

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Bc. Soňa Srňáková

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Limity dárcovství v asistované reprodukci

Olomouc 2013

vedoucí práce: Mgr. Věra Vránová, Ph.D.

Prohlášení

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

V Olomouci dne 17. 6. 2013

.....

Bc. Soňa Srnáková

Poděkování

Děkuji Mgr. Věře Vránové, Ph.D., za odborné vedení diplomové práce, poskytování cenných rad, podnětů a materiálových podkladů k práci.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1 CÍLE PRÁCE.....	8
2 TEORETICKÉ POZNATKY	9
2.1 Neplodnost a asistovaná reprodukce.....	9
2.1.1 Metody asistované reprodukce	10
2.2 Dárcovství v asistované reprodukci	12
2.2.1 Legislativa dárcovství.....	12
2.2.1.1 Směrnice Evropského parlamentu a Rady	13
2.2.1.2 Směrnice Evropské komise.....	14
2.2.2 Právní úprava asistované reprodukce v České republice	17
2.2.3 Bioetické otázky dárcovství v asistované reprodukci.....	20
2.2.4 Dárcovství gamet a embryí	24
2.2.4.1 Dárcovství spermií.....	24
2.2.4.1.1 Odměna dárčům spermatu	26
2.2.4.1.2 Anonymita dárce spermatu	26
2.2.4.1.3 Věk dárce spermatu	27
2.2.4.1.4 Právní omezení a speciální požadavky	27
2.2.4.2 Dárcovství oocytů	28
2.2.4.2.1 Anonymní a neanonymní dárcovství oocytů	29
2.2.4.2.2 Odměna dárkyním oocytů.....	30
2.2.4.2.3 Věk dárkyň oocytů.....	31
2.2.4.2.4 Věková hranice příjemkyň.....	31

2.2.4.3	Dárcovství embryí.....	32
2.2.4.3.1	Právní omezení a speciální požadavky	32
2.2.4.4	Míra informovanosti	33
2.2.5	Surogátní mateřství	35
2.2.5.1	Často diskutované otázky	36
2.2.5.2	Právní úprava ve světě	38
2.2.6	Otázka informovanosti dítěte o jeho původu	40
3	METODIKA PRÁCE	41
3.1	Charakteristika souboru	41
3.2	Metoda sběru dat	41
3.3	Organizace průzkumu	42
3.4	Zpracování dat	42
4	VÝSLEDKY	43
5	DISKUSE.....	109
ZÁVĚR	117
SOUHRN	122
SUMMARY	123
REFERENČNÍ SEZNAM	124
SEZNAM ZKRATEK	127
SEZNAM TABULEK	128
SEZNAM GRAFŮ	133
SEZNAM PŘÍLOH	137

ÚVOD

Privádění potomků na svět patří v našem životě určitě k důležitým úkolům a zároveň radostem. V dnešní době to můžeme nazývat také úspěchem. Mnohým přijde tento biologický úkol jako samozřejmost, což však není pravda. Přiznám se, že jsem takto smýšlela také, dokud jsem se do této problematiky nedostala hlouběji jakožto studentka porodní asistentky a později i jako žena přemýšlející nad budoucností.

Nechtěná bezdětnost byla už v roce 1977 definována WHO (Světová zdravotnická organizace) jako nemoc. V dnešní době je bohužel běžným problémem a různé průzkumy průmyslově vyspělých zemí ukazují, že 15 – 20 % párů toužících po dítěti má problémy tuto svou touhu naplnit bez pomoci odborníků. Odborná pomoc souvisí jak s lékařským poradenstvím, tak především s využitím technik asistované reprodukce (Ostró, 2009, s. 14).

Veliký a rychlý pokrok v oblasti reprodukční medicíny s využitím nových klinických technik asistované reprodukce, které umožňují kromě koncepce mimo dělohu ženy i další někdy těžko uvěřitelné možnosti, určitě zajímá svět, povzbuzuje vědce k další práci a dává nové šance neplodným párům. Avšak nese s sebou také další nové problémy, především etické, právní i sociální, které vyúsťují v diskuse a spory mezi odborníky, veřejností i na úrovni státu (Ostró, 2009, s. 7, s. 14).

Dárcovství gamet (zárodečných buněk) představuje zahrnutí třetí osoby do procesu léčby neplodnosti a může tuto léčbu komplikovat více z etického i psychologického hlediska, než je tomu při konzervativním umělém oplodnění. Dárcovství gamet může být motivováno mnoha faktory, například čistým altruismem či odměnou dárcům. Je praktikováno po celém světě a jeho využití je značně ovlivňováno náboženstvím a kulturními tradicemi dané země (Ostró, 2009, s. 45; www.iffs-reproduction.org, 2013-03-20).

Surogátní neboli náhradní mateřství zůstává celosvětově sporným a diskutabilním problémem. Dítě narozené z náhradního mateřství není vůbec geneticky příbuzné matce, která jej porodila, což zkomplikovalo všeobecně uznávané pravidlo, že jedinou matkou dítěte je žena, která dítě porodila (www.iffs-reproduction.org, 2013-03-20).

Diplomová práce je rozdělena na dvě části. První, teoretická část, přibližuje danou problematiku obecně, popisuje metody asistované reprodukce a podrobněji se zabývá dárcovstvím v asistované reprodukci, především právními aspekty a legislativou, hlavními

bioetickými otázkami, jednotlivými možnostmi darování a s tím souvisejícími diskutovanými problémy. Následně je nastíněna také problematika surogátního mateřství.

Ve druhé části bude zpracován průzkum, jehož úkolem je získat náhled laické veřejnosti a zdravotníků, jejichž názory mohou být do jisté míry ovlivněny profesionalitou, na problematiku dárčovství v asistované reprodukci a surogátního mateřství.

1 CÍLE PRÁCE

Hlavní cíl práce:

- Zjistit postoje a názory respondentů (laické veřejnosti a nelékařských zdravotnických pracovníků) k problematice dárcovství v asistované reprodukci.

Dílčí cíle práce:

1. Zjistit názory respondentů na zásady výběru dárců zárodečných buněk.
2. Získat náhled respondentů na možnou finanční odměnu dárcům zárodečných buněk.
3. Zjistit postoje respondentů k anonymnímu a neanonymnímu dárcovství zárodečných buněk.
4. Zjistit, jak se respondenti staví k možnosti využití darovaných zárodečných buněk mimo „neplodný pár“.
5. Zjistit, do jaké míry je dárcovství v asistované reprodukci pro respondenty přípustné.
6. Zjistit postoje respondentů vůči možnosti surrogátního mateřství.

2 TEORETICKÉ POZNATKY

2.1 Neplodnost a asistovaná reprodukce

Neplodnost neboli sterilita je neschopnost páru zplodit potomka po uplynutí jednoho roku při pravidelném nechráněném pohlavním styku dvakrát až třikrát týdně. S poruchou plodnosti se u nás potýká každý pátý pár, což činí kolem 10 - 15 % párů. Pár, kterému se nedaří početí po delší dobu, většinou vyhledá lékařskou pomoc. Podrobnější vyšetření pak v 50 % zjistí příčinu neplodnosti u ženy, ve 40 % je příčina u muže a u 10 % párů není nalezena příčina žádná (tzv. idiopatická – neobjasněná sterilita). U několika párů se pak příčina neplodnosti objeví u muže i ženy (Řežábek, 2008, s 23).

Z páru se většinou na lékaře obrátí žena, která navštíví svého gynekologa. Ten provede některá vyšetření sám, následují speciální vyšetření, za kterými je žena odesílána na specializované pracoviště. Gynekolog je schopen provést či zajistit i potřebná vyšetření partnera ženy. Pokud má muž pochybnosti o své plodnosti a chce nechat vyšetřit nejdříve sebe, obrací se na obvodního lékaře a ten jej odešle na specializované pracoviště (Řežábek, 2008, s. 21).

Mezi specializovaná pracoviště patří ambulance pro léčbu neplodnosti na odděleních gynekologie v krajských nemocnicích a hlavně pracoviště reprodukční medicíny, která jsou nazývána v zákonech a vyhláškách jako centra asistované reprodukce. Počet center asistované reprodukce v České republice je v současnosti 38 (www.adamcr.cz, 2013-03-30). Centra asistované reprodukce jsou u nás soukromá i státní při nemocnicích, splňují přísná kritéria týkající se jak obsazení personálu, tak přístrojového vybavení a úspěšnosti v léčbě (Řežábek, 2008, s. 22).

Velký význam je při vyšetřeních a léčbě pro neplodnost kladen na důkladnou informovanost. Všechna pracoviště reprodukční medicíny nabízejí informační letáky a samozřejmě informované souhlasy, mnoho informací lze najít také na internetových stránkách daného pracoviště. Pečlivě jsou zodpovězeny také všechny otázky pacientů (Řežábek, 2008, s. 22).

2.1.1 Metody asistované reprodukce

Léčba neplodnosti metodou asistované reprodukce se využívá tam, kde selhaly nebo nebyly dostačující jiné metody léčby neplodnosti. U žen předchází asistované reprodukci léčba hormonů, například klomifen citrátem anebo gonadotropiny, při poruše ovulace, (www.stopneplodnosti.cz, 2012-01-31), nebo chirurgické metody k odstranění mechanické překážky v malé pánvi, například srůstů vejcovodů, myomů či ložisek endometriózy (Řežábek, 2008, s. 49 – 52). U mužů je léčba neplodnosti před asistovanou reprodukcí také hormonální, a to gonadotropiny, při nízkém výskytu spermií nebo jejich malé pohyblivosti. Chirurgická léčba pak spočívá například v úpravě varikokély, odstranění podvazu chámovodů (vasovasostomie), dále sem patří metody MESA (Microsurgical Epididymal Sperm Aspiration) a TESE (Testicular Sperm Extraction), neboli chirurgický odběr spermií z nadvarlete a varlete (www.stopneplodnosti.cz, 2012-01-31).

První metodou asistované reprodukce, a stále nejčastěji používanou, je mimotělní oplodnění – In Vitro Fertilizace (dále jen IVF), doslova oplodnění ve skle. Oocyty (vajíčka) jsou spermiemi oplodněny v laboratorní misce, následuje embryotransfer – přenos jednoho nebo více embryí do dělohy. Díky této metodě se v Anglii po mnoha letech lékařského úsilí v roce 1978 narodilo první dítě „ze zkumavky“ – Luisa Brownová (Řežábek, 2008, s. 53). Metoda IVF byla vyvinuta hlavně pro pacientky s neprůchodnými vejcovody, avšak dnes je hlavním postupem v léčbě neplodnosti, také díky možné přesné kontrole počtu embryí vpravených do dělohy. Kromě neprůchodných vejcovodů jsou další indikace IVF endometrióza, poruchy spermií neschopných oplození a idiopatická neplodnost (Mardešič, 2000, s. 478, www.stopneplodnosti.cz, 2012-01-31).

Mezi alternativní postupy léčby neplodných párů, k jejichž vzniku vedl nárůst poznatků v lidské reprodukci, patří postupy používané při funkčních vejcovodech, kterými jsou transfer pohlavních buněk do nitra vejcovodů – Gamete Intrafallopian Transfer (dále jen GIFT), kdy k oplodnění dochází in vivo (v těle), a transfer zygot do nitra vejcovodů – Zygote Intrafallopian Transfer (dále jen ZIFT), kdy je už oplodněné vajíčko v určitém stádiu vývoje, zygoty, přeneseno do vejcovodu. Indikacemi uvedených postupů jsou neplodnost v souvislosti s endometriózou a poruchy hlenu děložního hrdla, někdy i mužská neplodnost. Tyto postupy však vedly k nekontrolovatelnému počtu embryí vstupujících do dutiny děložní a k nárůstu vícečetných těhotenství (Mardešič, 2000, s. 478; www.stopneplodnosti.cz, 2012-01-31).

Intrauterinní inseminace (dále jen IUI) znamená vstříknutí spermií do děložního hrdla nebo až do dělohy. Spermie jsou speciálně připraveny, aby měly maximální oplodňovací schopnost. Indikací bývá výskyt protilátek v hlenu děložního hrdla proti spermiím, malý počet spermií nebo málo spermií schopných oplodnění (Mardešič, 2000, s. 478; www.stopneplodnosti.cz, 2012-01-31).

Intracytoplasmatická injekce spermie (dále jen ICSI) je mikromanipulační technika in vitro, kdy je do oocyту vstříknuta jedna spermie pro jeho oplodnění. Používá se u mužské neplodnosti, kdy je malý výskyt normálních spermií a oplodňovací schopnost spermií je velmi snižena (www.stopneplodnosti.cz, 2012-01-31).

2.2 Dárcovství v asistované reprodukci

2.2.1 Legislativa dárcovství

V Evropských společenstvích jsou dárcovství a transplantace buněk, tkání či orgánů upraveny právními normami, a dárcovství v rámci reprodukční medicíny má zde zvláštní postavení, jelikož se jedná o darování od živých dárců a příjemci jsou v reprodukčním věku, většinou po tělesné stránce zdraví, avšak s poruchami reprodukce. Před právní úpravou se jednalo v oblasti dárcovství a transplantace spíše o usměrnění a doporučení, která hlavně sloužila k dodržování etických principů. Ta však nebyla v praxi dosti účinná, jelikož doporučení byla v různých zemích chápána a prováděna různým způsobem, což zhoršovalo spolupráci na mezinárodní úrovni. Vedle dodržování etických principů je potřeba vyžadovat vysokou kvalitu jednak odborné úrovně, prováděných postupů i ochrany osobních údajů v celém procesu dárcovství zárodečných buněk až po zavedení již získaných embryí. K formulaci zásad a pravidel v rámci dárcovství, která pak v zemích byla postupně uzákoněna, vedl nárůst metod dárcovství a uchovávání získaných buněk a tkání pro terapeutické účely, tak jako vstávající potřeba mezinárodní spolupráce (Ostró, 2009, s. 37).

Legislativa dárcovství a manipulace s tkáněmi a buňkami lidského původu byla v Evropském společenství dána přijetím hlavní směrnice Evropského parlamentu a Rady 2004/23/ES „o stanovení jakostních a bezpečnostních norem pro darování, odběr, vyšetřování, zpracování, konzervaci, skladování a distribuci lidských tkání a buněk“ (www.eur-lex.europa.eu.cz, 2012-10-27), dále přijetím směrnice Evropské komise 2006/17/ES, „kterou se provádí směrnice Evropského parlamentu a Rady 2004/23/ES, pokud jde o určité technické požadavky na darování, opatřování a vyšetřování lidských tkání a buněk“ (www.eur-lex.europa.eu.cz, 2012-10-27), a směrnice 2006/86/ES, „kterou se provádí směrnice Evropského parlamentu a Rady 2004/23/ES, pokud jde o požadavky na sledovatelnost, oznamování závažných nežádoucích reakcí a účinků a některé technické požadavky na kódování, zpracování, konzervaci, skladování a distribuci lidských tkání a buněk“ (www.eur-lex.europa.eu.cz, 2012-10-27), (Ostró, 2009, s. 37 – 38).

2.2.1.1 Směrnice Evropského parlamentu a Rady

Ve směrnici 2004/23/ES „o stanovení jakostních a bezpečnostních norem pro darování, odběr, vyšetřování, zpracování, konzervaci, skladování a distribuci lidských tkání a buněk“ (www.eur-lex.europa.eu.cz, 2012-10-27) je již v úvodu (odstavec 7) uvedeno, že se vztahuje také na reprodukční buňky (gamety - spermie a oocyty), plodové buňky, tkáně a buňky embryonální. Směrnice se nevztahuje na výzkum využívající lidských buněk a tkání pro jiné účely, než je použití v lidském těle (odstavec 11). Darování lidských buněk a tkání, jejich odběr, vyšetřování, uchovávání, zpracování a distribuce, by měly splňovat jakostní i bezpečnostní normy na vysoké úrovni, kvůli zajištění ochrany zdraví (odstavec 13). Dárcovství by mělo být dobrovolné a neplacené, důležitá je anonymita dárce i příjemce (odstavec 18). Dobrovolné a neplacené dárcovství může přispět k vysokým bezpečnostním normám a k ochraně zdraví lidí (odstavec 19). Tkáňová zařízení zabývající se buňkami a tkáněmi musí splňovat požadavky stanovené těmito směrnici. U tkáňových zařízení je vyžadována potřebná akreditace, pověření či povolení, které jsou uděleny kompetentními orgány členského státu evropského společenství (odstavec 21). Směrnice dbá a řídí se zásadami uvedenými v Listině základních lidských práv Evropské unie a Úmluvou o lidských právech a biomedicíně (odstavec 22). Odborní pracovníci v procesu dárcovství musí být dostatečně kvalifikováni a proškoleni (odstavec 27). Vhodné je vytvořit systém sledovatelnosti buněk a tkání od dárce k příjemci i zpět (odstavec 28), a nemělo by docházet k porušení anonymity dárce ani příjemce (odstavec 29), (Ostró, 2009, s. 38; www.eur-lex.europa.eu.cz, 2012-10-27).

V článku 4 je uvedeno, že směrnice členským státům nebrání zavést přísnější ochranná opatření a zároveň se směrnice nedotýká členských států zakazujících darování, vyšetřování, odběr, skladování, distribuci nebo použití určitého druhu lidských buněk či tkání z kteréhokoliv specifikovaného zdroje, tak jako i dovozů daného druhu lidských tkání či buněk. Článek 8 se zabývá sledovatelností a vyzývá, aby členské státy zajistily sledovatelnost všech odebraných, skladovaných, zpracovaných či použitých tkání a buněk od dárce k příjemci a naopak. Údaje pro zajištění sledovatelnosti se uchovávají ve všech etapách a nezbytné údaje pro plnou sledovatelnost by se měly uchovat aspoň 30 let od klinického použití (Ostró, 2009, s. 38; www.eur-lex.europa.eu.cz, 2012-10-27).

Směrnice v článku 12 nabádá členské státy k zajištění dobrovolného a neplaceného darování buněk a tkání, dále pak k definování podmínek, za kterých může být dárce

uhrazena částka, která pokrývá výdaje a nepříjemnosti s darováním spojené. Mělo by být zajištěno, aby se odběr buněk a tkání prováděl na neziskovém základě, a aby reklamy či propagace podporující darování buněk a tkání byly v souladu s právními předpisy a pokyny členských států (www.eur-lex.europa.eu.cz, 2012-10-27).

Článek 14 směrnice pojednává o ochraně údajů a důvěrnosti. Členské státy přijmou všechna nutná opatření k zajištění toho, aby se veškeré shromážděné údaje i genetické informace staly anonymními pro třetí strany, aby nebylo možné stanovit ani dárce, ani příjemce. Především pak v případě darování gamet mají členské státy přijmout všechna nezbytná opatření k tomu, aby totožnost příjemce nebyla dárci či jeho rodině odhalena a naopak, bez dotčení platné legislativy členských států o podmínkách zveřejnění (Ostró, 2009, s. 38; www.eur-lex.europa.eu.cz, 2012-10-27).

2.1.1.2 Směrnice Evropské komise

Směrnice 2006/17/ES, „kterou se provádí směrnice Evropského parlamentu a Rady 2004/23/ES, pokud jde o určité technické požadavky na darování, opatřování a vyšetřování lidských tkání a buněk“ (www.eur-lex.europa.eu.cz, 2012-10-27) udává, že na reprodukční buňky jsou při použití kladeny zvláštní požadavky kvality a bezpečnosti užívání pro jejich specifickou povahu použití (odstavec 4). Článek 1/a definuje reprodukční buňky jako všechny buňky a tkáně, které jsou používány k účelům asistované reprodukce. V článku 1/b se darování mezi partnery definuje jako „darování reprodukčních buněk mezi mužem a ženou, kteří prohlásí, že mají intimní fyzický vztah“ (www.eur-lex.europa.eu.cz, 2012-10-27), (Ostró, 2009, s. 39; www.eur-lex.europa.eu.cz, 2012-10-27).

Příloha III směrnice udává kritéria výběru dárců reprodukčních buněk a vyžadovaná laboratorní vyšetření u těchto dárců. Uvádí se zde, že zvláštních kritérií a laboratorních vyšetření není potřeba v případě darování reprodukčních buněk k přímému použití mezi partnery. Musí se však dodržovat, pokud nejsou darované buňky mezi partnery k přímému použití, ale jsou zpracovány a/nebo skladovány či použity pro kryokonzervaci již vzniklých embryí. Mezi tato kritéria například patří, aby lékař odpovědný za dárce na základě anamnézy a indikací stanovil a doložil zdůvodnění pro darování a bezpečnost darování pro příjemce a děti, které se mohou narodit. Mezi biologická vyšetření patří vyšetření protilátek HIV (Human Immunodeficiency

Virus), hepatitid typu B a C, a další vyšetření v závislosti na anamnéze expozice či cestování dárce. Pozitivní výsledky vždy nejsou překážkou darování mezi partnery, což se odvíjí podle vnitrostátních předpisů (Ostró, 2009, s. 39; www.eur-lex.europa.eu.cz, 2012-10-27).

Pro jiné darování než mezi partnery platí přísnější kritéria, dárči jsou vybírání podle věku, celkového zdravotního stavu a lékařské anamnézy v dotazníku i prostřednictvím osobního pohovoru provedeným kvalifikovaným odborným pracovníkem. Tímto jsou z dárcovství vyloučeny osoby s možným zdravotním rizikem pro ostatní i pro ně samotné. Biologická vyšetření dárců jsou na HIV, hepatitidy typu B a C, syfilis či chlamydie, další vyšetření jsou vyžadována na základě anamnézy dárce a charakteru darovaných buněk či tkáně. Nutná jsou také genetická screeningová vyšetření (autozomálně recesivní geny) a zhodnocení rizika přenosu dědičných dispozic, která jsou v rodině známá (Ostró, 2009, s. 39; www.eur-lex.europa.eu.cz, 2012-10-27).

V příloze III je také uvedeno, které požadavky by měly být splněny při stanovení biologických markerů. Vyšetření jsou prováděna kvalifikovanou laboratoří a vyšetřují se sérum nebo plazma dárce. U mužů dárců se vyšetřuje sperma, které pokud je darováno jinak, než mezi partnery, musí být v karanténě alespoň 180 dní a poté je provedeno opakované vyšetření (www.eur-lex.europa.eu.cz, 2012-10-27).

Směrnicí 2006/86/ES „se provádí směrnice Evropského parlamentu a Rady 2004/23/ES, pokud jde o požadavky na sledovatelnost, oznamování závažných nežádoucích reakcí a účinků a některé technické požadavky na kódování, zpracování, konzervaci, skladování a distribuci lidských tkání a buněk“ (www.eur-lex.europa.eu.cz, 2012-10-27). V souladu s hlavní směrnicí 2004/23/ES by měly mít členské státy stanoveny systémy akreditace tkáňových zařízení, jejich jmenování, postupů přípravy buněk a tkání, a udělování oprávnění či povolení těmto zařízením k zajištění co nejvyšší ochrany lidského zdraví (Ostró, 2009, s. 39; www.eur-lex.europa.eu.cz, 2012-10-27).

Směrnice stanovuje také požadavky na oznamování závažných nežádoucích reakcí a účinků. V odstavci 2 článku 6 je uvedeno, že v případě asistované reprodukce se za závažný nežádoucí účinek považuje špatná identifikace darovaných gamet nebo embryí, či jejich záměna. Nutností je, aby tyto nežádoucí události byly osobami či organizacemi, které provádějí odběr tkání a buněk, nebo organizacemi odpovědnými za jejich použití, které provádějí asistovanou reprodukci, oznámeny dodavatelským tkáňovým zařízením k dalšímu vyšetřování a oznámení kompetentnímu orgánu. Přílohy

směrnice obsahují formuláře k oznamování závažných nežádoucích reakcí a účinků, a formuláře závěrů z vyšetřování (Ostró, 2009, s. 39; www.eur-lex.europa.eu, 2012-10-27).

Článek 10 směrnice popisuje evropský kódovací systém k zajištění řádné identifikace dárce, sledovatelnosti darovaných materiálů a informací o buňkách a tkáních. Na darování mezi partnery se tento systém nevztahuje. V příloze směrnice je pak uvedeno, jaké informace by měl evropský kódovací systém obsahovat (Ostró, 2009, s. 39; www.eur-lex.europa.eu, 2012-10-27).

2.2.2 Právní úprava asistované reprodukce v České republice

V červnu roku 2006 vešel v platnost zákon č. 227/2006 Sb., o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech a o změně některých souvisejících zákonů, který řešil právní úpravu asistované reprodukce novelizací tří právních předpisů:

1. zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, který vymezoval základní podmínky a předpoklady pro výkon asistované reprodukce,
2. zákon č. 94/1963 Sb., o rodině zabývající se určováním mateřství a otcovství,
3. zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, který se týkal administrativních záležitostí ohledně provádění postupů a metod asistované reprodukce (Frinta, 2007, s. 123; Račková, Hudeček, Krajčovičová, 2009, s. 169).

Novelizace zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, proběhla vložением § 27d až 27h, které byly těžištěm právní úpravy asistované reprodukce (Frinta, 2007, s. 123). Tento předpis byl k 1. 4. 2012 zrušen a nahrazen zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), dále k tomuto datu vešel v platnost také zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve kterém je asistovaná reprodukce upravena (www.zakonyprolidi.cz, 2012-11-01).

Nový zákon č. 373/2011 Sb. v prvním odstavci § 3 definuje asistovanou reprodukci obecně, jako „metody a postupy, při kterých dochází k odběru zárodečných buněk, k manipulaci s nimi, ke vzniku lidského embrya oplodněním vajíčka spermií mimo tělo ženy, k manipulaci s lidskými embryi, včetně jejich uchovávání, a to za účelem oplodnění ženy“ (www.zakonyprolidi.cz, 2012-11-01) z důvodů zdravotních při léčbě neplodnosti ženy nebo muže, kdy je pravděpodobnost ženy na otěhotnění přirozeným způsobem či donošení živého plodu téměř vyloučená, a jiné způsoby léčby neplodnosti nevedly a nejspíš nepovedou k otěhotnění ženy. Jiným důvodem umělého oplodnění je nutnost genetického vyšetření embrya před zavedením do dělohy ženy v souvislosti s přenosem geneticky podmíněných nemocí či vad z rodičů na dítě, které by ohrozily jeho zdraví. Definice asistované reprodukce je podobná definici v předešlém zákoně č. 20/1966 Sb. (www.pravnipredpisy.cz, 2012-11-01; www.zakonyprolidi.cz, 2012-11-01).

Na rozdíl od dříve platného právního předpisu č. 20/1966 Sb. je v současně platném zákoně přesněji uvedeno, jaký „původ“ mají zárodečné buňky použité při umělém oplodnění: oocyty mohou být přímo od ženy podstupující umělé oplodnění, spermie mohou být získané od muže, který podstupuje léčbu neplodnosti společně s ženou, anebo jsou použity zárodečné buňky darované anonymním dárce. Věkové rozmezí dárců zárodečných buněk se v předešlém a novém zákoně neliší – dárkyní oocytů může být žena od 18 do 35 let, dárce spermatu pak muž od 18 do 40 let (www.pravnipredpisy.cz, 2012-11-01; www.zakonyprolidi.cz, 2012-11-01).

Stejná zůstala v obou právních předpisech definice, že umělé oplodnění se provádí jen na základě písemné žádosti ženy a muže tvořících „neplodný pár“, kteří chtějí podstoupit tuto zdravotní službu společně. V předešlém zákoně však bylo určeno, že žádost o umělé oplodnění nesmí být starší 24 měsíců, kdežto podle nově platného zákona nesmí být žádost starší 6 měsíců (www.pravnipredpisy.cz, 2012-11-01; www.zakonyprolidi.cz, 2012-11-01).

Změnilo se vymezení možnosti provedení umělého oplodnění ženy, kdy v § 27e odst. 1 předešlého předpisu č. 20/1966 Sb. bylo uvedeno, že asistovanou reprodukci „je možné provést ženě v plodném věku (dále jen „příjemkyně“), jestliže provedení asistované reprodukce nebrání její zdravotní stav“ (www.pravnipredpisy.cz, 2012-11-01). Současný zákon v prvním odstavci § 6 přesně vymezuje věkovou hranici, kdy lze ženě umělé oplodnění provést, a to do 49 let (www.zakonyprolidi.cz, 2012-11-01).

V nově platném zákoně je v § 7 odst. 2 a 3 podrobněji uvedeno, jaké osoby nesmí být příjemkyněmi a dárce zárodečných buněk. Především jsou to osoby zbavené způsobilosti nebo s omezenou způsobilostí k právním úkonům, u příjemkyň také k rodičovské zodpovědnosti; osoby ve výkonu vazby či trestu odnětí svobody, v policejní cele; u dárců také osoby v izolaci či karanténě a hospitalizovaní bez souhlasu (www.zakonyprolidi.cz, 2012-11-01).

Předešlý předpis se v 6 odstavci § 27e na rozdíl od současného zákona zabýval počtem oplodněných oocytů a počtem embryí zavedených do dělohy ženy: „Při asistované reprodukci smí být u jedné příjemkyně oplozeno jen tolik vajíček a přeneseno do pohlavních orgánů příjemkyně jen tolik embryí, kolik je podle současného stavu lékařské vědy zapotřebí k pravděpodobně úspěšnému navození těhotenství.“ (www.pravnipredpisy.cz, 2012-11-01).

Dříve platný zákon řeší v § 27e v odstavci 7 situaci, kdy nejsou využita všechna vzniklá embrya pro neplodný pár, stávající zákon se tímto problémem zabývá v § 9 odst. 1. Nevyužitá embrya mohou být uchovávána a použita později příjemkyní z neplodného páru, nebo mohou být se souhlasem tohoto neplodného páru použita pro umělé oplodnění jiného „anonymního“ neplodného páru. Další možností je vyslovení souhlasu neplodného páru s použitím přebytečných embryí k výzkumným účelům, nový předpis pak umožňuje také vyjádření souhlasu neplodného páru k jejich likvidaci (www.pravnipredpisy.cz, 2012-11-01; www.zakonyprolidi.cz, 2012-11-01).

Podle § 10 nově platného zákona je uzákoněna povinnost zachování anonymity mezi dárce a neplodným párem, i mezi anonymním dárce a dítětem, které se z asistované reprodukce narodí. Povinností poskytovatele asistované reprodukce je uchovávat informace týkající se zdravotního stavu anonymního dárce po dobu 30 let od provedení umělého oplodnění. Na základě písemné žádosti mohou být neplodnému páru nebo dítěti narozenému z asistované reprodukce, které je zletilé, informace o zdravotním stavu předány. Dříve platný zákon řešil výše popsanou otázku podobně v § 27e odst. 9 a 10, povinnost uchování údajů o zdravotním stavu dále v § 27f odst. 1 (www.pravnipredpisy.cz, 2012-11-01; www.zakonyprolidi.cz, 2012-11-01).

Problematika bezúplatného darování zárodečných buněk je v předešlém zákoně řešena v § 27e odst. 8, v nově platném zákoně pak v § 11 obdobně. Dárci zárodečných buněk nemají dle zákona nárok na finanční ani jinou náhradu. Na základě žádosti má dárce právo na náhradu výdajů spojených s darováním zárodečných buněk. Poskytovatel provádějící odběr zase může vynaložené výdaje dárce požadovat na příjemkyni zárodečných buněk, nebo na poskytovateli umělého oplodnění (Frinta, 2007, s. 127; www.pravnipredpisy.cz, 2012-11-01; www.zakonyprolidi.cz, 2012-11-01).

2.2.3 Bioetické otázky dárčovství v asistované reprodukci

Značný pokrok v oblasti reprodukční medicíny od narození prvního dítěte „ze zkumavky“, což bylo před 35 lety, vyvolává stále nové etické otázky i spory ohledně právní úpravy. Mezinárodněprávním dokumentem je Úmluva o lidských právech a biomedicíně, tzv. Bioetická konvence, přijatá výborem ministrů Rady Evropy a připravena k podpisu 4. dubna 1997. Česká republika úmluvu podepsala 24. června 1998. Uznávané mezi zdravotníky jsou také mezinárodní bioetické dokumenty, například Norimberský kodex a Helsinská deklarace Světové lékařské asociace. Světová organizace gynekologů a porodníků (dále jen FIGO) také řeší některé otázky asistované reprodukce (Pilka, 2000, s. 511; Ostró, 2009, s. 14 – 15).

Hlavní okruh etických otázek, které vyvstaly během vývoje asistované reprodukce, tvoří otázky zabývající se především:

- procesem IVF obecně (morální přijatelnost zásahu do reprodukčního procesu),
- morálním statutem embrya,
- zahrnutím další strany do reprodukčního procesu (dárčovství gamet, embryí, surrogátní mateřství),
- kryokonzervací embryí,
- manipulací se zárodečnými buňkami,
- mikromanipulací,
- výzkumem preembryí,
- a klonováním, kmenovými buňkami (Pilka, 2000, s. 511; Ostró, 2009, s. 14 – 15).

Konvence o lidských právech a biomedicíně sestává z 12 kapitol a 38 článků. V souvislosti s asistovanou reprodukcí bude zmíněn článek 10 kapitoly III udávající právo každého na zachování jeho soukromého života v souvislosti s informacemi o jeho zdraví a právo každého na to veškeré údaje o svém zdraví znát (Ostró, 2009, s. 15 – 16).

Kapitola IV se zabývá lidským genomem ve člancích 11 až 14. Článek 11 zakazuje jakoukoliv diskriminaci kvůli genetické výbavě, článek 12 umožňuje použití genetických testů k ověření podezření genetického onemocnění pouze za účelem péče o zdraví či výzkumu sloužícímu k péči o zdraví a poradenství v oblasti genetiky. Článek 13 stanovuje, aby zásahy na lidském genomu byly prováděny jen v určitých případech, a to bez toho, aby nedošlo ke změně genomu příštích generací. Volba pohlaví

nenarozeného dítěte je dle článku 14 zakázána, vyjímaje zabránění genetickým onemocněním vázaných na pohlaví (Ostró, 2009, s. 16).

Bioetická konvence dále definovala všeobecné podmínky provádění asistované reprodukce ve formě principů. Principy tvoří doporučení či schválení metod a postupů asistované reprodukce přihlížející k národní legislativě (Pilka, 2000, s. 512; Ostró, 2009, s. 17).

Ostró (2009) uvádí celkem 21 principů. Princip 1 až 6 postupně vymezuje kdy, za jakým účelem, kde a za jakých podmínek smí nebo nesmí být techniky asistované reprodukce používány; dále je zde uvedena nutnost informovaného souhlasu a dostatečné informovanosti osob podstupujících tyto metody, a zodpovědnost lékaře i týmu poskytující asistovanou reprodukci.

Uskladněním gamet a embryí se zabývá princip 7 a 8. Dle principu 7 smí osoba, u které je riziko neplodnosti či poškození schopnosti reprodukce, nechat uložit své gamety pro vlastní použití v budoucnu, jsou-li splněny všechny požadavky těchto principů. Pokud tato osoba zemře během doby skladování svých gamet, nebo po jejím uplynutí není k zastižení, neměly by se již gamety v asistované reprodukci použít. Délka skladování gamet by měla být určena národní legislativou; umělé oplodnění s použitím spermií zemřelého manžela či druha není povoleno (Ostró, 2009, s. 18).

Princip 8 stanovuje, že oplodněno by mělo být pouze takové množství vajíček, které je nutné k úspěšné reprodukci. Vzniklá embrya by neměla být uskladněna déle, než stanoví právní úprava dané země, a mohou se použít pouze pro účely oplodnění neplodného páru, který dává souhlas s dalším použitím nadbytečných embryí (Pilka, 2000, s. 512; Ostró, 2009, s. 18).

Darování gamet a embryí řeší princip 9 až 13. V principu 9 je vyžadováno, aby z dárcovství v asistované reprodukci nebyl možný žádný zisk jak pro dárce, tak pro osoby či instituce poskytující gamety k účelům asistované reprodukce nebo účelům výzkumným. Dárci smí být hrazeny pouze výdaje spojené přímo s darováním. Dále je požadováno darování gamet bez jakékoliv diskriminace. Dárce může své rozhodnutí prvotního účelu darování gamet před jejich použitím kdykoli změnit a učinit rozhodnutí o jejich dalším použití (Pilka, 2000, s. 512; Ostró, 2009, s. 18).

Dle principu 10 by mělo být národním zákonodárstvím či jiným prostředkem vymezeno, kolik dětí se může narodit z darovaných gamet jednoho dárce. Princip 11

předepisuje možnost členských států dovolit využití vzniklých nepoužitých embryí neplodného páru pro jiný neplodný pár. V principu 12 je pak zakázán přenos embrya z dělohy jedné ženy do dělohy ženy druhé (Ostró, 2009, s. 19).

Zachování anonymity v procesu dárcovství a asistované reprodukce dle doporučení národní legislativy řeší princip 13. V některých situacích, například pro genetické vyšetření a v souvislosti se zdravím dítěte, je možné informace o dědičných vlastnostech dárce předat další osobě. V určitém věku (většinou po dosažení plnoletosti) se dítě může dozvědět okolnosti jeho početí a zjistit také identitu dárce gamet (Pilka, 2000, s. 512 - 513; Ostró, 2009, s. 19).

Určením mateřství a otcovství se zabývá princip 14. Podle zákona je za matku považována žena, která dítě porodila. Pokud jsou použity darované spermie, za zákonného otce je považován manžel matky, který souhlasil s umělým oplodněním, a neměl by otcovství popírat. Není-li neplodný pár ve stavu manželském, za otce je považován muž z páru, který s umělým oplodněním souhlasil, a musí plnit závazky rodiče, ledaže by prokázal početí dítěte jinak, než za pomoci asistované reprodukce (Pilka, 2000, s. 513; Ostró, 2009, s. 19).

Dále princip 14 uvádí, že pokud „gamety dárce byly získány na specializovaném pracovišti, nesmí být navázán mezi dárce gamet a dítětem, počatým jako výsledek asistované reprodukce, žádný vzájemný vztah. Prostředky k výživě nesmí být vyžadovány na dárci a dárce na dítěti.“ (Ostró, 2009, s. 19).

Princip 15 pojednává o náhradním mateřství, které je v některých zemích umožněno ve zvláštních případech. Podmínkou náhradního mateřství s pomocí asistované reprodukce je medicínská indikace, možnost náhradní matky si dítě po porodu nechat, a dále to, aby náhradní matka neměla z této „služby“ žádný hmotný zisk (Ostró, 2009, s. 19).

Principy 16 až 21 předepisují činnosti a procedury prováděné na embryích. Princip 17 stanoví zákaz provádění jiných procedur a činností na embryu in vitro než takových, které jsou pro embryo prospěšné. Embrya jsou použita k výzkumu či experimentu za předpokladu, že jiným postupem nelze dosáhnout daného účelu a embryo není 14 dní od oplodnění použito. Nutný je souhlas neplodného páru a souhlas by měla dát také sestavená etická komise (Ostró, 2009, s. 20).

Již zavedené embryo do dělohy ženy nelze podrobit žádným pokusům, což nařizuje princip 19; princip 20 pak zakazuje použití asistované reprodukce či jiných technik ke klonování (Ostró, 2009, s. 20).

V principu 21 je zakázáno zavedení lidského embrya do dělohy jiného druhu a naopak; stejně je zakázáno sloučení lidské gamety s gametou jiného druhu, mimo výzkumné účely, kdy je zajištěno časně ukončení vývoje vzniklých buněk (Ostró, 2009, s. 20).

2.2.4 Dárcovství gamet a embryí

2.2.4.1 Dárcovství spermií

Dárcovství spermií je praktikováno již půl století a široce se užívá. Vyšetření spermií je běžným postupem na zjištění přítomnosti viru HIV a jiných sexuálně přenosných onemocnění. Výhodou je možnost „zmrazit“ vzorek spermatu a po půl roce jej znovu otestovat před použitím (www.iffs-reproduction.org, 2013-03-20). Povoluje-li to legislativa dané země, dárcovství spermií je pro některé neplodné páry jedinou možností k dosažení těhotenství. Spermie dárce se využívají pro metody IVF a non-IVF (www.iffs-reproduction.org, 2013-03-20), například výkon AID (Artificial Insemination from Donor), neboli arteficiální inseminace od dárce (Řežábek, 2008, s. 101).

Mezinárodní federace společností pro plodnost (dále jen IFFS – International Federation of Fertility Societies) sdružující v současnosti 44 různých národních společností z celého světa zabývajících se plodností, v roce 2010 publikovala tříletý celosvětový přehled pravidel, směrnic a předpisů pro techniky asistované reprodukce - IFFS Surveillance 2010. Například rakouská legislativa nedovoluje darování spermatu pro účely IVF, ale pro metody non-IVF je darování spermatu povoleno. Dárcovství spermií není dále povoleno v Itálii a ve většině zemí podléhajících Islámu (www.iffs-reproduction.org, 2013-03-20).

Indikacemi k využití darovaných spermií je riziko přenosu geneticky podmíněného onemocnění z muže na dítě, nebo azospermie muže, kdy muž nevytváří žádné spermie. Špatná kvalita spermií, snížená pohyblivost a snížený počet spermií, bývala také indikací k využití darovaných spermií, avšak dnes se při tomto problému používá metoda ICSI se spermii muže z neplodného páru (Řežábek, 2008, s. 101; Řežábek, 2000, s. 500).

Naše legislativa dárcovství spermií umožňuje, jak již bylo zmíněno, dárce je anonymní, muž ve věku 18 až 40 let (www.zakonyprolidi.cz, 2012-11-01). Muži, dárce spermatu, se rozhodli sperma darovat dobrovolně a musí být zdraví. V první řadě je vyšetření spermioqramu dárce, který musí být v normě. Lékař provede celkové fyzikální vyšetření, rozhovor s dárce k posouzení jeho osobnosti a motivace. Důležité je vyšetření genetiky se stanovením karyotypu dárce, dále krevní skupiny a Rh faktoru (Řežábek, 2008, s. 101; Řežábek, 2000, s. 500).

Následují vyšetření na sexuálně přenosné nemoci, mezi které patří syfilis, kapavka, hepatitidy typu B a C, mykoplazmata, chlamydie a samozřejmě musí být vyloučen přenos HIV. Od HIV negativního dárce se opakovaně získá v průběhu několika týdnů masturbací sperma, které se hluboce zmrazí. Po půl roce je dárce vyšetřen na průkaz protilátek HIV znovu, a pokud je test opět negativní, může se jeho zmražené sperma použít (Řežábek, 2008, s. 101 – 102; Řežábek, 2000, s. 500 – 501).

Pro konkrétní neplodný pár se vybírá vhodný dárce podle několika kritérií:

- hlavní podmínkou všech dárců spermatu je, aby byli zdraví;
- důležitý je výběr dárců spermatu podle krevní skupiny ženy – Rh negativní žena dostane spermie Rh negativního muže;
- zároveň by krevní skupina dárce spermatu měla být taková, aby při krevních testech dítě nepojalo podezření, zda je opravdu potomkem svého otce (měl by být zachován zákon dědičnosti krevních skupin);
- v rámci možností by měl být dárce spermatu podobný muži z neplodného páru, proto se vyplňují dotazníky, kde se uvádí barva očí, vlasů, výška postavy atd.;
- pokud chce žena neplodného páru, které se již dítě po inseminaci darovaným spermatem narodilo, další dítě, vybírá se pokud možno sperma stejného dárce, čímž je zajištěna podobnost sourozenců (Řežábek, 2008, s. 105; Řežábek, 2000, s. 501).

Jak dále uvádí Řežábek (2008), inteligence není podmínkou při výběru vhodného dárce, jelikož je obtížně měřitelná a má několik forem. Avšak většina center u nás požaduje po dárcích spermatu minimálně ukončené středoškolské vzdělání. Některá zařízení mají svá kritéria pro vhodné dárce, kdy vyžadují vysokoškolské vzdělání, buď dokončené, nebo alespoň statut studenta, tak jako je u dárců požadováno „mentální a psychické zdraví“ (www.ivf.at, 2013-03-25).

Psychické vlastnosti mohou hrát důležitější roli v budoucím chování a jednání člověka, a jsou do jisté míry dědičné. Avšak u dárců nejsou zohledňována: „Zohledňovat tuto stránku osobnosti by bylo obtížné – nelze ji dobře změřit, dědičnost je multifaktoriální a je i otázkou, zda máme definovat budoucího jedince do takových detailů.“ (Řežábek, 2008, s. 106)

2.2.4.1.1 Odměna dárčům spermatu

Řežábek (2008) popisuje dva světové přístupy vůči odměně za darované sperma: první přístup vychází z nevhodnosti finanční odměny za darování spermatu, která by mohla pak být hlavním motivem. Dárcovství je tak opravdu altruistické (lidumilné), což by bylo ideální, ale tento přístup vede k nedostatku dárců. Mezi země, kde je zakázána finanční kompenzace, patří například Řecko, Francie, Nizozemí či Kanada (www.iffs-reproduction.org, 2013-03-20). Typický pro Spojené státy americké je druhý přístup, kdy je dárce spermií peněžitě odměněn a v tomto procesu je „obchodním partnerem“.

V mnoha zemích dárce spermatu dostává odměnu v takové výši, aby nemohla být prvořadým motivem, a je mu předána až po půl roce, kdy je test spermatu na přítomnost HIV opětovně negativní. U nás v České republice činí tato finanční částka 500 Kč (Řežábek, 2008, s. 103).

2.2.4.1.2 Anonymita dárce spermatu

Některé země, mezi nimi i Česká republika, podporují anonymní dárcovství, kdy je anonymita zachována jak na straně dárce, tak i příjemkyně. Dárce by se nikdy neměl dozvědět, zda bylo jeho sperma použito a kolik dětí se z něj narodilo, tak jako příjemkyně nemá identifikační údaje o dárce (Řežábek, 2008, s. 103). Dalšími zeměmi, kde je anonymní dárcovství uzákoněno, jsou Dánsko, Francie, Řecko či Španělsko. Například na Taiwanu je také uzákoněno anonymní dárcovství spermatu s výjimkou darování spermií mezi bratry (www.iffs-reproduction.org, 2013-03-20).

Naopak v Německu není anonymní dárcovství spermií povoleno, dárce je znám také v Nizozemí a Norsku. V dalších zemích je pak podmínkou, aby byl dárce spermatu registrován, jeho data uchována a přístupná potomkům (z darovaných spermií) po dovršení 18 let. Mezi tyto země patří například Finsko a Spojené království (www.iffs-reproduction.org, 2013-03-20).

2.2.4.1.3 Věk dárce spermatu

Naše republika má zákonem stanovenou věkovou hranici, kdy mohou muži darovat sperma. V Rusku je také uzákoněn věk dárců spermatu v rozmezí 20 až 40 let, v Litvě je rozmezí stanoveno dokonce od 18 až do 45 let (www.iffs-reproduction.org, 2013-03-20). Vhodnějšími dárci budou muži ne příliš vysokého věku, jelikož s rostoucím věkem se v těle mohou hromadit škodlivé látky z našeho okolí (Řežábek, 2008, s. 104).

2.2.4.1.4 Právní omezení a speciální požadavky

Kromě výše jmenovaných často diskutovaných etických aspektů mají některé země další zásady v souvislosti s dárcovstvím spermií. Otázku počtu narozených dětí z darovaných spermií jednoho dárce řeší Španělsko, kde je dáno maximum 6 dětí, limit méně než 10 dětí je stanoven v Řecku, Bulharsko má hranici 5 dětí a naproti tomu v Černé Hoře se můžou ze spermií jednoho dárce narodit pouze děti 2. Ve Spojeném Království je uzákoněno, aby bylo sperma jednoho dárce použito nanejvýš v různých 10 rodinách, pokud sám dárce nebude požadovat použití jeho spermatu u menšího počtu rodin (www.iffs-reproduction.org, 2013-03-20).

Jiné státy mají zvláštní požadavky na rodinný stav recipientů (příjemců) darovaných spermií. Zeměmi, kde páry, které chtějí být příjemci darovaných spermií, musí být dle zákona v manželství, jsou Německo, Švýcarsko a Maďarsko. Ve Švédsku je právní úprava mírnější – příjemci darovaných spermií jsou páry alespoň jeden rok ve stabilním vztahu. V Estonsku je povolena inseminace darovanými spermiemi také lesbickým párům a osaměle žijícím ženám. Černá Hora taktéž umožňuje inseminaci osaměle žijícím ženám a v Norsku zákon umožňuje sňatek homosexuálů, kteří jsou pak akceptováni jako rodiče (www.iffs-reproduction.org, 2013-03-20).

V Chorvatsku je právně vymezeno, aby měl pár recipientů jakýsi legální a psychologický dohled. Švédsko pak neumožňuje IVF s darovanými oocyty a darovanými spermiemi najednou ve stejném léčebném postupu (www.iffs-reproduction.org, 2013-03-20).

2.2.4.2 Dárcovství oocytů

Dárcovství oocytů začalo se zavedením metody IVF, ke které se používaly právě odebrané oocyty. Později se s vylepšováním procesu IVF metoda rozšířila i o použití rychle zmražených oocytů (www.iffs-reproduction.org, 2013-03-20). Dárcovství oocytů žen je obdobou dárcovství spermií mužů, neboť se jedná o stejný druh darovaných buněk – gamet, avšak jsou zde podstatné rozdíly, jak uvádí Řežábek (2008):

- Spermie jsou produkovány každý den v několika miliónech, kdežto oocyt ženy se uvolňuje jednou za měsíc.
- Spermie se získávají masturbací, je to snadnější a bez rizika. Při darování oocytů prochází dárkyně hormonální léčbou, která může mít rizika. Darování oocytů je invazivní metodou: k získání oocytu z vaječníku musí být dárkyně pod narkózou, je k tomu potřeba přístrojového vybavení – ultrazvuku a punkční jehly. Při samotné punkci folikulů může také dojít ke komplikacím. Celkově je odběr oocytů náročnější na čas ženy dárkyně.
- Kryokonzervace (zmrazení) oocytů na rozdíl od kryokonzervace spermií není tak jednoduchá, jelikož pravděpodobnost přežití oocytů po zmrazení a jeho rozmrazení byla nízká. K úspěšnému zmrazování oocytů pomohla až novější metoda tzv. vitifikace, což je ultrarychlé zmrazování (Ostró, 2009, s. 53).

Příjemkyněmi darovaných oocytů jsou ženy, u kterých je riziko přenosu závažné geneticky podmíněné nemoci; ženy s ovariálním selháním, kdy činnost vaječníků vyhasla věkem, jejich vaječníky byly zničeny následkem chemoterapie cytostatiky či iradiací, vaječníky byly operativně odstraněny; nebo jsou to ženy s agenezí či dysgenezí vaječníků (například Turnerův syndrom). Darované oocyty mohou využít také ženy po několika neúspěšných cyklech IVF (Řežábek, 2008, s. 110; Óstró, 2009, s. 42).

Samozřejmostí příjemkyň darovaných oocytů je děloha s funkční sliznicí schopnou přijmout embryo, dále dobrý zdravotní stav příjemkyně, aby zvládla zátěž těhotenství, a doporučený věk, který „by měl být podle etického doporučení mezi 18 – 48 roky“ (Řežábek, 2008, s. 110).

Podle IFFS Surveillance 2010 není dárcovství oocytů povoleno v Německu, Norsku a Švýcarsku, ačkoliv dárcovství spermií povoleno je. Dále není právní úpravou dárcovství oocytů povoleno například v Rakousku, Itálii a zemích vyznávajících náboženství Islám.

Žena, která se rozhodne darovat oocyty, udělala toto rozhodnutí dobrovolně. Dárkyně musí být zdravá a plnoletá, horní hranice věku je pak při dárcovství oocytů u nás stanovena na 35 let zákonem, tak jako i anonymita dárkyně (www.zakonyprolidi.cz, 2012-11-01). Mezi základní vyšetření ženy, která se pro dárcovství rozhodla, patří fyzikální a genetické vyšetření, testy na infekční onemocnění, jako jsou pohlavně přenosné nemoci syfilis a HIV, dále hepatitidy typu B a C. Dárkyně je vyšetřena také gynekologem a endokrinologem (Řežábek, 2008, s. 110 – 111).

2.2.4.2.1 Anonymní a neanonymní dárcovství oocytů

Anonymně darovaných oocytů je na rozdíl od darovaných spermií nedostatek, jelikož postup při získávání darovaných oocytů je složitější a pro ženu dárkyni invazivním a rizikovým procesem. Kromě dobrovolných dárkyň proto lze využít dárkyně oocytů, které přivedla sama pacientka (příjemkyně), anebo se používá tzv. sdílení oocytů, neboli kooperace dárkyně a příjemkyně (Ostró, 2009, s. 42).

Anonymní dárcovství oocytů je podporováno ve většině evropských států, například u nás, v Belgii či Francii (www.iffs-reproduction.org, 2013-03-20). Některé páry řeší nedostatek anonymně darovaných oocytů tím, že si přivedou svou známou dárkyni, což je pro páry vyhovující i proto, že mají dostatečné informace o zdravotním stavu dárkyně (Ostró, 2009, s. 42). V Nizozemí je dárcovství neanonymní, ve Finsku jsou pak dárkyně registrovány (stejně jako dárci spermatu), data o nich uchovávané a pak přístupné potomkům po dovršení plnoletosti (www.iffs-reproduction.org, 2013-03-20).

Dobrovolné dárkyně oocytů jsou ženy toužící po seberealizaci, pro které může být darování oocytů kompenzací něčeho, co jim v běžném životě chybí. Dárkyně by měla být plně informována o léčebném postupu, rizicích a důsledcích léčby na její budoucí život. Lékař, konzultant, by měl zhodnotit motivaci dárkyně i podporu partnera, který by měl s jejím rozhodnutím souhlasit. Dále dárkyni informuje o použití jejich oocytů a důležitosti dodržení závazku zcela dobrovolně (Ostró, 2009, s. 43; Pilka, 2003, s. 122).

V tomto případě se častěji může stát, že dárkyně odejdou před nebo v průběhu terapie. V důsledku by pak mohl ovlivnit vztah matky (příjemkyně) k dítěti fakt,

že při anonymním dárcovství mohou být značné sociální, společenské i jiné rozdíly mezi příjemkyní a dárkyní (Ostró, 2009, s. 43; Pilka, 2003, s. 122).

Pokud si pacientka (příjemkyně) přivede svou dárkyni oocytů, musí být dobře seznámena s rozdíly mezi dárcovstvím anonymním a neanonymním. Dárkyně by neměla být brána jako rodič, pouze poskytla způsob k naplnění touhy neplodného páru po dítěti. Právě role dárkyně ve vztahu k dítěti je stěžejním problémem při darování od známé osoby. Hlavní význam konzultace s příjemkyní:

- vyjasnění možných důsledků pro příjemkyni, dárkyni i dítě narozené z darovaných gamet plynoucí z anonymního i neanonymního darování;
- zhodnocení motivace dárkyně, která si jasně uvědomuje svou roli a souhlasí s výkonem bez jakéhokoliv nátlaku;
- vyhodnocení motivace příjemkyně, která se rozhodla pro anonymní či neanonymní darování oocytů;
- poučení příjemkyně a seznámení s dopady pro dítě v případě zatajování či otevřenosti ve vztahu k dítěti (Ostró, 2009, s. 43; Pilka, 2003, s. 123).

Poslední skupinou dárkyň jsou ženy zařazené do programu IVF, které jsou z lékařského hlediska ideálními dárkyněmi. Jedná se o tzv. sdílení oocytů – kooperace dárkyně a příjemkyně. Pacientka má po stimulaci vaječnicků velký počet oocytů a může se rozhodnout jich část darovat. Z etického hlediska by problémem mohla být skutečnost, kdy příjemkyně otěhotní a porodí, kdežto dárkyni se to nepodaří. V tomto případě dárcovství oocytů je důležité zhodnotit motiv darování, hlavně finanční přínos, který by z toho dárkyně mohla mít. Příjemkyně je pak informována o možnosti odkladu její terapie, pokud nebude mít dárkyně dostatek oocytů (Ostró, 2009, s. 44; Řeřábek, 2008, s. 111; Pilka, 2003, s. 123).

2.2.4.2.2 Odměna dárkyním oocytů

Z etického hlediska by dárci zárodečných buněk neměli mít nárok na žádnou odměnu. Toleruje se kompenzace výdajů spojených s darováním, například ušlá mzda v čase, kdy žena dárkyně nemůže z důvodu vyšetření a odběru oocytů do práce, nebo platba za léky (Ostró, 2009, s. 45; Pilka, 2003, s. 124). U nás mají centra

s dárcovským programem stanovené maximum výše náhrady pohybující se od 5000 do 25000 Kč. Tuto částku dostává dárkyně od příjemkyně, samozřejmě anonymně (www.darkyne.cz, 2013-03-30).

Obdobně jako při darování spermií, není platba za darování oocytů povolena například v Belgii, Francii, Řecku a v Kanadě (www.iffs-reproduction.org, 2013-03-20). Naopak Spojené státy americké povolují odměnu dárkyním, která se za léčebný cyklus pohybuje v přepočtu kolem 36000 – 54000 Kč. Peníze jsou zde pro dárkyně hlavním motivačním faktorem (Ostró, 2009, s. 45; Pilka, 2003, s. 124).

2.2.4.2.3 Věk dárkyň oocytů

Přestože je věk dárkyň důležitým aspektem v souvislosti s postupným vyhasínáním činnosti vaječnicků, které nastává po 35 letech, a vyšším rizikem vrozených vad u plodu (Řežábek, 2008, s. 110), v mnoha zemích není tato hranice určena. Zákonem stanovena hranice v České republice od 18 až 35 let již byla zmíněna. Stejnou hranici mají uzákoněnou také v Litvě, v Rusku mohou být dárkyněmi ženy mezi 20 až 35 rokem. Ženy v Maďarsku mohou oocyty darovat do 35 let a alespoň jedenkrát rodily. V Bulharsku je zase horní věkový limit 34 let a dárkyně má jedno zdravé dítě; z oocytů jedné dárkyně se může narodit až 5 dětí (www.iffs-reproduction.org, 2013-03-20).

2.2.4.2.4 Věková hranice příjemkyň

Možnost použití darovaných oocytů pro ženy po 40. roku je výhodná, jelikož se tak zvyšuje úspěšnost otěhotnět s pomocí asistované reprodukce. V dnešní době ženy často dávají přednost své kariéře před zakládáním rodiny, zvyšuje se také rozvodovost a druhé sňatky. To má za následek vyšší věk žen v době, kdy se rozhodnou mít dítě. Většina zemí v Evropě má věkový limit příjemkyň stanoven do 45 let. Ženy vyššího věku mají větší riziko těhotenských i porodních komplikací, problém může nastat také při výchově dětí v souvislosti s generačními rozdíly. Proto by se těhotenství u žen vyššího věku mělo omezit (Ostró, 2009, s. 44; Pilka, 2003, s. 123).

2.2.4.3 Dárcovství embryí

Darovaná embrya mohou využít páry, kde je indikace k použití darovaných gamet na obou stranách – ženy i muže, kteří neprodukují zdravé spermie, ani oocyty. Jelikož genetická informace není v tomto případě ani jednoho z rodičů příjemců, centra provádějící darování embryí mají snahu vybírat dárce i příjemce podobného fenotypu (www.ivf-cube.eu, 2013-03-30; www.gennet.cz, 2013-03-30). Při darování embryí se používají hlavně čerstvá nebo právě rozmražená embrya, použití zmrazených embryí není moc praktikováno. Většinou jde o přebytečná embrya neplodného páru, který se rozhodne je darovat jinému neplodnému páru. V poslední době také roste počet souhlasů s darováním embryí k výzkumu kmenových buněk (www.iffs-reproduction.org, 2013-03-20).

Naše legislativa umožňuje anonymní darování přebytečných embryí neplodného páru jinému neplodnému páru. V ostatních zemích není tak často dárcovství embryí povoleno ve srovnání s darováním spermií a oocytů. Mezi země s povoleným dárcovstvím zárodečných buněk (spermií i oocytů), které však darování embryí neschvalují, patří Dánsko, Švédsko, Chorvatsko, Slovinsko i Černá Hora. Dárcovství embryí není povoleno v zemích, které nepovolují ani darování zárodečných buněk. Patří sem země s vlivem Islámu, Itálie a Rakousko. Německo, Norsko a Švýcarsko nedovolují dárcovství embryí, ani oocytů (www.iffs-reproduction.org, 2013-03-20).

2.2.4.3.1 Právní omezení a speciální požadavky

V České republice i v Belgii musí pár dárců projít sérologickým a genetickým vyšetřením. Často v zemích platí pro dárcovství embryí stejná kritéria a podmínky, jako při darování zárodečných buněk. Těmito zeměmi jsou například Španělsko, Spojené státy americké a Řecko (www.iffs-reproduction.org, 2013-03-20).

Rusko má právně upravenou věkovou hranici dárců embryí od 20 do 35 let, dárce jsou v dobrém zdravotním stavu a mají alespoň jedno dítě. Kanada i Francie zdůrazňuje neúplatné dárcovství. Francie dále požaduje anonymitu v tomto procesu. Ve Finsku a Nizozemí jsou dárce registrováni, Nizozemí dále uzákoňuje neanonymní dárcovství,

kdy dárci i příjemci musí projít odbornou konzultací (www.iffs-reproduction.org, 2013-03-20).

2.2.4.4 Míra informovanosti

Další etickou otázkou je, zda a do jaké míry má dítě narozené z darovaných gamet či embryí právo získat informace o dárcích. Často se potomkům poskytují informace, které přímo neidentifikují dárce. Při anonymním dárcovství se příjemcům sděluje věk dárce, jeho výška, váha, barva vlasů a očí (Ostró, 2009, s. 45).

V minulosti bylo dárcovství zárodečných buněk zahaleno spíše tajemstvím. V 80. letech 20. století byly prvními zeměmi, ve kterých byla legislativně upravena otázka poskytnutí informací o dárcích rodičům a potomkům starším 18 let, Austrálie a Švédsko. Od té doby si veřejnost začala uvědomovat nutnost znát svůj genetický původ a tím pádem byla anonymita dárců v mnoha zemích napadána. Následkem toho dnes existují země, kde zákon požaduje sdělení informací o dárci potomkům. Většina zemí s tímto uzákoněním zároveň zakázala nebo omezila odměňování dárců, z čehož se vyvinul princip opravdu dobrovolného a altruistického dárcovství, typického pro Evropu, Velkou Británii, Kanadu a Austrálii (www.iffs-reproduction.org, 2013-03-20).

Chybění anonymity se stalo významným faktorem snížení dostupnosti darovaných gamet v několika zemích. Například studie ve Spojeném království ukázala, že došlo ke snížení počtu lidí ochotných zvážit darování až o polovinu. Nouze o darované gamety, především oocyty, vedla také k reprodukční turistice, kdy páry cestují do zemí, kde jsou darované gamety dostupnější (www.iffs-reproduction.org, 2013-03-20).

Podle výzkumu IFFS Surveillance 2010 patří mezi země, ve kterých legislativa umožňuje poskytnout identifikační údaje (jméno, adresu) o dárci potomku na jeho žádost, Brazílie, Švédsko, Austrálie a Černá Hora.

Některé země poskytují potomkům údaje o dárcích, které neumožňují identifikaci (např. zdravotní stav, vzhled). Země s touto právní úpravou jsou Estonsko, Řecko, Maďarsko, Litva, Irán, Portugalsko a Rakousko. Jsou zde i země, které potomkům dovolují získat jak identifikační, tak i neidentifikační údaje: Německo, Slovensko, Finsko, Nizozemí a Spojené království (www.iffs-reproduction.org, 2013-03-20).

Obvykle zákony a směrnice vymezují, aby byly údaje poskytnuty potomkům po dovršení 18 let, proto jsou ve většině zemí dárce i spermobanky registrováni. V Brazílii je sice právně povoleno sdělení identifikačních údajů potomkům, ale jen ve vážných zdravotních situacích. Jižní Afrika zakazuje sdělování identifikačních i neidentifikačních informací potomkům, ledaže by bylo soudním příkazem uděleno povolení tyto informace vyzradit. Ve Spojených státech mohou být identifikační údaje sděleny potomkům pouze v případě předem vysloveného souhlasu dárce (www.iffs-reproduction.org, 2013-03-20).

2.2.5 Surogátní mateřství

Surogátní, neboli náhradní matka, je žena, která odnese a porodí dítě jinému (objednatelskému) páru, přičemž souhlasí s tím, že toto dítě dá k adopci. Vzhledem ke složitosti tohoto řešení neplodnosti je žádoucí úplné a správné pochopení právní situace v zemi. Mělo by být provedeno pečlivé lékařské zhodnocení obou stran tohoto procesu a taktéž jim nabídnuto odborné poradenství (Ostró, 2009, s. 161; www.iffs-reproduction.org, 2013-03-20).

Faktory, při kterých může být neplodnost řešena surogátním mateřstvím:

- Ženy, které nemají dělohu kvůli vrozeným vadám, anebo o dělohu přišly následkem hysterektomie pro nádor či z jiného důvodu; avšak jeden nebo oba vaječníky mají funkční.
- Ženy s opakovanými potraty, u kterých je pravděpodobnost donošení plodu velmi malá, nebo ženy po opakovaných neúspěšných cyklech IVF.
- Ženy s jasným zdravotním předpokladem, že by pro ně těhotenství mohlo být život ohrožující, ale s dobrou šancí na dlouhodobě dobrý zdravotní stav.
- Společenské důvody nebo kariéra nejsou indikacemi k surogátnímu mateřství (www.iffs-reproduction.org, 2013-03-20).

Ve většině zemí se legislativa řídí zásadou římského práva „Mater semper in iure certa est, pater semper incertus“, což znamená „Matka je vždy jistá, otec je nejistý“ (Stará, 2010, s. 20). S rostoucím zájmem o asistovanou reprodukci vyvstala nutnost řešit otázku umělého oplodnění a s ním i mateřství, proto byla pořádána v 80. letech 20. století různá setkání zabývající se zmiňovaným problémem, i na mezinárodní úrovni. V České republice vešel v platnost zákon č. 91/1998 Sb. s účinností od 1. srpna 1998, který novelizoval zákon o rodině č. 94/1963 Sb. vložení § 50a, který ustanovuje, že matkou dítěte je žena, která dítě porodila (Stará, 2010, s. 20).

Surogátní mateřství není naší legislativou řešeno, tato možnost není ani zakázána, ani povolena. Náhradní matka by měla po porodu dítě předat biologickým rodičům, což by však nemusela udělat, jelikož jí to zákon nepřikazuje. Zatím u nás žádná norma zajišťující matce právo na své dítě, pokud jej „odnosila“ jiná žena, neexistuje. Ze zákona je matkou dítěte a rodiče mohou dítě legálně získat pouze osvojením. Pár proto musí zažádat o osvojení dítěte, o čemž bude rozhodovat soud (Stará, 2010, s. 20).

Co se týká otce dítěte, tím je muž z objednatelského páru, ale z předpokladu, že je žena – náhradní matka, svobodná (uplatnění druhé nebo třetí domněnky otcovství). Pokud má náhradní matka manžela, je považován podle první domněnky otcovství za otce dítěte on (Stará, 2010, s. 20).

Za trestný čin by surogátní mateřství mohlo být považováno v případě, kdy by náhradní matka vzala za donošení dítěte úplatek a došlo by tak k obchodování s dětmi. Přestože u nás právní úprava surogátního mateřství chybí, dochází k němu a odhadem se náhradními matkami stane asi 15 žen ročně. Chyběním právní úpravy náhradního mateřství se objevují různé problémy a nesrovnalosti, kterým by se dalo předejít v případě vymezení tohoto typu mateřství legislativou (Stará, 2010, s. 20).

2.2.5.1 Často diskutované otázky

Surogátní mateřství s sebou nese spoustu otázek jak z etického, morálního, tak i společenského či právního hlediska, ze kterých vychází například tvrzení o vytváření abnormální struktury rodiny. Je poukazováno také na nedostatečné využívání profesionálního sociálního poradenství. Objevily se případy odmítnutí převzetí narozeného dítěte příjemcem pro vrozenou vadu novorozence a naopak matky, příjemkyně, mohou mít problém s přístupem vůči narozenému dítěti (Ostró, 2009, s. 162).

Světová organizace gynekologů a porodníků (FIGO) doporučuje, aby bylo surogátní mateřství jako možnost asistované reprodukce umožněno pouze z medicínského hlediska (viz výše). Přijatelná by měla být jen úplná surogátnost, kdy jsou oba příjemci biologickými rodiči, vzhledem k vytvoření psychologického vztahu náhradní matky ke svému těhotenství. Měla by být také snaha o eliminaci vícečetného těhotenství, které s sebou nese rizika pro náhradní matku i budoucí děti (Ostró, 2009, s. 162).

Stará (2010) uvádí také psychický faktor jako rizikový, jelikož žena, která nosí 9 měsíců pod svým srdcem dítě, se ho pak těžko vzdává. Navíc je to dost dlouhá doba na to, aby si žena na dítě zvykla, je s ním propojena, a podle odborníků je již i nenarozené dítě na svou matku určitým způsobem fixované.

Vždy by měla být respektována svobodná volba surogátní matky, která může dělat rozhodnutí i v souvislosti s jejím těhotenstvím, které však může být v rozporu

s objednatelským párem (Ostró, 2009, s. 162). Surogátním mateřstvím by nemělo docházet k obchodování. Náhradní matka by neměla pronajímat dělohu za účelem finančního zisku, měla by to udělat, protože touží a chce pomoci neplodnému páru, který již vyčerpal všechny jiné možnosti vedoucí k početí dítěte. Peníze by náhradní matka měla dostat pouze jako náhradu nákladů spojených s touto službou. V některých zemích však chudé ženy pronajímají svou dělohu právě z finančních důvodů, aby uživily rodinu. A neplodné páry, které touží po dítěti a stále je nemohou mít, zaplatí téměř cokoli pro naplnění jejich touhy (Stará, 2010, s. 17).

Pokud země právně institut surogátního mateřství neřeší, objednatelný pár i náhradní matka by měli mít nezávislým právníkem uzavřenou dohodu vymezující práva i povinnosti všech zúčastněných stran, a všechny problematické otázky (Ostró, 2009, s. 162).

Další otázkou jsou homosexuální páry a jejich možnost surogátní matky využít. Stará (2010) ve svém článku poukazuje na to, že vyloučení těchto párů z možnosti využití této služby by mohlo být bráno jako diskriminace. Navíc homosexuální pár může dítěti nabídnout stejné podmínky vychovávání jako leckterý heterosexuální pár, ba někdy možná ještě lepší. Avšak právní úprava této otázky by mohla být pro budoucí dítě problémem, jelikož naše společnost není na myšlenku homosexuálních párů jako plnohodnotných rodičů připravena.

Ze strany náhradní matky se nabízejí hlavní otázky ohledně rodinného stavu, věku náhradní matky či anonymity. Náhradní matka by měla být nejspíš svobodná, pokud má manžela, je nutný i jeho souhlas s nabízenou službou. Stanovená by také měla být věková hranice náhradních matek. Ženy, které chtějí být náhradními matkami, by prošly psychickým i zdravotnickým vyšetřením, včetně genetického, a mohly by být vedené v registru náhradních matek (Stará, 2010, s. 17).

Stará (2010) dále zdůrazňuje, že by bylo dobré anonymitu v tomto procesu zachovat, aby se tak předešlo možnému nároku náhradní matky na finanční či jinou odměnu, kterou by po biologických rodičích mohla požadovat. Často je náhradní matkou příbuzná ze strany ženy objednatelského páru.

2.2.5.2 Právní úprava ve světě

Jsou země, ve kterých je surogátní mateřství zákonem povoleno a přesně vymezeno, jiné země surogátní mateřství nepovolují nebo zde právní úprava chybí, jako v naší republice. V Izraeli je náhradní mateřství povoleno od roku 1996, k čemuž došlo na základě výsledků komise zkoumající následky přijatého pozitivního zákona na etiku, právo i náboženství. Uzavření smlouvy mezi objednatelským párem a náhradní matkou schválí komise, obě strany musí být plnoleté a stejného náboženského vyznání, jelikož podle judaismu je víra dítěte určena dle víry matky. Zárodečné buňky pocházejí od objednatelského páru, který musí být ve svazku manželském, náhradní matka je svobodná anebo rozvedená, je dodržován princip anonymity. Dítě si po narození musí biologičtí rodiče osvojit, do té doby je v péči sociálního pracovníka, který bude jeho opatrovníkem (Ostró, 2009, s. 163; Stará, 2010, s. 21).

Velká Británie se hlásí k nekomerčnímu surogátnímu mateřství, zárodečné buňky pochází alespoň od jednoho rodiče z objednatelského páru, pár musí být sezdán a mít trvalý pobyt na území Velké Británie. Po narození pár podá do 6 měsíců žádost o osvojení, kdy souhlasit musí také náhradní matka i její manžel, je-li vdaná. V rodném listě dítěte jsou zapsáni jak biologičtí rodiče, tak i náhradní matka (Stará, 2010, s. 21).

Ve Spojených státech všeobecně žádná omezení nejsou, právní úprava se mezi státy liší. Stát New York tuto službu zakazuje, ale na Floridě a v Texasu lze za určitých podmínek náhradní mateřství využít (Stará, 2010, s. 21; www.iffs-reproduction.org, 2013-03-20). Kanada povoluje nekomerční surogátní mateřství a při prenatální péči o těhotnou náhradní matku je důležitá ochrana jejího soukromí i autonomie (Ostró, 2009, s. 163).

Ukrajina a Indie patří mezi země, ve kterých je surogátní mateřství založeno na komerční bázi. Na Ukrajině se nachází několik klinik vydělávajících na pronajímání dělohy a náhradní matky si touto službou mohou vydělat až milion korun. Ženy, které se chtějí stát náhradními matkami, musí projít zdravotním i psychologickým vyšetřením, jsou ve věku 18 až 35 let, mají již dítě a jsou svobodné, vdané potřebují i souhlas manžela. Smlouva je ověřena právníkem. Indie má pozitivní právní úpravu od roku 2002 a náhradními matkami jsou hlavně chudé indické ženy, které si pronajímají bohaté páry z Evropy i Ameriky ochotné zaplatit cokoliv (Stará, 2010, s. 21).

V Austrálii musí být náhradní matka zapsána v rodném listě dítěte, avšak v jednotlivých státech se úprava liší – v Západní Austrálii se surogátní mateřství může provést po tzv. udělení milosti, Jižní Austrálie a Viktorie v Austrálii zakazuje komerční surogátní mateřství, ale dobrovolné povoleno je (Ostró, 2009, s. 162; www.iffs-reproduction.org, 2013-03-20).

Surogátní mateřství se souhlasem soudu a pouze z dostatečných zdravotních důvodů bez finanční odměny náhradní matce je povoleno v Řecku (www.iffs-reproduction.org, 2013-03-20).

Mezi země, kde je surogátní mateřství zákonem zakázáno, patří například Slovensko, Německo, Rakousko, Dánsko, Norsko, Švédsko, Itálie, Švýcarsko, Portugalsko, Španělsko, Francie a země s vyznáním Islám (Stará, 2010, s. 21; www.iffs-reproduction.org, 2013-03-20).

2.2.6 Otázka informovanosti dítěte o jeho původu

Spornou otázkou zůstává, zda vůbec a kdy dítěti říct o jeho genetickém původu. Řežábek (2000) zastává názor, že povědět dítěti, jak bylo počato, je zbytečné, jelikož ostatní děti zpravidla také nejsou o svém početí informovány. Navíc tyto informace vyvolají u dítěte další otázky, nad kterými se bude starat a bude chtít znát jejich odpověď, což nemusí být pro vztahy v rodině nejlepší.

Sdělit dítěti jeho genetický původ je na místě v případě, kdy se objeví riziko přenosu dědičného onemocnění, což bude rozhodující informace pro jeho budoucí život a plánování vlastní rodiny. Avšak konkrétního genetického rodiče se nikdy nedozví (Řežábek, 2000, s. 502).

3 METODIKA PRÁCE

3.1 Charakteristika souboru

Zkoumaný soubor průzkumu k této diplomové práci byl rozdělen do dvou hlavních skupin. První zkoumanou skupinou byla laická veřejnost, jejíž vzorek byl vybrán náhodně. Respondenty jsou ženy i muži různého věku i dosaženého vzdělání.

Druhou skupinou zkoumaného souboru jsou nelékařští zdravotničtí pracovníci – porodní asistentky, všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti a další zdravotničtí pracovníci (dále jen zdravotníci), taktéž ženy a muži rozdílného věku i dosaženého vzdělání a pozice. Tito respondenti jsou z určitých oddělení Městské nemocnice Ostrava, kde pracují. Dále se průzkumu účastnili zdravotníci oslovení mimo nemocnici.

3.2 Metoda sběru dat

Ke zpracování praktické části diplomové práce byl zvolen kvantitativní průzkum, jako metoda šetření byl použit dotazník. Před samotným sběrem dat byla provedena pilotní studie na skupince 10 lidí, laiků. Na základě jejich připomínek a nesrovnalostí bylo znění dotazníku poupraveno a po schválení vedoucí diplomové práce byl dotazník distribuován.

Dotazník (Příloha 1) sestává z úvodu, který mimo jiné tvoří stručné informace k nastínění dané problematiky, poté následuje celkem 32 položek. První část se s položkami č. 1 – 16 postupně zabývá otázkami výběru a vymezení dárců i příjemců zárodečných buněk, ne/anonymního dárcovství a přijatelnosti jednotlivých možností dárcovství v asistované reprodukci.

Následuje opět stručná informace přibližující problematiku surogátního mateřství, kterou řeší položky č. 17 – 23. Položky č. 24 a 25 zjišťují zkušenost respondentů s možností umělého oplodnění a surogátního mateřství. Posledních 6 položek č. 26 – 32 tvoří demografické údaje o respondentech.

3.3 Organizace průzkumu

Konečný sběr dat probíhal v březnu a dubnu 2013. Ve skupině laické veřejnosti zkoumaného souboru bylo rozdáno celkem 150 dotazníků a vrátilo se jich 123, návratnost byla 82 %. Čtyři dotazníky byly vyřazeny pro neúplné vyplnění, takže do průzkumu bylo zařazeno 119 dotazníků (100 %).

Ve skupině zdravotníků byly po schválení žádosti o průzkumné šetření náměstkyní Městské nemocnice Ostrava (Příloha 2) dotazníky distribuovány na oddělení gynekologie a porodnictví, dětského lékařství, geriatric a interny, neurochirurgie, a oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny. Několik dotazníků bylo předáno zdravotníkům mimo nemocnici. V této skupině bylo rozdáno 150 dotazníků, z nichž se vrátilo 115, návratnost tedy byla 76,7 %. Kvůli nesprávnému vyplnění bylo 10 dotazníků vyřazeno, do průzkumu proto bylo zařazeno dotazníků 105 (100 %).

3.4 Zpracování dat

Vyhodnocení dotazníků bylo provedeno ručně a čárkovací metodou. Získaná data jsou prezentována pomocí tabulek a sloupcových grafů, kde jsou vyjádřena absolutními hodnotami (n) a relativní četností (%). Každá položka pak obsahuje komentář.

4 VÝSLEDKY

V této části diplomové práce jsou doloženy výsledky průzkumu, které jsou interpretovány zvláště u zkoumané skupiny laické veřejnosti a zvláště u skupiny zdravotníků.

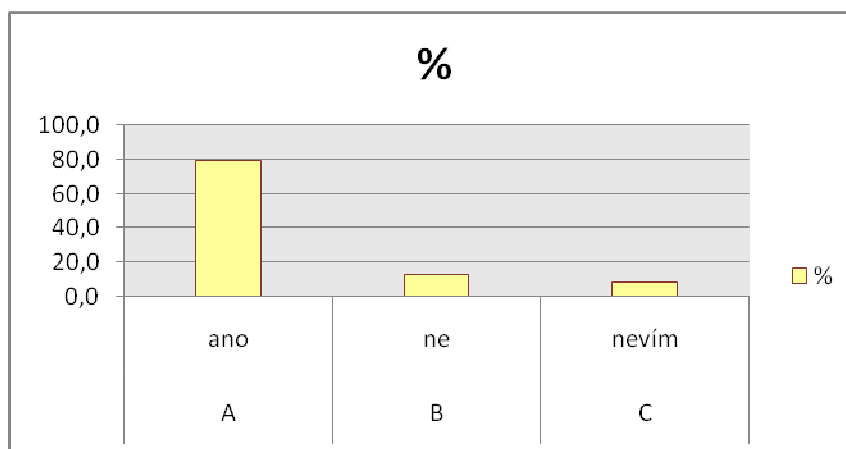
Položka č. 1

Měla by se při získávání dárců zárodečných buněk (spermíí, vajíček) zohledňovat kromě věku a zdravotního stavu také nezdravotní rizika (např. psychologická vyšetření, dle požadavků příjemců)?

Ve zkoumané skupině laiků se 119 respondenty (100 %) jich 94 (79 %) odpovědělo, že by se při získávání dárců zárodečných buněk měla zohledňovat také nezdravotní rizika. 15 (12,6 %) respondentů zastávalo opačný názor a 10 (8,4 %) nevědělo, zda by se takto mělo postupovat (Tabulka 1, Graf 1).

Tabulka 1. Zohledňování nezdravotních rizik u dárců zárodečných buněk (laická veřejnost)

		n	%
A	ano	94	79,0
B	ne	15	12,6
C	nevím	10	8,4
celkem		119	100

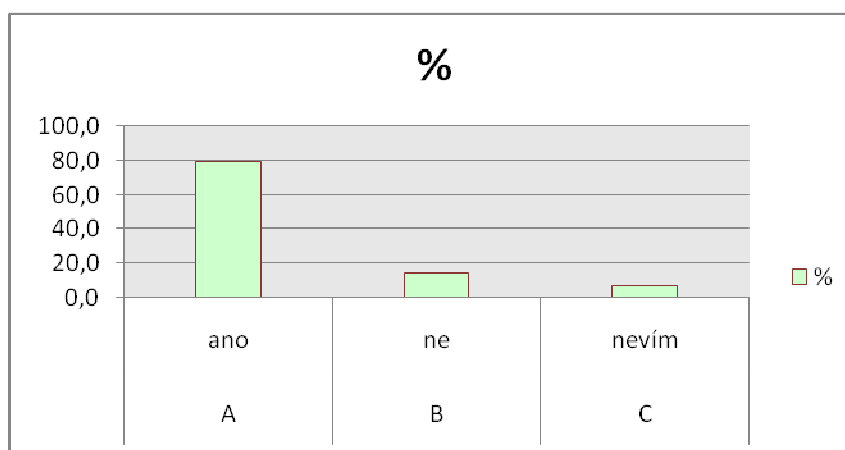


Graf 1. Zohledňování nezdravotních rizik u dárců zárodečných buněk (laická veřejnost)

Sledovaný soubor zdravotníků s počtem 105 respondentů (100%) se v 83 případech (79 %) vyjádřil kladně, aby byla při výběru dárců zárodečných buněk zohledňována nezdravotní rizika. Možnost „ne“ zvolilo 15 (14,3 %) dotazovaných a 7 (6,7 %) nevědělo, jestli by nezdravotní rizika měla být u dárců zohledňována (Tabulka 2, Graf2).

Tabulka 2. Zohledňování nezdravotních rizik u dárců zárodečných buněk (zdravotníci)

		n	%
A	ano	83	79,0
B	ne	15	14,3
C	nevím	7	6,7
celkem		105	100



Graf 2. Zohledňování nezdravotních rizik u dárců zárodečných buněk (zdravotníci)

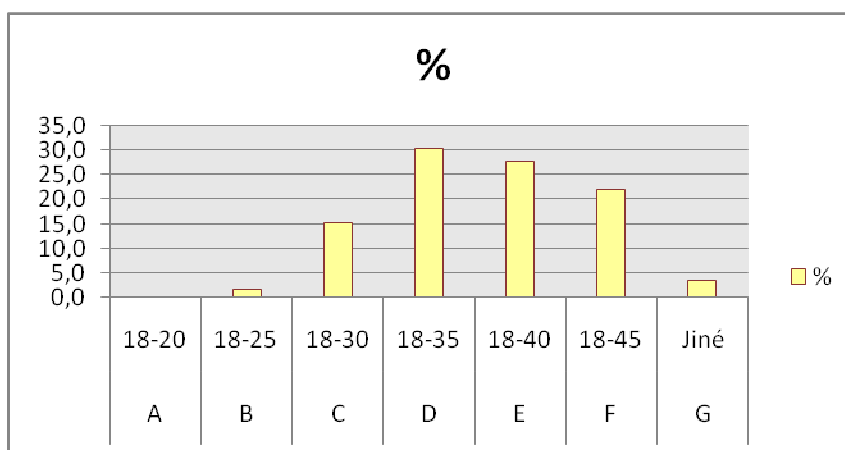
Položka č. 2

Dárce spermií může být podle Vás muž ve věku:

Skoro třetina respondentů laiků, 36 (30,3 %), zastávala názor, že dárce spermií by měl být muž ve věku 18 – 35 let, další téměř třetina respondentů – 33 (27,7 %), vybrala věkovou hranici 18 – 40 let. 26 (21,8 %) dotazovaných zvolilo možnost 18 – 45 let a 18 (15,1 %) se jich přiklonilo k věkovému rozmezí 18 – 30 let. Pouze 2 (1,7 %) laici zkoumané skupiny označili možnost 18 – 25 let a nikdo nevybral nejmenší věkové rozmezí 18 – 20 let. Zbývající 4 (3,4 %) respondenti vyjádřili vlastní názor na vymezení věku dárce, citují: „20 – 40 let“, „18 – 60 let“, „Kdokoliv, kdo je plnoletý a plodný“, „Neomezovala bych věk dárce“ (Tabulka 3, Graf 3).

Tabulka 3. Vymezení věku dárce spermatu (laická veřejnost)

		n	%
A	18 - 20	0	0,0
B	18 - 25	2	1,7
C	18 - 30	18	15,1
D	18 - 35	36	30,3
E	18 - 40	33	27,7
F	18 - 45	26	21,8
G	Jiné	4	3,4
celkem		119	100

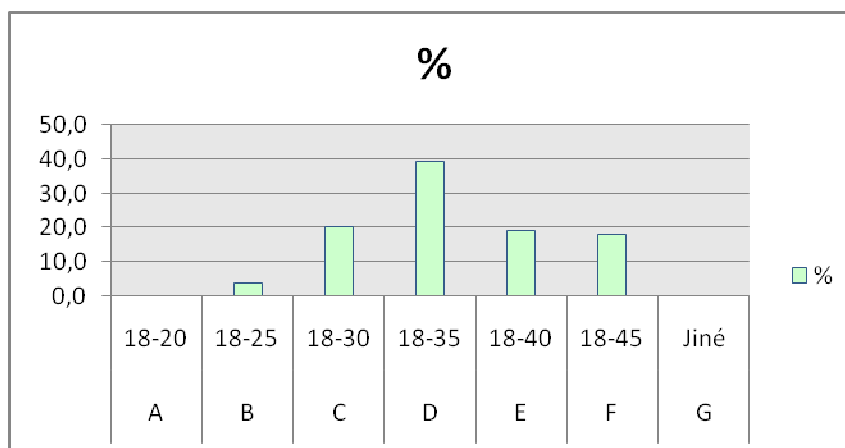


Graf 3. Vymezení věku dárce spermatu (laická veřejnost)

Ze sledované skupiny zdravotníků se nejvíce respondentů, celkem 41 (39 %), domnívalo, že by dárce spermatu měli být muži ve věku 18 – 35 let. 21 (20 %) dotazovaných zvolilo rozmezí 18 – 30 let a podobný počet zdravotníků, 20 (19 %), se přiklonil k vymezení věku dárce 18 – 40 let. Možnost 18 – 45 let pak vybralo celkem 19 (18,1 %) respondentů a nejmenší zastoupení mělo rozmezí věku 18 – 25 let, které označili dotazovaní 4 (3,8 %). Obdobně, jako u sledované skupiny laiků, první možnost 18 – 20 let ne zvolil nikdo a nikdo neuvedl ani své vlastní vymezení (Tabulka 4, Graf 4).

Tabulka 4. Vymezení věku dárce spermatu (zdravotníci)

		n	%
A	18 - 20	0	0,0
B	18 - 25	4	3,8
C	18 - 30	21	20,0
D	18 - 35	41	39,0
E	18 - 40	20	19,0
F	18 - 45	19	18,1
G	Jiné	0	0,0
celkem		105	100



Graf 4. Vymezení věku dárce spermatu (zdravotníci)

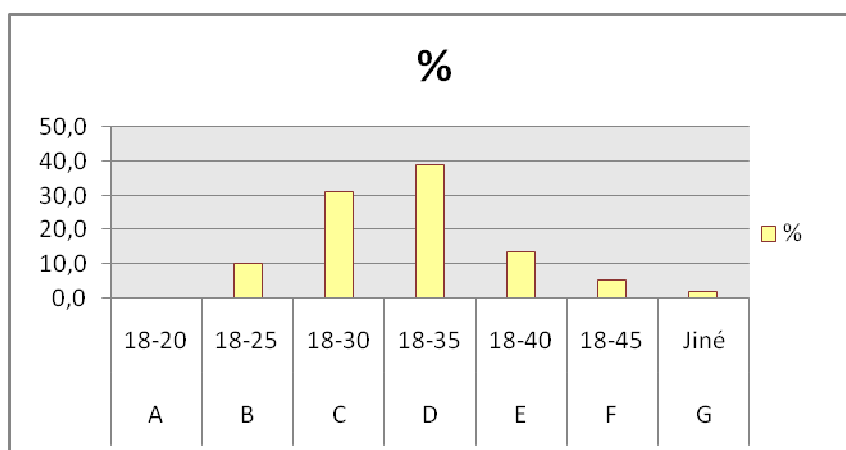
Položka č. 3

Dárkyní vajíček může být podle Vás žena ve věku:

Z celkového počtu 119 respondentů laiků (100 %) jich 46 (38,7 %) označilo, že by dárkyně vajíček měla být ve věku 18 – 35 let. Druhou nejčastěji zastoupenou možností byl věk dárkyň 18 – 30 let zvolený 37 (31,1 %) respondenty. 16 (13,4 %) laiků vybralo vymezení 18 – 40 let, 12 (10,1 %) se pak přiklonilo k možnosti 18 – 25 let. Pouze 6 (5 %) dotazovaných zaznamenalo nejvyšší uvedené věkové rozmezí 18 – 45 let a 2 (1,7 %) respondenti vyjádřili vlastní názor: „20 – 35 let“ a „Kdokoliv, kdo je plnoletá a plodná“ (Tabulka 5, Graf 5).

Tabulka 5. Vymezení věku dárkyně vajíček (laická veřejnost)

		n	%
A	18 - 20	0	0,0
B	18 - 25	12	10,1
C	18 - 30	37	31,1
D	18 - 35	46	38,7
E	18 - 40	16	13,4
F	18 - 45	6	5,0
G	Jiné	2	1,7
celkem		119	100

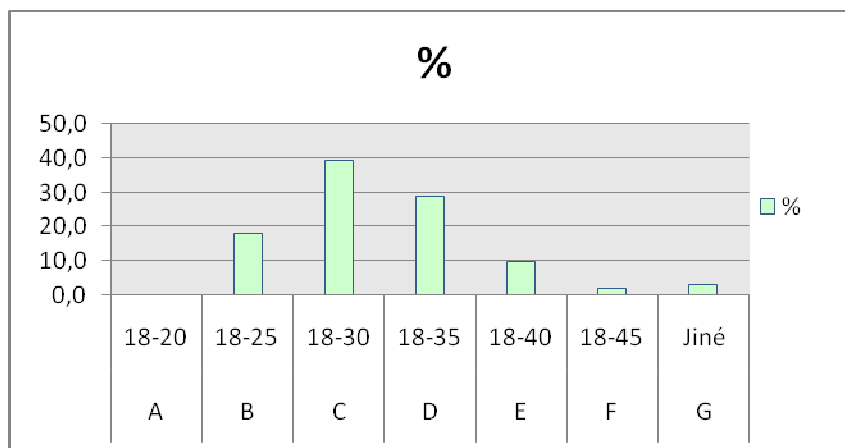


Graf 5. Vymezení věku dárkyně vajíček (laická veřejnost)

Ve skupině zdravotníků byla na rozdíl od skupiny laiků u této položky nejvíce zastoupená možnost nižšího věku, a to 18 – 30 let, kterou označilo 41 (39 %) respondentů. Rozmezí 18 – 35 let pak zvolilo 30 (28,6 %) zdravotníků, 19 (18,1 %) jich vybralo věk 18 – 25 let a 10 (9,5 %) respondentů zaznamenalo rozmezí 18 – 40 let. Věk 18 – 45 let byl v tomto případě zvolen nejméně dotazovanými, pouze 2 (1,9 %). Vlastní vyjádření napsali 3 (2,9 %) respondenti, citují: „Do 28 let“, „18 až konec reprodukčního období (matka své dceři)“, „Nesouhlasím s dárcovstvím vajíček“ (Tabulka 6, Graf 6).

Tabulka 6. Vymezení věku dárkyně vajíček (zdravotníci)

		n	%
A	18-20	0	0,0
B	18-25	19	18,1
C	18-30	41	39,0
D	18-35	30	28,6
E	18-40	10	9,5
F	18-45	2	1,9
G	Jiné	3	2,9
celkem		105	100



Graf 6. Vymezení věku dárkyně vajíček (zdravotníci)

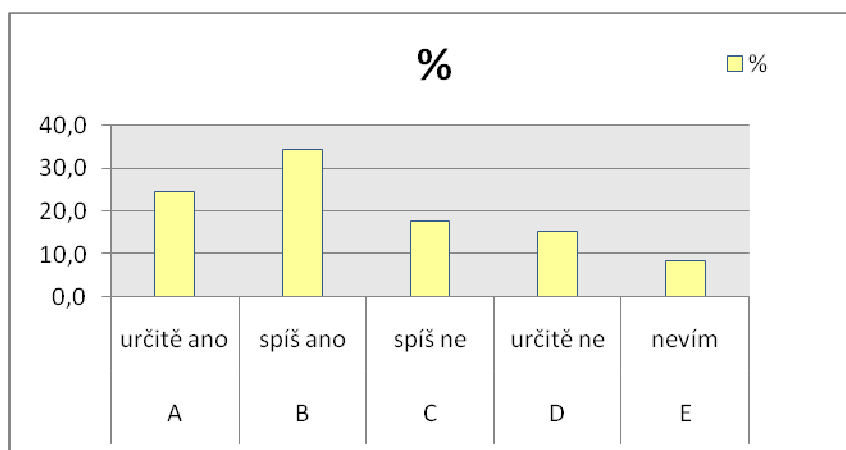
Položka č. 4

Měli by být dárci zárodečných buněk pouze ti, kteří již mají zdravé děti?

Nejvíce respondentů sledované skupiny laiků, celkem 41 (34,5 %), označilo možnost „spíš ano“ a 29 (24,4 %) dotazovaných se domnívá, že by určitě měli být dárci zárodečných buněk pouze ti, kteří již mají zdravé děti. Odpověď „spíš ne“ vybralo 21 (17,6 %) respondentů, 18 (15,1 %) by jich určitě s tímto omezením nesouhlasilo a 10 (8,4 %) respondentů nevědělo, zda by to tak mělo být, nebo ne (Tabulka 7, Graf 7).

Tabulka 7. Dárci zárodečných buněk by měli být pouze ti, kteří již mají zdravé děti (laická veřejnost)

		n	%
A	určitě ano	29	24,4
B	spíš ano	41	34,5
C	spíš ne	21	17,6
D	určitě ne	18	15,1
E	nevím	10	8,4
	celkem	119	100

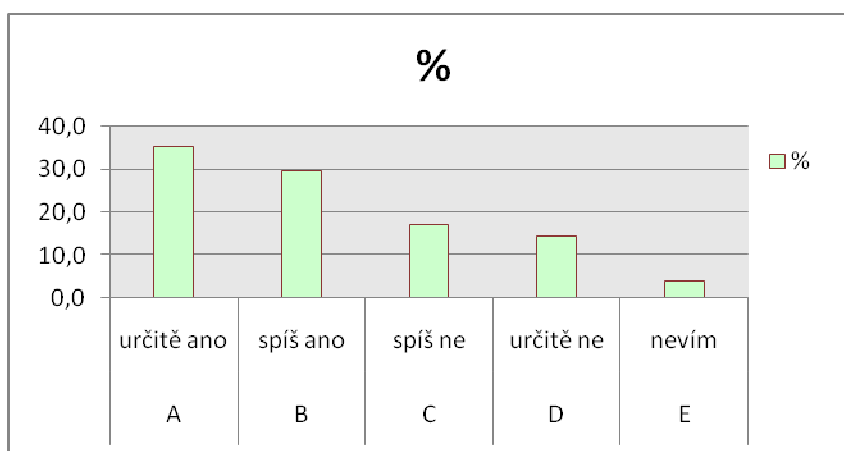


Graf 7. Dárci zárodečných buněk by měli být pouze ti, kteří již mají zdravé děti (laická veřejnost)

Ve sledované skupině zdravotníků 37 (35,2 %) respondentů považovalo za určitě správné, aby dárci zárodečných buněk byli pouze ti, kteří již mají zdravé dítě. Za spíše správné zvolilo tuto možnost 31 (29,5 %) respondentů, 18 (17,1 %) jich pak vybralo možnost „spíše ne“ a určitě s omezením nesouhlasilo 15 (14,3 %) dotazovaných. 4 (3,8 %) zdravotníci nevěděli, jak se k této problematice postavit (Tabulka 8, Graf 8).

Tabulka 8. Dárci zárodečných buněk by měli být pouze ti, kteří již mají zdravé děti (zdravotníci)

		n	%
A	určitě ano	37	35,2
B	spíše ano	31	29,5
C	spíše ne	18	17,1
D	určitě ne	15	14,3
E	nevím	4	3,8
celkem		105	100



Graf 8. Dárci zárodečných buněk by měli být pouze ti, kteří již mají zdravé děti (zdravotníci)

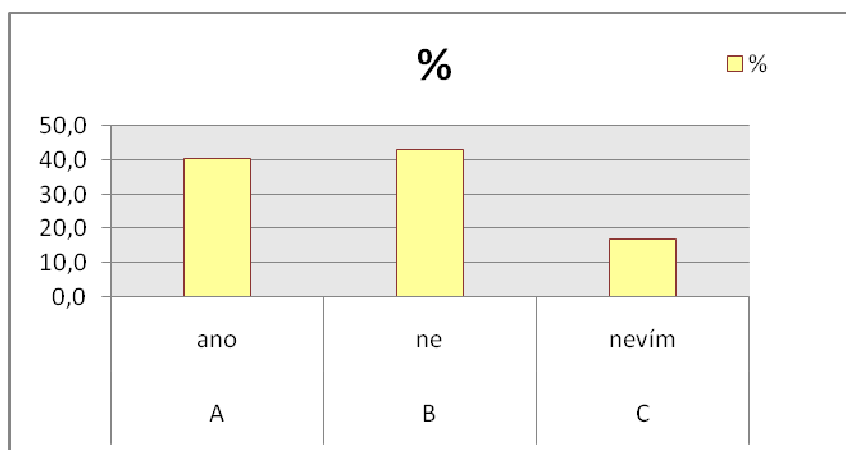
Položka č. 5

Měla by být dárkyní vajíček pouze žena, která již byla těhotná (např. proto, že proces dárčovství vajíček je složitější a může jej provázet více komplikací, které by mohly být problémem při budoucím otěhotnění)?

Ze 119 (100 %) dotazovaných laiků jich 51 (42,9 %) nesouhlasilo, aby dárkyní vajíček byly pouze již těhotné ženy. Podobně pak 48 (40,3 %) respondentů s tímto naopak souhlasilo a zbylých 20 (16,8 %) respondentů označilo možnost „nevím“ (Tabulka 9, Graf 9).

Tabulka 9. Dárkyní vajíček by měla být pouze žena, která již byla těhotná (laická veřejnost)

		n	%
A	ano	48	40,3
B	ne	51	42,9
C	nevím	20	16,8
celkem		119	100

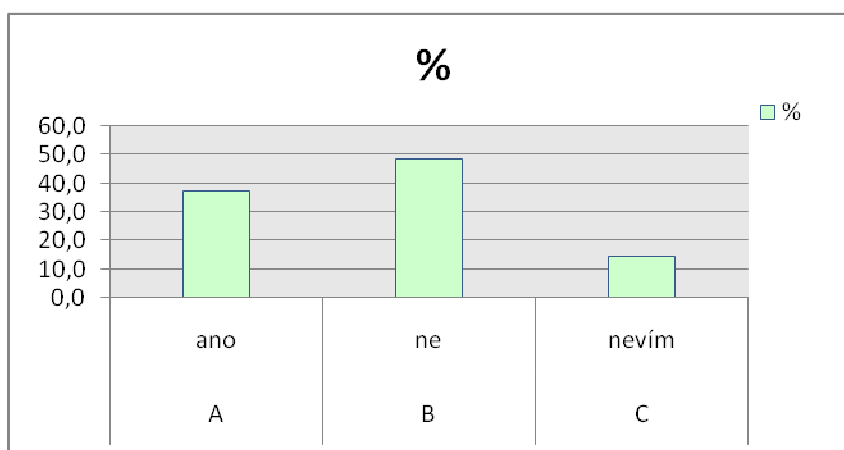


Graf 9. Dárkyní vajíček by měla být pouze žena, která již byla těhotná (laická veřejnost)

Ve sledované skupině zdravotníků byly počty jednotlivých vybraných odpovědí podobné jako ve skupině laiků. 51 (48,6 %) respondentů souhlasilo, aby dárkyně vajíček byly ženy, které již byly těhotné, naproti tomu 39 (37,1 %) dotazovaných nesouhlasilo. Poslední možnost „nevím“ zaznamenalo 15 (14,3 %) zdravotníků (Tabulka 10, Graf 10).

Tabulka 10. Dárkyní vajíček by měla být pouze žena, která již byla těhotná (zdravotníci)

		n	%
A	ano	39	37,1
B	ne	51	48,6
C	nevím	15	14,3
celkem		105	100



Graf 10. Dárkyní vajíček by měla být pouze žena, která již byla těhotná (zdravotníci)

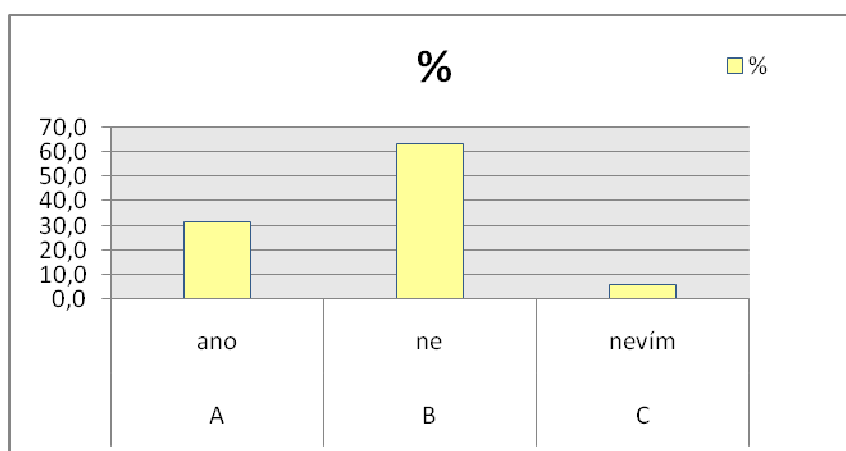
Položka č. 6

V současnosti je uzákoněno, že umělé oplodnění je možné provést ženě v jejím plodném věku až do 49 let. Přikláníte se k této věkové hranici?

Většina respondentů, 75 (63 %), sledované skupiny laiků nesouhlasilo s uzákoněnou věkovou hranicí ženy pro umělé oplodnění. 37 (31,1 %) dotazovaných pak s uzákoněnou věkovou hranicí 49 let souhlasilo a 7 (5,9 %) jich označilo poslední možnost „nevím“ (Tabulka 11, Graf 11).

Tabulka 11. Správnost uzákoněné věkové hranice 49 let, do kdy je ženě možné provést umělé oplodnění (laická veřejnost)

		n	%
A	ano	37	31,1
B	ne	75	63,0
C	nevím	7	5,9
celkem		119	100



Graf 11. Správnost uzákoněné věkové hranice 49 let, do kdy je ženě možné provést umělé oplodnění (laická veřejnost)

Respondenti, kteří se zákonem danou věkovou hranicí nesouhlasili, měli napsat věk, dokdy by podle nich mělo být ženě provedení umělého oplodnění umožněno. Ze 75 (100 %) respondentů jich většina, a to 43 (57,3 %), uvedla hranici 40 let. Do 45 let by mohlo být ženě umožněno umělé oplodnění podle 13 (17,3 %) dotazovaných a 10 (13,3 %) jich napsalo hranici 35 let. 3 (4 %) respondenti uvedli 42 let, podle 2 (2,7 %) respondentů by věková hranice neměla přesáhnout 38 let, do 43 let by mohlo být ženám umělé oplodnění umožněno také podle 2 (2,7 %) respondentů. 1 (1,3 %) dotazovaný pak dokonce uvedl jako horní hranici věku ženy pro umělé oplodnění 30 let a také 1 (1,3 %) respondent napsal 39 let (Tabulka 12).

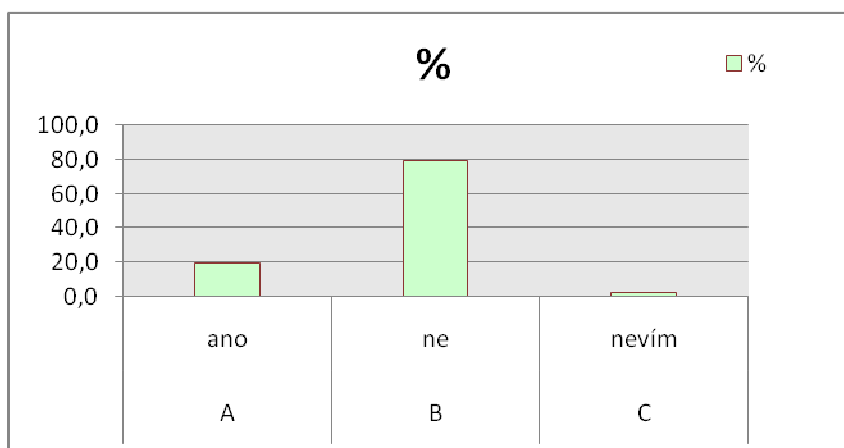
Tabulka 12. Věková hranice ženy pro provedení umělého oplodnění podle respondentů (laická veřejnost)

		n	%
1	do 30 let	1	1,3
2	do 35 let	10	13,3
3	do 38 let	2	2,7
4	do 39 let	1	1,3
5	do 40 let	43	57,3
6	do 42 let	3	4,0
7	do 43 let	2	2,7
8	do 45 let	13	17,3
celkem		75	100,0

Taktéž ve druhé sledované skupině zdravotníků označila velká část respondentů, že s uzákoněnou věkovou hranicí pro umělé oplodnění nesouhlasí. Bylo to celkem 83 (79 %) respondentů. Pro 20 (19 %) dotazovaných je uzákoněná hranice přijatelná a pouze 2 (1,9 %) respondenti nevěděli, zda s věkovou hranicí souhlasit anebo ne (Tabulka 13, Graf 12).

Tabulka 13. Správnost uzákoněné věkové hranice 49 let, do kdy je ženě možné provést umělé oplodnění (zdravotníci)

		n	%
A	ano	20	19,0
B	ne	83	79,0
C	nevím	2	1,9
celkem		105	100



Graf 12. Správnost uzákoněné věkové hranice 49 let, do kdy je ženě možné provést umělé oplodnění (zdravotníci)

Respondenti, kteří s uzákoněným věkovou hranicí nesouhlasili, se nejčastěji přiklonili k věkové hranici 40 let, bylo to v 36 (43,4 %) případech z 83 (100 %) respondentů. Stejný počet respondentů, 17 (20,5 %), zaznamenal věk 35 a 45 let. 5 (6 %) dotazovaných by věkový limit posunulo k 38 letům, 3 (3,6 %) respondenti pak k 42 letům. Pouze do 30 let by mohlo být ženě umělé oplodnění provedeno podle 2 (2,4 %) respondentů a taktéž 2 (2,4 %) respondenti zaznamenali věk do 37 let. 1 (1,2 %) respondent se domnívá, že je nejvyšší hranicí pro umělé oplodnění ženy věk do 43 let (Tabulka 14).

Tabulka 14. Věková hranice ženy pro provedení umělého oplodnění podle respondentů (zdravotníci)

		n	%
1	do 30	2	2,4
2	do 35 let	17	20,5
3	do 37 let	2	2,4
4	do 38 let	5	6,0
5	do 40 let	36	43,4
6	do 42 let	3	3,6
7	do 43 let	1	1,2
8	do 45 let	17	20,5
celkem		83	100,0

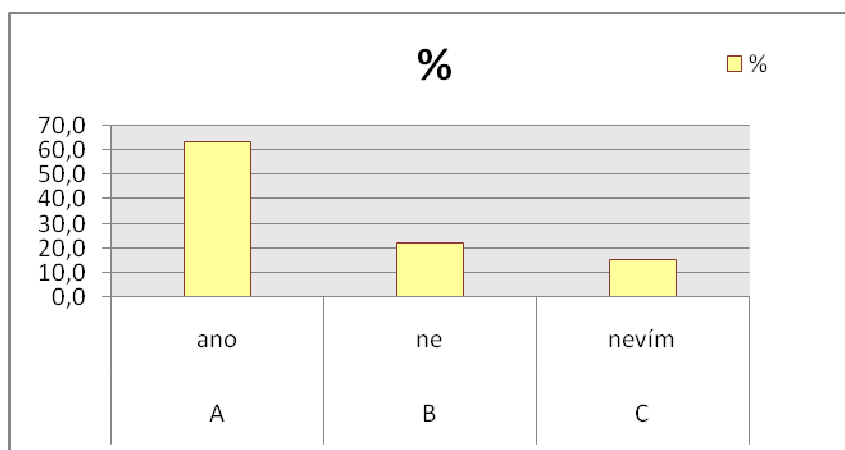
Položka č. 7

Měla by se u příjemců zárodečných buněk posuzovat nějaká kritéria v rámci respektování zájmů a dobrých podmínek vývoje dítěte (zda budou příjemci vhodnými rodiči)?

Z cílové skupiny laiků jich 75 (63 %) souhlasilo s tím, aby byla posuzována určitá kritéria u příjemců darovaných zárodečných buněk, budoucích rodičů. 26 (21,8 %) respondentů s touto možností nesouhlasilo a zbývajících 18 (15,1 %) dotazovaných označilo možnost „nevím“ (Tabulka 15, Graf 13).

Tabulka 15. Posuzování kritérií, zda budou příjemci zárodečných buněk vhodnými rodiči (laická veřejnost)

		n	%
A	ano	75	63,0
B	ne	26	21,8
C	nevím	18	15,1
	celkem	119	100



Graf 13. Posuzování kritérií, zda budou příjemci zárodečných buněk vhodnými rodiči (laická veřejnost)

Respondenti domnívající se, že by bylo správné posuzovat určitá kritéria příjemců zárodečných buněk, měli zaznamenat nebo napsat, jaká kritéria by to podle nich měla být. Mohli uvést více příkladů. Nejčastěji respondenti zaznamenali posuzování mentální stránky rodičů, bylo to v 56 (39,7 %) případech. Zdravotní stav zaznačilo 48 (34 %) laiků a sociální status, podmínky, by měly být posuzovány podle 35 (24,8 %) dotazovaných. 2 (1,4 %) respondenti napsali vlastní vyjádření, cituji: „Není-li to pouze východisko pro udržení manželství“ a „Celková schopnost zabezpečit dítě“ (Tabulka 16).

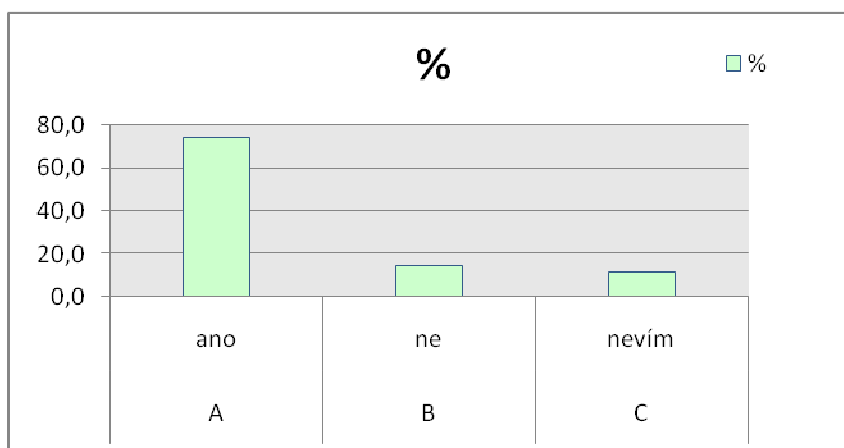
Tabulka 16. Posuzovaná kritéria (laická veřejnost)

		n	%
1	zdravotní stav	48	34,0
2	mentální stránka rodičů (psychologická vyšetření)	56	39,7
3	sociální status, podmínky	35	24,8
4	jiné	2	1,4
celkem		141	100

Ze sledované skupiny zdravotníků se 78 (74,3 %) respondentů domnívalo, že by bylo správné posuzovat některá kritéria příjemců zárodečných buněk, budoucích rodičů. Nesouhlasilo 15 (14,3 %) respondentů a 12 (11,4%) nevědělo, zda by to bylo správné či ne (Tabulka 17, Graf 14).

Tabulka 17. Posuzování kritérií, zda budou příjemci zárodečných buněk vhodnými rodiči (zdravotníci)

		n	%
A	ano	78	74,3
B	ne	15	14,3
C	nevím	12	11,4
celkem		105	100



Graf 14. Posuzování kritérií, zda budou příjemci zárodečných buněk vhodnými rodiči (zdravotníci)

Uvedené možnosti posuzovaných kritérií měli celkem obdobné zastoupení respondentů, jako u sledované skupiny laiků. 66 (36,9 %) respondentů zaznamenalo, že by se měl posuzovat zdravotní stav budoucích rodičů, 60 (33,5 %) jich označilo mentální stránku a 52 (29,1 %) by posuzovalo také sociální status a podmínky rodičů. Vlastní názor pak uvedl 1 (0,6 %) dotazovaný, který napsal, že by se mělo posuzovat „zaměstnání a ukončené vzdělání“ příjemců darovaných zárodečných buněk (Tabulka 18).

Tabulka 18. Posuzovaná kritéria (zdravotníci)

		n	%
1	zdravotní stav	66	36,9
2	mentální stránka rodičů (psychologická vyšetření)	60	33,5
3	sociální status, podmínky	52	29,1
4	jiné	1	0,6
celkem		179	100

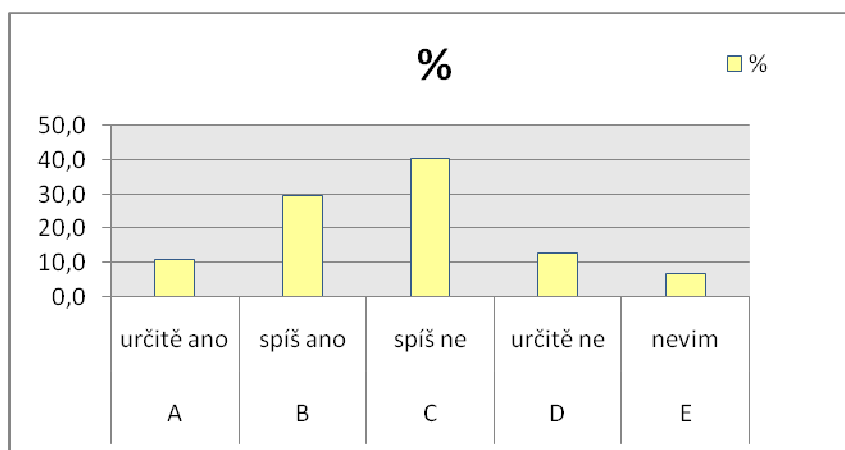
Položka č. 8

Myslíte si, že by dárci zárodečných buněk měli mít nárok na další odměnu kromě náhrady nákladů spojených s darováním?

Z celkového počtu 119 (100 %) respondentů laiků jich 48 (40,3 %) vyjádřilo, že by dárci zárodečných buněk měli mít nárok na odměnu spíše mít neměli. Možnost „spíše ano“ byla zastoupena ve 35 (29,4 %) případech. 15 (12,6 %) respondentů s odměnou dárcům určitě nesouhlasilo, oproti tomu 13 (10,9 %) jich s odměnou určitě souhlasilo. Možnost „nevím“ byla zaznamenána 8 (6,7 %) dotazovanými (Tabulka 19, Graf 15).

Tabulka 19. Nárok dárců zárodečných buněk na odměnu (laická veřejnost)

		n	%
A	určitě ano	13	10,9
B	spíše ano	35	29,4
C	spíše ne	48	40,3
D	určitě ne	15	12,6
E	nevím	8	6,7
	celkem	119	100

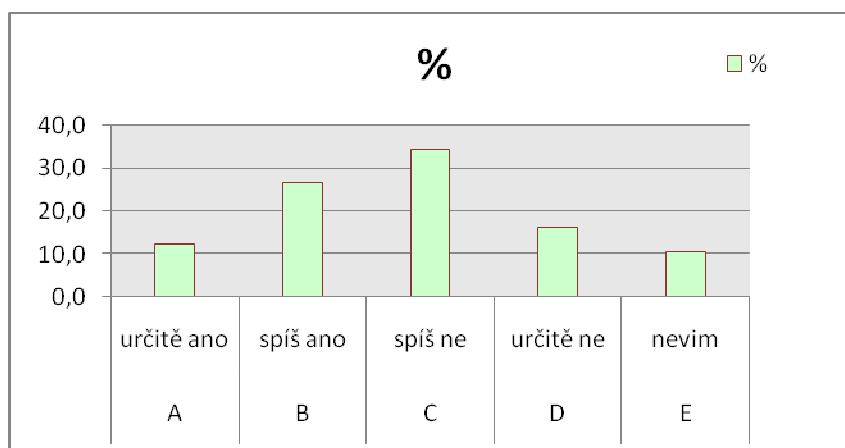


Graf 15. Nárok dárců zárodečných buněk na odměnu (laická veřejnost)

Ve druhé sledované skupině zdravotníků jich 36 (34,3 %) s odměnou pro dárce zárodečných buněk spíše nesouhlasilo a 28 (26,7 %) respondentů s odměnou spíše souhlasilo. Možnost „určitě ne“ vybralo 17 (16,2 %) dotazovaných a podle 13 (12,4 %) respondentů by určitě dárce zárodečných buněk mít nárok na odměnu měli. Jak se k této otázce odměny postavit nevědělo 11 (10,5 %) respondentů (Tabulka 20, Graf 16).

Tabulka 20. Nárok dárce zárodečných buněk na odměnu (zdravotníci)

		n	%
A	určitě ano	13	12,4
B	spíš ano	28	26,7
C	spíš ne	36	34,3
D	určitě ne	17	16,2
E	nevím	11	10,5
celkem		105	100



Graf 16. Nárok dárce zárodečných buněk na odměnu (zdravotníci)

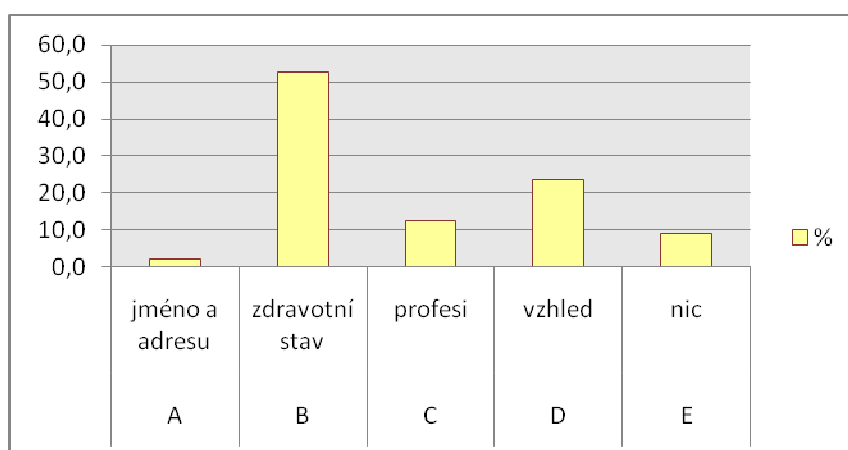
Položka č. 9

Příjemci by měli mít právo znát o dárci:

V této položce měli respondenti možnost zvolit i více odpovědí. Většina respondentů ze skupiny laické veřejnosti, celkem 98 (52,7 %), označila, že by rodiče měli mít právo znát o dárci zdravotní stav. Oproti tomu nejméně dotazovaných, 4 (2,2 %), zaznamenalo, že by příjemci měli mít právo znát o dárci jméno a adresu. 44 (23,7 %) respondentů považovalo za správné, aby rodiče věděli, jakého vzhledu jsou dárci zárodečných buněk, a profesi dárce by měli rodiče znát podle 23 (12,4 %) respondentů. Jen 17 (9,1 %) dotazovaných zastávalo názor, že by příjemci neměli o dárci vědět nic (Tabulka 21, Graf 17).

Tabulka 21. Informace o dárci, které by příjemce měl mít právo znát (laická veřejnost)

		n	%
A	jméno a adresu	4	2,2
B	zdravotní stav	98	52,7
C	profesi	23	12,4
D	vzhled (výška postavy, barva vlasů, očí)	44	23,7
E	nic	17	9,1
celkem		186	100

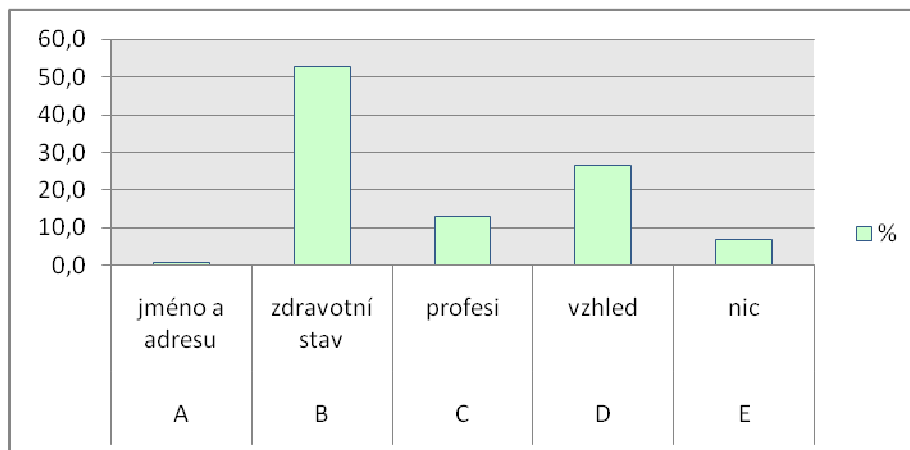


Graf 17. Informace o dárci, které by příjemce měl mít právo znát (laická veřejnost)

Ve skupině zdravotníků se také nejvíce dotazovaných, celkem 91 (52,9 %), domnívalo, že zdravotní stav patří mezi informace, které by měl mít příjemce právo o dárci zárodečných buněk znát. Jen 1 (0,6 %) respondent si myslel, že by bylo vhodné, aby příjemci věděli jméno a adresu dárce. Vzhled dárce by měli mít příjemci zárodečných buněk právo znát podle 46 (26,7 %) dotazovaných a profesi podle 22 (12,8 %) dotazovaných. 12 (7 %) zdravotníků pak uvedlo, že by příjemci zárodečných buněk neměli mít právo o dárci vědět nic (Tabulka 22, Graf 18).

Tabulka 22. Informace o dárci, které by příjemce měl mít právo znát (zdravotníci)

		n	%
A	jméno a adresu	1	0,6
B	zdravotní stav	91	52,9
C	profesi	22	12,8
D	vzhled (výška postavy, barva vlasů, očí)	46	26,7
E	nic	12	7,0
celkem		172	100



Graf 18. Informace o dárci, které by příjemce měl mít právo znát (zdravotníci)

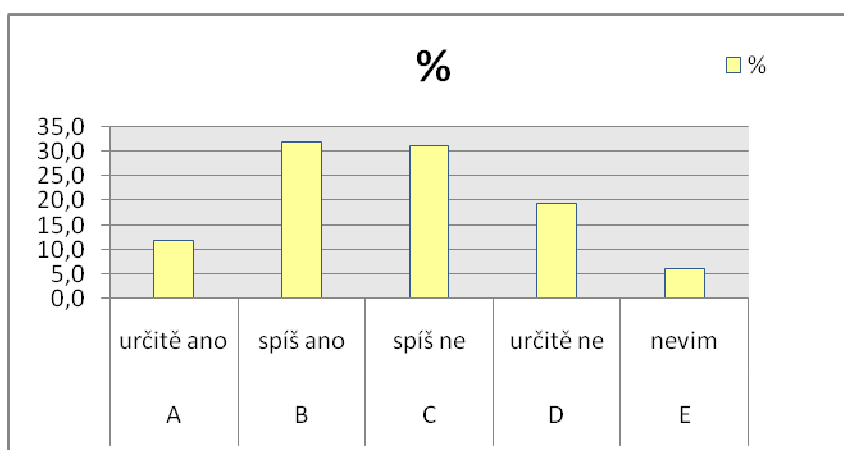
Položka č. 10

Mělo by dítě mít právo znát identitu svého biologického rodiče (mělo by mít právo znát okolnosti otěhotnění jeho matky)?

Ohledně této problematiky se 38 (31,9 %) respondentů laiků domnívalo, že by bylo spíše správné, aby dítě vědělo, kdo je jeho biologický rodič a znalo okolnosti otěhotnění své matky. Avšak podobný počet dotazovaných, 37 (31,1 %), se přiklonil k názoru, že by tyto informace dítě mít právo spíše nemělo. 23 (19,3 %) respondentů označilo v tomto případě možnost „určitě ne“ a jen 14 (11,8 %) zaznamenalo, že by to bylo určitě správné. Poslední možnost „nevím“ zvolilo 7 (5,9 %) respondentů (Tabulka 23, Graf 19).

Tabulka 23. Právo dítěte znát identitu biologického rodiče a okolnosti otěhotnění matky (laická veřejnost)

		n	%
A	určitě ano	14	11,8
B	spíše ano	38	31,9
C	spíše ne	37	31,1
D	určitě ne	23	19,3
E	nevím	7	5,9
celkem		119	100

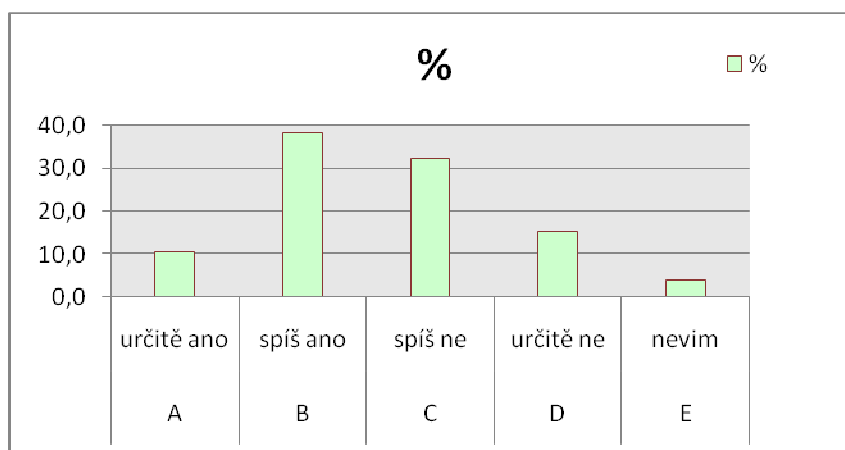


Graf 19. Právo dítěte znát identitu biologického rodiče a okolnosti otěhotnění matky (laická veřejnost)

Obdobné výsledky jsou i u druhé sledované skupiny zdravotníků. Ze 105 (100 %) respondentů jich 40 (38,1 %) spíše souhlasilo s názorem, že by dítě mělo mít právo na to znát identitu biologického rodiče a okolnosti otěhotnění jeho matky. Druhou nejčastěji zvolenou možností byla varianta „spíše ne“ označena 34 (32,4 %) dotazovanými. 16 (15,2 %) respondentů zdravotníků by určitě nesouhlasilo s tím, aby dítě znalo identitu biologického rodiče i okolnosti otěhotnění jeho matky. První možnost „určitě ano“ vybralo 11 (10,5 %) respondentů a 4 (3,8 %) nevěděli, zda by to bylo správné či ne (Tabulka 24, Graf 20).

Tabulka 24. Právo dítěte znát identitu biologického rodiče a okolnosti otěhotnění matky (zdravotníci)

		n	%
A	určitě ano	11	10,5
B	spíše ano	40	38,1
C	spíše ne	34	32,4
D	určitě ne	16	15,2
E	nevím	4	3,8
celkem		105	100



Graf 20. Právo dítěte znát identitu biologického rodiče a okolnosti otěhotnění matky (zdravotníci)

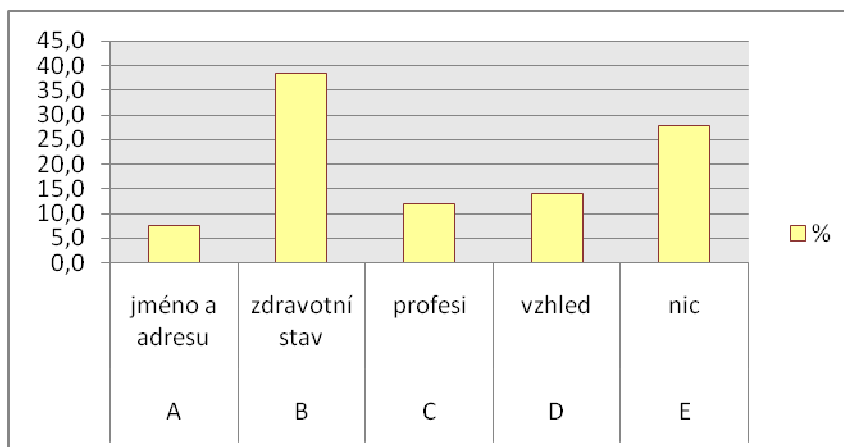
Položka č. 11

Dítě by mělo mít právo vědět o svém biologickém rodiči:

Na tuto položku mohli dotazovaní reagovat zvolením i více možností. Ze sledované skupiny laické veřejnosti jich 61 (38,6 %) uvedlo, že by dítě určité mělo mít právo vědět zdravotní stav svého biologického rodiče. Nejméně respondentů, 12 (7,6 %), se domnívalo, že by bylo vhodné, aby dítě znalo jméno a adresu biologického rodiče, dárce. 44 (27,8 %) laiků zaznamenalo, že by dítě nemělo mít právo znát žádné informace o svém biologickém rodiči. Vzhled biologického rodiče by dítě mělo mít právo znát podle 22 (13,9 %) dotazovaných a 19 (12 %) se jich přiklonili k možnosti znát profesi (Tabulka 25, Graf 21).

Tabulka 25. Informace o biologickém rodiči, které by dítě mělo mít právo znát (laická veřejnost)

		n	%
A	jméno a adresu	12	7,6
B	zdravotní stav	61	38,6
C	profesi	19	12,0
D	vzhled (výška postavy, barva vlasů, očí)	22	13,9
E	nic	44	27,8
celkem		158	100

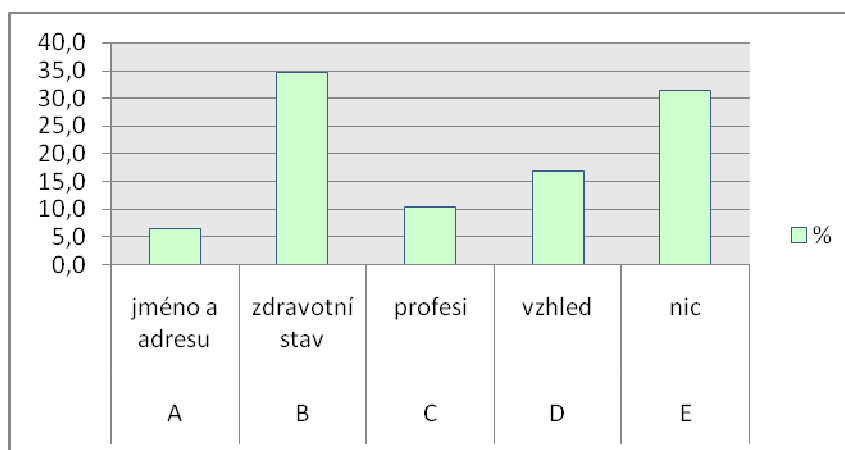


Graf 21. Informace o biologickém rodiči, které by dítě mělo mít právo znát (laická veřejnost)

Ve sledované skupině zdravotníků bylo zastoupení jednotlivých možností podobné, jako u první sledované skupiny laiků. Mít právo znát zdravotní stav biologického rodiče by dítě mělo mít podle 53 (34,6 %) respondentů. Naproti tomu 48 (31,4 %) respondentů uvedlo, že by dítě nemělo mít právo na žádné informace o biologickém rodiči. Vzhled vybralo 26 (17 %) zdravotníků a podle 16 (10,5 %) dotazovaných by dítě mělo mít právo vědět profesi dárce, biologického rodiče. Jméno a adresa by pak byla přijatelná podle 10 (6,5 %) respondentů (Tabulka 26, Graf 22).

Tabulka 26. Informace o biologickém rodiči, které by dítě mělo mít právo znát (zdravotníci)

		n	%
A	jméno a adresu	10	6,5
B	zdravotní stav	53	34,6
C	profesi	16	10,5
D	vzhled (výška postavy, barva vlasů, očí)	26	17,0
E	nic	48	31,4
celkem		153	100



Graf 22. Informace o biologickém rodiči, které by dítě mělo mít právo znát (zdravotníci)

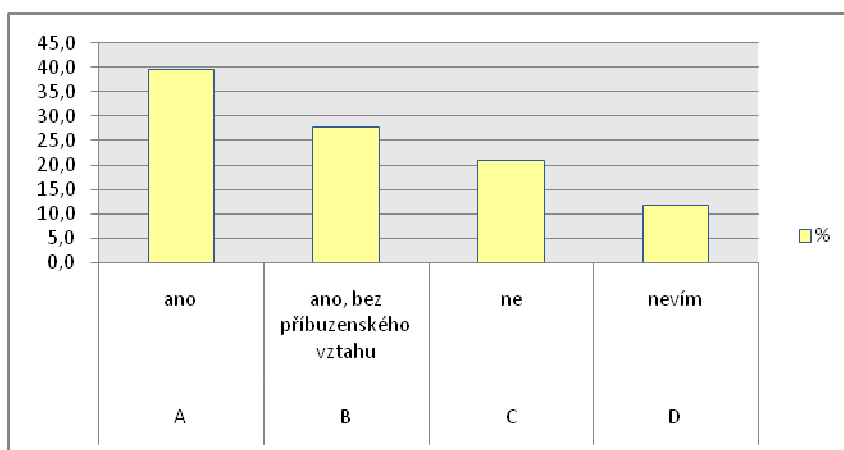
Položka č. 12

Měli by mít příjemci darovaných zárodečných buněk možnost neanonymního dárcovství? (Například příjemkyně vajíček by měla možnost si svou dárkyni vybrat - svoji příbuznou, blízkou osobu, kamarádku...)

Ze 119 (100 %) respondentů sledované skupiny laiků jich 47 (39,5 %) zaznačilo, že by příjemci mít možnost neanonymního dárcovství měli. 33 (27,7 %) respondentů souhlasilo s tím, aby příjemci tuto možnost měli, ale neměl by být mezi příjemci a dárci příbuzenský vztah. S neanonymním dárcovstvím pak nesouhlasilo 25 (21 %) laiků. Možnost „nevím“ zvolilo 14 (11,8 %) dotazovaných (Tabulka 27, Graf 23).

Tabulka 27. Neanonymní dárcovství (laická veřejnost)

		n	%
A	ano	47	39,5
B	ano, ale neměl by být mezi dárci a příjemci příbuzenský vztah	33	27,7
C	ne	25	21,0
D	nevím	14	11,8
celkem		119	100

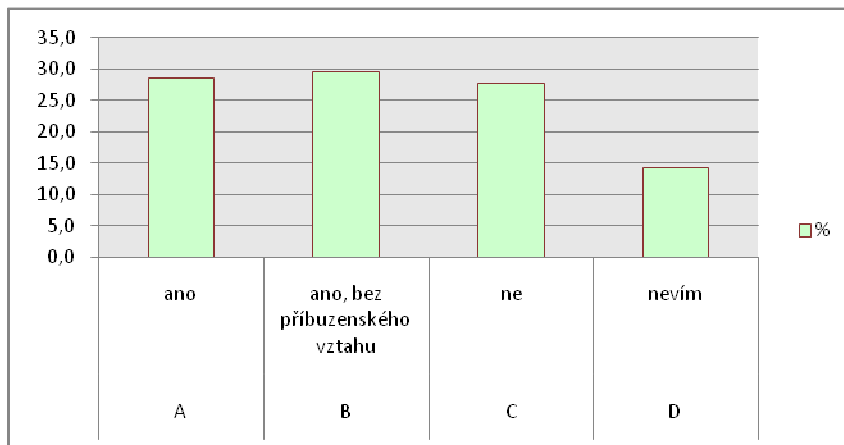


Graf 23. Neanonymní dárcovství (laická veřejnost)

Ve druhé sledované skupině zdravotníků nejméně respondentů, 15 (14,3 %), nevědělo, zda by neanonymní dárcovství mělo být umožněno, či ne. Ostatní tři možnosti přímo se vyjadřující k problematice měly téměř shodné zastoupení respondentů: 31 (29,5 %) respondentů souhlasilo s neanonymním dárcovstvím za předpokladu, nebude-li mezi dárci a příjemci příbuzenský vztah, 30 (28,6 %) jich pak s neanonymním dárcovstvím souhlasilo bez omezení a 29 (27,6 %) se vůči neanonymnímu dárcovství vyjádřilo negativně (Tabulka 28, Graf 24).

Tabulka 28. Neanonymní dárcovství (zdravotníci)

		n	%
A	ano	30	28,6
B	ano, ale neměl by být mezi dárci a příjemci příbuzenský vztah	31	29,5
C	ne	29	27,6
D	nevím	15	14,3
celkem		105	100



Graf 24. Neanonymní dárcovství (zdravotníci)

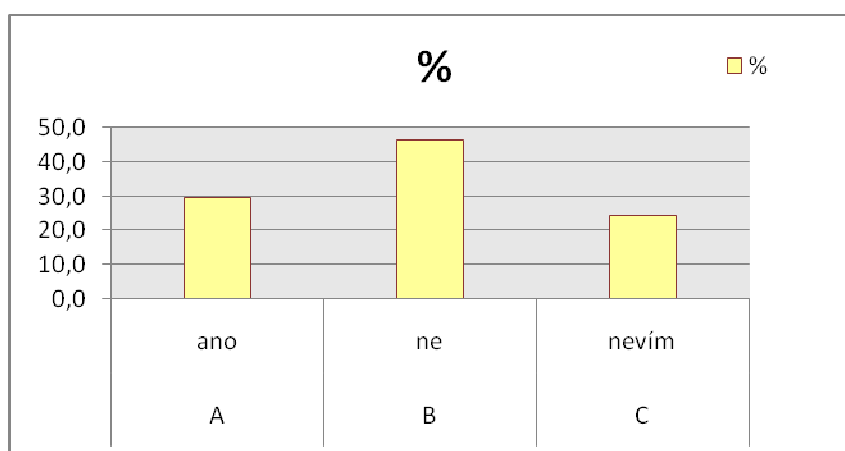
Položka č. 13

Myslíte si, že by mělo být přesně určeno, kolik dětí se může narodit z darovaných zárodečných buněk od jednoho dárce?

Téměř polovina respondentů skupiny laické veřejnosti – 55 (46,2 %), se domnívala, že by nemělo být přesně určeno, kolik dětí se může ze zárodečných buněk jednoho dárce narodit. 35 (29,4 %) dotazovaných by s tímto vymezením souhlasilo a 29 (24,4 %) jich nevědělo, jak se k tomuto problému vyjádřit (Tabulka 29, Graf 25).

Tabulka 29. Přesné určení počtu dětí narozených ze zárodečných buněk jednoho dárce (laická veřejnost)

		n	%
A	ano	35	29,4
B	ne	55	46,2
C	nevím	29	24,4
celkem		119	100



Graf 25. Přesné určení počtu dětí narozených ze zárodečných buněk jednoho dárce (laická veřejnost)

35 respondentů (100 %), kteří v položce č. 13 souhlasili, měli napsat svůj názor na počet dětí narozených ze zárodečných buněk jednoho dárce. Nejvíce respondentů – 13 (37,1 %), napsalo, že by se z darovaných zárodečných buněk jednoho dárce měly narodit 2 děti. Druhým nejčastějším názorem bylo 5 dětí, který zaznamenalo dotazovaných 8 (22,9 %) a 6 (17,1 %) jich uvedlo počet dětí 3. Že by se ze zárodečných buněk jednoho dárce mělo narodit 10 dětí, se domnívali 4 (11,4 %) respondenti. 1 dítě, 4 děti, 8 dětí a dokonce 30 dětí byly názory zastoupené vždy 1 (2,9 %) dotazovaným (Tabulka 30).

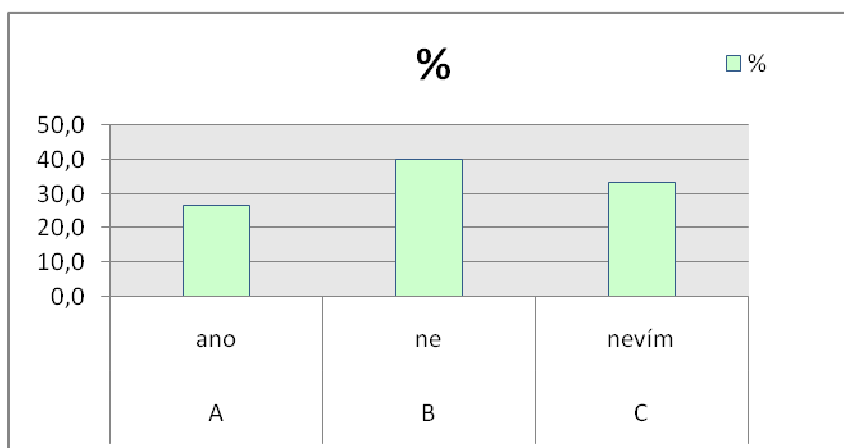
Tabulka 30. Počet dětí narozených ze zárodečných buněk jednoho dárce podle respondentů (laická veřejnost)

		n	%
1	1 dítě	1	2,9
2	2 děti	13	37,1
3	3 děti	6	17,1
4	4 děti	1	2,9
5	5 dětí	8	22,9
6	8 dětí	1	2,9
7	10 dětí	4	11,4
8	30 dětí	1	2,9
	celkem	35	100

Kladně se k určení přesného počtu dětí, které se mohou narodit ze zárodečných buněk jednoho dárce, vyjádřilo nejméně respondentů zdravotníků, bylo jich 28 (26,7 %). 42 (40 %) dotazovaných nesouhlasilo s tímto omezením a 35 (33,3 %) respondentů nevědělo, zda by měl být přesný počet dětí narozených ze zárodečných buněk jednoho dárce určen (Tabulka 31, Graf 26).

Tabulka 31. Přesné určení počtu dětí narozených ze zárodečných buněk jednoho dárce (zdravotníci)

		n	%
A	ano	28	26,7
B	ne	42	40,0
C	nevím	35	33,3
celkem		105	100



Graf 26. Přesné určení počtu dětí narozených ze zárodečných buněk jednoho dárce (zdravotníci)

Z 28 (100 %) respondentů zdravotníků, podle kterých by počet dětí narozených od jednoho dárce určen být měl, jich 10 (35,7 %) napsalo, že by to měly být děti 3. Počet 2 dětí byl žádoucím pro 8 (28,6 %) dotazovaných a 4 (14,3 %) respondenti by se přiklonili pouze k 1 dítěti. Vždy 2 (7,1 %) respondenti by počet dětí narozených ze zárodečných buněk jednoho dárce stanovili na 4 a 5. 1 (3,6 %) dotazovaný určil počet 10 dětí a taktéž 1 (3,6 %) respondent napsal až 15 dětí (Tabulka 32).

Tabulka 32. Počet dětí narozených ze zárodečných buněk jednoho dárce podle respondentů (zdravotníci)

		n	%
1	1 dítě	4	14,3
2	2 děti	8	28,6
3	3 děti	10	35,7
4	4 děti	2	7,1
5	5 dětí	2	7,1
6	10 dětí	1	3,6
7	15 dětí	1	3,6
	celkem	28	100,0

Položka č. 14

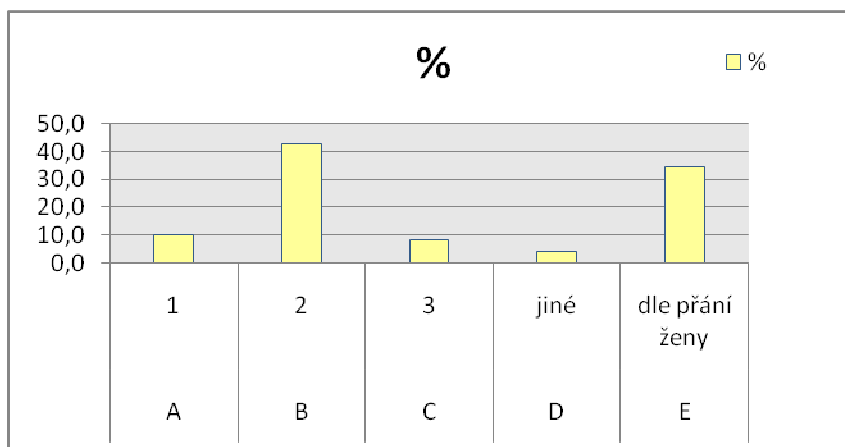
Jaký je Váš názor na to, kolik vzniklých embryí (zárodků) by se mělo zavést do dělohy ženy?

Celkem 51 (42,9 %) respondentů sledované skupiny laické veřejnosti označilo, že by se do dělohy ženy měly zavést 2 vzniklá embrya. Že by se v tomto případě mělo rozhodovat dle přání ženy, se domnívalo 41 (34,5 %) dotazovaných. Pouze 1 vzniklé embryo byla možnost vybraná 12 (10,1 %) respondenty a podle 10 (8,4 %) laiků by měla být zavedena do dělohy 3 vzniklá embrya. Vlastní názor vyjádřilo 5 (4,2 %) respondentů (Tabulka 33, Graf 27), cituji:

- „Dle doporučení lékaře zohledňujícího přání ženy“,
- „Podle zvážení všech okolností, jaké je přání ženy, zdravotní stav atd.“,
- „Optimální množství pro otěhotnění“,
- „Tolik, aby to neomezilo její zdravotní stav“,
- Tolik, kolik bude moci donosit, aby se nemusela rozhodovat pro usmrcení některých embryí“.

Tabulka 33. Počet embryí zavedených do dělohy ženy (laická veřejnost)

		n	%
A	1	12	10,1
B	2	51	42,9
C	3	10	8,4
D	jiné	5	4,2
E	dle přání ženy	41	34,5
	celkem	119	100

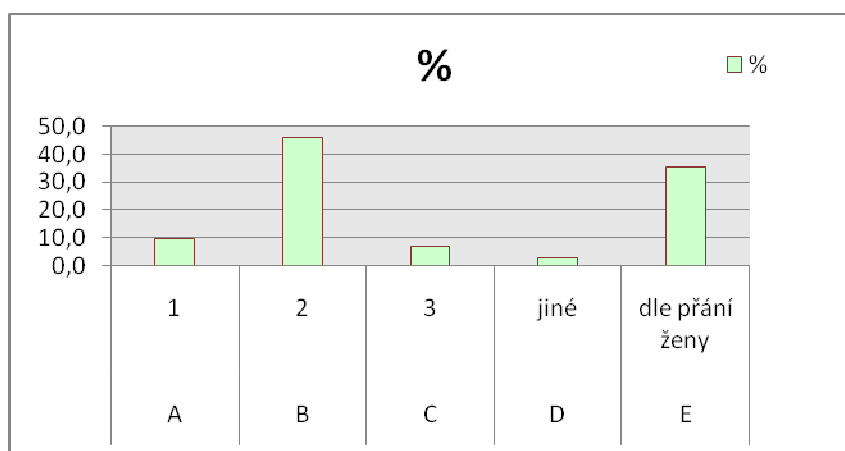


Graf 27. Počet embryí zavedených do dělohy ženy (laická veřejnost)

Téměř polovina respondentů sledované skupiny zdravotníků, přesně 48 (45,7 %) respondentů, se přiklonilo k tomu, aby se do dělohy ženy zaváděly 2 vzniklá embrya. 37 (35,2 %) dotazovaných se domnívalo, že by toto rozhodnutí mělo zůstat na ženě samotné. Zavést 1 vzniklé embryo ženě do dělohy by se mělo podle 10 (9,5 %) respondentů a 7 (6,7 %) respondentů se přiklonilo k počtu 3 embrya. Své vlastní vyjádření napsali 3 (2,9 %) respondenti, kdy dvakrát zde byl stejný názor „Dle lékaře“ a jednou vyjádření „Dle zdravotního stavu a přání ženy“ (Tabulka 34, Graf 28).

Tabulka 34. Počet embryí zavedených do dělohy ženy (zdravotníci)

		n	%
A	1	10	9,5
B	2	48	45,7
C	3	7	6,7
D	jiné	3	2,9
E	dle přání ženy	37	35,2
celkem		105	100



Graf 28. Počet embryí zavedených do dělohy ženy (zdravotníci)

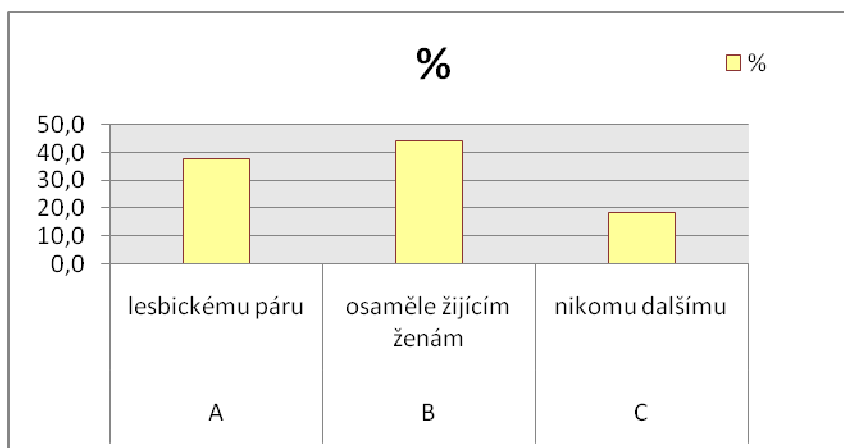
Položka č. 15

Umělé oplodnění s možností využití darovaných zárodečných buněk by mohlo být dále umožněno:

V této položce mohli respondenti zvolit i více odpovědí. Osaměle žijícím ženám by mohlo být umělé oplodnění za použití darovaných zárodečných buněk umožněno podle 71 (43,8 %) dotazovaných sledované skupiny laiků. Lesbickému páru by tuto možnost umožnilo 61 (37,7 %) respondentů a 30 (18,5 %) respondentů vyjádřilo, že by tuto možnost neměl mít kromě neplodného páru tvořeného mužem a ženou nikdo jiný (Tabulka 35, Graf 29).

Tabulka 35. Využití umělého oplodnění s darovanými zárodečnými buňkami (laická veřejnost)

		n	%
A	lesbickému páru	61	37,7
B	osaměle žijícím ženám	71	43,8
C	nikomu dalšímu	30	18,5
	celkem	162	100

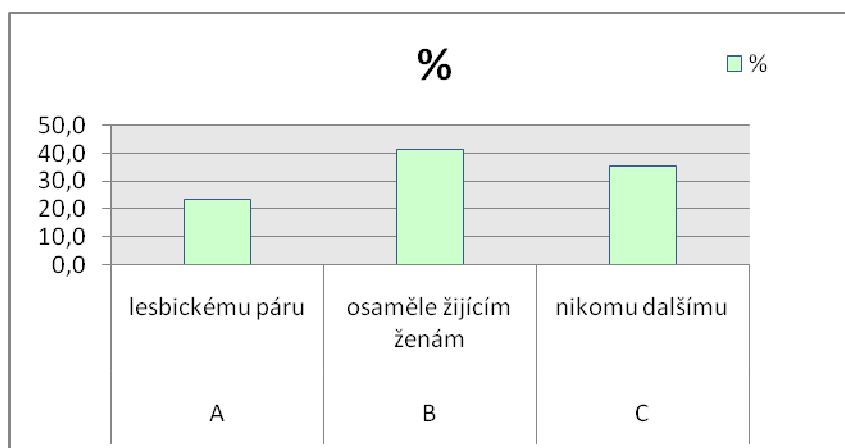


Graf 29. Využití umělého oplodnění s darovanými zárodečnými buňkami (laická veřejnost)

Ve skupině zdravotníků se také nejvíce respondentů vyjádřilo kladně k možnosti využití umělého oplodnění s použitím darovaných zárodečných buněk pro osaměle žijící ženy. Bylo to 53 (41,4 %) respondentů. Téměř polovina respondentů, 45 (35,2 %), se pak domnívala, že by tuto možnost neměl mít nikdo jiný kromě neplodného páru. 30 (23,4 %) dotazovaných by umělé oplodnění s použitím darovaných zárodečných buněk umožnilo lesbickým párům (Tabulka 36, Graf 30).

Tabulka 36. Využití umělého oplodnění s darovanými zárodečnými buňkami (zdravotníci)

		n	%
A	lesbickému páru	30	23,4
B	osaměle žijícím ženám	53	41,4
C	nikomu dalšímu	45	35,2
celkem		128	100



Graf 30. Využití umělého oplodnění s darovanými zárodečnými buňkami (zdravotníci)

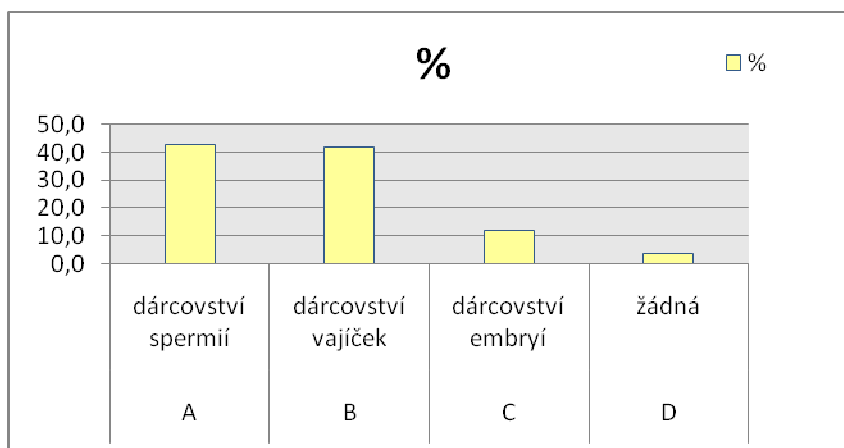
Položka č. 16

Z uvedených možností dárcovství v asistované reprodukci je pro Vás přijatelná možnost (souhlasíte s ní):

Respondenti měli vyjádřit, zda a s kterou možností dárcovství v asistované reprodukci souhlasí. Dárcovství spermií bylo přijatelné pro 102 (42,5 %) dotazovaných skupiny laiků, dárcovství vajíček pro 100 (41,7 %) respondentů a s dárcovstvím embryí souhlasilo 29 (12,1 %) respondentů. Jen pro 9 (3,8 %) dotazovaných nebyla přijatelná žádná z uvedených možností (Tabulka 37, Graf 31).

Tabulka 37. Přijatelné možnosti dárcovství (laická veřejnost)

		n	%
A	dárcovství spermií	102	42,5
B	dárcovství vajíček	100	41,7
C	dárcovství embryí	29	12,1
D	žádná	9	3,8
celkem		240	100

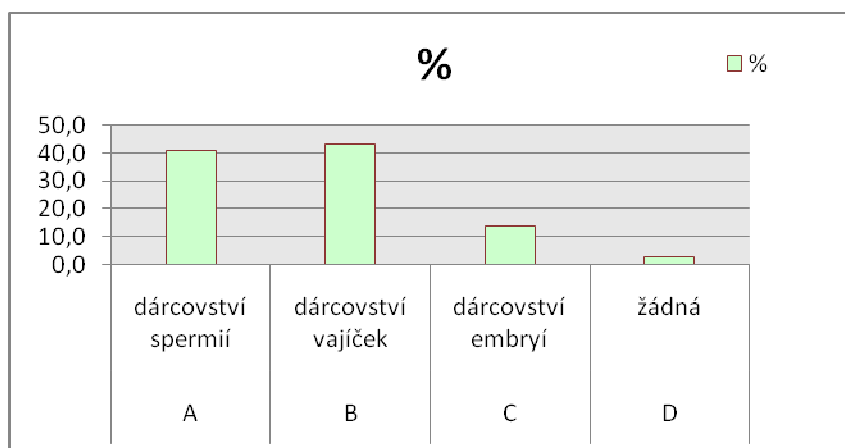


Graf 31. Přijatelné možnosti dárcovství (laická veřejnost)

Ve skupině zdravotníků byla pro 94 (42,9 %) respondentů přijatelná možnost dárcovství vajíček, s dárcovstvím spermií souhlasilo 89 (40,6 %) respondentů a 30 (13,7 %) dotazovaných souhlasilo s dárcovstvím embryí. Pro 6 (2,7 %) respondentů nebyla přijatelná ani jedna možnost dárcovství v asistované reprodukci (Tabulka 38, Graf 32).

Tabulka 38. Přijatelné možnosti dárcovství (zdravotníci)

		n	%
A	dárcovství spermií	89	40,6
B	dárcovství vajíček	94	42,9
C	dárcovství embryí	30	13,7
D	žádná	6	2,7
celkem		219	100



Graf 32. Přijatelné možnosti dárcovství (zdravotníci)

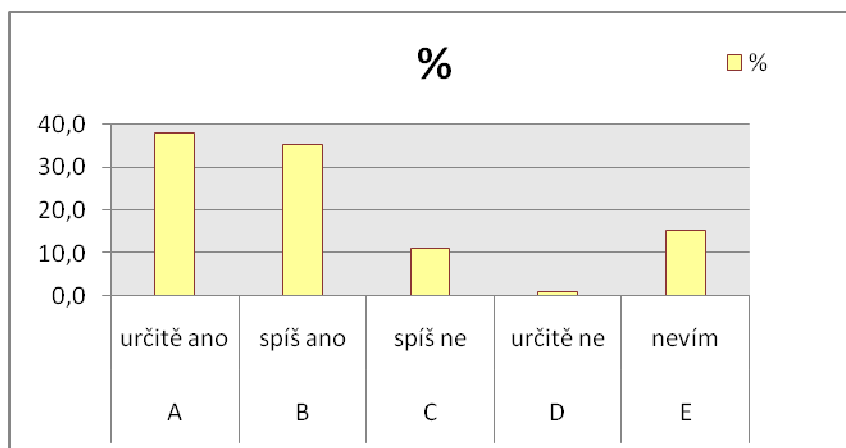
Položka č. 17

Je podle Vás možnost surogátního (náhradního) mateřství správná?

Pro 45 (37,8 %) respondentů sledované skupiny laické veřejnosti byla možnost surogátního mateřství určitě správná, pro 42 (35,3 %) spíše správná. Pouze 1 (0,8 %) dotazovaný vybral možnost „určitě ne“ a 13 (10,9 %) respondentů se surogátním mateřstvím spíš nesouhlasilo. Zbývajících 18 (15,1 %) dotazovaných laiků nevědělo, zda je tato možnost správná nebo nikoli (Tabulka 39, Graf 33).

Tabulka 39. Správnost surogátního mateřství (laická veřejnost)

		n	%
A	určitě ano	45	37,8
B	spíše ano	42	35,3
C	spíš ne	13	10,9
D	určitě ne	1	0,8
E	nevím	18	15,1
celkem		119	100

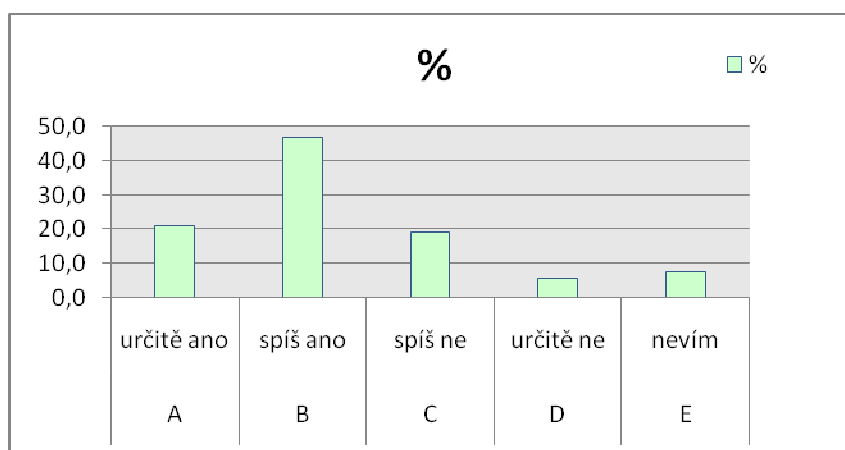


Graf 33. Správnost surogátního mateřství (laická veřejnost)

Téměř polovina dotazovaných zdravotníků – 49 (46,7 %), se surogátním mateřstvím spíše souhlasilo a 22 (21 %) určitě souhlasilo. Dalších 20 (19 %) respondentů se surogátním mateřstvím spíše nesouhlasilo a 6 (5,7 %) dotazovaných vybralo možnost „určitě ne“. 8 (7,6 %) respondentů nevědělo, jaký postoj k této problematice zaujmout (Tabulka 40, Graf 34).

Tabulka 40. Správnost surogátního mateřství (zdravotníci)

		n	%
A	určitě ano	22	21,0
B	spíše ano	49	46,7
C	spíše ne	20	19,0
D	určitě ne	6	5,7
E	nevím	8	7,6
celkem		105	100



Graf 34. Správnost surogátního mateřství (zdravotníci)

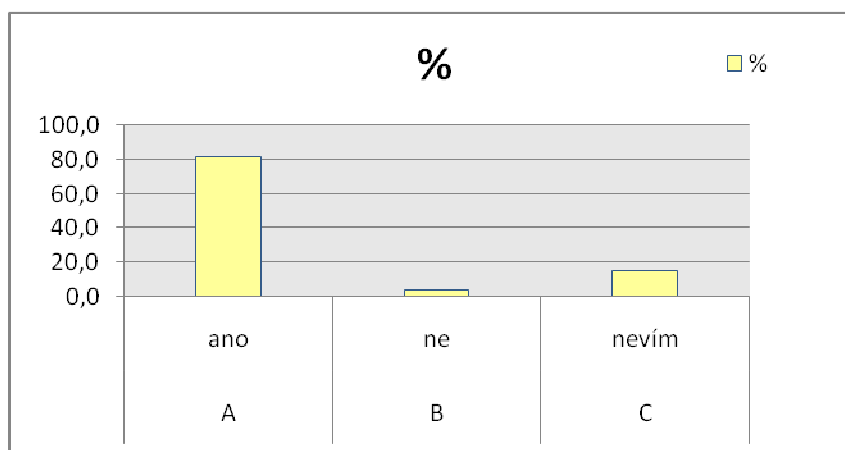
Položka č. 18

Je důležité, aby bylo v naší legislativě surrogátní mateřství upraveno a vymezeno?

Většina dotazovaných laiků, 97 (81,5 %), se domnívala, že by surrogátní mateřství mělo být v naší legislativě právně upraveno. Pouze pro 4 (3,4 %) respondenty nebyla právní úprava surrogátního mateřství u nás důležitá a 18 (15,1 %) respondentů označilo poslední možnost „nevím“ (Tabulka 41, Graf 35).

Tabulka 41. Důležitost právní úpravy surrogátního mateřství u nás (laická veřejnost)

		n	%
A	ano	97	81,5
B	ne	4	3,4
C	nevím	18	15,1
celkem		119	100

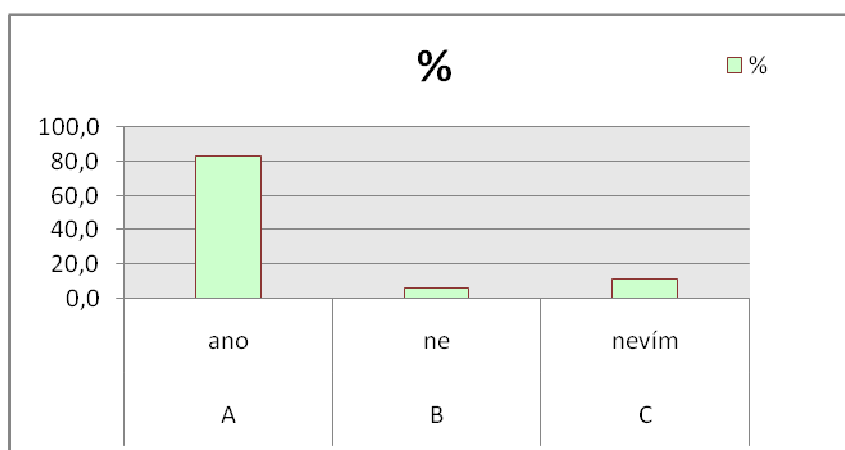


Graf 35. Důležitost právní úpravy surrogátního mateřství u nás (laická veřejnost)

Taktéž ve skupině dotazovaných zdravotníků bylo pro 87 (82,9 %) z nich důležité, aby bylo surogátní mateřství v naší zemi právně vyřešeno. 6 (5,7 %) respondentů nepovažovalo právní vymezení surogátního mateřství u nás za důležité a 12 (11,4 %) jich nevědělo, jak se k tomuto problému postavit (Tabulka 42, Graf 36).

Tabulka 42. Důležitost právní úpravy surogátního mateřství u nás (zdravotníci)

		n	%
A	ano	87	82,9
B	ne	6	5,7
C	nevím	12	11,4
celkem		105	100



Graf 36. Důležitost právní úpravy surogátního mateřství u nás (zdravotníci)

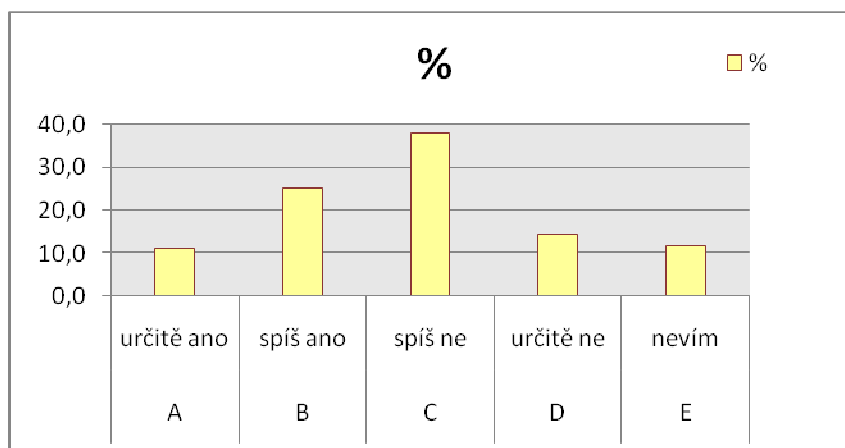
Položka č. 19

Je podle Vás vhodné, aby náhradní matkou byla žena, která je známou či blízkou kamarádkou ženy, nebo muže z neplodného páru?

Známa či blízká kamarádka jednoho z neplodného páru by byla jako náhradní matka spíše nevhodná podle 45 (37,8 %) dotazovaných laiků. Za spíše vhodnou považovalo tuto možnost 30 (25,2 %) respondentů. Určitě nesouhlasilo 17 (14,3 %) dotazovaných a naopak 13 (10,9 %) jich určitě souhlasilo s možností využití známé osoby neplodného páru jako náhradní matky. Zda považovat tuto možnost za vhodnou či ne, nevědělo 14 (11,8 %) dotazovaných laiků (Tabulka 43, Graf 37).

Tabulka 43. Vhodnost známé či blízké osoby jako náhradní matky (laická veřejnost)

		n	%
A	určitě ano	13	10,9
B	spíše ano	30	25,2
C	spíše ne	45	37,8
D	určitě ne	17	14,3
E	nevím	14	11,8
celkem		119	100

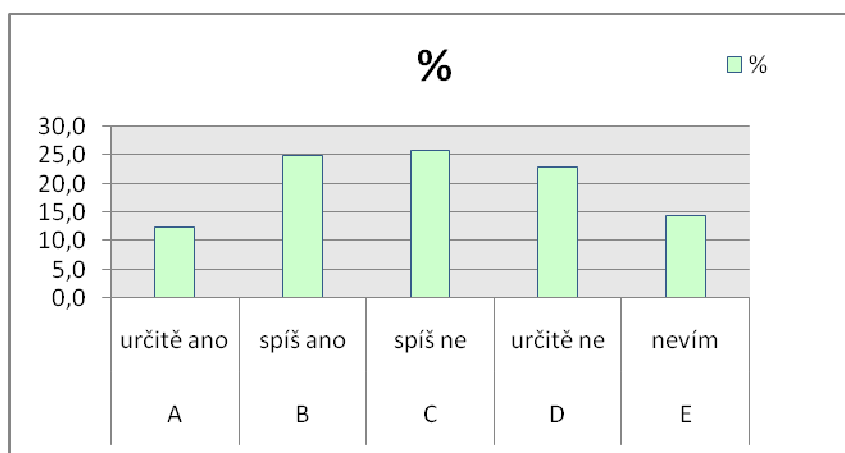


Graf 37. Vhodnost známé či blízké osoby jako náhradní matky (laická veřejnost)

Ze sledované skupiny dotazovaných zdravotníků jich 27 (25,7 %) označilo, že by bylo spíše nevhodné, aby náhradní matkou byla známá nebo blízká kamarádka muže či ženy z neplodného páru. Téměř stejný počet respondentů, 26 (24,8 %), spíše souhlasil s touto možností. Za určitě nesprávnou považovalo uvedenou možnost surrogátního mateřství 24 (22,9 %) dotazovaných zdravotníků. Možnost „určitě ano“ byla vybrána 13 (12,4 %) respondenty a zbývajících 15 (14,3 %) jich nevědělo, jak se k tomuto vyjádřit (Tabulka 44, Graf 38).

Tabulka 44. Vhodnost známé či blízké osoby jako náhradní matky (zdravotníci)

		n	%
A	určitě ano	13	12,4
B	spíše ano	26	24,8
C	spíše ne	27	25,7
D	určitě ne	24	22,9
E	nevím	15	14,3
celkem		105	100



Graf 38. Vhodnost známé či blízké osoby jako náhradní matky (zdravotníci)

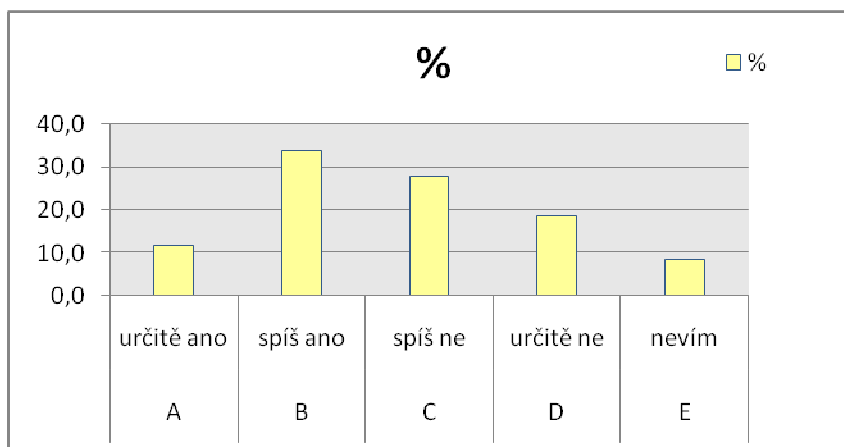
Položka č. 20

Je podle Vás vhodné, aby náhradní matkou byla žena, která je v příbuzenském vztahu ženy neplodného páru (sestra, matka, ...)?

K této problematice se na rozdíl od položky č. 19 o něco více dotazovaných laiků vyjádřilo, že by bylo spíše správné, aby náhradní matkou byla žena v příbuzenském vztahu s ženou z neplodného páru. Bylo jich 40 (33,6 %). Za spíše nesprávné považovalo tuto možnost 33 (27,7 %) respondentů a za určitě nesprávné pak respondentů 22 (18,5 %). Určitě by souhlasilo 14 (11,8 %) dotazovaných a 10 (8,4 %) nevědělo, zda s možností příbuzné ženy jako náhradní matky souhlasit (Tabulka 45, Graf 39).

Tabulka 45. Vhodnost příbuzné ženy jako náhradní matky (laická veřejnost)

		n	%
A	určitě ano	14	11,8
B	spíše ano	40	33,6
C	spíše ne	33	27,7
D	určitě ne	22	18,5
E	nevím	10	8,4
celkem		119	100

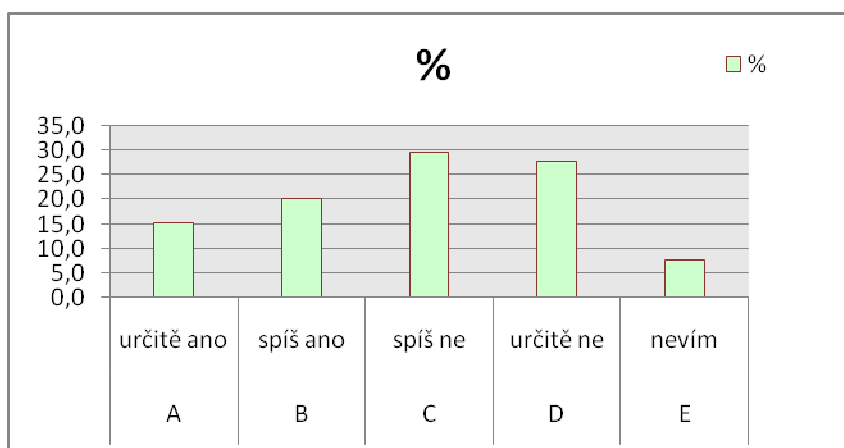


Graf 39. Vhodnost příbuzné ženy jako náhradní matky (laická veřejnost)

Ve sledované skupině zdravotníků 31 (29,5 %) respondentů odpovědělo, že možnost využití příbuzné ženy jako náhradní matky spíše není správná. Za určitě nesprávnou považovalo tuto možnost 29 (27,6 %) respondentů. 21 (20 %) dotazovaných vybralo odpověď „spíše ano“ a určitě by souhlasilo s příbuznou ženou jako náhradní matkou 16 (15,2 %) zdravotníků. Poslední možnost „nevím“ označilo 8 (7,6 %) respondentů (Tabulka 46, Graf 40).

Tabulka 46. Vhodnost příbuzné ženy jako náhradní matky (zdravotníci)

		n	%
A	určitě ano	16	15,2
B	spíše ano	21	20,0
C	spíše ne	31	29,5
D	určitě ne	29	27,6
E	nevím	8	7,6
celkem		105	100



Graf 40. Vhodnost příbuzné ženy jako náhradní matky (zdravotníci)

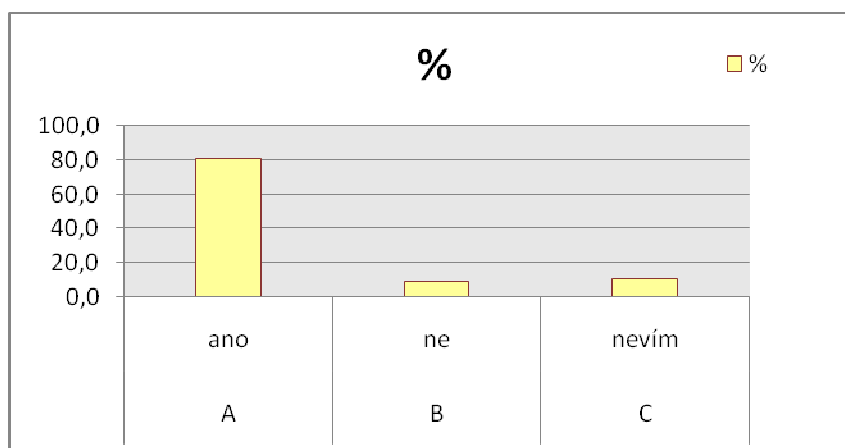
Položka č. 21

Mělo by být u žen, které se chtějí stát náhradní matkou, provedeno psychologické vyšetření (v souvislosti s tím, že těhotenství i porod jsou zvláštním a určitě psychicky náročným obdobím v životě ženy)?

Celkem 96 (80,7 %) dotazovaných ze skupiny laické veřejnosti souhlasilo s provedením psychologického vyšetření u žen, které chtějí být náhradní matkou. Jen 11 (9,2 %) respondentů nesouhlasilo a 12 (10,1 %) nevědělo, zda by psychologické vyšetření mělo být u budoucích náhradních matek provedeno (Tabulka 47, Graf 41).

Tabulka 47. Provedení psychologického vyšetření u budoucích náhradních matek (laická veřejnost)

		n	%
A	ano	96	80,7
B	ne	11	9,2
C	nevím	12	10,1
	celkem	119	100

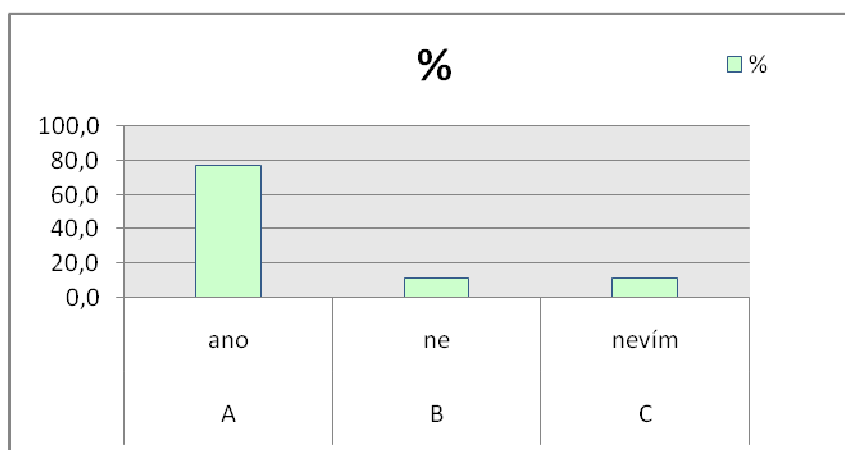


Graf 41. Provedení psychologického vyšetření u budoucích náhradních matek (laická veřejnost)

S provedením psychologického vyšetření u žen, které se chtějí stát náhradní matkou, souhlasilo ve sledované skupině zdravotníků 81 (77,1 %) respondentů. 12 (11,4 %) dotazovaných s provedením psychologického vyšetření nesouhlasilo a 12 (11,4 %) zaznamenalo poslední možnost „nevím“ (Tabulka 48, Graf 42).

Tabulka 48. Provedení psychologického vyšetření u budoucích náhradních matek (zdravotníci)

		n	%
A	ano	81	77,1
B	ne	12	11,4
C	nevím	12	11,4
celkem		105	100



Graf 42. Provedení psychologického vyšetření u budoucích náhradních matek (zdravotníci)

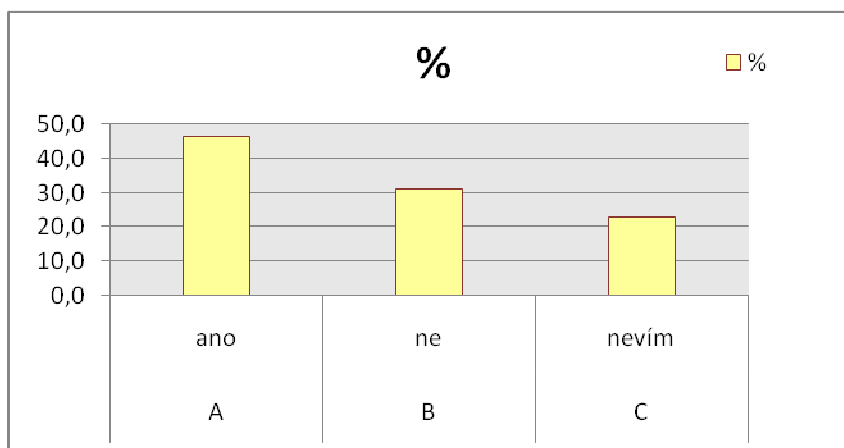
Položka č. 22

Mělo by být náhradní mateřství umožněno homosexuální párům?

Téměř polovina dotazovaných laiků, 55 (46,2 %), by souhlasila s možností náhradního mateřství pro homosexuální páry. 37 (31,1 %) se k této možnosti vyjádřilo negativně a 27 (22,7 %) nevědělo, zda by souhlasilo anebo ne (Tabulka 49, Graf 43).

Tabulka 49. Možnost náhradního mateřství pro homosexuální páry (laická veřejnost)

		n	%
A	ano	55	46,2
B	ne	37	31,1
C	nevím	27	22,7
celkem		119	100

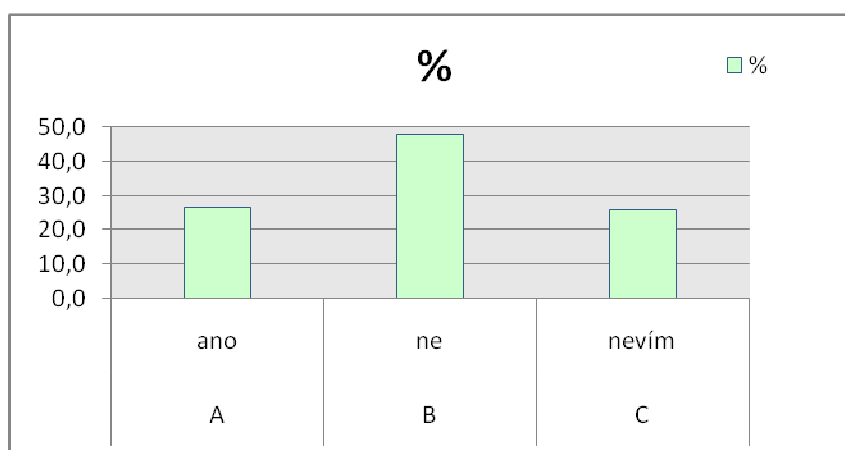


Graf 43. Možnost náhradního mateřství pro homosexuální páry (laická veřejnost)

Na rozdíl od první skupiny dotazovaných laiků, skoro polovina dotazovaných zdravotníků – 50 (47,6 %), nesouhlasila s možností náhradního mateřství u homosexuálních párů. 28 (26,7 %) respondentů mělo pozitivní názor na tuto možnost a 27 (25,7 %) jich vybralo možnost „nevím“ (Tabulka 50, Graf 44).

Tabulka 50. Možnost náhradního mateřství pro homosexuální páry (zdravotníci)

		n	%
A	ano	28	26,7
B	ne	50	47,6
C	nevím	27	25,7
celkem		105	100



Graf 44. Možnost náhradního mateřství pro homosexuální páry (zdravotníci)

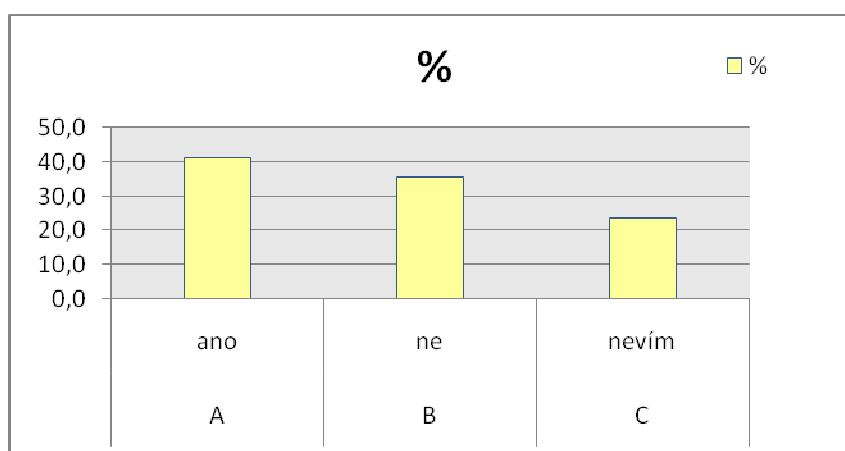
Položka č. 23

Měla by mít náhradní matka právo na další finanční prostředky za „pronajmutí“ své dělohy kromě náhrady výdajů spojených s těhotenstvím a mateřstvím?

Ze 119 respondentů (100 %) sledované skupiny laiků 49 (41,2 %) souhlasilo s právem matky na další finanční odměnu kromě náhrady výdajů spojených s touto službou. 42 (35,3 %) dotazovaných nesouhlasilo a 28 (23,5 %) nevědělo, zda s právem náhradní matky na další finanční prostředky souhlasit nebo ne (Tabulka 51, Graf 45).

Tabulka 51. Právo náhradní matky na další finanční prostředky (laická veřejnost)

		n	%
A	ano	49	41,2
B	ne	42	35,3
C	nevím	28	23,5
celkem		119	100



Graf 45. Právo náhradní matky na další finanční prostředky (laická veřejnost)

Dále měli respondenti, kteří souhlasili s další odměnou pro náhradní matky, uvést příklad sumy, kterou by si podle nich náhradní matka za tuto službu „zasloužila“, což ukazuje tabulka 52. Budu citovat 7 (14,3 %) respondentů, které jsem zařadila do odpovědí „jiné“, jelikož prezentovali svůj názor rozsáhleji:

- „10 000 Kč za každý měsíc“,
- „Desítky až stovky tisíc“,
- „Odpovídající celoročnímu platu fyzicky a psychicky náročnému zaměstnání.“,
- „Vše, co by souviselo se zajištěním nadstandardu pro ještě nenarozené dítě.“,
- „Minimálně 100 000 Kč, výši bych přizpůsobil finančním možnostem nových rodičů a samozřejmě do budoucna zvyšoval o index inflace.“,
- „Nevím, jaká je výše náhrady výdajů spojených s těhotenstvím a mateřstvím náhradní matky, ani z jakých sociálních vrstev převážně tyto matky pocházejí. Finančně by náhradní mateřství mělo být dostupné všem.“,
- „To bych nechal na zvážení náhradní matky, kolik si za tuto „službu“ naučtuje“.

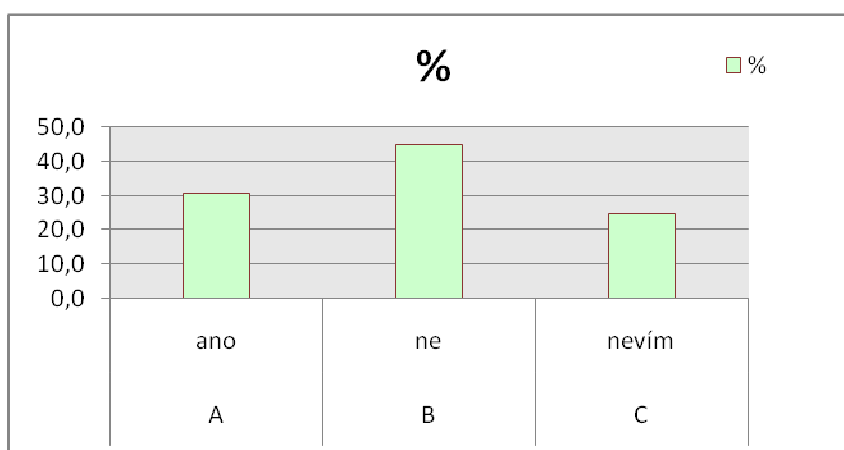
Tabulka 52. Příklady odměny pro náhradní matku (laická veřejnost)

		n	%
1	10 000 Kč	5	10,2
2	20 000 Kč	3	6,1
3	25 000 Kč	1	2,0
4	50 000 Kč	6	12,2
5	100 000 Kč	6	12,2
6	500 000 Kč	2	4,1
7	9 000 - 30 000 Kč	1	2,0
8	50 000 - 100 000 Kč	2	4,1
9	20 000 - 50 000 Kč	1	2,0
10	dle dohody	10	20,4
11	nevím	5	10,2
12	jiné	7	14,3
	celkem	49	100,0

Téměř polovina sledované skupiny zdravotníků s další finanční odměnou pro náhradní matku nesouhlasila, bylo to 47 (44,8 %) respondentů. 32 (30,5 %) dotazovaných se k možnosti dalších finančních prostředků pro náhradní matku přiklonili a 26 (24,8 %) nevědělo, zda je toto jednání správné (Tabulka 53, Graf 46).

Tabulka 53. Právo náhradní matky na další finanční prostředky (zdravotníci)

		n	%
A	ano	32	30,5
B	ne	47	44,8
C	nevím	26	24,8
celkem		105	100



Graf 46. Právo náhradní matky na další finanční prostředky (zdravotníci)

Tabulka 54 naznačuje, jakou sumu by si dotazovaní zdravotníci, kteří souhlasili s další odměnou pro náhradní matky, představovali. Často uvedenou sumou, v 9 (28,1 %) případech, byla částka 100 000 Kč a 6 (18,8 %) respondentů napsalo dokonce částku 500 000 Kč (Tabulka 54).

Tabulka 54. Příklady odměny pro náhradní matku (zdravotníci)

		n	%
1	15 000 Kč	1	3,1
2	alespoň 10 000 Kč	3	9,4
3	50 000 - 100 000 Kč	2	6,3
4	100 000 Kč	9	28,1
5	150 000 Kč	1	3,1
6	200 000 Kč	5	15,6
7	300 000 Kč	2	6,3
8	500 000 Kč	6	18,8
9	"statisíce"	3	9,4
celkem		32	100,0

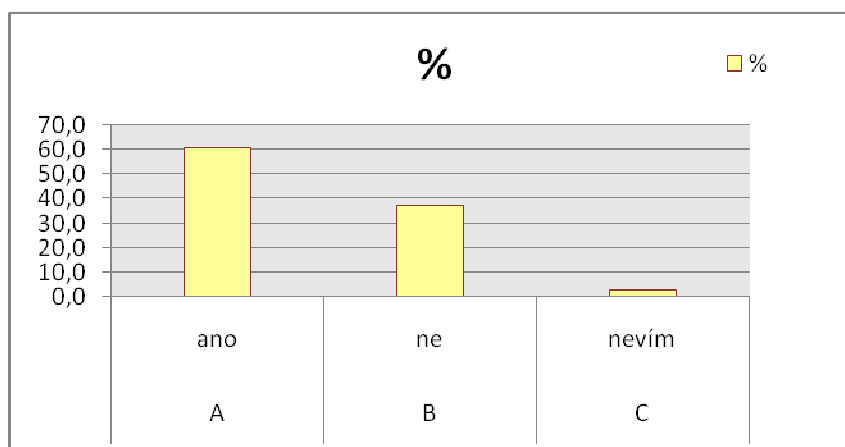
Položka č. 24

Znáte ve svém okolí někoho, kdo využil možnost umělého oplodnění?

Většina dotazovaných sledované skupiny laiků označila, že má nebo zná ve svém okolí někoho, kdo využil možnost umělého oplodnění. Bylo to 72 (60,5 %) respondentů. 44 (37 %) dotazovaných tuto zkušenost ještě nemělo a 3 (2,5 %) respondenti nevěděli, zda ve svém okolí někoho takového mají (Tabulka 55, Graf 47).

Tabulka 55. Využití umělého oplodnění někým z okolí respondentů (laická veřejnost)

		n	%
A	ano	72	60,5
B	ne	44	37,0
C	nevím	3	2,5
celkem		119	100

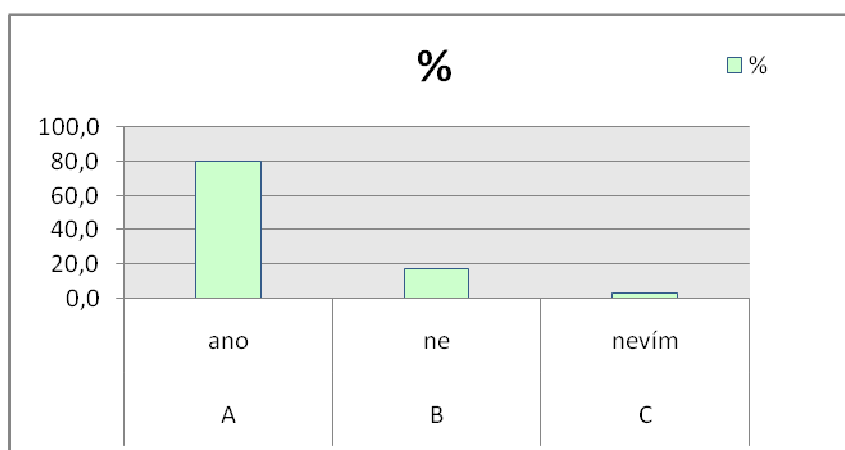


Graf 47. Využití umělého oplodnění někým z okolí respondentů (laická veřejnost)

Ze 105 (100 %) dotazovaných ze skupiny zdravotníků znalo 84 (80 %) respondentů ve svém okolí někoho, kdo využil možnost umělého oplodnění. 18 (17,1 %) dotazovaných nikoho, kdo by využil umělé oplodnění, neznalo a 3 (2,9 %) respondenti nevěděli, zda někdo takový v jejich okolí je (tabulka 56, Graf 48).

Tabulka 56. Využití umělého oplodnění někým z okolí respondentů (zdravotníci)

		n	%
A	ano	84	80,0
B	ne	18	17,1
C	nevím	3	2,9
celkem		105	100



Graf 48. Využití umělého oplodnění někým z okolí respondentů (zdravotníci)

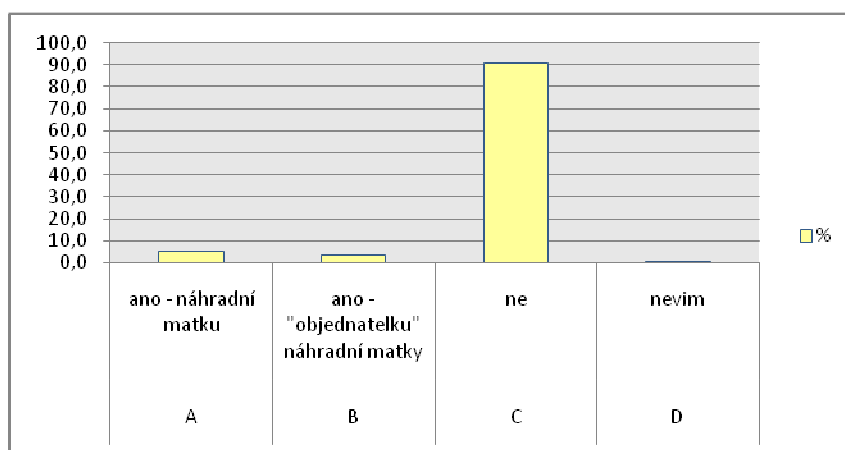
Položka č. 25

Znáte ve svém okolí někoho, kdo využil nebo uvažuje o možnosti náhradního mateřství?

Celkem 108 (90,8 %) respondentů laiků zaznamenalo, že neznají nikoho, kdo by uvažoval nebo využil možnost náhradního mateřství. Náhradní matku mělo ve svém okolí 6 (5 %) dotazovaných a „objednatelku“ náhradní matky respondenti 4 (3,4 %). Pouze 1 (0,8 %) si nebyl jistý (Tabulka 57, Graf 49).

Tabulka 57. Využití náhradního mateřství někým z okolí respondentů (laická veřejnost)

		n	%
A	ano - náhradní matku	6	5,0
B	ano - "objednatelku" náhradní matky	4	3,4
C	ne	108	90,8
D	nevím	1	0,8
celkem		119	100

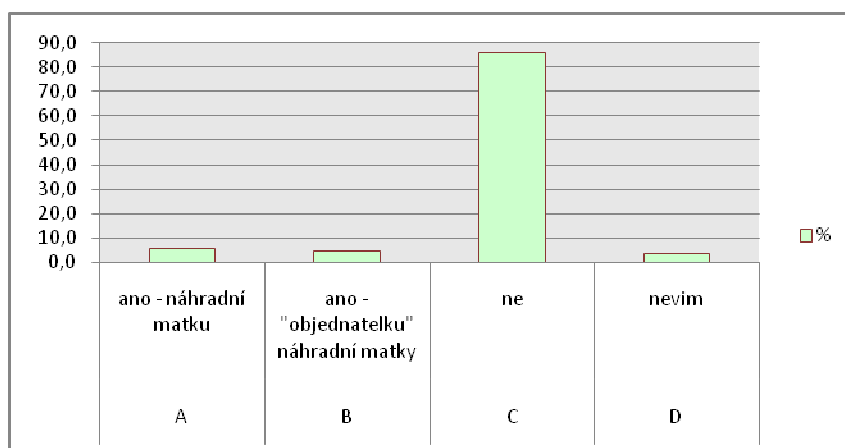


Graf 49. Využití náhradního mateřství někým z okolí respondentů (laická veřejnost)

Ve druhé sledované skupině zdravotníků jich 90 (85,7 %) zatím nepoznalo nikoho, kdo by měl zkušenost s náhradním mateřstvím. 6 (5,7 %) respondentů uvedlo, že znají náhradní matku, a 5 (4,8 %) „objednatelku“ náhradní matky. Možnost „nevím“ vybrali 4 (3,8 %) dotazovaní (Tabulka 58, Graf 50).

Tabulka 58. Využití náhradního mateřství někým z okolí respondentů (zdravotníci)

		n	%
A	ano - náhradní matku	6	5,7
B	ano - "objednatelku" náhradní matky	5	4,8
C	ne	90	85,7
D	nevím	4	3,8
celkem		105	100



Graf 50. Využití náhradního mateřství někým z okolí respondentů (zdravotníci)

Položka č. 26

Pohlaví:

Ze sledované skupiny laiků se průzkumu účastnilo 103 (86,6 %) žen a 16 (13,4 %) mužů (Tabulka 59).

Tabulka 59. Pohlaví (laická veřejnost)

		n	%
A	žena	103	86,6
B	muž	16	13,4
celkem		119	100

Ve druhé sledované skupině zdravotníků se průzkumu zúčastnilo 91 (86,7 %) žen a 14 (13,3 %) mužů (Tabulka 60).

Tabulka 60. Pohlaví (zdravotníci)

		n	%
A	žena	91	86,7
B	muž	14	13,3
celkem		105	100

Položka č. 27.

Věk:

Z dotazované skupiny 119 (100 %) laiků nikdo nebyl mladší 20 let. 21 (17,6 %) respondentů bylo ve věku 20 – 29 let, 27 (22,7 %) ve věku 30 – 39 let, 38 (31,9 %) dotazovaných ve věku 40 – 49 let, 26 (21,8 %) ve věku 50 – 59 let a 7 (5,9 %) ve věku 60 let a výš (Tabulka 61).

Tabulka 61. Věk (laická veřejnost)

		n	%
A	do 20 let	0	0,0
B	20 - 29 let	21	17,6
C	30 - 39 let	27	22,7
D	40 - 49 let	38	31,9
E	50 - 59 let	26	21,8
F	60 let a více	7	5,9
celkem		119	100

Ze zdravotníků zařazených do průzkumu také nikdo nebyl mladší 20 let. Ve věku 20 – 29 let bylo 32 (30,5 %) respondentů, ve věku 30 – 39 let 47 (44,8 %), ve věku 40 – 49 let bylo 17 (16,2 %) dotazovaných, 8 (7,6 %) ve věku 50 – 59 let a 1 (1 %) respondent byl ve věku 60 let a výš (Tabulka 62).

Tabulka 62. Věk (zdravotníci)

		n	%
A	do 20 let	0	0,0
B	20 - 29 let	32	30,5
C	30 - 39 let	47	44,8
D	40 - 49 let	17	16,2
E	50 - 59 let	8	7,6
F	60 let a více	1	1,0
celkem		105	100

Položka č. 28

Stav:

28 (23,5 %) respondentů sledované skupiny laiků bylo svobodných, 68 (57,1 %) ženatých nebo vdaných, 19 (16 %) rozvedených a 4 (3,4 %) respondenti byli vdovci nebo vdovy (Tabulka 63).

Tabulka 63. Stav (laická veřejnost)

		n	%
A	svobodný/á	28	23,5
B	ženatý/vdaná	68	57,1
C	rozvedený/á	19	16,0
D	vdovec/vdova	4	3,4
celkem		119	100

Ve druhé sledované skupině zdravotníků bylo 34 (32,4 %) dotazovaných svobodných, v manželském svazku bylo 55 (52,4 %) respondentů, rozvedených bylo 15 (14,3 %) dotazovaných a 1 (1 %) byl/a vdovec/vdova (Tabulka 64).

Tabulka 64. Stav (zdravotníci)

		n	%
A	svobodný/á	34	32,4
B	ženatý/vdaná	55	52,4
C	rozvedený/á	15	14,3
D	vdovec/vdova	1	1,0
celkem		105	100

Položka č. 29

Nejvyšší dosažené vzdělání:

Nejvyšší dosažené vzdělání základní měli 3 (2,5 %) respondenti ze skupiny laiků, 78 (65,5 %) respondentů mělo vzdělání středoškolské, 7 (5,9 %) vzdělání vyšší odborné a 31 (26,1 %) dotazovaných bylo vysokoškoláků (Tabulka 65).

Tabulka 65. Nejvyšší dosažené vzdělání (laická veřejnost)

		n	%
A	základní	3	2,5
B	středoškolské	78	65,5
C	vyšší odborné	7	5,9
D	vysokoškolské	31	26,1
celkem		119	100

Ze sledované skupiny zdravotníků 2 (1,9 %) měli základní vzdělání, 50 (47,6 %) středoškolské vzdělání, 16 (15,2 %) respondentů bylo s vyšším odborným vzděláním a 37 (35,2 %) bylo se vzděláním vysokoškolským (Tabulka 67).

Tabulka 66. Nejvyšší dosažené vzdělání (zdravotníci)

		n	%
A	základní	2	1,9
B	středoškolské	50	47,6
C	vyšší odborné	16	15,2
D	vysokoškolské	37	35,2
celkem		105	100

Položka č. 30

Pokud jste zdravotník, na jaké pozici pracujete?

Průzkumu se zúčastnilo celkem 105 zdravotníků – nelékařských zdravotnických pracovníků (100 %), z nichž 28 (26,7 %) bylo porodních asistentek, 42 (40 %) všeobecných sester, 11 (10,5 %) zdravotnických asistentů, 10 (9,5 %) fyzioterapeutů, 6 (5,7 %) dětských sester, 2 (1,9 %) zdravotní laboranti, 2 (1,9 %) sanitáři, 1 (1 %) ergoterapeut a 3 (2,9 %) záchranáři (Tabulka 67).

Tabulka 67. Pracovní pozice (zdravotníci)

		n	%
A	porodní asistentka	28	26,7
B	všeobecná sestra	42	40,0
C	zdravotnický asistent	11	10,5
D	fyzioterapeut	10	9,5
E	dětská sestra	6	5,7
F	zdravotní laborant	2	1,9
G	sanitář	2	1,9
H	ergoterapeut	1	1,0
I	záchranář	3	2,9
celkem		105	100

Položka č. 31

Máte děti?

Většina respondentů sledované skupiny laiků měla děti, a to 85 (71,4 %). 34 (28,6 %) respondentů bylo bezdětných (Tabulka 68).

Tabulka 68. Děti (laická veřejnost)

		n	%
A	ano	85	71,4
B	ne	34	28,6
celkem		119	100

Ve skupině zdravotníků již mělo děti 70 (66,7 %) dotazovaných a 35 (33,3 %) dotazovaných bylo bez dětí (Tabulka 69).

Tabulka 69. Děti (zdravotníci)

		n	%
A	ano	70	66,7
B	ne	35	33,3
celkem		105	100

Položka č. 32

Jaké je Vaše náboženské přesvědčení?

Téměř polovina dotazovaných laiků, 52 (43,7 %), byla agnostiky, 37 (31,1 %) respondentů byli ateisti, 15 (12,6 %) jich bylo věřících a 15 (12,6 %) nechtělo odpovědět (Tabulka 70).

Tabulka 70. Náboženské přesvědčení (laická veřejnost)

		n	%
A	nechci odpovídat	15	12,6
B	ateista (nevěřím v existenci boha)	37	31,1
C	agnostik (nepopírám existenci boha, ani v ni nevěřím)	52	43,7
D	věřící	15	12,6
celkem		119	100

Ze sledované skupiny zdravotníků 24 (22,9 %) nechtělo na tento dotaz odpovědět, 30 (28,6 %) bylo ateisty, 29 (27,6 %) respondentů byli agnostici a 22 (21 %) dotazovaných bylo věřících (Tabulka 71).

Tabulka 71. Náboženské přesvědčení (zdravotníci)

		n	%
A	nechci odpovídat	24	22,9
B	ateista (nevěřím v existenci boha)	30	28,6
C	agnostik (nepopírám existenci boha, ani v ni nevěřím)	29	27,6
D	věřící	22	21,0
celkem		105	100

5 DISKUSE

Průzkum diplomové práce byl zaměřen na získání a zjištění názoru a postojů respondentů, laické veřejnosti a zdravotníků, na problematiku dárcovství v asistované reprodukci a surogátního mateřství. Některé výsledky průzkumu budou porovnány a diskutovány s dostupnými již provedenými výzkumy ve Švédsku a Velké Británii, které se zabývaly právě dárcovstvím v asistované reprodukci a surogátním mateřstvím.

Ve Švédsku probíhala dotazníková šetření v souvislosti s právními úpravami asistované reprodukce a dárcovství. Dárcovství oocytů je ve Švédsku povoleno od ledna 2003. Švédsko se stalo také první zemí, která přijala zákon o právu dítěte narozeného z darovaných gamet získat identifikační údaje o dárci po dovršení plnoletosti (Skoog Svanberg, 2003, s. 1107; Skoog Svanberg, 2008, s. 904).

V únoru 2002 proběhlo ve Švédsku dotazníkové šetření na zjištění veřejného mínění na dárcovství oocytů. Asi dva měsíce před rozhodnutím parlamentu o zavedení darování oocytů byl dotazník rozeslán vybranému vzorku žen a mužů. Dotazník dokončilo 729 žen ve věku 25 – 35 let a 556 mužů věku 25 – 40 let. V otázce, zda by dárkyně vajíček a příjemci darovaných vajíček měli být navzájem anonymní, 45 % žen a 49 % mužů souhlasilo, 17 % žen i mužů nesouhlasilo, ostatní respondenti zaujali neutrální postoj nebo neměli žádný názor (Skoog Svanberg, 2003, s. 1107).

Respondenti se dále měli vyjádřit, zda by mezi dárkyní vajíček a příjemci měl být například příbuzenský či kamarádský stav. Většina dotazovaných – 58 % žen a 64 % mužů, nesouhlasilo s touto možností, pouhých 6 % žen a 5% mužů souhlasilo (Skoog Svanberg, 2003, s. 1107).

Výsledky průzkumu této diplomové práce ukazují, že respondenti měli vesměs pozitivní přístup k možnosti neanonymního darování zárodečných buněk: 39,5 % laiků a 28,6 % zdravotníků s touto možností souhlasilo, 27,7 % laiků a 29,5 % zdravotníků souhlasilo za předpokladu, že mezi dárci a příjemci nebude příbuzenský vztah. Nesouhlasilo 21 % laiků a 27,6 % zdravotníků (Tabulka 27, Graf 23; Tabulka 28, Graf 24).

Jiné dotazníkové šetření bylo provedeno ve Švédsku na podzim roku 2005, jehož úkolem bylo zjistit postoje švédských gynekologů a porodníků k darování gamet. Dotazník zodpovědělo 854 respondentů, registrovaných lékařů. Celkově vzato většina

respondentů měla pozitivní vztah k dárcovství gamet. Ačkoliv většina lékařů obhajovala otevřenost v souvislosti s informováním dítěte narozeného z darovaných gamet o jeho početí, přibližně 40 % bylo proti tomu, aby dítě, když dosáhne plnoletosti, mohlo získat jakékoliv informace o dárci. I když švédská legislativa umožňuje od července roku 2005 lesbickým párům přijmout darované sperma, třetina švédských gynekologů a porodníků s darováním spermií pro lesbické páry nesouhlasí (Skoog Svanberg, 2008, s. 904).

S položkou, že by dárci měli mít nárok na získání informací o příjemcích gamet (např. o vzdělání, zájmech), 69 % žen a 77 % mužů lékařů nesouhlasilo. Pozitivně odpovědělo jen 17 % žen a 13 % mužů lékařů. Naopak v případě nároku příjemců na informace o dárci gamet (např. o vzdělání, zájmech) nesouhlasilo 49 % žen a 51 % mužů, souhlasilo pak 40 % žen a 39 % mužů, takže postoj vůči poskytování informací o dárci příjemcům byl pozitivnější (Skoog Svanberg, 2008, s. 906 – 907).

Dotazníkový průzkum k diplomové práci se pro srovnání zabýval otázkou, zda a jaké informace o dárci by měli mít příjemci právo znát. Pouze 9,1 % laiků a 7 % zdravotníků se domnívalo, že příjemci by neměli mít nárok na žádné údaje o dárci. Polovina respondentů obou sledovaných skupin, přesněji 52,7 % laiků a 52,9 % zdravotníků, souhlasila s tím, aby byl příjemcům gamet znám zdravotní stav dárců. Na druhém místě informací, které by příjemci měli o dárci vědět, byl vzhled vybraný 23,7 % laiků a 26,7 % zdravotníků. Profese dárců by měla být respondentům známá podle 12,4 % laiků a 12,8 % zdravotníků (Tabulka 21, Graf 17; Tabulka 22, Graf 18).

S možností využití darovaných spermií lesbickými páry souhlasilo 62 % žen a 45 % mužů lékařů. Naproti tomu 23 % žen a 37 % mužů s touto možností pro lesbické páry nesouhlasilo (Skoog Svanberg, 2008, s. 906 - 908).

Kladný postoj k využití umělého oplodnění lesbickými páry zaujalo podle výsledků průzkumu diplomové práce celkem 37,7 % laiků, ale méně zdravotníků – 23,4 % (Tabulka 35, Graf 29; Tabulka 36, Graf 30).

Otázku práva dítěte narozeného z darovaných gamet znát identitu svého biologického rodiče a znát okolnosti početí řešil průzkum veřejného mínění k dárcovství oocytů ve Švédsku i dotazníkové šetření k získání postojů švédských gynekologů

a porodníků k darování gamet. Podle veřejného mínění ohledně darování oocytů má dítě počaté pomocí darovaných oocytů právo znát svůj genetický původ podle 83 % žen a 75 % mužů, nesouhlasilo pouze 7 % žen a 12 % mužů. S dalším tvrzením dotazníku, že v nejlepším zájmu dítěte je, aby nikdy nebylo informováno o svém genetickém původu, souhlasilo jen 5 % žen a 7 % mužů, a nesouhlasila většina – 78 % dotazovaných žen a 71 % mužů. Podle převážné většiny respondentů by rodiče měli být ke svým dětem upřímní v souvislosti s jejich genetickým původem. Myslelo si to 83 % žen a 79 % mužů (Skoog Svanberg, 2003, s. 1109 – 1111).

Výsledky průzkumu této diplomové práce znázorňují, že 31,9 % laiků považovalo za spíš správné, aby dítě mělo právo znát identitu svého biologického rodiče a okolnosti otěhotnění jeho matky, a 31,1 % laiků to naopak považovalo za spíš nesprávné. Za určitě nesprávné označilo právo dítěte znát svůj genetický původ a okolnosti početí 19,3 % laiků a 11,8 % laiků vybralo možnost, že je to určitě správné (Tabulka 23, Graf 19).

Z výzkumu zjišťujícího postoje švédských gynekologů a porodníků k darování gamet vyplynulo, že 36 % žen a 45 % mužů lékařů nesouhlasilo s poskytováním informací dospělým potomkům o dárci gamet, 46 % žen a 41 % mužů s tímto naopak souhlasilo. Rodiče by měli být ke svým dětem upřímní v souvislosti s jejich genetickým původem podle 86 % žen a 72 % mužů lékařů. S položkou, že je v nejlepším zájmu dítěte, aby se nikdy nedozvědělo o svém genetickém původu, nesouhlasilo 81 % žen a 66 % mužů lékařů. Souhlasilo pouze 8 % žen a 18 mužů (Skoog Svanberg, 2008, s. 906 – 907).

Dotazovaní zdravotníci průzkumu k diplomové práci se ve 38,1 % vyjádřili, že je spíš správné, aby dítě mělo právo znát identitu svého biologického rodiče a okolnosti početí. Za spíš nesprávné označilo tento problém 32,4 % zdravotníků, 15,2 % by určitě nesouhlasilo a 10,5 % zdravotníků napsalo, že by dítě určitě toto právo mít mělo (Tabulka 24, Graf 20).

Švédští gynekologové a porodníci se vyjádřili také k věkovému limitu dárců spermií i dárkyň vajíček a příjemkyň darovaných vajíček. Průměrný nejnižší a nejvyšší věk navržený gynekology a porodníky pro dárci spermií byl 23 a 48 let. U dárkyň vajíček to bylo 23 a 37 let (Skoog Svanberg, 2008, s. 906 – 909).

Respondenti dotazníkového šetření k diplomové práci měli vymezit věk dárci spermatu i dárkyň vajíček. Největší zastoupení mělo u dárci spermatu věkové rozmezí

18 – 35 let, které zvolilo 30,3 % laiků a 39 % zdravotníků. Dále pak 27,7 % laiků vybralo rozmezí 18 – 40 let, kdežto u zdravotníků byla druhá nejčastější odpověď nižšího věku v zastoupení 20 % respondentů 18 – 30 let (Tabulka 3, Graf 3; Tabulka 4, Graf 4).

Laická veřejnost se nejčastěji přiklonila k věku dárkyně vajíček v rozmezí 18 – 35 let ve 38,7 % případů. 31,3 % laiků pak vybralo vymezení věku 18 – 30 let (Tabulka 5, Graf 5). Nejvíce zdravotníků, 39 %, se domnívalo, že by dárkyně vajíček měla být ve věku 18 – 30 let. Rozmezí 18 – 35 let bylo až druhou nejčastěji volenou odpovědí zdravotníků, vybralo ji 28,6 % respondentů (Tabulka 5, Graf 5; Tabulka 6, Graf 6).

Nejnižší a nejvyšší věk příjemkyň darovaných vajíček by měl být podle švédských gynekologů a porodníků 23 a 41 let (Skoog Svanberg, 2008, s. 906 – 909). Respondenti z dotazníkového šetření veřejného mínění o darování oocytů ve Švédsku se také vyslovili k věku příjemkyň darovaných oocytů: 52 % žen a 44 % mužů souhlasilo, aby příjemkyněmi darovaných oocytů byly pouze ženy věku nižšího 43 let. Nesouhlasilo s tímto omezením 20 % žen i mužů laiků (Skoog Svanberg, 2003, s. 1110).

Průzkum diplomové práce obsahoval položku ohledně věku, do kdy by mělo být ženě umožněno umělé oplodnění. Většina respondentů nesouhlasila s nynější uzákoněnou hranicí 49 let, bylo to 63 % laiků a 79 % zdravotníků (Tabulka 11, Graf 11; Tabulka 12, Graf 12). 57,3 % laiků, kteří nesouhlasili se současnou věkovou hranicí, napsalo, že by umělé oplodnění mělo být umožněno ženě do 40 let. Taktéž zdravotníci nejčastěji napsali limit 40 let, bylo jich 43,4 % (Tabulka 12, Tabulka 14).

Dotazníkové šetření švédských gynekologů a porodníků řešilo také otázku finanční odměny pro dárce gamet. Zhruba třetina účastníků dotazníkového šetření nepovažovala platbu dárce za správnou. Žádná finanční kompenzace pro dárce spermatu by neměla být umožněna podle 38 % žen a 32 % mužů lékařů, u dárce oocytů to bylo obdobné – nesouhlasilo 39 % žen a 32 % mužů lékařů (Skoog Svanberg, 2008, s. 906 – 909).

Ve sledované skupině laiků zúčastněných průzkumu diplomové práce 40,3 % respondentů s další odměnou dárce zárodečných buněk kromě náhrady nákladů spojených s darováním spíše nesouhlasilo, ve skupině zdravotníků třetina dotazovaných, 34,3 %, také spíše nesouhlasila. V obou sledovaných skupinách pak byla druhou nejčastější odpovědí na odměnu dárce gamet možnost, že je to spíše správné: zvolilo ji 29,4 % laiků a 26,7 % zdravotníků (Tabulka 19, Graf 15; Tabulka 20, Graf 16).

V souvislosti se surogátním mateřstvím byl proveden výzkum s úkolem zjistit postoje britských žen k surogátnímu mateřství. Šetření se zúčastnilo 187 žen ze široké veřejnosti, které byly rozděleny do tří hlavních skupin – ženy, které by byly ochotné být surogátní matkou (15 žen), ženy s nejistým postojem (61 žen) a ženy, které by nebyly ochotné se stát surogátní matkou (111 žen). Tyto ženy měly vyjádřit, zda a v kterém případě by zvážily být surogátní matkou (Poote, 2009, s. 139 – 142).

Nejvíce žen by vážilo být surogátní matkou pro osoby blízké – 60 % žen skupiny ochotných se stát surogátní matkou, 67 % žen ze skupiny nejistých, avšak jen 32 % žen ze skupiny neochotných se stát surogátní matkou. Být surogátní matkou pro neznámé osoby by zvážilo jen 7 % ochotných žen stát se surogátní matkou, 15 % žen nejistých a 4 % žen skupiny neochotných.

Možnost být surogátní matkou v obou případech – pro osoby známé i neznáme, by zvážilo 33 % žen ochotné skupiny, 12 % žen nejistých a jen 8 % žen neochotných se stát surogátní matkou. Samozřejmě nejvíce žen ze skupiny neochotných se stát surogátní matkou, 56 %, by vůbec poskytnutí této služby surogátního mateřství nezvažovalo. Ze skupiny nejistých žen to bylo 5 % dotazovaných a nikdo ze skupin žen ochotných se stát surogátní matkou (Poote, 2009, s. 139 – 142).

Průzkum k této diplomové práci sice neřešil přímo, zda by někdo z respondentů byl ochotný se stát surogátní matkou a za jakých podmínek, ale zjišťoval, zda je podle respondentů tato služba správná a v jakém vztahu by surogátní matka a objednatelský pár měly být. Nejvíce respondentů laiků považovalo možnost surogátního mateřství za určitě správnou, a to v 37,8 % případů. Druhou nejčastěji volenou odpovědí bylo, že je tato možnost spíš správná, což se domnívalo 35,3 % laiků. Určitě negativní postoj zaujalo pouze 0,8 % laiků (Tabulka 39, Graf 33).

Téměř polovina zdravotníků označila možnost surogátního mateřství za spíš správnou, bylo jich 46,7 %. Za určitě správnou považovalo tuto službu 21 % zdravotníků a 5,7 % zdravotníků za určitě nesprávnou (Tabulka 40, Graf 34).

V otázce, zda by bylo vhodné, aby náhradní matkou byla žena známá či blízká objednatelskému páru, se 37,8 % laiků domnívalo, že to spíš není správné. Avšak druhou nejčastěji označenou odpovědí bylo, že je tato možnost spíš správná, což se domnívalo 25,2 % laiků. Ve skupině zdravotníků se názory na vhodnost této možnosti pohybovaly v podobném zastoupení jednotlivých odpovědí: 25,7 % zdravotníků se domnívalo, že to spíš správné není, 24,8 % zdravotníků to považovalo za spíš správné a 22,9 % za určitě nesprávné (Tabulka 44, Graf 48).

Za vhodné, aby náhradní matkou byla žena v příbuzenském vztahu ženy z neplodného páru, spíš považovalo 33,6 % laiků a 27,7 % považovalo tuto možnost za spíš nevhodnou. Zdravotníci měli k této možnosti negativní postoj, 29,5 % zdravotníků se vyjádřilo, že to spíš vhodné není, a 27,6 % zdravotníků označilo, že určitě není vhodné, aby náhradní matka byla v příbuzenském vztahu se ženou neplodného párů (Tabulka 46, Graf 40).

Mezi výsledky průzkumu diplomové práce jsou u některých položek celkem značné nebo zajímavé rozdíly mezi sledovanými skupinami respondentů, laickou veřejností a zdravotníky. V položce č. 3 se měli respondenti vyjádřit k vymezení věku dárkyň vajíček. Zatímco skupina laiků ve 38,7 % případech zvolila rozmezí 18 – 35 let, skupina zdravotníků se přiklonila ve více případech k nižšímu věku dárkyň vajíček: 39 % zdravotníků zvolilo hranici 18 – 30 let (Tabulka 5, Graf 5; Tabulka 6, Graf 6). Tento rozdíl může být dán právě profesionalitou zdravotníků, kteří mají větší znalosti v oblasti anatomie a fyziologie těla ženy a reprodukční soustavy.

Položka č. 4 řeší otázku, zda by dárci zárodečných buněk měli být pouze ti, kteří již mají zdravé děti. Skupina laiků častěji zvolila možnost „spíš ano“, bylo to ve 34,5 % případů, kdežto nejvíce zdravotníků, 35,2 %, vybralo možnost „určitě ano“ (Tabulka 7, Graf 7; Tabulka 8, Graf 8). Zdravotníci si nejspíš více uvědomují dědičnost a důležitost absence některých rizikových onemocnění, která mohou být geneticky vázána na chromozomy pohlavních buněk.

Profesionalita zdravotníků se také odrazila v položce č. 7, kde byla položena otázka, zda by se u příjemců darovaných gamet měla posuzovat nějaká kritéria v rámci respektování zájmů dítěte a dobrých podmínek pro jeho vývoj, a jestli ano, jaká. Nejvíce zdravotníků označilo, že by se měl posuzovat zdravotní stav budoucích rodičů. Bylo to 36,9 % zdravotníků. Hned další často zvolenou možností byla mentální stránka rodičů, kterou vybralo 33,5 % zdravotníků. Naproti tomu nejvíce laiků – 39,7 %, označilo, že by měla být posuzována mentální stránka rodičů a zdravotní stav byl u laiků až na druhém místě, zvolilo jej 34 % (Tabulka 16; Tabulka 18).

Rozdílné názory měli respondenti na to, zda a jaké informace by měli mít příjemci právo znát o dárci a zda by dítě mělo mít právo znát nějaké informace o biologickém rodiči

(tedy o dárci). Položka č. 9 se zabývala právem příjemců na informace o dárci. Pouze 9,1 % laiků a 7 % zdravotníků se domnívalo, že by příjemci neměli mít právo vědět o dárci nic (Tabulka 21, Graf 17; Tabulka 22, Graf 18). V otázce práva dítěte na informace o biologickém rodiči, kterou řešila položka č. 11, se celkem 27,8 % laiků a 31,4 % zdravotníků domnívalo, že by dítě nemělo mít právo znát žádné údaje o svém biologickém rodiči (Tabulka 25, Graf 21; Tabulka 26; Graf 22).

Překvapující výsledky přinesla položka č. 15, která zjišťovala, komu dalšímu kromě neplodného páru by mohlo být umělé oplodnění s využitím darovaných gamet umožněno. Obě sledované skupiny se ve většině shodly na tom, aby tuto možnost měly osaměle žijící ženy, vybrané celkem 43,8 % laiků a 41,4 % zdravotníků. Laická veřejnost pak zvolila druhou nejčastější odpověď, aby umělé oplodnění s použitím darovaných gamet mohlo být umožněno také lesbickému páru, ve 37,7 % případů. Zdravotníci by po osaměle žijících ženách neumožnili tuto možnost nikomu dalšímu. Vyjádřilo se takto 35,2 % zdravotníků (Tabulka 35, Graf 29; Tabulka 36, Graf 30).

Položka č. 22 se zabývala problematikou, zda by mělo být náhradní mateřství umožněno homosexuálním párům. Laici měli k této problematice vesměs pozitivní názor, podle 46,2 % respondentů by homosexuální páry měli mít možnost využití náhradního mateřství. Zdravotníci naopak ve 47,6 % případů s touto možností nesouhlasili (Tabulka 49, Graf 43; Tabulka 50, Graf 44).

Sledovaná skupina laiků a zdravotníků měla odlišný postoj také vůči další finanční odměně náhradní matce, kromě náhrady výdajů spojených s těhotenstvím a mateřstvím. 41,2 % laiků se domnívalo, že by náhradní matka měla mít právo na další finanční prostředky, oproti tomu 44,8 % zdravotníků nesouhlasilo (Tabulka 51, Graf 45; Tabulka 53, Graf 46). Tento rozdíl může být dán etikou zdravotníků, která pohlíží na dárcovství jako na projev altruismu.

Zajímavé výsledky přinesla otázka, zda respondenti znali někoho, kdo v jejich okolí využil možnost umělého oplodnění. Tuto zkušenost mělo 60,5 % laiků a 80 % zdravotníků (Tabulka 55, Graf 47; Tabulka 56, Graf 48). Výsledky mohou potvrzovat skutečnost, že neplodnost je v dnešní době opravdu častým problémem.

Překvapujícím mohlo být zjištění, kolik respondentů znalo ve svém okolí někoho, kdo využil nebo uvažuje o možnosti náhradního mateřství. Náhradní matku znalo

5 % laiků a 5,7 % zdravotníků. Objednatelku náhradní matky mělo ve svém okolí 3,4 % laiků a 4,8 % zdravotníků (Tabulka 57; Tabulka 58).

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá problematikou dárcovství v asistované reprodukci. Jak již bylo zmíněno v úvodu, značný pokrok v oblasti reprodukční medicíny s sebou přináší také nové otazníky, ať už z etického, právního, společenského či psychologického hlediska, nad kterými se musíme zamyslet a snažit se najít řešení či cestu, které by byly pro většinu vyhovující a přijatelné. Společný postoj nejspíš všechny země a jedinci nikdy nezaujmou pro rozdílnost kultur, víry či morálních hodnot každého z nás. Věda a medicína „vyzrála“ do jisté míry nad přírodou, avšak je důležité si uvědomit, co si můžeme ještě dovolit a co už přesahuje určité meze.

Ke splnění cílů diplomové práce byl použit kvantitativní průzkum, metodou šetření byl zvolen dotazník, který po vypracování obsahoval celkem 32 položek, 25 položek se zabývalo danou problematikou dárcovství v asistované reprodukci a surogátním mateřstvím, 7 položek tvořilo demografické údaje respondentů.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit postoje a názory respondentů (laické veřejnosti a zdravotníků) k problematice dárcovství v asistované reprodukci. Hlavní cíl diplomové práce byl splněn, což ukazují výsledky dotazníkového šetření, a vybrané položky s jejich výsledky budou analyzovány níže spolu s dílčími cíli. Obecně vzato respondenti považují dárcovství gamet i surogátní mateřství za přijatelné.

Dílčí cíle práce:

1. Zjistit názory respondentů na zásady výběru dárců zárodečných buněk.

Celkem 79 % laiků a 79 % zdravotníků zastávalo názor, že by se při získávání dárců zárodečných buněk měla zohledňovat kromě věku a zdravotního stavu také nezdravotní rizika (Tabulka 1, Graf 1; Tabulka 2, Graf 2).

Ze sledované skupiny laiků se 34,5 % dotazovaných domnívalo, že by bylo spíše správné, aby dárci zárodečných buněk byli pouze ti, kteří již mají zdravé děti. Většina zdravotníků, 35,2 %, dokonce zaznamenala, že by to bylo určitě správné (Tabulka 7, Graf 7; Tabulka 8, Graf 8).

Další otázka řešila, zda by dárkyní vajíček měla být pouze žena již těhotná. Laická veřejnost v této problematice úplně jasný názor neměla, jelikož 42,9 % laiků zvolilo

možnost „ne“ a 40,3 % laiků pak možnost „ano“. Zdravotníci ve 48,6 % případů označili, že by to tak mělo být (Tabulka 9, Graf 9; Tabulka 10, Graf 10).

2. Získat náhled respondentů na možnou finanční odměnu dárčům zárodečných buněk.

Respondenti obou sledovaných skupin zastávali nejčastěji názor, že by dárci zárodečných buněk mít nárok na další odměnu, kromě náhrady nákladů spojených s darováním, spíš neměli. Domnívalo se tak 40,3 % laiků a 34,3 % zdravotníků (Tabulka 19, Graf 15; Tabulka 20, Graf 16).

3. Zjistit postoje respondentů k anonymnímu a neanonymnímu dárcovství zárodečných buněk.

Ohledně informací, které by příjemci měli mít právo znát o dárci, se pouze 9,1 % laiků a 7 % zdravotníků domnívalo, že by příjemci neměli o dárci vědět nic. Většina respondentů – 52,7 % laiků a 52,9 % zdravotníků, považovala za vhodné, aby příjemci měli právo znát zdravotní stav dárce. Po zdravotním stavu byl často vybrán vzhled, který označilo 23,7 % laiků a 26,7 % zdravotníků. Profese byla důležitá pro 12,4 % laiků a 12,8 % zdravotníků, jméno a adresu vybrali jen 2,2 % laiků a 0,6 % zdravotníků (Tabulka 21, Graf 17; Tabulka 22, Graf 18).

V problematice práva dítěte znát identitu svého biologického rodiče, znát okolnosti otěhotnění jeho matky, si respondenti moc jistí nebyli: 31,9 % laiků a 38,1 % zdravotníků se domnívalo, že je spíš správné, aby dítě mělo právo znát identitu biologického rodiče. Zároveň 31,1 % laiků a 32,4 % zdravotníků označilo tuto možnost za spíš nesprávnou (Tabulka 23, Graf 19; Tabulka 24, Graf 20).

K otázce, zda by dítě mělo mít právo vědět nějaké informace o svém biologickém rodiči, se 38,6 % laiků a 34,6 % zdravotníků vyjádřilo, že by dítě mělo mít právo znát zdravotní stav biologického rodiče. Hned druhou nečastěji označenou možností bylo, že by dítě nemělo mít právo na žádné informace o biologickém rodiči. Domnívalo se tak 27,8 % laiků a 31,4 % zdravotníků. Vzhled by dítě mělo znát podle 13,9 % laiků a 17 % zdravotníků, profesi pak podle 12 % laiků

a 10,5 % zdravotníků. Možnost jméno a adresa byla podle očekávání nejméně zvolená, vybralo ji 7,6 % laiků a 6,5 % zdravotníků (Tabulka 25, Graf 21; Tabulka 26, Graf 22).

Možnost neanonymního dárcovství zárodečných buněk byla přijatelná pro 39,5 % laiků, 27,7 % laiků by s touto možností souhlasilo v případě, kdyby nebyl mezi dárci a příjemci příbuzenský vztah. S neanonymním dárcovstvím nesouhlasilo 21 % laiků (Tabulka 27, Graf 23). Pro 29,5 % zdravotníků by bylo neanonymní dárcovství přijatelné, pokud by nebyl mezi dárci a příjemci příbuzenský vztah. 28,6 % zdravotníků s neanonymním dárcovstvím souhlasilo a 27,6 % naopak nesouhlasilo (Tabulka 28, Graf 24).

4. Zjistit, jak se respondenti staví k možnosti využití darovaných zárodečných buněk mimo „neplodný pár“.

Sledovaná skupina laické veřejnosti se k možnosti využití darovaných zárodečných buněk mimo „neplodný pár“ staví pozitivně: 43,8 % respondentů by umožnilo umělé oplodnění také osaměle žijícím ženám a 37,7 % laiků pak lesbickým párům. Nikomu dalšímu by nemělo být umělé oplodnění s použitím darovaných zárodečných buněk umožněno podle 18,5 % laiků (Tabulka 35, Graf 29).

Ve skupině zdravotníků by 41,4 % dotazovaných umožnilo umělé oplodnění také osaměle žijícím ženám a 35,2 % pak nikomu dalšímu. Lesbickým ženám by umělé oplodnění umožnilo nejméně zdravotníků – 23,4 % (Tabulka 36, Graf 30).

5. Zjistit, do jaké míry je dárcovství v asistované reprodukci pro respondenty přípustné.

Dárcovství gamet považovala většina respondentů za přijatelné: s dárcovstvím spermií souhlasilo 42,5 % laiků a 40,6 % zdravotníků. Dárcovství vajíček bylo přijatelné pro 41,7 % laiků a 42,9 % zdravotníků. S dárcovstvím embryí souhlasilo už respondentů méně – 12,1 % laiků a 13,7 % zdravotníků. Pouze pro 3,8 % laiků a 2,7 % zdravotníků není správná žádná možnost dárcovství v asistované reprodukci (Tabulka 37, Graf 31; Tabulka 38, Graf 32).

6. Zjistit postoje respondentů vůči možnosti surogátního mateřství.

K otázce surogátního mateřství měli respondenti také pozitivní přístup. Nejvíce laiků, 37,8 %, považovalo možnost surogátního mateřství za určitě správnou, pro většinu zdravotníků byla tato možnost spíše správná, což bylo ve 46,7 % případů (Tabulka 39, Graf 33; Tabulka 40, Graf 34).

Velká většina respondentů navíc považovala za důležité, aby bylo v naší legislativě surogátní mateřství upraveno a vymezeno. Vyjádřilo se takto 81,5 % laiků a 82,9 % zdravotníků (Tabulka 41, Graf 35; Tabulka 42, Graf 36).

Přínos výsledků pro praxi:

Výsledky průzkumu mimo jiné ukazují, že je dárcovství v rámci asistované reprodukce i surogátní mateřství společností celkem akceptováno. Umělé oplodnění je dnes běžným medicínským postupem, díky kterému mnoho dětí přichází na svět. Jeho rozšířenost může potvrdit i počet respondentů, kteří znali ve svém okolí někoho, kdo tuto možnost využil.

Děti si ve většině případů už od mala všímají a uvědomují, že mají jedny rodiče a těm se narodili. Postupně je jim v rámci výuky na základní škole vysvětleno, jak se narodily a jak byly stvořeny. V souvislosti s dnešní dobou by bylo dobré děti postupně seznamovat také s jinými cestami početí a důvody, které k tomu mohou vést. S reprodukční medicínou a jejími možnostmi by měli být seznamováni už žáci základních škol, například v rámci rodinné výchovy a výchovy ke zdraví v souvislosti se sexuální výchovou, a studenti středních škol, například v rámci předmětu základy společenských věd.

Hluběji by pak měla probíhat edukace na středních a vyšších zdravotnických školách v rámci zdravotnické etiky a práva, psychologie i odborných předmětů. Na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením by měla být studentům, hlavně v rámci studia porodní asistence, reprodukční medicína zahrnuta do studijních osnov samozřejmě také.

Jak dále ukazují výsledky průzkumu diplomové práce, surogátní mateřství by mělo být naší legislativou konečně vyřešeno a vymezeno. K rozhodování zákonodárců by mohly pomoci právě průzkumy zabývající se tímto tématem a právní úpravy v jiných zemích.

Výsledky průzkumu této diplomové práce mohou být také vodítkem a podkladem k dalším průzkumným šetřením v souvislosti s problematikou dárcovství gamet, embryí i surogátního mateřství.

Dárcovství gamet a surogátní mateřství s sebou stále nese mnoho otázek a problémů, které by neměly být přehlíženy, ať už naší legislativou, etikou, sociologií či z psychologického hlediska. Průzkumů a výzkumů jak veřejného mínění ohledně dané problematiky, tak i k získávání a zjišťování postojů a názorů odborné veřejnosti (lékařů gynekologů, porodníků, neonatologů, psychologů, sociologů i nelékařských zdravotnických pracovníků) by mělo být v naší zemi provedeno více například po vzoru Švédska a uvedených dotazníkových šetření.

SOUHRN

Diplomová práce se zabývá problematikou dárcovství v asistované reprodukci. Teoretická část popisuje metody asistované reprodukce a podrobněji se věnuje dárcovství v asistované reprodukci, především právním aspektům a legislativě, hlavním bioetickým otázkám, rozebírá jednotlivé možnosti dárcovství a s tím související diskutované problémy. Následně je v této části řešeno surogátní mateřství a otázka informovanosti dítěte o jeho původu.

V praktické části je zpracován průzkum, jehož úkolem bylo zjistit postoje a názory respondentů k problematice dárcovství v asistované reprodukci. Metodou průzkumu byl dotazník určený laické veřejnosti a zdravotníkům. Respondenti se postupně vyjadřovali k otázkám výběru a vymezení dárců i příjemců zárodečných buněk, finanční odměně dárcům, anonymnímu a neanonymnímu dárcovství, přijatelnosti jednotlivých možností dárcovství v asistované reprodukci, a k problematice surogátního mateřství.

Z výsledků vyplývá, že pro většinu respondentů je dárcovství gamet i surogátní mateřství přijatelné, avšak v některých položkách, například ohledně informovanosti dítěte, neanonymního dárcovství a surogátního mateřství, respondenti jednoznačný názor neměli. Názory laické veřejnosti a zdravotníků se pak lišily například v otázkách vymezení věku dárcyň oocytů či možnosti umělého oplodnění a surogátního mateřství mimo neplodný pár.

Klíčová slova: dárcovství spermií, dárcovství oocytů, dárcovství embryí, dárce, příjemce, neanonymní dárcovství, bioetické otázky dárcovství, náhradní mateřství

SUMMARY

This thesis deals with the issue of donation in assisted reproduction. The theoretical part describes methods of assisted reproduction and focuses in detail on assisted reproduction, particularly on legal aspects of legislation, main bioethical issues, and discusses various options of donation and related issues. Subsequently, this part explores surrogate motherhood and the question of informing offspring of their conception.

The practical part includes a survey whose task was to determine attitudes and opinions of respondents on the issue of organ donation in assisted reproduction. The method of the survey was a questionnaire directed to general public and healthcare professionals. Respondents commented on the issues of selection and definition of both donors and recipients of gametes, financial reward to donors, anonymous and non-anonymous donation, acceptability of the options of donation in assisted reproduction and surrogate motherhood.

The results show that most respondents find gamete donation and surrogate motherhood acceptable, but in some items, such as informing offspring of their conception, non-anonymous donation and surrogate motherhood, the respondents did not have an unambiguous opinion. Views of the general public and health professionals differed in issues such as the determination of age for oocytes donors or the possibility of artificial insemination and surrogate motherhood outside infertile couples.

Keywords: sperm donation, oocyte donation, embryo donation, donor, recipient, anonymous donation, bioethical issues of donation, surrogate motherhood

REFERENČNÍ SEZNAM

1. ADAM ČESKÁ REPUBLIKA. ... i muži mají k početí co říct. *Centra asistované reprodukce v ČR* [online]. 2010, naposledy upraveno 20. 2. 2013 [cit. 2013-03-30]. Dostupné z: <http://www.adamcr.cz/informacni-odbor/reprodukcní-medicína/centra-asistované-reprodukce-v-cr>
2. FRINTA, O. 2007. Asistovaná reprodukce – nová právní úprava. *Právní fórum*, roč. 4, č. 4, s. 123 – 130. ISSN 1214-7966.
3. DÁRKYNĚ. *Průvodce pro dárnkyne* [online]. © 2009 [cit. 2013-03-30]. Dostupné z: <http://www.darkyne.cz/pruvodce-pro-darkyne/>
4. GENNET. Centrum lékařské genetiky a reprodukční medicíny. *Darování embryí* [online]. © 2010 [cit. 2013-03-30]. Dostupné z: <http://www.gennet.cz/en/darovani-embryi-1404036772.html>
5. CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
6. INTERNATIONAL FEDERATION OF FERTILITY SOCIETIES: *IFFS Surveillance 2010* [online]. [cit. 2013-03-20]. Dostupné z: http://www.iffs-reproduction.org/documents/IFFS_Surveillance_2010.pdf
7. IVF CUBE. Dotek nového života. *Dárcovství embryí* [online]. © 2012 [cit. 2013-03-30]. Dostupné z: <http://www.ivf-cube.eu/darcovstvi-embryi>
8. IVF ZENTREN PROF. ZECH. *Informace pro dárce spermatu* [online]. [cit. 2013-03-25]. Dostupné z: <http://www.ivf.at/cs-cz/behandlung/samengewinnung/infosamenspender.aspx>
9. MARDEŠIČ, T. 2000. Indikace pro metody asistované reprodukce. *Postgraduální medicína*, roč. 2, č. 4, s. 478 – 481. ISSN 1212-4184.
10. OSTRÓ, A., PILKA, L., LEŠNÍK, F. 2009. *Reprodukční medicína – současnost a perspektivy*. Olomouc: Nakladatelství Olomouc. 287 s. ISBN 978-80-7182-278-3.

11. PILKA, L. 2000. Bioetické otázky AR. *Postgraduální medicína*, roč. 2, č. 4, s. 511 – 513. ISSN 1212-4184.
12. PILKA, L. 2003. Dárcovství oocytů: Etické a praktické otázky. *Česká gynekologie*, roč. 68, č. 2, s. 122 – 124. ISSN 1210-7832.
13. POOTE, A. E., VAN DEN AKKER, O. B. A. British women's attitudes to surrogacy. *Human Reproduction* [online]. 2009, vol. 24, no. 1 [cit. 2013-06-08], pp. 139 - 145. ISSN 1460-2350. Dostupné z:
<http://humrep.oxfordjournals.org/content/24/1/139.full.pdf+html?sid=d768de9e-612b-40dd-bd58-12cda18cd7af>
14. PROGRAM ZÁKON. Profesionální právní informační systém. Předpis č. 20/1966 Sb. Zákon o péči o zdraví lidu [online]. © 2006, poslední aktualizace 3. 1. 2013 [cit. 2012-11-01]. Dostupné z:
http://www.pravnipredpisy.cz/predpisy/ZAKONY/1966/020966/Sb_020966_-----_.php
15. PŘÍSTUP K PRÁVU EVROPSKÉ UNIE. Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2004/23/ES [online]. Poslední aktualizace 12/02/2013 [cit. 2012-10-27]. Dostupné z:
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=DD:15:08:32004L0023:CS:PDF>
16. PŘÍSTUP K PRÁVU EVROPSKÉ UNIE. Směrnice Komise 2006/17/ES [online]. Poslední aktualizace 12/02/2013 [cit. 2012-10-27]. Dostupné z:
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2006:038:0040:0052:CS:PDF>
17. PŘÍSTUP K PRÁVU EVROPSKÉ UNIE. Směrnice Komise 2006/86/ES [online]. Poslední aktualizace 12/02/2013 [cit. 2012-10-27]. Dostupné z:
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2006:294:0032:0050:CS:PDF>
18. RAČKOVÁ, K., HUDEČEK, R., KRAJČOVIČOVÁ, R. 2009. Forezní aspekty asistovanej reprodukcie v legislatívnych podmienkach Českej a Slovenskej republiky. *Praktická gynekologie*, roč. 13, č. 3, s. 167 – 177. ISSN 1211-6645.

19. ŘEŽÁBEK, K. 2000. Darování spermií a oocytů. *Postgraduální medicína*, roč. 2, č. 4, s. 500 - 502. ISSN 1212-4184.
20. ŘEŽÁBEK, K. 2008. *Léčba neplodnosti: příčiny neplodnosti, metody léčby, mimotělní oplodnění, zákony, dárcovství, etické otázky*. 4. aktualiz. vyd. Praha: Grada Publishing. 171 s. ISBN 978-80-247-2103-3.
21. SKOOG SVANBERG, A., LAMPIC, C., BERGH, T., LUNDKVIST, Ö. Public opinion regarding oocyte donation in Sweden. *Human Reproduction* [online]. 2003, vol. 18, no. 5 [cit. 2013-06-08], pp. 1107 - 1114. ISSN 1460-2350. Dostupné z: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/18/5/1107.full.pdf+html?sid=e29236c6-869d-40c5-aa24-e022780e12c5>
22. SKOOG SVANBERG, A., SYDSJÖ, G., EKHOLM SELLING, K., LAMPIC, C. Attitudes towards gamete donation among Swedish gynaecologists and obstetricians. *Human Reproduction* [online]. 2008, vol. 23, no. 4 [cit. 2013-06-08], pp. 904 – 911. ISSN 1460-2350. Dostupné z: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/23/4/904.full.pdf+html?sid=c57bef03-268d-4dda-adce-f1ddbd7de6ec>
23. STARÁ, I. 2010. Právní a etická otázka pronájmu dělohy. *Právo a rodina*, roč. 12, č. 4, s. 19 – 22. ISSN 1212-866X.
24. STARÁ, I. 2010. Právní a etická otázka pronájmu dělohy (2.). *Právo a rodina*, roč. 12, č. 5, s. 17 - 18. ISSN 1212-866X.
25. STOP NEPLODNOSTI. *Léčba neplodnosti* [online]. © 2009 [cit. 2012-01-31]. Dostupné z: <http://www.stopneplodnosti.cz/lecba-neplodnosti/>
26. ZÁKONY PRO LIDI. Předpis č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) [online]. © 2010 – 2013 [cit. 2012-11-01]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
27. ZÁKONY PRO LIDI. Předpis č. 373/2011 Sb. Zákon o specifických zdravotních službách [online]. © 2010 – 2013 [cit. 2012-11-01]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-373>

SEZNAM ZKRATEK

AID	Artificial Insemination from Donor - arteficiální inseminace od dárce
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics - Světová organizace gynekologů a porodníků
GIFT	Gamete Intrafallopian Transfer - transfer pohlavních buněk do nitra vejcovodů
HIV	Human Immunodeficiency Virus - virus lidské imunitní nedostatečnosti
ICSI	Intracytoplasmatická injekce spermie
IFFS	International Federation of Fertility Societies - Mezinárodní federace společností pro plodnost
IUI	Intrauterinní inseminace
IVF	In Vitro Fertilizace - mimotělní oplodnění
MESA	Microsurgical Epididymal Sperm Aspiration - chirurgický odběr spermií z nadvarlete
TESE	Testicular Sperm Extraction - chirurgický odběr spermií z varlete
WHO	World Health Organization - Světová zdravotnická organizace
ZIFT	Zygote Intrafallopian Transfer - transfer zygot do nitra vejcovodů

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Zohledňování nezdravotních rizik u dárců zárodečných buněk (laická veřejnost)	43
Tabulka 2. Zohledňování nezdravotních rizik u dárců zárodečných buněk (zdravotníci)	44
Tabulka 3. Vymezení věku dárce spermatu (laická veřejnost)	45
Tabulka 4. Vymezení věku dárce spermatu (zdravotníci)	46
Tabulka 5. Vymezení věku dárkyně vajíček (laická veřejnost)	47
Tabulka 6. Vymezení věku dárkyně vajíček (zdravotníci)	48
Tabulka 7. Dárci zárodečných buněk by měli být pouze ti, kteří již mají zdravé děti (laická veřejnost)	49
Tabulka 8. Dárci zárodečných buněk by měli být pouze ti, kteří již mají zdravé děti (zdravotníci)	50
Tabulka 9. Dárkyně vajíček by měla být pouze žena, která již byla těhotná (laická veřejnost)	51
Tabulka 10. Dárkyně vajíček by měla být pouze žena, která již byla těhotná (zdravotníci)	52
Tabulka 11. Správnost uzákoněné věkové hranice 49 let, do kdy je ženě možné provést umělé oplodnění (laická veřejnost)	53
Tabulka 12. Věková hranice ženy pro provedení umělého oplodnění podle respondentů (laická veřejnost)	54
Tabulka 13. Správnost uzákoněné věkové hranice 49 let, do kdy je ženě možné provést umělé oplodnění (zdravotníci)	55
Tabulka 14. Věková hranice ženy pro provedení umělého oplodnění podle respondentů (zdravotníci)	56

Tabulka 15. Posuzování kritérií, zda budou příjemci zárodečných buněk vhodnými rodiči (laická veřejnost)	57
Tabulka 16. Posuzovaná kritéria (laická veřejnost)	58
Tabulka 17. Posuzování kritérií, zda budou příjemci zárodečných buněk vhodnými rodiči (zdravotníci)	59
Tabulka 18. Posuzovaná kritéria (zdravotníci)	60
Tabulka 19. Nárok dárců zárodečných buněk na odměnu (laická veřejnost)	61
Tabulka 20. Nárok dárců zárodečných buněk na odměnu (zdravotníci)	62
Tabulka 21. Informace o dárci, které by příjemce měl mít právo znát (laická veřejnost)	63
Tabulka 22. Informace o dárci, které by příjemce měl mít právo znát (zdravotníci)	64
Tabulka 23. Právo dítěte znát identitu biologického rodiče a okolnosti otěhotnění matky (laická veřejnost)	65
Tabulka 24. Právo dítěte znát identitu biologického rodiče a okolnosti otěhotnění matky (zdravotníci)	66
Tabulka 25. Informace o biologickém rodiči, které by dítě mělo mít právo znát (laická veřejnost)	67
Tabulka 26. Informace o biologickém rodiči, které by dítě mělo mít právo znát (zdravotníci)	68
Tabulka 27. Neanonymní dárcovství (laická veřejnost)	69
Tabulka 28. Neanonymní dárcovství (zdravotníci)	70
Tabulka 29. Přesné určení počtu dětí narozených ze zárodečných buněk jednoho dárce (laická veřejnost)	71
Tabulka 30. Počet dětí narozených ze zárodečných buněk jednoho dárce podle respondentů (laická veřejnost)	72

Tabulka 31. Přesné určení počtu dětí narozených ze zárodečných buněk jednoho dárce (zdravotníci)	73
Tabulka 32. Počet dětí narozených ze zárodečných buněk jednoho dárce podle respondentů (zdravotníci)	74
Tabulka 33. Počet embryí zavedených do dělohy ženy (laická veřejnost)	75
Tabulka 34. Počet embryí zavedených do dělohy ženy (zdravotníci)	77
Tabulka 35. Využití umělého oplodnění s darovanými zárodečnými buňkami (laická veřejnost)	78
Tabulka 36. Využití umělého oplodnění s darovanými zárodečnými buňkami (zdravotníci)	79
Tabulka 37. Přijatelné možnosti dárcovství (laická veřejnost)	80
Tabulka 38. Přijatelné možnosti dárcovství (zdravotníci)	81
Tabulka 39. Správnost surogátního mateřství (laická veřejnost)	82
Tabulka 40. Správnost surogátního mateřství (zdravotníci)	83
Tabulka 41. Důležitost právní úpravy surogátního mateřství u nás (laická veřejnost)	84
Tabulka 42. Důležitost právní úpravy surogátního mateřství u nás (zdravotníci)	85
Tabulka 43. Vhodnost známé či blízké osoby jako náhradní matky (laická veřejnost)	86
Tabulka 44. Vhodnost známé či blízké osoby jako náhradní matky (zdravotníci)	87
Tabulka 45. Vhodnost příbuzné ženy jako náhradní matky (laická veřejnost)	88
Tabulka 46. Vhodnost příbuzné ženy jako náhradní matky (zdravotníci)	89

Tabulka 47. Provedení psychologického vyšetření u budoucích náhradních matek (laická veřejnost)	90
Tabulka 48. Provedení psychologického vyšetření u budoucích náhradních matek (zdravotníci)	91
Tabulka 49. Možnost náhradního mateřství pro homosexuální páry (laická veřejnost)	92
Tabulka 50. Možnost náhradního mateřství pro homosexuální páry (zdravotníci)	93
Tabulka 51. Právo náhradní matky na další finanční prostředky (laická veřejnost)	94
Tabulka 52. Příklady odměny pro náhradní matku (laická veřejnost)	95
Tabulka 53. Právo náhradní matky na další finanční prostředky (zdravotníci)	96
Tabulka 54. Příklady odměny pro náhradní matku (zdravotníci)	97
Tabulka 55. Využití umělého oplodnění někým z okolí respondentů (laická veřejnost)	98
Tabulka 56. Využití umělého oplodnění někým z okolí respondentů (zdravotníci)	99
Tabulka 57. Využití náhradního mateřství někým z okolí respondentů (laická veřejnost)	100
Tabulka 58. Využití náhradního mateřství někým z okolí respondentů (zdravotníci)	101
Tabulka 59. Pohlaví (laická veřejnost)	102
Tabulka 60. Pohlaví (zdravotníci)	102
Tabulka 61. Věk (laická veřejnost)	103
Tabulka 62. Věk (zdravotníci)	103

Tabulka 63. Stav (laická veřejnost)	104
Tabulka 64. Stav (zdravotníci)	104
Tabulka 65. Nejvyšší dosažené vzdělání (laická veřejnost)	105
Tabulka 66. Nejvyšší dosažené vzdělání (zdravotníci)	105
Tabulka 67. Pracovní pozice (zdravotníci)	106
Tabulka 68. Děti (laická veřejnost)	107
Tabulka 69. Děti (zdravotníci)	107
Tabulka 70. Náboženské přesvědčení (laická veřejnost)	108
Tabulka 71. Náboženské přesvědčení (zdravotníci)	108

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Zohledňování nezdravotních rizik u dárců zárodečných buněk (laická veřejnost)	43
Graf 2. Zohledňování nezdravotních rizik u dárců zárodečných buněk (zdravotníci)	44
Graf 3. Vymezení věku dárce spermatu (laická veřejnost)	45
Graf 4. Vymezení věku dárce spermatu (zdravotníci)	46
Graf 5. Vymezení věku dárkyně vajíček (laická veřejnost)	47
Graf 6. Vymezení věku dárkyně vajíček (zdravotníci)	48
Graf 7. Dárci zárodečných buněk by měli být pouze ti, kteří již mají zdravé děti (laická veřejnost)	49
Graf 8. Dárci zárodečných buněk by měli být pouze ti, kteří již mají zdravé děti (zdravotníci)	50
Graf 9. Dárkyní vajíček by měla být pouze žena, která již byla těhotná (laická veřejnost)	51
Graf 10. Dárkyní vajíček by měla být pouze žena, která již byla těhotná (zdravotníci)	52
Graf 11. Správnost uzákoněné věkové hranice 49 let, do kdy je ženě možné provést umělé oplodnění (laická veřejnost)	53
Graf 12. Správnost uzákoněné věkové hranice 49 let, do kdy je ženě možné provést umělé oplodnění (zdravotníci)	55
Graf 13. Posuzování kritérií, zda budou příjemci zárodečných buněk vhodnými rodiči (laická veřejnost)	57
Graf 14. Posuzování kritérií, zda budou příjemci zárodečných buněk vhodnými rodiči (zdravotníci)	59

Graf 15. Nárok dárců zárodečných buněk na odměnu (laická veřejnost)	61
Graf 16. Nárok dárců zárodečných buněk na odměnu (zdravotníci)	62
Graf 17. Informace o dárci, které by příjemce měl mít právo znát (laická veřejnost)	63
Graf 18. Informace o dárci, které by příjemce měl mít právo znát (zdravotníci)	64
Graf 19. Právo dítěte znát identitu biologického rodiče a okolnosti otěhotnění matky (laická veřejnost)	65
Graf 20. Právo dítěte znát identitu biologického rodiče a okolnosti otěhotnění matky (zdravotníci)	66
Graf 21. Informace o biologickém rodiči, které by dítě mělo mít právo znát (laická veřejnost)	67
Graf 22. Informace o biologickém rodiči, které by dítě mělo mít právo znát (zdravotníci)	68
Graf 23. Neanonymní dárcovství (laická veřejnost)	69
Graf 24. Neanonymní dárcovství (zdravotníci)	70
Graf 25. Přesné určení počtu dětí narozených ze zárodečných buněk jednoho dárce (laická veřejnost)	71
Graf 26. Přesné určení počtu dětí narozených ze zárodečných buněk jednoho dárce (zdravotníci)	73
Graf 27. Počet embryí zavedených do dělohy ženy (laická veřejnost)	76
Graf 28. Počet embryí zavedených do dělohy ženy (zdravotníci)	77
Graf 29. Využití umělého oplodnění s darovanými zárodečnými buňkami (laická veřejnost)	78
Graf 30. Využití umělého oplodnění s darovanými zárodečnými buňkami (zdravotníci)	79

Graf 31. Přijatelné možnosti dárcovství (laická veřejnost)	80
Graf 32. Přijatelné možnosti dárcovství (zdravotníci)	81
Graf 33. Správnost surogátního mateřství (laická veřejnost)	82
Graf 34. Správnost surogátního mateřství (zdravotníci)	83
Graf 35. Důležitost právní úpravy surogátního mateřství u nás (laická veřejnost)	84
Graf 36. Důležitost právní úpravy surogátního mateřství u nás (zdravotníci)	85
Graf 37. Vhodnost známé či blízké osoby jako náhradní matky (laická veřejnost)	86
Graf 38. Vhodnost známé či blízké osoby jako náhradní matky (zdravotníci)	87
Graf 39. Vhodnost příbuzné ženy jako náhradní matky (laická veřejnost)	88
Graf 40. Vhodnost příbuzné ženy jako náhradní matky (zdravotníci)	89
Graf 41. Provedení psychologického vyšetření u budoucích náhradních matek (laická veřejnost)	90
Graf 42. Provedení psychologického vyšetření u budoucích náhradních matek (zdravotníci)	91
Graf 43. Možnost náhradního mateřství pro homosexuální páry (laická veřejnost)	92
Graf 44. Možnost náhradního mateřství pro homosexuální páry (zdravotníci)	93
Graf 45. Právo náhradní matky na další finanční prostředky (laická veřejnost)	94

Graf 46. Právo náhradní matky na další finanční prostředky (zdravotníci)	96
Graf 47. Využití umělého oplodnění někým z okolí respondentů (laická veřejnost)	98
Graf 48. Využití umělého oplodnění někým z okolí respondentů (zdravotníci)	99
Graf 49. Využití náhradního mateřství někým z okolí respondentů (laická veřejnost)	100
Graf 50. Využití náhradního mateřství někým z okolí respondentů (zdravotníci)	101

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1. Dotazník

Příloha 2. Žádost o povolení dotazníkového průzkumu

Příloha 1. Dotazník

DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Soňa Srnáková a studuji obor Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy na Univerzitě Palackého v Olomouci.

Touto formou si Vás dovoluji požádat o pomoc vyplněním dotazníku, jehož cílem je získat Vaše postoje a názory k otázkám dárcovství v asistované reprodukci. Dotazník je zcela anonymní a všechna získaná data budou použita pouze ke zpracování diplomové práce.

Za Váš drahocenný čas i ochotu předem děkuji.

Pokyny pro vyplnění dotazníku: - vyberte vždy jednu možnost a označte ji křížkem nebo zakroužkováním, pokud není uvedeno jinak; u některých otázek jste vyzváni k vyjádření svého vlastního názoru.

Metody asistované reprodukce, tedy umělého oplodnění, pomáhají neplodným párům k otěhotnění. Nejznámější metodou je IVF (in vitro fertilizace), kdy jsou vajíčka ženy oplodněna spermii muže v laboratorní misce za vzniku embryí (zárodků). Jedno nebo více embryí jsou pak zavedeny do dělohy ženy. Spermie i vajíčka (zárodečné buňky) použité pro umělé oplodnění mohou být přímo od muže a ženy z neplodného páru, nebo od dárců.

V případě darování zárodečných buněk jde o darování a předávání genetického materiálu jedince, které s sebou nese mnoho etických, praktických i legislativních otázek. Mezi evropskými státy jsou značné rozdíly týkající se zákonů upravujících dárcovství zárodečných buněk. Mezi důležité zásady patří například omezení pro dárce, platba a odměna, pravidla pro vyšetření a posuzování dárců i příjemců, anonymita.

1. Měla by se při získávání **dárců** zárodečných buněk (spermií, vajíček) zohledňovat kromě věku a zdravotního stavu také nezdravotní rizika (např. psychologická vyšetření, dle požadavků příjemců)?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

2. **Dárce** spermií může být podle Vás muž ve věku:

- a) 18 – 20 let
- b) 18 – 25 let
- c) 18 – 30 let
- d) 18 – 35 let
- e) 18 – 40 let
- f) 18 – 45 let
- g) jiné – uveďte:

3. **Dárkyně** vajíček může být podle Vás žena ve věku:

- a) 18 – 20 let
- b) 18 – 25 let
- c) 18 – 30 let
- d) 18 – 35 let
- e) 18 – 40 let
- f) 18 – 45 let
- g) jiné – uveďte:

4. Měli by být **dárci** zárodečných buněk pouze ti, kteří již mají zdravé děti?

- a) Určitě ano
- b) Spíš ano
- c) Spíš ne
- d) Určitě ne
- e) Nevím

5. Měla by být **dárkyní vajíček** pouze žena, která již byla těhotná (např. proto, že proces dárčovství vajíček je složitější a může jej provázet více komplikací, které by mohly být problémem při budoucím otěhotnění)?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

6. V současnosti je uzákoněno, že umělé oplodnění je možné provést ženě v jejím plodném věku až do 49 let. Přikláníte se k této věkové hranici?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

Jestli ne, uveďte, k jaké věkové hranici se přikláníte Vy?

7. Měla by se u **příjemců** zárodečných buněk posuzovat nějaká kritéria v rámci respektování zájmů a dobrých podmínek vývoje dítěte (zda budou příjemci vhodnými rodiči)?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

Jestli ano, jaká kritéria by to například měla být? (*lze vybrat i více odpovědí*)

- Zdravotní stav
- Mentální stránka budoucích rodičů (psychologická vyšetření)
- Sociální status, podmínky
- Jiné – uveďte:

8. Myslíte si, že by **dárci** zárodečných buněk měli mít nárok na další odměnu kromě náhrady nákladů spojených s darováním?

- a) Určitě ano
- b) Spíš ano
- c) Spíš ne
- d) Určitě ne
- e) Nevím

Je podporováno anonymní dárcovství (bez identifikačních informací mezi dárce
a příjemcem).

9. Příjemci by měli mít právo znát o dárci: *(lze vybrat i více odpovědí)*

- a) jméno a adresu
- b) zdravotní stav
- c) profesi
- d) vzhled (výška postavy, barva vlasů, očí)
- e) nic

10. Mělo by **dítě** mít právo znát identitu svého biologického rodiče (mělo by mít právo znát okolnosti otěhotnění jeho matky)?

- a) Určitě ano
- b) Spíš ano
- c) Spíš ne
- d) Určitě ne
- e) Nevím

11. Dítě by mělo mít právo vědět o svém biologickém rodiči: *(lze vybrat i více odpovědí)*

- a) jméno a adresu
- b) zdravotní stav
- c) profesi
- d) vzhled (výška postavy, barva vlasů, očí)
- e) nic

12. Měli by mít **příjemci** darovaných zárodečných buněk možnost neanonymního dárcovství? (Například příjemkyně vajíček by měla možnost si svou dárkyni vybrat - svoji příbuznou, blízkou osobu, kamarádku...)

- a) Ano
- b) Ano, ale neměl by být mezi dárci a příjemci příbuzenský vztah
- c) Ne
- d) Nevím

13. Myslíte si, že by mělo být přesně určeno, kolik dětí se může narodit z darovaných zárodečných buněk od jednoho dárce?

- a) Ano – napište kolik:
- b) Ne
- c) Nevím

Pokud při umělém oplodnění nebyla použita všechna embrya (zárodky) vytvořena pro neplodný pár, může neplodný pár souhlasit s jejich uchováním a použitím (darováním) pro jiný anonymní neplodný pár.

14. Jaký je Váš názor na to, kolik vzniklých embryí (zárodků) by se mělo zavést do dělohy ženy?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) Jiné – uveďte:
- e) Dle přání ženy

Umělé oplodnění může podstoupit žena v plodném věku, a to na základě písemné žádosti ženy a muže, kteří tvoří „neplodný pár“.

15. Umělé oplodnění s možností využití darovaných zárodečných buněk by mohlo být dále umožněno: *(lze vybrat i více odpovědí)*

- a) lesbickému páru
- b) osaměle žijícím ženám
- c) nikomu dalšímu

16. Z uvedených možností **dárcovství** v asistované reprodukci je pro Vás přijatelná možnost (souhlasíte s ní): *(lze vybrat i více odpovědí)*

- a) dárcovství spermií
- b) dárcovství vajíček
- c) dárcovství embryí
- d) žádná

Surogátní neboli náhradí mateřství je případem, kdy žena – náhradní matka - odnese plod a porodí dítě jinému páru, přičemž souhlasí s tím, že toto dítě dá k adopci tomuto páru. Záradečné buňky (spermie a vajíčka) mohou být neplodného páru, nebo darované.

V České republice dosud není zákon, který by se otázkou náhradního mateřství zabýval, tato možnost není ani zakázána, ani povolena. Peníze by náhradní matka měla dostat pouze jako náhradu výdajů spojených s těhotenstvím. Po porodu se náhradní matka dítěte vzdá ve prospěch „biologických rodičů“, kterým dítě odnosi.

17. Je podle Vás možnost **surogátního (náhradního) mateřství** správná?

- a) Určitě ano
- b) Spíš ano
- c) Spíš ne
- d) Určitě ne
- e) Nevím

18. Je důležité, aby bylo v naší legislativě **surogátní mateřství** upraveno a vymezeno?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

19. Je podle Vás vhodné, aby **náhradní matkou** byla žena, která je známou či blízkou kamarádkou ženy, nebo muže z neplodného páru?

- a) Určitě ano
- b) Spíš ano
- c) Spíš ne
- d) Určitě ne
- e) Nevím

20. Je podle Vás vhodné, aby **náhradní matkou** byla žena, která je v příbuzenském vztahu ženy neplodného páru (sestra, matka, ...)?

- a) Určitě ano
- b) Spíš ano
- c) Spíš ne
- d) Určitě ne
- e) Nevím

21. Mělo by být u žen, které se chtějí stát **náhradní matkou**, provedeno psychologické vyšetření (v souvislosti s tím, že těhotenství i porod jsou zvláštním a určitě psychicky náročným obdobím v životě ženy)?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

22. Mělo by být **náhradní mateřství** umožněno homosexuálním párům?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

23. Měla by mít **náhradní matka** právo na další finanční prostředky za „pronajmutí“ své dělohy kromě náhrady výdajů spojených s těhotenstvím a mateřstvím?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

Jestli ano, uveďte příklad, o jakou částku by se podle Vás mohlo jednat?

.....

24. Znáte ve svém okolí někoho, kdo využil možnost umělého oplodnění?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

25. Znáte ve svém okolí někoho, kdo využil nebo uvažuje o možnosti náhradního mateřství?

- a) Ano – náhradní matku
- b) Ano – „objednatelku“ náhradní matky
- c) Ne
- d) Nevím

Několik informací o Vás respondentech:

26. Pohlaví:

- a) Žena, b) Muž

27. Věk:

- a) do 20 let, b) 20 - 29 let, c) 30 - 39 let, d) 40 - 49 let, e) 50 - 59 let, f) 60 let a více

28. Stav:

- a) Svobodný/á, b) Ženatý/vdaná, c) Rozvedený/á, d) Vdovec/vdova

29. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) Základní, b) Středoškolské, c) Vyšší odborné, d) Vysokoškolské

30. Pokud jste zdravotník, na jaké pozici pracujete?

- a) Porodní asistentka
- b) Všeobecná sestra
- c) Zdravotnický asistent
- d) Jiní – uveďte:

31. Máte děti?

- a) Ano
- b) Ne

32. Jaké je Vaše náboženské přesvědčení?

- a) Nechci odpovídat
- b) Ateista (nevěřím v existenci Boha)
- c) Agnostik (nepopírám existenci Boha, ani v ni nevěřím)
- d) Věřící

Příloha 2. Žádost o povolení dotazníkového průzkumu

V Rychvaldě dne 1.3.2013

Žádost o povolení dotazníkového průzkumu

Vážená paní náměstkyně,

jmenuji se Soňa Srnáková a pracuji v Městské nemocnici Ostrava jako porodní asistentka, v současnosti jsem na rodičovské dovolené. Na Univerzitě Palackého v Olomouci studuji obor Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy a dovoluji si Vás požádat o souhlas k provedení dotazníkového průzkumu v Městské nemocnici Ostrava u nelékařských zdravotnických pracovníků, který mi pomůže s empirickou částí diplomové práce zabývající se etickými aspekty dárčovství v asistované reprodukci.

Dotazník je anonymní, obsahuje celkem 32 otázek a jeho cílem je získat postoje a názory respondentů – nelékařských zdravotnických pracovníků, k otázkám dárčovství v asistované reprodukci. Všechna získaná data budou použita pouze ke zpracování diplomové práce.

S pozdravem

Bc. Soňa Srnáková
Mírová 1601
735 32 Rychvald
E-mail: sona.mullerova@seznam.cz

1.3.2013 SOUHLASÍM S DOTAZNÍKOVÝM VĚTŘENÍM

MĚSTSKÁ NEMOCNICE OSTRAVA
příspěvková organizace
Nemocniční 20, 728 80 Ostrava
Náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči
Mgr. Margita Malíšková



ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Soňa Srnáková
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Limity dárcovství v asistované reprodukci
Název v angličtině:	Donation limits in assisted reproduction
Anotace práce:	<p>Diplomová práce se zabývá problematikou dárcovství v asistované reprodukci. Teoretická část popisuje metody asistované reprodukce a podrobněji se věnuje dárcovství v asistované reprodukci, především právním aspektům a legislativě, hlavním bioetickým otázkám, rozebírá jednotlivé možnosti dárcovství a s tím související diskutované problémy. Následně je v této části řešeno surogátní mateřství a otázka informovanosti dítěte o jeho původu.</p> <p>V praktické části je zpracován průzkum, jehož úkolem bylo zjistit postoje a názory respondentů k problematice dárcovství v asistované reprodukci. Metodou průzkumu byl dotazník určený laické veřejnosti a zdravotníkům. Respondenti se postupně vyjadřovali k otázkám výběru a vymezení dárců i příjemců zárodečných buněk, finanční odměně dárcům, anonymnímu a neanonymnímu dárcovství, přijatelnosti jednotlivých možností dárcovství v asistované reprodukci, a k problematice surogátního mateřství.</p> <p>Z výsledků vyplývá, že pro většinu respondentů je dárcovství gamet i surogátní mateřství přijatelné, avšak</p>

	<p>v některých položkách, například ohledně informovanosti dítěte, neanonymního dárcovství a surrogátního mateřství, respondenti jednoznačný názor neměli. Názory laické veřejnosti a zdravotníků se pak lišily například v otázkách vymezení věku dárkyň oocytů či možnosti umělého oplodnění a surrogátního mateřství mimo neplodný pár.</p>
<p>Klíčová slova:</p>	<p>dárcovství spermií, dárcovství oocytů, dárcovství embryí, dárcovství, příjemce, neanonymní dárcovství, bioetické otázky dárcovství, náhradní mateřství</p>
<p>Anotace v angličtině:</p>	<p>This thesis deals with the issue of donation in assisted reproduction. The theoretical part describes methods of assisted reproduction and focuses in detail on assisted reproduction, particularly on legal aspects of legislation, main bioethical issues, and discusses various options of donation and related issues. Subsequently, this part explores surrogate motherhood and the question of informing offspring of their conception.</p> <p>The practical part includes a survey whose task was to determine attitudes and opinions of respondents on the issue of organ donation in assisted reproduction. The method of the survey was a questionnaire directed to general public and healthcare professionals. Respondents commented on the issues of selection and definition of both donors and recipients of gametes, financial reward to donors, anonymous and non-anonymous donation, acceptability of the options of donation in assisted reproduction and surrogate motherhood.</p> <p>The results show that most respondents find gamete donation and surrogate motherhood acceptable, but in some items, such as informing offspring of their conception, non-anonymous donation and surrogate motherhood, the respondents did not have an unambiguous opinion.</p>

	Views of the general public and health professionals differed in issues such as the determination of age for oocytes donors or the possibility of artificial insemination and surrogate motherhood outside infertile couples.
Klíčová slova v angličtině:	sperm donation, oocyte donation, embryo donation, donor, recipient, anonymous donation, bioethical issues of donation, surrogate motherhood
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1. Dotazník Příloha 2. Žádost o povolení dotazníkového průzkumu
Rozsah práce:	137 stran
Jazyk práce:	Český jazyk