositelem genetického onemocnění) před jeho přenesením do těla matky je z mého pohledu ...

- ... dobrá věc.
- ... nezbytné.
- ... správné.
- ... dobrá prevence. Takových vyšetření by mělo být více.
- ... normální.
- ... dobrý.
- ... správné.
- ... velice dobré, užitečné.
- ... správné.
- ... správné, ale z druhého pohledu se domnívám, že se děti přijímají takové, jaké jsou.
- ... dobré vyšetření pro zjištění genetiky.
- ... nadstandard, protože žena, která otěhotní normálním způsobem, si nemůže říct:
„Tohle embryo nechci.“
- ... *neuveďeno.*
- ... dobrá věc. Myslím si, že je toto vyšetření dobré.

- ... velmi přínosné.
- ... dobrá věc. Může se předejít různým vývojovým a vrozeným vadám.
- ... nutnost.
- ... správné. Určitě je to důležitá informace pro budoucí matku, které bude dotyčné embryo darováno.
- ... dobrý krok.
- ... velice důležité.
- ... *nevím, nemám dostatek informací.*
- ... dobrý nápad.
- ... velice důležité.
- ... dobré vyšetření, díky kterému víme, co a jak.

7. Spermie a vajíčka, která nebyla v průběhu umělého oplodnění využita, by měla být

...

- ... vyhozena.
- ... zachována.
- ... zachována.
- ... znovu vrácena zpět do spermabank (pokud nejsou poničené, poškozené).
- ... nezachována.
- ... uschována nebo vyhozena.
- ... schována pro dalšího zájemce.
- ... zničená.
- ... zlikvidována.
- ... buď uchována, kdyby to bylo možné, jinak bych je asi znehodnotila, sice to jsou nositele genetické informace, ale pořád jen zárodečné buňky.
- ... odstraněna.
- ... zlikvidována.
- ... uschována.
- ... odstraněna.
- ... opět zmražena a čekat na další klienty.
- ... uschována.
- ... zamražena nebo použity někde jinde.
- ... zamrazena.
- ... dána zpět k dispozici.
- ... zneškodněna.
- ... znovu použita u jiné pacientky.
- ... zneškodněna.
- ... na nějakou dobu uschována.
- ... *nevím, nemám dostatek informací.*

8. Embrya, která nebyla v průběhu umělého oplodnění využita, by, podle mě, měla být ...

- ... zachována.
- ... *nevím, nemám dostatek informací.*

... zachována (jestli to jde, nevím).
... zničena.
... *neuveđeno*.
... uschována nebo vyhozena.
... uschována.
... *neuveđeno*.
... nevím, je to složité.
... toto je jediná věc, která mi v asistované reprodukci vadí, je to plýtvání lidským životem.
... odstraněna.
... použita ve výzkumu.
... uschovat a darovat jiným.
... odstraněna.
... nabídnuta jiným párům.
... uložena, pokud mají dobrý potenciál.
... zamražena.
... *nevím, nemám dostatek informací*.
... dána zpět k dispozici.
... zneškodněna.
... zachována a uložena.
... *nechci uvést*.
... uschována.
... *neuveđeno*.

9. Snížení počtu plodů při vícečetném těhotenství je podle mého názoru ...

... *neuveđeno*.
... záleží na páru.
... nesmysl!
... špatné, pokud neohrožují matku nebo zdravý vývoj plodů, nemají být počty sníženy.
... *neuveđeno*.
... špatné.
... správné.
... *neuveđeno*.
... špatné, já sama bych chtěla dvojčata, je to dar.
... vražda!
... *neuveđeno*.
... nehumánní, další zásah do organismu, který už je tak všemi možnými metodami poškozen.
... normální.
... nemyslím si, že by se měli snižovat počty plodů.
... špatné, lidé by měli být rádi.
... špatné, může dojít k porušení dalších plodů.
... *nevím, nemám dostatek informací*.
... *nevím, nemám dostatek informací*.

- ... špatné, lidé mají být šťastní, že mají to štěstí mít více dětí.
- ... užitečné.
- ... *nechci uvést.*
- ... *nechci uvést.*
- ... vhodné, když se uchytí více než dvě.
- ... *neuveďeno.*

10. Možnost nechat si porodit dítě třetí osobou (tzv. náhradní matkou) vnímám ...

- ... jako otřesnou věc.
- ... proč ne.
- ... tak, že každý je jiný a každý na to má jiný názor. Já osobně bych dlouho zvažovala, zda do toho jít, je tam spousta rizik.
- ... jako nevhodnou a nenechala bych dítě odnést někým jiným.
- ... jako jednu z možností.
- ... v některých případech dobrý.
- ... jako ne moc dobrý nápad, protože náhradní matka se může k dítěti fixovat.
- ... jako nesmysl.
- ... jako divnou věc, ale dá se to pochopit. Nevím, jak se cítí žena, která touží po dítěti. Neodsuzuji to.
- ... je to zvláštní případ. V případě, že si první žena nechce zničit figuru těhotenstvím, je to zhovadilost. Pro páry s problémy je to pomoc.
- ... jako nesmysl. Matka dítěte, je vždy ta, která ho porodila a nosila ho celé měsíce.
- ... jako dobrý nápad, pokud není jiná možnost, a opravdu toužím být matkou, mám stálého partnera a jsem schopna dítěti poskytnout veškerou péči, tak v tomto nevidím problém.
- ... jako nesmysl a nepodstoupila bych to.
- ... jako ne moc dobrý, protože i ta náhradní matka má touhu k tomu dítěti. Je těžké ho odnést a pak ho dát pryč.
- ... pozitivně.
- ... nelidskost – každá žena by si měla zkusit projít porodem.
- ... jako dobrou věc, ale společnost to vnímá úplně jinak. Myslím, že kdybych měla nějakou super kamarádku a ta by dítě nechtěla a já nemohla mít, tak bych to podstoupila, ale já bych nedokázala dát dítě někomu jinému.
- ... dobré, ale myslím si, že pro náhradní matku bude poté těžké se s porozeným dítětem rozloučit.
- ... v některých případech jako dobrý krok, např.: když je matka třeba HIV pozitivní.
- ... jako risk.
- ... poslední možnost.
- ... podle mého názoru to není dobrý nápad, určitě bych to neakceptovala.
- ... ze strany ženy, která to dítě mít nemůže - skvělé řešení, ze strany třetí osoby - velmi stresující a psychicky náročné se dítěte po porodu vzdát.
- ... jako ujeté.

11. Psychologická pomoc lidem podstupující umělé oplodnění by ...

- ... by měla být.
- ... pokud není potřeba, tak by nemusela být, pokud se umělé oplodnění vícekrát nedaří, bylo by to prospěšné.
- ... měla být poskytnuta jen těm, co ji potřebují, nebo si to vyžádají.
- ... měla být poskytnuta ženám, které takovou péči vyžádají.
- ... měla být samozřejmostí.
- ... by měla dále probíhat.
- ... měla stále probíhat.
- ... by měla být kvalitní.
- ... měla být dostatečná, musí to být náročné.
- ... měla být potřeba a měla by být dostupná.
- ... měla určitě být pro podporu psychiky matky i otce.
- ... být v každém páru, který umělé oplodnění podstupuje, měla by být u obou partnerů.
- ... měla lidem pomoci, ale bohužel někdy ne.
- ... měla být vždycky.
- ... by měla být jen, když si o to pár sám požádá nebo zdravotník uzná za vhodné.
- ... *nechci uvést.*
- ... měla být nutností.
- ... mělo určitě proběhnout jak pro obdarovanou budoucí matku, budoucího otce, tak i pro náhradní matku.
- ... měla být s lidským přístupem, neboli lidé jsou citliví, když nemohou mít dítě přirozenou cestou.
- ... měla být poskytována.
- ... měla by být určitě.
- ... není nutná.
- ... ano, pokud je to potřeba.
- ... je to vhodné, pro ty, co to chtějí a potřebují.

12. Myslím si, že umělé oplodnění by měly být placeno z ...

- ... z principu.
- ... pojištění.
- ... určitě by mělo být více pokusů placeno pojišťovnou, samozřejmě nemůžou zaplatit 20 pokusů, ale pravděpodobnost, že se to povede na 1. nebo 2 je asi tak 1:5, což je málo.
- ... se současným systémem souhlasím, ale možná bych snížila částky u dalších pokusů.
- ... pojišťovnou.
- ... peněz páru, který se o to pokouší.
- ... pojišťovny, protože i chudí lidé si zaslouží mít dítě.
- ... pojišťovny.
- ... pojišťovny.
- ... z kapes pojišťoven.
- ... určitě, protože by si to mohl pak dovolit úplně každý a mohli by to zneužívat.
- ... z části státem, z části rodiči samotnými.

- ... méně, než teď.
- ... z půlky.
- ... pojišťovny a státem.
- ... státních dotací, z pojištění.
- ... pojišťovny, protože je velice drahé a některé páry, které nemají dostatek financí a chtěly by vlastní dítě a nepovedlo se jim to na první pokus, tak už nemají šanci.
- ... mělo by být placeno státem.
- ... až u lidí, co už nějaké děti mají, ale těm co nemají žádné, bych to dala zdarma,
- ... zdravotní pojišťovna.
- ... zdravotní pojišťovnou.
- ... *nechci uvést.*
- ... celé by měl platit stát.
- ... nemělo být placeno.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Dagmar Pařenicová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotvĕdy
Vedoucí práce:	PhDr. Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2015

Název práce:	Vybrané etické aspekty asistované reprodukce
Název v angličtinĕ:	Selected ethical aspects of assisted reproduction
Anotace práce:	<p>Diplomová práce se zamĕruje na oblast etického rozmĕru asistované reprodukce, na zařazení tohoto tĕmatu do vŕuky na střednĭch zdravotnickŕch školách a na vnĭmání zmĭněné problematiky žáky vybrané střednĭ zdravotnickĕ školy. Práce prezentuje náhled tuzemskŕch i zahraničnĭch autorŕ na dĭlčí otázky etické dimenze asistované reprodukce. Analŕza obsahu kurikulárnĭch dokumentŕ mapuje zastoupení tĕmatu asistované reprodukce v Rámcovĕm vzdĕlávacĭm programu pro obor Zdravotnickŕ asistent a ve Školnĭm vzdĕlávacĭm programu vybrané střednĭ zdravotnickĕ školy. Kvalitativnĭ vŕzkumnĕ šetřenĭ identifikuje, analyzuje a interpretuje vnĭmání žákŕ vybrané střednĭ zdravotnickĕ školy tohoto tĕmatu. Na základĕ zĭskanŕch dat byl vytvořen návrh vŕukové jednotky na tĕma etické aspekty asistované reprodukce.</p>
Klíčová slova:	Asistovaná reprodukce; etika; vŕuka etiky; metoda nedokončenŕch vĕt; střednĭ zdravotnickĕ škola; zdravotnickŕ asistent

Anotace v angličtině:	Diploma thesis focuses on the ethical dimension of assisted reproduction. It contains also perception of ethical dimensions of assisted reproduction by students of selected secondary nursing school with suggestions how to include the topic in the teaching. The thesis presents opinions of Czech and foreign authors on particular ethical dimensions of assisted reproduction. The thesis analyze teaching plans of this school and its coverage for ethical dimensions of assisted reproduction. Qualitative research of this topic identifies, analyzes and interprets the perception of students of selected secondary nursing school. A proposal of a teaching unit about ethical aspects of assisted reproduction was created based on the research data.
Klíčová slova v angličtině:	Assisted reproduction; ethic; teaching ethic; method of unfinished sentences; secondary nursing school; healthcare assistant
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha 1 Podkladové materiály pro výzkumné šetření – průvodní list, informovaný souhlas, soubor nedokončených vět</p> <p>Příloha 2 Návrh výukové jednotky – příprava na výuku dle S. Ryse</p> <p>Příloha 3 Metodické listy pro pedagogy</p> <p>Příloha 4 Pracovní listy pro žáky</p> <p>Příloha 5 Soubor výpovědí žáků 1. ročníku</p> <p>Příloha 6 Soubor výpovědí žáků 4. ročníku</p>
Rozsah práce:	103 s.
Jazyk práce:	Český jazyk