

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra praktické teologie

Diplomová práce

**NEPLODNOST A ETICKÉ ASPEKTY ASISTOVANÉ
REPRODUKCE**

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Svobodová, Ph.D.

Autor práce: **Bc. Lucie Valečková, DiS.**

Studijní obor: Etika v sociální práci

Ročník: druhý

2010

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

25. března 2010

Děkuji vedoucí diplomové práce Mgr. Michaele Svobodové, Ph.D.
za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

OBSAH

ÚVOD	6
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Právo na dítě	8
2 Plánované rodičovství	10
3 Neplodnost a její příčiny	11
3.1 Faktory neplodnosti	13
3.2 Mužská neplodnost	15
3.3 Ženská neplodnost	16
3.4 Reakce na neplodnost	18
3.5 Neplodnost v Bibli	20
4 Asistovaná reprodukce	21
4.1 Etika v reprodukční medicíně	22
4.2 Právní regulace technik asistované reprodukce	26
4.3 Postoje náboženství k asistované reprodukci	27
4.4 Metody asistované reprodukce	28
4.4.1 Hormonální léčba	29
4.4.2 Umělá inseminace	29
4.4.3 In vitro fertilizace	31
4.4.3.1 Intracytoplazmatická injekce spermií	33
4.4.3.2 Asistovaný hatching	34
4.4.4 Přímý přenos gamet do vejcovodů	35
4.4.5 Přímý přenos zygot do vejcovodů	35
4.5 Morální postavení lidského embrya a jeho ochrana	36
4.6 Práva dítěte narozeného z asistované reprodukce	38
4.7 Platby spojené s asistovanou reprodukcí	38
5 Eticky diskutovaná témata související s asistovanou reprodukcí	39
5.1 Kryokonzervace embryí	39
5.2 Darování gamet	41
5.3 Počet přenášených embryí v programu IVF	42
5.4 Redukce mnohočetných těhotenství	43
5.5 Preimplantační genetická diagnostika	44
5.6 Prenatální diagnostika	46
5.7 Náhradní mateřství	47
5.8 Selektce pohlaví dítěte	49
5.9 Embryo a výzkum	51

5.10	Klonování	52
PRAKTICKÁ ČÁST		54
6	Cíl práce	54
7	Charakteristika výzkumné techniky	54
7.1	Dotazník	55
8	Charakteristika zkoumaných souborů	55
9	Vyhodnocení a interpretace získaných dat	56
9.1	Vyhodnocení dotazníků – neplodné páry	56
9.2	Vyhodnocení dotazníků – veřejnost	62
10	Shrnutí	71
ZÁVĚR		72
Seznam literatury		75
Seznam zkratk		83
Slovník		84
Seznam příloh		87
Přílohy		88
Abstrakt		107
Abstract		108

ÚVOD

Neploidnost se v současné době stává stále větším problémem. Neschopnost zplodit dítě je pro člověka toužícího po dítěti vskutku velmi stresující situací. Zasahuje tak do všech oblastí jeho života, ale současně i do života jeho partnera. Následky neschopnosti počít dítě jsou závažné jak pro neplodný pár, tak i celkovou společnost, kdy se porodnost stále snižuje. Nákladná léčba neplodnosti znamená pro dvojici i značnou ekonomickou zátěž.

Pomoc odborníků se stala pro neplodné páry, které vnímají svou nedobrovolnou bezdětnost jako nenaplněné přání mít dítě, nezbytnou součástí jejich pokusů o vytouženou graviditu. Nejen rozvoj znalostí techniky, ale také neobvyklý zájem manželského či partnerského páru o tuto léčbu vedlo k vytvoření speciálního oboru asistované reprodukce. Diagnostika a léčba neplodných manželství tak zaznamenala na poli medicíny řadu úspěchů. Moderní postupy, zdokonalené techniky v asistované reprodukci a řada výzkumů z oblasti lidské reprodukce přinesly nové informace a předznamenaly tak vznik multidisciplinárního oboru reprodukční medicíny.

Stále se zdokonalující metody asistované reprodukce dávají neplodným párům značně vysoké šance v početí dítěte. Vždyť cílem těchto metod je dosažení těhotenství u léčeného páru. Pro zajímavost lze uvést například zavedení homologních či heterologních gamet různého vývojového stádia do vejcovodů léčené ženy. Technik na zavedení a implantaci embrya je mnoho, ale ne vždy se léčenému páru podaří úspěšně otěhotnět. Pak nezbývá než se obrátit na institut náhradní rodinné péče či se smířit s bezdětností.

Avšak s novými technikami umožňující početí dítěte u osob, kterým se nedaří spontánně otěhotnět, vyvstávají jak právní, tak zvláště etické otázky. Reprodukční medicína s sebou přináší rovněž některé metody, které jsou často eticky velmi diskutované a pro věřícího člověka zcela nepřijatelné. Reprodukční medicína se zabývá i technikami, které se asistované reprodukce dotýkají v širším hledisku. Lze například zmínit redukci mnohočetných těhotenství, selekci pohlaví dítěte, náhradní mateřství, kryokonzervaci a další. Všechna tato etická témata jsou ve společnosti mnohokrát řešena a etické komise se potýkají se složitými kauzami

(například umělé oplodnění ženy spermiemi zemřelého muže). Rovněž i prenatální a preimplantační genetická diagnostika s sebou přináší etické problémy. V neposlední řadě je velmi eticky diskutovaným tématem výzkum prováděný na embryích a u nás zákonem zakázané klonování.

Asistovaná reprodukce a reprodukční medicína jsou v určitých směrech stále neprobádané oblasti, které etikům, teologům, ale i právníkům, psychologům a lékařům nedají spát. Mne samotnou tato problematika zajímá a chtěla jsem se dozvědět více. Proto jsem se jak v teoretické části, tak následně i praktické části věnovala etickým otázkám týkající se asistované reprodukce. Mým cílem v praktické části bylo prostřednictvím ankety nejen zjistit stanovisko lidí, proč je pro mnohé natolik důležité mít dítě, ale obrátila jsem se na veřejnost s etickými otázkami týkající se asistované reprodukce. Pro stále se zvyšující počet neplodných párů, kteří řeší svou neplodnost prostřednictvím technik asistované reprodukce, jsou etické otázky spojené s asistovanou reprodukcí (například přebytečná embrya nepoužitých pro embryotransfer) většinou nedůležitá. Léčený pár se soustředí pouze na výsledek své léčby a to početí vlastního dítěte. Z rozhovorů provedených s několika neplodnými páry, které mi ochotně odpovídaly na mé otázky a poskytly tak inspiraci pro řešení tohoto tématu, jsem s jejich souhlasem anonymně připojila jejich odpovědi do většiny kapitol teoretické části. Zajímá mě také názor laické veřejnosti k etickým otázkám asistované reprodukce. Domnívám se, že pro člověka, kterého se neplodnost úzce dotýká, se etický rámec nedostává do popředí nad zájmem mít vlastní dítě, což je patrné i z odpovědí tazajících se párů. Ale myslím si, že laická veřejnost bude více vnímat etické problémy, kterou s sebou reprodukční medicína přináší.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Právo na dítě

V dnešní době jsou na nejvyšších stupních hodnot lidská práva. Tvoří se kodexy práv, ale jen nesměle se hovoří o vytvoření kodexů povinností. Lidé se ohánějí nejrůznějšími svými právy a nechtějí slyšet, že by měli mít také nějaké povinnosti. Dnes lidé prosazují také 'právo na dítě'. Existuje vůbec takové právo? A kdo na něj má 'právo'? Není zvláštní už jenom formulace mít dítě, tudíž jej v podstatě vlastnit? Ale kdy si dospělý jedinec začíná uvědomovat své 'právo na dítě'?

A nebo naopak, kdy je mu toto právo podsouváno společností?

V každé společnosti existuje poměrně značný sociální tlak na to, aby člověk uzavřel manželství a zplodil dítě. Tyto tlaky jsou velmi jemně vpředeny do naší každodennosti, takže si jejich manipulativní působení vlastně ani neuvědomujeme. Socializací bylo člověku již od útlého dětství vštěpováno, že být maminkou a tatínkem je ta nejlepší věc na světě. S tímto zakořeněným názorem se postupně většina z nás identifikuje a nastane-li doba, kdy je již relativní se rozhodovat pro plození dětí, chápeme toto své rozhodnutí jako zcela přirozené a dobrovolné.

M.S. Ireland shodně s našimi podmínkami uvádí, že možná právě proto se zvláště žena necítí 'skutečnou ženou', dokud se nestane matkou. Žena by neměla mít pocit, že má mezeru ve své identitě jen proto, že není matkou.¹

Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí, že muži a ženy zralého věku mají právo bez omezení rasy, národnosti nebo náboženství uzavřít sňatek a založit rodinu. Postoj české veřejnosti se k otázce rodičovství postupem času stále mění. V našich podmínkách je dobrovolná česká bezdětnost jako sociologický jev příliš neznámý, neboť je to pro nás dosud nový fenomén. Demografické odhady o dobrovolné české bezdětnosti se různí (Kučera se

¹ IRELAND, M. S. *Reconceiving women : separating motherhood from female identity*, s. 7.

domnívá, že může bezdětnost dosáhnout až 30%, zatímco Hamplová ji odhaduje na 15%).

Nositelkou plodnosti je žena a změny, které s sebou moderní a pozdně moderní společnost přináší, se dotýkají především jí. Ženě se nesmírně otevřely životní šance. A tak zatímco dříve byla rodina a mateřství ženě údělem, dnes se staly její volbou. Proto se také posunul věk ženy při narození prvního dítěte. V období totalitního režimu bylo pro české ženy mateřství téměř univerzální zkušeností a své děti přiváděly na svět jen krátce po dosažení dospělosti. Není proto výjimkou, když si mladé ženy současné generace nejdříve chtějí vybudovat kariéru, cestovat, studovat. Plánování rodiny není pro člověka ve věku pod 30 let v jeho pomyslném žebříčku hodnot na prvním místě. Podle Tomáše Kučery dnešní populace žen stále častěji překračuje hranici 30. roku jako bezdětná. Průměrný věk ženy při narození prvního dítěte mezi lety 1990 a 2008 vzrostl téměř o 5 let na aktuální hodnotu 27,3 roku a tato hodnota se s ohledem na dnešní možnosti nezadržitelně blíží hranici třiceti let.²

Podle Českého statistického úřadu se od roku 1992 do současnosti nejvyšší počet prvorozených dětí postupně přesunul z věkové kategorie matek 20 až 25 let do kategorie 25 až 29 let.³ Čím vyššího vzdělání ženy dosahují, tím větší podíl je bezdětných žen ve věku 30 let. U vysokoškolsky vzdělaných žen tento podíl tvoří přes 30%.

Hledáním příčin současné nízké české porodnosti se v posledních letech zabývala řada autorů (Rychtaříková, Kuchařová, Tuček, Fialová, Hamplová, Kučera, Vymětalová, Možný a Rabušic). Někteří současnou nízkou porodnost zdůvodňují hlubokou proměnou hodnot a hodnotových preferencí u věkově mladých osob české populace narozené v polovině 70. a na počátku 80. let (Rabušic, Vymětalová, Hamplová), zatímco jiní autoři shledávají důvody nízké porodnosti ve vysokém procentu nezaměstnanosti, snížené úrovni sociálního zabezpečení a snížené životní úrovni obyvatelstva (Rychtaříková, Kuchařová,

² Srov. KUČERA, T. *Demografické souvislosti asistované reprodukce*. Komplexní mezioborový přístup k léčbě neplodnosti, Praha, 17. 6. 2009.

³ Srov. *Vybrané demografické údaje v České republice*. [online]. [cit. 2010-02-18]. Dostupné z WWW: <http://www.czso.cz/cz/cr_1989_ts/0101.pdf>.

Tuček). A jaké jsou tedy konkrétní příčiny nízké porodnosti? Z českých demografických analýz je zřejmé, že rozhodujícím faktorem pro současnou nízkou plodnost je nízká sňatečnost. S tím samozřejmě i souvisí otázka proměny životních hodnot a preferencí osobních zájmů a potřeb nad úlohou rodičovství. Nesezdané páry sice netvoří v naší společnosti většinu, ale mezi mladší generací se institut manželství stává nepodstatným a z určitého hlediska i nerentabilním svazkem. S tím samozřejmě souvisí i otázka plánování rodičovství, kdy v dnešní době pohlavní styk není nezbytnou součástí k početí dítěte. Slouží k tomu hojně užívání antikoncepce. Avšak podle církevní nauky si je vztah mezi pohlavním stykem a plozením potomstva v manželství roven. Papež Pavel VI. v encyklice *Humanae vitae* (1968)⁴ později uvedl, že každý pohlavní styk má být otevřený pro plození potomstva.

2 Plánované rodičovství

V dnešní době končí reprodukce závislá jen na biologických podmínkách. Do popředí se dostává již zmíněná reprodukce plánovitá a s ní však současně i rostoucí reprodukční problémy. Není jednoduché skloubit základní lidské právo na plánované rodičovství, svobodné rozhodnutí o počtu dětí za situace, kdy nedobrovolnou bezdětnost řeší 15 až 20% párů ve vyspělých evropských zemích a 8 až 10% párů na světě.

Důvody, které vedou muže a ženu k plánování rodičovství jsou pro někoho banální i nepochopitelné (singles, osoby upřednostňující kariéru nad rodinou). Mateřství a otcovství je zpravidla připisován jiný obsah a význam. Zatímco ženina touha po dítěti je považována za vrozenou, mužská touha je vnímána jako získaná, jako něco, k čemu muž musí zkrátka dospět. Pro ženu jsou rodičovské tužby více niternější. Ženy často hovoří o předání života novému člověku, naplnění potřeby starat se a pečovat. Zatímco muži hovoří o potřebě předat své geny, mít potomka jako pokračovatele rodu. Rozhodně nechci kategorizovat genderové rozdíly

⁴ Srov. *Humanae vitae*. [online]. [cit. 2010-02-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.kebrle.cz/katdocs/HumanaeVitae.htm>>.

v otázce vnímání rodičovství a přisuzovat je pouze ženám. Důraz na psychickou hodnotu, kterou děti přinášejí, je v otázce rodičovství klíčový. Je to totiž právě tato hodnota, která nás k dětem přitahuje a která nás motivuje k tomu, abychom si je pořizovali.

Fertilita v České republice (koeficient je 1,3) je oproti průměru Evropské unie (koeficient je 1,5) nižší. Obecně nejvyšší míra fertility je ve Francii, Irsku, Dánsku, Finsku, Anglii a Švédsku. Průměrný věk matky při porodu je u nás stejný jako průměr v Evropské unii (29 let). Proti průměru Evropské unie (7%) je však podíl dětí narozených pomocí umělého oplodnění v České republice nižší. Zatímco například v Dánsku se po metodách asistované reprodukce rodí v současnosti 18% dětí, u nás jsou to pouze 4%. Nejvyšší podíl umělých oplodnění mají již zmiňované Dánsko, dále pak Belgie a Finsko. Je proto zřejmé, že plodnost pod hranicí reprodukce obyvatelstva bude mít minimálně za následek úbytek populace a stárnutí populace.⁵

Otázka reprodukce se staví do pozice, kdy nedochází pouze k jejímu plánování, ale souběžně tak i k její léčbě a tudíž i výběru léčebných metod.

3 Neplodnost a její příčiny

Předpokládám, že snad každý již slyšel z médií či od známých a přátel pojmy jako neplodnost, sterilita či infertilita. Všechny tři pojmy znamenají v podstatě totéž, přesto lze mezi nimi najít určité rozdíly. U nás se pod pojmem sterilita označuje neschopnost páru otěhotnět do jednoho roku při dobře časovaném, nechráněném pohlavním styku.

Termínem infertilita se v našich podmínkách označuje neschopnost udržení gravidity do porodu, tedy potrácivost. Naopak v zahraniční literatuře se s termínem infertilita setkáváme jak u neplodnosti a potrácivosti ženy, tak i neplodnosti muže, a nebo také neplodnosti páru. Český jazyk však nedostatečně odlišuje v uvedených termínech medicínskou stránku od stránky psychologické

⁵ Srov. VESELÁ, K. *Budoucnost asistované reprodukce v Evropě a její postavení v populační politice ČR*. Komplexní mezioborový přístup k léčbě neplodnosti, Praha, 17. 6. 2009.

(například idiopatická neplodnost označuje neplodnost, kdy i přes všechna vyšetření není znám důvod příčin neplodnosti). V anglickém jazyce se však setkáváme s jasnou diferenciací. V medicínských termínech sterility a infertility a psychologických termínech 'childless' a 'child free', ačkoliv obojí se vyznačuje bezdětností, tak v prvním případě se jedná o stav, kdy něco schází, zatímco v případě druhém lze hovořit o něčem zřejmě chtěném. U nás se však v posledních letech začíná objevovat užívání termínu 'nedobrovolně bezdětný', přičemž jde o snahu pojmenovat právě psychologické stránky bezdětnosti.

Smířit se s neplodností, případně i následnou bezdětností a přijmout ji, je pro většinu párů jedním z největších problémů. Asi 15% párů však zůstává nedobrovolně bezdětných. Většina automaticky předpokládá, že může mít děti. Přivádět je na svět a vychovávat je. Vždyť právě toto je základním právem člověka, a proto u nedobrovolně bezdětných dochází ke zklamání, když mu je toto právo odepřeno vlastní neschopností počít dítě.

Podle odborníků není porucha plodnosti definována žádnou renomovanou organizací jako nemoc, ale považuje se za stav. Dle světové zdravotnické organizace (WHO) se definice zdraví vyznačuje jako stav kompletní fyzické, mentální a sociální pohody, a ne pouze absence nemoci či vady. V souladu s touto definicí se však o poruše plodnosti jako o nemoci uvažovat dá. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté revize (MKN-10) neplodnost uvádí pod diagnózou N 46 – Mužská neplodnost a N 97 – Ženská neplodnost.

Je důležité si uvědomit, že neplodnost není jen problémem jednotlivce, ačkoliv je jeden z partnerů reprodukčně zcela zdravý. Neplodnost sdílí oba partneři společně, kdy závisí na jejich společném přístupu postavit se tomuto problému čelem a zvolit si tak i vhodnou léčbu. „Přesto je ale na světě podle odhadů 90 milionů párů, které mají problémy s početím, přičemž odbornou pomoc přitom vyhledává jen 6% z nich.“⁶

⁶ Srov. VESELÁ, K. *Budoucnost asistované reprodukce v Evropě a její postavení v populační politice ČR*. Komplexní mezioborový přístup k léčbě neplodnosti, Praha, 17. 6. 2009.

Plodivost párů neklesá pouze v důsledku odkladu rodičovství do vyššího věku, ale také v rámci jednotlivých věkových skupin, a to zejména u mužů. Aktuálně realizují své reprodukční záměry nejenom středně početné generace osob narozených v první polovině 80. let 20. století, ale také páry a zejména ženy z velmi početných generací let sedmdesátých⁷, které v uplynulých téměř dvaceti letech odkládaly své rodičovství na pozdější dobu.

Nejčastěji se uvádí příčiny nedobrovolné bezdětnosti, které je možné „zjistit ve 30% až 35% případů u muže, ve 35% až 40% u ženy a ve 25% se nachází faktory neplodnosti u obou partnerů. V 5% případů zůstává příčina neplodnosti neznámá a to i po důkladném lékařském vyšetření.“⁸

Lze se setkat s pojmy primární či sekundární neplodnost. O primární neplodnosti se hovoří, jestliže se párům nikdy nepodařilo otěhotnět. Sekundární neplodností trpí páry, které se staly neplodnými až tehdy, když se jim nedaří počít druhé dítě a to bez ohledu zda předchozí těhotenství bylo zakončeno porodem, interrupcí nebo potratem.⁹ Některé páry však trpí jak primární, tak následně i sekundární neplodností.

Léčba neplodnosti však za posledních několik let dosáhla vysoké úspěšnosti a tak dnes umožňuje vysokému procentu dříve neplodných žen dosažení vytouženého těhotenství. Vedle nesporného pozitivního přínosu do osobního života, je narození dítěte i velký vklad společenský.

3.1 Faktory neplodnosti

Mezi faktory ovlivňující neplodnost řadíme v první řadě věk. Ten je nejdůležitějším faktorem ovlivňující ženskou plodnost. Je prokázáno, že plodnost žen se vzrůstajícím věkem klesá. Úměrně s klesající funkcí vaječnicků, roste i potřeba léčby neplodnosti a náklady na ni. 10% žen ve věku 32 let již vykazuje

⁷ Srov. BURCIN, B. *Demografické souvislosti asistované reprodukce*. Komplexní mezioborový přístup k léčbě neplodnosti, Praha, 17. 6. 2009.

⁸ UHER, P. *Dítě...ZATÍM nesplněné přání?*, s. 4.

⁹ Srov. *Typy ženské neplodnosti*. [online]. [cit. 2010-03-10]. Dostupné z WWW: <<http://lazne-bludov.cz/zenska-neplodnost.htm>>.

známky předčasného selhání činnosti vaječnicků a s přibývajícím věkem je výskyt této poruchy častější¹⁰. Optimální plodnost u ženy je mezi 20 až 30 rokem. Nejlépe však kolem 25. roku. Následně je biologickou skutečností, že fertilitní potenciál ženy od 30. roku začíná klesat a tato tendence nabírá po 35. roce dokonce prudký pád.¹¹ S věkem přibývá komplikací, které ohrožují plodnost ženy. Zvětšené riziko u žen vyššího věku se nachází nejen při početí dítěte, ale i v průběhu těhotenství a porodu. V dnešní době, kdy odkládání početí spolu se zvyšujícím se věkem ženy způsobuje, že průměrný věk žen postupující léčbu pomocí asistované reprodukce je nyní 32 let. „Největší sexuální zdatnost má muž přibližně ve věku 21 až 24 let, potom jí pozvolna ubývá.“¹²

Dalšími faktory ovlivňující neplodnost u párů jsou negativní vlivy zevního prostředí, které mají také určitý vliv na reprodukční schopnosti ženy i muže. Rozhodně mezi negativní faktory patří jeden ze základních psychosociálních faktorů a to stres. Duševní přepracovanost, nervové vyčerpání a únava ústí ve stres, který může ovlivnit reprodukční zdraví. Rovněž tak mohou u mužů ovlivnit plodnost např. vysoké teploty (v horkých vanách, vířivkách a saunách), kdy jsou varlata a tvorba spermií značně ovlivněny zvýšenou teplotou. A v závěru plodnost ovlivňují beze sporu zranění způsobená při sportech nebo při autonehodách.

V neposlední řadě sem patří i často zmiňovaný životní styl a způsob výživy. Příjem potravy by měl být upraven tak, aby oba partneři nebyli ani podvyživení, ale ani obézní. Obě vedou prokazatelně k poruchám plodnosti.

V dnešní době je již jakýmsi běžným stylem života i kouření. Je známo, že nikotin působí jak u muže, tak u ženy neobyčejně negativně na schopnost rozmnožování. Navíc nikotin škodí také během těhotenství vyvíjejícímu se plodu. Rovněž alkohol by měl být značně omezen nebo zcela eliminován.

¹⁰ Srov. SOBEK, A. *Pokles činnosti vaječnicků v populaci českých žen*. Komplexní mezioborový přístup k léčbě neplodnosti, Praha, 17. 6. 2009.

¹¹ Srov. *Příčiny ženské neplodnosti*. [online]. [cit. 2010-03-10]. Dostupné z WWW: <<http://www.sanatoriumhelios.cz/index.php?lang=cs&menu=12&page=12365>>.

¹² UHER, P. *Dítě...ZATÍM nesplněné přání?*, s.6.

Je nutné také jako negativní faktor plodnosti uvést genetický faktor, který může být jak příčinou potíží s otěhotněním či donošením dítěte, tak může způsobit vrozené vývojové vady dítěte.

Do lidské plodnosti v poslední době zasáhla také celá řada sociálních vlivů. Mění se role a ambice žen ovlivňují postoj k založení rodiny, kdy je pro mnoho žen práce natolik naplňující a motivující, že jsou ochotny odložit již dříve zmiňované založení rodiny. Široce je také rozšířené užívání hormonální antikoncepce a kondomů způsobující zamezení nechtěného těhotenství. Ve společnosti často také dochází k většímu výskytu pohlavních chorob, z nichž mnoho zůstává neléčeno, což má za důsledek sníženou schopnost plodnosti. A není také radno opomíjet toxické látky v životním prostředí, přičemž i toxické látky mohou mít neblahý vliv na plodnost.

3.2 Mužská neplodnost

Neplodnost byla vždy považována spíše za ženský problém, než mužský. Není ve společnosti proto výjimkou, kdy se nedobrovolně bezdětný pár setkává s názory blízkého okolí, že by měla jít žena na odborné vyšetření pro zjištění její plodnosti. Nedochozí však k prvotnímu dotazu na plodnost muže či jeho potíže s početím. Je to možná způsobeno tím, že se většina mužů stydí za vlastní neplodnost a jsou zahanbeni svou neschopností počít dítě. Setkáváme se s ambivalentními názory, kdy se u mužů zaměňuje plodnost s mužností. Ve skutečnosti je sexuální dysfunkce u neplodných mužů velmi vzácná, z čehož vyplývá, že mužnost a neplodnost jsou dvě odlišné věci.

'Nikdy by mě nenapadlo, že bych byl příčinou naší bezdětnosti, neboť mou diagnózou je azoospermie. Toto však dávám za vinu vlastní matce, která zanedbala lékařské prohlídky (nesestoupila mi varlata), čehož je důsledkem má neplodnost. Má manželka mě ale psychicky podpořila a pomohla mi vyrovnat se s tím, že jsem vlastně pořád ještě chlap.' (m)

'Stále jsem se nedokázal smířit s tím, že jsem neplodný. Pocházím z početné rodiny a svou neplodnost vnímám jako osobní selhání, protože vím, že má manželka po dítěti touží, přestože mi to otevřeně neřekla.' (m)

Podíl mužské neplodnosti v současné době neustále roste.¹³ Mezi nejčastější příčiny mužské neplodnosti patří to, když není možný pohlavní styk po impotenci. Dále, když nedochází k ejakulaci, nebo se sperma dostává do močového měchýře. Další příčinou mužské neplodnosti je, když se spermie nemohou dostat z varlete a nadvarlete, protože vývodné cesty jsou neprůchodné, nebo když je pokles kvality spermatu či se spermie netvoří (oligospermie, astenospermie, teratospermie, azospermie, aspermie). Neplodnost mohou často negativně ovlivnit systémová onemocnění nebo ji mohou zapříčinit infekční onemocnění. Mužská neplodnost může být rovněž ovlivněna chromozomálními problémy, nebo je vytvořená autoimunita k vlastním spermii muže a v poslední řadě vasktomie.¹⁴

Kvalita spermií se zjišťuje v laboratoři, kde se spermioqramem posuzuje množství, pohyblivost a tvarové změny spermií. Avšak i přes veškeré diagnostické metody se v některých případech nepodaří detekovat příčinu neplodnosti, tento stav se pak nazývá idiopatická neplodnost.

3.3 Ženská neplodnost

'Nemohla jsem tomu uvěřit, že právě já? Proč to muselo potkat mě? Vždyť jsem vždy toužila po dítěti, miluji je a teď se mám smířit s tím, že je nejspíš mít nebudu? Už po šesté budeme s manželem absolvovat cyklus IVF, zatím vždy bez úspěchu, ale třeba to právě teď vyjde.' (ž)
'S manželem jsme si moc přáli miminko, po jednom z cyklů umělého oplodnění se mi podařilo otěhotnět. Ale ke konci třetího trimestru se objevily potíže a naše vysněné dítě zemřelo. Mně lékaři odstranili

¹³ Srov. *Mužská neplodnost*. [online]. [cit. 2010-03-10]. Dostupné z WWW: <<http://nemoci.vitalion.cz/muzska-neplodnost/>>.

¹⁴ Srov. *Mužská neplodnost*. [online]. [cit. 2010-03-10]. Dostupné z WWW: <<http://www.sanatoriumhelios.cz/index.php?lang=cs&menu=12&page=12366>>.

dělohu, neboť komplikace byly vážné a sama bych mohla zemřít. Teď se mám ale smířit s tím, že už nikdy nebudu moci mít vlastní dítě.' (Ž)

Potýká-li se žena s problémem neplodnosti, ptá se často, proč zrovna ona? Nejdříve je snaha na někoho svést vinu, ale většinou začne s obviňováním sebe samotné. Pravdou ale je, že na vině je zpravidla vždy nějaký ten zdravotní problém. Přesto je možné neplodnost ovlivnit i některými faktory ze životního stylu každé jednotlivé ženy.

Mezi jednu z příčin neplodnosti ženy lze uvést, když nedochází k pohlavnímu styku (například kvůli vaginismu¹⁵). Dochází-li k pohlavnímu styku, tak příčinou neplodnosti může být, že nedozrává oocyt, nebo nemohou spermie proniknout k oocytu. Další z častých příčin je, že není oocyt v pořádku a spermie ho nedokáže oplodnit. Nebo je málo hormonů nezbytných pro implantaci embrya, či děložní sliznice nedokáže embryo přijmout, nebo může docházet k chromozomálním problémům. Jestliže se nevyvíjejí žádné oocyty, může se jednat o poruchy v souhře žláz s vnitřní sekrecí nebo o předčasnou menopauzu. Tyto příčiny se mohou u některých žen i kombinovat.

Je zřejmé, že příčiny poruch ženské plodnosti z pohledu na ženské reprodukční orgány spočívají na úrovni vaječníků, vejcovodů, dělohy, děložního hrdla a pochvy. Dále příčiny poruch ženské plodnosti spočívají také na úrovni lidské imunity a v neposlední řadě může psychika ženy (deprese, nenaplněná touha po dítěti, pracovní stres) velmi negativně ovlivnit plodnost na všech úrovních organismu.

U ženy, jejíž menstruační cyklus není správně řízen hormonálním procesem, je nutné odborné pomoci především při upravení menstruačního cyklu a následné stimulaci pro žádoucí těhotenství.¹⁶

¹⁵ Srov. ŘEŽÁBEK, K. *Léčba neplodnosti 4.*, s. 27.

¹⁶ Srov. *Léčba ženské neplodnosti*. [online]. [cit. 2010-03-10]. Dostupné z WWW: <<http://www.zenskaneploidnost.cz/>>.

3.4 Reakce na neplodnost

„Čím déle působí nechtěná neplodnost, tím více dochází ke vzniku komplexu v Jungové slova smyslu. Na jedné straně postupuje idealizace fantazijního dítěte, zesilují se pocity chybějícího dítěte. Na toto jádro se během životní poutě nabalují další traumata (nespokojenost v manželství, v práci, s vlastním stárnoucím tělem ap.), o kterých se předpokládá (byť iracionálně), že by je eventuální dítě vyřešilo.“¹⁷

Přijetí neplodnosti jako součásti své osoby je nesmírně obtížné. Zpravidla tomu předchází mnoho pocitů, které člověka jen zraňují a brání tak akceptování stavu, že je neplodný.

První reakcí na nezdařené pokusy o početí je odmítnutí. Ať už žena či muž nechtějí věřit tomu, že právě on je neplodný. Zkouší vše možné, podstupuje „zaručené a vyzkoušené“ tipy a techniky pro početí, které získal od známých či přátel. Nechce se vzdát naděje, že by se mu nepodařilo počít dítě. Zvláště pro ženu je odmítání přijetí neplodnosti jako součásti své osoby velice citlivým a mnohdy dlouhodobým procesem. Jestliže se svěří do rukou odborníků a je ochotná podstoupit léčbu, je to prvním krokem k akceptování neplodnosti jako diagnózy.

‘Stále si kupuji nové a nové preparáty, které by měly dopomoci početí dítěte, ale i přes pomoc odborníků se nám dosud nepodařilo otěhotnět.’ (ž)

Další z velice častých pocitů je hněv, který při léčbě neplodnosti pociťují jak muži, tak i ženy. Emoce nemají s logikou nic společného, proto je běžné, když se lidé většinou zlobí nesprávně. Zlobí se na sebe, že odkládali založení rodiny; na své tělo, že není normální a neplní reprodukční funkci; na partnera, že neumí dostatečně pochopit to, co ten druhý prožívá, že mu neumí dostatečně pomoci; zlobí se na lidi z okolí, že je pro někoho tak snadné rodit děti; zlobí se i na Boha s výčitkou, proč právě on.

¹⁷ KLIMEŠ, J.: *Reakce na ambivalentní objekt*, s. 37.

'Často si klademe otázku, proč právě my. Proč nám se nedaří otěhotnět. Je to vážně nespravedlivé.' (ž)

Dalším běžným pocitem je vina. Neplodní lidé se snaží hledat vinu ve své minulosti, například že žena užívala antikoncepci, podstoupila interrupci. Neplodní lidé často závidí těm, kteří bez potíží otěhotní a porodí zdravé dítě. Neumí se radovat z narození dítěte například ve svém blízkém okolí, naopak to v nich vyvolává smutek, paniku a deprese. Neplodný člověk svou neplodnost vnímá jako ztrátu něčeho, co vlastně nikdy neprožil a neměl. Prožívá smutek z toho, že se mu nikdy nepodaří naplnit jeho sny. Přestože se jedná o ztrátu velmi iluzorní, ve své podstatě je pro dotyčného jedince velice reálná.

'V našem okolí je tolik lidí, kteří si ani neváží toho, že můžou otěhotnět a plodí jedno dítě za druhým, aniž by je dostatečně zabezpečili. Zatímco my bychom byli báječní rodiče, ale teď spoléháme na lékaře a vědu, zda se nám s jejich pomocí podaří počít naše dítě.' (m)

Poslední fází po odmítání, vzteku a smutku se člověk konečně smiřuje se svou diagnózou. Uvědomuje si, jaké se mu nabízejí jiné možnosti. Člověk se rozhodne pro léčbu neplodnosti prostřednictvím center asistované reprodukce, nebo se rozhodne pro bezvýhradné přijetí adoptivního dítěte jako by bylo jeho vlastní, a nebo si uvědomí, že život bez dětí může mít také své výhody.

'Smiřila jsem se s tím, že nikdy nebudu těhotná, ale nesmiřím se s tím, že zůstanu bezdětná. S manželem jsme se rozhodli postoupit proces osvojení dítěte.' (ž)

Proto, aby se člověk zcela vzdal své představy jako rodiče, zpravidla podstoupí všechny dostupné metody, které by mu mohly pomoci k početí vlastního dítěte, jestliže se potýká s neúspěchem, přiklání se k možnosti náhradní rodinné péče a jestliže ani zde neuspěje, učí se sžívat s realitou bezdětného.

'Život bez dítěte není tím správným životem. Proto jsme se rozhodli pro adopci a vůbec toho nelitujeme. Jsme rodiče krásné roční holčičky.' (m)

'Po neúspěšném pokusu o osvojení dítěte, kdy vlastní se nám nedaří, se s manželkou snažíme sžít s realitou, že my asi nikdy mít dítě nebudeme.'(m)

3.5 Neplodnost v Bibli

Podíváme-li se na některé biblické postavy, které se potýkaly s problémem neplodnosti, zjistíme, že jak ve Starém zákoně tak i Novém zákoně je neplodnost často zmiňována.

Spolu s prvotním hříchem člověka přišlo na svět moře slz, krve a potu a také nemoci. Manželky praotců víry trpěly opakovaně neplodností. „*Sarai pak, manželka Abramova, jemu nerodila*“ (Gn 16,1). „*I modlil se Izák pokorně Hospodinu za manželku svou, nebo byla neplodná*“ (Gn 25,21).

Bezdětnost ale nemá být chápána jako Boží trest. Bůh se bezdětných zastává. Za špatné považuje chování toho, kdo „*odírá neplodnou, která nerodí a vdově neprokáže dobrodiní*“ (Job 24,21). Bezdětným naopak Bůh slibuje: „*Prozpěvuj, neplodná, kteráž nerodíš, zvučně prozpěvuj a pokřikni, kteráž ku porodu nepracuješ, nebo více bude synů opuštěné, nežli synů té, kteráž má muže, praví Hospodin*“ (Iz 54,1).

V bibli je jako nositel poruchy plodnosti, vyjma Evangelia o narození Panny Marie, označena žena (Sára, Ráchel, Alžběta, Anna a další). Za účinnou léčbu je často označena modlitba. V příběhu Abrahama a Sary, prvních manželů, o jejichž neplodnosti se na stránkách Bible dočítáme, je Sářina neplodnost zmíněna jednou větou, a to ještě před vyvolením Abrahama Bohem. Sára prý otěhotněla již mimo fertilní věk (v devadesáti letech). O Anně se píše na začátku První knihy Samuelovy. „*A ten měl dvě ženy, jméno jedné Anna a jméno druhé Penenna. Měla pak Penenna děti, ale Anna neměla děti*“ (1 Sam 1,2) Dozvíme se, že její muž putoval rok co rok do svatyně v Šílu klanět se Hospodinu. Není zde zmíněno nic, z čeho bychom mohli usuzovat, že on nebo jeho žena by mohli být trestáni bezdětností. Je prostě řečeno: „*Hospodin zavřel byl život její*“ (1 Sam 1,5). Biblické ženy však těžce prožívaly svou bezdětnost: „*Anna, proč pláčeš?*

Proč nejíš? Proč tak truchlí srdce tvé? Zdaliž já nejsem tobě lepší nežli deset synů?“ (1 Sam 1,8). A i zde docházelo k závisti nad dětmi jiných: „Vidouci pak Ráchel, že nerodila Jákobovi, záviděla sestře své řekla Jákobovi: Dej mi syny; pakli nedáš, umru“ (Gn 30,1).

Podíváme-li se do Nového zákona, pak čteme příklad Zachariáše a Alžběty: „*A neměli plodu, proto že Alžběta byla neplodná, a oba se byli zstarali ve dnech svých*“ (Lk 1,7).

4 Asistovaná reprodukce

Asistovaná reprodukce je v dnešní době nejen velmi frekventovaným pojmem, ale také eticky a morálně diskutovaným tématem na poli teologů a etiků. Veřejnosti jsou metody asistované reprodukce předkládány jako obraz téměř univerzální možnosti úspěšného a zaručeného řešení problémů, které tíží nedobrovolně bezdětné páry. Asistovaná reprodukce je využívána v případech selhání všech předchozích možných postupů standardní léčby neplodnosti a to jak u ženské, tak i u mužské neplodnosti. Karel Řežábek definoval asistovanou reprodukci jako „*medicínský obor, jenž pracuje vně i mimo tělo člověka se spermii, vajíčky a embryi, s cílem oplodnit ženu*“¹⁸.

„V roce 1978 se po mnoha letech úsilí lékařů ve Velké Británii narodilo první dítě po mimotělním oplodnění.“¹⁹ Metody asistované reprodukce vycházely z valné části ze zkušeností chovatelů hospodářských zvířat, především hovězího dobytka, některých laboratorních hlodavců, a z experimentů s tkáňovými kulturami.

Na děti ze zkumavky mnozí hledí jako na naprostou degradaci rodičovství. Jiný pohled na asistovanou reprodukci je již podstatně liberálnější, neboť úspěšnost přirozeného početí je v dnešní době jakousi sexuální loterií. Proto jsou některé techniky vnímány jako přijatelné. A poslední pohled zkoumá metody asistované reprodukce jako zcela oprávněné pro neplodná manželství. Vnímání

¹⁸ ŘEŽÁBEK, K. *Asistovaná reprodukce*, s. 10 - 11.

¹⁹ ŘEŽÁBEK, K. *Léčba neplodnosti 4.*, s. 53.

reprodukční medicíny a asistované reprodukce posiluje demografickou skladbu obyvatelstva, která má i přesto stále snižující se tendenci.

V České republice se nachází 26 pracovišť zabývajících se převážně nebo výhradně asistovanou reprodukcí (příloha IV.). „Orientačně se ročně v České republice provádí 20 000 cyklů umělého oplodnění (in vitro fertilizace s embryotransferem, intracytoplazmatická injekce spermií, i za užití darovaných oocytů a darováním oocytů), přičemž úspěšnost se pohybuje přibližně v rozmezí od 30 do 50%, samozřejmě podle věku ženy a diagnózy léčeného páru, v případě transferu kryokonzervovaných embryí je úspěšnost asi poloviční.“²⁰

4.1 Etika v reprodukční medicíně

Již v historii lze nalézt etické aspekty reprodukční genetiky. Nejstarším kodexem je Hippokratova přísaha (kolem roku 400 př.n.l.). Počátkem 20. století došlo k hledání východisek a otázek, které přinesly nové objevy v lékařství a klinické pokusy prováděné s lidmi. Jeden z prvních pokusů o způsobu užití nových léčebných postupů a vědeckých pokusů na lidech vznikl v Německu, které pocívalo potřebu zaujmout k této eticky závažné otázce formální stanovisko. V té době platil oběžník říšského ministra vnitra z 28. 2. 1931 označený jako „Závěrečný návrh směrnic pro nové léčebné postupy a provádění vědeckých pokusů na lidech“. Ten určoval pravidla, která je třeba dodržovat (například odůvodněnost, dobrovolnost, zásady lékařské etiky, respektování zájmu pacienta při zveřejňování výsledků). Jednalo se tedy o aspekty, které se v kategoričtější formě objevují i v současných normách. Po skončení 2. světové války v roce 1947 vyústěním soudu v Norimberku s válečnými zločinci, jehož výsledkem bylo odsouzení zločinů proti lidskosti, na nichž se podíleli nejen vysocí političtí funkcionáři, ale i lékaři, se stalo závazné desetibodové doporučení (Norimberský kodex), podle něhož je možné provádět výzkum za použití lidských jedinců. Ten

²⁰ ŘEŽÁBEK, K. Re: *Asistovaná reprodukce v ČR ve statistických datech*. [elektronická pošta]. Message to: Lucie Valečková. 23. února 2010 [cit. 23. 02. 2010]. Osobní komunikace.

vytvořil základ pro přípravu dalších dokumentů, které byly postupně přijímány mezivládními i mezinárodními profesními organizacemi.

Z mezivládních organizací je to především Organizace spojených národů pro vzdělávání, vědu a kulturu (UNESCO), která kromě řady dokumentů týkajících se základních lidských práv přijala dvě stěžejní deklarace týkající se biomedicíny, a to Všeobecnou deklaraci o lidském genomu a lidských právech²¹ a Mezinárodní deklaraci o lidských genetických datech²².

Organizace spojených národů vydává prostřednictvím WHO stanoviska k aktuálním zdravotnickým problémům. Byla zveřejněna rozsáhlá publikace týkající se současné praxe a kontroverzí technik asistované reprodukce.

Z mezivládních organizací na evropském kontinentu přijala Rada Evropy tři zásadní dokumenty, které se přímo týkají technik asistované reprodukce a které byly otevřeny k podpisu členskými státy po roce 1997. Jedná se o Úmluvu o lidských právech a biomedicině (č. 96/2001 Sb.m.s.), její Dodatkový protokol o zákazu klonování lidských bytostí (č. 97/2001 Sb.m.s.) a Dodatkový protokol o biomedicínckém výzkumu, přičemž první dvě úmluvy podepsala a ratifikovala Česká republika a v roce 2001 se staly součástí českého právního pořádku. V problematice lidské reprodukce byla v listopadu 1999 vyhlášena v naší republice Deklarace práv počatého dítěte²³, která má na zřeteli, že život je neopakovatelný dar celému lidstvu a že právo na život je předpokladem realizace všech ostatních lidských práv a svobod. Klinickou praxi nelze provádět bez doložky svědomí a pod přímým vlivem profesních etických kodexů. Nejdůležitějším z nich je Etický kodex České lékařské komory²⁴.

Z mezinárodních profesních organizací se lékařské etice v celé šíři věnuje zejména Světová lékařská asociace (WMA). Jejím posláním a cílem je řídit vědeckou, etickou a profesní činnost lékařů ve shodě s lidskými právy.

²¹ Srov. *International Declaration on Human Genome and Human Rights*. [online]. [cit. 2010-02-05]. Dostupné z WWW: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001331/133171e.pdf>>.

²² Srov. *International Declaration on Human Genetic Data*. [online]. [cit. 2010-02-05]. Dostupné z WWW: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001096/109687eb.pdf>>.

²³ Srov. *Deklarace práv počatého dítěte*. [online]. [cit. 2010-02-05]. Dostupné z WWW: <<http://spcp.prf.cuni.cz/dokument/dite.htm>>.

²⁴ Srov. *Etický kodex České lékařské komory*. [online]. [cit. 2010-02-05]. Dostupné z WWW: <http://home.tiscali.cz/iva.w/kodex_clk.htm>.

Nejvýznamnějším stanoviskem pro oblast medicínského výzkumu s účastí lidských subjektů je Helsinská deklarace²⁵ z roku 1964 (v současné době je platná verze z roku 2004).

Pracovníky v oblasti porodnictví a gynekologie spojuje Mezinárodní federace gynekologie a porodnictví (FIGO), která pravidelně vydává stanoviska a doporučení²⁶ k aktuálním etickým aspektům lidské reprodukce a zdraví žen.

Odborné společnosti zabývající se plodností jsou sdruženy do Mezinárodní federace společností zabývajících se plodností (IFFS), přičemž jejich cílem je podpora základního a aplikovaného výzkumu a rozšiřování znalostí o všech aspektech reprodukce a plodnosti. IFFS vydává konsenzuální stanoviska k etickým aspektům technik asistované reprodukce, shromažďuje data na téma řešení etických dilemat a právní regulace asistované reprodukce ve světě (tato data byla zveřejněna naposledy v roce 2004).

V Evropě byla v roce 1985 založena Evropská společnost pro lidskou reprodukci a embryologii (ESHRE), jejímž hlavním cílem je podpora zájmu a porozumění v oblasti reprodukční biologie a medicíny. V roce 1998 schválil Výkonný výbor ESHRE vytvoření Zvláštní zájmové skupiny pro etiku a právo (SIG on Ethics and Law), jejímž úkolem je vytvoření souboru všeobecných etických pravidel praxe asistované reprodukce a to jak pro pacienty, tak i pro odbornou veřejnost. Odborným časopisem ESHRE je Human Reproduction, kde jsou publikovány zpracované dokumenty po již ukončeném připomínkování.

Česká republika má zřízené komise²⁷ zabývající se reprodukční medicínou a asistovanou reprodukcí. Jedná se o Komisi pro etiku a právo v asistované reprodukci, dále Komisi pro Národní registr asistované reprodukce (NRAR), Komisi pro reprodukční medicínu při Ministerstvu zdravotnictví ČR a v neposlední řadě Komisi pro tvorbu a dodržování standardů.

²⁵ Srov. *Helsinská deklarace*. [online]. [cit. 2010-02-05]. Dostupné z WWW: <http://old.lf3.cuni.cz/etika/helsinska_deklarace.pdf>.

²⁶ Srov. *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology by FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health*. London: FIGO, 2009. Dostupné z WWW: <http://www.figo.org/files/figo-corp/Ethical%20Issues%20-20English_0.pdf>.

²⁷ Srov. *Sekce asistované reprodukce*. [online]. [cit. 2010-02-22]. Dostupné z WWW: <<http://www.sarcgps.cz/page/1726.sekce-a-komise/>>.

Etickou problematikou asistované reprodukce se u nás zabývá celá řada autorů. Poprvé se etice v asistované reprodukci začali zabývat J. Štěpán, L. Pilka, který navrhl pro praxi asistované reprodukce konkrétní etické zásady programu asistované reprodukce a s ním i souvisejících otázek, které byly přijaty Československou gynekologickou společností České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČGPS ČLS JEP) a staly se základem pro řešení etických otázek asistované reprodukce v následujících letech. Rovněž je L. Pilka považován za průkopníka asistované reprodukce u nás. Lékařské etice se dále věnuje H. Haškovcová, podobně se etice ve zdravotnictví věnuje i M. Munzarová. J. Ondok se zabýval pochopením vztahu etiky, biotechnologie a biomedicíny v kontextu naší židovsko-křesťanské civilizaci. Problematice dárcovství gamet se věnoval A. Sobek, J. Dostál, I. Crha. Zatímco etické problémy genetického poradenství v oblasti prenatální diagnostiky a psychologické aspekty genetického poradenství infertilních párů zpracovala M. Kučerová, M. Munzarová a K. Řežábek přinesli nové pohledy na morální postavení lidského preimplantačního embrya, T. Lajkep shrnul základní přístupy k určení morálního statusu lidského embrya. Etickými aspekty asistované reprodukce po smrti se zabývali L. Prudil a I. Crha. V mezinárodních souvislostech se problematice etiky v asistované reprodukci věnoval J. Dostál. Rovněž tak K. Konečná zpracovala problematiku asistované reprodukce s alternativami náhradní rodinné péče pro neplodné páry. Mezi další autory zabývající se jak asistovanou reprodukcí (K. Řežábek, T. Mardešič, M. Mrázek), tak i obecněji nedobrovolnou bezdětností patří L. Zamykalová, H. Hašková, které zkoumaly otázku normativnosti početí dítěte a jeho dopady na neplodné páry. L. Slepíčková se oproti tomu v rámci studie o stigmatizaci bezdětných z důvodu neplodnosti věnuje normativitě rodičovství, především genderové problematice neplodných a zesilování tohoto požadavku v souvislosti s rozvojem technik asistované reprodukce. Dále je možné také jmenovat L. Rabušice, T. Ventrubu, P. Kučeru, kteří se otázce neplodnosti věnují z pohledu demografie. A mnoho dalších autorů z různých oborů dotýkajících se fertility.

4.2 Právní regulace technik asistované reprodukce

Česká republika má techniky asistované reprodukce právně upravené zákony a dále podzákonými právními normami (směrnice, vyhlášky, metodické pokyny, direktiva).

V České republice bylo provádění asistované reprodukce nepřímo ovlivněno existencí Zákona č. 94/1963 Sb., o rodině; Zákona č. 40/1964 Sb., občanského zákonu a Zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Chronologicky nejdříve byla asistovaná reprodukce v České republice cíleně upravena Závazným opatřením č. 18, Podmínky pro umělé oplodnění v roce 1982. V dalším období mělo provádění asistované reprodukce regulovat Nařízení hlavního odborníka pro gynekologii a porodnictví ČSSR z roku 1988.

Asistované reprodukce se v České republice dotkla Listina základních práv a svobod (čl. 6), rovněž tak i Zákon č. 2/1993 Sb., Ústava České republiky svým ustanovením v článku 2, odstavec 4 stanoví, že každý občan může činit, co není zákonem zakázáno, a nikdo nesmí být nucen činit, co zákon neukládá. Provádění asistované reprodukce rovněž ovlivňuje Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Další právním předpisem je Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. Jedním ze stěžejních právních předpisů je Zákon č. 227/2006 Sb., o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech a o změně některých souvisejících zákonů. V neposlední řadě se asistované reprodukce dotýká Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů - desátá revize (MKN-10), kterou vydal Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR v roce 1992. MKN-10 je v ČR zavedena od 1. 1. 1994. Provádění a výsledky asistované reprodukce se kromě uvedených právních předpisů dotýkají i další právní předpisy a dokumenty (příloha V.).

4.3 Postoje náboženství k asistované reprodukci

Světová náboženství zauímají rozdílné postoje k asistované reprodukci.²⁸ Postoj římskokatolické církve k postupům používaných pro asistovanou reprodukci je eticky nepřijatelný, protože dochází k porušení přirozenosti početí a vznikají tak nadbytečná embrya, která se z podstaty metody nemohou přirozeným způsobem dále vyvíjet.

Zatímco církev českobratrská evangelická k asistované reprodukci nezaujala žádné stanovisko. Poruchu plodnosti sice považuje za vážnou nemoc, ale ponechává nedobrovolně bezdětnému páru svobodu svědomí a vlastní odpovědnost při volení metod a technik určených k řešení jeho neplodnosti.

Rovněž tak církev československá husitská, která přijala na směnu v roce 1981 dokument 'Základy sociálně-etické orientace církve československé husitské' nahlíží na vědu a techniku z teologického pohledu jako na kladnou sílu a možnosti člověka. Rozvoj biotechnologií chápou jako Boží dar k nápravě hříchů předešlé generace na přírodě i člověku. Asistovaná reprodukce tak může posloužit k růstu počtu dětí, které by se jinak přirozeným způsobem nenarodily. Tudiž v narušení přirozenosti početí neshledávají problém. Ovšem ocitají se na samé hranici v případech interrupcí, umělých implantací a manipulací s genetickým základem, neboť podle církve československé husitské je třeba Božího daru používat v souladu s Boží vůlí, tedy ho vědomě nezneužívat.

Postoj judaismu je, že je třeba pomoci bezdětným lidem. Nezbytná je kontrola a ustanovení omezujícího kodexu. Asistovaná reprodukce by totiž mohla zastřít pocit pokrevní příbuznosti a vytvářet tisíce embryí, která jsou pro ně nejen problémem morálky, ale i zákona. Schvalují homologii umělé oplodnění, neboť heterologní oplodnění je pro židovské autority morálně nepřijatelné (představují případ manželské nevěry).

Islám akceptuje léčbu poruch plodnosti, včetně asistované reprodukce, je-li však prováděna v rámci manželství a neexistuje-li jiný způsob překonání poruchy plodnosti. Jako důvod totiž shledává zachování rodu. Islám uznává výhody

²⁸ Srov. *Náboženství umělému oplodnění příliš nepřeje*. [online]. [cit. 2010-02-22]. Dostupné z WWW: <<http://www.endokrinni-system.cz/novinky?id=563&mid=zenska-neplodnost>>.

asistované reprodukce, zůstane-li však respektována linie genetické identity otce a matky. Zjevně sporné otázky dárcovství vajíček, spermií, ale i náhradního mateřství si v šiitských oblastech postupně získává podporu.

Ve východních náboženstvích (konfucianství, taoismus, buddhismus) je postoj k poruchám plodnosti a asistované reprodukci ovlivněn třemi hodnotami, které jsou produkce, záchrana života a podpora zdraví a potěšení. Podle čínského postoje je obecně každý zásah do přirozené reprodukce nežádoucí, neboť narušuje přirozenost tao, ale je na druhou stranu přijatelnější než bezdětnost. Čínskými náboženstvími je inseminace spermiemi dárce přijatelná. Avšak čínští muži odmítají darovat spermie, neboť si myslí, že obsahují jin či jang, které jsou nepostradatelné pro jejich zdraví a život.

Hinduisté považují asistovanou reprodukci za ohromný vědecký úspěch lidstva. Avšak v Indii nejsou žádné zákony, které by upravovaly provádění asistované reprodukce či dárcovství gamet a náhradní mateřství.

4.4 Metody asistované reprodukce

Otázka lidské reprodukce samotné a výzkumu v této oblasti vzbudila zájem veřejnosti, a to z důvodu získávání nových poznatků, které přinášela. Dalším důvodem zájmu veřejnosti se stala skutečnost, že s reprodukcí souvisejí základní otázky existence člověka jako unikátního jedince, ale i přežití a vývoje společnosti. Člověk je biopsychosociální jednotka, a proto musí být i při řešení neplodnosti vnímán každý jedinec jako celek, s přihlédnutím ke všem individuálním zvláštnostem.

Metody asistované reprodukce zahrnují celou řadu moderních technologických postupů, při kterých jsou oocyty odebírány z vaječníků, oplodněny mimo ženské tělo a potom zavedeny zpět do dělohy.

'Když jsme se zaevidovali v centru asistované reprodukce, byly nám vysvětleny možné techniky. Nejdříve jsme dostali plnou tašku léků, potom jsme několikrát podstoupili inseminaci. Ale stále jsem

neotěhotněla. Takže jsme podstoupili i umělé oplodnění. Bohužel pořád čekáme a doufáme...' (ž)

4.4.1 Hormonální léčba

Hormonální léčba je nejméně zátěžovou metodou asistované reprodukce. Jedná se o medikamentózní, konkrétně hormonální, způsob vyvolání ovulace. Léčenému páru je k hormonálním lékům vystaven také harmonogram ovulace ženy podle užívaných medikamentů s přesně určeným dnem pro pohlavní styk, kdy by mohlo dojít k úspěšnému početí dítěte.

K hormonální léčbě nejsou žádné etické výhrady, neboť dochází k užití prostředků, které následně nijak nebrání, ale naopak napomáhají pohlavnímu styku a početí dítěte.

'Manželka poctivě užívala předepsané léky. V kalendáři jsme měli dokonce červeně označený den, kdy by se mohlo podařit zplodit dítě. Vzal jsem si kvůli plánovanému pohlavnímu styku den dovolené. Takových plánovaných styků jsme na doporučení lékařů absolvovali několik, ale kýžený výsledek se nedostavil.' (m)

4.4.2 Umělá inseminace

Umělá inseminace (IUI – intrauterinní inseminace) je metodou asistované reprodukce, při které je „za účelem oplodnění zavedeno partnerovo nebo darované sperma do pochvy, dělohy nebo vejcovodů“²⁹. Využití této metody je nejvíce vhodné u mužů, jejichž sperma obsahuje vysokou koncentraci spermií a kde „žena trpí anatomickými poruchami čípku nebo funkčními poruchami cervikálního hlenu“³⁰ (například jeho nepřítomnost) nebo v případech idiopatické neplodnosti. Ke zvýšení úspěšnosti oplodnění se užívají léky k ovlivnění ovulace (Clomxexal, Clostilbegyt).

²⁹ DOHERTY, C. M. *Léčba neplodnosti*, s. 44.

³⁰ Tamtéž, s. 44.

První pokusy o umělou inseminaci byly zaznamenány již v roce 1780. Vzhledem k tomu, že je tato metoda ve srovnání s jinými možnostmi léčby jednoduchá a rovněž finančně dostupná (cca 1500 Kč za jedno zavedení spermatu do těla ženy), je současně jednou z prvních forem léčby mnoha párů, pro které je vhodná. Úspěšnost inseminace vždy závisí na příčině neplodnosti páru, zpravidla je úspěšnost kolem 10 – 15% na jeden pokus.

Před zákrokem se získané sperma (získané masturbací) musí promýt. Prostřednictvím speciální chemické látky se izolují neaktivnější spermie, přičemž následně probíhá další výběr těch nejlépe se pohybujících spermií z promytého vzorku. Tímto výběrem se zvyšuje šance na oplodnění. Použití takového spermatu k inseminaci je možné do jedné hodiny od jeho získání.

Podle katolické církve technika inseminace prováděné uvnitř manželského páru, snad nepůsobí takové škody, ale zůstávají přesto mravně nepřijatelné. Oddělují pohlavní úkon od úkonu plození a dochází ke svěření života embrya lékařům a biologům. Homologní umělá inseminace byla poprvé odsouzena papežem Piem XII. roku 1949. Také pozdější papež Jan XXIII. se v encyklice *Mater et Magistra* vyjádřil zamítavě na adresu umělé inseminace. Instrukce Kongregace pro nauky víry *Donum vitae* (1987) uvádí dva hlavní důvody pro odsouzení umělé inseminace a to způsob získávání spermatu masturbací a oddělení pohlavního styku od plození. Jako dovolené považuje jen ty prostředky, které pohlavnímu styku napomáhají, avšak jej nenahrazují. Což je však těžké určit, která technika napomáhá a která již nahrazuje.

K umělé inseminaci může být rovněž použito darované sperma.³¹ V České republice mohou tuto metodu využít pouze páry. Pro katolickou církev je v tomto případě heterologní umělá inseminace mravně a eticky nepřijatelná a odporující přirozenosti manželského páru.

'Rozhodli jsme se ještě pro další pokus umělé inseminace, letos to bude pátý. Pořád tajně doufáme, že se to podaří, abychom nemuseli absolvovat umělé oplodnění.' (ž)

³¹ Srov. *IUI*. [online]. [cit. 2010-02-22]. Dostupné z WWW: <<http://www.lekari-online.cz/lecba-neplodnosti/zakroky/intrauterinni-inseminace-iui>>.

4.4.3 In vitro fertilizace

In vitro fertilizace (IVF) „je základní metodou mimotělního oplodnění“³². Jedná se o nejběžnější metodu asistované reprodukce, která se „osvědčila zejména v léčbě neplodnosti u žen s poruchou průchodnosti vejcovodů, u mužů s abnormalitami počtu nebo funkcí spermií“³³ a u párů s idiopatickou neplodností. Principem IVF je získání oocytů z vaječníku ženy a jejich oplození s použitím manžellových nebo darovaných spermií v laboratoři.

Samotný výkon IVF se skládá z několika fází.³⁴ V první fázi se podává hormonální stimulace k podpoře růstu oocytů ve vaječníku ženy. V další fázi se sleduje průběh ovulace. Následuje punkce (odběr) folikulů, kdy nejpoužívanější metodou je transvaginální punkce (dřívější metody byly laparotomie a laparoskopie). Odebírá se 2 až 20 oocytů v průběhu jednoho cyklu. Pokud by se odběr oocytů prováděl během přirozeného cyklu, získalo by se pouze jedno vajíčko, což je pro metodu IVF nedostačující. Další postup zahrnuje kultivaci oocytů v uměle simulovaném prostředí organismu. Kultivace oocytů představuje nejnáročnější část celého fertilizačního programu. Přidání spermií je další částí cyklu. Ze získaného spermatu (masturbací, příp. použití konzervovaného spermatu nebo sperma od dárce) jsou vybrány jen ty nejkvalitnější spermie. Následuje vlastní oplození pod mikroskopem a to dvojnásobem. První je, že se sperma smíchá s oocyty. Druhý způsob je, že jsou spermie přímo vstříknuty do oocytů. Následujícího dne se kontroluje, zda došlo k jejich oplození či nikoliv. Pokud je potvrzeno oplodnění, tak se pokračuje v kultivaci oplodněných vajíček. Do roku 1998 se kultivace prováděla do vzniku čtyřbuněčných až osmibuněčných embryí a ta nejlepší byla přenesena do dělohy ženy. Rozvojem nových kultivačních technik bylo umožněno provést prodlouženou kultivaci až do stádia blastocysty (do 5. až 6. dne). Poslední fází je přenos embrya do dělohy, nebo-li embryotransfer (ET), kdy se aplikují 2 výjimečně až 3 embrya do dělohy ženy. Po transferu se musí embrya v děloze implantovat. Tento proces se nedá aktivně

³² ŘEŽÁBEK, K. *Léčba neplodnosti 4.*, s. 57.

³³ DOHERTY, C. M. *Léčba neplodnosti*, s. 46.

³⁴ Srov. UHER, P. *Dítě...ZATÍM nesplněné přání?*, s. 9 – 14.

podpořit nebo dokonce vynutit. Lze jen docílit toho, aby se implantace nenarušila nepříznivými faktory a okolnostmi (kouření, nadměrná zátěž těla prudkými pohyby či jiná nadměrná fyzická námaha).

Vyhlídky na úspěch IVF-ET je nutno posuzovat individuálně. Při normálních hodnotách hormonálního profilu, spermiogramu a při ET do dělohy druhý až třetí den po punkci bývá úspěšnost 25% až 37%. Pokud jsou zohledněna i speciální kritéria (věk ženy, indikace, kultivační technika až do stádia blastocyst), lze očekávat rozdílné výsledky. Nejlepší vyhlídky na úspěšné otěhotnění má žena mladší 30ti let s dobrou reakcí na folikulární stimulaci (více než 10 vajíček po punkci) a při transferu blastocyst a to v rozmezí 70% až 80%. Složitější situace vzniká s přibývajícím věkem ženy (40 a více let). I při optimální přípravě a vzniku kvalitních folikulů klesá u žen mezi 43. až 45. rokem věku naděje na úspěšné otěhotnění na 5% a méně.³⁵

Z medicínského hlediska je IVF-ET standardní technikou. Avšak metody IVF-ET jsou spojeny s mnoha etickými problémy, neboť odběr vajíček i vlastní proces oplození probíhá v nepřírodných podmínkách. Člověk si zde přisvojuje právo rozhodovat o vzniku nového jedince a nebere ohled na to, že na sebe bere velkou odpovědnost za případné nezdary. Selekcí z uměle vyrobených embryí se rozhoduje o vývoji vyhovujících embryí či likvidaci jedince z důvodu nevyhovujících kvalitativních kritérií. Rovněž hrozí nebezpečí preimplantační selekce embrya žadoucího pohlaví. Etický problém vyvstává v experimentování s lidskými zárodky, které nejsou přenášeny do dělohy a nedostanou tak šanci na normální vývoj. Jsou to buď embrya vykazující morfologické odchylky, nebo ta, která jsou nadbytečná, protože se podařilo navodit těhotenství a důvod jejich existence tak pominul. Výroba embryí může probíhat i pomocí pohlavních buněk nepocházejících od manželského páru. Tato praxe je přijímána jako zcela normální - používání pohlavních buněk od anonymních dárců, tvorba embryí dvojicím mimo manželství. Objevuje se tendence navodit těhotenství i takovým párům, které nejsou biologicky schopné mít vlastní potomky (jedná se o osoby pokročilého věku s uměle obnoveným dozráváním pohlavních buněk), popřípadě tvořit embrya

³⁵ Srov. UHER, P. *Dítě...ZATÍM nesplněné přání?*, s. 14.

z konzervovaných pohlavních buněk zemřelých partnerů. Aby bylo možné alespoň částečně zajistit kvalitní konečný výsledek IVF, je nutné stále zdokonalovat postupy selekce před přenosem embrya do dělohy.

'Po embryotransferu jsme oba věřili, že se embrya uhnízdí. Zavedli do mě lékaři tři, takže jsme měli poměrně velkou šanci. Jak velké bylo zklamání, když jsem neotěhotněla. Měla jsem pocit, že část mne zemřela. Stýskalo se mi po něčem, co jsem vlastně neměla – dítěti.' (ž)

'Letos budeme podstupovat již šestý cyklus. Je to sice finančně náročné, ale když oba to dítě tolik chceme.' (m)

'Ze 27 odebraných vajíček se pro jeden cyklus použilo 11 z nich, zbylých 11 se oplodnilo a zmrazilo pro další pokus. Zbylá vajíčka prý nebyla vhodná. V každém cyklu se zavedla 2 embrya.' (ž)

4.4.3.1 Intracytoplazmatická injekce spermie

Jednou z mikromanipulačních technik užívaných v léčbě neplodnosti u IVF je Intra Cytoplasmatic Sperm Injection (ICSI). Vývoj nových technik reprodukční medicíny může některá etická a právní dilemata vyřešit nebo je alespoň nahradit, neboť se páry nemusí uchýlovat k heterolognímu umělému oplodnění. Tak je tomu v případě ICSI, která byla „poprvé provedena v roce 1992“³⁶ a dnes již patří k běžným technikám. Tam, kde je to možné, nahradila ICSI inseminaci darovaným spermatem. Metoda pomohla vyřešit problém vzdání se genetického otcovství³⁷, avšak vyvstala volba fyzicky a finančně náročnějšího způsobu léčby, neboť u nás není hrazena ze zdravotního pojištění a zvyšuje náklady asistované reprodukce o cca 5 až 15 tisíc Kč.

Mikromanipulační metoda ICSI se stala standardní metodou užívanou v asistované reprodukci, která „umožňuje fertilizaci zejména u mužského faktoru neplodnosti, dále vždy při operačním získání spermií, při použití konzervovaných

³⁶ ŘEŽÁBEK, K. *Léčba neplodnosti 4.*, s. 80.

³⁷ Srov. ICSI. [online]. [cit. 2010-02-22]. Dostupné z WWW: <<http://www.lekari-online.cz/lecba-neplo-dnosti/zakroky/injekce-spermii-icsi>>.

spermií, nebo při imunologické příčině neplodnosti³⁸. Indikací je také vysoký věk pacientky, dále situace, kdy selhaly všechny pokusy IVF a v mnoha dalších případech. „Ve vazbě na chirurgický odběr spermií (MESA, TESE) je metodou volby u pacientů s obstrukční a funkční azoospermií. Odpovědnou indikací ICSI by mělo předcházet urologické a genetické vyšetření muže.“³⁹

Touto mikromanipulační metodou je zasahováno do přirozeného výběru. Mnoho oponentů poukazuje na možnost genetického poškození. Genetické příčiny mužského faktoru neplodnosti mohou být totiž přeneseny na děti narozené po ICSI. Toto tvrzení však nebylo validně dokumentováno, neboť se dosud neprokázal vyšší poměr vrozených vývojových vad. Poměr poruch vázaných na pohlavní chromozomy je u nich mírně zvýšen.

Úspěšnost ICSI závisí na zkušenostech embryologa, který má na starosti přípravu vajíčka, spermie a zavedení jediné spermie do vajíčka. Díky metodě ICSI se může stát genetickým otcem i muž s malým počtem spermií, kvůli němuž by pár v minulosti musel použít spermie dárce.

4.4.3.2 Asistovaný hatching

Asistovaný hatching, jako další mikromanipulační metoda, je navrhován jako metoda zvyšující pravděpodobnost uhnízdění embryí.

Embryo má na povrchu ochranný obal (zona pellucida), kterým musí proniknout, aby došlo k jeho implantaci do děložní sliznice. U některých žen bývá tato zóna ztluštělá a znemožňuje tak implantaci. „Asistovaný hatching lze provést chemicky, mechanicky nebo laserovým paprskem, kdy embryolog naruší ochranný obal a usnadní tak vycestování embrya.“⁴⁰

Efektivita asistovaného hatchingu ve vazbě na všechny cykly IVF s ICSI je předmětem medicínských kontroverzí. Shody bylo prozatím dosaženo při indikaci asistovaného hatchingu u pacientek s horší prognózou (věk vyšší než 35 let, silná

³⁸ SUCHÁ, R. Re: *Mikromanipulační techniky užívané při IVF* [elektronická pošta]. Message to: Lucie Valečková. 20. ledna 2010 [cit. 21. 01. 2010]. Osobní komunikace.

³⁹ Tamtéž. Osobní komunikace.

⁴⁰ Tamtéž. Osobní komunikace.

zona pellucida a selhání 2 a více předchozích cyklů IVF-ET⁴¹). Po asistovaném hatchingu u nich bylo dosaženo vyššího poměru uhnízdění oplozeného vajíčka v děložní sliznici a probíhajících těhotenství.

4.4.4 Přímý přenos gamet do vejcovodů

Prvotní, dnes již téměř opuštěný postup, přenos gamet do vejcovodů (GIFT - Gamete Intra Fallopian Transfer) byl popsán v roce 1983. Předpokladem úspěchu GIFT je především normální dozrávání vajíček a průchodný vejcovod. GIFT je alternativou IVF-ET, avšak tato metoda je komplikovanější než IVF, neboť vyžaduje laparoskopii. Proto je dnes užíván v omezené míře a ve zvláštních situacích. Důvodem provádění GIFTu mohou být etické výhrady vůči IVF-ET, neboť touto metodou k samotnému oplodnění dochází in vivo. Dalším důvodem by mohlo být obcházení legislativního omezení počtu transferovaných embryí.

Protože metody GIFT ponechávají proces oplození prakticky nedotčený⁴², není jejich používání spojeno s etickými výhradami, námitkami či riziky. Je to patrné i z Instrukce Donum vitae, která se k technice GIFT nevyjadřuje. V době vydání instrukce byla tato technika ještě příliš mladá. Nicméně ji můžeme posoudit podle principů, které instrukce uvádí u IVF-ET. U GIFTu odpadá námitka přímé manipulace s embryem.

4.4.5 Přímý přenos zygot do vejcovodů

Kromě přímého přenosu zygot do vejcovodů (ZIFT – Zygote Intrafallopian Transfer) tato metoda asistované reprodukce rovněž „zahrnuje stimulaci vaječnicků, získání vajíček a přípravu spermatu. Od GIFT se ale liší tím, že vajíčka jsou

⁴¹ Srov. *Asistovaný hatching*. [online]. [cit. 2010-02-22]. Dostupné z WWW: <<http://www.lekari-online.cz/lecba-neploznosti/zakroky/asistovany-hatching>>.

⁴² Srov. *GIFT*. [online]. [cit. 2010-02-22]. Dostupné z WWW: <<http://www.moje-rodina.cz/tehotenstvi-a-porod/asistovana-reprodukce-nadeje-pro-bezdetne-pary>>.

oploďněna spermii mimo ženské tělo a do vejcovodů jsou zavedena až následně.⁴³

Výhodou metody ZIFT je, že k oplodnění vajíčka může dojít ještě před jeho zavedením do vejcovodu⁴⁴, neboť k přenosu embrya dochází obvykle po jednom až dvou dnech, na rozdíl od IVF. Při úspěšném pokusu se embryo po dobu několika dnů vyvíjí ve vejcovodu, zatímco se vytváří výstelka dutiny děložní pro implantaci embrya. To se samovolně pak dostává do dutiny děložní. V některých případech se totiž embryím v počátečním stádiu vývoje daří lépe ve vejcovodu než v děloze. Použití ZIFT, stejně jako GIFT, je na ústupu, protože je dražší, více invazivní a neposkytuje lepší výsledky než IVF.

4.5 Morální postavení lidského embrya a jeho ochrana

Hodnocení morálního postavení lidského embrya má zásadní význam pro možné akceptování většiny technik asistované reprodukce, proto je tak hluboce eticky diskutované. Avšak odpověď na otázku morálního postavení lidského embrya a jeho ochrany se může individuálně lišit, často s ohledem na subjektivní postoje ovlivněné tradicí, kulturou a náboženským přesvědčením. V současných diskusích převládají dva názory vycházející z filozofických proudů. Ontologický personalismus⁴⁵ z biologického hlediska identifikuje počátek lidského života vznikem zygoty, kdy její vývoj chápe jako vznik lidského organismu a tento počínající život je tudíž nutné chránit. Naproti tomu empirický funkcionalismus⁴⁶ sice přiznává embryu od okamžiku početí lidský status, avšak status lidské osoby přiznávají jen na základě určitých funkcí (vnímavost, rozumnost, vůle).

⁴³ DOHERTY, C. M. *Léčba neplodnosti*, s. 50.

⁴⁴ Srov. *ZIFT*. [online]. [cit. 2010-02-22]. Dostupné z WWW: <<http://www.moje-rodina.cz/tehotenstvi-a-porod/asistovana-reprodukce-nadeje-pro-bezdetne-pary>>.

⁴⁵ Srov. *Ontologický personalismus*. [online]. [cit. 2010-03-15]. Dostupné z WWW: <<http://snoubenci.asczech.cz/?a=1&b=97&id=1653&PHPSESSID=301ce8f6fecf4b0bc415316d843d89ff>>.

⁴⁶ Srov. *Empirický funkcionalismus*. [online]. [cit. 2010-03-15]. Dostupné z WWW: <<http://snoubenci.asczech.cz/?a=1&b=97&id=1654&PHPSESSID=301ce8f6fecf4b0bc415316d843d89ff>>.

Po biologické stránce není jednotný názor odborníků zabývajících se asistovanou reprodukcí v definici lidského embrya jako živého embrya. Podle Zákona č. 227/2006 Sb. je znění definice lidského embrya jako totipotentní buňky nebo seskupení takových buněk, které jsou schopny se vyvinout v lidské individuum. V judaismu je embryo respektováno od samého početí. Lidská osobnost má tudíž právo na život v okamžiku, kdy vznikne a je zapovězeno ho zničit. Podle židovské tradice začíná život s tlukotem srdce. Katolické zákony uznávají embryo jako lidskou bytost od oplození. Římskokatolická církev, kde jsou výchozími dokumenty pro ochranu embrya ‘Katechismus katolické církve’, encyklika ‘Humane vitae’ a instrukce Kongregace pro nauku víry ‘Donum vitae’, zastává názor, že embryo musí být od okamžiku jeho existence zaručen respekt. Morální postavení lidského embrya v asistované reprodukci je až narozením dítěte, kdy se tak ve svém vývoji stává plnohodnotnou osobou a občanem se všemi občanskými právy. Tudíž práva jsou embryu přiznávána postupně tak, jak se vyvíjí. Naproti tomu například M. Munzarová zastává postoj k morálnímu postavení lidského embrya v kterémkoliv stadiu jeho života.

Jestliže se přizná embryu status člověka, je nutné mu přiznat i základní právo na život. Tím vzniká střet s právními předpisy týkajícími se interrupcí a výzkumem na embryích. „Jestliže se ale embryu nepřizná přímo právo, je možné s ním alespoň jednat v jeho zájmu dospět a dál se rozmnožovat.“⁴⁷ Zákon o interrupci č. 66/1986 Sb. a prováděcí vyhláška k tomuto zákonu č. 75/1986 Sb. však zájem embrya do 12. týdne těhotenství považuje prakticky za nulový.

Práva embrya vzniklého in vitro by měli hájit především jeho rodiče. Posléze i ošetřující lékař, který smí konat jen se souhlasem léčeného páru. V případě, že se manželé rozvedou, řeší práva embrya předem sepsaná smlouva, nebo pak posledním řešením je soudní řízení.

‘Samotné nás zajímalo, jak se to má s vývojem člověka v jeho embryonálním stádiu. Myslíme si, že je důležité, aby rodiče chránili

⁴⁷ *Etické problémy reprodukční medicíny.* [online]. [cit. 2010-03-15]. Dostupné z WWW: <http://uzivatel.unob.cz/fisera/files/psychologie/eticke_problemy.html>.

svá embrya. Možná i proto se zdráháme umělému oplodnění, protože tam se s embryi zachází jako s materiálem a ne potenciálním člověkem. (m)

4.6 Práva dítěte narozeného z asistované reprodukce

Touha neplodných párů po dítěti může často překrývat schopnost posoudit následky jejich rozhodnutí pro dobro budoucího dítěte. Vzhledem k tomu, že česká legislativa otázku zájmu dítěte narozeného z asistované reprodukce cíleně zatím neřeší, může být o to složitější dodržování principů rodičovské zodpovědnosti za situace v případě užití darovaných gamet. Je proto pouze na rodičích, jakým způsobem tuto skutečnost uplatní v rámci své rodičovské zodpovědnosti. Druhým aspektem je vztah společnosti k poskytnutí údajů o dárci. Dítě by mělo mít oba rodiče, matkou je žena, která dítě porodí a za otce je považován muž ženy, přestože bylo využito darovaných spermií.

Podle katolické církve je nezbytné vnímat dítě jako dar. Dítě nemůže být považováno za předmět vlastnictví, či si k dítěti uznávat práva. V této oblasti má dítě právo být plodem zvláštního úkonu manželské lásky svých rodičů a také právo být jako osoba respektováno od svého početí.

Každé dítě by mělo mít právo narodit se do kompletní rodiny, kterou bude s láskou přijato a vychováno. Vědět, kdo jsou jeho biologičtí rodiče, znát svůj genetický původ. U homologní fertilizace je situace jasná, jiná je situace u heterologní fertilizace. Potom nemůže být splněno ani třetí právo dítěte být ušetřeno nejrůznějších komplikací spojených se svou biologickou a právní identitou.

4.7 Platby spojené s asistovanou reprodukcí

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, stanoví, že z veřejného zdravotního pojištění se hradí na základě doporučení registrujícího ženského lékaře výkony asistované reprodukce. Výkony IVF

vykazovat prostřednictvím národního zdravotního systému zdravotním pojišťovnám v rozsahu nejvýše tří cyklů ukončených embryotransferem, a to pouze pro pojištěnce ženského pohlaví ve věku od 22 let do 38 let + 364 dnů. Pokud se ženě nepodaří otěhotnět a v jednom z předcházejících tří cyklů z určitých důvodů nedošlo k embryotransferu, uhradí zdravotní pojišťovny ještě i cyklus čtvrtý. V případě, kdy se jedná o oboustrannou úplnou neprůchodnost vejcovodů, lze výkony IVF vykazovat pro ženy od 18 let. Umělá inseminace je rovněž v plném rozsahu hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Omezením je pouze provedení maximálně šesti umělých inseminací do jednoho roku. Některé speciální laboratorní postupy (ICSI, AH, prodloužená kultivace, kryokonzervace, MESA, TESE) nejsou vůbec hrazeny národním zdravotním systémem. Finanční náklady za uvedená vyšetření se liší centrum od centra.

5 Eticky diskutovaná témata související s asistovanou reprodukcí

Etických otázek souvisejících s moderními metodami asistované reprodukce je celá řada. Vytváří se zcela nové a nevyzkoušené situace, v nichž pojmy jako otec, matka, početí, mateřství dostávají smysl, jaký by si naši předkové vůbec neuměli představit. Nabourává se samotné pojetí člověka, jiné souvislosti mají láska-sexualita-zrození, rodová linie-rodina-rodčovství. K těmto novým situacím je třeba přistupovat nejen s maximální opatrností a odpovědností, ale také i s bázní a pokorou.

Asistovaná reprodukce s sebou, kromě reprodukčních technik užívaných pro úspěšné docelení gravidity, přináší často eticky diskutovaná témata, kterým bych se chtěla v následujících podkapitolách věnovat.

5.1 Kryokonzervace embryí

Hlavním smyslem kryokonzervace embryí je použití nevyužitých embryí v dalším cyklu, kdy předchozí cyklus dopadl negativně. Přínosem kryokonzervace je i snížení rizika vícečetných těhotenství (paterčata či sedmerčata) a to přenosem

menšího počtu embryí⁴⁸. Dobře fungující program kryokonzervace embryí umožňuje rovněž nadpočetná embrya darovat jiným neplodným párům nebo je možné jejich využití k výzkumným účelům.

V oblasti kryokonzervace gamet je velmi dobře technicky zvládnuta problematika mražení spermií⁴⁹, u oocytů je situace mnohem obtížnější, efektivita jejich kryokonzervace zůstává celosvětově nízká. Zvládnutí procesu mražení oocytů místo embryí by tak umožnilo vznik bank oocytů a tudíž předcházení opakovaným punkcím oocytů.

'Využili jsme možnosti kryokonzervace embryí. Mám problémy s tvorbou spermií, takže jsme využili možnosti, když manželce odebírali vajíčka, že oplodnili všechny. Příští měsíc by měla žena podstoupit embryotransfer, takže některá z nich se použijí.' (m)

Z etické stránky je kryokonzervace embryí zásahem do fyziologie možného vývoje embrya. V jedné z předchozích kapitol jsem hovořila o vzniku embrya a jeho přiznání statusu jako člověka. Jestliže dojde k pozastavení životaschopnosti embrya a pak následnému znovuoobnovení v případě jeho použití v novém cyklu fertilizace, je ze stran etiků chápáno zmrazování lidských gamet jako nadlidský úkon proti přirozenému běhu života. Medicínští odborníci by však argumentovali, že nedojde-li k implantaci embrya a jeho následnému vývoji, lze o životaschopnosti embrya pouze diskutovat. Ze stran neplodných párů je proces kryokonzervace embryí určitou pomocí, neboť nemusí podstupovat hormonální léčbu za účelem další punkce oocytů.

Avšak zvláště etický problém v oblasti kryokonzervace embryí či gamet vyvstal v možnosti dosáhnout těhotenství po smrti jednoho z biologických rodičů. Využití gamet po smrti některého z partnerů pro účely asistované produkce je upraveno od 1. 6. 2006 Zákonem č. 227/2006 Sb. V takovémto případě se asistovaná reprodukce ale hluboce dotýká jak právních, tak i etických problémů.

⁴⁸ Srov. ŘEŽÁBEK, K. *Léčba neplodnosti 4.*, s. 75.

⁴⁹ Srov. *Kryokonzervace*. [online]. [cit. 2010-03-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.lekari-online.cz/lecba-neplodnosti/zakroky/kryokonzervace>>.

Kryokonzervace je v České republice zcela běžně prováděna. Délka skladování embryí není omezena, přesto je obvyklá délka 5 let, na požádání může být délka skladování embryí prodloužena.

5.2 Darování gamet

Na počátku sloužila asistovaná reprodukce především párům, kterým se nedařilo otěhotnět, ale jinak byli v pořádku. Později se objevila možnost, jak pomoci neplodným párům, kteří nemají vlastní gamety. Nemá-li muž vůbec žádné spermie, vybere se s jeho souhlasem vhodný dárcce spermií. V takovém případě je manžel otcem pouze v právním slova smyslu. Nemá-li žena v pořádku oocyty, může jí jiná žena, popřípadě matka či sestra, darovat oocyt, přičemž oplodněné vajíčko pak donosí sama. Dnes se běžně setkáváme v centrech asistované reprodukce s výzvou pro darování oocytů či spermií. Darování gamet může být pro neplodné páry totiž jediným řešením mít dítě při nedostatku vlastních gamet. Dochází tak sice z jejich strany k naplnění rodičovské role, ale se ztrátou rodové genetické linie. Darování gamet může rovněž posloužit k vyloučení přenosu geneticky závažných onemocnění na potomky, jestliže léčený pár odmítá užít preimplantační genetickou diagnostiku.

Pro darování i přijímání darovaných gamet platí přísná anonymita. Darované gamety vždy zůstávají ve vlastnictví dárce, avšak jejich různé užití je ošetřeno informovaným souhlasem. Dárce může kdykoliv bez udání důvodu zastavit používání svých gamet. Dárcovství je vázáno podmínkami věku a zdraví. „Muž-dárce musí být ve věku od 18 do 45 let, žena-dárce do 35 let.“⁵⁰ Věk ženy-příjemkyně by měl být podle etického doporučení mezi 18 a 48 rokem⁵¹, horní hranice je stanovena z důvodu ještě plodného věku ženy. Podmínkou dárcovství je dobrý zdravotní stav. Dárcovství gamet je rovněž omezeno jejich počtem.

Jedním z etických problémů dárcovství gamet je, že se dárce vzdává odpovědnosti a tíhy svého otcovství či mateřství, kdy tak jeho z části biologické

⁵⁰ *Etické problémy reprodukční medicíny*. [online]. [cit. 2010-03-15]. Dostupné z WWW: <http://uzivatel.unob.cz/fisera/files/psychologie/eticke_problemy.html>.

⁵¹ Srov. *Dárcovství vajíček*. [online]. [cit. 2010-03-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.lekari-online.cz/lecba-neplodnosti/zakroky/darcovstvi-vajicek>>.

dítě nepozná svou genetickou identitu. Většina rodičů-příjemců dětem nesdělí okolnosti jejich početí, ale ne vždy se podaří utajit nevyřčené, zvláště pokud rodičům není jejich dítě vzhledově podobné. A dalším z etických problémů zůstává, co dělat s lidskými gametami, o které neplodné páry nejeví zájem.

Mám-li promítnout postoje některých náboženství, tak v judaismu je na darování gamet pohlíženo negativně. Všeobecně totiž zakazuje darování spermií, neboť platí zákaz masturbace nutné pro získání dárcovských spermií a existuje strach z incestu, narušení rodových linií a možných problémů spojených s dědictvím. Nicméně ale některé rabínské autority povolují dárcovství spermií a to pouze za situace, nebude-li dárce spermií Žid. Rovněž tak postoj katolické církve je odmítavý k dárcovství gamet. Technika inseminace či umělého oplodnění s využitím gamet od dárce tak porušuje právo dítěte narodit se z otce a matky, které zná a kteří jsou spojeni manželstvím. Podle katolíků se tak zrazuje výlučné právo manželů stát se otcem a matkou jeden prostřednictvím druhého.

'Zatím jsme nemuseli přemýšlet o přijetí spermií nebo vajíček od dárců. Ale pokud bychom neměly vlastní gamety, tak bych se tomu nebránila.' (ž)

'Netuším, jak bych to prožíval, kdyby měla být manželka oplodněná spermiemi od dárce. Asi by mi to chvíli trvalo.' (m)

5.3 Počet přenášených embryí v programu IVF

Vznik vícečetného těhotenství je v současné době považován za jeden z největších problémů asistované reprodukce. Od 1. 6. 2006 podle Zákona č. 227/2006 Sb. smí být přeneseno do pohlavních orgánů příjemkyně jen tolik embryí, kolik je podle současného stavu lékařské vědy zapotřebí k pravděpodobně úspěšnému navození těhotenství. V ČR neexistuje směrnice, která by striktně určovala počet přenesených embryí. Nejvyšší počet přenášených embryí jsou tři embrya na jeden embryotransfer (doporučení SAR ČGPS ČLS JEP). Pravděpodobnost těhotenství je největší, pokud jsou do dělohy přenesena dvě embrya. Proto se v dnešní době ve všech centrech asistované reprodukce

standardně zavádí dvě embrya. Jedno embryo přináší 30% pravděpodobnost jednočetného těhotenství, dvě embrya tuto pravděpodobnost zvyšují a to až na 50%⁵². Tři embrya jsou přenášena pouze výjimečně a to u žen starších 40 let.

Maximální hranice v počtu tří transferovaných embryí je přesto nastavena vysoko. Řešením stavu by mohla na prvním místě být edukace odborníků, pacientů i laické veřejnosti. Pokud bude tato možnost vyčerpána, na druhém místě se nabízí úprava stávající legislativy nebo přijetí nových směrnic a zákonů s určením sankcí za porušení.

5.4 Redukce mnohočetných těhotenství

Redukce mnohočetných těhotenství je termín užívaný pro snížení počtu embryí během gravidity za účelem prevence možných komplikací souvisejících zpravidla se zdravotním stavem narozených dětí. Medicínsky se tudíž nejedná o úplné ukončení těhotenství, ale dojde k redukci uhnízděných embryí. Z doporučení Mezinárodní federace gynekologů a porodníků (FIGO) vyplývá, že selektivní redukce mnohočetného těhotenství není abortivním postupem, jelikož záměrem je, aby těhotenství pokračovalo.

„Při oplodnění oocyту in vitro se někdy morula rozdělí na více buněk, aby se vyvíjelo více embryí.“⁵³ Pro zvýšení pravděpodobnosti životaschopnosti a implantace embrya v děložní sliznici se do dělohy přenáší větší počet embryí, v minulosti to byly více než tři, v posledních letech zpravidla dvě až tři embrya. Jestliže se ujmou všechna embrya, ale žena není fyzicky schopná, nebo si nepřeje donosit trojčata, volí se postup, kterému se říká redukce mnohočetných těhotenství.

Redukce se provádí většinou na dvě embrya⁵⁴, přičemž četné lékařské studie ji prokázaly jako metodu přínosnou pro narození zdravých potomků.

⁵² Srov. SOBEK, A. *Pokles činnosti vaječníků v populaci českých žen*. Komplexní mezioborový přístup k léčbě neplodnosti, Praha, 17. 6. 2009.

⁵³ *Etické problémy reprodukční medicíny*. [online]. [cit. 2010-03-15]. Dostupné z WWW: <http://uzivatel.unob.cz/fisera/files/psychologie/eticke_problemy.html>.

⁵⁴ Srov. ŘEŽÁBEK, K. *Léčba neplodnosti 4.*, s. 79.

Vlastní výkon má dle zkušených lékařů, kteří výkon provádějí, nízké riziko ztráty celého těhotenství. Ale i tak není nulové⁵⁵. Redukce mnohočetných těhotenství není léčebnými páry vnímána vstřícně a pro některé páry je zcela nepřijatelná. Důvodem je psychologická a emoční stigmatizace neplodných párů a nepochybně i postupně se zvyšující informovanost o možnostech volby počtu přenášených embryí. Za těchto okolností je optimálním řešením prevence vzniku mnohočetných těhotenství snížením počtu přenášených embryí.

'Rozhodně bych nesouhlasila s redukcí uhnízděných embryí. Vždyť přáním každého neplodného páru je mít dítě nebo děti, tak proč je redukovat?' (ž)

'Tohle je pro nás zcela nepřijatelné. Takový zásah ze strany lékaře bychom nepodstoupili.' (m)

Netroufám si odsuzovat praktiky reprodukční medicíny, avšak v případě zdravé ženy nevidím ospravedlnění pro redukcí embryí. Předem se tak určuje osud některého z uhnízděných embryí. Ale kdo stanoví, které z embryí se již nesmí dále vyvíjet? Lze s nadsázkou říci, že „v takových situacích na sebe bere lékař roli Boha“⁵⁶, rozhoduje, komu daruje život a to je z pohledu etiků a teologů velmi nebezpečná situace.

Uvědomuji si, že gynekologové argumentují tím, že ve vysokém procentu se narodí jen jedno dítě. Rovněž přijímám námitku, že úplný neúspěch je pro ženu traumatizující a opakovaný zákrok zatěžující. Redukce mnohočetných těhotenství bude stále opletena etickými otázkami, protože ne všechny cíle světí každý prostředek a medicína by měla být především humánní, a to pro každého, i pro embryo.

5.5 Preimplantační genetická diagnostika

Vzhledem k tomu, že metoda ICSI umožňuje tvorbu embrya i za situace, kdy je nejen počet spermií minimální, ale mohou být i značně defektní, hrozí

⁵⁵ Srov. ŘEŽÁBEK, K. *Léčba neplodnosti 4.*, s. 78.

⁵⁶ *Etické problémy reprodukční medicíny*. [online]. [cit. 2010-03-15]. Dostupné z WWW: <http://uzivatel.unob.cz/fisera/files/psychologie/eticke_problemy.html>.

vyšší riziko vzniku geneticky defektního embrya než u metody IVF. To vyvolává potřebu používat relativně novou selekční techniku preimplantační genetickou diagnostiku (PGD), která dokáže zjistit vadu u embrya ještě před zavedením do dělohy ženy.

PGD je genetické vyšetření embryí, které léčenému páru zajistí, že vyvíjející se embryo bude bez vrozených vad. Metodu PGD je možné podstoupit v České republice od roku 2000 a provádí se u žen ve věku nad 36 let, s prodělanými samovolnými potraty a třemi neúspěšnými pokusy o otěhotnění prostřednictvím metod asistované reprodukce⁵⁷.

S ohledem na možnosti lékařské genetiky a fetální medicíny, které jsou schopny ještě před narozením dítěte poskytnout budoucím rodičům informace o genetických a genotypických vlastnostech jejich budoucího dítěte, je toto všeobecně přijímáno.⁵⁸ Společnost tuto skutečnost přijala v morálních a právních normách, že je v zájmu budoucího dítěte, rodičů i společnosti, aby se narodilo zdravé dítě.

'Myslím si, že bych chtěla vědět, že embryo, které do mě lékaři zavedou, bude zdravé. Umožňuje-li to medicína, tak proč to odmítat.' (ž)

'Nedivím se lidem, kteří chtějí znát kvalitu transferovaného embrya, ale takhle selekce je pro mě samotného nepřijatelná. S manželkou se sice o vlastní dítě stále pokoušíme, ale vše má své hranice.' (m)

Avšak i zde se nachází odpůrci PGD, kteří v této metodě shledávají určitou výrobu embryí a jejich selekci předem plánovanou a promyšlenou. Embryím s postižením je tudíž odnímáno právo na život a to jen kvůli jejich kvalitě. Proto se mnozí domnívají, že je to po mravní a etické stránce mnohem závažnější

⁵⁷ Srov. *Preimplantační genetická diagnostika*. [online]. [cit. 2010-02-26]. Dostupné z WWW: <<http://www.bonella.cz/zdravi/preimplantacni-geneticka-diagnostika-pgd.html>>.

⁵⁸ Srov. *Vyšetření zárodku před přenesením do dělohy*. [online]. [cit. 2010-03-10]. Dostupné z WWW: <<http://www.zenska-neplodnost.cz/novinky/vyber-pohlavi-pri-umelem-oplodneni-je-u-geneticky-vad-mozny-571>>.

problém, než-li u prenatalní diagnostiky s následným potratem postiženého plodu. Zde je o tragický konflikt mezi zájmy ženy a právy embrya – fétu.⁵⁹

Pro pár, který emočně trpí svou neplodností, je po úspěšnosti některé z technik asistované reprodukce radost z narození zdravého dítěte zcela pochopitelná. PGD tak nemusí řešit žádné dilema týkající se ukončení těhotenství z důvodu postižení dítěte, neboť selektuje již předem lidská embrya na ty, která se mohou dále vyvíjet, a na ty, která nikoliv.

5.6 Prenatální diagnostika

Prenatální diagnostikou (PG) v nejširším smyslu slova rozumíme „soubor vyšetření v průběhu gravidity, která mohou odhalit přítomnost vrozených vývojových vad plodu“⁶⁰. V užším slova smyslu jde o metody, které postižení plodu přímo prokazují, a to obvykle ve II. a III. trimestru těhotenství. „Prenatální diagnostika není u nás ošetřena zákonem.“⁶¹

PG umožňuje u implantovaných embryí velmi ranou diagnostiku vrozených odchylek. Na PG lze pohlížet dvěma pohledy. Je-li jejím cílem snaha o včasné poznání, přípravu rodičů na možnosti vrozené odchylky a případně léčení přímo v děloze, pak je možné s PG souhlasit. Má-li však sloužit v případě zjištění odchylek k nátlaku na interrupci, pak ji někteří etici odmítají jako nemorální a neetickou medicínskou techniku. Poukazují přitom na to, že i velmi těžce postižené dítě může přinést rodině hodně dobra a lásky.

Etické aspekty PG spočívají v náležitém informování a souhlasu těhotné s výkonem, v řádné indikaci k vyšetření, způsobem interpretace výsledků, ale také v zachování soukromí a lékařského tajemství. Dalšími etickými aspekty PG je chápání plodu jako bytosti s vlastními právy, ačkoliv je součástí matčina těla. Ze strany etiků však vyvstávají otázky, zda vůbec může těhotná žena rozhodovat

⁵⁹ Srov. VYBÍRAL, J. *Pastorální a etické výzvy v oblasti manželství, rodiny a sexuality*, s. 72.

⁶⁰ *Prenatální diagnostika*. [online]. [cit. 2010-03-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.fno.cz/porodnicko-gynekologicka-klinika/casto-kladene-otazky-prenatalni-diagnostika>>.

⁶¹ *Prenatální diagnostika*. [online]. [cit. 2010-03-15]. Dostupné z WWW: <http://spolek1.med.muni.cz/files/prenatalni_dg.pdf>.

o veškerých aktivitách, které se budou týkat jejího nenarozeného dítěte. A v poslední řadě lze etický aspekt přirovnat nenarozenému dítěti jako statut pacienta, který má mít z léčby prospěch? Je možné říci, že i plod se stává jakýmsi pacientem, jestliže léčba, kterou podstupuje, bude mít pro něj více užitku, než-li škody.

'Asi bych chtěl vědět, jestli naše dítě bude zdravé, nebo by mohlo být postižené. A pokud by se mělo narodit s handicapem, kdo ví, jestli bychom zvládli o něj pečovat, tak jak by potřebovalo.' (m)

'Myslím si, že pokud by se nám podařilo otěhotnět, tak bychom toto ani nepodstupovali. Sice by nás narození postiženého dítěte asi zaskočilo, ale milovali bychom ho stejně, jako kdyby bylo zdravé. Ta prenatalní diagnostika by mě nejspíš v těhotenství natolik psychicky rozhodila, že bych mohla začít pochybovat o svém dítěti.' (ž)

5.7 Náhradní mateřství

Termínem náhradního mateřství je třeba odlišit úplné náhradní mateřství od částečného náhradního mateřství. Úplné náhradní mateřství, nebo označené také jako náhradní mateřství vyžadující IVF, se provádí v rámci výkonu technik asistované reprodukce u žen, které mají funkční ovaria, ale nemají dělohu nebo jejich děloha neumožňuje zdárné donošení těhotenství⁶². U těchto žen je jedinou možností, jak mít geneticky vlastní dítě, užití náhradního mateřství, přičemž spermie pocházejí od partnera této ženy. Úplné náhradní mateřství a následné osvojení narozeného dítěte vyžaduje dokonalou podporu příslušnou legislativou, neboť v případě nejasností může dojít až k soudním sporům.

Částečné náhradní mateřství je za situace, kdy náhradní matka poskytuje nejen dělohu, ale i oocyty, přičemž spermie pocházejí od partnera neplodné ženy. Avšak i v těchto případech může dojít ke zklamání očekávajících rodičů ze strany náhradní matky, kdy jim tato odmítne dítě předat. I v tomto případě může dojít až k soudním sporům.

⁶² Srov. ŘEŽÁBEK, K. *Léčba neplodnosti 4.*, s. 95.

'Když jsme s manželem přišli o naše miminko a následně mi byla lékaři odstraněna děloha, tak nám byla v centru asistované reprodukce nabídnuta možnost donošení dítěte náhradní matkou. Neumím si ale představit, že by nám třeba pak ta žena odmítla naše dítě předat. Pořád nad touto variantou ale uvažujeme, i když jsme již podnikli kroky pro adopci dítěte.' (ž)

'Po vážné autonehodě mi byla i odstraněna děloha, protože jsem měla těžké poranění břicha. Takže jsem věděla, že nikdy nebudu moci být těhotná. O možnosti náhradního mateřství jsem slyšela. Zatím jsme nenašli s přítelem odvahu to podstoupit, ale stále se této myšlenky nechci zcela zříct.' (ž)

K náhradnímu mateřství je zapotřebí náhradních matek, jejichž motivace k propůjčení své dělohy nebo i oocytů mohou být různé. Ze stran příbuzných (existují případy, kdy ženě odosila dítě její vlastní matka či sestra) je motivací soucit, láska a pomoc. Avšak nedochází-li k náhradnímu mateřství v příbuzenské linii, je mnohdy motivací náhradních matek altruismus. Přijmout peníze za tuto službu nesmí, ale pokrytí nákladů souvisejících s těhotenstvím bývá povoleno. Mohou však vyvstat situace, kdy si náhradní matka vytvoří k dítěti vztah a po porodu se jej nebude chtít vzdát. Právní matkou dítěte je přeci ona, přestože nemá s dítětem nic společného geneticky. Není proto divu, že je náhradní mateřství tolik eticky diskutované téma a řada autorů jej morálně odmítá.

K podmínkám náhradního mateřství v České republice se vyjádřil například J. Dostál. Podle něho se u nás náhradní mateřství sice provádí, ale v omezeném počtu výkonů (například Klinika reprodukční medicíny a gynekologie ve Zlíně⁶³), přičemž provedení náhradního mateřství vyžaduje jak prostor ke tvorbě rodinných vztahů, tak podstatněji psychologické poradenství všech zúčastněných osob. Zatímco podle L. Zamykalové se náhradní mateřství jako jedna z metod asistované reprodukce v České republice neprovádí

⁶³ Srov. *Náhradní mateřství: Nová naděje, nebo etický problém?* [online]. [cit. 2010-03-15]. Dostupné z WWW: [<http://www.crmzlin.cz/article/2160.nahradni-materstvi-nova-nadeje-nebo-eticky-problem-/>](http://www.crmzlin.cz/article/2160.nahradni-materstvi-nova-nadeje-nebo-eticky-problem-/).

(neshledává oporu v zákonech). Avšak, mám-li se k výkladu L. Zamykalová vyjádřit, zákon náhradní mateřství výslovně nezakazuje. Jurisdikce zákona sice jasně hovoří o mateřství ze strany ženy, která dítě porodí, ale následující paragrafové znění umožňuje osvojení takového dítěte, přičemž osvojením získává dítě novou totožnost a vztahy k původní rodině zanikají. Zde se však nejvíce nabízí etická otázka týkající se sporu o vlastní rodičovství (konkrétněji mateřství). Vzhledem k tomu, že česká legislativa explicitně neupravuje náhradní mateřství, vyvstávají otázky nad podstatou tohoto mateřství. V případě náhradního mateřství není těhotná žena současně i biologickou matkou, nýbrž jí může být pouze z titulu právního. Zatímco žena, z jejíhož genetického základu bylo dítě počato, je biologickou matkou, nýbrž z hlediska právních norem je k dítěti osobou cizí. A jaká situace by vyvstala v případě narození postiženého dítěte? Mohlo by se stát, že by k takovému dítěti žádná z žen neuplatňovala své rodičovství. A v jaké rovině se hájí zájem dítěte? Pro přijetí a pochopení jeho identity je otázka náhradního mateřství při nejmenším matoucí.

Negativní postoj k náhradnímu mateřství publikovala také M. Munzarová, která pod náhradním mateřstvím shledává vykořisťování žen pro účel využití jejich těla jako inkubátoru pro geneticky cizí dítě. Náhradní mateřství shledává jako nevýhodné nejen pro samotnou náhradní matku, jež se musí během těhotenství podle sepsané smlouvy podrobovat vyšetřením, užívat předepsané léky pro zdárný průběh těhotenství, ale i pro dítě samotné, které, bude-li totiž postižené, postoupí žena potrat. Rovněž shledává jako nevýhodné pro náhradní matku skutečnost platné legislativy v České republice, kdy je dítě přiznáno ženě, která jej porodí.

5.8 Selekcce pohlaví dítěte

Možnost volby pohlaví dítěte při metodách umělého oplodnění je komplexní problém s etickými, kulturními, sociálními a biologickými aspekty. S příchodem moderních metod se separace spermií stala velmi reálnou volbou pohlaví budoucího potomka. Který z mužů by nechtěl mít syna, dědice

a pokračovatele rodu, či naopak ženy dceru, stvořenou k hýčkání nebo s předpokladem, že se lépe postará o své rodiče v jejich stáří.

Selekci pohlaví dítěte je možné za použití moderní selekční metody, kterou můžeme dělit na primární a sekundární. Primární selekční metoda využívá oddělení spermií ještě před oplodněním a přesnost roztřídění na dvě populace spermií je až 90%. Sekundární selekční metody jsou z etického hlediska daleko závažnější, neboť se ze třídenního embrya biopsií odebere jedna buňka (blastomera), která se vyšetří. Do dělohy se poté přenesou pouze to embryo s již požadovaným pohlavím.⁶⁴

V otázce selekce pohlaví se Česká republika připojila svým podpisem k jiným evropským zemím schvalujícím Bioetickou konvenci Rady Evropy⁶⁵, kde se nepřipouští používat techniky lékařsky asistované reprodukce s cílem výběru pohlaví budoucího dítěte, s výjimkou situací, kdy se má zabránit vzniku závažné dědičné choroby, vázané na pohlaví.⁶⁶ S překvapením pro mnohé MUDr. M. Lachman navrhoval, aby se metody determinace pohlaví mohly provádět u stabilních párů (to znamená i nesezdaných), které již mají jedno dítě, aby došlo k vyvážení pohlaví v rodině.

Selekci pohlaví dítěte osobně považuji za neetickou a proti přírodě. Komu se určuje právo rozhodovat o pohlavní budoucího dítěte? Zvláště rodiče by měli být otevření narození dítěte jednoho z pohlaví a přijali ho do rodiny se vší láskou a bez předsudků.

'Vybírat si jestli chci chlapečka nebo holčičku je opravdu luxus. Ale vzhledem k tomu, že nejsme obdarováni žádným dítětem, tak je nám zcela jedno, jestli bychom měli kluka nebo holku, hlavně, aby to bylo zdravé. (ž)

⁶⁴ Srov. *Etické problémy reprodukční medicíny*. [online]. [cit. 2010-03-15]. Dostupné z WWW: <http://uzivatel.unob.cz/fisera/files/psychologie/eticke_problemy.html>.

⁶⁵ Dohoda o ochraně lidských práv a důstojnosti lidské bytosti ve vztahu k využití biologie a medicíny.

⁶⁶ Srov. *Přejete si pomocí umělého oplodnění holčičku nebo chlapečka?* [online]. [cit. 2010-03-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.zenska-neplodnost.cz/novinky/prejete-si-pomoci-umeleho-oplodneni-holcicku-nebo-chlapecka-184>>.

5.9 Embryo a výzkum

Definovat výzkum na embryích není jednoduché a snadné. Změny v kultivačních médiích z důvodu zlepšení podmínek pro vývoj embrya chápaného za určitých okolností jako experiment, není většinou považováno za výzkum na embryu. Naproti tomu experimenty vedoucí k destrukci embrya spadají přímo pod jurisdikci, nebo minimálně vyžadují souhlas etické komise.

Ke zdokonalení technik asistované reprodukce je užití embryí k výzkumu nutné, ale nesmí se výzkum týkat přímo embrya, a nemělo by při něm dojít k jeho destrukci.

V České republice je výzkum na embryu právně regulován a povolen zákonnou úpravou (Zákon č. 227/2006 Sb.), kdy je možné užít embrya na možnost výzkumu na embryonálních kmenových buňkách (ESC). K možnosti užít embrya na možnost výzkumu na fetálních kmenových buňkách (FSC), kmenových buňkách derivovaných z tkání dospělých jedinců (ASC) a výzkumu genové terapie je zapotřebí zvláštního povolení vydané etickou komisí při Ministerstvu zdravotnictví. Podle výše uvedeného právního předpisu lze použít k získávání lidských embryonálních kmenových buněk pro výzkumné účely jen taková nadbytečná embrya, která nejsou starší než 7 dnů, s tím, že do stáří embrya se nezapočítává doba jeho kryokonzervace⁶⁷.

Jakkoliv je otázka výzkumu embrya zcela jistě citlivým problémem, je výzkum u nás prováděn. Možnost výzkumu, obzvláště, pokud je spojen s destrukcí embrya, úzce souvisí s posuzováním morálního postavení časného lidského embrya.⁶⁸ Není proto ani výjimkou mnoho zdůvodnitelných negativních postojů ve společnosti.

V centrech asistované reprodukce často zůstávají embrya, která nebyla použita pro svůj původní účel. Dnes jsou nazývána přebytečnými embryi, případně jsou označována pojmem výzkumný materiál. M. Munzarová konstatuje, že nedochází k používání embryí pro léčebný výzkum, nýbrž se jedná

⁶⁷ Ačkoliv mezinárodně je nejvíce rozšířeno pravidlo 14 dní vývoje embrya, kdy se objevuje primitivní proužek jako první rozeznatelná morfologická známka individua, je v ČR stanoveno období ne více než 7 dní.

⁶⁸ Srov. Kolegium Katolických lékařů, *Dignitas Personae – Bioetika*, s. 25 – 27.

o výzkum experimentální, přičemž léčba je stále v nedohlednu. Uvádí, že „embrya jsou zcela bezostyšně ničena a stávají se prostředkem k jinému účelu“⁶⁹. Instrukce Kongregace pro nauky víry *Donum vitae* odmítá usmrcování nadbytečných embryí nebo jejich využívání k pokusům. Někteří moralisté přirovnávají usmrcení těchto nadbytečných zárodků, které nebyly umístěny do dělohy ženy, ke spontánním potratům.

'Rozhodně bychom nesouhlasili s prováděním výzkumů na našich embryích. Vždyť je to jako testovat člověka proti jeho vůli. To nevyvinuté dítě se nemůže samo bránit, tak od toho má své rodiče, aby jednali v jeho zájmu, což výzkum není.' (ž)

5.10 Klonování

Termínem klonování se označuje proces, při němž jsou vytvářeni geneticky identičtí jedinci. Klonováním dochází k přenosu jádra jedné buňky do buňky jiné, která je zárodečná. Dochází v podstatě ke tvorbě identických kopií. Může jít o formy klonování ze somatické buňky, nebo z embryonální buňky (umělá identická dvojčata). Při klonování celého organismu ze somatické buňky je klon opožděným identickým dvojčetem osoby, která disponovala somatickou buňkou a rodí se jako dítě nikoliv ve věku nultého roku, ale ve věku dárce somatické buňky použité ke klonování. Klonování v reprodukční medicíně je ale zakázáno. Reprodukčním klonováním by se dal označit přenos buněčných jader, jehož výsledkem by mohlo být narození plodu se stejnou genetickou výbavou, jaká je u dárce.

Ke klonování jsou na místě v první řadě námitky biologické, neboť klonování směřuje i proti zákonům přirozeného výběru, a mohlo by tak zcela jistě postupně docházet k oslabení populace. Ale mnohem více se klonování dotýká etických námitek. Z pohledu etiky je totiž nutné rozlišovat mezi pojmy „mohu“ a „smím“. Vznik nového lidského jedince není nějakým produktem. Lidská bytost není kopií, ale novým originálem s novou kvalitou.

⁶⁹ VYBÍRAL, J. *Pastorální a etické výzvy v oblasti manželství, rodiny a sexuality*, s. 71.

Podle ratifikované Úmluvy o lidských právech a biomedicíně a Dodatkového protokolu k Úmluvě o lidských právech a biomedicíně o zákazu klonování lidských bytostí je reprodukční klonování pro vytváření lidských embryí pro výzkumné účely v České republice zakázáno. Proces klonování má pravděpodobně velký výzkumný potenciál. Často se ozývá, že je od reprodukčního klonování třeba zřetelně odlišit terapeutické⁷⁰ (nebo-li výzkumné) klonování. Tento rozdíl však není v našich právních předpisech zohledněn. I když zákony terapeutické klonování nezmiňují, mezinárodní smlouva zakazuje vytváření lidských embryí pro výzkumné účely.

Klonování je propleteno mnoha biologickými otázkami, takže jeho klinické užití nelze v brzké době očekávat, ačkoliv by ze stran neplodných párů, kterým nepomohla asistovaná reprodukce k vlastnímu dítěti, mohly zaznívat požadavky o zlegalizování terapeutického klonování.⁷¹ Rovněž tak pro mnohé lékaře a vědce by výzkumné klonování mohlo posloužit například k vytvoření tkáňových kultur využitelných v transplantační medicíně.

Proces klonování je svou podstatou neprobádanou úrovní lidského jednání a zkoumání. Pro mnohé by jeho zlegalizování mohlo sice znamenat obrovský úspěch na poli medicíny a ekonomiky státu, ale z lidského hlediska je to zcela nepřírozený zásah do podstaty člověka a jeho žití. Je možná právě proto lepší, že je klonování v reprodukční medicíně ponecháno jako nedotknutelné a zcela eticky nepřijatelné.

⁷⁰ Srov. Kolegium Katolických lékařů, *Dignitas Personae – Bioetika*, s. 27 – 29.

⁷¹ Srov. *Reprodukční klonování člověka*. [online]. [cit. 2010-03-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.vesmir.cz/clanek/reprodukci-klonovani-cloveka>>.

PRAKTICKÁ ČÁST

6 Cíl práce

Vzhledem k tomu, že asistovaná reprodukce s sebou přináší mnoho etických otázek, rozhodla jsem se obrátit jak na některé neplodné páry z Karlovarského kraje, kteří se léčí pro svou neplodnost, tak také na laickou veřejnost. Osobní zkušenosti neplodných párů byly velkým přínosem pro mou diplomovou práci. S jejich souhlasem jsem některé z jejich odpovědí použila v teoretické části.

V praktické části práce jsem si stanovila následující cíle a hypotézy:

Cíl 1

Zjistit u neplodných párů, zda považují metody a techniky asistované reprodukce za etické.

Hypotéza 1

Neplodné páry považují metody a techniky asistované reprodukce za etické.

Cíl 2

Zjistit u veřejnosti, zda považují metody a techniky asistované reprodukce za etické.

Hypotéza 2

Se zvyšujícím se počtem metod a technik asistované reprodukce roste označení těchto metod veřejností za neetické.

7 Charakteristika výzkumné techniky

Výzkum mé diplomové práce je se zaměřením na populaci. Zaměřila jsem se na reprezentativnost, která by měla vypovídat o tom, jaký postoj je možné u oslovených respondentů z populace najít. Hypotézy budou zkoumány prostřednictvím kvantitativního výzkumu technikou dotazníku.

7.1 Dotazník

Podstatou dotazníku je zjištění dat a informací o respondentovi, ale i jeho názorů a postojů k problémům, které dotazujícího zajímají. Na rozdíl od některých jiných technik je používána forma písemných odpovědí na položené otázky. Velkou předností dotazníku je možnost oslovit velký počet respondentů, získat od nich informace, které nejsme schopni získat jinou technikou, zejména pokud jde o stanoviska, názory nebo postoje dotazovaných osob. Negativní stránkou dotazníku je především chybějící kontakt mezi dotazujícím a respondentem. Dotazující při použití dotazníku nemůže získat upřesnění nejasných či pro něj zajímavých odpovědí a zároveň nemá možnost sledovat nonverbální projevy respondenta. Další nevýhodou je to, že respondent může postřehnout záměry zadavatele a přizpůsobit se. Odpovídá tak, jak si myslí, že je od něho očekáváno.

V úvodu dotazníku byla použita z pomocných otázek tzv. otázka identifikační, která byla orientována na pohlaví respondenta. Dále již byly kladeny otázky uzavřené, polootevřené a otevřené. Dotazníky byly anonymní, což respondentům umožnilo odpovídat uvolněněji a bez obav, že by jejich odpovědi mohlo být zneužito (příloha I. a příloha II.).

8 Charakteristika zkoumaných souborů

Prostřednictvím dotazníků byly osloveny dva zkoumané vzorky.

Prvním vzorkem byly neplodné páry z Karlovarského kraje, které si již podaly žádost o zprostředkování náhradní rodinné péče Krajským úřadem Karlovarského kraje v období od 1. ledna 2009 do 31. prosince 2009.

Druhým vzorkem byla veřejnost oslovená cíleně či náhodně z regionů Karlovarského, Jihočeského a Plzeňského kraje v období od 1. ledna 2010 do 28. února 2010.

9 Vyhodnocení a interpretace získaných dat

9.1 Vyhodnocení dotazníků – neplodné páry

Návratnost dotazníků

Z původního vzorku 20 oslovených respondentů byla návratnost dotazníků osobní formou 20 dotazníků.

Věk neplodných párů

Tab. č. 1 Věkové složení neplodných párů

(údaje uvedeny v počtech respondentů k 15. 3. 2010)

Pohlaví respondentů	Věk neplodných párů			
	29 – 32 let	33 – 36 let	37 – 40 let	41 a více let
Muži	3	2	3	2
Ženy	6	1	1	2

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 1 - Snahy o početí bez účasti asistované reprodukce

Tab. č. 2 Časová přímka

(údaje uvedeny v počtech respondentů k 15. 3. 2010)

Počty roků	0	1 – 3	4 - 8	9 - 12	více
Počet párů	1	2	5	1	1

Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: Z deseti oslovených neplodných párů se jich nejvíce pokoušelo o dítě v rozmezí od 4 do 8 let. Tato doba je velice dlouhá, přičemž má za následek zvyšující se věk ženy pro možnost úspěšnějšího početí prostřednictvím metod asistované reprodukce.

Otázka č. 2 - Podstoupené metody asistované reprodukce

Z deseti párů jich celkem devět podstoupilo IUI a co se týče počtu provedených IUI, tak jeden pár absolvoval zatím první pokus, dalších šest již absolvovalo 2 až 3 pokusy a dva páry podstoupili více než 5 IUI.

Z celkem deseti oslovených párů jich osm již podstoupilo i cyklus IVF. Čtyři páry již absolvovaly 2 až 3 cykly IVF, tři páry podstoupily 4 až 5 cyklů IVF a jeden pár podstoupil více než 5 cyklů IVF.

Otázka č. 3 - Prožívání celého cyklu IVF a opora ze strany partnera/ky

Každý z deseti párů se vyjádřil tak, že ať již v úvodu celého léčení, nebo na závěru prožívaly vše velice emotivně. Ženy více hovořily o nadějích na počátku léčby a o smutku až depresích na konci, když k implantaci embrya či embryí nedošlo. Muži rovněž vyjádřili počáteční naděje, ale současně s tím prožívali obavy a respekt z celého léčení. Na konci neúspěšné léčby prožívaly zklamání a lítost. Dva páry z deseti se vyjádřily neutrálně, žádné emoce prožívat nemohly, neboť neprošly cyklem IVF. U obou žen je nemožné vlastní těhotenství, neboť nemají dělohu.

Shodně všech deset žen odpovědělo, že se v průběhu léčby snažily být svému partnerovi oporou, přestože samy více vnímaly, že bez jeho podpory by ony samotné oporou být nejspíš nemohly. Devět z deseti mužů rovněž uvedlo, že vnímaly jako přirozené být své partnerce oporou, vždyť největší břemeno léčby leží právě na nich. Jeden muž se vyjádřil rozporuplně, jeho vnější reakce byly ženou chápány jako jeho podpora, on však vnitřně oporu manželce neposkytoval⁷².

Komentář: Zajímala jsem se o rozdílnost vnímání a emočního prožívání u ženy a u muže. Byla jsem však překvapená, když mi většina mužů sdělila své emoční prožitky dosti podobné ženám. Intenzita a hloubka jejich emočního prožívání, když byla jejich partnerka například na operačním sále z důvodů punkcí oocytů, nebo podstoupila opakované gynekologické vyšetření. Z jejich vyjádření byl patrný soucit s partnerkou, ale současně i uvědomění si své pozice ochránce. Vyjádření žen by se dalo označit za mírně submisivní. Byly rády, že je partner doprovází do centra asistované reprodukce, je jim po boku i během rozhovoru s lékařem.

Otázka č. 4 - Nakládání s nadbytečnými embryi centrem asistované reprodukce

Z deseti oslovených neplodných párů se 3 vyjádřily, že se zajímaly o způsobu nakládání s nadbytečnými embryi, která se nevyužijí v rámci cyklů IVF. Zbýlých 7 párů se o způsobu nakládání s nadbytečnými embryi nezajímalo.

⁷² Za necelé tři měsíce od našeho setkání muž podal žádost o rozvod.

Přijímaly sdělení lékařů z center asistované reprodukce jako samozřejmé a více dotazů z jejich strany nebylo zapotřebí.

Otázka č. 5 - Kryokonzervace embryí

Zajímala jsem se, zda některý z párů využil v rámci léčby své neplodnosti možnosti kryokonzervace embryí. Z deseti párů mi kladně odpovědělo devět, přičemž desátý pár z důvodu svých nábožensko-kulturních postojů vnímá zábrany ve zmrazování lidského zárodku. Dva páry mají sice uschovaná embrya, ale k transferu do dělohy léčené ženy nedojde. V případě jedné ženy jsou embrya z předchozího cyklu a v případě druhé ženy jsou ponechána na případné použití v rámci náhradního mateřství.

Otázka č. 6 - Využití dárcovských gamet

Využití dárcovských gamet je nejvíce eticky diskutované z hlediska ztráty rodové linie, přičemž samotné dítě se mnohdy ani o svých biologických rodičích nedozví. Zajímalo mne, jak se k dárcovství gamet staví samotné neplodné páry. Osm z deseti oslovených párů mi sdělilo, že dárcovství gamet nevyužili, neboť mají dostatek vlastních gamet. Zvláště u mužů bylo patrné, jak jim lichotí vědomí využití vlastních genů v případě pokusů o početí dítěte. Dva z párů využily dárcovské gamety, jeden pár použil od dárkyně oocyty a druhý pár použil dárcovské spermie.

Otázka č. 7 - Využití náhradního mateřství

Odpovědi neplodných párů se v rámci této otázky ztotožňují s předchozí otázkou. Rovněž osm z deseti párů by náhradní mateřství nevyužilo, dle jejich vyjádření ani není třeba. Dva páry se otázce náhradního mateřství staví znatelně pozitivněji. Je to zdůvodněné potřebou, neboť ženy nemohou dítě sami donosit, přesto jejich touha po vlastním dítěti je vysoká. U jednoho z párů již byly i podniknuty kroky k možnosti osvojení dítěte po získání informací týkající se náhradního mateřství. Druhý pár si stále rozmýšlí, zda využít náhradního mateřství.

Otázka č. 8 - Výzkum na nadbytečných embryí

Toto velice ožehavé etické téma bylo z pohledu neplodných párů chápáno naopak jako velice užitečné a potřebné ke zdokonalení metod asistované reprodukce. Kladně se vyjádřilo osm párů z deseti, že s výzkumem na nadbytečných embryích souhlasí. Dva páry se vyjádřily odmítavě, přičemž jeden pár z nich se vyjádřil zcela záporně. Vnímá embryo jako vyvíjejícího se člověka, a proto vnímají výzkum na embryích jako naprosto neetický zásah člověka.

Otázka č. 9 - Postoj k preimplantační genetické diagnostice

Z deseti neplodných párů se jich devět z nich vyjádřilo k preimplantační genetické diagnostice kladně. Souhlasí s touto metodou, neboť jim tak může zaručit vyšší úspěšnost na možné otěhotnění. Nic neetického na této metodě neshledávají. Zvláště muži se vyjádřili tak, že jestliže se získá větší počet oocytů k oplodnění, tak proč z oplodněných oocytů nevybrat ty nejkvalitnější embrya pro transfer.

Jeden pár se vyjádřil zásadně negativně. Shledává v této metodě naprosto nepřirozený a neetický zásah medicíny a člověka do vývoje budoucího dítěte.

Otázka č. 10 - Postoj k prenatalní diagnostice

K etickým aspektům prenatalní diagnostiky se z deseti neplodných párů kladně vyjádřily pouze 4 páry s tím, že by tuto metodu podstoupily, aby věděly, zda se jim narodí zdravé dítě či nikoliv.

Další 4 páry se vyjádřily, že by s největší pravděpodobností prenatalní diagnostiku odmítly podstoupit. Netušily by totiž, jak by se měly poté rozhodnout. Proto by raději ani nechtěly mít možný důvod k interrupci. Touha po dítěti je podle nich natolik silná, že by se odvážily i k výchově postiženého dítěte.

Dva páry prenatalní diagnostiku zcela odmítly. Domnívají se, že každé dítě má právo na život, tak proč touto metodou ještě stresovat budoucí rodiče, kteří jsou plni očekávání a pozitivních nadějí na narození vlastního dítěte.

Otázka č. 11 – Postoj k redukcii implantovaných embryí

K otázce redukování více implantovaných embryí se vyjádřilo celkem 9 párů zcela odmítavě. Zvláště ženy by nesouhlasily s redukcí některého z implantovaných embryí. Naopak se vyjádřily, že jestliže podstupují IVF s transferem více embryí, tak počítají s možným vícečetným těhotenstvím. K možnosti narození dvojčat, případě i trojčat se všech 9 párů vyjádřilo s nadšením i toužebným přáním.

Pouze 1 pár se vyjádřil, že by nejspíše podstoupil redukcii některého z implantovaných embryí a to pouze za situace, pokud by jim tento zákrok lékař doporučil. Zvláště paní se obávala narození více dětí, vyjádřila se, že by nejspíše péči o vícerčata nezvládla.

Otázka č. 12 – Selektce pohlaví budoucího dítěte

K otázce selektce pohlaví budoucího dítěte se lišily odpovědi mužů a žen. Zatímco všechny ženy se k otázce možné selektce pohlaví dítěte vyjádřily negativně, neboť není pro ně rozhodující, zda porodí chlapce či dívku, tak naproti tomu se 8 z 10 mužů vyjádřilo, že pokud by bylo možné provést selekci pohlaví, tak by si přáli mít jako prvorozené dítě syna. U druhého dítěte by již případnou selekci provádět nechtěli. Zbývající 2 muži se vyjádřili, že by selekci pohlaví dítěte odmítli, neboť nepovažují žádné ze dvou pohlaví za důležitější či nadřazenější. Je jim jedno, zda by měli dceru či syna.

Otázka č. 13 - Stádium léčby neplodnosti v rámci cyklu IVF

Tab. č. 3: Stádium léčby neplodnosti

(údaje uvedeny v počtech respondentů k 15. 3. 2010)

	Stádium léčby			
	Nezapočatá	KET ⁷³	Přerušená	Ukončená
Počet párů	2	4	2	2

Zdroj: vlastní výzkum

⁷³ KET (kryoembryotransfer) – transfer dříve zmražených embryí do dělohy ženy v rámci cyklu IVF.

Komentář: Poslední otázkou jsem zjišťovala, v jakém stádiu léčby se neplodné páry nachází. U jednoho z párů k léčbě neplodnosti prostřednictvím metody IVF nedošlo, z jejich nábožensko-kulturních tradic shledávají metodu IVF jako již nadlidský zákrok do přirozeného početí. A druhého z těch důvodů, že žena nemá vlastní oocyty ani dělohu. Čtyři páry hodlají podstoupit KET. Dva páry mají léčbu IVF přerušenu a u dvou párů došlo k ukončení léčby.

Otázka č. 14 - Představa o budoucnosti – náhradní rodinná péče či bezdětnost?

Devět z deseti párů mi kladně odpovědělo, že s bezdětností se smířit nechtějí. Proto se rozhodly, mnohdy i souběžně s pokračující léčbou neplodnosti, podat žádost o osvojení dítěte. Čtyři z těchto párů dostaly do péče budoucích osvojitelů dítě, dva páry již jsou zařazeny do evidence žadatelů vhodných stát se osvojiteli a na vhodné dítě čekají a u třech párů dosud nebylo správní řízení o zařazení do evidence žadatelů ukončeno, z důvodu probíhajícího přípravného kurzu pro budoucí osvojitele. Desátý pár se sice pokoušel o zprostředkování osvojení, ale jeho představy o budoucím dítěti nebyly příslušným krajským úřadem shledány jako vyhovující (kritérium přiměřeného věku žadatelů a dítěte). Z tohoto důvodu se rozhodli od žádosti o náhradní rodinnou péči ustoupit a ještě se pokusit o cyklus IVF.

Komentář: Pro mnoho neplodných párů je těžké smířit se s realitou, že nebudou vychovávat vlastního potomka. S ohledem na mnohdy opakované cykly IVF s negativním výsledkem u oslovených párů jsem poslední otázkou zjišťovala představy párů o jejich budoucnosti, týkající se možného rodičovství či naopak smíření se s bezdětností. Z vyjádření většiny oslovených párů je patrné, že v případě neúspěchu o početí vlastního dítěte obrátily svou potřebu o nenaplněné rodičovství k náhradní rodinné péči. Třem párům již bylo zprostředkováno osvojení a jejich potřeba vychovávat dítě byla tak naplněna. Další tři páry jsou již v očekávání a další tři o svůj osud, jakožto náhradních rodičů teprve usilují. Poslední pár měl rozdílné požadavky na dítě s reálnou možností získat dítě do osvojení. Ačkoliv byli příslušným krajským úřadem zařazeni do evidence žadatelů vhodných stát se osvojiteli, nesouhlasili s věkovým kritériem pro ně

vhodného dítěte. Z tohoto důvodu svou žádost o osvojení vzali zpět a ještě jednou se chtějí pokusit o umělé oplodnění.

9.2 Vyhodnocení dotazníků – veřejnost

Návratnost dotazníků

Z původního vzorku 200 oslovených respondentů byla návratnost dotazníků elektronickou formou 80 a osobní formou 71 dotazníků. Z čehož vyplývá, že procentuální návratnost je 75,5%.

Pohlaví

Z celkového počtu 151 oslovených respondentů bylo 48 mužů a 103 žen.

Komentář: Ačkoliv jsem oslovila zpravidla manželské či partnerské páry, návratnost dotazníků byla více od žen, než od mužů. Zdůvodnění bylo, že pro muže je vyplňování dotazníků neoblíbené a z nedostatku času často i nereálné.

Otázka č. 1 – Víte o někom ze svého okolí, že se potýká s nedobrovolnou bezdětností?

Z celkového počtu 48 mužů se jich 23 (48%) vyjádřilo, že znají ze svého okolí někoho, kdo se potýká s nedobrovolnou bezdětností, přičemž 25 mužů (52%) se vyjádřilo, že o nikom takovém neví.

Z celkového počtu 103 žen se jich 77 (75%) vyjádřilo, že znají ze svého okolí někoho, kdo se potýká s nedobrovolnou bezdětností, přičemž 26 žen (25%) se vyjádřilo, že o nikom takovém neví.

Otázka č. 2 - Na čí doporučení jsou neplodné páry odkázány na centra asistované reprodukce?

Tab. č. 4: Doporučení k léčbě neplodnosti

(údaje uvedeny v počtech respondentů k 15. 3. 2010)

Pohlaví respondentů	Psychologem	Psychiatrem	Obvodním lékařem	Gynekologem (příp. urologem)	Bez doporučení
Muž	2	0	1	41	4
Žena	0	0	1	96	6

Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: Většina oslovených respondentů má správné povědomí o odbornosti lékaře doporučujícího neplodné páry na centra asistované reprodukce. Rovných 93% žen a 85% mužů správně uvedlo gynekologa (příp. urologa).

Otázka č. 3 - Pokud byste nemohli počít vlastní dítě, podstoupili byste některou z technik asistované reprodukce?

Tab. č. 5: Využití asistované reprodukce k početí dítěte

(údaje uvedeny v počtech respondentů k 15. 3. 2010)

Pohlaví respondentů	Ano	Ne	Nevím
Muži	35	1	12
Ženy	76	5	22

Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: Ze získaných odpovědí na tuto otázku je patrné, nakolik je asistovaná reprodukce v podvědomí respondentů. Celých 73% mužů by se v případě neschopnosti počít vlastní dítě obrátilo na asistovanou reprodukci. Rovněž tak 74% žen by využilo metod a technik asistované reprodukce k početí dítěte v případě potíží se spontánní graviditou.

Otázka č. 4 - Která z technik asistované reprodukce je podle Vás nejvíce eticky diskutovaná?

Ze zkoumaného vzorku odpovědělo 35 mužů (73%) a 82 žen (80%), že nejvíce eticky diskutovaná je metoda in vitro fertilizace. Nejčastější

zdůvodnění bylo, že se jedná o způsob početí mimo tělo ženy, kdy se tudíž nejedná o přirozené početí, ale o způsob početí zásahem člověka.

Jako další z metod uvedli 4 muži (8%) a 7 žen (7%) hormonální léčbu jako neetický zásah člověka do možného početí dítěte.

A nakonec 9 mužů (19%) a 14 žen (13%) uvedlo umělou inseminaci jako neetický zásah člověka do možného početí dítěte.

Otázka č. 5 - Kolikrát mohou léčené páry podstoupit umělou inseminaci plně hrazenou zdravotním systémem během jednoho roku?

Ze zkoumaného vzorku je 27 mužů (56%) a 87 žen (84%) přesvědčeno, že lze umělou inseminaci podstoupit během jednoho roku 4krát za plné účasti plateb zdravotním systémem.

Napříč tomu je 12 mužů (25%) a 11 žen (necelých 11%) přesvědčeno, že umělou inseminaci lze podstoupit 5krát.

A nakonec 9 mužů (19%) a 5 žen (méně než 5%) je přesvědčeno, že lze umělou inseminaci podstoupit během jednoho roku 6krát.

Komentář: Ze zkoumaného vzorku správně odpovědělo 14 osob, většina je přesvědčena, že provedení umělé inseminace při plném uhrazení zdravotním systémem je pouze 4krát. Jako zdůvodnění mi někteří i nad rámec požadovaných odpovědí uvedli, že zdravotnictví v České republice neustále šetří a naopak je pro ně překvapením, že toto vůbec hradí.

Otázka č. 6 - Kolik cyklů IVF může žena podstoupit za účasti plateb zdravotním systémem?

Tato otázka je obdobná předchozí otázce, rozdíl je pouze v metodě asistované reprodukce. Ze zkoumaného vzorku je 37 mužů (77%) a 98 žen (95%) přesvědčeno, že za účasti plateb zdravotním systémem lze podstoupit 3 cykly IVF, výjimečně 4 cykly.

Naproti tomu je 10 mužů (21%) a 4 ženy (necelé 4%) přesvědčeno, že za účasti plateb zdravotním systémem lze podstoupit 6 cyklů IVF, výjimečně 7 cyklů.

A nakonec 1 muž (2%) a 1 žena (1%) jsou přesvědčeni, že za účasti plateb zdravotním systémem lze podstoupit 9 cyklů IVF, výjimečně 10 cyklů.

Komentář: Z odpovědí respondentů je vskutku patrné, že metoda IVF je jednou z nejnámějších metod asistované reprodukce i co se do počtu cyklů IVF týče.

Otázka č. 7 - Nejsou-li spotřebována všechna embrya pro cyklus IVF, mohou být kryokonzervována a případně použita při dalších cyklech, bude-li je pár chtít podstoupit. Myslíte si, že je kryokonzervace embryí eticky přípustná?

Tab. č. 6: Souhlas s kryokonzervací embryí

(údaje uvedeny v počtech respondentů k 15. 3. 2010)

Pohlaví respondentů	Ano	Ne
Muž	36	12
Žena	82	21

Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: Celkem 75% mužů a 80% žen pohlíží na kryokonzervaci embryí jako na eticky přípustnou techniku asistované reprodukce. Většina shledává embrya jako biologický materiál, nepovažují je za člověka. Naopak 25% mužů a 20% žen nesouhlasí se kryokonzervací embryí. Vnímají to jako neetický zásah do vývojového stadia jedince.

Otázka č. 8 - Při jedné punkci se zpravidla získá 2 – 20 vajíček. Avšak pro jeden cyklus IVF se použijí 2 maximálně 3 embrya. Zbylá embrya se zpravidla likvidují. Myslíte si, že je to správné?

Z celkového počtu respondentů souhlasí s likvidací nadbytečných embryí 34 mužů (71%) a 66 žen (64%). Nejčtenější zdůvodnění bylo, že tak nemohou být embrya zneužita. Většina respondentů souhlasící s likvidací embryí neshledávají embryo jako životaschopný plod, dokud mu není dána příležitost vyvíjet se v děloze ženy. V takovém případě jejich nadbytečnost chápou jako potřebnou k získání nejkvalitnějších embryí k transferu.

Opačný názor zastává 14 mužů (29%) a 37 žen (36%). Ty shledávají likvidaci embryí jako naprosto neetický zásah člověka. Z jejich pohledu je embryo

životaschopný zárodek jedince. Jejich nadbytečné množství zohledňují jako zbytečnou výrobu embryí, přičemž se narušuje u člověka jeho přirozený reprodukční cyklus (dozrávání pouze jednoho oocytu vhodného k možnému oplodnění).

Otázka č. 9 - Souhlasili byste s výzkumem na nadbytečných embryích nevyužitých pro umělé oplodnění?

Tab. č. 7: Souhlas s výzkumem na embryích

(údaje uvedeny v počtech respondentů k 15. 3. 2010)

Pohlaví respondentů	Ano	Ne	Nevím
Muž	28	9	11
Žena	41	37	25

Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: S výzkumem na nadbytečných embryích by souhlasilo 58% mužů a 40% žen. Jejich postoje jsou zdůvodněné (ačkoliv zdůvodnění nebylo k otázce požadováno) tím, že vědecký pokrok a medicína nalézají stále nové a lepší techniky, které dle jejich mínění mohou pomoci člověku. A může-li výzkum na nadbytečných embryích pomoci neplodným párům k úspěšnějšímu otěhotnění, je cena za využití embryí k výzkumu považována za nevýznamnou. Dle většiny je totiž embryo shledáváno na biologický materiál.

Otázka č. 10 - Vícečetná těhotenství jsou označována za riziková, proto se lékaři uchylují k redukci implantovaných embryí. Myslíte si, že redukce některého z implantovaných embryí je etická správná?

Z celkového počtu 151 respondentů se k redukci vícečetných těhotenství kladně vyjádřilo 29 mužů (60%) a 51 žen (50%), neboť jako hlavní shledávají zdraví ženy.

Záporně se k redukci implantovaných embryí vyjádřilo 6 mužů (13%) a 28 žen (27%), neboť se domnívají, že lékař není ten, kdo by měl rozhodovat o ukončení vývoje některého z embryí.

A nakonec 13 mužů (27%) a 24 žen (23%) uvedlo, že k redukci implantovaných embryí nezaujímají žádné stanovisko.

Otázka č. 11 - Myslíte si, že je etické při umělém oplodnění provádět selekci pohlaví budoucího dítěte?

Tab. č. 8: Selektce pohlaví

(údaje uvedeny v počtech respondentů k 15. 3. 2010)

Pohlaví respondentů	Ano	Ne	Nevím
Muž	12	30	6
Žena	16	68	19

Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: Z oslovených respondentů se 25% mužů a 16% žen vyjádřilo, že pokud by to umožňovala medicína, tak by si zvolili, zda mít chlapce nebo dívku. Naopak z dotazových respondentů se 63% mužů a 66% žen vyjádřilo negativně k možné selekci pohlaví budoucího dítěte. Selektci pohlaví shledávají jako neetický zásah proti přirozenému výběru pohlaví dítěte. A nakonec 12% mužů a 18% žen uvedlo, že k této problematice nezaujímají žádné stanovisko.

Otázka č. 12 - Náhradní mateřství s sebou v České republice přináší jak právní, tak i etické problémy. Dokázali byste říci, v čem tyto problémy spočívají?

V této otázce bylo respondentům umožněno se volně vyjádřit. Znění otázky již samo naznačovalo dva problémy náhradního mateřství – právní a etické. Avšak respondenti k těmto dvěma problémům definovali ještě třetí problém – psychický. Většina respondentů uvedla více než jeden problém.

Z uvedených odpovědí, s ohledem na právní problematiku náhradního mateřství, lze uvést otázku postavení biologické rodiče, neboť matkou dítěte je žena, která je porodí. S tím souvisí otázka dědického nároku, ale rovněž ztráta anonymity a finanční otázka. Četnost těchto odpovědí se objevila v dotaznicích mužů ve 13 případech (27%) a v dotaznicích žen ve 43 případech (42%).

Z uvedených odpovědí, s ohledem na etickou problematiku náhradního mateřství, lze uvést využití náhradní matky jako inkubátoru, vaku pro donošení

dítěte, otázku morálky, určité zakázky na dítě a s tím možného vydírání či nelegálního obchodování. Četnost těchto odpovědí se objevila v dotaznících mužů v 8 případech (17%) a v dotaznících žen v 18 případech (38%). Rovněž jako etický problém byl zdůvodňován aspekt nepřipravenosti společnosti (v otázce jeho vědomí i legislativy). Četnost těchto odpovědí se objevila v dotaznících mužů ve 2 případech (4%) a v dotaznících žen v 6 případech (6%).

Z uvedených odpovědí, s ohledem na psychickou problematiku náhradního mateřství, lze uvést vytvoření citové vazby náhradní matky k dítěti a následné nepředání biologickým rodičům, jejichž bylo embryo. Rovněž psychický problém byl nastíněn v případě postižení dítěte a jeho oboustranného odmítnutí. A v neposlední řadě také otázka identity dítěte. Četnost těchto odpovědí se objevila v dotaznících mužů v 11 případech (23%) a v dotaznících žen ve 43 případech (42%).

K této problematice se vyjádřilo 23 mužů (48%) a 27 žen (26%) s tím, že nedokážou posoudit žádný problém, který s sebou náhradní mateřství může přinášet.

Otázka č. 13 - V rámci asistované reprodukce se provádí před zavedením embrya do dělohy selekce kvalitně a méně kvalitněji se vyvíjecích embryí (preimplantační genetická diagnostika). Domníváte se, že zásah do výběru kvality embryí je eticky přijatelný, přičemž se i z méně kvalitního embrya může narodit zdravý člověk (např. u spontánního těhotenství, kdy se kvalita embrya nedagnostikuje).

Tab. č. 9: Provádění preimplantační genetické diagnostiky

(údaje uvedeny v počtech respondentů k 15. 3. 2010)

Pohlaví respondentů	Ano	Ne	Nevím
Muži	31	8	9
Ženy	54	25	24

Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: Z celkového počtu respondentů se 65% mužů a 53% žen kladně vyjádřilo k provádění preimplantační genetické diagnostiky, přičemž to shledávají

za etické, neboť k tomuto účelu tato metoda slouží. Naopak z celkového počtu respondentů se 16% mužů a 24% žen vyjádřilo negativně k provádění preimplantační genetické diagnostiky, tuto metodu neshledávají jako etickou, neboť dochází k nepřirozenému zásahu do výběru embryí. Nakonec se z celkového počtu respondentů vyjádřilo 19% mužů a 23% žen, že nedokážou posoudit etické aspekty preimplantační genetické diagnostiky.

Otázka č. 14 - Prenatální diagnostika se provádí u již zavedených embryí do dělohy, kdy v případě zjištění abnormalit u embrya může léčenému páru lékař doporučit interrupci. Domníváte se, že je etické provádět prenatální diagnostiku?

Tab. č. 10: Provádění prenatální diagnostiky

(údaje uvedeny v počtech respondentů k 15. 3. 2010)

Pohlaví respondentů	Ano	Ne	Nevím
Muži	39	3	6
Ženy	83	9	11

Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: Z celkového počtu respondentů s prenatální diagnostikou souhlasilo 81% mužů a 81% žen. U takto vysokého počtu odpovědí se nejčastěji objevovalo vyjádření, že jestliže se neplodnému páru podaří úspěšně otěhotnět, měl by rovněž vědět, zda jeho dítě bude zdravé či postižené. K tomu názoru byl zpravidla přiřazen názor, že ačkoliv má i postižené dítě právo na život, nejedná se v tomto případě o život kvalitní. Ba naopak, je-li v rodině postižené dítě, představuje to podle respondentů náročnou životní zkoušku, kterou není každý jedinec schopen ustát. Postižené dítě dle většiny respondentů souhlasících s prenatální diagnostikou neznamená šťastný a kvalitní život všech.

Naopak s prenatální diagnostikou nesouhlasilo 6% mužů a 9% žen. V prenatální diagnostice shledávají neetickou metodu, která staví budoucí rodiče do tíživé situace, zda se rozhodnout pro ukončení těhotenství, nebo naopak porodit dítě s možností jeho postižení. Častým argumentem respondentů negujících prenatální diagnostiku je názor, že i postižené dítě má právo na život,

jenž bude kvalitní jak pro dítě samotné, tak i pro rodiče. Rovněž se objevilo sdělení, že ze zkušeností některých respondentů bylo prenatalní diagnostikou stanoveno postižení dítěte, které se však následně narodilo zdravé. Tíživé rozhodování rodičů, zda podstoupit interrupci či nikoliv je tudíž chápáno jako neetické ze strany této metody i lékařů samotných.

A nakonec se k prenatalní diagnostice vyjádřilo 13% mužů a 10% žen, že nedokážou posoudit, zda je tato metoda etická či nikoliv.

Otázka č. 15 - V České republice je klonování z lidských gamet zakázáno. Pokud by se ale např. referendem mělo rozhodovat o legalizaci klonování, váš postoj by byl jaký?

Tab. č. 11: Provádění klonování

(údaje uvedeny v počtech respondentů k 15. 3. 2010)

Pohlaví respondentů	Ano	Ne
Muži	10	38
Ženy	11	92

Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: K otázce případné legalizace klonování z lidských gamet se kladně vyjádřilo 21% mužů. Jejich případný souhlas s prováděním klonování z lidských gamet byl odůvodněn v 7 případech (15%) léčbou nevléčitelných nemocí, či transplantací u vážně nemocných osob a ve 3 případech (6%) vědeckým pokrokem, které lidstvo nezastaví a je nutné se touto otázkou již zabývat a umět ji přijmout jako součást naší budoucí existence.

K otázce případné legalizace klonování z lidských gamet se kladně vyjádřilo 11% žen. Jejich případný souhlas s prováděním klonování z lidských gamet byl odůvodněn v 10 případech (10%) rovněž léčbou nevléčitelných nemocí, či transplantací u vážně nemocných osob a v 1 případě (1%) by souhlas s klonováním musel být opodstatněn řádnou legislativou.

K otázce případné legalizace klonování z lidských gamet se negativně vyjádřilo 79% mužů a 89% žen. Nejčtenější zdůvodnění bylo, že klonování je zásadní zásah proti přírodě, dále že by klonování mohlo být lehce zneužitelné.

Pro většinu respondentů by klonování z lidských gamet bylo zcela nepřijatelné a neetické, neboť kouzlo života člověka je v jeho jedinečnosti a konečnosti. Jestli by se umožnilo klonování, znamenalo by to katastrofální dopad na lidskou populaci z hlediska výběru některého z pohlaví, dále diskriminace z důvodů finančních možnosti určitých skupin obyvatelstva a v neposlední řadě vnímání člověka jako tvora Božího a ne technického.

10 Shrnutí

S ohledem na dvě odlišné zkoumané skupiny – neplodné páry a veřejnost – jsem si stanovila dvě hypotézy.

Hypotézou 1 jsem si stanovila, že se neplodné páry považují metody a techniky asistované reprodukce za etické. Z vyhodnocených dotazníků vyplynulo, že 80% neplodných párů neshledává metody asistované reprodukce jako neetické. Naopak metody a techniky asistované reprodukce vnímají jako užitečné a sloužící k pomoci jim samotným i dalším neplodným párům toužícím po vlastním potomkovi. Pouze v otázce prenatální diagnostiky se 40% respondentů vyjádřilo kladně ve smyslu etiky této metody. Rovněž byl opačný závěr s ohledem na můj předpoklad v otázce, týkající se možné selekce pohlaví budoucího dítěte a to v rozlišnosti odpovědí mužů a žen. U žen se můj předpoklad potvrdil, ale u mužů se nepotvrdil. Lze tudíž zhodnotit, že se hypotéza 1 potvrdila.

Hypotézou 2 jsem si stanovila, že se zvyšujícím se počtem metod a technik asistované reprodukce roste označení těchto metod veřejností za neetické. U eticky diskutovaných témat, která jsem zkoumala dotazníkem v otázkách č. 3, č. 7, č. 8, č. 9, č. 10, č. 11, č. 13, č. 14 a č. 15 se hypotéza 2 potvrdila pouze v otázkách č. 11 (65% respondentů) a č. 15 (86% respondentů). U zbývajících otázek, zkoumajících názor laické veřejnosti ve smyslu etických aspektů asistované reprodukce, se hypotéza 2 nepotvrdila, neboť oslovení respondenti neshledávají na asistované reprodukci zpravidla nic neetického (otázka č. 3 – 4% respondentů, otázka č. 7 – 22% respondentů, otázka č. 8 – 34% respondentů, otázka č. 9 – 30% respondentů, otázka č. 10 – 22,5% respondentů, otázka č. 13 –

22% respondentů, otázka č. 14 – 8% respondentů). Lze tudíž zhodnotit, že se hypotéza 2 nepotvrdila.

V otázce diskuzí nad etickými aspekty asistované reprodukce převažuje pohled laické veřejnosti benevolentní a více méně tolerující medicínskou pomoc neplodným pářům, nad odmítavým postojem vůči neetickým zákrokům na vyvíjejících se lidských embryích a samotnými technikami asistované reprodukce.

ZÁVĚR

Početí dítěte je náročný a složitý proces, který ne vždy splní naše očekávání. Čím déle a pomaleji odumírá naděje na vlastní dítě, tím větší a rozdrásanější je trauma z neplodnosti. S tou se potýká stále větší počet pářů, ale díky velkému rozvoji poznatků v oblasti reprodukční medicíny jsou šance nedobrovolně bezdětných pářů na dosažení těhotenství vyšší než kdykoli předtím.

Metody asistované reprodukce jsou však pro mnohé morálně a eticky nepřijatelné, hovoří se o lidsko-technickém zásahu do přirozeného početí. Je nezbytné mít na paměti zachování lidské důstojnosti, kdy některé z technik asistované reprodukce mohou již narušovat rovnováhu mezi lidskostí a výrobní technikou. Etické argumenty z řad teologů a etiků však narušují tuto idylu. Člověk je vnímán jako komplexní přirozená bytost a technický zásah do jeho rozmnožování je chápán negativně. Člověk tak ztrácí svou intimitu, v rámci některých technik i svou rodovou identitu. Tříští se pojetí lásky a plození, ztrácí se biologická rovina matka a otec.

V teoretické části diplomové práce jsem se věnovala jak obecné otázce týkající se rodičovství, tak také neplodnosti. Definovala jsem jak mužskou a ženskou neplodnost, tak také příčiny neplodnosti. Věnovala jsem se reakci neplodných na skutečnost, že početí vlastního dítěte je pro ně nedosažitelnou realitou. Pro většinu neplodných pářů je přijetí neplodnosti složitým procesem, který pokračuje snahami o početí prostřednictvím center asistované reprodukce. V případě neúspěchů o těhotenství za účasti metod asistované reprodukce se

neploďné páry poté zpravidla obrací se žádostí o náhradní rodinnou péči na státní instituce, nebo si volí cestu bezdětnosti.

Další z hlavních kapitol teoretické části je asistovaná reprodukce a její metody, které jsem následně definovala a v podkapitolách se jim věnovala. Nejrozsáhlejší kapitolou teoretické části jsou však etická témata související s asistovanou reprodukcí. Pokusila jsem se obsáhnout kromě nejzákladnějších etických témat i další témata, která jsou v rámci asistované reprodukce často řešena jako nepřirozená a neetická či přinejmenším jsou opakovaně diskutována. Mezi nejožehavější témata bezesporu patří redukce mnohočetných těhotenství, preimplantační genetická diagnostika, problém nadbytečných embryí a oddělování plození od pohlavního styku a s tím související metoda IVF. Jako další eticky diskutovaná témata lze uvést morální postavení embrya, kryokonzervace embryí, darování gamet, prenatální diagnostiku, náhradní mateřství či výzkum na embryích. Věnovala jsem se také tématům, která jsou sice upravená příslušnými právními předpisy a v našich podmínkách se zpravidla nebo zcela neprovádí a to selekce pohlaví budoucího dítěte a klonování.

V praktické části diplomové práce jsem zkoumala probíraná témata teoretické části, prostřednictvím dvou stanovených cílů a hypotéz. Zvolila jsem si dva výzkumné vzorky – neploďné páry z Karlovarského kraje a veřejnost z Karlovarského, Plzeňského a Jihočeského kraje. Hypotézy jsem testovala prostřednictvím kvantitativního výzkumu technikou dotazníku. Vyhodnocením a interpretací získaných dat se hypotéza 1 potvrdila a hypotéza 2 se naopak nepotvrdila.

Pro neploďné páry jsou etické otázky týkající se asistované reprodukce nepodstatné, neshledávají je jako neetické. Vnímání metod sloužících k úspěšnému těhotenství, je bráno jako užitečné a podporující demografický nárůst populace. Rovněž tak oslovená veřejnost nepohlíží na asistovanou reprodukci předpojatě, ale naopak toleruje či přímo přijímá a podporuje metody asistované reprodukce.

Ačkoliv se jedna z mých hypotéz nepotvrdila, mne samotnou některé postoje respondentů oslovily, až překvapily. Velkým přínosem pro mne bylo

setkání s neplodnými páry a pohled na metody a techniky asistované reprodukce z jiného úhlu. O asistovanou reprodukci se zajímám již několik let a to nejen z pohledu sociální pracovníce krajského úřadu, ale také z osobních důvodů. Proto lze říci, že pro mne samotnou bylo zpracování diplomové práce velkým přínosem a obohacím, orientovat se v této problematice.

Závěrem lze říci, že asistovaná reprodukce má již zakořeněné povědomí v řadách veřejnosti, která není mnohdy ani nucená řešit svou plodnost. Rozdílnost pohledů na obsáhlý rámec metod a technik asistované reprodukce je prioritně z řad etiků a odborníků na reprodukční medicínu. Lze však jen doufat, že nejen tyto rozdílné pohledy, ale také dialogy přinesou vzájemné porozumění, které bude i všestranně prospěšné a užitečné.

Seznam literatury:

1. ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. Praha : Academia, 2001. ISBN 80-200-0917-5.
2. BABCOCK, P. G. *Webster's Third New International dictionary of the English Language Unabridged.*: Springfield, Massachusetts, U.S.A. : Merriam-Webster, 1986. ISBN 0-87779-201-1.
3. BADINTEROVÁ, E. *O mužské identitě*. Praha : Paseka, 2005. ISBN 80-7185-727-0.
4. *Bible svatá*. Podle posledního vydání Kralického z roce 1613. Brno : Levné knihy KMa, 2004. ISBN 80-7309-138-0.
5. CITTERBART, K. *Gynekologie*. Praha : Galén, 2001. ISBN 80-7262-094-0.
6. CRHA, I. *Dárcovství gamet – biologické, legislativní a etické aspekty*. Česká gynekologie 1997, vol. 62, no. 2. ISBN neuvedeno.
7. CRHA, I. *Etické a legislativní otázky odběru a užití spermií zemřelého*. Česká gynekologie 2004, vol. 69, no. 4. ISBN neuvedeno.
8. ČEPICKÝ, P. *Psychosomatika*. Moderní gynekologie a porodnictví 1999, vol. 8, no. 3. ISBN neuvedeno.
9. DOHERTY, C. M. *Léčba neplodnosti*. Brno : Computer Press, a.s., 2006. ISBN 80-251-0771-X.
10. DOSTÁL, J. *Etické a právní aspekty asistované reprodukce*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2007. ISBN 978-80-244-1700-4.
11. ELTON, B. *Inconceivable*. Great Britain : Bantan Press, 1999. ISBN 0-552-14819-9.
12. EVANS, D., ZARATE, O. *Evoluční psychologie*. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-611-X
13. FALCONE, T., HURD, W. *Clinical Reproductive Medicine and Surgery*. New York : Elsevier, 2007. ISBN: 978-0-323-03309-1.
14. FENCLOVÁ, J. *Když dítě nepřichází*. Studijní texty praxe víry, sešit č. 16. Praha : Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském, 1999. ISBN neuvedeno.

15. FERRERO, B. *Šťastní rodiče*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-937-2.
16. HAŠKOVÁ, H., POMAHAČOVÁ, J. *Rodičovství a bezdětnost ve vybraných časopisech pro ženy a muže*. Praha : Sociologický ústav Akademie věd ČR, 2006. ISBN 80-7330-111-3.
17. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 2. vydání. Praha : Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.
18. CHRÁSKA, M. *Úvod do výzkumu v pedagogice: základy kvantitativně orientovaného výzkumu*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0765-5.
19. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha : Grada Publishing a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
20. IRELAND, M. S. *Reconceiving women: separating motherhood from female identity*. New York : Guilford Press, 1993. ISBN 0-89862-016-3.
21. JONES, H. W., COHEN, J. *Fertility and Sterility*. IFFS Surveillance 2004, vol. 81, no. 5, příl. 4. ISBN neuvedeno.
22. KLEIN, R. *Potracená embrya – právo a etika*. Praktický lékař 1998, vol. 78, no. 6.
23. KLIMEŠ, J. *Reakce na ambivalentní objekt*. Disertační práce. Praha : Universita Karlova, 2002. ISBN neuvedeno.
24. Kolegium Katolických lékařů. *Dignitas Personae - Bioetika*. Brno : Hippokrates, 3/2008. ISSN 1213-2977.
25. KONEČNÁ, H. *Na cestě za dítětem – dvě malá křídla*. Praha : Academia, 2003. ISBN 80-200-1055-6.
26. KONEČNÁ, H. *Na cestě za dítětem – dvě malá křídla*. Praha : Galen, 2009. ISBN 978-80-7262-591-8.
27. KONEČNÁ, H. *Reprodukční zdraví 2005*. České Budějovice : Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN 80-7040-765-4.
28. KONEČNÁ, H. *Reprodukční zdraví 2006*. České Budějovice : Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN 80-7040-855-3.
29. KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. 2. vydání. Praha : Triton, 2004. ISBN 82-7254-538-8.

30. KRATOCHVÍL, S. *Sexuální problémy a potíže*. Praha : Avicenum, 1991. ISBN 80-201-0157-8.
31. KUBÍČEK, V. *Mužská infertilita a erektilní dysfunkce*. Praha : Galén, 1996. ISBN 80-85824-39-6.
32. LAJKEP, T. *Etika, sex, reprodukce*. Zbraslavice : Farmclub, 2004. ISBN 80-239-2243-2
33. MARDEŠIČ, T. *Neplodnost*. Praha : Makropolus, 1996. ISBN 80-86003-01-9.
34. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Desátá revize, MKN – 10. Praha : Bomton, 2008, ISBN-13: 978-80-904259-0-3
35. MRÁZEK, M. *Umělé oplodnění I*. Praha : Triton, 2003. ISBN 80-7254-413-6.
36. MUNZAROVÁ, M. *K zákazu klonování lidských bytostí*. Praktický lékař 2003, vol. 83, no. 12.
37. PELIKÁN, J. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha : Karolinum, 2004. ISBN 80-7184-569-8.
38. PILKA, L. *Těhotenství po přenosu oocyty oplozeného in vitro do vejcovodu*. Československá gynekologie 1982, vol. 47, no. 8, s. 564 – 570. ISBN neuvedeno.
39. PILKA, L., RUMPÍK, D., NOVOTNÁ, M. *Bioetické otázky asistované reprodukce* (Strasbourg 2002) – II. Praktická gynekologie, vol. 2004, no. 6, s. 10 -13. ISBN neuvedeno.
40. PLIŠKA, V. *Pokusy na člověku*. Vesmír 2003, vol. 82, no. 8. ISBN neuvedeno.
41. PONĚŠICKÝ, J. *Fenomén ženství a mužství: Psychologie ženy a muže, rozdíly a vztahy*. Praha : Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-106-2.
42. PREKOP, J. *Jak být dobrým rodičem – Krůpěje výchovných moudrostí*. Praha : Grada Publishing s.r.o., 2001. ISBN 80-247-9063-7.
43. PRESL, J., HORSKÝ, J. *Přehled diagnostiky a terapie poruch menstruačního cyklu a funkční neplodnosti*. Praha : Avicenum, 1984. ISBN neuvedeno.
44. PUNCH, K. *Základy kvantitativního šetření*. Praha : Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-381-9

45. RABUŠIC, L. *Kde ty všechny děti jsou?* Praha : Sociologické nakladatelství, 2001. ISBN 80-86429-01-6.
46. RUFO, M. *Pusť mě, ale neopouštěj!* Praha : Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-616-2.
47. ŘEŽÁBEK, K. *Léčba neplodnosti*. 3. aktualizované vydání. Praha : Grada Publishing a.s., 2004. ISBN 80-247-1010-2.
48. ŘEŽÁBEK, K. *Léčba neplodnosti*. 4. aktualizované vydání. Praha : Grada Publishing a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2103-3.
49. ŘEŽÁBEK, K. *Asistovaná reprodukce*. Praha : Maxdorf, s.r.o., 2008. ISBN 978-80-7345-154-7.
50. SCHMIDT, L. *Infertility and assisted reproduction in Denmark: epidemiology and psychosocial consequences*. København : Læ geforeningens Forlag, 2006. ISBN 978-87-7891-3.
51. SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-250-8.
52. SVOBODOVÁ, M. *Prevence vícečetných těhotenství po metodě IVF/ICSI selektivním transferem jednoho embrya – pilotní studie*. Česká gynekologie 2005, vol. 70, no. 5.
53. ŠPAŇHELOVÁ, I. *Komunikace mezi rodičem a dítětem*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2698-4.
54. THOMPSON, M. *Přehled etiky*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-806-6.
55. UHER, P. *Dítě...ZATÍM nesplněné přání?* Plzeň: Institut reprodukční medicíny, rok vydání neuveden. ISBN neuvedeno.
56. ULČOVÁ-GALLOVÁ, Z. *Diagnóza – neplodnost. Útok protilátek*. Praha : Petrklíč, s.r.o., 1999. ISBN 80-7229-020-7.
57. ULČOVÁ-GALLOVÁ, Z. *Neplodnost - útok imunity: metody vyšetření, příčiny neplodnosti, důvody potráčovosti, metody léčby, nejčastější otázky*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1493-0.
58. VAJDA, J. *Úvod do etiky - etika ako systém, sociálna etika, dejiny etiky*. Nitra : Enigma, 2004. ISBN 80-89132-12-X

59. VAN PELTOVÁ, N. *Dítě v dobrých rukou*. Praha : Advent-Orion s.r.o., 2000. ISBN 80-7172-420-3.
60. VAYENA, E. *Current Practieces and Controversies in Assisted Reproduction. Report of a meeting on „Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction“ held at WHO Headquarters*. Ženeva : World Health Organizacion, 2002. ISBN 92-4159-030-0.
61. VYBÍRAL, J. *Pastorální a etické výzvy v oblasti manželství, rodiny a sexuality*. Brno : Centrum pro studium demokracie a kultury, 2008. ISBN 978-80-7325-176-5.
62. ZEMAN, Z., DOLEŽAL, A. *Právní odpovědnost a právní vztahy v porodnictví*. Praha : Galén, 2000. ISBN 80-7262-024-X.
63. Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, v platném znění.
64. Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky, v platném znění.
65. Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny č. 96/2001 Sb.m.s.: Úmluva o lidských právech a biomedicíně
66. Dodatkový protokol k Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny o zákazu klonování lidských bytostí č. 97/2001 Sb.m.s.
67. Zákon č. 227/2006 Sb., o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech a o změně některých souvisejících zákonů, v platném znění.
68. Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, v platném znění.
69. Zákon č. 20/1966 Sb., o zdraví lidu, v platném znění.

Seznam internetových zdrojů:

70. *Asistovaný hatching*. Dostupné z WWW: <<http://www.lekari-online.cz/lecba-neplodnosti/zakroky/asistovany-hatching>>

71. *Dárcovství vajíček*. Dostupné z WWW: <<http://www.lekari-online.cz/lecba-neplodnosti/zakroky/darcovstvi-vajicek>>
72. *Deklarace práv počatého dítěte*. Dostupné z WWW: <<http://spcp.prf.cuni.cz/dokument/dite.htm>>
73. *Empirický funkcionalismus*. Dostupné z WWW: <<http://snoubenci.asczech.cz/?a=1&b=97&id=1654&PHPSESSID=301ce8f6fecf4b0bc415316d843d89ff>>
74. *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology by FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health*. London: Figo, 2009. Dostupné z WWW: <http://www.figo.org/files/figo-corp/Ethical%20Issues%20-20English_0.pdf>
75. *Etické problémy reprodukční medicíny*. Dostupné z WWW: <http://uzivatel.unob.cz/fisera/files/psychologie/eticke_problemy.html>
76. *Etický kodex České lékařské komory*. Dostupné z WWW: <http://home.tiscali.cz/iva.w/kodex_clk.htm>
77. *GIFT*. Dostupné z WWW: <<http://www.moje-rodina.cz/tehotenstvi-a-porod/asistovana-reprodukce-nadeje-pro-bezdetne-pary>>
78. *Helsinská deklarace*. Dostupné z WWW: <http://old.lf3.cuni.cz/etika/helsinska_deklarace.pdf>
79. *Humanae vitae*. Dostupné z WWW: <<http://www.kebrle.cz/katdocs/HumanaeVitae.htm>>
80. *ICSI*. Dostupné z WWW: <<http://www.lekari-online.cz/lecba-neplodnosti/zakroky/injekce-spermii-icsi>>
81. *Internation Declaration on Human Geonome and Human Rights* Dostupné z WWW: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001331/133171e.pdf>>
82. *International Declaration on Human Genetic Data* Dostupné z WWW: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001096/109687eb.pdf>>
83. *IUI*. Dostupné z WWW: <<http://www.lekari-online.cz/lecba-neplodnosti/zakroky/intrauterinni-inseminace-iui>>
84. *Kryokonzervace*. Dostupné z WWW: <<http://www.lekari-online.cz/lecba-neplodnosti/zakroky/kryokonzervace>>

85. *Mužská neplodnost*. Dostupné z WWW: <<http://nemoci.vitalion.cz/muzska-neplodnost/>>
86. *Mužná neplodnost*. Dostupné z WWW: <<http://www.sanatoriumhelios.cz/index.php?lang=cs&menu=12&page=1236>>
87. *Náboženství umělému oplodnění příliš nepřeje*. Dostupné z WWW: <<http://www.endokrinni-system.cz/novinky?id=563&mid=zenska-neplodnost>>
88. *Náhradní mateřství: Nová naděje, nebo etický problém?* Dostupné z WWW: <<http://www.crmzlin.cz/article/2160.nahradni-materstvi-nova-nadeje-nebo-eticky-problem-/>>
89. *Ontologický personalismus*. Dostupné z WWW: <<http://snoubenci.ascczech.cz/?a=1&b=97&id=1653&PHPSESSID=301ce8f6fecf4b0bc415316d843d89ff>>
90. *Preimplantační genetická diagnostika*. Dostupné z WWW: <<http://www.bonella.cz/zdravi/preimplantacni-geneticka-diagnostika-pgd.html>>
91. *Prenatální diagnostika*. Dostupné z WWW: <<http://www.fno.cz/porodnicko-gynekologicka-klinika/casto-kladene-otazky-prenatalni-diagnostika>>
92. *Prenatální diagnostika*. Dostupné z WWW: <http://spolek1.med.muni.cz/files/prenatalni_dg.pdf>
93. *Přejete si pomocí umělého oplodnění holčičku nebo chlapečka?* Dostupné z WWW: <<http://www.zenska-neplodnost.cz/novinky/prejete-si-pomoci-umeleho-oplodneni-holcicku-nebo-chlapecka-184>>
94. *Příčiny ženské neplodnosti*. [online]. [cit. 2010-03-10]. Dostupné z WWW: <<http://www.sanatoriumhelios.cz/index.php?lang=cs&menu=12&page=12365>>
95. *Reprodukční klonování člověka*. [online]. [cit. 2010-03-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.vesmir.cz/clanek/reprodukcniklonovani-cloveka>>
96. *Sekce asistované reprodukce*. Dostupné z WWW: <<http://www.sarcgps.cz/page/1726.sekce-a-komise/>>

97. *Typy ženské neplodnosti*. [online]. [cit. 2010-03-10]. Dostupné z WWW: <http://lazne-bludov.cz/zenska-neplodnost.htm>
98. *Vybrané demografické údaje v České republice*. Dostupné z WWW: http://www.czso.cz/cz/cr_1989_ts/0101.pdf
99. *Vyšetření zárodku před přenesením do dělohy*. Dostupné z WWW: <http://www.zenska-neplodnost.cz/novinky/vyber-pohlavi-pri-umelem-oplodneni-je-u-genetickych-vad-mozny-571>

Elektronická komunikace:

100. ŘEŽÁBEK, K. Re: *Asistovaná reprodukce v ČR ve statistických datech* [elektronická pošta]. Message to: Lucie Valečková. 23. února 2010 [cit. 23. 02. 2010]. Osobní komunikace.
101. SUCHÁ, R. Re: *Mikromanipulační techniky užívané při IVF* [elektronická pošta]. Message to: Lucie Valečková. 20. ledna 2010 [cit. 21. 01. 2010]. Osobní komunikace.

Osobní komunikace:

102. doc. Jindřich Šrajer, Dr. theol., vedoucí katedry teologické a sociální etiky TF JCU České Budějovice
103. PhDr. Anna Kotrčová, psycholog pro náhradní rodinnou péči Krajského úřadu Karlovarského kraje
104. Olga Dacková, vedoucí oddělení sociálních věcí, odbor sociálních věcí Krajského úřadu Karlovarského kraje

Účast na odborném semináři:

105. *Komplexní mezioborový přístup k léčbě neplodnosti*. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky, Praha, dne 17. 6. 2009.

Seznam zkratek:

Gn – kniha Genesis (Starý zákon)

1 Sam – 1. kniha Samuelova (Starý zákon)

Job – kniha Jób (Starý zákon)

Lk – evangelium podle Lukáše (Nový zákon)

IVF – in vitro fertilizace

ET – embryotransfer

KET - kryoembrotransfer

AH – asistovaný hatching

IUI – Intra uterinní inseminace

ICSI - Intracytoplasmatická injekce spermií

GIFT - Přímý přenos gamet do vejcovodů

ZIFT - Přímý přenos zygot do vejcovodů

PNG - preimplantační genetická diagnostika

PN – prenatalní diagnostika

Slovník

Asistovaná reprodukce – skupina léčebných metod, při kterých se odebírá vajíčko z vaječníku, které se oplodní mimo tělo ženy a poté se zavede zpět do dělohy ženy. Nejběžnější metodou je in vitro fertilizace;

Asistovaný hatching – navrtání drobných otvorů do tzv. zony, vnější stěny embrya s použitím laseru nebo chemické látky. Provádí se na embryích před jejich transferem do dělohy in-vitro fertilizací, a tím se zvyšuje šance na uhnízdění;

Aspermie - absence ejakulátu při orgasmu;

Astenospermie – spermie jsou defektní a sniženě mobilní;

Azoospermie - ejakulát neobsahuje žádné spermie;

Blastocysta – embryo ve stadiu vývoje 5. den po oplození;

Defektní oocyt – poškozená ženská pohlavní buňka;

Děloha – dutý svalnatý orgán nacházející se v pánevní oblasti za močovými měchýřem před střevy; součást ženského rozmnožovacího ústrojí, kde se implantuje oplodněné vajíčko a kde se vyvíjí embryo a plod;

Děložní hrdlo - dolní část dělohy válcovitého tvaru, dlouhá několik centimetrů, s průměrem menším než 2,5 cm; odděluje děložní dutinu od pochvy; tvoří přechod mezi děložní dutinou a pochvou, kudy může procházet sperma a kudy odchází krev při menstruaci; tato trubice tvoří součást porodních cest;

Ejakulát – semeno, sperma;

Embryo – oplozené vajíčko;

Embryotransfer – přenesení uměle oplozeného vajíčka do dělohy;

Fertilita – plodnost, schopnost zplodit potomka;

Fertilizace – oplodnění, početí; spojení spermie a vajíčka;

Fetální medicína – plodová medicína, medicína týkající se fétu;

Fétus - plod;

Folikul – drobný váček ve vaječníku vyplněný tekutinou a obsahující nezralé vajíčko;

Genom – soubor všech struktur nesoucích genetickou informaci ve formě DNA. Je tvořen chromozomy uloženými v buněčném jádře;

Heterologní – použití dárcovských gamet (spermii, oocytů, embryí);

Homologní – použití vlastních gamet (spermie partnera, vajíčka partnerky);

Idiopatická neplodnost – sta, kdy po kompletním vyšetření není možno stanovit příčinu neplodnosti (nevysvětlitelná neplodnost);

Implantace – zahníždění embrya do sliznice děložní. Dochází k ní 5 až 7 dní po oplození;

In vitro fertilizace (IVF) – oplodnění ve zkumavce, metody léčby neplodnosti, kdy je z vaječníku ženy lékařským výkonem odňato vajíčko a oplodněno mimo organismus;

In vivo – početí v živočišném organismu, oplození v těle ženy;

Indukce – navození, vyvolání;

Infertilita – neplodnost, neschopnost zplodit potomka;

Intrauterinní inseminace - metoda, která spočívá ve vstříknutí spermatu do dělohy přes tenkou cévku zavedenou přes pochvu a hrdlo děložní;

Intracytoplasmatická injekce spermii – metoda asistované reprodukce, při které je jedna spermie zavedena přímo do jednoho vajíčka;

Invazivní – pronikající, vnikající. Invazivní vyšetřování – způsob vyšetřování, při němž vyšetřovací přístroje či nástroje pronikají dovnitř organismu;

Laparoskopie – vyšetření dutiny břišní (bez otevření břišní dutiny klasickým řezem) pomocí endoskopického nástroje (laparoskopu);

Laparotomie – chirurgické otevření břišní dutiny;

Mnohočetné těhotenství – těhotenství s více fěty;

Morula - vývojové stadium lidského zárodka po několika prvních děleních 16 – 32 zcela rovnocenných buněk. Srovnání s pojmy zygota, blastula;

Náhradní matka – matka, která je uměle oplodněna spermatem muže a která nosí těhotenství za neplodnou ženu;

Oocyt – vajíčko; ženská pohlavní buňka;

Preimplantačního embrya – embryo určené k preimplantační genetické diagnostice, která umožňuje genetickým vyšetřením odhalit specifické genetické abnormality budoucího fětu;

Punkce – napíchnutí, například folikul punktujeme (napichujeme) jehlou;

Seminální – týkající se semene, spermatu;

Spermie – semeno; mužská pohlavní buňka;

Spermiogram – rozbor ejakulátu (semene) ke zjištění všech jeho složek;

Teratospermie - patologie pohybu a morfologie spermií;

Totipotentní buňky - vzniknou splynutím vajíčka a spermie. Živočišné totipotentní buňky se nazývají kmenové buňky;

Transvaginální – přístup k některým gynekologickým operacím přes pochvu (vagínu);

Vaginismus - je křečovitě stažení svalstva okolo vchodu poševního, bránícího zavedení penisu do pochvy;

Vasektomie - mužská sterilizace, chirurgické podvázání kanálku vedoucího sperma;

Vejcovod – trubicový orgán mezi dělohou a vaječníkem, ve kterém dochází k oplození vajíčka a pohybu vajíčka do dělohy;

Zygota – buňka, která vznikla oplozením, tj. splynutím vajíčka a spermie.

Seznam příloh

Příloha I. - Dotazník pro neplodné páry z Karlovarského kraje

Příloha II. - Dotazník pro veřejnost

Příloha III. - Kasuistiky neplodných párů z Karlovarského kraje

Příloha IV. - Centra asistované reprodukce v České republice

Příloha V. - Právní legislativa České republiky v otázce asistované reprodukce

Příloha I. - Dotazník pro neplodné páry z Karlovarského kraje

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Valečková, studuji na Teologické fakultě v Českých Budějovicích, obor Etika v sociální práci.

Ráda bych Vás tímto požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který potřebuji pro svou diplomovou práci. Dotazník je anonymní a informace z nich získané budou použity pouze pro účely mé diplomové práce, která se zabývá neplodností a etickými aspekty asistované reprodukce.

Práce má ukázat, jak neplodné páry řeší svou nedobrovolnou bezdětnost prostřednictvím metod asistované reprodukce a nakolik jsou metody a techniky asistované reprodukce eticky přípustné či zcela nepřípustné.

Děkuji Vám za ochotu a pomoc.

Lucie Valečková
Skalná, Krátká 301, PSČ 351 34
e-mail: montix01@seznam.cz
telefon: 777 348 642

MUŽ ŽENA (prosím zaškrtněte)

- 1. Jak dlouho jste se pokoušeli o dítě bez pomoci asistované reprodukce?**
- 2. Jaké metody asistované reprodukce jste již podstoupili?**
- 3. Jak na vás působil celý cyklus IVF a byl Vám partner/ka oporou při celém cyklu IVF (vyšetření, odběr vajíček, spermií, případně i embryotransfer)?**

- 4. Zajímali jste se někdy, jak centrum asistované reprodukce nakládá s Vašimi oplodněnými embryi, které se použijí pro embryotransfer?**

- 5. Máte zmražená embrya pro možný další cyklus IVF? A jaký je Váš postoj ke kryokonzervaci?**

- 6. Museli jste v rámci asistované reprodukce využít dárcovských gamet?**

- 7. Využili byste v případě, že byste nemohla donosit dítě, náhradní matku?**

- 8. Souhlasili byste s provedením výzkumu na Vašich embryi nepoužitých pro embryotransfer?**

- 9. Jaký je Váš postoj k preimplantační genetické diagnostice? Podstoupili byste tuto metodu?**

- 10. Jaký je Váš postoj k prenatalní diagnostice? Podstoupili byste tuto metodu?**

- 11. V případě vícečetného těhotenství se lékaři uchylují k redukci implantovaných embryí. Myslíte si, že je redukce některého z implantovaných embryí správná?**

12. Pokud byste mohli rozhodnout o pohlaví budoucího dítěte, souhlasili byste s touto selekcí pohlaví?

13. V jakém stádiu léčby neplodnosti se nyní nacházíte?

nezapočatá léčba

KET

přerušená léčba

ukončená léčba

14. Jaká je Vaše představa o budoucnosti – náhradní rodinná péče či bezdětnost?

Příloha II. - Dotazník pro veřejnost

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Valečková, studuji na Teologické fakultě v Českých Budějovicích, obor Etika v sociální práci.

Ráda bych Vás tímto požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který potřebuji pro svou diplomovou práci. Dotazník je anonymní a informace z nich získané budou použity pouze pro účely mé diplomové práce, která se zabývá neplodností a etickými aspekty asistované reprodukce.

Práce má ukázat, jak neplodné páry řeší svou nedobrovolnou bezdětnost prostřednictvím metod asistované reprodukce a nakolik jsou metody a techniky asistované reprodukce eticky přípustné či zcela nepřípustné.

Děkuji Vám za ochotu a pomoc.

Lucie Valečková
Skalná, Krátká 301, PSČ 351 34
e-mail: montix01@seznam.cz
telefon: 777 348 642

MUŽ ŽENA (prosím zaškrtněte)

1. Víte o někom ze svého okolí, že se potýká s nedobrovolnou bezdětností?

- ano
 ne

2. Pokud byste nemohli počít vlastní dítě, podstoupili byste některou z technik asistované reprodukce?

- ano
 ne
 nevím

3. Která z technik asistované reprodukce je podle Vás nejvíce eticky diskutovaná?

- hormonální léčba
- umělá inseminace
- in vitro fertilizace (umělé oplodnění)

Možnost pro zdůvodnění:

4. Která z technik asistované reprodukce je podle Vás nejvíce eticky diskutovaná?

- hormonální léčba
- umělá inseminace
- in vitro fertilizace (umělé oplodnění)

Možnost pro zdůvodnění:

5. Kolikrát mohou léčené páry podstoupit umělou inseminaci plně hrazenou zdravotním systémem během jednoho roku?

- 4krát
- 5krát
- 6krát

6. Kolik cyklů in vitro fertilizace (IVF) může žena podstoupit za účasti plateb zdravotním systémem?

- 3 cykly, výjimečně 4 cykly
- 6 cyklů, výjimečně 7 cyklů
- 9 cyklů, výjimečně 10 cyklů

7. Nejsou-li spotřebována všechna oplodněná vajíčka (embrya) pro cyklus IVF, mohou být zmražena při extra nízkých teplotách (tzv. kryokonzervace) a případně použita při dalších cyklech, bude-li je pár chtít podstoupit. Myslíte si, že je kryokonzervace embryí eticky přípustná?

ano

ne

Možnost pro zdůvodnění:

8. Při jedné punkci (odběr vajíček z vaječníku) se zpravidla získá 2 – 20 vajíček. Avšak pro jeden cyklus IVF se použijí 2 maximálně 3 embrya. Zbylá embrya se zpravidla likvidují. Myslíte si, že je to správné?

ano

ne

Možnost pro zdůvodnění:

9. Souhlasili byste s výzkumem na nadbytečných embryích nevyužitých pro umělé oplodnění?

ano

ne

nevím

10. Vícečetná těhotenství (těhotenství s více plody) jsou označována za riziková, proto se lékaři uchylují k redukci implantovaných (uhnížděných) embryí. Myslíte si, že je redukce některého z implantovaných embryí etická správná?

ano, hlavní je zdraví ženy

ne, lékař není ten, kdo by měl rozhodovat o ukončení vývoje některého z embryí

nevím

11. Myslíte si, že je etické při umělém oplodnění provádět selekci pohlaví budoucího dítěte (výběr mezi chlapcem nebo dívkou)?

- ano, umožňuje-li to medicína, tak proč si nezvolit, zda mít chlapce nebo dívku
- ne, selekce pohlaví budoucího dítěte je neetický zásah proti přirozenému výběru
- nevím, nemám nezaujímám žádné stanovisko

12. Náhradní mateřství (těhotenství v děloze jiné ženy) s sebou v České republice přináší jak právní tak i etické problémy. Dokázali byste říci v čem tyto problémy spočívají?

13. V rámci asistované reprodukce se provádí před zavedením embrya do dělohy selekce kvalitně a méně kvalitněji se vyvíjecích embryí (tzv. preimplantační genetická diagnostika). Domníváte se, že zásah do výběru kvality embryí je eticky přijatelný, přičemž se i z méně kvalitního embrya může narodit zdravý člověk (např. u spontánního těhotenství, kdy se kvalita embrya nediodagnostikuje).

- ano, je to etické, neboť k tomuto účelu tato metoda slouží
- ne, není to etické, neboť dochází k nepřirozenému zásahu do výběru embryí
- nevím

14. Velmi ranná diagnostika (tzv. prenatalní diagnostika) se provádí u již zavedených embryí do dělohy, kdy v případě zjištění abnormalit u embrya může léčenému páru lékař doporučit interrupci. Domníváte se, že je etické provádět prenatalní diagnostiku?

- ano
- ne
- nevím

Možnost pro zdůvodnění:

15. V České republice je klonování z lidských gamet (vajíčka, spermie) zakázáno. Pokud by se ale např. referendem mělo rozhodovat o legalizaci klonování, Váš postoj by byl:

kladný

záporný

Možnost pro zdůvodnění:

Příloha III. - *Kasuistiky neplodných párů z Karlovarského kraje*

Kasuistika páru č. 1

Žena – 31 let, vdaná

Muž – 36 let, ženatý

Délka manželství 2 roky, přičemž 4 roky se pokoušeli o dítě bez pomoci technik asistované reprodukce. Absolvovali tři IUI a čtyři cykly IVF. U posledního cyklu se podařilo docílit úspěšného těhotenství, avšak ve III. trimestru se objevily komplikace, které měly za důsledek úmrtí dítěte. Nešetrným lékařským zákrokem byla ženě roztržena děloha, tudíž šance na další těhotenství neexistují. I přes tuto velmi stresovou životní událost jsou si manželé vzájemnou oporou a touhy po dítěti se nevzdávají.

Řešili otázku náhradního mateřství, ale pro ženu byly podmínky náhradního mateřství značně rizikové i za cenu ztráty vlastního potomka. Proto se společně rozhodli podniknout kroky k osvojení dítěte. Úspěšně byli zařazeni do evidence žadatelů vhodných stát se osvojiteli a do jejich péče byl svěřena tříměsíční holčička.

Asistovanou reprodukci vnímají jako užitečný medicínský obor, který pomáhá neplodným párům.

Kasuistika páru č. 2

Žena – 29 let, svobodná

Muž – 30 let, svobodný

Délka společného soužití 6 let. Žena utrpěla v 19 letech těžkou autonehodu, při které měla mimo jiné vážné poranění břicha, což mělo za následek odstranění dělohy i všech pohlavních orgánů. Ze strany partnera nejsou diagnostikovány potíže v plodnosti. Neabsolvovali žádnou z technik asistované reprodukce, ale přesto jsou registrovaní v jednom z center reprodukční medicíny. Zde jim byly poskytnuty informace týkající se náhradního mateřství, jako jediné možné metody k získání potomka s genetickými predispozicemi partnera. Tuto metodu dosud nepodstoupili, přesto jí ani morálně nezavrhli.

Rozhodli se souběžně pro náhradní rodinnou péči, kdy již byli zařazeni do evidence žadatelů vhodných stát se osvojiteli. Na vytoužené dítě dosud čekají.

V asistované reprodukci vidí naději pro neplodné páry a to i pro ty, které by spontánně nikdy otěhotnět nemohly.

Kasuistika páru č. 3

Žena – 42 let, vdaná

Muž – 44 let, ženatý

Délka manželství 16 let, přičemž 11 let se pokoušeli o dítě bez pomoci technik asistované reprodukce. Absolvovali šest IUI a pět cyklů IVF. Svou neplodnost dlouho skrývali, prázdné místo kompenzovali nejen prací, ale také domácími zvířaty. Z vyjádření paní vnímala každý cyklus velice emotivně a partner jí byl nesmírnou oporou. Sice mají zmražená embrya, ale zda-li podstoupí další cyklus netuší. Všechny předchozí cykly proběhly s negativními výsledky. V současné době léčbu přerušili.

Během rozhovoru hovořili o přání mít dítě, ale jak sám muž uvedl, jejich věk spíše již inklinuje k bezdětnosti. Přesto se ještě rozhodli jako poslední možnost požádat o náhradní rodinnou péči. Manželé byli úspěšně zařazeni do evidence žadatelů vhodných stát se osvojiteli. Na vytoužené dítě čekají.

Z metod asistované reprodukce mají respekt (zvláště muž), otázka neplodnosti je sice trápí, ale na metodách asistované reprodukce neshledávají nic výrazně neetického.

Kasuistika páru č. 4

Žena – 32 let, vdaná

Muž – 30 let, ženatý

Délka manželství 7 let, přičemž 8 let se pokoušeli o dítě bez pomoci technik asistované reprodukce. Absolvovali dvě IUI a tři cykly IVF. Neplodnost ženy vnímají jako společný problém. Emotivní prožívání je velice intenzivní jak u ženy, tak rovněž u muže. Jsou si vzájemnou oporou a naději na dítě se nechtějí vzdát. V brzké době chtějí podstoupit cyklus IVF-KET.

Souběžně s probíhající léčbou se rozhodli podniknout kroky k osvojení dítěte. Úspěšně byli zařazeni do evidence žadatelů vhodných stát se osvojiteli a do jejich péče byl svěřen téměř tříměsíční chlapec.

V asistované reprodukci shledávají neomezené možnosti a pomoc neplodným, kterým by se jinak nepodařilo počít vlastní dítě.

Kasuistika páru č. 5

Žena – 31 let, vdaná

Muž – 37 let, ženatý

Délka manželství 8 let, přičemž 5 let se pokoušeli o dítě bez pomoci technik asistované reprodukce. Absolvovali jednou IUI a dva cykly IVF. Žena svou neplodnost vnímá jako „boží trest“ za hříchy z mládí. Během prvního cyklu IVF se jim sice obě zavedená embrya implantovala, ale ve 12. týdnu těhotenství došlo ke spontánnímu potratu. Naděje obou manželů na další úspěšné těhotenství tím vzrostla. Proto jsou odhodláni v léčbě neplodnosti pokračovat. Z předchozího cyklu mají nevyužitá embrya, tudíž chtějí v brzké době podstoupit další KET. Oba manželé se považují za optimisty a věří, že se jednou dočkají vlastního potomka.

Přesto se během probíhající léčby rozhodli požádat o zprostředkování osvojení dítěte a byli úspěšně zařazeni do evidence žadatelů vhodných stát se osvojiteli. Do jejich péče byl svěřen čtyřměsíční chlapec.

Techniky asistované reprodukce vnímají jako nezbytný prostředek k docílení jejich gravidity, ale i těhotenství jiných jinak neplodných párů.

Kasuistika páru č. 6

Žena – 30 let, vdaná

Muž – 35 let, ženatý

Délka manželství 4 roky, přičemž 3 roky se pokoušeli o dítě bez pomoci technik asistované reprodukce. Absolvovali tři IUI a tři cykly IVF. Neplodnost páru je na straně muže, který se s tímto problémem nedokázal smířit. Během rozhovoru sdělil, že jeho matka zanedbala ranou péči. Lékaři pozdě diagnostikovali nesestouplá varlata, která způsobila jeho neplodnost (absence

spermií v ejakulátu). Opakovaně se pokoušeli o IVF s dárcovskými spermii, ale embrya se neimplantovala. Vzhledem k tomu, že ještě mají zmražená embrya, hodlají podstoupit ještě jeden pokus IVF.

Přesto se s probíhající léčbou rozhodli požádat o náhradní rodinnou péči. Manželé byli úspěšně zařazeni do evidence žadatelů vhodných stát se osvojiteli. Na vytoužené dítě čekají.

S ohledem na potřebu využít darované spermie vnímají asistovanou reprodukci jako nepostradatelnou i v případě dalších neplodných párů.

Kasuistika páru č. 7

Žena – 39 let, vdaná

Muž – 40 let, ženatý

Délka manželství 10 let, přičemž 8 let se pokoušeli o dítě bez pomoci technik asistované reprodukce. Absolvovali tři IUI. Vzhledem ke svým nábožensko-kulturním postojům odmítají vstavit své gamety technickému zázroku řízeného člověkem. Přestože by si oba velice přáli mít dítě, uvědomují si, že vlastní přání nemohou nadřazovat Boží vůli. Oba shodně uváděli, že již jejich láska je Božím darem. V dohledné době sice neplánují návštěvu centra asistované reprodukce, avšak ani zcela nezavrhují další inseminaci.

Postoj manželů k náhradní rodinné péči byl kladný již od počátku jejich společného soužití, proto se rozhodli požádat o náhradní rodinnou péči. Správní řízení o zařazení manželů do evidence vhodných budoucích osvojitelů nebylo dosud ukončeno z důvodu probíhajícího přípravného kurzu budoucích osvojitelů.

Jejich postoj k asistované reprodukci je z větší části odmítavý, většinu technik považují za neetické, proti lidské důstojnosti.

Kasuistika páru č. 8

Žena – 30 let, vdaná

Muž – 29 let, ženatý

Délka manželství 2 roky, přičemž 4 roky se pokoušeli o dítě bez pomoci technik asistované reprodukce. Absolvovali tři IUI a dva cykly IVF. U tohoto páru

nebyly diagnostikovány příčiny neplodnosti (idiopatická neplodnost), přesto k implantaci embryí nedošlo. Pro pár je těžké pochopit důvody, které jim v určitém smyslu brání v početí vlastního dítěte. Možná i proto byl průběh léčby ženou špatně snášen. Vzhledem k tomu ani nemají zmražená embrya, proto jejich rozhodnutí o přerušení léčby vnímají jako přirozené.

Pro tyto manžele je otázka neplodnosti vnímána jako skutečnost, která ale nezavdává příčiny nezbytné pro bezdětnost. Proto se rozhodli požádat o náhradní rodinnou péči. Správní řízení o zařazení manželů do evidence vhodných budoucích osvojitelů nebylo dosud ukončeno z důvodu probíhajícího přípravného kurzu budoucích osvojitelů.

Asistovanou reprodukci sice vnímají jako nutnost, s ohledem na zvyšující se potíže s početím v populaci, ale převládá u nich potřeba neopomíjet etické aspekty asistované reprodukce.

Kasuistika páru č. 9

Žena – 33 let, vdaná

Muž – 35 let, ženatý

Délka manželství 3 roky, přičemž 3 roky se pokoušeli o dítě bez pomoci technik asistované reprodukce. Absolvovali pět IUI a tři cykly IVF. Z rozhovoru bylo patrné, že paní velice touží po dítěti, ale její vnitřní touha je spojená s podmínkou manžela mít dítě, jinak ženu opustí. Představa muže je zplodit dědice, bez vlastního potomka neshledává důvod setrvat v manželství, které podle něj neplní svou reprodukční funkci. Rovněž z tohoto postoje vychází i minimálně projevená podpora manželce v rámci celé léčby. S ohledem na finanční možnosti páru dospěli k rozhodnutí léčbu ukončit.

Možná i proto podali žádost o náhradní rodinnou péči. Správní řízení o zařazení manželů do evidence vhodných budoucích osvojitelů nebylo dosud ukončeno z důvodu probíhajícího přípravného kurzu budoucích osvojitelů. Žena celý proces zprostředkování silně emočně prožívá, avšak muž zůstává z větší části pasivním. Ani v tomto případě ženě neprojevuje podporu.

Postoj k asistované reprodukci je zcela odlišný u ženy, která jej vnímá jako zázrak medicíny, ačkoliv v jejím případě nedošlo k úspěšné graviditě. Ze strany muže je na metody asistované reprodukce pohlíženo sice s respektem, ale současně opovržením nad degradací mužské důstojnosti. Etické hledisko ani jeden z páru nevnímá jako podstatné.

Kasuistika páru č. 10

Žena – 45 let, vdaná

Muž – 50 let, ženatý

Délka manželství 17 let, přičemž 13 let se pokoušeli o dítě bez pomoci technik asistované reprodukce. Absolvovali devět IUI a osm cyklů IVF. Důvodem, proč tento pár tak dlouho neoslovil centrum asistované reprodukce, byl ostych před okolím v případě zjištění jejich potíží s početím dítěte. Žádný se však nechce vzdát naděje, že by se jim prostřednictvím pomoci odborníků nepodařilo počít vlastní dítě. Pár nemá zmražená embrya, neboť vzhledem k věku ženy bylo páru doporučeno využít dárcovství oocytů. V předchozím cyklu k těhotenství nedošlo, proto chtějí podstoupit ještě poslední pokus o IVF v naději, že nyní se to povede.

Důvod pro další cyklus IVF je také podmíněn z jejich pohledu neúspěšným správním řízením týkajícího se zprostředkování osvojení. Ačkoliv byli manželé zařazeni do evidence žadatelů vhodných stát se osvojiteli, svou žádost vzali zpět po zjištění, že jim nebude vybráno dítě dle jejich představ. Kontraindikací by byl totiž nepřiměřený věkový rozdíl mezi manželi a budoucím osvojeným dítětem. Manželé měli představu dítěte kojeneckého věku, avšak vyjádření pracovníků příslušného krajského úřadu bylo vytipování dítěte mladšího školního věku. S čímž se manželé neztotožnili.

Metody asistované reprodukce nevnímají vůbec jako neetické.

Příloha IV. - Centra asistované reprodukce v České republice

Jihočeský kraj

Sanatorium ART spol.s r.o., Mánesova 24/3, 370 01 České Budějovice
telefon: +420 386 358 295, web: www.sanatoriumart.cz

Jihomoravský kraj

Sanatorium Repromeda s.r.o., Viniční 235, 615 00 Brno
telefon: +420 533 306 351, web: www.repromeda.cz

Sanatorium Helios s.r.o., Štefánikova 12, 602 00 Brno
telefon: +420 549 523 211, web: www.sanatoriumhelios.cz

Reprofit International, Hlinky 122/48, 603 00 Brno
telefon: +420 544 527 156, web: www.reprofit.cz

Unica s.r.o., Barvičova 53, 602 00 Brno
telefon: +420 543 217 777, web: www.unica.cz

Laurea s.r.o., Bulharská 29, 612 00 Brno
telefon: +420 549 249 116, web: www.ivf.cz

Centrum asistované reprodukce, Obilní trh 11, 602 00 Brno
telefon: +420 532 238 293, linka 266, web: www.ivfbrno.cz

Karlovarský kraj

Institut reprodukční medicíny a genetiky, Bělehradská 1042/14, 360 01
Karlovy Vary
telefon: +420 353 433 950, web: www.ivf-institut.cz

Královehradecký kraj

Arleta - Centrum reprodukčního zdraví, Komenského 702, 517 41 Kostelec
nad Orlicí
telefon: +420 494 323 420, web: www.arleta.cz

První privátní chirurgické centrum s.r.o., Sanus Hradec Králové, Labská
kotlina 1220/69, 500 02 Hradec Králové
telefon: +420 495 757 111, web: www.sanushk.cz

Moravskoslezský kraj

Gyncentrum Ostrava s.r.o., Šmeralova 27, 702 00 Ostrava
telefon: +420 596 120 685, web: www.gyncentrum.com

Olomoucký kraj

Centrum asistované reprodukce, Porodnicko-gynekologická klinika, Fakultní nemocnice Olomouc, I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
telefon: +420 585 853 178, web: www.ivf.upol.cz

Fertimed, Boleslavova 2, 776 00 Olomouc
telefon: +420 585 221 281, web: www.fertimed.cz

Pardubický kraj

První privátní chirurgické centrum s.r.o., Sanus - pobočka Pardubice, nábřeží Závodu míru 2740, 530 02 Pardubice
telefon: +420 464 000 365, web: www.sanushk.cz

Plzeňský kraj

Institut reprodukční medicíny a endokrinologie, B. Smetany 167/2, 301 00 Plzeň
telefon: +420 377 279 350, web: www.ivf-institut.cz

Natalart s.r.o., alej Svobody 29, 323 00 Plzeň
telefon: +420 373 300 122, web: www.natalart.cz

Praha

Apolinář, Gynekologicko-porodnická klinika, Apolinářská 18, 120 00 Praha 2
telefon: +420 224 967 418, web: www.apolinar.vfn.cz

Gennet s.r.o., Kostelní 9, 170 00 Praha 7
telefon: +420 222 313 000, web: www.gennet.cz

Centrum reprodukční medicíny a reprodukční genetiky, 2. LF UK a FN Motol, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
telefon: +420 224 434 215, web: www.ivf-motol.cz

Iscare i.v.f. a.s., Jankovcova 1569/2c, 170 04 Praha 7
telefon: +420 234 379 260, web: www.iscare.cz

Sanatorium Pronatal s.r.o., Na dlouhé mezi 4/12, 147 00 Praha 4
telefon: +420 261 711 606, web: www.pronatal.cz

Ústav pro péči o matku a dítě, Podolské nábřeží 157, 147 00 Praha 4
telefon: +420 296 511 133, web: www.upmd.cz

Gest s.r.o., Nad Bud'ánkami II/24, 150 00 Praha 5
telefon: +420 257 212 516, web: www.gest.cz

Ústecký kraj

Sanatorium Pronatal Nord, Bilinská 1509/6, 415 01 Teplice
telefon: +420 417 531 110, web: www.pronatalnord.cz

Kraj Vysočina

Sanus Jihlava, Nemocnice Jihlava, Vrchlického 59, 586 33 Jihlava
telefon: +420 567 157 401, web: www.sanus-jihlava.cz

Zlínský kraj

Klinika reprodukční medicíny a gynekologie, Nemocnice Tomášov, U Lomu
638, 760 01 Zlín
telefon: +420 577 005 911, web: www.crmzlin.cz

(Zdroj: www.neplodnost.org)

Příloha V. - Právní legislativa České republiky v otázce asistované reprodukce

Provádění asistované reprodukce se kromě právních předpisů (již zmíněného Zákona č. 94/1963 Sb.; dále zmíněného Zákona č. 40/1964 Sb., občanský zákoník; rovněž uvedeného Zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu; Sdělení Federálního ministerstva zahraničních věcí č. 104/1991 Sb., úmluva o právech dítěte; již zmíněný Ústavní zákon č. 1/1993 Sb.; výše uvedené Usnesení č. 2/1993 Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky, dále Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících předpisů; Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů; zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů; Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů; Zákon č. 301/2000 Sb., o matrikách, jménu a příjmení a o změně některých souvisejících zákonů; shora zmíněná Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny a Úmluva o lidských právech a biomedicíně; rovněž uvedený Dodatkový protokol k Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny o zákazu klonování lidských bytostí a nakonec Zákon č. 227/2006 Sb., o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech a o změně některých souvisejících zákonů) dotýkají i další právní předpisy a dokumenty (Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník; Zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích; Zákon č. 527/1990 Sb., o vynálezech, průmyslových vzorech a zlepšovacích návrzích; Zákon č. 513/1991 Sb., obchodní zákoník; Zákon č. 552/1991 Sb., o státní kontrole; Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních; Zákon č. 337/1992 Sb., o správě daní a poplatků; Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů; Usnesení Vlády České republiky ze dne 18. 3. 1998, o Legislativních pravidlech vlády; Zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů; Zákon č. 206/2000 Sb., o ochraně biotechnologických vynálezů a o změně zákona č. 132/1989 Sb., o ochraně práv

k novým odrůdám rostlin a plemenům zvířat; Zákon č. 219/2000 Sb., o majetku České republiky a jejím vystupování v právních vztazích; Zákon č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole ve veřejné správě a o změně některých zákonů; Zákon č. 130/2002 Sb., o podpoře výzkumu a vývoje z veřejných prostředků a o změně některých souvisejících zákonů; Nařízení vlády č. 267/2002 Sb., o informačním systému výzkumu a vývoje; Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů; Nařízení vlády č. 461/2002 Sb., o účelové podpoře výzkumu a vývoje z veřejných prostředků a o veřejné soutěži ve výzkumu a vývoji; Nařízení vlády č. 462/2002 Sb., o institucionální podpoře výzkumu a vývoje z veřejných prostředků a o hodnocení výzkumných záměrů; Usnesení Vlády České republiky ze dne 7.1.2004 č. 5, k Národní politice výzkumu a vývoje České republiky na léta 2004 – 2008; Zákon č. 500/2004 Sb., správní řád; Zákon č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích; Směrnice komise 2006/17/Es ze dne 8. 2. 2006, 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).

Abstrakt

VALEČKOVÁ, L. *Nepłodnost a etické aspekty asistované reprodukce*. České Budějovice 2010. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie.
Vedoucí práce M. Svobodová.

Klíčová slova: plánované rodičovství, nepłodnost, asistovaná reprodukce, metody asistované reprodukce, etické aspekty asistované reprodukce

Práce se zabývá nepłodností a etickými aspekty asistované reprodukce. Asistovaná reprodukce má na jedné straně své zastánce z řad odborníků a nepłodných párů a na druhé straně své odpůrce z řad teologů a etiků. Jejich argumenty stojí na porušení lidské důstojnosti v procesu početí. Zásah člověka je ve většině technik asistované reprodukce nutný a právě proto tolik kritizovaný. Nejzávažnější etické zkoumání je zaměřeno na in vitro fertilizaci, hyperprodukcii embryí, redukci mnohočetných těhotenství a preimplantační genetickou diagnostiku.

V teoretické části diplomové práce se věnuji mužské a ženské nepłodnosti, jejím příčinám, dále metodám a tématům asistované reprodukce, jež jsou sledovány jako eticky nepřijatelné, případně některé jsou tolerovány za určitých podmínek. V praktické části diplomové práce jsem zkoumala postoje nepłodných párů a veřejnosti k etickým aspektům asistované reprodukce.

Abstract

Infertility and ethical aspects of assisted reproduction.

Key words: planned parenthood, infertility, assisted reproduction, methods of assisted reproduction, ethical aspects of assisted reproduction

The work is concerned with the ethical aspects of infertility and assisted reproduction. Assisted reproduction has on the one hand, proponen supporters from among experts and infertile couples and on the other hand, their opponents from the ranks of theologians and ethics. Their arguments are based on violations of human dignity in the process of conception. Human intervention in most of assisted reproduction techniques necessary and that's why so much criticized. Weightiest ethical examination is aimed at in vitro fertilization, embryo hyperprodukcii, reduction of multiple pregnancy and preimplantation genetic diagnosis.

In the theoretical part of the thesis I pay male and female infertility, its causes, the methods and issues of assisted reproduction, which are seen as ethically unacceptable where some are tolerated under certain conditions. In the practical part of the thesis I examined the attitudes of infertile couples and the public on the ethical aspects to assisted reproduction.