

Univerzita Palackého v Olomouci

Lékařská fakulta

# Etické a právní aspekty darovaných gamet v asistované reprodukci

Disertační práce

Disertační práce

Studijní program: Gynekologie a porodnictví P5168/5103V000

Vedoucí práce: Prof. MUDr. Ivana Oborná, Ph.D.

Autor: MUDr. Taťána Rumpíková

Olomouc 2017

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem disertační práci na téma „Etické a právní aspekty darovaných gamet v asistované reprodukci“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem školitele a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne ..... Podpis .....

## Poděkování

Děkuji tímto všem, kteří mne podpořili v mém postgraduálním studiu a při vzniku této dizertační práce.

Největší dík patří mé školitelce prof. MUDr. Ivaně Oborné, Ph.D., která se své školitelské role ujala před dokončením mého studia a z jejíchž zkušeností, cenných odborných rad a připomínek jsem při psaní dizertační práce čerpala nejvíce. Velice si vážím jejích precizních a neuvěřitelně rychlých korektur, ale také podpory, kterou mi v závěru mého postgraduálního studia věnovala.

Touto cestou bych chtěla poděkovat také svému prvnímu školiteli doc. MUDr. Jiřímu Dostálovi, PhD. za vedení v prvních letech studia a zejména PhDr. Ing. Haně Konečné, Ph.D. za četné podněty, které stály u zrodu tématu této práce, za pomoc s designem dotazníků, dále pak za inspiraci, rady a korektury při zpracování výsledků a za skvělou spolupráci během celého mého studia.

Děkuji mnohokrát Mgr. Silvii Bělaškové, Ph.D. za statistické zpracování souboru a vyhodnocení výsledků, Mgr. Janu Kaplanovi za pomoc při gramatické kontrole práce, Mgr. Janě Lautrbachové za cenné rady, které mi pomohly tuto práci zkompletovat, a Ing. Helze Hromádkové ze studijního oddělení Lékařské fakulty Univerzity Palackého za organizaci celého postgraduálního studia.

V neposlední řadě ze srdce děkuji MUDr. Davidu Rumpíkovi jako řediteli Kliniky reprodukční medicíny a gynekologie ve Zlíně za podmínky, které mi při tvorbě mé práce na klinice byly vytvořeny, a jako manželovi za podporu, pochopení a především trpělivost.

Celou práci věnuji in memoriam prof. MUDr. Ladislavu Pilkoví, DrSc., zakladateli asistované reprodukce v České republice, mému velkému lidskému i odbornému vzoru, který mě nasměroval jak k léčbě neplodnosti, tak k postgraduálnímu studiu. Z jeho odborného vedení, připomínek, zkušeností a nevyčísitelných rad těžím dodnes.

## Obsah

Seznam grafů.....	6
Seznam tabulek.....	7
1 Úvod.....	8
2 Současný stav problematiky.....	11
2.1 Právní aspekty darování oocytů.....	11
2.1.1 Právní aspekty asistované reprodukce v České republice.....	11
2.1.2 Právní aspekty dárcovství gamet v Evropě.....	13
2.1.3 Cross-border reproductive care.....	15
2.2 Některé religiózní aspekty darování oocytů.....	18
2.2.1 Křesťanství a asistovaná reprodukce.....	18
2.2.2 Judaismus a asistovaná reprodukce.....	20
2.2.3 Islám a asistovaná reprodukce.....	22
2.3 Etické aspekty darování oocytů.....	24
2.3.1 Anonymita dárců.....	24
2.3.2 Well-being dítěte.....	27
2.3.3 Věk příjemkyň.....	34
3 Cíl práce.....	38
4 Materiál a metody.....	39
4.1 Soubor.....	39
4.2 Metody.....	39
4.2.1 Dotazníkové šetření.....	39
4.2.2 Statistické hodnocení.....	40
5 Výsledky.....	42
5.1 Sociodemografické charakteristiky dárců gamet.....	42
5.2 Názory dárců na výzkumné otázky.....	42
5.2.1 Informace dárci o výsledku darování.....	42
5.2.2 Informování dítěte o okolnostech jeho početí.....	43
5.2.3 Informace o dárci.....	44
5.2.4 Kontakt dárce s dítětem z darovaných gamet.....	44
5.2.5 Motivace k dárcovství.....	45
5.3 Sociodemografické charakteristiky příjemců.....	48
5.4 Názory příjemců na výzkumné psychosociální otázky.....	51
5.4.1 Informování dítěte o genetickém původu.....	51

5.4.2	Záměry/plány příjemců informovat své dítě o jeho původu .....	53
5.4.3	Názory příjemců na poskytnutí identifikující informace o dárci .....	54
5.4.4	Důvody pro léčbu v České republice .....	56
6	Diskuze .....	57
6.1	Sociodemografické charakteristiky dárců .....	57
6.2	Informování dárců o výsledku darování.....	58
6.3	Informování dítěte o jeho genetickém původu .....	61
6.4	Poskytnutí informace o dárci .....	65
6.5	Kontakt dárce s dítětem z darovaných gamet .....	67
6.6	Motivace k dárcovství .....	68
7	Závěr.....	70
	Summary .....	74
	Použité prameny – Odborná literatura .....	76
	Použité prameny – Legislativní dokumenty .....	95

## Seznam grafů

Graf 1: Počty cyklů s darovanými oocyty v České republice .....	8
Graf 2: Motivace k dárcovství – testování plodnosti .....	46
Graf 3: Motivace k dárcovství – lékařská prohlídka .....	46
Graf 4: Motivace k dárcovství – finanční kompenzace .....	47
Graf 5: Motivace k dárcovství – pomoc neplodnému páru .....	47
Graf 6: Motivace k dárcovství – touha být užitečnou .....	48

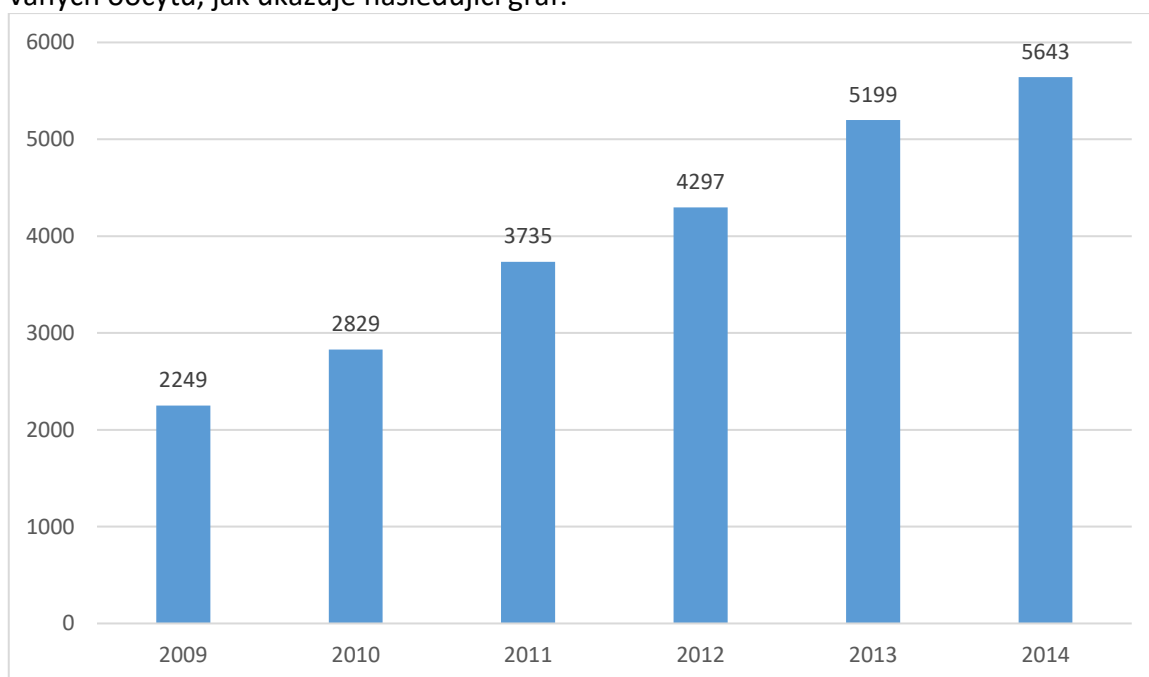
## Seznam tabulek

Tab. 1: Situace v dárcovství gamet v evropských zemích .....	14
Tab. 2: Sociodemografické charakteristiky dárců gamet .....	42
Tab. 3: Názor dárců gamet na informaci o výsledku darování.....	43
Tab. 4: Názor dárců gamet na informování dítěte o jeho koncepci.....	43
Tab. 5: Názor dárců gamet na poskytnutí informace o dárci.....	44
Tab. 6: Názor dárců gamet na případné setkání s dítětem.....	45
Tab. 7: Sociodemografické charakteristiky příjemců.....	50
Tab. 8: Názory příjemců darovaných gamet na informování dítěte o jeho genetickém původu ....	51
Tab. 9: Záměry příjemců informovat v budoucnu své dítě o způsobu početí .....	54
Tab. 10: Názory příjemců darovaných gamet na význam identifikující informace o dárci .....	55

# 1 Úvod

Vyspělé technologie reprodukční medicíny přinášejí stále vyššímu počtu osob usilujících o rodičovství reálné šance na porod zdravého dítěte. Více a více dětí se rodí s použitím darované spermie, kde dítě postrádá genetickou vazbu na otce, s darovanými vajíčky, kde dítě postrádá genetickou vazbu na matku, či s darovanými embryi, kde potomek postrádá genetickou vazbu na oba rodiče (Appleby, 2012). Vzhledem k odkládání mateřství se zejména darování oocytů od zdravých dárkyň stává jednou z výrazněji využívaných technik (Pennigs, 2008; Bracewell-Milnes, 2016). Od svého prvního použití v klinické praxi (Trounson, 1983; Lutjen, 1984) se tato metoda záhy velmi rychle rozšířila prakticky po celém světě a stala se tak úspěšnou modalitou léčby pro tisíce žen, které byly pokládány za beznadějně neplodné (Daar, 2008, Cahn, 2014). Pro řadu párů představuje elegantní řešení, jak naplnit rodičovskou roli, i když za cenu ztráty mateřské rodové linie.

Z údajů Národního registru asistované reprodukce (Řežábek, 2014) vyplývá, že se v České republice rok od roku zvyšuje počet cyklů asistované reprodukce s využitím darovaných oocytů, jak ukazuje následující graf.



**Graf 1: Počty cyklů s darovanými oocyty v České republice**

Významnou měrou se na rostoucím počtu cyklů s darovanými oocyty v České republice (ČR) podílejí i zahraniční pacientky. ČR, která přijala nejpřísnější pravidla pro zajištění kvality léčby (Directive 2004/23/CE, Directive 2006/17/ES), jejichž dodržování dozoruje Státní ústav pro kontrolu léčiv, má z hlediska darování oocytů relativně velmi liberální le-



gislativu. V souladu se zákonem (Zákon č. 373/2011 Sb., O specifických zdravotních službách), který nejnověji v ČR upravuje asistovanou reprodukci, je povoleno pouze anonymní dárcovství. Za zachování vzájemné anonymity je zodpovědné zdravotnické zařízení, ve kterém se asistovaná reprodukce provádí. Budoucím rodičům dítěte a později dítěti se poskytují pouze neidentifikující údaje o dárci. Identifikující údaje o dárci je zdravotnické zařízení povinno uchovat nejméně 30 let od použití zárodečných buněk. Pro dobrou dostupnost léčby a její vysokou kvalitu při nižších nákladech než ve většině zemí západní Evropy se tak ČR stala cílovou zemí pro zahraniční pacienty se zájmem o léčbu darovanými oocyty (Shenfield, 2010, 2011). Lze očekávat pokračování trendu s dalším nárůstem cyklů s darovanými oocyty, za předpokladu zachování současné české legislativy zaručující anonymitu dárců.

Od vzniku asistované reprodukce se vede ve světě velmi bohatá odborná i politická diskuse na téma etických a právních aspektů spojených s tímto způsobem reprodukce. V tom, jaké procedury a pro koho jsou eticky akceptovatelné, zvláště v problematice darování spermií a oocytů, existují mezi jednotlivými státy značné rozdíly. Ty závisí na individuálním historickém, kulturním a náboženském vývoji příslušné země. Pokud bylo dárcovství gamet legislativně možné, bylo dříve většinou anonymní, aby ochránilo dárce, rodiče i lékaře. Důraz kladený na právo dítěte znát svůj genetický původ vedl v posledních desetiletích některé země k přehodnocení statutu anonymity. Anonymní dárcovství začalo být velmi diskutovaným fenoménem nejen na území Evropské unie. Celosvětově směřuje vývoj od úplné anonymity k registraci a k identifikaci dárců (Blyth, 2009). Jako první přišlo s povinnou neanonymitou již v roce 1985 Švédsko. Následovaly další země, které přijaly zákon o neanonymním darování, tzv. open identity (Daniels, 2011).

Odlišná legislativa v jednotlivých státech a s ní spojené rozdílné názory na anonymitu, věkovou hranici dárkyň i příjemkyň či finanční kompenzaci pro dárkyni se výrazně liší stát od státu, což vede k tzv. reprodukční turistice, tedy k přesunu pacientů ze země, kde léčba z nějakých důvodů dostupná není nebo je dostupná s různými omezeními, do země s lepší dostupností (Shenfield, 2011).

Dárcovství spermií sice není díky moderním metodám asistované reprodukce už tak časté jako dřív, zato roste výrazně počet dětí bez genetické vazby na matku (Appleby, 2012). Darování vajíček je však eticky nejkontroverznější procedurou ze všech dárcovských programů. Zatímco darování tkáně nebo orgánu je považováno za ušlechtilý skutek, vysoce kladně se hodnotí darování krve nebo plazmy, nikdo se nepozastavuje nad darováním spermií, tak darování vajíček budí emoce a rozporuplné názory.

Dárkyně totiž prochází stejnou procedurou jako pacientka, která standardně podstupuje ovariální hyperstimulaci, v podmínkách ČR pak i krátkodobou anestezii, v níž je folikulární tekutina s oocyty transvaginální punkcí odebrána. Obavy o bezpečnost dárkyň, obavy z možného ovlivnění jejich vlastní plodnosti, ale i obavy z vykořisťování chudých žen jsou důvodem, proč některé státy dárcovství vajíček zakázaly. V Evropě mohou být příkladem takového postupu Německo, Norsko či Švýcarsko (Pfeffer, 2011).

Vysoká úspěšnost léčby pomocí darovaných oocytů má za následek rostoucí spektrum indikací. Na konci 80. a na počátku 90. let minulého století bylo darování oocytů většinou

prováděno při předčasném ovariálním selhání (Abdalla, 1991; Dean, 1994). Vysoký počet dosažených těhotenství a porodů živých dětí vedl k mnohem rozšířenějšímu použití této metody, a to u pacientek s genetickým onemocněním, u pacientek po úspěšné onkologické léčbě, u pacientek s opakovaným neúspěchem léčby pomocí IVF v anamnéze a u pacientek starších starších (Abdalla, 1991; Benshushan, 1993; Dean, 1994; Larsen, 2000; Plante, 2008). Problematika darovaných oocytů je velice aktuální a jejich spotřeba každoročně stoupá zejména díky trendu oddalování prvního početí, který můžeme sledovat v posledních desetiletích v rozvinutých zemích (Mils, 2011). U žen v pokročilejším věku je právě darování oocytů nejúspěšnější technikou pro dosažení těhotenství (Söderström-Anttila, 2001). Dělohy perimenopauzálních i menopauzálních žen adekvátně reagují na léčbu steroidy, čímž se umožní úspěšná implantace srovnatelná s úspěšností u mladších žen (Sauer, 1990). Otázkou a problémem zůstává horní věková hranice příjemkyň.

Rozdílný věkový limit pro příjemkyně, různé přístupy k hodnocení a přípravě dárkyň a příjemkyň, aspekty volby mezi anonymním a neanonymním dárcovstvím, problémy s kompenzací dárců, názory týkající se informování dětí narozených díky darování gamet o jejich genetickém původu, to všechno jsou otázky, na které není ve světě jednotný názor a o kterých se vedou již několik desetiletí diskuse.

## 2 Současný stav problematiky

### 2.1 Právní aspekty darování oocytů

#### 2.1.1 Právní aspekty asistované reprodukce v České republice

##### Historie

V České republice byla asistovaná reprodukce poprvé cíleně upravena **Závazným opatřením č. 18, Podmínky pro umělé oplodnění** v r. 1982 (odkaz Věstník MZ ČSSR), podle kterého lze: „Umělé oplodnění provést jen na žádost obou manželů, u ženy zpravidla do 35 let. V případě oplodnění semenem dárce, musí dárce a příjemce zůstat vzájemně neznámí.“ Toto opatření nemělo povahu zákonné normy, bylo právně nezávazné.

##### Platné normy

Plnohodnotné zákonné úpravy se asistované reprodukci v ČR dostalo až se **Zákonem č. 227/2006 Sb., o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech**, který novelizoval zákon č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu. Největším přínosem novely bylo ozřejmění některých nejasností týkajících se subjektů, které mohou o léčbu požádat. Tento zákon vylučuje možnost léčby single žen či lesbického páru, protože „Asistovanou reprodukci lze provést na základě písemné žádosti muže a ženy, kteří tuto léčbu hodlají společně podstoupit. Souhlas navíc musí být opakovaně vysloven před každým umělým oplodněním.“ Zákon o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách novelizoval mimo jiné také zákon o rodině, kdy se v paragrafu 54 doplňuje odstavec 3: „je-li dítě počato umělým oplodněním ženy z asistované reprodukce, považuje se za otce muž, který dal k umělému oplodnění souhlas.“

Zřetelný je také posun ve vývoji práv i povinností zainteresovaných subjektů, nejen dárců či příjemců gamet, ale i zdravotnických zařízení.

- Dárce darujícím zárodečné buňky se rozumí osoba, která netvoří neplodný pár, je plně způsobilá k právním úkonům. Darovat vajíčka pro účely asistované reprodukce může žena ve věku od 18 do 35 let, darovat spermie může muž od 18 do 40 let. Musí být vyloučen příbuzenský vztah dárce a příjemce.
- Dárce je povinen podrobit se vyšetřením, včetně genetických.
- Za posouzení zdravotní způsobilosti odpovídá lékař, který rozhodl použít zárodečné buňky pro metody asistované reprodukce.
- Dárce zároveň s vyslovením souhlasu s provedením výkonu asistované reprodukce vysloví souhlas s použitím zárodečných buněk pro umělé oplodnění a se získáním embryonálních kmenových buněk z nadbytečného embrya, které vzniklo z jeho zárodečné buňky, k výzkumu.
- Dárcovství je bezúplatné (zdravotnické zařízení hradí dárci prokazatelně vynaložené výdaje – např. ušlý zisk, cestovné, stravné).

- Musí být zachována anonymita dárce a neplodného páru a anonymita dárce a dítěte narozeného z asistované reprodukce.
- Mohou být předány pouze informace o zjištěních, která mají přímý vliv na vývoj zdravotního stavu dítěte narozeného z asistované reprodukce, a to neplodnému páru nebo zákonnému zástupci dítěte nebo zletilé osobě narozené z asistované reprodukce.
- Údaje uchovává zdravotnické zařízení 30 let.

Dalším důležitým mezníkem pro oblast asistované reprodukce bylo přijetí zákona č. 296/2008 Sb., o zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka a o změně souvisejících zákonů (zákon o lidských tkáních a buňkách) a jeho prováděcí vyhlášky č. 422/2008 sb., o stanovení bližších požadavků pro zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka. Tyto předpisy implementovaly do českého právního řádu legislativu Evropské unie, zejména Směrnicí Evropského parlamentu a Rady 2004/23/ES a směrnicí Komise 2006/17/ES. Umožnily tak zavedení systému kontroly kvality asistované reprodukce srovnatelné s ostatními státy Evropské unie. Reprodukční tkáně a buňky byly zařazeny jako všechny ostatní lidské tkáně a buňky určené pro léčebná použití u lidí.

Je třeba uvítat, že reprodukční buňky mají v některých aspektech specifické postavení a ne všechna ustanovení platná pro ostatní tkáně a buňky pro léčebné použití se vztahují i na buňky reprodukční.

Zavedení poměrně přísných zákonných norem přineslo na jedné straně množství problémů a otázek, na druhé straně znamenalo významné zvýšení kvality a bezpečnosti při manipulacích s reprodukčními tkáněmi a buňkami. Zavedením přísnějších kritérií při výběru dárců a širšího povinného základního testování dárců by se měla významně zvýšit i bezpečnost příjemců darovaných buněk a tkání.

Vyhláška č. 422/2008 Sb. upravuje požadavky na opatřování tkání a buněk zejména se zřetelem na práva dárce, porozumění, jeho poučení a písemný souhlas, jeho ochranu včetně údajů o něm a o závazku lékařského tajemství. Vyhláška také zvyšuje požadavky na zdravotnická zařízení stran identifikace, souhlasů, podmínek odběru a posouzení zdravotní způsobilosti dárce. O každém dárci se vedou a uchovávají záznamy, které obsahují nejen jeho identifikaci, ale i anamnézu a výsledky všech vyšetření dárce včetně souhlasu k odběru a záznam o poučení.

Nejnověji upravuje asistovanou reprodukci v České republice **zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách**, který nabyl účinnosti 1. 4. 2012. Dárcovství zůstává ze zákona anonymní. Za zachování vzájemné anonymity je zodpovědné zdravotnické zařízení, ve kterém se asistovaná reprodukce provádí. Budoucím rodičům dítěte a později dítěti se poskytují pouze neidentifikující údaje o dárci. Identifikující údaje o dárci je zdravotnické zařízení povinno uchovat nejméně 30 let od použití zárodečných buněk. Nově nesmí být dárce osoba zbavená způsobilosti k právním úkonům, osoba umístěná v policejní cele, ve výkonu vazby, v trestu odnětí svobody, v zabezpečovací detenci v izolaci, karanténě nebo ochranném léčení. Dárce má povinnost podrobit se potřebným vyšetřením, která stanovuje

zákon č. 296/2008 Sb. Poprvé je také vymezen horní věkový limit ženy, které lze provést umělé oplodnění, a to na hranici 49 let.

Další významnou normou upravující definici otcovství dítěte narozeného po umělém oplodnění přinesl Nový občanský zákoník (zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník), který v § 778 uvádí, že: „Narodí-li se dítě, které je počato umělým oplodněním, ženě neprovdané, má se za to, že otcem dítěte je muž, který dal k umělému oplodnění souhlas.“

### 2.1.2 Právní aspekty dárcovství gamet v Evropě

Darování gamet i embryí jsou dobře zavedenými postupy asistované reprodukce, které využívají pacienti po celém světě. Podle výsledné zprávy IFFS (2016) se počet cyklů s darovanými gametami a embryí každoročně zvyšuje. Nejvíce využívanou procedurou je dárcovství vajíček, které se provádí buď z čerstvých oocytů, nebo od nástupu a zavedení vitrifikace do klinické praxe také z oocytů zmrazených. Rozšířené používání vitrifikace oocytů výrazně změnilo, a dalo by se říct, i zjednodušilo tuto metodu asistované reprodukce. Stále více klinik má banku vitrifikovaných oocytů pro budoucí dárcovství (Kuwayama, 2005). Výsledky klinických studií ukazují, že počty dosažených těhotenství jsou podobné u čerstvých i u vitrifikovaných oocytů (Cobo, 2010). Proto také Americká společnost pro reprodukční medicínu (ASRM), ale i Evropská společnost pro lidskou reprodukci a embryologii (ESHRE) označily vitrifikaci oocytů jako bezpečný a účinný postup (Dondrop, 2012; Practice Committees of American Society for Reproductive Medicine, 2013).

V používání a regulaci dárcovství pohlavních buněk existují značné rozdíly, a to i v rámci jednoho kontinentu nebo v zemích, které mají podobné kulturní a náboženské pozadí. Tato situace se jasně odráží v Evropě. Většina evropských zemí má dárcovství gamet a embryí vysoce regulováno zákony nebo vládními nařízeními a ve většině z nich jsou povoleny všechny dárcovské metody. V řadě zemí je však z důvodů etických, právních či náboženských snížena sociální akceptace této metody nebo omezeno její použití. Některé země mají nesouhlasné pohledy na darování spermií a vajíček, jiné země mají omezen určitý typ darování embryí (de-novo generace embryí pro darování), a menšina zemí má dokonce zakázáno jakoukoliv formu donace v asistované reprodukci. Tato restriktivní politika představuje pro infertilní páry emoční stres, finanční zátěž a svým způsobem může být chápána jako určitá forma diskriminace v přístupu k potřebné zdravotní péči. Pacienti, v jejichž zemi je určitá metoda dárcovství gamet zakázána, jsou nuceni cestovat do zahraničí, aby mohli podstoupit požadovanou léčbu (Pennings, 2008).

Jedinou evropskou zemí, která zakazuje všechny metody dárcovství gamet, je Turecko. Řada zemí reguluje rozdílně dárcovství spermií a dárcovství oocytů. Německo, Norsko a Švýcarsko povolují pouze dárcovství spermií, ale dárcovství vajíčka je zákonem zakázáno. Je zajímavé, že v Izraeli je situace opačná. Zatímco darování oocytů je povoleno, darování spermií má některá omezení (IFFS, 2016). V důsledku těchto restrikcí dochází k nárůstu cross-border reprodukční péče, jak bylo zmíněno výše.

Regulace dárcovství pohlavních buněk se v jednotlivých zemích mění v průběhu času. Většinou se na změně zákona podílí i aktivity patientských organizací, které žádají změnu

restriktivních zákonů. Typickým příkladem je Itálie, kde bylo dlouhou dobu zakázáno darování spermií pro účely asistované reprodukce. V současné době je tato metoda povolena v návaznosti na rozhodnutí soudu v roce 2014 (IFFS, 2016).

Darování spermií a oocytů je v mnoha zemích „běžně používanou metodou“, v kontrastu s tím darování embryí je metodou „používanou méně často“. Některé země darování embryí ani nepovolují (Bulharsko, Dánsko, Norsko, Itálie, Švédsko, Švýcarsko).

V Estonsku, Finsku, Řecku, Nizozemí, Portugalsku, Rumunsku a Španělsku je zakázáno tvořit de-novo embrya z dárcovských gamet pro účely darování. Itálie a Bělorusko nepovolují darovat embrya z předešlých cyklů, ale paradoxně umožňují darovat embrya vzniklá de-novo z dárcovských gamet (IFFS, 2016).

Mezi metody spojené s darováním se zařazuje také nová technologie – transfer cytoplazmy, která byla vyvinuta se záměrem vyloučit přenos mitochondriálních genetických poruch na potomka. Při této metodě se cytoplazma z vajíčka zdravé dárkyně přenesse a nahradí cytoplazmu vajíčka postižené příjemkyně. Z evropských zemí, které tuto metodu povolují, je to pouze Rusko a Slovensko (IFFS, 2016). Ve Velké Británii byl v roce 2015 transfer cytoplazmy schválen jako postup pro léčbu matky s rizikem přenosu vážného dědičného mitochondriálního onemocnění na své děti, ale ne pro léčbu ostatních příčin neplodnosti (HFEA, 2016a).

Dárcovství ovariální tkáně a darování testikulární tkáně jsou metody, které se zatím využívají spíše raritně. Jsou povoleny v Belgii, Finsku, Rusku, Slovenské republice a Velké Británii (HEFA, 2016b; IFFS, 2016).

Kompenzace pro dárce je povolena ve většině zemí, přestože výše úhrady se velmi liší. Zpravidla je dárce poskytována finanční kompenzace za jejich čas a prokazatelně vynaložené výdaje – ušlý zisk, cestovné, stravné – během procedury. V zemích jako Španělsko, Portugalsko, Rusko, Bělorusko kompenzace přesahuje úhradu nákladů. V některých zemích (Francie, Itálie) je úhrada pro dárce nelegální (IFFS, 2016).

**Tab. 1: Situace v dárcovství gamet v evropských zemích**

Země	Darování spermií	Darování vajíček	Darování embryí (z předešlých cyklů)	Darování embryí (vzniklých de novo)	Dárcovství
<b>Belgie</b>	+	+	+	-	open / anonymní
<b>Bělorusko</b>	+	+	-	+	anonymní
<b>Bulharsko</b>	+	+	-	-	anonymní
<b>Česká republika</b>	+	+	+	+	anonymní
<b>Dánsko</b>	+	+	-	-	open / anonymní
<b>Estonsko</b>	+	+	+	-	anonymní

Země	Darování spermii	Darování vajíček	Darování embryí (z předchozích cyklů)	Darování embryí (vzniklých de novo)	Dárcovství
Finsko	+	+	+	-	open
Francie	+	+	+	+	anonymní
Chorvatsko	+	+	+	-	anonymní
Itálie	+	+	-	+	anonymní
Maďarsko	+	+	+	+	anonymní
Nizozemí	+	+	+	-	open
Německo	+	-	+	-	open
Norsko	+	-	-	-	open
Portugalsko	+	+	+	-	anonymní
Rakousko	+	+	+	+	open
Rumunsko	+	+	+	-	anonymní
Rusko	+	+	+	+	anonymní
Řecko	+	+	+	-	anonymní
Slovensko	+	+	+	+	anonymní
Španělsko	+	+	+	-	anonymní
Švédsko	+	+	-	-	open
Švýcarsko	+	-	-	-	open
Velká Británie	+	+	+	+	open

Anonymita mezi dárci, potomky a dětmi narozenými z darovaných gamet stále zůstává nejčastější formou regulace „third party“ reprodukce po celém světě (IFFS, 2016). Trend být otevřenější a umožnit dítěti znát identitu dárce, který můžeme sledovat v posledních desetiletích, vedl k tomu, že řada zemí anonymitu v dárcovském programu zrušila a zavedla systém open identity (Blyth, 2009). Některé země ve snaze reflektovat zájmy všech zúčastněných stran umožňují jak anonymní, tak neanonymní dárcovství (Pennigns, 2005).

Velmi diskutovanou otázkou se v poslední době stává také skutečnost, že úplnou anonymitu dárce nebude již v budoucnosti možno garantovat. Rozvoj moderních technologií, ke kterým patří cenově dostupné komerční genetické testování a vytvoření databáze lidských DNA, způsobily, že zajistit anonymitu je a bude stále více problematické, obtížné, ne-li nemožné (Harper, 2016).

### 2.1.3 Cross-border reproductive care

Přeshraniční léčba neplodnosti (cross-border reproductive care) je stále častějším jevem. Jako celosvětový fenomén se rozvinula koncem minulého století spolu s rozmachem v biomedicinském vývoji technik asistované reprodukce. Označuje jednání sterilních párů, které

cestují ze svých domovských zemí do zahraničí, aby zde absolvovaly léčbu neplodnosti. Pro reprodukční turismus je charakteristické, že ve státě, ze kterého pacient odjíždí, existuje zpravidla určitá překážka, pro kterou pacient nemůže, anebo může jen s obtížemi, léčbu neplodnosti podstoupit. Oproti tomu cílové státy mají zpravidla velmi liberální právní úpravu, centra asistované reprodukce nabízejí širokou škálu reprodukčních metod spolu s dobrou kvalitou péče a krátkými čekacími lhůtami či zcela bez nich.

Počet párů, které podstoupily potřebnou léčbu v jiné zemi, rok od roku narůstá. S ohledem na nastavený trend, stále dostupnější informace o metodách asistované reprodukce poskytovaných v zahraničí a zvyšující se kvalitu péče po celém světě lze očekávat, že jejich počet poroste i nadále.

Existuje několik důvodů, proč neplodné páry vyhledávají léčbu za hranicemi své země. Podle Penningse (2002) jsou hlavní příčiny následující:

1. Určité léčebné postupy nejsou v dané zemi povoleny z důvodů náboženských nebo je jejich provádění eticky neakceptovatelné (využití darovaných gamet, výběr pohlaví embrya z nemedicínských důvodů, preimplantační genetická diagnostika).
2. Pacientky nesplňují očekávané podmínky pro poskytnutí léčby neplodnosti (vyšší věk, ženy bez partnera, lesbické páry).
3. Metody léčby neplodnosti v domovské zemi nedosahují požadované úrovně nebo nebyly dosud zavedeny.
4. Cena za léčbu neplodnosti je v mateřské zemi příliš vysoká v porovnání se zahraničím.
5. Dlouhé čekací doby způsobené nedostatkem dárců (týká se to zejména darovaných oocytů v zemích, kde je dostupné pouze neanonymní dárcovství).

Inhorn (2009) přidal i další důvod, proč se neplodné páry léčí v zahraničí. Tímto důvodem je přání ochránit své soukromí.

Veškeré důvody pro cross-border care lze také jednoduše rozdělit na vynucené (obligatorní), kdy pacient nemá jinou možnost, protože daná léčba není v jeho zemi poskytována, a dobrovolné (elektivní), což jsou většinou časové či finanční důvody.

Nejčastější příčinou, proč páry cestují a vyhledávají léčbu v zahraničí, jsou legislativní restrikce v jednotlivých zemích omezující léčbu neplodnosti. Například v Německu a v Norsku je zakázáno darování oocytů, ve Francii nemají k léčbě přístup lesbické ženy nebo ženy bez partnera. Tito pacienti nemají tedy jinou možnost než vyhledat a podstoupit léčbu v zemích, ve kterých nejsou uzákoněna restriktivní omezení, jež jim brání léčit se ve své domovské zemi. Etikové si v souvislosti s těmito důvody kladou otázku, zda páry neobcházejí zákon tím, že cestují do zahraničí. Nedávné závěry etických komisí však přikládají daleko větší hodnotu právu na reprodukční autonomii, a tím vlastně jednání těchto párů ospravedlňují (Pennings, 2010).

V roce 2010 byla pod hlavičkou ESHRE organizována studie (Shenfield, 2010), která chtěla zmapovat situaci v přeshraniční léčbě neplodnosti v Evropě. Na této studii participovalo 46 center ze šesti nejpopulárnějších evropských cílových destinací: Belgie, Česká republika, Dánsko, Švýcarsko, Slovinsko a Španělsko. Výzkum potvrdil, že pro cílové země je



typická volnější právní úprava v porovnání s domovským státem pacienta. Dále ze studie vyplynulo, že důležitým kritériem je geografická blízkost. Proto pacienti upřednostňují léčbu v sousedních státech. Důvodem je nepochybně vzdálenost, ale svou roli hraje také lepší dostupnost informací o nabízené léčbě, znalost tamního prostředí i jazyka země. Naprostá většina pacientů z Francie (85 %) a Nizozemí (97 %) mířila do Belgie. Podobně tomu bylo u pacientů ze Švédska (92 %) a z Norska (99 %), kteří směřovali do Dánska. Česká republika pak byla častým cílem německých pacientů (67 %). Polovina italských pacientů (50 %) volila jako cílovou destinaci Švýcarsko. Výjimku tvořili pacienti z Velké Británie, kteří si v nadpoloviční většině případů vybrali Českou republiku (53 %). Můžeme předpokládat, že příčinou pro takové rozhodnutí je relativně levná a kvalitní péče, včetně dobré dostupnosti informací o nabízených metodách v České republice. Souvisí s tím i skutečnost, že ve Velké Británii si pacienti často hradí péči sami, poněvadž podmínky pro úhradu péče z „Národního zdravotního pojištění“ (National Health Insurance) jsou poměrně přísné, přičemž cena jednoho cyklu bez úhrady je ve Velké Británii přibližně čtyřikrát vyšší než cena jednoho cyklu v České republice (Culley, 2010).

Pokud vezmeme v úvahu obecné důvody, kvůli nimž pacienti za péčí cestovali, zjistíme, že jednoznačně nejčastějším důvodem byly právní překážky, což dokumentuje vysoký počet pacientů z Německa (80 %), Norska (72 %), Itálie (71 %), Francie (65 %) a Švédska (57 %). Zatímco německé, norské a italské páry hledaly léčbu v zahraničí, protože v jejich zemi je ze zákona její provádění zakázáno, pro Francouzky a Švédky bylo důvodem to, že legislativa nedovoluje přístup k léčbě ženám bez partnera a lesbickým ženám. Další právní bariérou, která zvyšuje počet pacientů hledajících léčbu v zahraničí, jsou nařízení týkající se anonymity dárce. Skandinávští pacienti často jezdí do Dánska, kde je stále povoleno anonymní dárce.

Nizozemci nejčastěji cestovali za kvalitnější péčí (53 %). Pacienti z Velké Británie uváděli mezi důvody na prvním místě předchozí neúspěch léčby v domovském státě (38 %), na druhém místě nedostupnost péče (34 %) a na třetím lepší kvalitu péče (28 %). I další studie potvrdila, že dlouhé čekací lhůty způsobené nedostatkem darovaných oocytů a vysoké náklady na léčbu jsou důvodem, proč se britští pacienti uchylují ke cross-border care (Culley, 2010). Údaje o pacientech z Velké Británie také potvrzují, že pokud je právní úprava velmi liberální, pacienti nemají potřebu právní normy obcházet, a proto důvodem k vycestování za léčbou neplodnosti jsou jiné než právní překážky. Počet pacientů z Velké Británie hledajících péči v zahraničí byl čtyřikrát nižší než pacientů z Německa, a dokonce osmkrát nižší než pacientů z Itálie, z čehož je možno odvodit, že liberální úprava vede k výraznému snížení počtu pacientů hledajících léčbu v zahraničí.

Pokud jde o darování gamet a embryí, 18 % pacientů cestovalo do zahraničí kvůli darování spermatu, 23 % pro darované oocyty a 3 % kvůli dárce embryí. Nejvíce vyhledávanými destinacemi pro léčbu pomocí darovaných oocytů jsou Španělsko (62 %) a Česká republika (52 %). Do Dánska (41 %), Švýcarska (27 %) a Belgie (21 %) přijíždí pacienti hlavně kvůli darovaným spermii. Rozdíly byly zjištěny také podle zemí původu pacientů. Zatímco

francouzské, norské a švédské ženy vyhledávaly zejména darování spermatu, německé a britské ženy vyhledávaly daleko častěji darování oocytů.

Cross-border reproductive care umožňuje pacientům, kterým právní úprava v domovském státě nedovoluje podstoupit potřebnou léčbu, aby ji mohli absolvovat v zahraničí. Proto by jim právo vycestovat za léčbou neplodnosti nemělo být odpíráno.

Přísun zahraničních pacientů podporuje v cílových zemích zdravotnické služby a centra asistované reprodukce. Tím se pochopitelně zvyšují nároky na kvalitu péče a na odbornou připravenost zdravotnického personálu. Zařízení poskytující léčbu zahraniční klientele jsou nucena vyškolit personál ke komunikaci se zahraničními pacientkami, vytvořit souhrn poučení a informovaných souhlasů v cizích jazycích a zorganizovat systém tak, aby byl plně funkční ke spokojenosti všech. Důraz je nutno klást na rychlou a dokonalou komunikaci s pacienty a na standardizaci všech léčebných postupů. Důležitý je i pravidelný audit výsledků.

Reprodukční turistika se stala nedílnou součástí lékařské péče moderního světa. Přináší možnost svobodného rozhodnutí pro neplodné páry a svým způsobem tak přispívá k demokratickému soužití různých etických a náboženských pohledů na svět.

## 2.2 Některé religiózní aspekty darování oocytů

V otázce léčby neplodnosti hraje v mnoha případech velkou roli náboženské přesvědčení. Věda a náboženství jsou vzájemně propojené od doby, kdy lidstvo existuje. Asistovaná reprodukce je sice velmi mladým oborem, přesto si většina velkých náboženství již vybudovala názory a pozice, jež zaujímá vůči těmto medicínským metodám. Postoje světových církví k asistované reprodukci jsou rozdílné. Jsou církve, které akceptují některé medicínské postupy a techniky asistované reprodukce, na druhou stranu třeba římsko-katolická církev má k asistované reprodukci zcela odmítavý vztah a považuje tyto metody za eticky nepřijatelné.

### 2.2.1 Křesťanství a asistovaná reprodukce

Katolická lékařská etika vychází, stejně jako judaismus, z dlouhé tradice systematického a konzistentního myšlení. Mezi hlavní zdroje katolické lékařské etiky patří Bible, dále učení filozofů a teologů, z nichž jsou nejvýznamnější Augustinus Aurelius, Tomáš Akvinský a pak různá vyjádření církve – papežské encykliky či dokumenty koncilů (Munzarová, 2005).

Římskokatolická církev je asi nejzarytějším odpůrcem léčby neplodnosti metodami asistované reprodukce. Abychom správně pochopili její postoje a nekompromisní názory, je nutné znát hlubší souvislosti. Morální zásady popsané v Bibli pocházejí od Boha a každý křesťan by se jimi měl řídit. Tyto zásady známe jako Desatero božích přikázání. Desatero bylo později promítnuto do koncepce tzv. Sedmi smrtelných, resp. hlavních hříchů, kterými jsou pýcha, lakomství, závist, hněv, smilstvo, nestřídmost a lenost (Mat, 2005). Prováděním asistované reprodukce a souvisejících technik se lidstvo dopouští hříchu pýchy, protože člověku nepřísluší zasahovat do „božích“ věcí. Jen Bůh může rozhodnout o tom, kdo bude či nebude mít potomky. Existuje také několik principů, které se k této problematice vztahují.

*Princip správcovství* zdůrazňuje, že každý je jen správcem svého života, ne jeho vlastníkem. Přímomu nadvládu nad lidskými životy má jenom Bůh (Ford, 1992).

Člověk se také nemůže vzdát svého života, což je hlavním poselstvím *principu nedotknutelnosti a posvátnosti lidského života*. Odtud také pramení jednoznačné odsouzení potratů (za okamžik počátku lidského života je považován okamžik početí), eutanázie a sebevražd (Munzarová, 2005).

Na rozdíl od vědy, která vnímá neplodnost jako nemoc, ji katolická církev považuje za Boží vůli.

Pohlavní styk je podle římskokatolické církve považován za dar daný pouze manželům. Má jim přinášet radost a potěšení. Církev netvrdí, že pohlavní styk je přípustný pouze za účelem plození, ale nesmí být bráněno vzniku nového života. V tomto ohledu patří římskokatolická církev k nejménějším odpůrcům antikoncepce (Šulová, 2011). Církev nahlíží na pohlavní styk jako na něco více než jen akt rozmnožování a zdroj slasti. Pohlavní styk má být určitým způsobem komunikace a vyjadřuje také to, co je obsaženo v manželské smlouvě.

Jediná výjimka, která se připouští, je homologní umělá inseminace, a to pouze za předpokladu že technický prostředek nenahrazuje pohlavní styk, ale usnadňuje a napomáhá dosažení přirozeného cíle. Dovoleny jsou také lékařské zásahy, které odstraňují překážky plodnosti, např. zprůchodnění vejcovodů, hormonální terapie. Tyto techniky mají souhrnný název autentické terapie a jsou dovoleny hlavně z toho důvodu, že lékař nezasahuje do manželského úkonu.

Katolická církev se staví zamítavě i k homologní IVF čili k IVF mezi manželi. Podle Jana Pavla II. je asistovaná reprodukce morálně nepřijatelná zejména proto, že odděluje akt plození od manželského styku, který jediný je důstojným aktem pro zplození nového života. Upozorňuje také na nadbytečnou produkci embryí, která jsou vytvořena pro pravděpodobnější oplodnění a mohou být následně využita pro výzkumné účely nebo zničena, čímž je snížena hodnota embrya na úroveň biologického materiálu (Evangelium vitae, 1995).

Darování gamet odporuje jednotě manželství, důstojnosti manželů, vlastnímu povolání rodičů a právu dítěte na početí a zrození v manželství a z manželství. Užití gamet třetí osoby je nejen porušením vzájemného manželského závazku, ale porušuje i práva dítěte, zbavuje se synovského vztahu ke svým původním rodičům a může být také na překážku vyvržení jeho osobní totožnosti (Štěpán, 1989).

Již v roce 1949 papež Pius XII. na kongresu katolických lékařů odmítl heterologní inseminaci s tím, že pokud spermie nepocházejí od manžela matky dítěte, jedná se o oplodnění mimo manželství, což je bráno jako cizoložství (Schenker, 2011).

Katolická církev je zastáncem ontologického postoje ke vzniku člověka, který zaručuje člověku tu nejvyšší ochranu a úctu, související s jeho důstojností prvního okamžiku jeho existence. Tento přístup považuje již i zygotu za počáteční stadium člověka (Munzarová, 2005). Každá zygota nese jedinečnou a autonomní genetickou informaci, proto představuje první buňku lidského individua, první stadium jeho životního cyklu (Černý, 2011). Nelze tedy

ospravedlnit názory, že lidské embryo není víc než genetický produkt. Z teologického hlediska má i časně embryo morální význam a zaslouží si ochranu a nepodmíněný respekt (Ford, 1992).

Také proto je pro katolickou církev zcela nepřijatelná jakákoliv manipulace s embryi in vitro, ať již se jedná o PGD, mrazení embryí, využití nadpočetných embryí pro vědecké účely či jejich likvidace. Embryo má podle církve stejnou hodnotu jako ostatní lidské bytosti, a má tedy právo na život. Nelze s ním dělat vůbec nic, co by bránilo jeho dalšímu vývoji (Munzarová, 2005).

I plod v těle matky vnímá katolická církev jako svébytné individuum s právem na život, na které se vztahuje jedno z deseti přikázání „Nezabiješ“. Přerušení těhotenství se i v dnešní době trestá velice přísně, a to okamžitým vyloučením z církve – exkomunikací (Šulová, 2011), což je jeden z nejtěžších trestů, který církev používá. Je-li osoba exkomunikována, nesmí přijímat svátosti, aktivně se podílet na bohoslužbách nebo zastávat jakýkoliv církevní úřad.

Náhradní mateřství je odsouzeno jako nemravné, neboť uráží důstojnost dítěte a jeho právo na početí, vývoj v mateřském lůně a výchovu vlastními rodiči a je také objektivním popřením závazků plynoucích z manželské věrnosti a zodpovědného mateřství (Schenker, 2011).

## 2.2.2 Judaismus a asistovaná reprodukce

Židovská lékařská etika je pevně zasazena v bohaté tradici židovského Zákona, jehož nejpopulárnějšími vykladači jsou rabíni. Odhaduje se, že ve středověku byla více jak polovina rabínských učenců a spisovatelů současně lékaři. I v současné době jsou rabíni jedni z nejvýznamnějších znalců a tvůrců tohoto oboru, a dokonce má jejich slovo v různých sporných otázkách větší váhu než slovo lékaře (Munzarová, 2005). Židovská lékařská etika vychází především z židovské Bible. Základním dokumentem judaismu je Tóra, která dala základ celému pozdějšímu židovskému právu.

Židé jsou největší zastánci práva na život. Cítí bezpodmínečnou povinnost zachovat život a zavrhnou v tomto směru jakékoliv kompromisy. Ortodoxní rabínské zdroje mluví jednoznačně. Povinnost zachránit život má přednost skoro přede všemi rituálními příkazy. Je možné porušit téměř všechna přikázání Tóry, kromě modlářství, smilstva, cizoložství a vraždy, pokud je lidský život v ohrožení (Munzarová, 2005).

Židovský postoj k reprodukci vychází z prvního přikázání božího k Adamovi: „Buď plodný a rozmnožuj se.“ Písmo tedy směřuje Židy k plození a toto nařízení je natolik rozhodující, že učenci Tóry souhlasí, aby tohoto bylo dosaženo i umělým oplodněním. Judaismus proto povoluje veškeré techniky asistované reprodukce, pokud se jedná o spermie a vajíčka manželského páru, protože jedině manželství je tím správným rámcem, v němž lze toto přikázání naplnit (Schenker, 1997, 2005).

Ani současný judaismus však není bez vnitřních rozporů. Podle některých ortodoxních rabínů jsou právní a biologické vazby při asistované reprodukci přerušeny lékařským zásahem, odsátím vajíčka mimo tělo ženy, což může změnit biologické a právní postavení dítěte (Schenker, 2005).

Judaisté vnímají bezdětnost jako těžkou zkoušku a osobní tragédii. Manželská harmonie a integrita rodiny je v židovském zákoně velmi důležitá, a proto téma asistované reprodukce vyvolává velké diskuze. Jednou z velkých otázek je doba, kdy by mělo k oplodnění dojít. Židovské ženy by neměly podstoupit umělé oplodnění v době tzv. rituální nečistoty, což je doba nejen menstruace, ale i sedm dní poté, což může být problematické, neboť v tuto dobu může nastat doba ovulace (Šulová, 2011).

Další otázkou zůstává zákaz výronu semene mimo manželskou soulož. Proto také při vyšetřování neplodného páru je jako první vyšetřena žena, pokud se nenajde příčina na její straně, tak se přistoupí k vyšetření muže. Podle židovského zákona je preferovanou metodou vyšetření spermioqramu postkoitální test. Pokud je výsledek neprůkazný nebo abnormální, může být ejakulát získán při přerušované souloži s užitím speciálních kondomů. Pokud nejsou tyto metody z nějakých důvodů možné, povolují někteří rabíni i získání ejakulátu masturbací (Schenker, 1997). Přes všechny rozpory se dnes rabíni shodují, že pokud žena nemůže po několik let otěhotnět přirozenou cestou, je možné zákon o zákazu výronu semene mimo soulož překročit, pokud se manželovo sperma využije k umělému oplodnění (Šulová, 2011).

Většina představitelů židovské náboženské obce schvaluje homologní inseminaci a umělé oplodnění s využitím spermií manžela. V některých případech dokonce povoluje spermie mrtvého muže (Halperin, 2001).

Heterologní oplodnění je pro židovské autority morálně nepřijatelné, protože se podle židovského zákona jedná o hřích cizoložství, který Tora velmi striktně zakazuje. Velký problém představuje právní status dítěte, neboť podle židovského zákona je otcem dítěte dárce spermatu. Dalšími důvody, proč je zakázáno užití dárcovských spermií, je možnost incestu, chybění genetické identity, problémy s dědictvím. Navíc dárce spermatu, ale i lékaři, kteří se spermatem pracují, porušují vážný zákaz masturbace (Schenker, 1997).

Zatímco všichni židovští experti se shodují v tom, že užití semene od židovského dárce je zakázáno, někteří rabíni povolují heterologní inseminaci v případě, že dárce není Žid, a dále neposuzují použití darovaných spermií jako cizoložství, protože nedošlo mezi dárce a ženou k souloži.

V případě dárcovství oocytů je zásadní otázkou, kdo je matkou dítěte, zda dárkyně oocytů či žena, která dítě odnosila ve své děloze. Židovský zákon stanoví, že matkou dítěte je žena, která ukončila jeho tvorbu, tedy žena, v jejíž děloze se plod vyvíjel a která ho porodila. Židovský zákon totiž říká, že osoba, která začne nějakou činnost a nedokončí ji a jiná osoba přijde a tuto činnost dokončí, je pak tato osoba považována za osobu, která udělala všechno (Schenker, 2011).

Vzhledem k potenciálním problémům je tedy užití dárcovských gamet pro ortodoxní rabíny neakceptovatelné. Naopak moderní rabíni, kteří kladou daleko větší důraz na sociální atributy rodičovství, využití darovaných gamet u manželských párů v těchto případech schvalují. Existují však námitky k léčbě nesezdaných párů, svobodných a lesbických žen, protože tyto domácnosti nejsou tradičními rodinami (Hirsch, 1998).

Judaismus také povoluje zmrazení embryí, je-li cílem jejich následné použití stejným párem při dalším pokusu o otěhotnění. Stejně tak je v Izraeli povolena preimplantační genetická diagnostika (PGD) při volbě pohlaví, a to u párů, které mají několik dětí stejného pohlaví, protože pro zachování rasy je podle židovského zákona nezbytné mít dcery i syny (Schenker, 2002).

Judaismus nezakazuje ani náhradní mateřství (Schenker, 2011), ale gamety musí pocházet od budoucích rodičů dítěte. Existují výjimky, kdy je povoleno užití darovaného oocyty. Dárkyně oocytů musí být podle židovského zákona svobodné ženy, stejně tak surrogátní matky musí být svobodné, rozvedené nebo vdovy (Schenker, 2011). Otcem dítěte po porodu je muž, který poskytl sperma a matkou dítěte žena, která ho porodila. Pokud se tato dítěte vzdá, připadne dítě otci a jeho legitimní manželce.

### 2.2.3 Islám a asistovaná reprodukce

Základním pramenem islámského náboženství je svatá kniha islámu korán, která podle muslimů obsahuje doslovné zjevení proroku Mohamedovi. Muslimové věří, že jednotlivé kapitoly koránu (súry) Mohamedovi diktoval sám archanděl Gabriel, který korán obdržel od Alláha. Pro muslimy představuje tedy korán jediné a nepozměněné slovo Boží určené celému lidstvu. Jedná se o souhrn všech nařízení, která Alláh lidstvu dal (Tauer, 2006). Druhým zdrojem islámu je sunna, která obsahuje řadu hadith – výroků proroka Mohameda a zpráv o jeho skutcích, z nichž lze vyvodit i zákonná pravidla (Munzarová, 2005).

Právní formulace církevních předpisů odvozených z koránu a ze sunny se nazývá šaría („směr cesty“). Šaría dává věřícímu návod, jak žít podle islámu. Obsahuje pokyny, které regulují aktivitu každodenního života a které by všímavý pozorný muslim měl dodržovat. Zabývá se vztahem člověka k Alláhovi, vztahem člověka k člověku, vztahem mezi jednotlivcem a společností, jako je například trestní právo (Potměšil, 2012). V dnešní terminologii je termín šaría používán pro označení souboru islámských zákonů.

Šaría není rigidní. Naopak, je dostatečně flexibilní, a tak se může přizpůsobovat novým situacím a je schopna implementovat nové vědecké poznatky, pokud nejsou v rozporu s myšlenkami primárních zdrojů islámu a jsou směřovány ku prospěchu lidstva (Serour, 1995).

Podle Al-Aqeela (2005) je islám vírou, která spojuje světské s duchovním, pozemské s nebeským, a tudíž formuje základy etických, morálních, a dokonce i právnických postojů vůči jakémukoliv problému nebo situaci.

Věda a náboženství byly ve vzájemném vztahu od počátku lidské historie, což platilo zejména pro biologii. Čtyři základní etické principy – princip beneficence, princip nonmaleficence, princip respektování autonomie a princip spravedlnosti mají svůj původ právě

v šaríi (Serour, 1995). V průběhu posledních tří desetiletí jsme svědky postupného poklesu vlivu náboženství na bioetiku, která se tak stává vědou více ovládanou filozofickými, sociálními a právními koncepty (Serour, 2008). Nicméně v muslimském světě má víra stále silný význam a značně ovlivňuje chování, postupy i samotnou politiku v muslimských zemích i mezi muslimskými komunitami v nemuslimských zemích.

Při řešení zcela nových etických dilemat v souvislosti s novým poznáním a novými možnostmi v biomedicíně islám zastává především základní mravní principy: respekt k fyzické integritě, respekt k mentální integritě a respekt k trvalému zachování genealogie a možnosti určení otcovství. Pokud jde o názor na lidskou osobu v souvislosti s ochranou embrya a fetu, pak dle islámu status osoby musí být přidělen plodu od 120. dne. Podle koránu a podle hadithu se usuzuje, že Alláh vdechl duch života fetu ve stáří tří měsíců a jednoho týdne, a v té době získává tedy plod status člověka. Rozhodování o ukončení těhotenství vychází z tohoto předpokladu – je možné je provést v období do sta dnů od koncepce, a to jen ze zdravotních důvodů. Totéž se vztahuje i na možnost prenatální diagnostiky, která musí být provedena v časném těhotenství, vzhledem k případné možnosti jeho včasného ukončení (Munzarová, 2005).

Ve všech západních zemích dochází k rozpadu rodiny, která je základní jednotkou civilizace. V islámském světě je na rodinu kladen velký důraz. I primární zdroje šaríi potvrzují, jak moc je pro muslimy důležité manželství, formování rodiny a plození potomků (Serour, 2008; Schenker, 2011). Hlavním rysem muslimské identity a struktury rodiny je autenticita rodokmenu a zachování genetické linie rodiny.

Prevence a léčba infertility má v muslimském světě zvláštní význam, neboť sociální postavení muslimských žen, jejich důstojnost a sebeúcta úzce souvisí s jejich schopností mít děti (Schenker, 2011). Ačkoliv techniky asistované reprodukce v primárních pramenech šaríi nejsou zmíněny, pacienti podobně jako muslimští lékaři od počátku cítili, že asistovaná reprodukce je výzvou Boží a má pomoci ženám, které by jinak nemohly otěhotnět, což má obrovský význam jak pro rodinu, tak i pro celou společnost.

Muslimská komunita proto po prvním úspěšném IVF pokusu (Steptoe, 1978) vedla rozsáhlé diskuze o těchto metodách léčby neplodnosti a muslimští znalci práva shledali, že je třeba vytvořit konsensus přístupu k této problematice. Již v roce 1980, tedy dva roky po narození prvního dítěte ze zkumavky, byla vydána fatva neboli nábožensko-právní prohlášení, jež ovlivňuje postoj muslimů k asistované reprodukci dodnes (Gad El Hak 1980). Fatva je vyjádření učenců k nějaké významné politické či celospolečenské události nebo odpověď na konkrétní dotaz žadatele. Věřící si vyžadují fatvy jak v ryze právních otázkách, tak i v otázkách každodenního života. Ve fatvě se dozví, jak mají v souladu s islámem řešit určité situace. Struktura fatvy se povětšinou drží modelu „dotaz – odpověď“ a je ukončena formulí „a Bůh to zná nejlépe“. Neměly by v ní chybět odkazy na korán, které podpírají daný názor.

Islám je k umělé reprodukci tolerantní. Akceptuje léčbu poruch plodnosti, včetně asistované reprodukce, jsou-li použity pohlavní buňky legálního manželského páru a neexis-

tuje-li jiný způsob překonání poruchy plodnosti. Islám uznává význam asistované reprodukce pro zachování rodu, zůstane-li však respektována linie genetické identity otce a matky (Schenker, 2005).

Zavedení intracytoplazmatické injekce jako hlavní metody léčby mužské neplodnosti hrálo velkou roli ve změně přístupu muslimských párů k asistované reprodukci (Serour, 2002). Muži, jejichž rozhodnutí je v muslimských rodinách dominantní, podporovali své manželky, aby vyhledaly pomoc IVF center v případě, že se jim nedařilo otěhotnět.

Stejně jako pro katolíky, tak i pro muslimy je darování pohlavních buněk zakázáno. Zákaz third party reproduction je od roku 1980 stále dodržován mezi sunnitskými muslimy, kteří představují 80–90 % světové populace muslimů. Důvodem jsou morální důsledky darování gamet pro manželství, zejména srovnání s cizoložstvím, potenciální incest mezi polovičními sourozenci, destrukce genealogické linie rodičů se zničujícími důsledky pro příbuzenství, dědictví, rodinný život a psychický stav dítěte počatého z darovaných gamet (Inhorn, 2003).

Od konce devadesátých let se však začaly objevovat rozdíly v názorech na third party reproduction mezi sunnitskými a šíitskými muslimy. Zjevně sporné otázky týkající se dárcovství pohlavních buněk, ale i náhradního mateřství si v šíitských oblastech postupně získávaly podporu. V roce 1999 šíité vydali svou vlastní fatvu, ve které povolují použití dárcovství vajíček, spermií, embryí (Clarke, 2009; Inhorn, 2006). Tato fatva obsahuje morální ospravedlnění pro umožnění léčby metodami asistované reprodukce s využitím dárcovských gamet. Narození dítěte neplodnému páru přispívá k ochraně manželského svazku a umožňuje zachování rodu. Tento názor je zcela v rozporu s názorem většiny sunnitů na toto téma (Clarke, 2009).

Náhradní mateřství je praktikováno jen mezi šíitskými muslimy, zatímco většina sunnitů náhradní mateřství neakceptuje. Fatva z roku 1984, která byla vydána na pátém koncilu v Mekce, sice povolila náhradní mateřství i pro sunnity, ale pouze v případě polygamie. Náhradní matka musí být další manželkou muže, který poskytl spermie pro vytvoření embrya. O rok později však koncil svůj souhlas k náhradnímu mateřství stáhl, protože tato metoda je spojena s celou řadou sociálních, kulturních a právních problémů (Serour, 2008).

PGD je pro většinu muslimů přijatelná metoda, neboť umožňuje párům s vysokým rizikem vyhnout se klinickým potratům. Užití PGD za účelem výběru pohlaví je možné ale jen v rodinách, kde jsou děti pouze jednoho pohlaví, a po posouzení a schválení etické komise (Dickens, 2005).

## 2.3 Etické aspekty darování oocytů

### 2.3.1 Anonymita dárců

První zaznamenaná inseminace dárcovským spermatem byla provedena ve Filadelfii v Jefferson Medical Centre v roce 1884 (Brewaeys 2005) a první dárcovství oocytů se konalo téměř o sto let později v roce 1983 v Austrálii, v Monash IVF Centre (Trousens, 1983).



Od té doby se na celém světě narodilo mnoho tisíc dětí jako výsledek dárcovské koncepce. Vyčíslit přesný počet je však nemožné.

Reprodukce pomocí gamet dárce má poměrně dlouhou historii a vždy vyvolávala vášnivé a kontroverzní debaty týkající se jak vztahu mezi dárce a budoucími rodiči, tak postavení dítěte v rodinné genealogii. Na historickém vývoji nejstarší metody asistované reprodukce, kterou je arteficiální inseminace buď spermiemi manžela, nebo spermiemi dárce, je možno osvětlit, jak se názory laické a odborné společnosti měnily v průběhu času. Ačkoliv první zprávy o využití umělé inseminace k léčbě neplodnosti jsou mnohem starší, zavedenou klinickou metodou určenou k léčbě mužského faktoru neplodnosti se inseminace stala ve dvacátých a třicátých letech minulého století (Richards, 2012). V této době se začaly objevovat také návrhy, jak využít inseminaci se spermatem dárce pro nové sociální účely. Například v Austrálii bylo po první světové válce, ve které padlo mnoho australských vojáků, navrhováno, že by vdovy nebo svobodné ženy, které nemohly najít partnera, mohly být oplozeny pomocí spermatu dárce (Richards, 2008). Plán zahrnoval vytvoření vládního eugenického institutu, výběr žádoucích vynikajících dárců a podporu matky a dítěte do jeho tří let. V zemi, která byla pod silným vlivem katolické církve, však tento návrh nenašel moc silnou podporu. S podobným návrhem přišel také Carter (1945) zakladatel první genetické kliniky ve velké Británii po druhé světové válce. Ve třicátých letech minulého století se začaly objevovat také návrhy eugeniků, jak využít inseminaci spermatem vybraných mužů k vylepšení lidské rasy (Brewer, 1935; Richards, 2008).

Každá země má svou vlastní historii asistované reprodukce, která velmi úzce souvisí s kulturními, sociálními a náboženskými tradicemi dané země. Zatímco ve Velké Británii praxe arteficiální inseminace rostla velmi pomalu a jen hrstka lékařů nabízela neplodným párům možnost inseminace spermatem dárce, v USA se inseminace s dárce velmi rychle rozšířila a podle výzkumu provedeném v roce 1941 otěhotnělo díky této metodě téměř deset tisíc žen (Seymour, 1941). V roce 1948 byl ve Velké Británii svolán poradní výbor, který dospěl k závěru, že inseminace se spermatem dárce je morálně nepřijatelná a doporučil, aby tato praxe byla považována za trestní čin (Wand, 1948). V Americe se v témže roce objevil na plátně film s názvem Test Tube Baby, který vyprávěl příběh úspěšného využívání inseminace s dárce při léčbě neplodných párů (Richards, 2012).

Po druhé světové válce se oficiální postoje k inseminaci dárce začaly pomalu měnit také v Evropě. Měnící se morálku společnosti a názory na zahrnutí dárce do reprodukce dokumentují závěry dvou odborných komisí, které byly svolány s odstupem téměř čtyřiceti let ve Velké Británii (Wand, 1948; Warnock, 1984). Tyto komise měly stejné složení, tvořili je experti z oblasti práva, medicíny, církve, biologie, sociální pracovníci. Komise v roce 1948 se zabývala jen arteficiální inseminací, úkol druhé komise v roce 1984 byl daleko širší, neboť pokrýval celou asistovanou reprodukci. Závěry obou komisí jsou zcela odlišné. Zatímco komise v roce 1948 doporučila kriminalizaci inseminace s dárcovským spermatem a odsoudila zejména oplodnění svobodných žen touto metodou, podle komise z roku 1984 by přístup k léčbě metodami asistované reprodukce neměl být založen výhradně na právním statutu manželství. Tato komise také doporučila, aby poskytování léčby neplodnosti probíhalo

v rámci legálně regulovaného systému. V oblasti dárcovské koncepce tato komise doporučovala, aby mezi dárcem a příjemcem nebyl žádný vztah, vyžadovala absolutní anonymitu, která bude chránit všechny strany, a to nejen od právních komplikací, ale také od potenciálních emocionálních obtíží. Na základě doporučení této komise byl přijat nový zákon o rodině, podle kterého jsou příjemci darovaných gamet legitimními rodiči takto narozeného dítěte a dárci nemají k takto vzniklému dítěti žádná rodičovská práva ani povinnosti, což je považováno za jeden z významných mezníků asistované reprodukce a za morální podstatu celého konceptu dárcovství gamet (Richards, 2012).

Tajemství a anonymita byly dlouhou dobu, a v řadě zemí stále jsou, odborníky považovány a doporučovány jako nejbezpečnější model v léčbě neplodnosti pomocí dárcovských gamet (Pennings, 2005). Anonymita ve své podstatě reguluje interakci mezi dárci a příjemci. Jejím nejdůležitějším důsledkem je to, že tento vztah úplně uzavírá. Po darování žádná strana nemůže kontaktovat jinou stranu. Právě tento aspekt je většinou velmi vysoce ceněn jak dárci, tak příjemci. Anonymita pro obě strany představuje do budoucna jakousi ochranu před různými druhy možných komplikací a konfliktů týkajících se práv a povinností ve vztahu k dítěti. Proto také, jak dokládá celá řada studií, by většina dárců přestala darovat, pokud by anonymita nebyla garantována (Godman, 2006; Daniels, 2007; Bay, 2014). Jak uvádí Pennings (2005) anonymita zpravidla hraje jinou roli při získávání dárců než platby, nepřitahuje dárcce, ale usnadňuje jejich nábor. Mnoho lékařů věří, že hojnost dárců spermatu v Dánsku a dárkyň oocytů ve Španělsku je možná jen díky legislativně ukotvené anonymitě (Pennings, 2010).

Podle řady etiků a psychologů propagujících open identity jsou ovšem anonymita a tajemství o dárcovské koncepci pojmy z minulosti, které jsou úzce spjaté s pocity úzkosti, stigmatizace a studu a které patří k paternalistickému lékařskému systému, který již není vhodný (Thorn, 2008).

Je patrné, že v oblasti darování gamet existuje velká různorodost právních předpisů. Zatímco některé země chrání práva dítěte znát svůj biologický původ, jiné země tomu brání. Jakýmsi kompromisem mezi legislativně ukotvenou open identity a anonymním režimem je přijetí systému double track, který umožňuje všem účastníkům rozhodnout se, jak chtějí organizovat svou rodinu a jaký chtějí mít vztah s dalšími zapojenými osobami. V tomto systému se jak dárcce, tak příjemce mohou na začátku léčby rozhodnout, zda chtějí být v budoucnu identifikovatelní nebo anonymní. Jedná se o liberální koncept, který představuje nejlepší způsob, jak vyvážit práva dárců a příjemců. Rozhodnutí o nejlepším zájmu potomků je, stejně jako v mnoha jiných případech, ponecháno na budoucích rodičích (Pennings, 1997).

Jedním z rychle se rozvíjejících odvětví v současné době je genetické testování. Po celém světě můžeme sledovat rostoucí nabídku různých genetických testů, které si spotřebitel může objednat přímo přes internet bez účasti lékaře. Toto přímé genetické testování využily již více než 3 miliony lidí buď s cílem vědět více o svém zdraví, nebo s cílem najít informace o svých předcích (Harper, 2016). Mnoho z nich je také zapojeno do mezinárodních genetických rodokmenových databází, které umožňují vyhledat jejich příbuzné. Stále

častěji jsou ale tyto testy využívány komunitou dárcovsky koncipovaných jedinců (Klotz, 2016). Genetická data mohou být sdílena, a tím mohou umožnit dárcovsky koncipovaným jednotlivcům zjistit identifikační údaje o svých genetických rodičích, nevlastních sourozencích a o ostatních genetických příbuzných.

Testování chromozomu Y je spotřebitelům k dispozici již od roku 2000. Ve většině kultur přenos chromozomu Y odpovídá dráze příjmení (Harper, 2016). Technika DNA testování otcovství, v kombinaci s přístupem do rozsáhlých databází, vyvolala novou možnost identifikace anonymního dárce spermatu. V roce 2005 patnáctiletý chlapec v USA vystopoval svého dárce spermatu využitím testování chromozomu Y v komerční genetické společnosti (Motluk, 2005). Tento případ byl první kauzou, kdy dárcovsky koncipovaný jedinec vysledoval svého příbuzného přes genetické testování.

Borry (2014) varuje, že vzestup osobního genetického testování a růst mezinárodních databází DNA by mohl skoncovat s anonymním darováním spermií a vajíček, protože dárcovsky koncipovaní jedinci mohou neúmyslně odhalit své biologické příbuzné, což může být velmi traumatické zejména pro ty jedince, kteří nebyli svými rodiči o svém dárcovském původu informováni. Opět to nahrává zastáncům open identity, podle nichž rodiče dětí narozených pomocí dárcovské koncepce musí být plně informováni, že DNA jejich dětí může prozradit skutečnost, že nejsou biologickými rodiči dítěte. Měli by tak být podporováni v tom, aby své děti o použití dárcovských gamet informovali. Pokud tak učiní v raném věku, nebude to dítětem vnímáno jako traumatizující (Blake, 2014). Totéž platí i pro samotné dárce gamet. I oni by měli být informováni, že jejich anonymita není zaručena, a to bez ohledu na to, zda darují v zemi, která praktikuje anonymní dárcovství, či nikoliv. Je totiž možné je vysledovat, pokud bude DNA jejich nebo příbuzného přidána do genetické databáze.

Ve Velké Británii a USA existují dárcovské registry, kam dárce a dárcovsky koncipovaní lidé mohou přidat svoji genetickou informaci a číslo dárce, což pak může být propojeno v databázi. Také rodiče dárcovsky koncipovaných dětí mohou pomocí těchto databází hledat sourozence svého dítěte (Freeman, 2009). Studie ukazují, že mnoho lidí pomocí této metody našlo svoje nevlastní sourozence nebo svoje dárce (Jadva, 2011).

Podle Harpera (2016) by si všechny zúčastněné strany měly být vědomy toho, že v blízké budoucnosti anonymita dárce tak vlastně přestane existovat.

### 2.3.2 Well-being dítěte

#### **Rodina**

Rodina je základní jednotkou lidské společnosti. Téměř pro každého jedince představuje významný opěrný bod, v němž hledá bezpečí. Pro rodiče pak rodina znamená zajištění biologické kontinuity svému rodu a možnost předávat své hodnoty a zkušenosti dalším pokolením (Špaňhelová, 2010).

Podle Matějčka rodina vznikla především z potřeby své potomstvo ochraňovat, učit, vzdělávat a připravovat pro život (1994).

Model rodiny tvořené rodiči, jejich dětmi a případně prarodiči vykazuje neobyčejnou stabilitu ve všech epochách vývoje lidstva i ve všech známých současných společnostech.

Neexistuje žádný typ společnosti, který by se neopíral o rodinu jako o svůj základní článek (Matoušek, 2003).

Současná pedagogická teorie je většinou zajedno v názoru, že rodinná výchova a rodinné prostředí je nejvýznamnějším činitelem formujícím mladého člověka (Průcha, 2001). Rodina také zabezpečuje své členy po stránce hmotné, stará se o jejich zdraví a výživu, vytváří specifické socializační a výchovné prostředí pro děti, předává jim kulturní dědictví, vštěpuje jim morální postoje, poskytuje jim útočiště, ochranu a podporu. Umožňuje dítěti si nejen vytvořit pevné sociální vazby a upevnit sebedůvěru, ale přispívá i k formování modelů chování, předává normy společnosti a také pomáhá v osvojování si forem komunikace.

Česká rodina se v posledních několika desetiletích dosti vzdálila ustálenému modelu, který platil v Evropě po celá tisíciletí (Možný, 2002). Tyto změny v rodinném a reprodukčním chování úzce souvisí s proměnou naší společnosti po roce 1989. Mladá generace získala širší možnosti osobního rozvoje, uplatnění svých zájmů, může bez omezení studovat, cestovat, podnikat. V naší společnosti postupně dochází ke změnám hodnotových preferencí, začíná se více prosazovat individualismus, lidé se převážně orientují na spotřebu a konzumní životní styl. Změny hodnotových strategií se dotýkají i strategií reprodukčních. Dochází k poklesu porodnosti, zvyšování věku při porodu prvního dítěte, vzestupu podílu celoživotně bezdětných žen (Možný, 2002). De Singly je toho názoru, že „šťastná rodina je méně přitažlivým ideálem dneška. Důležité je, aby byl člověk šťasten sám za sebe“ (De Singly, 1999). Mateřství se dostává do konfrontace s úsilím o dosažení úspěchu a společenského postavení či uplatnění individuálních schopností a vzdělání. Navzdory těmto skutečnostem si našťastí rodina a rodičovství udržují své výsadní postavení v hodnotových orientacích všech generací. Dítě či rodičovství nepřestávají být vysoce uznávanou hodnotou, ale obtížněji se hledají cesty k naplnění, a to zejména tehdy, chtějí-li mladí lidé současně dosáhnout dalších životních cílů, pro něž jsou v současné době daleko větší příležitosti, než tomu bylo dříve (Kuchařová, 2003).

Podle Sirovátky (2008), přesto pro většinu dnešních mladých lidí nadále zůstává úspěšné manželství a rodina základem jejich životního uspokojení a štěstí, které jim poskytuje důležité sociální, morální a hlavně citové zázemí. Totožný názor má i Možný (2011): „Rodina je pro dospělého člověka těžko postradatelnou institucí. Mít stálého partnera a děti jsou přední hodnoty lidského života. O ně dospělý člověk opírá pocit vlastní hodnoty, pocit smysluplnosti své existence, na nich závisí jeho psychická pohoda i zdraví.“

### **Rodičovství**

Právo založit rodinu je považováno za tak důležité, že je uznáváno za jedno ze základních lidských práv. Všeobecná deklarace lidských práv z roku 1948 v článku 16 říká: „Muži a ženy, jakmile dosáhnou plnoletosti, mají právo, bez jakéhokoli omezení z důvodů příslušnosti rasové, národnostní nebo náboženské, uzavřít sňatek a založit rodinu“. Novější důležitá formulace práva na rodičovství je z první světové konference o populaci World Population Plan of Action 1974 *Článek 14(f)*: „Všechny páry a osoby mají základní právo svobodně a odpovědně rozhodnout o počtu svých dětí a jejich věkovém odstupu a mají právo na informace a na prostředky, jak toho dosáhnout. Při uplatňování těchto práv páry i jednotlivci

odpovědně zohledňují potřeby svých žijících i budoucích dětí a mají odpovědnost ke společnosti“.

Snahou společnosti by mělo být vedení mladých lidí k odpovědnosti, aby se pro rodičovství rozhodli v době, kdy budou tuto roli schopni zvládnout, protože správně načasované těhotenství může přinést maximální životní uspokojení a velmi přispět k růstu osobnosti rodičů (Matějček, 2013).

Plánované rodičovství se stalo ve většině civilizovaných zemích světa součástí životního stylu obyvatelstva. Spolehlivá, bezpečná a ve vyspělých zemích snadno dostupná antikoncepce umožnila oddělit sex od reprodukce, a tak je možné cíleně plánovat jak počet svých dětí, tak i dobu jejich narození. Velmi časná diagnostika těhotenství umožňuje párům věnovat pozornost těhotenství od samého počátku, případně ho s minimálními zdravotními riziky ukončit. Špičková prenatální, natální i postnatální péče velmi zvyšuje šance na porod zdravého dítěte.

V posledních desetiletích do situace výrazně zasáhl ohromný pokrok reprodukční medicíny. Metody asistované reprodukce umožňují mít děti těm, komu by se o tom před pár lety ani nesnilo.

Postupy asistované reprodukce zasahují i do definic některých základních kategorií, např. kdo jsou rodiče dítěte (Černý, 2011).

### **Kdo je rodič?**

Rodičovství je postaveno na dvou naprosto odlišných pilířích, na genetických vazbách a na právních aktech. Psychologové je někdy označují jako rodičovství biologické a psychosociální. Obvykle jsou oba pilíře v jednotě, biologické a psychosociální rodičovství přirozeně splývají. Situace, kdy je biologické a psychosociální rodičovství odděleno, je ale stále častější. Je to jednak díky tomu, že je stále více dětí z rodin, které se o ně nemohou, neumí nebo nechťejí starat a dítě pak putuje k tzv. náhradním rodičům, a také je stále více rodin, které pro naplnění svého rodičovství potřebují gametu od dárce.

Jednotlivé státy, odborné a zájmové skupiny či jednotlivci připisují těmto dvěma pilířům různý význam. Na státní úrovni se to projevuje ve významu, který stát přikládá náhradní rodinné péči a asistované reprodukci, a také v právním ukotvení rodinných vztahů definicí toho, kdo je rodič.

Matka je u nás i v ostatních evropských zemích právně definována jako osoba, která dítě porodila. Otec pak jako její partner, který v případě léčby asistovanou reprodukcí podepsal informovaný souhlas s použitím svých nebo dárcovských spermií. I v zemích, kde zdůrazňují genetickou vazbu a kde dárcovství není anonymní, psychologové nedoporučují pojmenovávat dárce gamet biologickým či genetickým rodičem, ale trvají na označení „dárce“.

### **Proč chceme děti?**

Odborná literatura obvykle zmiňuje následující důvody rodičovství: motivaci biologickou, psychologickou a sociální. Podle Matějčka (1986) existuje jak pud pohlavní, tak pud rodičovský a oba řídí lidské chování. Říčan (1990) píše, že vzato čistě biologicky, je to vůbec

náš základní úkol, předat geny a uchovat rod. Pohlman (1969) uvádí, že mít děti je důsledkem přírodní zákonitosti působící v člověku. Bezdětnost je něčím nepřírozeným a nepřirodním. Podle Rabušice (2001) bezdětnost není ani v moderní hedonistické společnosti masovým jevem, což značí, že existence dětí musí mít v sobě něco, co nás fascinuje a co nás vede k tomu, že je plodíme.

Dunovský (1999) tvrdí, že schopnost žít v partnerském páru je v ideálním případě následována schopností přijmout důležitou životní roli, jakou je rodičovství. Tento postupný proces však není zdaleka tak jednoduchý a přímočarý. Předpokládalo se, že je řízen instinkty, že zde hraje roli tendence k zachování rodu, že existuje téměř všudypřítomný mateřský instinkt, díky kterému žena v určitém období svého života cítí neodolatelnou touhu naplnit svůj život narozením dítěte. Tento jednoduchý koncept však přestává postupně platit v tzv. vyvinutých zemích a zdá se, že je čím dál tím více překrýván faktory kulturními a obecně sociálními. Stále se zvyšující počty dobrovolně bezdětných lidí, zmenšující se počet dětí v rodině a odkládání rodičovství do věku, kdy je početí dítěte biologicky nemožné, je viditelným důkazem oprávněnosti tohoto tvrzení.

Ani podle Konečné (2010) se na mateřský a otcovský pud zřejmě spolehnout nelze, neboť nezbaví člověka odpovědnosti za rozhodnutí, zda se stát rodičem. Nezbyvá než převzít na sebe odpovědnost, přemýšlet o svých psychických potřebách a rozhodnout se. Rozhodování, zda být nebo nebýt rodičem, proč, kdy, případně kolikrát, je procesem svobodným. A právě proto tak těžkým. Složitost tohoto rozhodování je ještě zvýšena tím, že jde většinou o rozhodování dvou lidí.

Z hlediska psychosociálního je motivace k rodičovství složitý komplex více či méně vědomých a více či méně důležitých, zároveň se vyskytujících motivů. Silke (2007) a Stöbel-Richter (2005) považují za hlavní motivy touhu po emoční stabilizaci a nalezení smyslu života, kde roli hraje pokračování sebe sama v dětech, upevnění vztahu s partnerem prostřednictvím společného dítěte, štěstí a radost pramenící z kontaktu s dítětem či překonání samoty a také touha po společenském uznání či sebeuznání. Zde hraje významnou roli identita sebe jako dospělé osoby, jako člověka schopného provést dítě úspěšně všemi nástrahami až k dospělosti.

Být úspěšným rodičem je jedna ze životních rolí, která člověku přináší největší uspokojení. Brighthouse a Swift jsou přesvědčeni o tom, že rodičovství jednoznačně přispívá k lidskému rozkvětu. Podle nich je naplnění života, které mohou lidé zažít jako rodiče, naprosto unikátní (2006). Láska, kterou rodiče dostanou od dětí, je bezpodmínečná a spontánní bez rozumové analýzy. Děti sdělí nadšení a zklamání rodičům bez vědomého uvědomění, v plné důvěře. Rodiče by museli učinit dětem extrémně nepředstavitelné zlo, aby podkopali jejich důvěru v ně samé. Dítě vnáší do života rodičů řadu nových pozitivních prožitků, významně stimuluje jejich osobnostní vývoj. Budí v rodičích dosud nepoznaný ochranný postoj, který dává jejich životu nový smysl, poskytuje mnoho radostí z každodenního soužití, z rychlých vývojových změn a projevů dítěte (Langmeier, 2006).

Vztah mezi dítětem a rodičem se buduje celý život, jeho charakter a vzájemná komunikace se však v průběhu dětství a dalšího života mění. Rodičovské postoje se vyvíjí během

soužití s dítětem (Matějček, 2010). Jak děti dospívají do samostatných jedinců, původně spontánní vztah plný bezpodmínečné lásky se mění ve vztah podobající se vztahu dospělých lidí, o kterém mohou děti přemýšlet, popř. ho prohlédnout. Rodiče nemají žádnou jistotu, že nakonec budou spokojeni, do jaké podoby jejich děti vyrostou, a také jejich děti nemají žádnou jistotu, že budou stále oceňovat, kdo jsou jejich rodiče (Brighouse, Swift, 2006). Skutečně sdílet hodnoty svědomí a morálního citění s vlastními dětmi, a to i v jejich dospělosti, je mimořádný životní dar (Labusová, 2012).

### **Informování dítěte o jeho původu**

Významným a velmi diskutovaným etickým problémem spojeným s využitím darovaných gamet jsou obavy o blaho dítěte takto počatého. Měly by děti z darovaných gamet vědět o způsobu svého vzniku? Mají právo to vědět? Jaké jsou důsledky utajení této skutečnosti či naopak prozrazení? Měly by děti znát identitu dárce? Měli by mít možnost se s dárcem setkat či si s ním eventuálně vytvořit kontakt? Měly by znát své sourozence narozené v jiných rodinách z gamet stejného dárce?

Od nejranějších zkušeností s darováním spermií bylo běžnou praxí zachování důvěrnosti o identitě dárce gamet (Barton, 1945). Dárci, jejichž sperma se používalo k arteficiální inseminaci, zůstávali anonymní a budoucím rodičům bylo doporučováno o proceduře nemluvit (Daniels, 1993). Početí použitím dárcovských gamet zůstalo „nikdy nediskutovanou záležitostí“, zvláště s narozeným potomkem, bez obav o to, že by toto tajemství mohlo změnit vztah mezi dítětem a rodičem.

Podle studií prováděných v 80. a v 90. letech většina rodičů, kteří museli využít k vytvoření dítěti dárcovskou gametu, svým dětem o této skutečnosti neřekla a ani nemínila v budoucnu říci (Klock, 1991; Nachtigall, 1997; Golombok, 1999). K hlavním uváděným důvodům patřily dle Klocka (1997) obavy ze sociální stigmatizace dítěte, strach z negativní reakce dítěte či utajení mužské neplodnosti. I další studie potvrdily, že více než třetina rodičů považovala prozrazení za potenciálně nebezpečné pro vztah mezi dítětem a otcem (Brewaeys, 1997; Golombok, 2002). Utajení okolností početí bylo podle většiny rodičů (70 %) v zájmu ochrany dětí (Golombok, 2002a).

V posledních desetiletích se začal stále více klást důraz na právo dítěte znát svůj genetický původ, což vedlo řadu zemí k přehodnocení statutu anonymity. Přispěla k tomu rostoucí role genetiky v lékařském rozhodování a změna ve společenské otevřenosti ve věcech reprodukce. Celosvětově můžeme sledovat rostoucí trend skončit s anonymitou v dárcovském programu a zavést systém tzv. „open identity“, prostřednictvím něhož mohou děti narozené z darovaných gamet získat identifikující údaje o dárci (Blyth, 2009). Obvykle je to umožněno při dosažení dospělosti dítěte (Schieb, 2003; Freeman, 2015). Např. v UK, kde zrušili anonymní dárcovství v roce 2005, mají děti narozené z darovaných gamet po dosažení 18 let právo na získání identifikujících informací o svém dárci, které zahrnují jméno dárce a jeho poslední známou adresu (HFEA, 2004). V 16 letech mohou děti získat neidentifikující informace o jejich dárci, a to fyzický popis, věk a zemi narození, etnikum, počet a pohlaví jeho dětí, stav a zdravotní historii (HFEA, 2004). Mezi další země, které přijaly

open identity systém, patří Švédsko, Norsko, Nizozemí, Finsko, Švýcarsko, Nový Zéland, Austrálie, Rakousko (Daniels, 2011).

V žádné zemi však není povinností rodičů své dítě o jeho původu z darovaných gamet informovat. Proto jsou zatím málo známe důsledky otevřenosti na rodinné vztahy a na vývoj dítěte. Studií týkajících se rodin, kde bylo dítě o svém původu informováno, totiž není mnoho. Většinou jsou to netypické rodiny – lesbické ženy, single matky, kde se dítěti musí nějakým způsobem vysvětlit absence otce (Vanfrausen, 2003; Scheib, 2003; Brewaeys, 2005). V heterosexuálních párech stále vysoké procento rodičů své potomky o okolnostech jejich početí neinformuje. Dokonce i ve Švédsku, kde legislativa dává jednotlivcům právo získat informace o identitě dárce už od roku 1985, bylo o více než deset let později zjištěno, že pouze 11 % rodičů informovalo své dítě o dárcovské inseminaci (Gottlieb, 2000).

V evropské studii zkoumající více než 100 rodin z různých evropských zemí (Španělsko, Itálie, Nizozemsko a Spojené království), kde došlo k početí pomocí dárcovských spermií, ani jeden z rodičů neinformoval dítě o způsobu jeho koncepce do mladšího školního věku a pouze 8,6 % rodičů se tak učinilo začátkem dospívání (Golombok, 1995, 1996, 2002b). Navazující studie ve Spojeném království ukázala, že žádné další děti nebyly informovány o svém genetickém původu mezi raným dospíváním a ranou dospělostí (Owen, 2009). Srovnatelné výsledky přinesly i studie týkající se rodin, které byly vytvořeny pomocí darovaného vajíčka (Golombok, 1999) a darovaného embrya (MacCallum, 2007, 2008).

V zemích, kde byla anonymita zrušena, jsou rodiče povzbuzováni k tomu, aby byli k dítěti otevření a informovali ho o jeho koncepci pomocí darované gamety (Blyth, 2002; Daniels, 2001; Blake, 2014). Na změně směrem k větší otevřenosti se nepochybně podílí i zahrnutí psychologického poradenství do léčby neplodnosti, kdy je budoucím rodičům, kteří podstupují léčbu sterility pomocí darovaných gamet, zdůrazňováno, jak významná je pro dobře fungující rodinu právě upřímnost a otevřenost mezi rodiči a dětmi, a je jim doporučováno, aby dítě o dárcovské koncepci informovali již od nejútlejšího věku (Söderström-Anttila, 1998; Hahn, 2002; Greenfeld, 2004; Hammarberg, 2008). To s největší pravděpodobností vysvětluje, proč více rodičů zvažuje sdělit dítěti bližší informace o jeho koncepci (Lalos, 2007; Söderström-Anttila, 2010). Je však obtížné učinit jednoznačný závěr, do jaké míry se jedná skutečně o osobní přesvědčení rodičů a do jaké míry jsou rodiče ovlivněni názory psychologů.

Objevují se nové studie, které ukazují, že rodiče se daleko častěji rozhodují odkrýt dítěti pravdu o jeho původu. Více než 50 % rodičů ve Švédsku (Lalos, 2007), na Novém Zélandu (Hargreaves, 2007), v Americe (Mac Dougall, 2007) a v Austrálii (Godman, 2006) prozradilo nebo se chystá prozradit svému dítěti, jak vzniklo. Podle Readingsové (2011) sice procento rodičů, kteří chtějí dítě informovat, roste, ale spíše se odráží v záměrech rodičů než ve skutečnosti. Jenže plán odkrýt dítěti jeho původ a skutečně prozradit okolnosti početí nejsou jedno a totéž. A ačkoliv rodiče by chtěli být k dítěti otevření a chtěli by mu říci pravdu o použití darované gamety, uskutečnit tento svůj záměr není pro ně často jednoduché (Daniels, 2004). Navíc studie dokazují, že čím je dítě starší, tím je pro rodiče obtížnější s ním začít diskutovat na toto téma (Sälevaara, 2013; Applegarth, 2016). Je otázkou, kolik



rodičů svoje předsevzetí informovat potomky dotáhne do konce a opravdu dítěti prozradí jeho původ. Mnohé studie ukazují, že většina párů tak nakonec neučiní (Readings, 2011; Söderström-Anttila, 2010; Sälevaara, 2013; Applegarth, 2016).

Longitudinální studie, která sledující rodiny s dítětem z darovaných gamet a narozeným v roce 2000 zjistila, že 46 % rodičů, kteří potřebovali dárcovské spermie, a 56 % rodičů, kteří podstoupili léčbu neplodnosti pomocí darovaných oocytů, plánovalo sdělit svým potomkům pravdu o jejich početí. Toto zjištění však ostře kontrastovalo se skutečností, že do třetích narozenin dítěte začalo s vysvětlováním méně než 5 % rodičů v případě užití darovaných spermií a méně než 8 % rodičů v případě užití darovaných oocytů (Golombok, 2004). Další sledování těchto rodin ve věku sedmi let dítěte ukázalo, že procento rodičů, kteří dítěti řekli pravdu o dárci, pomalu rostlo, ale stále neodpovídalo původním záměrům, jen 28 % rodičů v případě darovaných spermií a 41 % rodičů v případě darovaných oocytů prozradilo dítěti okolnosti početí (Golombok, 2011; Readings, 2011). O tom, že pro rodiče není vůbec jednoduché dítě informovat, svědčí i další studie porovnávající plány rodičů informovat dítě v jeho prvním roce se situací o šest let později. Ze skupiny rodičů, kteří v prvním roce dítěte nevěděli, zda řeknou dítěti pravdu nebo ne, zůstávalo 44 % rodičů nadále nejistých a 38 % rodičů se dokonce v průběhu času rozhodlo dítě neinformovat (Readings, 2011).

Podobné výsledky zjistila i rozsáhlá švédská studie týkající se jak příjemců darovaných oocytů, tak příjemců darovaných spermií, podle které se 90 % příjemců v době darování vyjádřilo ve prospěch dítěte znát svůj genetický původ, čímž naznačilo posun směrem k větší otevřenosti (Isaksson, 2011), ale jen 16 % z nich začalo s informováním do čtyř let věku dítěte (Isaksson, 2012). Identické závěry přinesla i další tentokrát finská studie, podle které jen 17 % rodičů dětí narozených díky dárcovské spermii prozradilo svým potomkům způsob koncepce, a to v době mezi třetím až čtrnáctým rokem jejich života (Sälevaara, 2013). Jiná finská studie zdokumentovala, že i když 61 % rodičů dětí, které se narodily díky darovanému vajíčku, plánovalo v době léčby neplodnosti sdělit dítěti pravdu o genetickém původu, mezi třetím a čtrnáctým rokem tak učinilo pouze 26 % (Söderström-Anttila, 2010).

To, že poněkud vyšší procento rodičů, jež využili darovaný oocyt, se rozhodlo prozradit dítěti jeho původ, ve srovnání s rodinami, které potřebovaly darované spermie, dokládají i další studie (Lycet, 2004, 2005; Golombok, 2005; Murray, 2006; van den Akker, 2006; Mac Dougal, 2007; Söderström-Anttila, 2010). Dá se předpokládat, že příjemkyně darovaného oocytu pravděpodobně daleko častěji odkryjí dítěti pravdu o jeho původu, protože prožily těhotenství, odnosily dítě ve své děloze, porodily ho, což v nich může vyvolat pocit, že toto biologické spojení převáží genetické a že dítě je opravdu jejich vlastní (Raoul-Duval, 1992). Otcové nemají k dítěti narozenému z darovaných spermií ani genetickou ani biologickou vazbu, a proto se daleko častěji rozhodují dítěti tuto skutečnost neprozradit (Gottlieb, 2000; Lalos, 2007; Isaksson, 2011, 2012).

Mezi heterosexuálními páry je použití darovaných gamet stále ještě velmi citlivé téma. Mnozí rodiče, kteří uváděli, že své dítě informovali o způsobu jeho koncepce, prozradili dítěti pouze, že podstoupili léčbu neplodnosti a nikoliv, že použili darované gamety, což je

ale pro dítě mnohem zásadnější problém (Readings, 2011; McCallum 2012; Crawshaw, 2013).

V rámci open identity systému rodiče také často váhají nad tím, zda bude pro dítě prospěšné získání identifikujících údajů o dárci. Podle Scheiba (2003) sice mezi rodiči převládají pozitivní postoje k získání identity dárce, nicméně ani oni sami neví a často se i obávají toho, jak se celá situace může v budoucnosti vyvinout. Musí totiž brát v úvahu i potenciální roli dárce, kterého jejich potomci mohou na základě identifikujících údajů později kontaktovat. Zatím není přesně známo, jaký podíl potomků narozených z darovaných gamet v rámci open identity systému zná identifikující údaje o svém dárci a následně usiluje o kontakt s ním. Například ve Švédsku od roku 1985, kdy byla zrušena anonymita v dárcovském programu, jen 20 % potomků narozených z darovaných gamet (z cca 500 možných) požadovalo identifikující údaje o svém dárci (Isaksson, 2016). Těžko říct, zda je to znamení nezájmu potomků o dárce nebo jejich neznalosti o způsobu početí.

I když se odtajnění stává stále častější záležitostí, většina rodičů se rozhoduje dítě o jeho původu neinformovat. V případě anonymního dárcovství je jedním z důvodů fakt, že dítě stejně nemůže získat žádné identifikující informace o dárci (Lindblad, 2000; Lycett, 2005; Söderström-Anttila, 2010). Laruelle (2011) ve své studii prokázala, že polovina rodičů, kteří si vybrali anonymní dárcovství, tak učinila právě za účelem udržení tajemství. Mnoho párů má obavy ze sociální stigmatizace obklopující tuto metodu početí, a proto jsou odhodláni zachovat mlčenlivost (Murray, 2006). Další se obávají, že dítě by mohlo mít méně rádo rodiče, se kterým nemá genetickou vazbu (Daniels, 2011; Indekau, 2013). Neznalost dárce biologicky se vztahujícího k jejich dítěti jim umožňuje stanovit jasné hranice pro všechny zúčastněné a zabránit možnému vlivu dárce na vztah mezi rodiči a dítětem (Bertrand-Servais, 1993; Beatens, 2000; Greenfeld, 2004; Laruelle, 2011). Řada rodičů neví, jak a kdy má dítě o jeho původu informovat (Applegarth, 2016). A velká skupina rodičů věří, že psychosociální rodičovství je daleko významnější pro dítě než genetické, a je pro ně tudíž jednodušší situaci nekomplikovat a dítě neinformovat (Konečná, 2012a, 2012b). Význam pevné psychosociální vazby pro správný vývoj dítěte prokázala jak Bowlbyho „attachment theory“ (2010, 2012), tak „teorie psychosociální deprivace“, jejímž autorem je světově uznávaný český dětský psycholog Zdeněk Matějček (1994, 1997). Co je ale nejpodstatnější a dokázaly to i některé studie (Greenfeld, 2004; Murray, 2006), ať už se rodiče rozhodnou jakkoliv, vždycky jsou přesvědčeni, že jejich rozhodnutí je správné a je v nejlepším zájmu jejich dítěte.

### 2.3.3 Věk příjemkyň

Závažnou etickou otázkou v oblasti darování oocytů je věková hranice příjemkyň. V posledních padesáti letech je zcela jasně patrný trend emancipace ženy ve společnosti. Mnoho žen se snaží posunout své mateřství do doby ukončeného vzdělání a vybudování pracovní kariéry (Mills, 2011). Tyto skutečnosti si bohužel vybírají na organismu žen svou daň. Fertilita ženy poměrně strmě klesá s narůstajícím věkem, zejména po třicátém pátém roce ži-

vota (Bongaarts, 1975; Wood, 1989). Věk 40 let je obecně uznáván jako hraniční pro dosažení gravidity a porodu zdravého dítěte, přestože i v tomto věku má většina žen stále pravidelný menstruační cyklus. Možnost dosažení gravidity je však determinována postupným poklesem počtu a kvality oocytů (te Velde, 2002).

Se zvyšujícím se věkem klesá také úspěšnost umělého oplodnění. Ženy, které podstupují IVF ve věku 40 let a výše, jsou schopny stát se matkami většinou výhradně díky využití vajíček mladých dárkyň, neboť IVF cykly s jejich vlastními vajíčky vykazují malou úspěšnost vzhledem ke kombinaci nízkého „pregnancy rate“ a vysokého „rate of pregnancy loss“ (Sobotka, 2010).

Velmi znepokojující je skutečnost, že spousta žen, které se rozhodnou odložit graviditu do pozdějšího věku, má mylné představy o jejich reprodukčním systému a hlavně o efektivnosti metod asistované reprodukce (Everywoman, 2013; Nocross, 2013; Wyndham, 2012). Existuje řada populačních studií, které dokazují, že mladí lidé jsou velmi optimističtí vzhledem ke svým šancím na spontánní otěhotnění po 35. roku života (Heffner, 2004; Leridon, 2004; Schmidt, 2010; Daniluk, 2012; Franklin, 2013). A mají tendenci přeceňovat úspěšnost metod asistované reprodukce (Maheshwari, 2008; Schmidt, 2010; Daniluk, 2012). Techniky asistované reprodukce pomáhají realizovat reprodukční záměry neplodným párům, a tím zmírňovat ztráty v počtu narozených dětí v důsledku odkladu mateřství do vyššího věku. Leridon (2004) ale odhadl, že pokud se třicetileté ženy rozhodnou mít dítě až ve věku 35 let, tak techniky asistované reprodukce mohou ztrátu počtu narozených dětí v důsledku odkladu vykompenzovat jen z poloviny. Podle Sartoria a Nieschlaga (2010) by si ženy i muži měli být vědomi toho, že odklad těhotenství a porodu dítěte za hranici 35 let může vážně ohrozit jejich šanci na rodičovství. Habemma (2015) se ve své studii zabýval otázkou, v jakém věku by měly páry začít se svou snahou o koncepci, pokud chtějí mít vytoužený počet dětí. Bude-li pár chtít mít dvě děti a 90% šanci, že dosáhne tohoto přání, měl by začít s nechráněným stykem již od 27 let věku ženy, pokud neakceptuje metody IVF. V případě, že má v úmyslu IVF podstoupit, pak se věková hranice posouvá o 4 roky později. Pokud má pár v úmyslu mít jen jedno dítě, může posunout svou snahu o graviditu o 3 až 5 let později, zatímco v případě přání mít tři děti, by měl pár začít s nechráněným stykem již ve 23 letech věku ženy, pokud IVF neakceptuje, a ve 28 letech věku ženy, pokud mu nevádí podstoupit IVF.

Mateřství ve vyšším věku umožňuje mezigenerační solidarita: přesun kvalitních vajíček od mladých žen starším ženám. Podstatou problému není technika či biomedicína jako taková, ale sociální akceptace procedury a sociální nastavení limitů, v jejichž rámci je nabízena. Jaká horní věková hranice by měla být nastavená pro přístup k léčbě ART?

Podle Evropské společnosti pro reprodukční medicínu (ESHRE, 2008) je věk žen jedním z hlavních kritérií pro přístup k metodám asistované reprodukce v jednotlivých státech. Mají-li státy věkové limity pro přístup k asistované reprodukci, pak jsou to věkové limity pro platbu zdravotními pojišťovnami – horní hranicí obvykle bývá 39 – 42 let ženy. Pro samoplátce mají věkové limity jen málokteré země. Pokud přesto nějaké limity jsou, pak se týkají téměř výhradně jen žen, např. v Belgii 47 let, v Holandsku 45 let, v ČR 49 let.

Je otázkou, kde tedy končí sobecká touha po naplnění tužeb a kde by již měla nastoupit odpovědnost jednotlivce za své rozhodování a konání. Dalším závažným momentem je zda, kdy a jakým způsobem má zasáhnout autoritativně společnost.

Vajíčka od dárkyň umožňují ženám reprodukci hodně za hranicí normálního věku menopauzy. Žena, která už překročila reprodukční léta, stále může být schopná donosit graviditu. Použití vajíček od dárkyň menopauzálními ženami ale přináší další významný medicínský a etický problém: zda je těhotenství bezpečné pro ženu a budoucí dítě. S rostoucím věkem se zvyšuje výskyt celé řady těhotenských patologií. Krvácení v prvním trimestru je jedna z nejčastějších komplikací objevující se až v 15 % gravidit, které vznikly použitím darovaného oocyty (Abdalla, 1998; Blanchette 1993). U ženy s přibývajícím věkem narůstá riziko rozvoje gestační hypertenze, preeklampsie, gestačního diabetu (Pados, 1994; Sauer, 1996; Sheffer-Mimouni, 2002). Právě gestační hypertenze je jednou z nejčastějších komplikací, se kterou se setkáváme u starších těhotných žen. Sheffer-Mimouni (2002) uvádí až 50% výskyt. Wiggins and Main (2005) porovnávali v retrospektivní studii perinatální výsledky u těhotných po použití darovaného oocyty a u těhotných po klasickém IVF s vlastními oocyty. Zjistili statisticky významný rozdíl ve výskytu gestační hypertenze ve skupině žen, které podstoupily cyklus s darovaným oocytem, 26 % mělo gestační hypertenzi, zatímco u těhotných v kontrolní skupině, které podstoupily cyklus s vlastními oocyty, se gestační hypertenze vyskytla jen v 8 % případů. Keegan and Krey (2007) zjistili, že i mezi mladšími ženami, které otěhotněly pomocí darovaného oocyty, je vyšší výskyt gestační hypertenze. Navíc u starších rodiček je vyšší incidence prematurity, porodů plodů s nízkou porodní hmotností, perinatální morbiditě i mortality (Pasupathy, 2011; Salem, 2011). U starších rodiček se setkáváme i s daleko vyšší frekvencí císařského řezu (Tarlantzis, 2000; Dulitzki, 1998).

Kromě čistě biologických důvodů, které tvoří překážku těhotenství ve vyšším věku, jsou tu i neopomenutelné aspekty etické. Bowmanova (1994) výzkumu týkajícího se názoru respondentů na darování oocytů, embryí, na těhotenství u postmenopauzálních žen se zúčastnilo 1 131 Australanů. Pro 64,2 % z nich je léčba pomocí darovaných oocytů nebo embryí akceptovatelnou léčbou neplodných párů, ale jen 37,9 % akceptuje darování vajíček nebo embryí postmenopauzálním ženám.

Ti, kdo obhajují vysokou nebo žádnou věkovou hranici u žen, argumentují rozhodovací autonomií, právem ženy mít děti kdy chce, s kým chce a kolik chce, zvyšující se délkou života, většinou vyšší ekonomickou úrovní (Fasouliotis, 1999).

Oponenti darování vajíček starším ženám opírají své argumenty o zájmy a blaho potenciálního dítěte, neboť starší jedinci mají menší schopnost odolávat fyzickému a psychickému stresu spojenému s rodičovstvím. Mít starší rodiče pro dítě znamená také větší „generation gap“ a dosti často také absenci prarodičů.

Fasouliotis a Schenker (1999) se však domnívají, že s ohledem na potenciální výhody, jako lepší finanční zabezpečení, větší motivace k rodičovství, je pro dítě lepší se narodit starším rodičům než se nenarodit vůbec.

Podle Penningse (2013) by rodiče měli být schopni poskytnout dítěti adekvátní péči, dokud nedosáhne dospělosti. Odpovědnost páru vůči dítěti zmiňuje i Evropská společnost pro reprodukční medicínu (ESHRE, 2007): „Při přirozeném otěhotnění je pár plánující rodičovství odpovědný za zdraví a blaho dítěte. Rodiče mají poskytnout dítěti péči až do věku dospělosti. Navíc, protože je to pár, kdo se rozhodl přivést dítě na svět, má být schopen zvládat péči o dítě bez trvalé podpory od ostatních. Technologie a výzkum musí být vždy podřízeny zájmům budoucího potomka.“

Pokud mluvíme o blahu dítěte, které je na prvním místě, rozumíme tím nejen blaho fyzické – fyzické zdraví, ale také psychosociální rozměr blaha. Je nutné brát v potaz možnost, že dítě v útlém věku osíří nebo že bude vyrůstat v rodině poznamenané vážnou nemocí. Nikdo zřejmě nezpochybní fakt, že smrt rodiče je pro dítě jedno z největších traumat, jaké může prožít (Smajdor, 2011).

V rozsáhlé psychologické studii (Kocourková, 2015), která zkoumala názory adolescentů na věk rodičů, byla právě obava z předčasné ztráty jednoho z rodičů hlavním důvodem, který respondenti uváděli jako důvod, proč chtějí mít mladší rodiče. 89 % respondentů si přálo, aby jejich matka byla mladší 30 let a 95 % dotázaných si přálo otce mladšího 35 let v době jejich narození. Představy dětí o stáří rodičů v době jejich narození vůbec neodpovídaly trendu současné doby – odsouvání mateřství do vyššího věku, ale korespondovaly s dobou optimálního biologického věku žen pro reprodukci (Beets, 2011; te Velde, 2012).

## 3 Cíl práce

Česká republika má dárcovství gamet právně ukotvené a jako velmi liberální země umožňuje použití dárcovských spermií, vajíček i embryí. Pro dobrou dostupnost léčby darovanými gametami je i významnou cílovou destinací pro zahraniční pacienty. Důležitou roli hraje také fakt, že dárcovství je v naší zemi anonymní. Výzkumů psychosociálních aspektů asistované reprodukce, zvláště týkajících se dárcovství gamet, je velmi málo. V České republice, ačkoliv je jednou z evropských „dárcovských“ velmocí, dosud nebyla problematika související s dárcovstvím gamet ve větším rozsahu zkoumána.

Cílem práce je zmapovat, kdo jsou dárci spermií, dárkyně vajíček a příjemci darovaných gamet v českém dárcovském programu a jaký je jejich názor na důležité problémy spojené s dárcovstvím. V současnosti je jednou z nejvíce diskutovaných otázek v souvislosti s dárcovstvím gamet právo dítěte na informaci o svém genetickém původu. Proto pro nás bylo stěžejní zjistit, zda dárci a příjemci zastávají názor, že by dítě mělo vědět o okolnostech svého početí či nikoliv, případně jaké informace, zda neidentifikující nebo identifikující, mají být dítěti poskytnuty. U dárců jsme zjišťovali, zda mají zájem být informováni o úspěšnosti procedury, tedy o narození dítěte, a také, zdali se chtějí s dítětem narozeným z jejich darovaných gamet v budoucnu setkat, bylo-li by to možné. Příjemců jsme se dotazovali, jestli mají v úmyslu dítě o jeho původu informovat, a pokud ano, tak v jakém věku. Jelikož více než polovina příjemců darovaných gamet byla ze zahraničí, zajímalo nás také, jaký měli důvod pro vyhledání léčby v České republice.

## 4 Materiál a metody

### 4.1 Soubor

Retrospektivní studie týkající se dárců gamet a párů, které podstoupily léčbu neplodnosti pomocí darovaných spermií, vajíček nebo embryí byla založena na anonymním dotazníku a probíhala ve dvou fázích v letech 2012 až 2015. Na získávání dat spolupracovala dvě česká centra asistované reprodukce, jedno zaměřené na samoplátce, druhé se smíšenou klientelou (samoplátci i pacienti, jimž byla léčba hrazena ze zdravotního pojištění).

V první fázi jsme do výzkumu zařadili nejen dárkyně oocytů a dárcé spermií, ale i příjemce darovaných gamet, neboť nás zajímal názor všech zúčastněných stran na problematiku spojenou s touto metodou asistované reprodukce. Ve druhé fázi jsme se zaměřili jen na dárkyně oocytů, a to z několika důvodů. Proces darování oocytů je nejžádanější dárcovskou procedurou a počty cyklů s darovanými oocyty se v České republice každým rokem zvyšují. Navíc se ve stejném roce, kdy probíhala naše dotazníková šetření, vedla diskuze o změně zákona směrem k open identity, proto byly pro nás odpovědi a názory dárkyň na anonymitu v dárcovském programu velmi důležité.

Obou fází výzkumu se účastnilo celkem **473 dárců gamet** (392 dárkyň oocytů, 81 dárců spermií) a **195 příjemců** (122 žen podstupujících léčbu – 43 z České republiky, 79 ze zahraničí a 73 jejich partnerů – 28 Čechů, 45 cizinců). Zahraniční pacienti pocházeli především ze západní Evropy a USA. Ačkoliv dotazník dostávali oba partneři, ženy ho vyplnily daleko častěji než muži. Pokud někde neodpovídal počet odpovědí počtu respondentů, je to tím, že respondenti vynechávali odpovědi na některé otázky.

**První fáze výzkumu** probíhala v letech 2012–2013 a bylo do ní zařazeno 177 dárkyň oocytů, 81 dárců spermií, 122 pacientek a 73 jejich partnerů – budoucích potenciálních rodičů dítěte z darované gamety. Kromě sociodemografických aspektů jsme se zaměřili na psychosociální problematiku spojenou s dárcovstvím gamet. Hlavními výzkumnými otázkami jsme chtěli zmapovat, zda dárci a příjemci zvažují dlouhodobé konsekvence darování gamet, tedy především, zda si myslí, že dítě by mělo být o situaci informováno, případně do jaké míry, a jaké mají dárci a příjemci názory na přímý kontakt dítěte s dárce.

**Druhá fáze výzkumu**, která probíhala v letech 2014–2015, byla zaměřena již jen na dárkyně. Na základě výsledků první fáze jsme upravili většinu otázek s otevřeným koncem na otázky s uzavřeným koncem a zjemnili tak škálu možných odpovědí. Dotazník jsme rozšířili o otázky týkající se motivačních ukazatelů, které je vedly k dárcovství.

### 4.2 Metody

#### 4.2.1 Dotazníkové šetření

Metodou získávání dat bylo v obou fázích anonymní dotazníkové šetření. Jelikož téma nebylo ještě v ČR podrobněji zkoumáno, byli jsme nuceni zvolit smíšenou výzkumnou strate-

gii, tedy kombinaci kvalitativních a kvantitativních metod získávání dat a vytvořili jsme dotazník s otázkami s otevřeným i uzavřeným koncem. Možnosti odpovědí na otázky s uzavřeným koncem v první fázi výzkumu byly ano/ne/nevím. Ve druhé fázi výzkumu byla u uzavřených otázek zvolena Likertova škála (Likert, 1932). Uzavřené otázky v obou fázích výzkumu byly zaměřeny jednak na demografické (neidentifikující) charakteristiky respondentů (věk, vzdělání, rodinný a rodičovský stav, plánování vlastní rodiny), jednak na některá významná psychosociální témata úzce spojená s problematikou této metody. V případě dárců nás zajímal jejich názor na informování dítěte o okolnostech jeho početí, jejich zájem dozvědět se o výsledku darování, jejich ochota poskytnout dítěti narozenému z jejich darované gamety více informací o sobě, případně i informaci identifikující, a jejich postoj k možnému setkání s dítětem. Rovněž příjemců jsme se dotazovali, jaký mají názor na informování dítěte o jeho genetickém původu, jaké informace o dárci gamety by chtěli znát, zda neidentifikující či identifikující, jestli plánují dítě v budoucnu o použití dárcovské gamety informovat, a pokud ano, tak kdy a jak. Také nás zajímalo, zda bylo pro recipienty obtížné rozhodnutí přijmout léčbu pomocí darovaných gamet. A jelikož více než polovina příjemců pocházela ze zahraničí, zajímaly nás jejich důvody, proč si vybrali léčbu právě v České republice. Otevřené otázky pak nabízely prostor ke zdůvodnění či rozšíření respondentovy odpovědi na uzavřenou otázku. V první fázi výzkumu jsme pracovali se čtyřmi verzemi dotazníků: pro dávkyně oocytů, pro dárci spermatu, pro příjemkyně darovaných gamet a jejich partnery. Dotazník pro příjemce byl přeložen do angličtiny, abychom mohli do výzkumu zahrnout i zahraniční pacienty. Ve druhé fázi jsme měli jen jeden dotazník pro dávkyně, ve kterém jsme prohloubili otázky týkající se této cílové skupiny a rozšířili je o motivační ukazatele. Dárci i příjemci vyplňovali dotazník během léčby na klinice a byla jim garantována anonymita.

#### 4.2.2 Statistické hodnocení

Na statistické analýze se spolupodílelo centrum biostatistiky Mezinárodního centra klinického výzkumu Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně.

Z hlediska demografických charakteristik byli dárci v první části výzkumu rozděleni do tří věkových kategorií **a**: 18–22 let, **b**: 23–28 let, **c**: 29–35 let, a to z důvodu co největšího zachování anonymity. Podle dosaženého stupně vzdělání jsme dárci rozdělili do tří skupin: základní, středoškolské a vysokoškolské, podle rodinného stavu do dvou skupin: svobodný/svobodná a v partnerském soužití a podle rodičovského stavu také do dvou skupin: má děti a nemá děti.

Základní výzkumné otázky byly analyzovány podle pohlaví (dárci spermatu, dávkyně vajíček). Ke zjištění názoru dárců a dávkyně byla použita tříbodová škála (souhlasím, nesouhlasím, nevím).

Také příjemci byli rozděleni kvůli zachování anonymity do následujících věkových kategorií: **a**: 18–22 let, **b**: 23–27 let, **c**: 28–32 let, **d**: 33–37 let, **e**: 38–41 let, **f**: 42–45 let, **g**: 46–49 let, **h**: 50–53 let, **i**: 54 let a více. V souladu s právními předpisy České republiky mohou IVF léčbu podstoupit ženy do 49 let věku, proto se věkové kategorie **h**: 50–53 let, **i**:



54 let a více, týkaly pouze mužů. Vzdělání respondentů bylo rozděleno do tří skupin: základní, středoškolské a vysokoškolské, rodinný stav do dvou skupin: v prvním manželství/vztahu nebo ve druhém manželství/vztahu, rodičovský stav také do dvou skupin: má děti a nemá děti.

Všechny výzkumné otázky byly analyzovány z pohledu pohlaví a národnosti respondentů. Do kategorie příjemců ze zahraničí spadali převážně občané Francie, Velké Británie, Irsko, USA a Rumunska. Pro posouzení postojů a názorů příjemců byla rovněž použita tříbodová stupnice (souhlasím, nesouhlasím, nevím).

K analýze dat byla použita popisná a inferenční statistika. Kategorické proměnné byly reprezentovány jako pozorované četnosti a procenta z celkového počtu a testovány užitím chí-kvadrát testu. Všechny analýzy byly počítány ve statistickém softwaru Statistica Dell Inc. (2016) a Dell Statistica (data analysis software system), version 13. software.dell.com. Hodnota  $p < 0,05$  byla považována za významnou.

## 5 Výsledky

### 5.1 Sociodemografické charakteristiky dárců gamet

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem **473 dárců gamet** (392 dárek oocytů, 81 dárců spermií). Základní sociodemografické charakteristiky dárců (věk, vzdělání, rodinný a rodičovský stav) jsou shrnuty v Tabulce 1.

Z výsledků vyplývá, že čeští dárci jsou převážně mladí muži do 28 let (82 %), vysokoškoláci (57 %), svobodní (72 %), bezdětní (85 %). České dárkyně jsou starší než dárci (30 % je jich nad 28 let), mají nižší vzdělání, nejčastěji středoškolské (53 %), výrazně častěji než dárci žijí v nějakém vztahu (39 %) a více než polovina z nich už má děti (55 %).

**Tab. 2: Sociodemografické charakteristiky dárců gamet**

Charakteristiky dárců		Dárci		Dárkyně		Dárci celkem		p-hodnota
		N	%	N	%	N	%	
Věk	18–22	40	49,38	108	27,76	148	31,49	< 0,001
	23–28	27	33,33	163	41,90	190	40,43	
	29–35	14	17,28	118	30,33	132	28,09	
	<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100,00</b>	<b>389</b>	<b>100,00</b>	<b>470</b>	<b>100,00</b>	
Vzdělání	Vyučen/vyučena	7	8,64	122	31,12	129	27,27	< 0,001
	Střední	28	34,57	209	53,32	237	50,11	
	Vysokoškolské	46	56,79	61	15,56	107	22,62	
	<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100,00</b>	<b>392</b>	<b>100,00</b>	<b>473</b>	<b>100,00</b>	
Rodinný stav	Svobodný/svobodná	59	72,84	239	60,97	298	63,00	0,044
	Ve vztahu	22	27,16	153	39,03	175	37,00	
	<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100,00</b>	<b>392</b>	<b>100,00</b>	<b>473</b>	<b>100,00</b>	
Rodičovský stav	Má děti	12	15,38	210	54,69	222	48,05	< 0,001
	Nemá děti	66	84,62	174	45,31	240	51,95	
	<b>Celkem</b>	<b>78</b>	<b>100,00</b>	<b>384</b>	<b>100,00</b>	<b>462</b>	<b>100,00</b>	

### 5.2 Názory dárců na výzkumné otázky

#### 5.2.1 Informace dárci o výsledku darování

První výzkumnou otázkou jsme se dárců gamet dotazovali, **zda chtějí vědět, jestli se z jejich spermií nebo vajíček narodilo dítě**. Odpovědi dárců znázorňuje Tab. 3.

Dárkyně vajíček vyjadřovaly daleko častěji zájem dozvědět se výsledek darování než dárci spermatu. Zatímco dvě třetiny dárek (64 %) chtěly znát, jestli se z jejich vajíčka narodilo dítě, více než dvě třetiny dárců spermatu (72 %) výsledek darování nezajímalo,  $\chi^2(2, n = 460) = 61,28, p < 0,001$ .

Tab. 3: Názor dárců gamet na informaci o výsledku darování

Otázka						
Chcete vědět, jestli se z Vašich spermií či vajíček narodilo dítě?						
Odpověď	Dárci		Dárkyně		Dárci a dárkyně	p-hodnota
	N	%	N	%	N	
Ano	23	28,40	242	63,85	265	57,61
Ne	58	71,60	101	26,65	159	34,57
Nevím	0	0,00	36	9,50	36	7,83
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100,00</b>	<b>379</b>	<b>100,00</b>	<b>460</b>	<b>100,00</b>

Tato otázka byla rozšířená o doplňující otázku s otevřeným koncem, kterou jsme se dárců dotazovali „z jakého důvodu by o narození dítěte z jejich gamety chtěli být informováni“. Velkou část z nich zajímalo, zda pomohli bezdětnému páru (83 dárců), jiní chtěli jen vědět, že jejich čin nebyl zbytečný (39 dárců). Někteří dárci uváděli jako důvod zvědavost (9 dárců). Pouze 7 dárců zajímal zdravotní stav dítěte a jen 2 dárkyně by chtěly vědět pohlaví dítěte.

### 5.2.2 Informování dítěte o okolnostech jeho početí

Názory českých dárců gamet na jednu z nejvíce diskutovaných otázek spojených s dárcovskou koncepcí, a to, jestli **má být dítě informováno o způsobu svého početí** pomocí darované gamety, popisuje Tab. 4.

Čeští dárci okolnosti početí a genetickou vazbu za důležité spíše nepovažují. Bez ohledu na pohlaví si jenom 124 dárců (27 %) myslí, že dítě by mělo být informováno o způsobu svého početí, 280 dárců (62 %) zastává názor, že dítě tuto informaci vědět nemá. Zjistili jsme statisticky významný rozdíl mezi názory dárců spermií a dárkyň vajíček na tuto otázku,  $\chi^2(2, n = 452) = 7,60, p = 0,022$ . Dárci spermatu častěji než dárkyně oocytů uváděli, že dítě by mělo vědět o svém genetickém původu.

Tab. 4: Názor dárců gamet na informování dítěte o jeho koncepci

Otázka							
Myslíte si, že by dítě mělo vědět o dárcovské koncepci?							
Odpověď	Dárci		Dárkyně		Dárci & dárkyně		p-hodnota
	N	%	N	%	N	%	
Ano	27	35,06	97	25,87	124	27,43	0,022
Ne	48	62,34	232	61,87	280	61,95	
Nevím	2	2,60	46	12,27	48	10,62	
<b>Celkem</b>	<b>77</b>	<b>100,00</b>	<b>375</b>	<b>100,00</b>	<b>452</b>	<b>100,00</b>	

Někteří dárci (100 celkem) využili možnost svou odpověď rozšířit a zdůvodnit (přesné znění otázky: „*Mohl byste doplnit důvody, proč si myslíte, že dítě má, nebo nemá být o svém původu informováno?*“). Dárci, kteří zastávali názor být otevřený vůči dítěti, uváděli jako důvod **právo dítěte na tuto informaci** (20 dárců). Dalšími důvody, proč by rodiče měli dítěti říci tuto informaci, byly podle dárců **upřímnost v mezilidských vztazích** (9 dárců) a **riziko potenciálního prozrazení** (7 dárců). Poměrně významná část dárců uváděla jako důvody

**medicínská rizika** vyplývající z neznalosti genetického původu (15 dárců) a **obavu z možného příbuzenského sňatku** (2 dárci). Dárci, kteří se domnívali, že pro dítě je lepší nevědět o použití darované gamety při svém vzniku, svůj názor zdůvodňovali možným **psychologickým traumatem pro dítě** (12 dárců), **sociální stigmatizací** (3 dárci), **narušením vztahů v rodině** (4 dárci). Velká část dárců kladla důraz na **význam psychosociálního rodičovství** (25 dárců). Podle nich je matkou dítěte žena, která jej porodila a společně s otcem vychovává, informování dítěte považují dárci za jeho zbytečnou zátěž. Někteří dárci (3) vyslovili obavu, že pokud by dítě znalo okolnosti svého početí, mohlo by je začít hledat.

### 5.2.3 Informace o dárci

Další výzkumnou otázkou, **zda dárci chtějí, aby o nich dítě něco vědělo**, jsme chtěli zjistit, do jaké míry jsou dárci ochotni poskytnout dítěti narozenému z jejich gamet více informací o sobě. Názory dárců jsou shrnuty v Tab. 5.

Dárci gamet si většinou nepřáli, aby o nich dítě mělo nějaké údaje. Mezi dárci spermatu a dárkyněmi vajíček byl opět zjištěn statisticky významný rozdíl v názoru na tuto otázku,  $\chi^2(2, n = 451) = 43,776$ ,  $p < 0,001$ . Zatímco většina dárců spermatu (95 %) preferovala zůstat vůči budoucímu dítěti v naprosté anonymitě, téměř třetina dárkyň oocytů (28 %) byla ochotna poskytnout dítěti více neidentifikujících informací o sobě nad rámec stávající legislativy.

**Tab. 5: Názor dárců gamet na poskytnutí informace o dárci**

Otázka							
Chcete, aby dítě narozené z Vašich darovaných gamet mělo o Vás nějaké informace?							
Odpověď	Dárci		Dárkyně		Dárci & dárkyně		p-hodnota
	N	%	N	%	N	%	
Ano	5	6,41	104	27,88	109	24,17	< 0,001
Ne	73	93,59	200	53,62	273	60,53	
Nevím	0	0,00	69	18,50	69	15,30	
<b>Celkem</b>	<b>78</b>	<b>100,00</b>	<b>373</b>	<b>100,00</b>	<b>451</b>	<b>100,00</b>	

Dárců ochotných blíže se vyjádřit ke svému názoru nebylo mnoho, jen 50 (přesné znění otázky: „*Jaké informace by dítě o dárci mělo vědět?*“). Naprostá většina z nich (46) považuje za důležité, aby dítě bylo seznámeno s fyzickými a psychickými charakteristikami dárce (vzdělání, zájmy, koníčky, vzhled, medicínská anamnéza). Jen 4 dárkyně byly ochotny poskytnout dítěti jakoukoliv informaci, kterou dítě bude potřebovat, včetně identifikující.

### 5.2.4 Kontakt dárce s dítětem z darovaných gamet

Poslední výzkumnou otázkou jsme zjišťovali, **zda se dárci chtějí s dítětem narozeným z jejich gamet někdy setkat**, třeba i za okolností, že by dítě nevědělo, že se jedná o dárce. Odpovědi ukazují Tab. 6.

Čekali jsme, že dárci budou zvědaví na „výsledek“ svého darování, ale to se neukázalo. Větší část dárců (73 %) bez ohledu na pohlaví neměla zájem se s dítětem setkat. Opět byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi dárci spermatu a dárkyněmi,  $\chi^2(2, n = 451) =$

24,67,  $p < 0,001$ . Dárkyně oocytů daleko častěji (20 %) projevovaly zájem o setkání s dítětem narozeným z jejich vajíčka ve srovnání se zájmem dárců spermií (5 %).

**Tab. 6: Názor dárců gamet na případné setkání s dítětem**

Odpověď	Otázka						p-hodnota
	Chcete se s dítětem narozeným z Vašich gamet někdy setkat?						
	Dárci		Dárkyně		Dárci & dárkyně		
N	%	N	%	N	%		
Ano	4	5,06	76	20,43	80	17,74	< 0,001
Ne	75	94,94	252	67,74	327	72,51	
Nevím	0	0,00	44	11,83	44	9,76	
Celkem	79	100,00	372	100,00	451	100,00	

Možnost zdůvodnit svou představu o setkání využilo pouze 40 dárců (přesné znění otázky: „*Jakou máte představu o setkání?*“). Z toho naprostá většina (36) si přeje jen vědět, jak dítě vypadá, jestli je zdravé a jak se mu daří. Pokud by mělo dojít k setkání, tak za takových okolností, aby dítě nevědělo, že se jedná o dárce. Pro 3 dárkyně by byla dostačující pouze fotka dítěte. Jedna dárkyně je připravena odkrýt svou identitu a s dítětem se setkat, pokud by šlo o nemoc dítěte související s genetickou příbuzností.

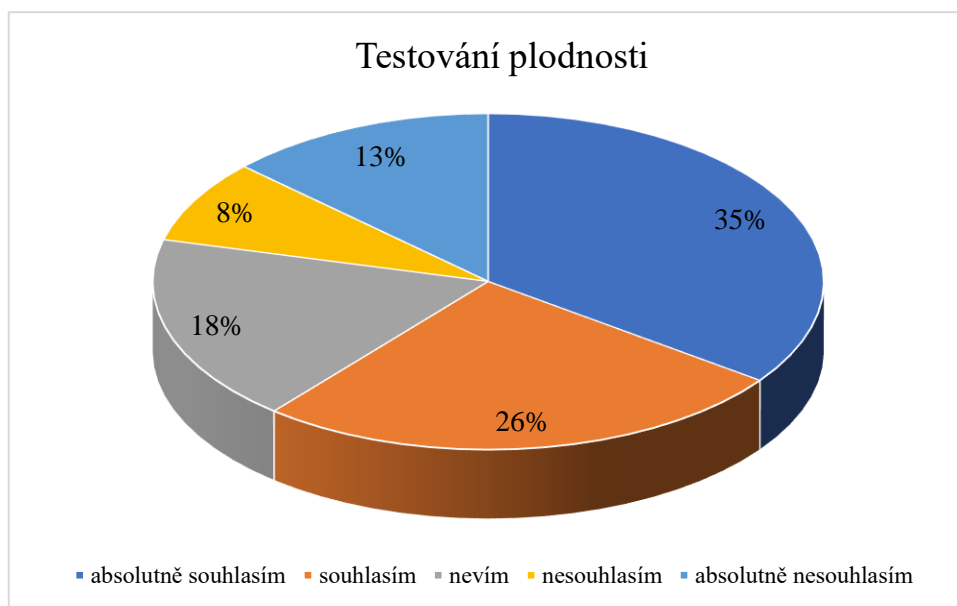
### 5.2.5 Motivace k dárcovství

Ve druhé fázi výzkumu, který byl zaměřen jen na dárkyně oocytů, jsme zjišťovali také motivační faktory. Na základě odpovědí dárkyň z první fáze výzkumu jsme vypracovali šest základních důvodů, které vedou dárkyně k tomu, aby se rozhodly darovat. Každá dárkyně mohla jednotlivé motivy ohodnotit pomocí Likertovy škály, kdy 1 = absolutně souhlasím, 2 = souhlasím, 3 = nevím, 4 = nesouhlasím a 5 = absolutně nesouhlasím.

Převážná většina dárkyň (83 %) označila jako hlavní důvod pomoc neplodným párům mít dítě a být tímto užitečnou. Finanční kompenzaci jako důvod k darování uvedla polovina (54 %) dárkyň, stejně tak možnost bezplatné lékařské prohlídky (55 %). Necelé dvě třetiny dárkyň (61 %) motivovalo také ověření jejich vlastní plodnosti.

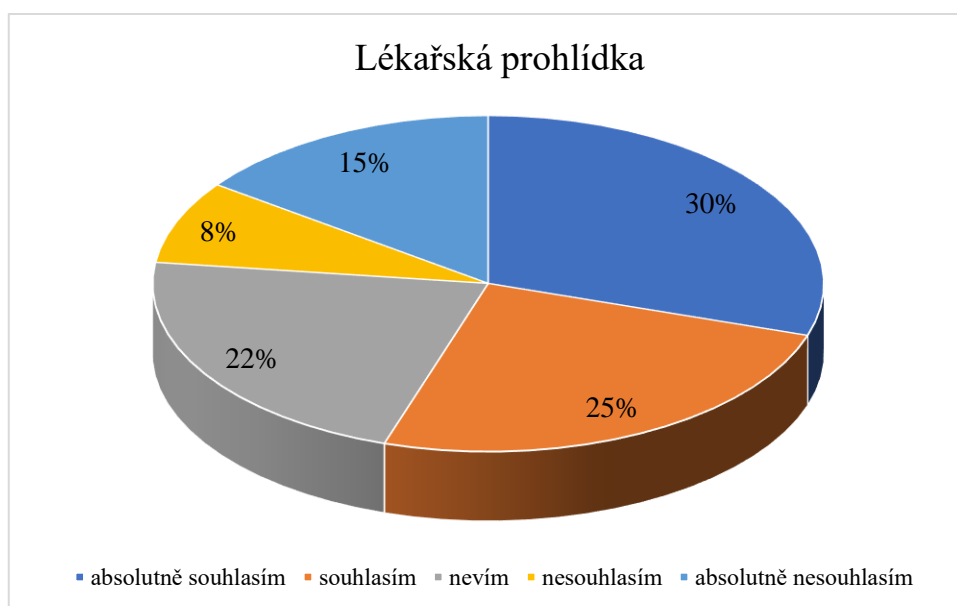
Následující grafy ukazují jednotlivé motivy dárkyň detailněji.

Pro 61 % dárkyň bylo jedním z důvodů k dárcovství ověření vlastní fertility.



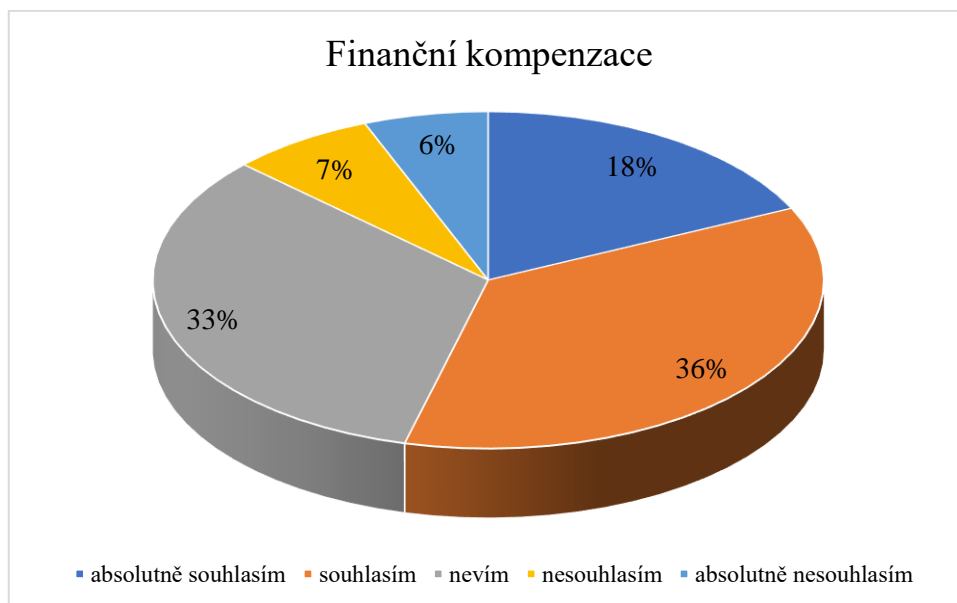
**Graf 2: Motivace k dárcovství – testování plodnosti**

55 % dárkyň uvedlo jako důvod možnost bezplatné lékařské prohlídky.



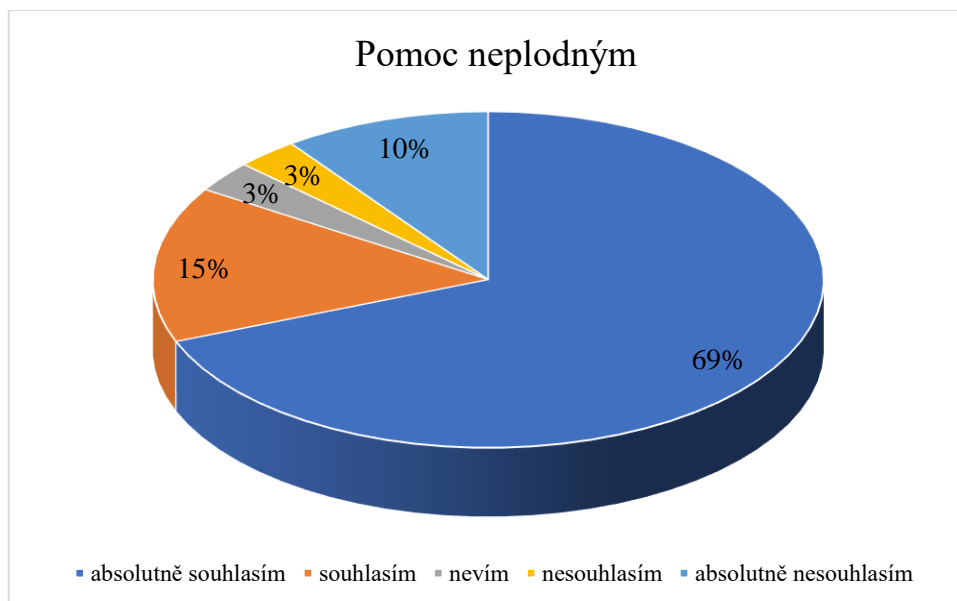
**Graf 3: Motivace k dárcovství – lékařská prohlídka**

Pro 54 % dárkyň byla hlavním důvodem k darování finanční kompenzace.



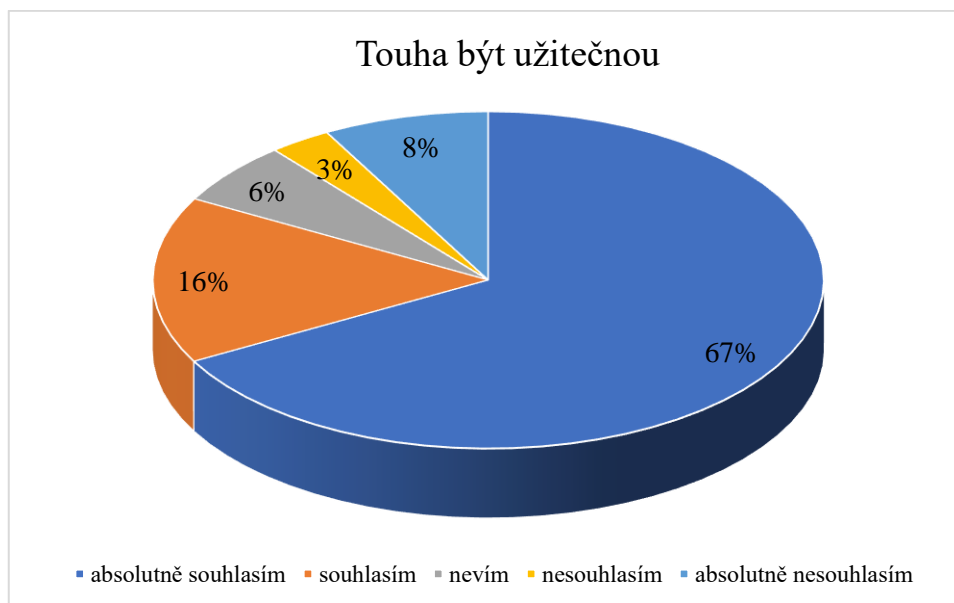
**Graf 4: Motivace k dárcovství – finanční kompenzace**

Převážná část dárkyň (84 %) chtěla pomoci neplodnému páru.



**Graf 5: Motivace k dárcovství – pomoc neplodnému páru**

Přání být užitečnou bylo motivem také pro poměrně značnou část dáreků (83 %).



**Graf 6: Motivace k dárcovství – touha být užitečnou**

Testováním závislosti mezi názorem dáreků na anonymitu a motivačními ukazateli jsme zjistili, že 52 % respondentek, které darovaly ve snaze pomoci neplodnému páru, si přeje zůstat v anonymitě. Mezi názorem dáreků na anonymitu a altruistickými motivy k dárcovství jsme zjistili statisticky významnou závislost,  $\chi^2 = 22,31$ ,  $df = 4$ ,  $p = 0,0002$ . Zrušení anonymity v dárcovství gamet může postihnout ochotu altruisticky jednajících jedinců podstoupit proces darování. Cramerův koeficient kontingence vykazuje slabou závislost ( $c = 0,25$ ). Mezi názorem na anonymitu a finanční motivací k dárcovství, jsme statisticky významnou závislost nezjistili,  $\chi^2 = 7,43$ ,  $df = 4$ ,  $p = 0,1147$ . Zrušení anonymity v dárcovském programu tedy neovlivní rozhodnutí darovat u žen, pro které je hlavním motivem finanční kompenzace. U vybraných otázek byla z důvodu splnění podmínek dobré aproximace upravena škála z pětibodové na tříbodovou, při zachování významu.

Spolehlivost výzkumného nástroje byla ověřována také pomocí hodnoty Cronbachovo  $\alpha$ . Pro jednotlivé skupiny byla tato hodnota následující: pro otázky týkající se názoru na anonymitu  $\alpha = 0,639$ , pro otázky týkající se motivace k dárcovství  $\alpha = 0,741$ , pro otázky týkající se informování dítěte  $\alpha = 0,823$ , což indikuje spolehlivost výzkumného nástroje.

### 5.3 Sociodemografické charakteristiky příjemců

Do výzkumu bylo zařazeno celkem 195 příjemců, kteří podstoupili léčbu pomocí darovaných gamet (122 žen – 43 z České republiky, 79 ze zahraničí, a 73 jejich partnerů – 28 Čechů, 45 cizinců). Základní sociodemografické charakteristiky dárců (věk, vzdělání, rodinný a rodičovský stav) jsou shrnuty v Tab. 7.

Čeští příjemci byli nejčastěji středoškolského vzdělání (49 %), v prvním partnerském vztahu (78 %) a bezdětní (70 %). Zahraniční příjemci měli převážně vysokoškolské vzdělání (84 %), v prvním partnerském vztahu (69 %) a převládali bezdětné páry (77 %). Zahraniční



příjemci léčení pomocí dárcovské gamety byli starší než čeští příjemci podstupující tuto léčbu ( $p < 0,001$ ).

Tab. 7: Sociodemografické charakteristiky příjemců

Charakteristiky příjemců	Češi				Cizinci				Celkem (muži i ženy)		p-hodnota	
	Muži		Ženy		Muži		Ženy		N	%		
	N	%	N	%	N	%	N	%				
Věk	23–27	1	3,57	2	4,65	1	2,22	1	1,32	5	2,60	< 0,001
	28–32	9	32,14	17	39,53	6	13,33	6	7,89	38	19,79	
	33–37	7	25,00	6	13,95	6	13,33	15	19,74	34	17,71	
	38–41	3	10,71	9	20,93	15	33,33	24	31,58	51	26,56	
	42–45	2	7,14	5	11,63	6	13,33	12	15,79	25	13,02	
	46–49	3	10,71	4	9,30	5	11,11	18	23,68	30	15,63	
	50–53	2	7,14	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	1,04	
	54 a více	1	3,57	0	0,00	6	13,33	0	0,00	7	3,65	
	<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100,00</b>	<b>43</b>	<b>100,00</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>	<b>76</b>	<b>100,00</b>	<b>192</b>	<b>100,00</b>	
Vzdělání	Vyučen / vyučena	8	28,57	6	13,95	2	4,44	2	2,53	18	9,23	< 0,001
	Středoškolské	11	39,29	24	55,81	9	20,00	7	8,86	51	26,15	
	Vysokoškolské	9	32,14	13	30,23	34	75,56	70	88,61	126	64,62	
	<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100,00</b>	<b>43</b>	<b>100,00</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>	<b>79</b>	<b>100,00</b>	<b>195</b>	<b>100,00</b>	
Stav	V prvním partnerském vztahu	21	75,00	34	79,07	34	75,56	49	64,47	138	71,88	0,308
	V dalším partnerském vztahu	7	25,00	9	20,93	11	24,44	27	35,53	54	28,13	
	<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100,00</b>	<b>43</b>	<b>100,00</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>	<b>76</b>	<b>100,00</b>	<b>192</b>	<b>100,00</b>	
Vlastní děti	Ano	11	39,29	10	23,26	8	17,78	20	25,97	49	25,39	0,226
	Ne	17	60,71	33	76,74	37	82,22	57	74,03	144	74,61	
	<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100,00</b>	<b>43</b>	<b>100,00</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>	<b>77</b>	<b>100,00</b>	<b>193</b>	<b>100,00</b>	

## 5.4 Názory příjemců na výzkumné psychosociální otázky

### 5.4.1 Informování dítěte o genetickém původu

První výzkumnou otázkou jsme se českých i zahraničních příjemců darovaných gamet dotazovali na jejich **názor, jestli má dítě vědět o svém původu**. Odpovědi dárců znázorňuje Tab. 8.

Dvě třetiny příjemců (64%) se domnívaly, že dítě by nemělo být informováno o svém genetickém původu, necelá třetina recipientů (29 %) naopak byla pro prozrazení okolností početí a 13 recipientů (7 %) váhalo. V názorech na odhalení dárcovské koncepce dítěti jsme zjistili statisticky významný rozdíl mezi českými a zahraničními potenciálními budoucími rodiči,  $\chi^2(6, n = 185) = 19,69, p = 0,003$ . Zatímco většina českých recipientů byla proti informování dítěte, mezi zahraničními příjemci nebyl rozdíl tak zřejmý.

**Tab. 8: Názory příjemců darovaných gamet na informování dítěte o jeho genetickém původu**

Odpověď	Otázka										p-hodnota
	Mělo by dítě vědět o svém genetickém původu?										
	Češi		Cizinci				Celkem				
Příjemci	Příjemkyně	Příjemci	Příjemkyně	Příjemci	Příjemkyně	Příjemci	Příjemkyně	N	%		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Ano	5	17,86	4	10,00	16	35,56	29	40,28	54	29,19	
Ne	23	82,14	30	75,00	27	60,00	38	52,78	118	63,78	0,003
Nevím	0	0,00	6	15,00	2	4,44	5	6,94	13	7,03	
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100,00</b>	<b>40</b>	<b>100,00</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>	<b>72</b>	<b>100,00</b>	<b>185</b>	<b>100,00</b>	

Příležitost vysvětlit podrobněji svůj názor na informování dítěte (plné znění doplňující otázky: „*Jaké jsou podle Vás hlavní důvody, proč by dítě mělo či nemělo být informováno o svém původu?*“) využilo jen minimum českých příjemců, a to 4 muži (14 %) a 8 žen (19 %), ale téměř polovina zahraničních žen – 39 (49 %) a zahraničních mužů – 21 (47 %) . Důvody, proč se má dítěti odkrýt pravda o jeho početí, byly citovány daleko častěji než důvody proti informování. Každý pár měl příležitost vyjádřit i více důvodů pro obhajobu svého postoje. Všechny důvody jsme zahrnuli do naší analýzy a každý byl hodnocen samostatně. Kvalitativní analýza rozšířených odpovědí příjemců nám umožnila získat ucelenější přehled o jejich postojích k této diskutované a velmi kontroverzní otázce spojené s dárcovstvím gamet. V závorkách je uvedeno kolik českých mužů (MC), českých žen (FC) / zahraničních mužů (MF) a zahraničních žen (FC) uvádělo daný důvod pro nebo proti informování dítěte a citace některých odpovědí recipientů, které nejvýstižněji ilustrují jejich myšlenky, pocity a názory.

Kvalitativní analýza odhalila následující důvody **pro informování dítěte**. Čeští příjemci nejčastěji jako důvod uváděli „**genetickou nejistotu**“ (medicínské důvody). Dítě by mělo vědět, že nesdílí geny se svými rodiči kvůli budoucím možným geneticky podmíněným nemocem (2 MC, 3 FC / 1 MF, 1 FF; MC: kvůli nemocem způsobeným geneticky ; FC: možné dědičné onemocnění; MF: chceme, aby dítě vědělo o svém genetickém pozadí; FF: dítě by

mělo vědět, že existují genetické záležitosti, o kterých my jako rodiče nemáme vůbec ponětí.).

Zahraniční recipienti nejčastěji citovali jako důvod pro odhalení původu to, že chtějí „být k dítěti upřímní“ (7 MF, 15 FF) a chtějí „**vyloučit potenciální riziko tajemství v rodině na vztah mezi nimi a dítětem**“ (6 MF, 9 FF). Druhým nejčastěji citovaným důvodem pro informování dítěte, který uváděli především zahraniční recipienti bylo „**právo dítěte znát svůj genetický původ**“ (1MC / 7 MF, 7 FF). S tím úzce souvisel třetí nejčastěji citovaný důvod, a to „**správná tvorba identity dítěte**“ (3 MF, 4 FF; FF: každé dítě a každá osoba má právo znát své biologické rodiče pro správnou tvorbu pocitu „kdo jsem já“ a pro prevenci zmatení během dospívání a dospělosti. Pokud dítě bude od začátku seznámeno se svým genetickým původem, umožní mu to lepší pohled na sebe sama. FF: pravda je vždy lepší, děti mohou nepravdu nebo něco nevysloveného vycítit. Použití darovaného vajíčka není nic ostudného, nic nenormálního. Ale tím, že tuto skutečnost tajíme, tak se za ni stydíme. Přitom je to velmi důležitý kus historie dítěte, a to jak lékařského hlediska, tak při utváření jeho osobní identity. MF: poctivost je zdravá, zatímco jakékoliv tajemství v rámci rodiny je nezdravé. FF: poctivost je důležitá ve všech vztazích. Já bych chtěla znát svůj genetický původ, takže proto moje dítě bude vědět, že pochází z darovaného vajíčka. MF: pokud rodiče nebudou upřímní a pravdomluvní, vztahy mezi nimi a dítětem mohou být poškozeny. Říkat pravdu je důležité, aby byla zachována vzájemná důvěra).

Dalším důvodem popisovanými některými recipienty bylo „**vyloučení rizika, že se dítě dozví pravdu o svém původu náhodou**“ (1 FC / 5 FF, 5 MF; FF: pokud budeme původ dítěte držet v tajnosti a dítě se dozví pravdu náhodou, bude se cítit zrazeno, což může vést k jeho psychické újmě. Je daleko lepší říci dítěti pravdu o použití dárcovské gamety při budování rodiny, není to nic, zač by se rodiče měli stydět. Naopak je to krásný dar). Někteří příjemci zmiňovali obavy spojené s darováním orgánů, krevními a genetickými testy či vyšetřeními, které mohou být v budoucnosti příčinou nechtěného odhalení. (FC: může se stát, že pokud dítě nebude mít stejnou krevní skupinu jednoho z rodičů, může se to dovědět např. od lékaře. MF: DNA testování je v dnešní době poměrně běžné, takže riziko, že se dítě dozví pravdu tímto způsobem, je vysoké).

Minoritními důvody pro informování dítěte byly „**doporučení odborné autority**“ (1 FF: v UK je doporučovaný přístup nestydět se, nelhat, dítě má právo vědět o svém původu) a „**vyloučení rizika příbuzenského sňatku**“ (1MC: možný incest při budoucím řešení vlastní rodiny). Někteří respondenti popisovali, že dítě by mělo vědět o způsobu svého početí, aby si uvědomilo, „**jak moc bylo chtěné**“ (1 MF, 2 FF; FF: domnívám se, že naše děti by měly vědět, jak moc jsme je chtěli. Že jsme nevzdali boj a po letech léčby neplodnosti jsme cestovali přes pól světa, abychom je „našli“).

Převážná většina respondentů se domnívala, že dítě být informováno nemá. Toto rozhodnutí bylo významně častější mezi Čechy. Bohužel, svůj názor zdůvodnilo pouze minimum respondentů. A opět to byli především cizinci, kdo vyjádřil své postoje daleko častěji. Kvalitativní analýza odhalila následující důvody proti informování dítěte o okolnostech jeho početí. Nejcitovanějším důvodem, proč dítě neinformovat, byla „**zbytečnost takové**

**informace"**, která pro dítě není vůbec důležitá, protože dítě své rodiče, kteří o něho pečují, má (1 MC, 3 FC / 2 MF, 3 FF; FC: *dítě by mělo mít v první řadě dva rodiče, kteří jej vychovávají k samostatnosti; MF: DNA netvoří rodinu*).

Podle některých příjemců by odhalení dárcovské koncepce mohlo být pro dítě škodlivé, protože „**taková informace by dítě mátl a formování jeho totožnosti komplikovala**“. Dítě by se mohlo cítit nenormálně (1FC / 4 MF, 5 FF; FF: *cítím, že já budu jeho matka a myslím, že „nevědět“ bude pro něj méně matoucí; MF: nevědět je někdy požehnáním. Asi nebudeme schopni dítěti zodpovědět všechna proč a jak, ale domníváme se, že je lepší dítě touto informací nemást; FF: já odnosím a porodím své dítě, takže já budu jeho matka. U nás v Irsku sice spousta žen využívá darované vajíčko, ale nemluví se o tom. Pro dítě by taková informace mohla být složitá, mohlo by se cítit divně, nenormálně. Přeji si, aby prožilo normální dětství*).

Někteří příjemci měli strach z „**negativního vlivu informace o použití dárcovské gamety na vztah mezi dítětem a rodiči**“ Obávali se oslabení vztahu mezi dítětem a negenetickým rodičem (1 MC / 4 MF, 3 FF; MF: *pokud by naše dítě znalo své genetické pozadí, tak bych měl velkou obavu, aby tyto informace nezneužilo během puberty a rané dospělosti proti své matce*). „**Strach ze sociální stigmatizace**“ byl dalším důvodem, proč řada budoucích rodičů nechce své dítě o jeho početí informovat (2MC, 2 FC / 1 MF, 2 FF; FC: *darování gamet není v naší zemi zatím společensky příliš přijatelné. FF: Irsko je velmi staromódní*). Někteří recipienti zdůrazňovali „**svůj vlastní podstatný přínos pro početí dítěte**“ (2 MF, 2 FF; MF: *dárci dali dárky – vajíčko a spermii, jinými slovy jen části. Ale kdybychom my je nepotřebovali, tak by se toto vajíčko s touto spermií nikdy nesetkalo; FF: naše dítě bude vytvořeno spermií svého otce a těhotenstvím své matky; MF: darované vajíčko by bylo pouhou buňkou bez mé manželky*). Mezi důvody, proč není potřeba dítě informovat, se objevil i „**religiózní důvod**“ (1 FF: *můj manžel je absolutně proti informování, protože dvojí mateřství zpochybňuje židovskou identitu*).

#### 5.4.2 Záměry/plány příjemců informovat své dítě o jeho původu

Další otázkou jsme chtěli zjistit, zda budoucí rodiče plánují v budoucnu své dítě informovat o tom, že pochází z darovaných gamet. Názory příjemců jsou shrnuty v Tabulce Tab. 9.

Záměry rodičů říci dítěti pravdu o jeho genetickém původu se většinou shodují s jejich všeobecným postojem k informování dítěte o okolnostech jeho početí. Zatímco většina Čechů neplánovala v budoucnu své dítě informovat, někteří zahraniční respondenti byli daleko otevřenější, polovina z nich uváděla, že mají v úmyslu svého potomka o způsobu jeho početí informovat. Mezi záměry českých a zahraničních příjemců ohledně informování dítěte o dárcovské koncepci v budoucnu jsme zjistili statisticky významný rozdíl,  $\chi^2(6, n = 180) = 21,92; p = 0,001$ .

Tab. 9: Záměry příjemců informovat v budoucnu své dítě o způsobu početí

Otázka											
Máte v úmyslu dítě informovat o použití dárcovské gamety?											
Odpověď	Češi				Cizinci				Celkem		p-hodnota
	Příjemci		Příjemkyně		Příjemci		Příjemkyně		N	%	
	N	%	N	%	N	%	N	%			
Ano	4	14,29	4	10,00	15	34,09	30	44,12	53	29,44	0,001
Ne	23	82,14	30	75,00	27	61,36	35	51,47	115	63,89	
Nevím	1	3,57	6	15,00	2	4,55	3	4,41	12	6,67	
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100,00</b>	<b>40</b>	<b>100,00</b>	<b>44</b>	<b>100,00</b>	<b>68</b>	<b>100,00</b>	<b>180</b>	<b>100,00</b>	

Respondenti, kteří plánují své dítě informovat, měli možnost svou odpověď rozšířit (přesné znění otázky: „*Pokud ano, kdy a jak?*“). Jak ukázala kvalitativní analýza odpovědí, respondenti většinou zvažují čas, kdy je vhodné dítěti situaci vysvětlit, nad způsobem vysvětlení se moc nezamýšlí. Vhodný čas ale každý určuje různě. Někdo stanovil přímo konkrétní věk dítěte, jiný jen neurčitě napsal, až bude dítě dost zralé. Většina zahraničních recipientů chce začít dítěti „**vysvětlovat jeho původ od útlého dětství**“ (10 MF, 17 FF; FF: *budeme jim číst příběh o použití dárcovských vajíček od Caroliny Nadel už od narození. Chceme, aby vyrůstali s vědomím, že sice pochází z darované buňky, ale že to není žádný problém, nýbrž součást jejich stvoření; FF: začneme dítěti vyprávět už od malička příběh o velkorysých lidech, kteří nám pomohli jej přivést na svět. A jak bude dítě starší a starší, budeme do vyprávění přidávat více odborných informací*).

Naopak čeští příjemci uváděli, že chtějí začít „**vysvětlovat kolem puberty**“ (2 MC, 3FC). Někteří recipienti odpovídali, že plánují začít dítěti okolnosti jeho početí „**vysvětlovat, až bude dítě dost zralé**“ (5 MF, 10 FF; MF: *začneme s informováním, až bude dítě schopno porozumět principu darování gamet*) a někteří ještě nevěděli, „**kdy a jak začnou dítěti vysvětlovat**“ (3MF, 5 FF; MF: *zatím nevíme přesně. Chceme si promluvit s rodiči, kteří již mají s touto situací zkušenosti*).

#### 5.4.3 Názory příjemců na poskytnutí identifikující informace o dárci

Odpovědi příjemců na otázku, **zda je pro dítě důležité znát identitu dárce**, jsou znázorněny v Tab. 10.

Naprostá většina příjemců (92 %) je přesvědčena, že pro dítě znalost identity dárce není nutná. Jen 12 recipientů (6 %) by rádo získalo identifikující informace o dárci. Mezi českými a zahraničními příjemci nebyl v názoru na význam identifikujících informací o dárci zjištěn statisticky významný rozdíl,  $\chi^2(6, n = 168) = 6,50$ ,  $p = 0,370$ . Je zajímavé, že zatímco téměř polovina zahraničních příjemců plánuje v budoucnu dítě informovat, identifikující informace o dárci považuje za nedůležité.

Tab. 10: Názory příjemců darovaných gamet na význam identifikující informace o dárci

Odpověď	Otázka										p-hodnota
	Je podle Vás pro dítě důležité znát identifikující údaje o svém dárci?										
	Češi				Cizinci				Celkem		
	Příjemci		Příjemkyně		Příjemci		Příjemkyně		N	%	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Ano	2	7,14	1	2,44	2	4,44	7	9,09	12	6,28	0,370
Ne	26	92,86	38	92,68	42	93,33	70	90,91	176	92,15	
Nevím	0	0,00	2	4,88	1	2,22	0	0,00	3	1,57	
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100,00</b>	<b>41</b>	<b>100,00</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>	<b>77</b>	<b>100,00</b>	<b>191</b>	<b>100,00</b>	

Možnost rozšířit svou odpověď využili převážně recipienti, kteří se domnívají, že znalost identity dárce není pro dítě důležitá. Identifikace dárce by mohla mít podle respondentů „**matoucí efekt na dítě**“, protože dítě už své rodiče, kteří se o něho od narození starají, má (2 MC, 3FC/ 15 MF, 25 FF; FC: *není dobré mít pod dárcem představu konkrétní osoby*; FF: *dítě bude mít jen jednu mámu, mne. Já se o ně budu starat a vychovávat ho. A já z něj udělám toho, v koho vyroste*; MC: *důležité pro dítě je mít rodiče, kteří ho s láskou a péčí dobře vychovávají*; FF: *podle mne by tento proces měl být zcela anonymní. Nevěřím, že by identifikace dárce měla pro dítě nějaký smysl nebo přínos. Použití dárcovských gamet vnímám stejně jako použití léků při asistované reprodukci. Pokud se tedy jedná o bitvu mezi nature versus nurture, já jsem jednoznačně na straně nurture*; FF: *Proč? Stejně jako můj manžel i já oceňuji nezištnost dárce. Ale já budu matkou těchto dětí, já je odnosím ve svém lůně, já se o ně budu starat. Beze mě by tyto děti neexistovaly. Proto nevidím žádný důvod později své děti mást a snažit se jim vysvětlit, že mají nějakou „genetickou matku“*; MF: *anonymita je důvod, proč jsme cestovali za léčbou neplodnosti do zahraničí a nepodstoupili ji ve Velké Británii*).

Pokud by podle recipientů dítě mělo něco vědět o dárci, pak by to byly „**základní zdravotní údaje a pár detailů o jeho osobě**“ (1 FC/ 3MF, 2 FF; FF: *nejlepší by bylo, kdyby mohli vědět o dárci něco, například bylo jí 23, studentka, měla ráda umění a tanec, a samozřejmě zdravotní údaje jsou velmi důležité*; MF: *chápu potřebu anonymity. A kdybych byl dárce, tak bych si také přál zůstat v anonymitě. Nicméně jako rodič bych byl velmi rád seznámen s podrobnějšími charakteristikami dárce, tak abych porozuměl jeho osobě a v budoucnu i některým vlastnostem svého dítěte*).

Pro důležitost identifikace dárce se vyslovila jen mizivá část respondentů, přičemž častěji to byli opět cizinci. Za preferencí identifikujících údajů jsou především „**potenciální rizika geneticky podmíněných nemocí a zdravotních charakteristik**“ (3MC, 3 FC/ 4 MF, 2 FF; FF: *jediná věc, která mne trápí, je, že neznáme naši dárcyni. Myslím si, že přístup k údajům především o jejím zdravotním stavu je zásadní. Teď je ještě mladá, tak se o jejím zdraví moc neví.*), dále „**záležitosti týkající se identity dítěte**“ (3FF; FF: *dítě by mělo mít přístup k dárcyni, kdyby chtělo znát svou pravou identitu. Je to stejné jako u adopcí*). Respondenti ale uvažovali i o „**rizicích spojených s neanonymním dárcovstvím**“ (2MF/1FF; MF: *pro mne je důležité vědět, kdo jsou dárci, tak abych mohl poznat typ jejich osobnosti, dřív než by se informace poskytly mému dítěti*). Objevil se i zájem rodiče nikoli o kontakt na dárce, ale

o „kontakt na další děti počaté z jeho gamet“ (1MF: nejlepší by bylo, kdyby pro sourozence počaté stejným dárcem existoval nějaký způsob, jak se setkat).

Někteří respondenti zastávali názor, že **dítě by se mělo rozhodnout samo**, jestli chce, nebo nechce získat v budoucnu identifikující informace o svém dárci (4MF, 5FF; MF: myslím si, že pro dítě je důležité mít možnost poznat svého dárce, pokud to bude chtít).

#### 5.4.4 Důvody pro léčbu v České republice

Nejčastěji citovanými důvody, proč se sterilní páry rozhodly absolvovat léčbu neplodnosti v České republice, byly vysoké ceny v domovské zemi (29 % párů, naprostá většina v USA), preferování anonymního dárcovství (24 % párů, všechny z Velké Británie) a dlouhé čekací doby způsobené nedostatkem dárkyň (22 % párů, opět všechny páry pocházely z Velké Británie). Kvůli legislativním restrikcím, které v domovské zemi omezují léčbu neplodnosti, přicestovalo do České republiky 13 % zahraničních příjemců (Francie, Německo, Itálie). Pro některé páry byla důvodem nízká kvalita léčby neplodnosti v domovské zemi (7 % párů, všechny pocházely z Rumunska). Přání ochránit své soukromí podstoupením léčby neplodnosti v zahraničí uváděla 2 % párů (Irsko, USA).



## 6 Diskuze

### 6.1 Sociodemografické charakteristiky dárců

Sociodemografické charakteristiky dárcyň se v jednotlivých evropských zemích enormně liší (Pennings, 2014). V letech 2011–2012 probíhal mezinárodní vědecký výzkum „Cross Border Reproductive Care“ pod koordinací ESHRE, který byl zaměřený na dárcyně oocytů. Studie se zúčastnilo 11 evropských zemí (Belgie, Česká republika, Finsko, Francie, Řecko, Polsko, Portugalsko, Rusko, Španělsko, Velká Británie, Ukrajina). Data byla posbírána z 63 dobrovolně spolupracujících center z jednotlivých zemí, kde se praktikuje darování oocytů. Cílem studie bylo porovnat sociodemografické charakteristiky dárcyň, jejich motivace k dárcovství a také porovnat kompenzace v jednotlivých zemích. Výsledky této studie byly uveřejněny v *Human Reproduction* (Pennings, 2014). Typickou evropskou dárcyní je podle této studie vysokoškolsky vzdělaná, 27letá žena žijící se svým partnerem a dítětem, která většinou daruje vajíčka, aby pomohla jiným ženám dosáhnout mateřství. Typická česká dárcyně podle této studie je mladá matka, středoškolsky vzdělaná, darující často několikrát anonymní příjemkyni. Stejný závěr potvrdil i náš výzkum.

#### **Věk dárcyň**

Nejvíce dárcyň (42 %) bylo ve věkové kategorii 23–28 let, což koresponduje s výsledky dotazníkového šetření ESHRE, podle kterých se průměrný věk dárcyň v Evropě pohybuje v rozmezí mezi 25,6 lety ve Španělsku a 31,0 lety ve Francii. Podle zákona se dárcyní v České republice může stát žena mezi 18 až 35lety. Věkový limit je ve většině evropských zemí obdobný. Minimální věk dárcyň oocytů 18 let je jednak daný vesměs legislativně a jednak je doporučován i z důvodu dostatečné psychické zralosti (Pennings, 2014).

I horní věkový limit 35 let je ve většině evropských zemí stejný, ze zřejmých důvodů. U žen nad 35 let je obecně nižší odpověď na hormonální stimulaci, nižší počet získaných oocytů a vyšší riziko aneuploidie. V některých zemích, např. v Belgii či ve Velké Británii, je možné, aby se dárcyněmi staly i starší ženy, ale jen v případě přímého darování (Baetens, 2000; Laruelle, 2011). Francie také akceptuje starší ženy jako dárcyně, ale z důvodu jejich nedostatku (Pennings, 2014).

#### **Vzdělání dárcyň**

Jak v našem výzkumu, tak v dotazníkovém výzkumu ESHRE převládaly v České republice jako dárcyně středoškolačky, a to v 53 %. Vysokoškolsky vzdělaných dárcyň jsme měli 16 %. Tento výsledek nekoresponduje s výsledky evropské studie, podle které ČR měla nejnižší počet univerzitně vzdělaných dárcyň – jen 9 %. Přitom v řadě evropských zemí (Belgie, Francie, Polsko a Ukrajina) má více než polovina dárcyň univerzitní vzdělání (Pennings, 2014).

#### **Rodinný stav**

Dvě třetiny dárcyň v naší studii (61 %) byly svobodné ženy, vdaných žen či žen žijících v partnerském vztahu byla jedna třetina, rozvedených dárcyň bylo minimum. Podle ESHRE studie

se výsledky v jednotlivých zemích značně lišily. Ve většině zemí byla více než polovina dáreků sezdáných nebo žila v partnerském soužití. Svobodné dávkyně převládaly v Portugalsku a ve Španělsku. Nejvíce rozvedených žen darovalo v Řecku a v Rusku (Pennings, 2014).

### **Rodičovský stav**

Více než polovina našich dáreků měla ověřenou svou fertilitu (55 %). Většinou měly děti dvě, méně často jedno. Podobné výsledky opět najdeme i v ESHRE studii, kde 52 % dáreků mělo alespoň jedno dítě, z toho 29 % jedno, 18 % dvě, 5 % tři a více dětí. V Rusku a na Ukrajině téměř všechny dávkyně měly děti, protože v těchto zemích je doporučováno, aby dávkyně měly alespoň jedno dítě. Nejméně matek darovalo v Polsku, Portugalsku, Španělsku a Velké Británii (35 %).

### **Předchozí darování**

V ESHRE studii darovalo poprvé 55 % žen, podruhé 20 %, potřetí 13 % a vícekrát 12 %. Podle průměrného počtu absolvovaných cyklů je na prvním místě Ukrajina 1,85 cyklů na dávkyni, následuje Česká republika 1,75, Rusko 1,30 a Španělsko 1,13.

Česká republika patřila spolu se Španělskem a Ukrajinou k zemím s nejvyšším procentem žen, které darují opakovaně (ČR 69 %, Španělsko 62 %, Ukrajina 60 %). Naopak Belgie (92 %), Francie (91 %), Polsko (83 %) a Velká Británie (83 %) měly vysoké zastoupení poprvé darujících žen. Naše studie tak nepotvrdila předchozí výsledky, opakovaně darovalo jen 38 % dáreků, převládaly dávkyně, které darovaly poprvé (62 %).

Většina zemí nemá přímý limit počtu cyklů darování oocytů. Jen Portugalsko má specifická pravidla: dávkyně nemůže darovat více než 3× a darování musí být v odstupu více než šesti měsíců (Pennings, 2014).

V řadě evropských zemí je počet cyklů s darovaným oocytem nepřímo regulován počtem potomků od dárců nebo počtem rodin, které mohou přijmout dárcovské gamety od jednoho konkrétního dárců. V Belgii je to šest příjemkyň, v Řecku deset dětí, ve Finsku maximálně 5 rodin, ve Velké Británii maximálně 10 rodin. Žádná regulace není v Polsku či v Rusku. Stejně tak Česká republika nemá pevně stanovená pravidla týkající se počtu cyklů na jednu dávkyni. Většina center má své vlastní vnitřní směrnice, které dodržuje. Dokud ale nebude existovat národní registr dárců, pak ani vlastní směrnice nezaručí regulaci darování.

Opakovaná donace je vnímána spíše negativně. Předpokládá se, že jsou to právě sociálně slabší ženy, které opakovaně darují svá vajíčka z finančních důvodů. Tato skutečnost je vnímána jako jeden z etických problémů darovaných oocytů. Nicméně Purewal (2009) ve své studii došel k závěru, že i ty dávkyně, které darovaly z altruistických důvodů, chtějí darovat opakovaně. Pro tyto dávkyně dobrý pocit, že pomohly jiným, převáží fyzickou zátěž spojenou s touto procedurou.

## **6.2 Informování dárců o výsledku darování**

Darování gamet pro účely asistované reprodukce se vyvíjí. Zatímco dříve bylo jednoznačně preferováno anonymní dárcovství, nové zaměření na práva a zájmy dítěte narozeného z da-

rovaných gamet vede k tomu, že anonymita je stále více zpochybňována. Je ale tento vývoj také v zájmu ostatních zúčastněných stran, zejména dárců gamet? Studií o psychosociálních potřebách dárců a o jejich zkušenostech během dalších let po donaci není mnoho, neboť dárci jako zúčastněná strana byli tak trochu přehlíženi či opomíjeni. Několik studií potvrdilo, že jak dárce spermií, tak dárkyně vajíček, výsledek darování zajímá. Chtějí vědět, zda se z jejich gamet dítě narodilo, případně kolik, a chtějí znát jejich pohlaví (Cook, 1995; Kalfoglou, 2000; Purewal, 2009; Van den Broeck, 2013). Dokonce, i když dárci darovali za podmínek anonymity, mají někteří z nich zájem znát výsledek, přemýšlí o svých potenciálních potomcích i o možnosti setkat se s nimi (Daniels, 1989). Názory dárců však nejsou jednotné. Nedávná studie dánských dárců spermatu zjistila, že téměř polovina dárců (46 %) o výsledku donace nechce být informována (Bay, 2014). Tento závěr je v souladu s německou studií dárců spermatu, ze které vyplynulo, že sice 54 % z dárců se zajímalo o výsledek jejich darování, avšak pouze 11 % z dárců skutečně požádalo kliniku o výsledek (Thorn, 2008).

Dnes je situace taková, že dárci zřídka kdy dostávají informace, jak celá procedura dopadla, jestli se z jejich gamet narodilo dítě. Jen pár zemí učinilo výjimku. Ve Velké Británii je od roku 2009 umožněn dárcům přístup k informacím o počtu dětí narozených z jejich gamet. Mohou získat také informace o pohlaví těchto dětí a o roce jejich narození (HEFA, 2009). V Austrálii ve státě Victoria a na Novém Zélandu mohou dárci získat identifikující informace o dětech počatých z jejich gamet, ale jen pokud dítě po dosažení dospělosti souhlasí (Raes, 2013). Podle našich výsledků to byly především dárkyně oocytů (64 %), kdo chtěl vědět, že se z jejich gamety narodilo dítě. Mezi dárci spermatu nebyl zájem o výsledek tak velký. Jen necelá jedna třetina (28 %) by chtěla být informována o tom, jak celá procedura dopadla. Mezi dárkyněmi oocytů a dárci spermatu byl v názoru na tuto výzkumnou otázku zjištěn statisticky významný rozdíl,  $p < 0,001$ . Většina dárců chtěla vědět, že pomohli bezdětnému páru k dítěti (83 dárců), a zjistit, že jejich čin nebyl zbytečný (39 dárců). Menší část dárců uváděla jako důvod zvědavost (9 dárců). Pouze 7 dárců zajímal zdravotní stav dítěte a jen 2 dárkyně by chtěly vědět pohlaví dítěte.

Raes, Ravelingien a Pennings (2013) se pokusili analyzovat otázku, jaké informace o svých potenciálních potomcích by dárci chtěli získat, a také, mají-li na takové informace vůbec právo. Hlavní motivací dárců je pomoc jiným párům mít vlastní dítě (Pennings, 2014). Základní informace o tom, zda se z jejich gamety narodilo dítě, je proto pro dárce minimální odměnou za jejich čin. Umožní jim mít dobrý pocit z toho, že pomohli neplodnému páru a ocení jejich altruistické chování. Velký význam má pro dárce také poskytnutí lékařských informací zejména o netušených genetických onemocněních, což by mohlo být velmi důležité jak pro zdravé dárce, tak pro zdravé jeho vlastních potomků (Raes, 2013). Sami dárci mají o tento druh informací zájem, jak potvrdila rozsáhlá studie dárců spermatu (Bay, 2014). Pokud se u dítěte narozeného z darovaných gamet objeví nějaké genetické onemocnění, měla by být tato informace předána dárci, který se může podrobit vhodným vyšetřením a může tak být eventuálně včas zaléčen, a totéž platí i pro jeho potomky. Výměna in-

formací mezi dárcem a potomkem je podle řady autorů stále více akceptována jako prostředek pro upevnění zdraví (McGee, 2001; Ravitzky, 2012). Tyto informace by koneckonců mohly být poskytovány anonymně prostřednictvím center asistované reprodukce nebo cestou praktického lékaře, aniž by byla narušena práva potomků a jejich rodičů, ale i dárců na soukromí (Raes, 2013).

Dárci často chtějí vědět, jak se daří dítěti narozenému z jejich gamet, řada z nich obává o blaho těchto dětí (Daniels, 2005; Jadvá, 2011). A někteří dárci dokonce cítí morální povinnost pomoci dítěti, pokud to bude nezbytné (Baetens, 2000; Jadvá 2011). Tyto obavy mohou být vysvětleny tím, že dárci pomohli při vytvoření dítěte, které nese polovinu jejich genů, a proto za toto dítě cítí zodpovědnost. Raes (2013) se domnívá, že dostat zpětnou anonymní informaci o tom, jak se dítěti narozenému díky jeho gametě daří, by mohlo být dostačující pro zmírnění potenciálních obav dárců.

Studie také potvrdily, že dárci jsou často zvědaví na fyzickou podobnost a vlastnosti potomků narozených z jejich gamet a právě zvědavost je hlavním důvodem, proč pátrají po svých potenciálních potomcích (Kalfoglou, 2000; Schieb, 2005; Jadvá 2010).

Stejně tak různé studie zaměřené na dárcovsky koncipované děti uváděly, že přání vědět více o svém dárci pramení především z pouhé zvědavosti (Jadvá, 2009, 2010; Malhstedt, 2010; Scheib, 2005; Turner, 2000; Vanfraussen 2001, 2003). Řada autorů se domnívá, že tyto děti by měly dostat příležitost ukojit tuto zvědavost (Schieb, 2005; Jadvá 2009; Jadvá 2010). Podle některých autorů je poskytnutí informací o rozšířeném profilu dárců, nebo dokonce poskytnutí identifikující informace nezbytné z hlediska správného rozvoje identity dítěte (Daniels, 1998; Mc Whinnie, 2001; Velleman, 2008). Pokud je toto pádné odůvodnění, neplatí podobný argument i pro dárců? Konec konců dárci sdílí 50 % genů se svými potomky. Kaebnick (2004) se domnívá, že by dárci mohli informace o dítěti narozeném z jejich gamet využít pro správnější vnímání a obohacení své identity.

Identita potomků však není zásadní pro tvorbu identity donora. Dárci ví, kdo je, z jaké pochází rodiny, zná svůj genetický původ. Navíc dárci jsou dospělí lidé a jejich identita je již vytvořena. Zájem dárců podle Raes (2013) není tedy dostatečným argumentem pro to, aby jim byla poskytnuta fenotypová informace nebo rozšířené profily potomků.

Poskytování identifikujících informací o potomcích dárcům je možné jen v systému open identity. Dárci v tomto systému se liší od dárců anonymních tím, že jsou ochotni být v budoucnu k dispozici v případě, že by je potomci chtěli kontaktovat.

Se změnou směrem k open identity systému se mění podle některých autorů profil dárců a mění se také jejich motivace (Pennings, 2001; Daniels 2005). Anonymní dárci spermatu jsou především heterosexuální mladí svobodní muži, kteří jsou většinou motivováni altruismem či peněžní odměnou (Cook, 1995; Janssens, 2006; Thorn, 2008). Studie ukazují, že v zemích, kde je anonymní dárcovství zrušeno, jsou připraveni darovat zejména starší muži s dětmi (Daniels, 1995, 2005). Janssens (2006) ve své studii poukázal, že skutečně někteří identifikovatelní dárci darují hlavně z prokreativních důvodů. Pro ně pouhé vědění, že se reprodukovali a že se z jejich gamet narodilo dítě, přispívá k rozvoji jejich identity a je dostačující k tomu, aby se cítili s darováním spokojeni. Je to způsob, jak člověk může žít dál,

i když pomine (Dillard, 2010). Systém open identity na rozdíl od altruistické donace vyhovuje především mužům, kteří se rozhodli darovat právě proto, že budou mít možnost být v kontaktu s potomky dárců (Ripper, 2008). Souhlasí s poskytnutím identifikujících údajů, protože touží v budoucnu po kontaktu. Velká část těchto dárců jsou homosexuálové, pro které je darování jediným způsobem jak si nárokovat otcovství (Riggs, 2011). Tito dárce si přejí dostat identifikující informace o potomkovi, protože chtějí mít možnost se s dítětem setkat, případně hrát určitou roli v jeho životě. Pokud si ale další zúčastněné strany nebudou přát být kontaktovány, nemají dárce žádné právo na identifikující informace. S tímto případem se setkáváme za situace, kdy se sociální rodiče rozhodnou neinformovat dítě o jeho původu.

### 6.3 Informování dítěte o jeho genetickém původu

Užití darovaných spermií nebo vajíček bylo donedávna obklopeno tajemstvím. Ti, kteří se stali díky této metodě rodiči, většinou své děti o faktu dárcovství neinformovali. Většina takových dětí tak vyrůstala s přesvědčením, že jejich otec v případě darovaných spermií, jejich matka v případě darovaných oocytů nebo oba rodiče v případě darovaných embryí, jsou jejich genetickými rodiči.

V posledních desetiletích začalo darování gamet přitahovat stále více pozornost psychologů, etiků, lékařů, ale i zákonodárců. Jednak proto, že se zvyšuje počet párů, které se rozhodují využít darovanou gametu k léčbě neplodnosti (Cahn, 2014; Sabatello, 2015), a tak roste počet dětí narozených díky této metodě (Appleby, 2012). Vystává tak mnoho otázek týkajících se možných psychologických důsledků anonymního a neanonymního darování gamet na vývoj dítěte a na rodinu jako takovou. Podle Golombok (2015) tyto problematické otázky vyplývají buď z absence genetické vazby mezi jedním či oběma rodiči a dítětem, nebo z možného negativního dopadu takového tajemství na rodinné vztahy.

V řadě zemí je dárcovství gamet v procesu jakési transformace, mění se od utajení, ve kterém byla zaručena anonymita dárce, k modelu, ve kterém je odborníky doporučováno sdělení této skutečnosti dítěti, které má pak v některých zemích i nárok získat identifikující informaci o dárce. Dárcovství gamet se tak mění se z procesu charakterizovaného tajemstvím k daleko větší otevřenosti.

Pacienti, kteří podstupují léčbu neplodnosti použitím darovaných gamet, musí zvažovat několik dilemat. Nejdůležitějším je, zda mají, nebo nemají říci jejich dítěti pravdu o jeho původu a zda je sdělení těchto okolností početí opravdu v nejlepším zájmu takto vzniklého dítěte. Důraz na práva se v posledních dvaceti letech přesunul i na práva dítěte. A právě o právo dítěte znát svůj genetický původ se opírá celý systém open identity (Ravitzki, 2010; Freeman, 2015). Poznatky z mnoha současných i dřívějších studií ukazují, že ti rodiče, kteří se rozhodli dítěti prozradit okolnosti jeho početí, zastávali názor, že dítě má právo znát pravdu o svém genetickém původu (Klock, 1997; Adair Purdie, 1996; Lalos, 2007; Indekeu, 2013; Applegarth, 2016; Issakson, 2016). Také v naší studii bylo právo dítěte znát svůj původ a upřímnost v mezilidských vztazích nejčastěji citovanými důvody pro informování dítěte, zejména mezi zahraničními páry.

Podle Ravitskeho (2010) se ono proklamované právo potomků z dárcovských gamet znát svůj genetický původ skládá ze dvou odlišných práv, a to z práva znát okolnosti početí a z práva znát identitu dárce. Řada autorů se domnívá, že právě identifikující informace o dárci je pro dítě velice důležitá z hlediska rozvoje jeho identity (Daniels, 1998; Mc Whinnie, 2001; Velleman, 2008). Znat svého dárce by dětem mělo umožnit lepší porozumění tomu, kým vlastně jsou, co mají společného se svými předky. Tím by se jim mohl objasnit jejich daný talent, vlastnosti či schopnosti. Pokud je dětem zamezen přístup k těmto informacím, může to podle Vellemana (2008) zasáhnout do realizace jejich životních plánů. Velleman totiž tvrdí, že vyrůstat s biologickými rodiči je zásadní předpoklad pro dosažení úspěchu v životě. Podle něj jen biologičtí rodiče mohou dítěti pomoci vytvořit reálné ambice, protože jen oni jsou schopni u dítěte rozpoznat jeho vlastnosti, sklony a nadání, vložené do jeho identity. Je ale genetika opravdu hlavním tvůrcem osobní identity? Takové tvrzení však zcela bagatelizuje další faktory, které jsou rozhodující při vývoji identity, zejména roli rodiny, ale také společnosti a sociálního prostředí (Sabatello, 2015). Mnoho studií poukazuje v souvislosti s dárcovskou koncepcí na tvorbu identity dítěte, ale v žádné z nich není rozbor, co onou identitou přesně myslí. Teorií identity je totiž několik a často se vzájemně vylučují, jak popisuje Konečná ve svých pracích (2012a, 2012b).

Jsou identifikační údaje o dárci skutečně nezbytné pro správný vývoj identity dítěte? Neexistuje žádný důkaz, který by podpořil tvrzení, že dítě potřebuje znát identitu dárce k vytvoření své vlastní identity (Broderick, 2004). Poskytnutí informací o dárci není nezbytnou podmínkou pro zdravý psychický a tělesný vývoj dítěte (Ravelingien, 2013), což je v souladu s celou řadou studií, které zjišťovaly, jak se daří dětem v rodinách, které využily dárcovskou gametu. Tyto rodiny fungovaly dobře a děti prospívaly, i když rodiče dítěti informaci o způsobu početí neprozradili (Golombok, 1995, 1996, 1999, 2002; Murray, 2006; Shelton, 2009). Nebyly prokázány žádné vývojové odlišnosti mezi dětmi pocházejícími z darovaných gamet a mezi jejich vrstevníky počatými přirozenou cestou. Naopak v rodinách, které neprozradily dítěti jeho původ, vyrůstaly děti ve velmi pozitivním rodinném prostředí. Nejen matky, ale i otcové měli k dětem dokonce daleko silnější citovou vazbu než v rodinách, kde byly děti počaty přirozeně (Golombok, 2002; Kovacs, 2013).

Stejně dobře prosperovaly také děti v rodinách, kde rodiče okolnosti početí dětem prozradili a děti, které díky anonymitě, svého dárce neznaly (Breaways, 1997). Dlouhodobý výzkum sledující rodiny s dětmi z dárcovských gamet, a to ve věku 1 roku dítěte (Golombok, 2004), poté ve věku 2 let dítěte (Golombok, 2005; Golombok, 2006a), ve věku 3 let (Golombok, 2006b), ve věku 7 let (Golombok, 2011) a 10 let (Golombok, 2013) neprokázal žádné rozdíly v psychickém vývoji mezi dětmi v rodinách, které dítěti zatajily jeho genetický původ, a v rodinách, které tuto informaci dítěti prozradily. Skutečnost, že dítě pochází z darované gamety, neměla žádný vliv na kvalitu vztahu mezi dítětem a negenetickým rodičem (Blake 2013). Podobné výsledky přinesly i další studie, které rovněž nezjistily žádné rozdíly v psychickém vývoji mezi dětmi, které znaly svůj genetický původ, a dětmi, které o něm nic nevěděly (Lycett 2004, 2005; Casey, 2013). Je nutno si uvědomit, že rozdíly mezi těmito

rodinami se mohou v průběhu života měnit. Děti, které byly zařazeny do studií, byly v prepubertálním věku. Vzhledem k tomu, že dospívání je etapa, ve které se formuje identita člověka, mohou s největší pravděpodobností potíže ve vztahu mezi rodiči a dárcovsky koncipovanými dětmi teprve vzniknout (Steinberg, 2001).

Kromě formování identity jedince úzce souvisí s genetickou výbavou i medicínské faktory, zejména geneticky podmíněné nemoci nebo predispozice k nim. Podle Tallandiniho (2016) rodiče, kteří neinformují své dítě o jeho skutečném genetickém původu, velmi podceňují medicínská rizika, a to možná genetická onemocnění či riziko příbuzenského sňatku. Pro řadu recipientů jsou předmětem hlavních obav právě tato potenciální zdravotní rizika vyplývající z neznalosti a nedostupnosti osobní a rodinné zdravotní anamnézy dárce. V naší studii to byli převážně Češi, kdo se domníval, že jeden z nejdůležitějších důvodů k informování dítěte o jeho početí jsou medicínské faktory. Je ale neznalost genetické informace opravdu z lékařského hlediska tak důležitá pro potomky z dárcovské gamety? A je potřeba mít k dispozici identifikující informaci o dárci? Dostupné genetické testy přinášejí velmi přesné výsledky o genetických rizicích konkrétního jedince, znalost rodinné a osobní anamnézy genetických rodičů je v tomto porovnání velmi málo významná a přesná. Navíc mnoho genetických poruch je polygenetických, multifaktoriálních, zahrnujících epigenetické procesy, které je velmi obtížné dekódovat a řada genetických poruch vzniká mutací de-novo, a nemůže být tudíž přičítána genetickým rodičům (Sabatello, 2015). Etici, genetici a psychologové naopak v souvislosti s tak hlubokými možnostmi genetické diagnostiky přicházejí s debátami o „right not to know“ a o ohrožení otevřené budoucnosti a životní perspektivy jedince (Hens, 2013). Informace o dárcích gamet se v ČR ukládají 30 let (dáno zákonem č. 373/2011 Sb., O specifických zdravotních službách). V urgentním případě je možné na rozhodnutí soudu identitu dárce odkrýt.

Pravděpodobnost, že se potkají v partnerství geneticky spříznění jedinci, je minimální a je limitována omezeným počtem rodin, které mohou být vytvořeny pomocí gamet jednoho dárce (Cahn, 2009; Sawyer, 2010). Navíc, protože dárci procházejí přísným zdravotním posouzením, včetně vyšetření genetického, je vyloučeno, že by byli nositelé nějaké známé geneticky podmíněné nemoci s vysokou penetrací, tedy monogenní. Z eugenického hlediska tedy naopak asistovaná reprodukce s dárcovskými gametami snižuje výskyt geneticky podmíněných nemocí ve společnosti. Nositeli geneticky podmíněných nemocí polygenních s malou penetrací jsme všichni, přesto se před početím dítěte nenecháváme podrobně geneticky vyšetřit.

Dalšími velmi často uváděnými důvody ve prospěch informování dítěte je vyloučení rizika, že dítě zjistí pravdu o svém původu náhodou, a vyloučení škodlivého vlivu rodinného tajemství na vztah mezi rodiči a dítětem (Baran, 1993; Daniels, 1993; Rumball, 1999; McGee, 2001; Golombok, 2004; Hargreaves, 2007; Freeman, 2009; Smart, 2009; Laruelle, 2011). Podle rodinných terapeutů může tajemství vytvářet v rodině napětí, ohrozit komunikaci mezi rodinnými příslušníky a mít nepříznivý dopad na fungování rodiny. Vytváří totiž jakési hranice mezi těmi, kteří tajemství znají a těmi, kteří o něm nevědí (Imber-Black, 1998;

Golombok, 2015). I uznávaný český dětský psycholog prof. Matějček (1999) píše, že zatajená pravda v lidských vztazích je nebezpečná. Týká se to ale vztahů mezi dospělými stejně jako vztahů mezi rodiči a dětmi. Jestliže dětem něco důležitého zatajíme, žijeme vlastně neustále v napětí a nejistotě, zda se to někdy neprozradí. A jestliže k prozrazení dojde, může nad námi dítě vyslovit velmi bolestný soud: „Nebyli jste ke mně dosti upřímní.“ S pravdou se nejen lépe žije, ale také mnohem lépe vychovává. Pravda je podle Matějčka nejlepší ochranou adoptivního svazku.

A právě díky výzkumům v oblasti adopcí, které jednoznačně prokázaly, že být otevřený k adoptovanému dítěti je pro jeho psychický vývoj velmi příznivé (Brodzinsky, 2005; Grotevant, 2005; Palacios, 2010), vyvstalo znepokojení nad škodlivými účinky tajemství v rodinách, které byly vytvořeny pomocí darovaných gamet. Darování gamet začalo být srovnáváno s adopcí také kvůli absenci genetické vazby mezi rodičem a dítětem. Je ale toto srovnání správné?

Darování gamet se ale od adopce zásadně liší. Zatímco adoptované děti se musí přizpůsobit skutečnosti, že byly z jakéhokoliv důvodu odděleny od svých biologických rodičů, děti z dárcovských gamet nikdy neměly jiné rodiče než ty, kterým se narodily. V jejich životech není odmítnutí biologickými rodiči. Nežily část svého života v jiném prostředí a u jiných lidí. Jejich situace je zcela jiná než situace adoptovaných dětí. Jako zcela odlišnou ji chápou i čeští odborníci na pěstounskou péči, zkušení pěstouni i adoptivní rodiče. Rozsáhlá studie v oblasti pěstounské péče ukázala, že pouze 2 z 295 respondentů si myslí, že dítě z darovaných gamet by mělo znát svůj genetický původ (Konečná, 2012a). Studie adoptivních rodin navíc prokázaly, že k psychologickým problémům adoptovaných dětí přispívají spíše negativní zkušenosti, jako oddělení od biologických rodičů, nedbalé rodičovství, zneužívání ve vlastní rodině, střídání opatrovatelů v letech před adopcí, než nepřítomnost biologické vazby mezi adoptivními rodiči a jejich dětmi (MacCallum, 2012; Palacios 2010). Přestože studie o adopcích prokázaly, že zejména náhodné prozrazení tajemství o adopci později v životě je pro dítě škodlivé, nemáme k dispozici žádné validní důkazy o tom, že v rodinách, kterým se podařilo úspěšně zamlčet dítěti jeho dárcovský původ, by toto tajemství mělo na vývoj dítěte nepříznivý vliv (Readings, 2011).

Důležitým faktorem ovlivňujícím vnímání faktu, že dítě pochází z darovaných gamet, je věk, ve kterém rodiče dítě o tomto faktu informují (Jadva, 2009). Většina rodičů sděluje svému dítě tuto skutečnost v raném věku, dříve než začne chodit do školy (Rumball, 1999; Gottlieb, 2000; Hunter, 2000; Scheib, 2003; Lycett, 2005; Hargreaves, 2007; Mac Dougall, 2007). Tito rodiče chtějí, aby pro jejich dítě informace, že se narodilo s použitím darovaných buněk, nebyla nikdy nová nebo překvapující (Mac Dougall, 2007; Blake, 2010). Reakce předškolních dětí na vyprávění o jejich původu bývá neutrální nebo převládá zvědavost (Rumball, 1999; Blake, 2010; Lindblad, 2000; Mac Dougall, 2007).

Pro rodiče, kteří dítěti o jeho dárcovském původu neřekli v jeho raném věku, je s přibývajícím věkem dítěte mnohem obtížnější zahájit diskusi na toto téma, a to zejména s teenagery (Sälevaara, 2013; Applegarth, 2016). Čím je dítě starší, tím více má jakákoliv informace o těchto věcech ráz „prozrazení“. Zvyšuje se totiž nebezpečí srážky dosavadního „já“



dítěte s těmito novými poznatky (Matějček, 1986). Čím více byla totiž totožnost dítěte do-  
savadním vývojem vypracována a utvrzena, tím obtížněji do ní rodiče mohou začlenit něco  
tak závažného, jako je zásadní obrat v nazírání na vlastní původ.

Jedinci, kteří se dozvěděli o použití darované gamety při svém početí v dospělosti, měli  
daleko častěji spíše negativní pocity směrem k darování, v porovnání s jedinci, které rodiče  
o jejich původu informovali již v dětství (Jadva, 2009; Turner, 2000).

Náš výzkum zjišťoval postoje budoucích rodičů k různým aspektům „informování dí-  
těte o jeho genetickém původu“. Téměř dvě třetiny (64 %) ze všech recipientů, kteří na tuto  
otázku odpověděli ( $n = 195$ ), se přiklánělo k neinformování dítěte o jeho koncepci, necelá  
jedna třetina (29 %) všech recipientů zastávala názor, že dítě by mělo být o použití dárcov-  
ské gamety při svém vzniku informováno, a zbývajících 7 % váhalo. Stejný výsledek byl zís-  
kán i na otázku, zda mají budoucí rodiče v plánu své dítě o okolnostech početí v budoucnu  
informovat. Na problematiku týkající se informování dítěte o jeho původu nemají Češi a ci-  
zinci stejný názor. Zatímco většina českých respondentů nepokládá informování dítěte za  
důležité, mezi zahraničními příjemci nebyl rozdíl v názorech tak jednoznačný. Co se týče  
významu identity dárce pro správný vývoj dítěte z darovaných gamet, tak mezi českými i za-  
hraničními příjemci nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl ( $p = 0,370$ ). Naprostá většina  
Čechů i cizinců (92 %) je přesvědčena, že znalost identity dárce není pro dítě vůbec nutná  
( $p = 0,370$ ). Jen 6 % příjemců bylo pro možnost získat identifikující údaje o dárci gamety.

Čeští dárci okolnosti početí a genetickou vazbu za důležité také nepovažují. Bez ohledu  
na pohlaví si jenom 124 dárců (27 %) myslí, že dítě by mělo být informováno o způsobu  
svého početí, 280 dárců (62 %) zastává názor, že dítě tuto informaci vědět nemá a 48 dárců  
(11 %) neví. Překvapivě, mezi názory dárců spermií a dárek vajíček na tuto otázku, byl zjiš-  
těn významný rozdíl  $\chi^2(2, n = 452) = 7,60, p = 0,022$ . Dárci častěji než dárkyně uváděli,  
že dítě by mělo vědět o svém genetickém původu, což je v souladu s výsledky rozsáhlé stu-  
die dárců gamet ve Švédsku, která také ukázala, že dárci spermií v daleko vyšším procentu  
než dárkyně oocytů zastávají názor, že dítě by o použití dárcovské gamety při svém početí  
mělo být informováno (Lampic, 2014). Jedním z možných vysvětlení pro toto zjištění před-  
kládá Isaksson (2011), a to že muži ve srovnání s ženami kladou větší důraz na genetické  
spojení mezi rodičem a dítětem.

Ti dárci v našem výzkumu, kteří byli ochotni se blíže vyjádřit ke svému názoru, nejčas-  
těji uváděli jako důvod pro informování to, že dítě má na tuto informaci právo. Naopak  
zastánci neinformování dítěte ve většině případů argumentovali tím, že dítě bude mít oba  
rodiče, kteří jej budou vychovávat a pečovat o něho, a informování o dárci považují za zcela  
zbytečnou zátěž pro dítě.

#### 6.4 Poskytnutí informace o dárci

Jednou z nejkontroverznějších otázek využití darovaných gamet v asistované reprodukci je  
otázka zpřístupnění informací, a to informování potomstva o způsobu koncepce a sdílení  
neidentifikačních či identifikačních údajů o dárci s příjemci a dítětem. Příjemci, děti a dárci

mají různé postoje k tomuto důležitému tématu (Mac Dougall, 2007). Dárci svůj postoj vyjadřují částečně tím, v jakém režimu své gamety darují. Např. v Dánsku, kde se všichni dárči na začátku svého zařazení mohou rozhodnout, zda budou darovat v anonymním, nebo neanonymním režimu, si 70 % dárců zvolilo anonymitu. Tito dárči byli významně mladší než neanonymní dárči. Nebyly zjištěny žádné rozdíly v rodinném a v rodičovském stavu nebo v typu zaměstnání. Mezi dárči, kteří si přáli zůstat v anonymitě, pouze 17 % uvedlo, že by nadále darovali, pokud by anonymita nemohla být zaručena. I přesto, že se většina dárců z této studie rozhodla zůstat v anonymitě, byli ochotni poskytnout neidentifikační informace o své osobě příjemcům (Bay, 2014). V Godmanově studii (2006) téměř 40 % dárců odmítlo darovat bez záruky anonymity, ale více než 75 % dárců nemělo problém s poskytnutím neidentifikačních údajů, jako jsou například fyzický popis a úroveň vzdělání, jejich potenciálním potomkům. I další studie potvrdily, že dárči většinou nemají problém s odhalením neidentifikujících informací (Ekerhovd, 2008; Thorn, 2008; Van den Broeck, 2013).

Pokud dárči darují v zemích, které přijaly politiku open identity, potom musí souhlasit s tím, že dítěti narozenému z jejich gamet, jakmile dosáhne dospělosti a bude-li to požadovat, budou poskytnuty identifikující údaje o dárči (Klotz, 2013). Švédská studie zaměřená na dárce pohlavních buněk v režimu open identity prokázala, že většina dárek oocytů (88–91 %) a dárců spermií (71–76 %) schvaluje právo potomků na zpřístupnění identifikujících údajů o dárči (Lampic, 2014). Je nutno si uvědomit, že velkou měrou se na rozdílném postoji v anonymním systému a v systému open identity podílí poradenství, které jak budoucí rodiče, tak dárce přesvědčuje o tom, že dítě má právo vědět jak o okolnostech svého početí, tak znát svého dárce. Hammarberg (2008) prokázal, že postoje k vyřazení těchto informací se opravdu změnilo po poradenském sezení. Zatímco před konzultací mělo 64 % dárců pocit, že potomci mají právo na informace o jejich početí a o dárči, po poradenství zastávali tento názor téměř všichni dárči.

Dárci gamet v naší studii si většinou (61 %) nepřáli, aby o nich dítě cokoli vědělo. Jen 24 % bylo ochotno poskytnout dítěti více neidentifikujících informací nad rámec stávající legislativy (vzdělání, koníčky, zájmy, vzhled a rodinná a osobní medicínská anamnéza). Pouze 4 dárekyně chtěli poskytnout jakékoli informace, které dítě bude potřebovat, a to včetně identifikačních údajů. Opět zde byl statisticky významný rozdíl mezi dárči spermatu a dárekyněmi oocytů v názoru na tuto otázku,  $p < 0,001$ . Dárekyně daleko častěji odpovídaly, že dítěti by mělo být poskytnuto více informací o dárči.

Původní myšlenka, že takto položená otázka („Chcete, aby o Vás dítě něco vědělo?“) navodí v dárči nějaký pocit vlastní důležitosti v životě dítěte, se nepotvrdila. Čeští dárči sami sebe evidentně za osoby podstatné pro dítě nepovažují. Jsou prostě jen dárči. Řada z nich dokonce argumentovala, že dárcovství gamet není adopce, takže nevidí žádný důvod pro implementaci postupů doporučených u adopcí do praxe darování gamet.

## 6.5 Kontakt dárce s dítětem z darovaných gamet

Ženy a muži, kteří darují gamety v systému open identity, souhlasí s tím, že jejich identifikační údaje budou v případě zájmu poskytnuty dítěti narozenému z jejich gamet po dosažení dospělosti, a také s tím, že mohou být v budoucnu dítětem kontaktováni (Lampic, 2014).

Systematická review dárců spermatu (Van den Broeck, 2013) ukázala, že podíl dárců, kteří si přáli kontakt s potomky, se výrazně liší napříč jednotlivými studii. Částečně je možno tento rozdíl vysvětlit demografickými faktory. Dárci spermatu, kteří jsou starší, ženatí a mají děti, zastávají podle řady studií daleko pozitivnější přístup vůči setkání s potomky z jejich gamet v budoucnu než mladší svobodní muži bez dětí (Daniels, 2007; Daniels, 2012; Bay, 2014). Van den Broeck (2013) ve své studii také dospěl k závěru, že většina dárců ochotných se s dítětem setkat se domnívá, že by to měli být potomci a nikoliv dárci, kdo bude iniciovat vzájemný kontakt. Když byl navržen UK voluntary registr, zjistilo se, že bývalí anonymní dárci spermatu často chtějí znát výsledek darování a ačkoliv se žádný z nich nepotkal se svým potomkem, někteří byli připraveni na schůzku nebo na výměnu informací prostřednictvím dopisů. Pár z nich mělo zájem na rozvoji vztahů s potomkem (Crawshaw, 2007). Stejně tak studie zaměřená na dárcyně oocytů zjistila, že i dárcyně bez ohledu na to, v jakém režimu darovaly, často chtějí znát výsledek jejich darování a významný podíl z nich by uvažoval i o kontaktu s potomkem (Purewal, 2009).

Kirkman (2014) ve své studii popisuje, jak dárci chápou svoje postavení ve vztahu k dítěti. Jedním extrémem jsou dárci, pro které bylo darování procesem podobným darování krve, na straně druhé jsou ale dárci, kteří se považují za rodiče dítěte narozeného z jejich gamety. Převážná většina dárců se za rodiče takto počatého dítěte nepovažuje. Někteří dárci svoje darování vnímají jako poskytnutí služby lidem, kteří potřebovali pomoc, pro některé jejich úsilí bylo minimální ve srovnání s úsilím, které musí rodiče dítěte vynaložit při jeho výchově. Jsou však i dárci, kteří se domnívají, že měli určitou roli v životě dětí narozených z darovaných gamet a že tyto děti by měly vědět, jaké je jejich genetické dědictví.

Také očekávání a představy dárců ohledně kontaktu s jejich potomstvem se velmi liší a pohybují se v rozmezí od žádného do blízkého vztahu (Kirkman, 2014). Velká část dárců nechce a neočekává žádný kontakt. A tito si většinou i myslí, že by potomci o nich neměli vědět a s darováním gamet by nesouhlasili, pokud by jim nebyla garantována anonymita (Bay, 2014).

Jsou však dárci, kteří akceptují potřebu dětí vědět o dárci a o svém genetickém původu. A ačkoliv primárně nemají zájem se s dítětem potkat, uvádějí, že pokud si dítě bude kontakt přát, tak neodmítnou (Kirkman, 2014). Určitá skupina dárců přímo touží po vztahu s jejich „dárcovskými“ potomky (Jadva 2011; Daniels, 2012).

Někteří dárci mají obavu, že kontakt s potomkem by mohl ublížit jim nebo jejich rodinám. Řada z nich totiž své nynější partnery ani neinformovala o tom, že v minulosti darovali gamety (Daniels, 2012). Byli i dárci, kteří přiznali, že jejich manželky se obávají, že potomci by mohli mít finanční či emocionální nároky na rodinu (Jadva, 2011).

Dárci v naší studii nejsou vůbec zvědaví na „výsledek“ svého darování. Pouze 18 % projevilo zájem setkat se v budoucnu s dítětem narozeným z jejich gamet, a to většinou za podmínky, že by dítě nevědělo, že se jedná o dárce. Opět byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi dárci spermatu a dárkyněmi vajíček ve prospěch dárkyň v názoru na kontakt s dítětem,  $p < 0,001$ .

## 6.6 Motivace k dárcovství

Motivace k dárcovství je mnohostranná a většina dárců gamet uvádí více důvodů (Pennings, 2005). Některé studie uvádějí, že altruismus a vůle pomoci neplodným párům jsou nejvýznamnějšími důvody k darování spermií (Daniels, 1987, 1989, 2005; Riggs, 2008). Naopak podle Sauera (1989) je hnací silou pro dárce spermatu finanční kompenzace. Navíc, asi polovina dárců spermatu ve sledovaném souboru uvedla, že i dobrý pocit z darování zvyšuje jejich vnitřní uspokojení. Podle rozsáhlé dánské studie, která mimo jiné také zkoumala motivaci dárců spermatu, byl nejčastěji uváděným motivem altruismus, a to až u 90 % dárců. Je ale zajímavé, že pokud by byla zrušena finanční kompenzace, většina dánských dárců by s darováním přestala. Jen 14 % uvedlo, že by pokračovali s darováním i nadále (Bay, 2014).

Podle Penningse (2005) je třeba odlišit, jestli jsou dárci motivováni penězi, nebo dostávají finanční odměnu za dárcovství, protože skutečnost, že dárce obdrží finanční náhradu, ještě neznamená, že je penězi motivován a nevyklučuje altruistický motiv. Jestliže jsou lidé motivováni touhou pomáhat druhým, mohou být snadněji přesvědčeni k tomu, aby skutečně pomohli tím, že budou mít z pomoci také prospěch (Pennings, 2005).

Tento závěr potvrzují výsledky většiny výzkumů zaměřených na motivaci dárců gamet, které ukazují, že nejčastějšími důvody jsou kombinace altruismu a finanční kompenzace (Daniels, 2005; Ernst, 2007; Frith, 2007; Bay, 2014). Stejně tak rozsáhlá přehledová studie dárců spermatu (Van den Broeck, 2013) potvrzuje, že altruistické důvody a finanční vypořádání hrají zásadní roli při rozhodování darovat spermie, ale vyšetřování vlastní plodnosti a přání předat své vlastní geny jsou také významnými důvody, proč se dárci spermatu rozhodují darovat. Také Riggs (2011) a Jadvá (2011) dokazují, že touha plodit a ověřit si vlastní fertilitu jsou u dárců spermatu důležitými sekundárními motivy. Někteří dárci v systému open identity uvádějí jako důvod, proč se zapojili do tohoto procesu, i možnost mít kontakt a případně vztah s dítětem (Bossema, 2014).

Také v případě dárkyň oocytů dokazují mnohé studie altruistické motivy (van der Akker, 2006). Podrobná přehledová studie odhalila, že dárkyně vajíček jsou v mnohem menším rozsahu než dárci spermatu motivovány finanční kompenzací nebo zvědavostí ohledně své vlastní plodnosti (Purewal, 2009). Jsou daleko více řízeny pocity empatie k neplodným párům než dárci spermatu (Skoog Svanberg, 2012).

V některých jiných zemích, např. ve Velké Británii, je možné, aby žena darovala oocyty prostřednictvím „dohody o sdílení oocytů“, kdy jsou oocyty k darování získány během její vlastní léčby neplodnosti. Tyto dárkyně jsou motivovány jednak pocitem pomoci dalšímu

bezdětnému páru, ale také možností mít usnadněný přístup k vlastní léčbě neplodnosti díky nižší ceně (Blyth, 2004).

Na motivaci dárců má velmi zásadní vliv také to, v jakém režimu darují a jaký je jejich vztah k příjemcům. V závislosti na vztahu mezi dárcem a příjemcem/potomstvem mohou být dárce gamet rozděleni do následujících kategorií: (1) známí dárce, které si přivede k léčbě neplodný pár, většinou známí, přátelé, členové rodiny (Daniels, 2007; Yee, 2011; (2) anonymní dárce (Klock, 2003; Daniels, 2005; Crawshaw, 2007; Ernst, 2007; Frith, 2007); (3) dárce, kteří darovali anonymně, ale později sami aktivně poskytli svou identitu potomkům, například, prostřednictvím dobrovolného kontaktního registru The Donor Sibling Registry (Jadva, 2011; Daniels, 2012) a (4) identifikovatelní dárce, kteří se rozhodli darovat v systému open identity navzdory možnosti darovat anonymně (Bay, 2014) nebo dárce darující v zemích, kde jiné než neanonymní dárcovství není možné (Lalos, 2003; Daniels, 2005; Ekerhovd, 2008; Sydsjö, 2012; Skoog Svanberg, 2012, 2013).

Penningsova rozsáhlá studie (2014) týkající se evropských dárek, které darovaly oocyty v různých režimech dárcovství, přinesla následující výsledky: 48 % čistý altruismus, 34 % altruismus a finanční motivy, 11 % čistý finanční motiv, 5 % altruismus a vlastní léčba a nakonec pouze 2 % možnost vlastní léčby. V jednotlivých zemích byly v motivaci dárek patrné značné rozdíly. Vysoká úroveň čistého altruismu byla zjištěna v Belgii (86 %), ve Finsku (89 %) a ve Francii (100 %). V případě Francie je ovšem nutno podotknout, že platba dárcyním je v této zemi zákonem zakázána, proto se do procesu zapojují dárcyně jen z čistě altruistických důvodů. Vysoký podíl dárek, které darovaly z čistě finančních důvodů, byl zjištěn v Řecku (40 %), Rusku (52 %) a na Ukrajině (28 %).

Pennings (2014) také zjišťoval, jestli částka, která je nabízena jako platba nebo náhrada, koreluje s motivy pro dárcovství. Zda jsou země, které nabízejí nejvyšší částku peněz (podle parity kupní síly) zároveň i země s nejvyšším podílem čistě finančně motivovaných dárek. Toto měření bylo velice obtížné, a to z jednoho důvodu, kterým jsou značné rozdíly ve výši finanční kompenzace za darování oocytů mezi jednotlivými centry asistované reprodukce v rámci jedné země. Přesto Penningsova studie (2014) potvrdila zjištění předchozí studie Lindheimovy (2001), že finanční motivace byla vyšší u dárců, kteří obdrželi vyšší částku. Např. v Belgii některé kliniky dávají dárcyním pevnou částku ve výši 500 €, zatímco jiné 2 000 €. Mezi dárcyněmi ve skupině 500 € bylo čistě altruisticky motivováno 94 %, zatímco ve skupině 2 000 € to bylo jen 53 %. Podobný trend byl patrný v Řecku. Nicméně, tato zjištění nemohla být potvrzena z jiných zemí, protože rozdíly ve výši náhrady mezi jednotlivými centry asistované reprodukce nebyly dostatečné.

Výsledky naší studie jsou zcela v souladu s výsledky většiny výzkumů týkajících se motivace k doování gamet. Převážná většina dárek (84 %) označila jako hlavní důvod pomoc neplodným párům mít dítě a být tímto užitečnou. Finanční kompenzaci jako důvod k darování uvedla polovina (54 %) dárek, stejně tak možnost bezplatné lékařské prohlídky (55 %). Necelé dvě třetiny dárek (61 %) motivovalo také ověření jejich vlastní plodnosti.

## 7 Závěr

Rodičovství není snadné, přesto, nebo právě proto zůstává jednou z nejsmysluplnějších a nejvíce obohacujících činností. Zkušenosti a výsledky výzkumů z oblasti medicíny, genetiky, psychologie, sociologie, etiky, pedagogiky a dalších oborů nás opakovaně přesvědčují o tom, že v podmínkách západní civilizace pro bezpečný vývoj dítěte dosud nikdo nic spolehlivějšího, než stabilní láskyplné rodinné prostředí, nevymyslel. Rodinná výchova a rodinné prostředí jsou nejvýznamnějším činitelem formujícím mladého člověka. Je povzbudivé, že přibývá lidí, kteří dnes rodinu staví na první místo v žebříčku hodnot a výchovu svých dětí vnímají jako jeden z nejdůležitějších možných celoživotních projektů. Také pro děti je pevný láskyplný vztah s rodiči a dalšími členy rodiny tou největší devízou k prožití spokojeného, úspěšného a šťastného života. A je nepodstatné, jestli se koná v netradičním rodinném kontextu nebo v rodinách, kde mezi rodičem a dítětem neexistuje biologické pouto.

Dárcovství gamet zasáhlo do základního principu, kdo je rodič dítěte. A přestože morální základ dárcovské koncepce vychází z principu, že osoby, která mají dítě díky dárci, jsou rodiče tohoto dítěte a původ gamet nemůže za žádných okolností tuto skutečnost změnit, zůstává darování gamet velmi citlivé téma právě z důvodu zpochybnění genetického rodičovství v rodině, která je ústřední jednotkou většiny společností.

Dlouho zavedený systém anonymního dárcovství, který měl ochránit jak budoucí rodiče, tak dárce, se začal v posledních desetiletích měnit. V zemích, kde psychologové, etici a další odborníci zastávají názor, že dítě má právo být informováno o svém původu, byla anonymita zrušena a byl zaveden systém open identity, tedy legislativně ukotvené právo dítěte znát identitu dárce. Naopak v zemích, které kladou daleko vyšší důraz na sociální rodičovství, zůstává anonymní dárcovství nadále ukotveno v zákoně. Ačkoliv obě strany uvádějí řadu silných argumentů na podporu svého názoru, nezdá se nejrozumnější, aby stát organizoval rodinu tím, že bude nařizovat rodičům povinnost dítě informovat o jeho dárcovském původu, jak se snaží prosadit zastánci open identity.

Trend rušit anonymitu je sice silný, a týká se i České republiky (opakovaně se v poslanecké sněmovně řeší novela zákona prosazující open identity systém v programu dárcovství gamet), ale zatím postrádáme studie řešící základní otázku, a to proč. Zastánci open identity uvádí jako nejčastější důvod právo dítěte znát svůj genetický původ, což je podle řady z nich nezbytný předpoklad pro správné formování identity dítěte a pro jeho zdravý psychosociální vývoj.

V České republice se tradičně staví spíše na vazbách psychosociálních než genetických. Na zásadní význam psychosociálních vazeb pro zdravý vývoj dítěte ve srovnání s genetickými vazbami poukázal i významný český dětský psycholog Matějček ve světově uznávané studii, která vedla k vytvoření pojmu „psychická deprivace“. Stejně tak Bowlbyho „attachment theory“ prokázala, jak je pevná psychosociální vazba pro dítě důležitá. Zdravý a láskyplný vztah mezi rodiči a dítětem tvoří hodnotu rodičovství a biologické příbuzenství není vůbec nutnou ingrediencí pro vytvoření takového vztahu. Záleží na rodičích, jak vnímají fakt

darování gamet a jakým způsobem tuto skutečnost uplatní v rámci své rodičovské zodpovědnosti. Navzdory doporučením psychologů v zemích s open identity, že pro děti i pro rodiče je nezbytností otevřeně hovořit o způsobu početí, neexistuje zatím žádný důkaz o tom, že anonymita nebo specifické tajemství o darování pohlavních buněk mají negativní dopady na psychický vývoj dětí a na vztahy v rodinách. Proto by budoucí rodiče neměli být přesvědčováni, aby si zvolili otevřenost, ale měli by se sami rozhodnout, co je pro ně nejlepší, a toto rozhodnutí by mělo být respektováno.

Zatím nejsou k dispozici dlouhodobé výzkumy popisující, jaký má koncept „open identity“ vliv na dítě a na rodiče. Je to dáno jednak skutečností, že většina rodičů svého potomka o způsobu jeho koncepce neinformuje, ale také tím, že první generace potomků narozených v systému „open identity“ je poměrně mladá, ještě nedosáhla dospělosti, a tudíž se ještě se svým dárcem nepotkala. Nemáme žádné důkazy, že mít přístup ke jménu a k adrese svého dárce a eventuálně se s ním i potkat, učiní dítě spokojenějším, šťastnějším. My vlastně vůbec nevíme, jak celý tento koncept dopadne. Jestli nakonec nebude pro děti a jejich rodiče daleko škodlivější než koncept anonymity. To také vysvětluje, proč velká část zemí stále anonymitu dárců zachovává.

Čeští dárci i příjemci, jak ukázala naše studie, považují anonymitu v dárcovském programu za podstatnou. Jsou přesvědčeni, že psychosociální aspekty rodičovství jsou pro dítě mnohem důležitější než genetické, proto nevidí důvod, proč by měli informovat dítě o jeho původu. Mají obavu, že by dítě mohlo vyrůstat v abnormální atmosféře, že by mohly být narušeny vztahy mezi rodiči a dítětem.

Zahraniční pacienti statisticky významněji deklarují svůj úmysl sdělit dítěti okolnosti jeho početí, ale sdělování identifikujících údajů o dárci také odmítají, stejně jako čeští pacienti. Domníváme se, že rozdíly v názorech pacientů a odborníků prosazujících „disclosure“ jsou dány odlišnými výchozími teoriemi identity a odlišnými hodnoceními rizik spojenými s oběma strategiemi. Různorodost postojů mezi příjemci, pokud jde o otázky „disclosure“ je úzce propojena s jejich sociálním a kulturním zázemím, významně závisí na informacích, které mají k dispozici, na jejich osobní filozofii, především na osobním postoji k problému v psychologii označovaném jako „nature vs. nurture“, na jejich konkrétních motivech k rodičovství. Proto nepodporujeme direktivní odanonymňování dárcovství gamet, v zájmu dobrého psychosociálního vývoje dítěte a rodiny jako celku doporučujeme respektovat vlastní postoj pacientů.

Při posuzování potřeb a práv potomků a jejich rodičů by neměly být přehlíženy také zájmy dárce jako další zúčastněné strany. Potřeby a přání dárců nejsou homogenní a pro řadu z nich nekončí, jakmile je darování provedeno. Nelze opomíjet zájem dárců o výsledek jejich darování. Jelikož hlavní motivací dárců je pomoc jiným párům mít vlastní děti, informace o tom, zda se z jejich gamety narodilo dítě, je vhodnou odměnou za jejich altruistické chování. Také výměna medicínských informací mezi dárcem gamet a potomkem z důvodu prevence nemoci či jejího včasného zachytu je důležitá pro obě strany a může být provedena i v podmínkách anonymního dárcovství prostřednictvím center asistované reprodukce.

V současné době však pojem anonymního dárce začíná být považován za stále více prozatímní stav. Zvýšený zájem o genetické testování povede stále častěji k případům, kdy lidé odhalí neočekávané nové informace o svém genetickém pozadí. Dárci by si proto měli být vědomi omezené ochrany svého soukromí. Pro ty dárcce, kteří se nemohou vyrovnat s myšlenkou na možné porušení ochrany svých osobních údajů, by bylo lepší vůbec nedarovat. A dárci, kteří se rozhodnou darovat, by si měli uvědomit, že i omezené neidentifikující údaje by se mohly stát nástrojem pro jejich identifikaci.

Tato skutečnost jenom podtrhuje důležitost a nezbytnost řádné konzultace, eventuálně psychologického poradenství při dárcovství gamet. Každý pár vstupující do léčby a každý dárcce zařazený do programu by měl situaci podrobně konzultovat s ošetřujícím lékařem a měl by mít možnost se zeptat na široký okruh otázek, včetně těch, které se týkají etické a psychosociální problematiky. A lékař by měl všem stranám podrobně vysvětlit všechna možná úskalí a konsekvence spojené s touto metodou.

V souvislosti s dárcovstvím gamet bychom neměli přehlížet zvyšující se počty cyklů zejména s darovanými oocyty. Potřeba darovaných oocytů je zásadně spojena s věkem pacientek. Odkládání mateřství je svobodná volba každé ženy. Měla by ale být uskutečněna s plným uvědoměním si všech důsledků, které toto rozhodnutí může přinést. Moderní ženy mají ale alarmující mylné představy o svém reprodukčním systému a o efektivnosti metod asistované reprodukce. Měl by být proto kladen daleko větší důraz na odpovídající edukaci studentů a mladých lidí o rizicích odkládání rodičovství. Předcházet neplodnosti způsobené věkem by mělo být odpovědností nejen gynekologů a praktických lékařů, ale i společnosti jako celku.

Některé státy ve snaze reflektovat zájmy všech zúčastněných stran, právo dítěte znát svůj biologický původ a zachování soukromí budoucích rodičů a dárců zavedly smíšený systém darování. Tento systém je flexibilní, má velké výhody pro rodiče, neboť jim umožňuje vybrat si mezi anonymním dárcem a dárcem identifikovatelným. Také dárcům nabízí možnost rozhodnout se, zda chtějí darovat za anonymních podmínek, či nikoliv. Proto může být díky tomuto systému zachováno soukromí dárce i soukromí rodinného života příjemců gamet. Nicméně podle některých zastánců open identity nebere tento systém v úvahu zájmy a práva dětí znát jejich genetický původ.

Jak již bylo zmíněno výše, velká část rodičů zejména v heterosexuálních párech stejně děti počaté z darovaných gamet o této skutečnosti neinformuje, a to ani v systému open identity. Řada studií jednoznačně dokázala, že i když děti o faktu dárcovství nevědí, nevykazují žádné odchylky v psychosociálním vývoji. Pro zdravý psychický vývoj dítěte je totiž podle pediatrů a dětských psychologů podstatné něco jiného. Správný vývoj dítěte je závislý na naplňování základních potřeb, jako je například potřeba prvotních citových a sociálních vztahů, tj. vztahů k rodičům, a to formou jejich bezpodmínečné lásky; potřeba jistoty ve vztazích a z ní odvozený pocit základní životní důvěry; potřeba určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech; potřeba vedení, autority, disciplíny a důslednosti ze strany rodičů; potřeba kontaktu; potřeba modelu vhodného, slušného řešení mezilidských konfliktů; potřeba muž-



ského a ženského vzoru a zkušenosti rodinného života; potřeba identity, tj. nezbytnost vědět kdo jsem, jaký jsem, z jaké rodiny pocházím, jaké v ní mám místo a také nezbytnost prožitku někam patřit, mít domov; potřeba sounáležitosti s rodinou.

Naplňování těchto potřeb je mimořádně náročný úkol. Tím nejdůležitějším článkem, který zajišťuje naplňování těchto potřeb, tedy i tvorbu identity dítěte, je osoba, která se o dítě obětavě a s láskou stará a je s ním v denním kontaktu, ideálně rodič. K splnění úkolu je nutné, aby rodič byl sebevědomý, vědomý si své hodnoty a nezastupitelnosti, aby měl důvěru ve své kompetence. Aby děti mohly vyrůstat s vědomím, že máma a táta jsou největší jistotou v jejich životech. Pokud bude rodina funkční, pak je způsob jejího „vzniku“ nedůležitý.

Dárcovství v reprodukční medicíně je velmi složité a poměrně citlivé téma. Existuje obrovské množství kulturních, právních a morálních pravidel týkajících se tohoto způsobu léčby neplodnosti. Regulační systémy asistované reprodukce se stejně jako svět, ve kterém fungují, neustále vyvíjí. Tento vývoj je ovlivňován mnoha faktory, jako jsou změny v hodnotových hierarchiích (právo dítěte znát svůj genetický původ versus právo rodičů a dárců na ochranu soukromí), změny v technologicko-vědeckém pokroku (kryokonzervace vajíček), expanze celosvětového webu (potomci dárců hledající své příbuzné) a možnost nízkonákladových letů (reprodukční turismus).

Zákonodárci průběžně zřizují sociální experimenty (jinak se zatím systém open identity nedá nazvat) změnou legislativy asistované reprodukce. Z těchto experimentů se budeme moci poučit pouze v případě, že budeme věnovat čas jejich analýze, že získáme dostatek informací o lidech žijících s touto zkušeností, abychom dokázali jejich bezpečnost pro vztahy mezi všemi zúčastněnými stranami third party reprodukce.

Bezprostřední snahou této práce bylo poskytnout nejmodernější vědecké informace o dárcovství gamet, ukázat, jak složitá je problematika této léčebné metody, protože je třeba vzít v úvahu nejen systém, ale také reakci jednotlivců, kteří často se systémem nesouhlasí. Pacienti, kteří jsou z léčby vyloučeni zákonem, hledají spásu v zahraničí. Skupina potomků z dárcovských gamet a jejich rodiče přejímají vládu, hledají a organizují svá vlastní řešení. Dobrovolné dárcovské registry jsou dobrým příkladem. Webové vyhledávání polovičnických sourozenců narozených z gamet stejného dárce je ukázkou toho, že mnohým nestačí omezení na informace týkající se dárce. Děti, které přicházejí do styku se svým dárce, svými polovičnickými sourozenci a jejich rodinnými příslušníky, musí reorganizovat svou koncepci o rodině.

Tato studie zaměřená na dárce a příjemce v českém dárcovském programu potvrdila, že názory na problematiku spojenou s dárcovstvím gamet nejsou vůbec jednoznačné. Mezi českými dárci a příjemci je anonymita velmi podstatná. Navíc zatím není jednoznačné, že zavedení systému open identity bude pro všechny prospěšnější než anonymita. Proto věřím, že se k případné změně regulace asistované reprodukce v ČR nepřistoupí bez důkladné analýzy přínosů i ztrát pro obě možné varianty.

## Summary

**Background:** In recent decades gamete donation has received growing attention. While previously anonymous donation was preferred and recommended by experts for a long time, a new focus on the right to know the genetic origin of individuals has led to a number of countries shifting towards an open-identity system. Such system guarantees that the children born after gamete donation may have receive the identification data of their donor. Women and men who donate in identity-release programmes accept that in the future they may be contacted by their offsprings.

The number of births originating from donated gametes and embryos, where there is no genetic link between the child, the father or the mother, or both, is on the rise. Due to women delaying motherhood, oocyte donation from healthy donors has become one of the frequently used technique. Data from the Czech National Registry of Assisted Reproduction show that the number of cycles using donated oocytes has been increasing every year. International patients play a significant role in this situation.

One of the most important ethical issue in connection with gamete donation is the well-being of children born as a result of this treatment, whether or not they would be informed about their conception. Many recent studies have evaluated the influence of donor anonymity vs. open identity on psychosocial development of children born after gamete donation as well as on the quality of the relationship between parents and children in such families.

In accordance with the most recent Czech Act on Specific Health Services (Act No. 373/2011 Sb.), only anonymous donation is allowed in the Czech Republic. Recently, there was a discussion concerning a possible change in the law towards an open identity system.

In the Czech Republic, the ethical issues associated with the gamete donation have never been closely investigated. The aim of the study is to provide an insight into who the IVF patients in the Czech donation program are and what are their opinions on important psychological issues regarding gamete donation. The evaluation of donated gametes recipients' attitudes towards informing their child about their genetic origin, and towards their access to donor identity was performed. The other goal was to investigate opinions of Czech anonymous gamete donors on disclosure, provision of non-identifying or identifying information and possibility being contacted by their offsprings in future.

**Material and methods:** A total of 473 donors (392 oocyte donors, 81 sperm donors) and 195 recipients (122 women undergoing treatment – 43 Czechs, 79 foreigners (Western Europe and the USA) and 73 male partners – 28 Czechs, 45 foreigners) participated in this study. The data were obtained by an anonymous questionnaire. .

**Results:** Czech sperm donors are mostly single young childless college students (85 %) while oocyte donors are more often over 28 years, married with their own children.

Almost two thirds of the gamete donors (62 %) thought that the child should not be informed about donation. Only one third of oocyte donors (28 %) and minimum sperm donors (5 %) were willing to provide other non-identifying information about themselves. Most Czech gamete donors (73 %) did not want to meet their genetic child.

The most prevalent characteristics among the Czech recipients were secondary education (49 %), first marriage (78 %) and childlessness (70 %). The foreign recipients characteristics were higher education (84 %), first marriage (69 %) and childlessness (77 %). The foreign recipients undergoing treatment with donated gametes were older than the Czech recipients ( $p < 0.001$ ).

A significant difference between the attitude of the future Czech and foreign parents regarding disclosing mode of conception to their child was observed ( $p = 0.003$ ). The vast majority of the Czechs thought that the child must not be informed, whereas within the foreigners this difference was not so obvious. Regarding the donor's identity there was no difference between Czechs and foreigners ( $p < 0.001$ ). Most of the recipients thought that it is not necessary for the child.

**Conclusion:** Disclosure and secrecy in gamete and embryo donation has been one of the most controversial and debated issues in assisted human reproduction.

For Czech donors the mode of the conception and the genetic link are not so important in the establishment of family relationships. Only very few were willing to provide identifying information. Czech donors very much value nuclear family, two parents who raise their child. Their approach is probably also influenced by the current Czech law, attitudes of counsellors and policy makers.

The recipients of donated gametes in our study were also generally convinced that the psychological aspects of parenting are far more important to the child than genetics and they see no reasons for disclosing the genetic identity. The foreigners declared with a statistical significance their intentions to disclose the circumstances of their child's conception. It is considered that recipient's attitudes towards disclosing are culturally determined. Therefore we do not support the removal of the anonymity and the mandatory open identity. Conversely, we encourage patients to respect their own attitudes because it is in the interest of the well-being and positive development of their future children. However, we do not deny the seriousness of the situation and advice to use donor gametes in limited situations. The need for donated gametes is significantly associated with patient age, so we call for educating students and young people on the risks of postponing parenthood.

**Key words:** gamete donation, sperm donors, oocytes donors, anonymity, open identity, donor conception, parenting, donor's offspring, child development

## Použité prameny – Odborná literatura

- [1] ABDALLA, H.I., 1991. Ovum donation. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 3(5), 660–664.
- [2] ABDALLA, H.I., A. BILLET, A.K. KAN, S. BAIG, M. WREN, L. KOREA a J.W. STUDD, 1998. Obstetric outcome in 232 ovum donation pregnancies. *Br J Obstet Gynecol*, 105(3), 332–337.
- [3] ADAIR, V.A. a A. PURDIE, 1996. Donor insemination programmes with personal donors: issues of secrecy. *Hum Reprod*, 11, 2258–2563.
- [4] AKKER, O. van den, 2006. A review of family donor constructs: current research and future directions. *Hum Reprod*, 12(2), 91–101.
- [5] AL-AQEEL AI, 2005. Ethical guidelines in genetics and genomics. An Islamic perspective. *Saudi Med J*, 26, 1862–1870.
- [6] APPLEBY, J., L. BLAKE a T. FREEMAN, 2012. Is disclosure in the best interests of children conceived by donation? In: RICHARDS, M., G. PENNINGS a J.B. APPLEBY (Eds.) *Reproductive Donation: Practice, Policy and Bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press, 320 s. ISBN 978-0-521-18993-4.
- [7] APPELGARTH, L.D., N.L. KAUFMAN, M. JOSEPHS-SOHAN, P.J. CHRISTOS a Z. ROSENWAKS, 2016. Parental disclosure to offspring created with oocyte donation: intentions versus reality. *Hum Reprod*, 31(8), 1809–1815.
- [8] BAY, B., P.B. LARSEN, U.S. KESMODEL a H.J. INGERSLEV, 2014. Danish sperm donors across three decades: motivations and attitudes. *Fertil Steril*, 101(1), 252–257.
- [9] BARAN, A. a R. PANNOR, 1993. *Lethal secrets. The psychology of donor insemination. Problem and solution*. 1. vyd. New York: Amistad, 208 s. ISBN 9781567430202.
- [10] BARTON, M., K. WALKER a B.P. WEISNER, 1945. Artificial insemination. *BMJ*, 1(4384), 40–43.
- [11] BAETENS, P., P. DEVROEY, M. CAMUS, A.C. van STEIRTEGHEM a I. PONJAERT-KRISTOFFERSEN, 2000. Counselling couples and donors for oocyte donation: the decision to use either known or anonymous oocytes. *Hum Reprod*, 15(2), 476–484.
- [12] BEETS, G., 2011. A contemporary issue in demography: the rising age at first birth, pros and cons. *AUC Geogr*, 46(2), 5–14.
- [13] BENSUSHAN A. a J.G. SCHENKER, 1993. Ovum donation – An overview. *J Assist Reprod Genet*, 10(2), 105–111.
- [14] BERTRAND-SERVAIS, M., H. LETUR-KÖNIRSCH, A. RAOUL-DUVAL a R. FRYDMAN, 1993. Psychological considerations of anonymous donation. *Hum Reprod*, 8(6), 874–879.

- [15] BLAKE, L., P. CASEY, J. READINGS, V. JADVA a et al., 2010. Daddy ran out of tadpoles: how parents tell their children that they are donor conceived, and what their 7-year-olds understand. *Hum Reprod*, 25(10), 2527–2534.
- [16] BLAKE, L., P. CASEY, V. JADVA a S. GOLOMBOK, 2013. I was quite amazed: donor conception and parent-child relationships from the child's perspective. *Child. Soc.*, 28 (6), 425–437.
- [17] BLAKE, L., V. JADVA a S. GOLOMBOK, 2014. Parent psychological adjustment, donor conception and disclosure: A follow-up over 10 years. *Hum Reprod*, 29(11), 2487–2496.
- [18] BLANCHETTE, H., 1993. Obstetric performance of patients after oocyte donation. *Am J Obstet Gynecol*, 168(6 Pt 1), 1803–1809.
- [19] BLYTH, E., 2002. How it feels to be a child of donor insemination. *BMJ*, 234, 797.
- [20] BLYTH, E., 2004. Patient experiences of an "egg sharing" programme. *Hum Fertil (Camb)*, 7(3), 157–62.
- [21] BLYTH, E. a L. FRITH, 2009. Donor-conceived people's access to genetic and biographical history: an analysis of provisions in different jurisdictions permitting disclosure of donor identity. *Int J Law Policy Family*, 23, 174–191.
- [22] BONGAARTS, J., 1975. A method for the estimation of fecundability. *Demography*, 12, 645–660.
- [23] BORRY, P., O. RUSU, W. DONDORP, G. DE WERT, B.M. KNOPPERS a H.C. HOWARD, 2014. Anonymity 2.0: direct-to-consumer genetic testing and donor conception. *Fertil Steril*, 101(3), 630–632.
- [24] BOSSEMA E.R, P.M.W. JANSSENS, G.L. TREUCKER, F. LANDWEHR, K. van DUINEN, A.W. NAP a R. GEENEN, 2014. An inventory of reasons for sperm donation in formal versus informal settings. *Hum Fertil*, 17(1), 21–27.
- [25] BOWLBY, J., 2010. *Vazba*. 1. vyd. Praha: Portál, 360 s., ISBN 9788073676704.
- [26] BOWLBY, J., 2012. *Odloučení*. 1. vyd. Praha: Portál, 399 s. ISBN 978-80-262-0076-5.
- [27] BOWMAN, M.C. a D.M. SAUNDERS, 1994. Community attitudes to maternal age and pregnancy after assisted reproductive technology: too old at 50 years? *Hum Reprod*, 9(1), 167–171.
- [28] BRACEWELL-MILNES, T., S. SRDJAN, B. SHABANA, A.M. ISMAIL, M. AL-MEMAR, A.H HAMED, H. ABDALLA a M.Y. THUM, 2016. Investigating psychosocial attitudes, motivations and experiences of oocyte donors, recipients and egg sharers: a systematic review. *Hum Reprod*, 22(4), 450–465.
- [29] BREWAEYS, A., S. GOLOMBOK, N. NAAKTGEBOVEN, J.K. de BRUYN a E.V. van HALL, 1997. Donor insemination: Dutch parents' opinions about confidentiality, the donor

- anonymity and the emotional adjustment of their children. *Hum Reprod*, 12(7), 1591–1597.
- [30] BREWAEYS, A., J.K. de BRUYN, L.A. LOUWE a F.M. HELMERHORST, 2005. Anonymous or identity-registered sperm donors? A study of Dutch recipients' choices. *Hum Reprod*, 20(3), 820–824.
- [31] BREWER, H., 1935. Euteleogenesis. *The Eugenics Review*, 27(2), 121–126.
- [32] BRIGHOUSE, H. a A. SWIFT, 2006. Parents rights and the value of the family. *Ethics*, 117, 80–81.
- [33] BRODERICK, P. a I. WALKER, 2004. Donor gametes and embryos: who want to know what about whom, and why? *Polit. Life Sci.*, 20, 29–42.
- [34] BRODZINSKY, D. Reconceptualizing openness in adoption: Implications for theory, research and practice, 2005. In: BRODZINSKY, D. a J. PALACIOS (Eds.). *Psychological issues in adoption: Research and practice*. Westport, CN: Praeger, s. 145–166. ISBN 9780275979706.
- [35] BROECK, U. van den, M. VANDERMEEREN, D. VANDERSCHUEREN, P. ENZLIN, K. DEMYTTENAERE a T. D'HOOOGHE, 2013. A systematic review of sperm donors: demographic characteristics, attitudes, motives and experiences of the process of sperm donation. *Hum Reprod*, 19(1), 37–51.
- [36] CAHN, N., 2009. Accidental Incest: Drawing the Line-or the Curtain-for Reproductive Technology. *Harv. J.L. & Gender*, 32, 59–107.
- [37] CAHN, N., 2014. Do tell! The rights of donor-conceived offspring. *Hofstra Law Review*, 42, 1077–124.
- [38] CARTER, C.O., 1945. 'Arteficial insemination'. Letter. *BMJ*, 1, 130.
- [39] CASEY, P., V. JADVA, L. BLAKE a S. GOLOMBOK, 2013. Families created by donor insemination: Father–child relationships at age 7. *J. Marriage Fam.*, 75(4), 858-870.
- [40] CHURCH OF ENGLAND. COMMISSION APPOINTED TO CONSIDER THE PRACTICE OF ARTIFICIAL HUMAN INSEMINATION, 1948. *Artificial Human Insemination: The Report of a Commission appointed by His Grace the Archbishop of Canterbury*. London. SPCK, 70 s.
- [41] CLARKE, M., 2009. *Islam and New Kinship: Reproductive Technology and the Shariah in Lebanon*. 1. vyd. New York: Berghahn, 239 s. ISBN 978-1-84545-432-6.
- [42] COBO, A., M. MESEGUER, J. REMOHÍ a A. PELLICER, 2010. Use of cryo-banked oocytes in an ovum donation programme: a prospective, randomized, controlled, clinical trial. *Hum Reprod*, 25(9), 2239–2246.
- [43] COOK, R. a S. GOLOMBOK, 1995. A survey of semen donation: phase II—the view of donors. *Hum Reprod*, 10, 951–959.

- [44] CRAWSHAW, M.A., E.D. BLYTH a K.D. DANIELS, 2007. Past semen donors' views about the use of a voluntary contact register. *Reprod Biomed Online*, 14(4), 411–417.
- [45] CRAWSHAW, M. a O. MONTUSCHI, 2013. Participants' views of attending parenthood preparation workshops for those contemplating donor conception parenthood. *J Infant Reproduction Psychology*, 31, 58–71.
- [46] CULLEY, L., N. HUDSON, E. BLYTH, W. NORTON, A. PACEY a F. RAPPORT, 2010. Travelling abroad for fertility treatment: an exploratory study of UK residents seeking cross-border care. *Hum Reprod*, 25(1), 78.
- [47] ČERNÝ, D., 2011. *Lidské embryo v perspektivě bioetiky*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 212 s. ISBN 978-80-7357-648-6.
- [48] DAAR, J.F., 2008. Accessing Reproductive Technologies: Invisible Barriers, Indelible Harms. *Berkeley J. Gender L. & Just.*, 23, 18–82.
- [49] DANIELS, K.R., 1989. Semen donors: Their motivations and attitudes to their offspring. *J Reprod Infant Psychol*, 7(2), 121–127.
- [50] DANIELS, K.R. a K. TAYLOR, 1993. Secrecy and openness in donor insemination. *Political Life Science*, 12, 155–170.
- [51] DANIELS, K.R., G.M. LEWIS a W. GILLETT, 1995. Telling donor insemination offspring about their conception: the nature of couples' decision-making. *Soc Sci Med*, 40(9), 1213–1220.
- [52] DANIELS, K., 1998. The social responsibility of gamete providers. *J Community Appl Soc*, 8, 261–271.
- [53] DANIELS, K.R. a P. THORN, 2001. Sharing information with donor insemination offspring: A child-conception versus a family building approach. *Hum Reprod*, 16(9), 1792–1796.
- [54] DANIELS, K., 2004. *Building a Family with the Assistance of Donor Insemination*. 1. vyd. New Zealand: Dunmore Press, 279 s. ISBN 0864694717.
- [55] DANIELS, K.R., E. BLYTH, M. CRAWSHAW a R. CURSON, 2005. Short communication: previous semen donors and their views regarding the sharing of information with offspring. *Hum Reprod*, 20, 1670–1675.
- [56] DANIELS, K.R., 2007. Anonymity and openness and the recruitment of gamete donors. Part 2: oocyte donors. *Hum Fertil*, 10, 223–231.
- [57] DANIELS, K.R., V.M. GRACE a W.R. GILLETT, 2011. Factors associated with parents' decisions to tell their adult offspring about the offspring's donor conception. *Hum Reprod*, 26, 2783–2790.

- [58] DANIELS, K.R., W. KRAMER a M.V. PEREZ-Y-PEREZ, 2012. Semen donors who are open to contact with their offspring: issues and implications for them and their families. *Reprod Biomed Online*, 25(7), 670–7.
- [59] DANILUK, J.C. a E. KOERT, 2012. Childless Canadian men's and women's childbearing intentions, attitudes towards and willingness to use assisted human reproduction. *Hum Reprod*, 27, 2405–2412.
- [60] DEAN, N.L. a R.G. EDWARDS, 1994. Oocyte donation – implication for fertility treatment in the nineties. *Curr Opin Obstet gynecol*, 6(2), 160–165.
- [61] DE SINGLY, F., 1999. *Sociologie současné rodiny*. Praha: Portál, 91 s. ISBN 807178249.
- [62] DICKENS, B.M., G.I. SEROUR, R.J. COOK a R.Z. QIU, 2005. Sex selection: treating different cases differently. *Int J Gynaecol Obstet*, 90(2), 171–177.
- [63] DILLARD, C., 2010. Valuing having children. *J Law Fam Stud*, 151, 151–198.
- [64] DONDORP, W., G. De WERT, G. PENNING, F. SHENFIELD, P. DEVROEY, B. TARLATZIS a ESHRE TASK FORCE ON ETHICS AND LAW, 2012. Oocyte cryopreservation for age-related fertility loss. *Hum Reprod*, 27(5), 1231–1237.
- [65] DULITZKI, M., D. SORIANO, E. SCHIFF, A. CHETRIT, S. MASHIACH a D.S. SEIDMAN, 1998. Effect of very advanced maternal age on pregnancy outcome and rate of cesarean delivery. *Obstet Gynecol*, 92(6), 935–939.
- [66] DUNOVSKÝ, J., 1999. *Sociální pediatrie*. 1. vyd. Praha: Grada, 279 s. ISBN 80-7169-254-9.
- [67] EKERHOVD, E., A. FAURSKOV a C. WERNER, 2008. Swedish sperm donors are driven by altruism, but shortage of sperm donors leads to reproductive travelling. *Ups J Med Sci*, 113(3), 305–13.
- [68] ERNST, E., H.J. INGERSLEV, O. SCHOU a et al., 2007. Attitudes among sperm donors in 1992 and 2002: a Danish questionnaire survey. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 86(3), 327–333.
- [69] ESHRE TASK FORCE ON ETHICS AND LAW 13, 2007. The welfare of the child in medically assisted reproduction. *Hum Reprod*, 22, 2585–2588.
- [70] ESHRE TASK FORCE ON ETHICS AND LAW 14, 2008. Equity of access to assisted reproductive technology. *Hum Reprod*, 23, 772–774.
- [71] EVERYWOMAN, J., 2013. Cassandra's prophecy: why we need to tell the women of the future about age-related fertility decline and "delayed" childbearing. *Reprod Biomed Online*, 27, 4–10.
- [72] *Evangelium vitae* – Encyklika Jana Pavla II. O životě, který je nedotknutelné dobro, 1995. Praha: Zvon, České katolické nakladatelství, 80 s. ISBN 80-7113-139-3.



- [73] FASOULIOTIS, S.J. a J.G. SCHENKER, 1999. Social aspects in assisted reproduction. *Hum Reprod*, 5(1), 26–39.
- [74] FORD, N.M., 1992. Quando ho cominciato ad esistere. In: MORI, M. (Ed.) *Quale statuto per l'embrione umano. Problemi e prospettive*. Milano: Bibliotechne.
- [75] FRANKLIN, S., 2013. Conception through a looking glass: the paradox of IVF. *Reprod Biomed Online*, 27, 747–755.
- [76] FREEMAN, T., V. JADVA, W. KRAMER a S. GOLOMBOK, 2009. Gamete donation: Parents' experiences of searching for their child's donor siblings and donor. *Hum Reprod*, 24(3), 505–516.
- [77] FREEMAN, T., 2015. Gamete donation, information sharing and the best interests of the child: an overview of the psychosocial evidence. *Monash Bioeth Rev*, 33, 45–63.
- [78] FRITH, L., E. BLYTH a A. FARRAND, 2007. UK gamete donors' reflections on the removal of anonymity: implications for recruitment. *Hum Reprod*, 22(6), 1675–80.
- [79] GAD EL HAK, 1980. In vitro fertilization and test tube baby in book of fatwa. *Dar el Iftaa*, Cairo, 1225:1:115, 3213–3228.
- [80] GODMAN, K.M., K. SANDERS, M. ROSENBERG a P. BURTON, 2006. Potential sperm donors', recipients' and their partners' opinions towards the release of identifying information in Western Australia. *Hum Reprod*, 21(11), 3022–3026.
- [81] GOLOMBOK, S., R. COOK, A. BISH a C. MURRAY, 1995. Families created by the new reproductive technologies: Quality of parenting and social and emotional development of the children. *Child Dev*, 64(5), 285–298.
- [82] GOLOMBOK, S., A. BREWAEYS, R. COOK, M.T. GIAVAZZI, D. GUERRA, A. MANTOVANI a et.al., 1996. The European Study of Assisted Reproduction Families. *Hum Reprod*, 11(10), 2324–2331.
- [83] GOLOMBOK, S., C. MURRAY, P. BRINSDEN a H. ABDALLA, H., 1999. Social versus biological parenting: Family functioning and the socioemotional development of children conceived by egg or sperm donation. *J Child Psychol Psychiatry*, 40(4), 519–527.
- [84] GOLOMBOK, S., A. BREWAEYS, M.T. GIAVAZZI, D. GUERRA, F. MACCALLUM a J. RUST, 2002a. The European Study of Assisted Reproduction Families: The transition to adolescence. *Hum Reprod*, 17(3), 830–840.
- [85] GOLOMBOK, S., F. MACCALLUM, E. GOODMAN a M. RUTTER, 2002b. Families with children conceived by donor insemination: A follow up at age twelve. *Child Dev*, 73(3), 952–968.
- [86] GOLOMBOK, S., E. LYCET, F. MACCALLUM, V. JADVA, C. MURRAY a J. RUST, 2004. Parenting infants conceived by gamete donation. *J Fam Psychol*, 18(3), 443–452.

- [87] GOLOMBOK, S., V. JADVA, E. LYCET, C. MURRAY a F. MACCALLUM, 2005. Families created by gamete donation: Follow-up at age 2. *Hum Reprod*, 20(1), 286–293.
- [88] GOLOMBOK, S., F. MACCALLUM, C. MURRAY, E. LYCETT a V. JADVA, 2006a. Surrogacy families: Parental functioning, parent-child relationships and children's psychological development at age 2. *J Child Psychol Psychiatry*, 47(2), 213–222.
- [89] GOLOMBOK, S., C. MURRAY, V. JADVA, E. LYCETT, F. MACCALLUM a J. RUST, 2006b. Non-genetic and non-gestational parenthood: Consequences for parent-child relationships and the psychological well-being of mothers, fathers and children at age 3. *Hum Reprod*, 21(7), 1918–1924.
- [90] GOLOMBOK, S., J. READINGS, L. BLAKE, P. CASEY, L. MELLISH, A. MARKS a V. JADVA, 2011. Children conceived by gamete donation. The impact of openness about donor conception on psychological adjustment and parent-child relationships at age 7. *J Fam Psychol*, 25(2), 230–239.
- [91] GOLOMBOK, S., L. BLAKE, P. CASEY, G. ROMAN a V. JADVA., 2013. Children Born Through Reproductive Donation: A Longitudinal Study of Psychological Adjustment. *J Child Psychol Psychiatry*, 54(6), 653–660.
- [92] GOLOMBOK, S., 2015. *Modern families: Parents and children in new family forms*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 267 s. ISBN 978-1-107-05558-2, 978-1-107-65025-1.
- [93] GOTTLIEB, C., O. LALOS a F. LINDBLAD, 2000. Disclosure of donor insemination to the child: The impact of Swedish legislation on couples' attitudes. *Hum Reprod*, 15(9), 2052–2056.
- [94] GREENFELD, D.A. a S. KLOCK, 2004. Disclosure decisions among known and anonymous oocyte donation recipients. *Fertil Steril*, 81(6), 1565–1571.
- [95] GROTEVANT, H., Y. PERRY a R. MCROY, 2005. Openness in adoption: Outcomes for adolescents within their adoptive kinship networks. In: BRODZINSKY, D. a J. PALACIOS (Eds.). *Psychological issues in adoption: Research and practice*. Westport, CN: Praeger, s. 167–186. ISBN 9780275979706.
- [96] HABBEMA, J.D.F, M.J.C. EIJKEMANS, H. LERIDON a E.R. TE VELDE, 2015. Realizing a desired family size: when should couples start? *Hum Reprod*, 30(9), 2215–2221.
- [97] HARGREAVES, K. a K.R. DANIELS, 2007. Parents dilemmas in sharing donor insemination conception stories with their children. *Child. Soc.*, 21(21), 420–431.
- [98] HAHN, S. J. a M. CRAFT-ROSENBERG, 2002. The disclosure decisions of parents who conceive children using donor eggs. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 31, 283–293.
- [99] HALPERIN, M., 2001. Post-mortem sperm retrieval. *Assia Jew Med Ethics*, 4, 9–13.

- [100] HAMMARBERG, K., M. CARMICHAEL, L. TINNEY a A. MULDER, 2008. Gamete donors' and recipients' evaluation of donor counselling: a prospective longitudinal cohort study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 48, 601–606.
- [101] HARPER, J.C, D. KENNETT a D. REISEL, 2016. The end of donor anonymity: how genetic testing is likely to drive anonymous gamete donation out of business. *Hum Reprod*, 31(6), 1135–1140.
- [102] HEFFNER, L.J., 2004. Advanced maternal age-how old is too old? *N Engl J Med*, 351, 1927–1929.
- [103] HENS, K., W. DONDORP, A.H. HANDYSIDE, J. HARPER, A.J. NEWSON, G. PENNING, C. REHMANN-SUTTER a G. de WERT, 2013. Dynamics and ethics of comprehensive pre-implantation genetic testing: a review of the challenges. *Hum Reprod Update*, 19 (4), 366–375.
- [104] HIRSCH, A.V., 1998. Infertility in Jewish couples, biblical and rabbinic law. *Hum Fertil*, 1, 14–19.
- [105] HUMAN FERTILISATION AND EMBRYOLOGY AUTHORITY, 2004. *Human Fertilisation and Embryology Authority (Disclosure of Donor Insemination Regulations)* [online]. [viděno 1. března 2017]. Dostupné z: [www.opsi.gov.uk/SI/si2004/20041511.htm](http://www.opsi.gov.uk/SI/si2004/20041511.htm).
- [106] HUMAN FERTILISATION AND EMBRYOLOGY AUTHORITY, 2015. *Mitochondrial donation* [online]. Last updated 29 October 2015 [viděno 1. března 2017]. Dostupné z: <http://www.hfea.gov.uk/9933.html>.
- [107] HUMAN FERTILISATION AND EMBRYOLOGY AUTHORITY, 2016. *Apply for information* [online]. Version 4, October 2016 [viděno 1. března 2017]. Dostupné z: <http://www.hfea.gov.uk/1975.html>.
- [108] HUMAN FERTILISATION AND EMBRYOLOGY AUTHORITY, HUMAN TISSUE AUTHORITY. 2016. *Regulation of ovarian and testicular tissue*. [online]. [viděno 1. března 2017]. Dostupné z: [http://www.hfea.gov.uk/docs/Regulation\\_of\\_ovarian\\_and\\_testicular\\_tissue\\_-\\_flow\\_diagram.pdf](http://www.hfea.gov.uk/docs/Regulation_of_ovarian_and_testicular_tissue_-_flow_diagram.pdf).
- [109] HUNTER, M., N. SALTER-LING a L. GLOVER, 2000. Donor insemination: telling children about their origins. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 5, 157–163.
- [110] IFFS SURVEILLANCE, 2016. *Global Reproductive Health*, 1(e1), 1–143.
- [111] IMBER-BLACK, E., 1998. *The secret life of families*. New York: Bantam Dell, 336 s. ISBN 978-0553100945.
- [112] INDEKEU, A., K. DIERICKX, P. SCHOTSMANS, K.R. DANIELS, P. ROBER a T. D'HOOGE, 2013. Factors contributing to parental decision-making in disclosing donor conception: a systematic review. *Hum Reprod Update*, 19(6), 714–733.
- [113] INHORN, M.C., 2003. *Local Babies, Global Science: Gender, Religion, and in Vitro Fertilization in Egypt*. 2. vyd. New York: Routledge, 303 s. ISBN 978-0415944175

- [114] INHORN, M.C., 2006. Making Muslim babies: IVF and gamete donation in Sunni versus Shia'aa Islam. *Cult Med Psychiatry*, 30, 427–450.
- [115] INHORN, M.C. a P. PATRIZIO, 2009. Rethinking reproductive “tourism” as reproductive “exile”. *Fertil Steril*, 92(3), 904–906.
- [116] ISAKSSON, S., A. SKOOG SVANBERG, G. SYDSJÖ, A. THURIN-KJELLBERG, P.O. KARLSTRÖM, N.G. SOLENSTEN a C. LAMPIC, 2011. Two decades after legislation on identifiable donors in Sweden: are recipient couples ready to be open about using gamete donation? *Hum Reprod*, 26(4), 853–860.
- [117] ISAKSSON, S., G. SYDSJÖ, A. SKOOG SVANBERG a C. LAMPIC, 2012. Disclosure behaviour and intentions among 111 couples following treatment with oocytes or sperm from identity-release donors: follow-up at offspring age 1– 4 years. *Hum Reprod*, 27(10), 2998–3007.
- [118] ISAKSSON, S., A. SKOOG-SVANBERG, G. SYDSJO, L. LINELL a C. LAMPIC, 2016. It takes two to tango: information sharing with offspring among heterosexual parents following identifiable sperm donation. *Hum Reprod*, 31(1), 125–132.
- [119] JADVA, V., T. FREEMAN, W. KRAMER a S. GOLOMBOK, 2009. The experiences of adolescents and adults conceived by sperm donation: Comparisons by age of disclosure and family type. *Hum Reprod*, 24(8), 1909–1919.
- [120] JADVA, V., T. FREEMAN, W. KRAMER a S. GOLOMBOK, 2010. Experiences of offspring searching for and contacting their donor siblings and donor. *Reprod BioMed Online*, 20, 523–532.
- [121] JADVA, V., T. FREEMAN, W. KRAMER a S. GOLOMBOK, 2011. Sperm and oocyte donors' experiences of anonymous donation and subsequent contact with their donor offspring. *Hum Reprod*, 26(3), 638–645.
- [122] JANSSENS, P.M.W., A.H.M. SIMONS, R.J. VAN KOOIJ, E. BLOKZIJL a G.A.J. DUNSELMAN, 2006. A new Dutch law regulating provision of identifying information of donors to off spring: background, content and impact. *Hum Reprod*, 21(4), 852–856.
- [123] KAEBNICK, G.E., 2004. The natural father: genetic paternity testing, marriage, and fatherhood. *Camb Q Healthc Ethic*, 13, 40–60.
- [124] KALFOGLOU, A.L. a G. GELLER, 2000. A follow-up study with oocyte donors exploring their experiences, knowledge, and attitudes about the use of their oocytes and the outcome of the donation. *Fertil Steril*, 74, 660–667.
- [125] KEEGAN D.A., L.C. KREY, H.C. CHANG a N. NOYES, 2007. Increased risk of pregnancy-induced hypertension in young recipients of donated oocytes. *Fertil Steril*, 87(4), 776–81.

- [126] KIRKMAN, M., K. BOURNE, J. FISHER, L. JOHNSON a K. HAMMARBERG, 2014. Gamete donors' expectations and experiences of contact with their donor offspring. *Hum Reprod*, 29(4), 731–738.
- [127] KLOCK, S.C. a D. MAIER, 1991. Psychological factors related to donor insemination. *Fertil Steril*, 56(3), 489–495.
- [128] KLOCK, S.C., 1997. To Tell or Not to Tell. The Issue of Privacy and Disclosure in Infertility Treatment. In: LEIBLUM, S.R. (Ed.). *Infertility. Psychological Issues and Counseling Strategies*. New York: John Wiley&Sons, 167–188.
- [129] KLOCK, S.C., J.E. STOUT a M. DAVIDSON, 2003. Psychological characteristics and factors related to willingness to donate again among anonymous oocyte donors. *Fertil Steril*, 79(6), 1312–1316.
- [130] KLOTZ, M., 2013. Genetic knowledge and family identity: Managing gamete donation in Britain and Germany. *Sociology*, 47(5), 939–956.
- [131] KLOTZ, M., 2016. Wayward relations—novel searches of the donor-conceived for genetic kinship. *Med Anthropol*, 35, 45–57.
- [132] KOCOURKOVÁ, J., H. KONEČNÁ, B. BURCIN a T. KUČERA, 2015. How old is too old? A contribution to the discussion on age limits for assisted reproduction technique access. *Reprod Biomed Online*, 30(5), 482–492.
- [133] KONEČNÁ, H., V. BUBLEOVÁ a V. JANKŮ, V., 2010. Motivy k rodičovství. *Československá psychologie*, 54(2), 43–54.
- [134] KONEČNÁ, H., J. KLŮFA, O. DOSKOČIL a V. BUBLEOVÁ, 2012a. Anonymní dárcovství gamet a anonymní porody: společné eticko-psychosociální a právní aspekty. (Anonymous donation of gametes and anonymous births: common ethical, psychosocial and legal aspects). *Praktický lékař*, 92 (10), 498–502.
- [135] KONEČNÁ, H., 2012b. *O "negenetickém" rodičovství trochu jinak*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče, 29 s. ISBN 978-80-87455-11-1.
- [136] KOVACS, G. T., S. WISE a S. FINCH, 2013. Functioning of families with primary school-age children conceived using anonymous donor sperm. *Hum Reprod*, 28(2), 375–384.
- [137] KUCHAROVÁ, V., 2003. Některé obsahové změny postojů k manželství a rodičovství. In: MAREŠ, P. a T. POTOČNÝ. *Modernizace a česká rodina*. Brno: Barrister & Principal, s. 189–203. ISBN 80-86598-61-6.
- [138] KUWAYAMA, M., G. VAJTA, O. KATO a S.P. LEIBO, 2005. Highly efficient vitrification method for cryopreservation of human oocytes. *Reprod Biomed Online*, 11(3), 300–308.
- [139] LABUSOVÁ, E., 2012. Mají rodiče dětem předávat svůj vlastní světonázor? *Děti a my*, 4(12), 11–12.

- [140] LALOS, A., K.R. DANIELS, C. GOTTLIEB a O. LALOS, 2003. Recruitment and motivation of semen providers in Sweden. *Hum Reprod*, 18(1), 212–216.
- [141] LALOS, A., C. GOTTLIEB a O. LALOS, 2007. Legislated right for donor-insemination children to know their genetic origin: A study of parental thinking. *Hum Reprod*, 22(6), 1759–1768.
- [142] LAMPIC, C., A.S. SVANBERG a G. SYDSJÖ, 2014. Attitudes towards disclosure and relationship to donor offspring among a national cohort of identity-release oocyte and sperm donors. *Hum Reprod*, 29(9), 1978–1986.
- [143] LANGMEIER, J. a D. KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 368 s. ISBN 8024712849, ISBN 9788024712840.
- [144] LARUELLE, C., I. PLACE, I. DEMEESTERE, Y. ENGLERT a et al., 2011. Anonymity and secrecy options of recipient couples and donors, and ethic origin influence in three types of oocyte donation. *Hum Reprod*, 26, 382–390.
- [145] LARSEN, E.C., A. LOFT, K. HOLM, J. MULLER, V. BROCKS a A.N. ANDERSEN, 2000. Oocyte donation in women cured of cancer with bone marrow transplantation including total body irradiation in adolescence. *Hum Reprod*, 15, 1505–1508.
- [146] LERIDON, H., 2004. Can assisted reproduction technology compensate for the natural decline in fertility with age? A model assessment. *Hum Reprod*, 19, 1548–1553.
- [147] LIKERT, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of psychology*, 22(140), 55.
- [148] LINDBLAD F, C. GOTTLIEB a O. LALOS, 2000. To tell or not to tell-what parents think about telling their children that they were born following donor insemination. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 21, 193–203.
- [149] LINDHEIM, S.R., J. CHASE a M.V. SAUER, 2001. Assessing the influence of payment on motivations of women participating as oocyte donors. *Gynecologic and obstetric investigation*, 52(2), 89–92.
- [150] LUTJEN, P., A. TROUNSON, J. LEETON, J. FINDLAY, C. WOOD a P. RENOU, 1984. The establishment and maintenance of pregnancy using in vitro fertilization and embryo donation in patient with primary ovary failure. *Nature*, 307, 174–175.
- [151] LYCCET, E., K.R. DANIELS, R. CURSON, B. CHIR a et al., 2004. Offspring created as a result of donor insemination: a study of family relationships, child adjustment, and disclosure. *Fertil Steril*, 82, 172–179.
- [152] LYCCET, E., K. DANIELS, R. CURSON a S. GOLOMBOK, 2005. School-aged children of donor insemination: a study of parents' disclosure patterns. *Hum Reprod*, 20, 810–819.
- [153] MAHESHWARI, A., M. PORTER, A. SHETTY a S. BHATTACHARYA, 2008. Women's awareness and perceptions of delay in childbearing. *Fertil Steril*, 90, 1036–1042.

- [154] MAC CALLUM, F., S. GOLOMBOK a P. BRINSDEN, 2007. Parenting and Child Dev in families with a child conceived through embryo donation. *J Fam Psychol*, 21(2), 278–287.
- [155] MAC CALLUM, F. a S. KEELEY, 2008. Embryo donation families: a follow-up in middle childhood. *J Fam Psychol*, 22(6), 799–808.
- [156] MAC CALLUM, F. a S. KEELEY, 2012. Disclosure patterns of embryo donation mothers compared with adoption and IVF. *Reprod Biomed Online*, 24(7), 745–748.
- [157] MAC DOUGAL, K., G. BECKER, J.E. SCHIEB, a R.D. NACHTINGALL, 2007. Strategies for disclosure: How parents approach telling their children that they were conceived with donor gametes. *Fertil Steril*, 87(3), 524–533.
- [158] MAHLSTEDT P.P, K. LABOUNTY a W.T. KENNEDY, 2010. The views of adult offspring of sperm donation: essential feedback for the development of ethical guidelines within the practice of assisted reproductive technology in the United States. *Fertil Steril*, 93, 2236–2246.
- [159] MAT, P., 2005. *Mýty a skutečnost. Bible a etika. Desatero* [online]. [viděno 1. března 2017]. Dostupné z: <http://myty.info/index.php>.
- [160] MATĚJČEK, Z., 1986. *Rodiče a děti*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 335 s. ISBN 08–011–86.
- [161] MATĚJČEK, Z., 1999. *Nevlastní rodiče a nevládní děti*. Praha: Grada, 143 s. ISBN 80-7169-897-0.
- [162] MATĚJČEK, Z., 1994. *O rodině vlastní, nevládní a náhradní*. Praha, Portál. 98 stran, ISBN 80-85282-83-6
- [163] MATĚJČEK, Z., V. BUBLEOVÁ a J. KOVAŘÍK, 1997. *Pozdní následky psychické deprivace*. 1. vyd. Praha: PCP. ISBN 80-85121-89-1.
- [164] MATĚJČEK, Z., 2010. *Co děti nejvíc potřebují*. 5. vyd. Praha: Portál, 108 s. ISBN 978-80-7367-504-2.
- [165] MATĚJČEK, Z., 2013. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Praha: Portál, 144 s. ISBN 978-80-262-0519-7.
- [166] MATOUŠEK, O., 2003. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. vyd. Praha: Slon, 161 s. ISBN 80-86429-19-9.
- [167] MILLS, M., R.R. RINDFUSS, P. MCDONALD a E. TE VELDE, 2011. Why do people postpone parenthood? Reasons and social policy incentives. *Hum Reprod Update*, 17, 848–860.
- [168] MUNZAROVÁ, M., 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 156 s. ISBN 80-247-1024-2.

- [169] MCGEE, G., S.V. BRAKMAN a A.D. GURMANKIN, 2001. Gamete donation and anonymity: Disclosure to children conceived with donor gametes should not be optional. *Hum Reprod*, 16, 2033–36.
- [170] MCWHINNIE, A., 2001. Gamete donation and anonymity: should offspring from donated gametes continue to be denied knowledge of their origins and antecedents? *Hum Reprod*, 16(5), 807–817.
- [171] MOTLUK, A., 2005. Anonymous sperm donor traced on internet. *New Sci*, 2524(6).
- [172] MOŽNÝ, I., 2002. *Sociologie rodiny*. 2. vyd. Praha: SLON, 167 s. ISBN 80-86429-05-9.
- [173] MOŽNÝ, I., 2011. *Rodina a společnost*. Praha: SLON, 324 s. ISBN 978-80-86429-87-8.
- [174] MURRAY, C., F. MACCALLUM a S. GOLOMBOK, 2006. Egg donation parents and their children: Follow-up at age 12 years. *Fertil Steril*, 85(3), 610–618.
- [175] NACHTIGALL, R.D., J.M. TSCHANN, S. SZKUPINSKI QUIROGA, L. PITCHER a G. BECKER, 1997. Stigma, disclosure, and family functioning among parents of children conceived through donor insemination. *Fertil Steril*, 68(1), 83–89.
- [176] NORCROSS, S., 2013. Cassandra's prophecy: education, education, education. *Reprod Biomed Online*, 27, 21–24.
- [177] NORDQVIST, P. a C. SMART, 2014. *Relative Strangers: Family Life, Genes and Donor Conception*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 192 s. ISBN 978-1-137-29763-1
- [178] OWEN, L. a S. GOLOMBOK, 2009. Families created by assisted reproduction: Parent-child relationship in late adolescence. *J. Adolesc.*, 32(4), 835–848.
- [179] PADOS, G., M. CAMUS, A. VAN STEIRTEGHEM, M. BONDUELLE a P. DEVROEY, 1994. The evolution and outcome of pregnancies from oocyte donation. *Hum Reprod*, 9(3), 538–542.
- [180] PALACIOS, J. a D. BRODZINSKY, 2010. Adoption research: Trends, topics, outcomes. *Int J Behav Dev*, 34(3), 270–284.
- [181] PAPP, P., 1993. The worm in the bud: Secrets between parents and children. In: IMBER-BLACK, E. (Ed.). *Secrets in families and family therapy*. New York: Norton, s. 66–85.
- [182] PASUPATHY, D., A.M. WOOD, J.P. PELL, M. FLEMING a et al., 2011 Advanced maternal age and the risk of perinatal death due to intrapartum anoxia at term. *J Epidemiol Community Health*, 65, 241–5
- [183] PENNING, G., 1997. The 'double track' policy for donor anonymity. *Hum Reprod*, 12(12), 2839–2844.
- [184] PENNING, G., 2001. The reduction of sperm donors due to abolition of anonymity. *J Assist Reprod Gen*, 18, 617–622.



- [185] PENNINGGS, G. 2002. Reproductive tourism as moral pluralism in motion. *Journal of Medical Ethics*, 28, 337–341.
- [186] PENNINGGS, G., 2005. Commentary on Craft and Thornhill: new ethical strategies to recruit gamete donors. *Reprod BioMed Online*, 10, 307–309.
- [187] PENNINGGS, G., G. DE WERT, F. SHENFIELD, J. COHEN a et al., 2008. ESHRE Task Force on Ethics and Law 15: Cross-border reproductive care. *Hum Reprod*, 23(10), 2182–2184.
- [188] PENNINGGS, G., C. AUTIN, W. DECLEER, A. DELBAERE, L. DELBEKE, A. DELVIGNE, D. DE NEUBOURG, P. DEVROEY, M. DHONT, T. D'HOOOGHE a et al., 2009. Cross-border reproductive care in Belgium. *Hum Reprod*, 24, 3108–3118.
- [189] PENNINGGS, G., 2010. The rough guide to insemination: cross-border travelling for donor semen due to different regulations. *FVV in ObGyn*, Monograph, 55–60.
- [190] PENNINGGS, G., 2012. How to kill gamete donation: retrospective legislation and donor anonymity. *Hum Reprod*, 27, 2881–2885.
- [191] PENNINGGS, G., 2013. Age as a criterion for parenting competence. *Reprod. Biomed. Online*, 27, 118–120.
- [192] PENNINGGS, G., J. DE MOUZON, F. SHENFIELD, A.P. FERRARETTI, T. MARDESIC, A. a V. GOOSSENS, 2014. Socio-demographic and fertility-related characteristics and motivations of oocyte donors in eleven European countries. *Hum Reprod*, 29(5), 1076–89.
- [193] PFEFFER, N., 2011. Eggs-ploiting women: a critical feminist analysis of the different principles in transplant and fertility tourism. *Reprod Biomed Online*, 23, 634–641.
- [194] PLANTE, B.J. a M.A. FRITZ, 2008. A case report of successful pregnancy in a patient with pure 46,XY gonadal dysgenesis. *Fertil Steril*, 90(5).
- [195] POHLMAN, E.W. a J.M. POHLMAN, 1969. *The Psychology of Birth Planning*. 1. vyd. Schenkman Publishing Company, 469 s. ISBN 9781135502072.
- [196] POTMĚŠIL, J., 2012. *Šaría: úvod do islámského práva*. 1. vyd. Praha: Grada, 224 s. ISBN 978-80-247-4379-0.
- [197] PRACTICE COMMITTEE OF THE AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE; SOCIETY FOR ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY, 2013. Mature oocyte cryopreservation: a guideline. *Fertil Steril*, 99(1), 37–43.
- [198] PRŮCHA, J., E. WALTEROVÁ a J. MAREŠ, J., 2001. *Pedagogický slovník*. 3., roz., aktual. vyd. Praha: Portál. S. 202. ISBN 80-7178-579-2.
- [199] PUREWAL, S. a O. van den AKKER, 2009. Systematic review of oocyte donation: investigating attitudes, motivations and experiences. *Hum Reprod Update*, 15, 499–515.

- [200] RABUŠIC, L., 2001. *Kde ty všechny děti jsou? Porodnost v sociologické perspektivě*. 1. vyd. Praha: Slon, 261 s. ISBN 80-86429-01-6.
- [201] RAES, I., A. RAVELINGIEN a G. PENNING, 2013. The right of the donor to information about children conceived from his or her gametes. *Hum Reprod*, 28, 560–565.
- [202] RAOUL-DUVAL, A., H. LETUR-KONIRSCH a R. FRYDMAN, 1992. Anonymous oocyte donation: a psychological study of recipients, donors and children. *Hum Reprod*, 7(1), 51–54.
- [203] RAVELINGIEN, A., V. PROVOOST a G. PENNING, 2013. Donor-conceived children looking for their sperm donor: what do they want to know? *FVV in OBGYN*, 5(4), 257–264.
- [204] RAVITSKI, V., 2010. Knowing Where You Come From: The Rights of Donor-Conceived Individuals and the Meaning of Genetic Relatedness. *Minn. J. Law Sci. Technol.*, 11, 655–84.
- [205] RAVITSKY, V., 2012. Conceived and deceived: the medical interests of donor-conceived individuals. *Hastings Cent Rep*, 42, 17–22.
- [206] READINGS, J., L. BLAKE, P. CASEY, V. JADVA a S. GOLOMBOK, 2011. Secrecy, disclosure and everything in-between: decisions of parents of children conceived by donor insemination, egg donation and surrogacy. *Reprod Biomed Online*, 22, 485–495.
- [207] RIGGS, D.W. a L. RUSSELL, 2011. Characteristics of men willing to act as sperm donors in the context of identity-release legislation. *Hum Reprod*, 26, 266–272.
- [208] RICHARDS, M., 2008. Artificial insemination and eugenics: Celibate motherhood, euteleogenesis and germinal choice. *Stud Hist Philos Biol Biomed Sci*, 39(2), 211–221.
- [209] RICHARDS, M., G. PENNING a J.B. APPLEBY (Eds.) *Reproductive Donation: Practice, Policy and Bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press, s. 320. ISBN 978-0-521-18993-4.
- [210] RIPPER, M., 2008. Australian sperm donors: public image and private motives of gay, bisexual and heterosexual donors. *Health Soc Rev*, 17, s. 319–331.
- [211] RUMBALL, A. a V. ADAIR, 1999. Telling the story: Parents' scripts for donor offspring. *Hum Reprod*, 14(5), 1392–1399.
- [212] ŘEŽÁBEK, K. a J. JÍROVÁ, 2014. *Asistovaná reprodukce v České republice* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Národní registr asistované reprodukce [viděno 1. března 2017]. 44 s. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/asistovana-reprodukce>.
- [213] ŘÍČAN, P., 1990. *Cesta životem*. 1. vyd. Praha: Panorama, 435 s. ISBN 80-7038-078-0.
- [214] SABATELO, M., 2015. Regulating Gamete Donation in the U. S.: Ethical, Legal and Social Implications. *Laws*, 4(3), 352–376.

- [215] SALEM YANIV, S., A. LEVY, A. WIZNITZER, G. HOLCBERG, a et al., 2011 A significant linear association exists between advanced maternal age and adverse perinatal outcome. *Arch Gynecol Obstet*, 283(4), 755–759.
- [216] SARTORIUS, G.A. a E. NIESCHLAG, 2010. Paternal age and reproduction. *Hum Reprod Update*, 16, 65–79.
- [217] SAWYER, N., 2010. Sperm donor limits that control for the ‘relative’ risk associated with the use of open-identity donors. *Hum Reprod*, 25(5), 1084–1096.
- [218] SÄLEVAARA, M., A.M. SUIKKARI a V. SÖDERSTRÖM-ANTTILA, 2013. Attitudes and disclosure decisions of Finnish parents with children conceived using donor sperm. *Hum Reprod*, 28(10), 2746–54.
- [219] SAUER, M.V., R.J. PAULSON a R.A. LOBO, 1990. A preliminary report on oocyte donation extending reproductive potential to women over 40. *N Engl J Med*, 323, 1157–1160.
- [220] SAUER, M.V., R.J. PAULSON a R.A. LOBO, 1996. Oocyte donation to women of advanced reproductive age: pregnancy results and obstetrical outcomes in patients 45 years and older. *Hum Reprod*, 11(11), 2540–2543.
- [221] SHELTON, K.H., J. BOIVIN, D. HAY a et al., 2009. Examining differences in psychological adjustment problems among children conceived by assisted reproductive technologies. *Int J Behav Dev*, 33, 385–92.
- [222] SCHEIB, J.E., M. RIORDAN a S. RUBIN, 2003. Choosing identity-release sperm donors: the parents’ perspective 13–18 years later. *Hum Reprod*, 18(5), 1115–1127.
- [223] SCHEIB, J.E., M. RIORDAN a S. RUBIN, 2005. Adolescents with open-identity sperm donors: reports from 12–17 year olds. *Hum Reprod*, 20(1), 239–252.
- [224] SCHENKER, J.G., 1997. Infertility evaluation and treatment according to Jewish Law. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 71, 113–123.
- [225] SCHENKER, J.G., 2002. Gender selection. *J Assist Reprod Genet*, 19, 400–410.
- [226] SCHENKER, J.G., 2005. Assisted reproductive practice: Religious perspectives. *Reprod Biomed Online*, 10, 310–319.
- [227] SCHENKER, J.G., 2011. *Ethical Dilemmas in Assisted Reproductive Technologies*. 1. vyd. Berlin: Walter de Gruyter GmbH, 389 s. ISBN 978-3-11-024020-7.
- [228] SEROUR, G.I., M.A. ABOULGHAR a R.T. MANSOUR, 1995. Bioethics in medically assisted conception in the Muslim world. *J Assist Reprod Genet*, 12(9), 559–565.
- [229] SEROUR, G. I., 2002. Attitudes and cultural perspectives on infertility and its alleviation in the Middle East area. In: VAYENA, E., PJ ROWE, PD GRIFFIN (Eds.). *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*. World Health Organization, 41–49. ISBN 92-4-159030-0.

- [230] SEROUR, G.I., 2008. Islamic perspective in Hum Reprod. *Reprod BioMed Online*, 17(3), 34–38.
- [231] SHEFFER-MIMOUNI, G, S. MASHIACH, J. DOR, D. LEVRAN a D.S. SEIDMAN, 2002. Factors influencing the obstetric and perinatal outcome after oocyte donation. *Hum Reprod*, 17(10), 2636–2640.
- [232] SHENFIELD, F., J. DE MOUZON, G. PENNING, A.P. FERRARETTI, A.N. ANDERSEN, G. DE WERT a V. GOOSSENS, 2010. ESHRE Taskforce on Cross Border Reproductive Care. Cross border reproductive care in six European countries. *Hum Reprod*, 25(6), 1361–1368.
- [233] SHENFIELD, F., G. PENNING, J. DE MOUZON, A.P. FERRARETTI a V. GOOSSENS, 2011. On behalf of the ESHRE Taskforce 'Cross Border Reproductive Care' ESHRE's good practice guide for cross-border reproductive care for centers and practitioners. *Hum Reprod*, 26, 1625–1627.
- [234] SILKE, D., M. NTEBALENG, J. MARITZ a Z. van der SPUIY, 2007. Motives for parenthood among couples attending a level 3 infertility clinic in the public health sector in South Africa. *Hum Reprod*, 23(2), 352–357.
- [235] SIROVÁTKA, T. a O. HORA, 2008. *Rodina, děti a zaměstnání v české společnosti*. 1. vyd. Boskovice: Albert, 328 s. ISBN 9878073261405.
- [236] SKOOG SVANBERG, A., C. LAMPIC, A.L. GEJERVALL, J. GUDMUNDSSON, P.O. KARLSTRÖM, N.G. SOLENSTEN a G. SYDSJÖ, 2012. Gamete donors' motivation in a Swedish national sample: is there any ambivalence? A descriptive study. *Acta Obstet Gyn Scan*, 91, 944–951.
- [237] SKOOG SVANBERG, A., C. LAMPIC, A.L. GEJERVALL, J. GUDMUNDSSON, P.O. KARLSTRÖM, N.G. SOLENSTEN a G. SYDSJÖ, 2013. Gamete donors' satisfaction; gender differences and similarities among oocyte and sperm donors in a national sample. *Acta Obstet Gyn Scan*, 92, 1049–1056.
- [238] SMAJDOR, A., 2011. The ethics of IVF over 40. *Maturitas*, 69, 37–40.
- [239] SMART, C., 2009. Family secrets: law and understandings of openness in everyday relationships. *J Soc Policy*, 38, 551–592.
- [240] SCHMIDT, L., 2010. Should men and women be encouraged to start childbearing at a younger age? *Expert Rev Obstet Gynecol*, 5, 145–147.
- [241] SOBOTKA, T. a W. LUTZ, 2010. Misleading policy messages derived from the period TFR: should we stop using it? *Comp. popul. stud.*, 35, 637–664.
- [242] SÖDERSTRÖM-ANTTILA, V., N. SAJANIEMI, A. TIITINEN a O. HOVATTA, 1998. Health and development of children born after oocyte donation compared with that of those born after in-vitro fertilization, and parents' attitudes regarding secrecy. *Hum Reprod*, 13(7).

- [243] SÖDERSTRÖM-ANTTILA V., 2001. Pregnancy and child outcome after oocyte donation. *Hum Reprod Update*, 7(1), 28–32.
- [244] SÖDERSTRÖM-ANTTILA, V., M. SÄLEVAARA a A.M. SUIKKARI, 2010. Increasing openness in oocyte donation families regarding disclosure over 15 years. *Hum Reprod*, 25, 2535–2542.
- [245] STEINBERG, L., 2001. We know some things: Parent–adolescent relationships in retrospect and prospect. *J. Res. Adolesc.*, 11(1), 1–19.
- [246] STEPTOE, P.C a R.G. EDWARDS, 1978. Birth after the reimplantation of human embryos. *Lancet*, 312(8085), 366.
- [247] STÖBEL-RICHTER, Y., M.E. BEUTEL, C. FINCK a E. BRAHLER, 2005. The “wish to have a child“, childlessness and infertility in Germany. *Hum Reprod*, 20(10), 2850–2857.
- [248] SYDSJÖ, G., C. LAMPIC, S. BRÄNDSTRÖM a et al., 2012. Who becomes a sperm donor: personality characteristics in a national sample of identifiable donors. *Int J Gynaecol Obstet*, 119(1), 33–9.
- [249] ŠPAŇHELOVÁ, I., 2010. *Dítě a rozvod rodičů*. 1. vyd. Praha: Grada, 184 s. ISBN 9788024731810.
- [250] ŠTĚPÁN, J., 1989. *Právo a moderní lékařství*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1989. ISBN 80-7038-068-3.
- [251] ŠULOVÁ, L., T. FAIT a P. WEISS, 2011. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, 439 s. ISBN 9788073452384.
- [252] TALLANDINI, M.A., L. ZANCHETTIN., G. GRONCHI a V. MORSAN, 2016. Parental disclosure of assisted reproductive technology (ART) conception to their children: a systematic and meta-analytic review. *Hum Reprod*, 31(6), 1275–1287.
- [253] TARLATZIS, B.C. a H. BILI, 2000. Intracytoplasmic Sperm Injection Survey of World Results. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 900, 336–344.
- [254] TAUER, F., 2006. *Svět islámu*. 2. vyd. Praha: Vyšehrad, 445 s. ISBN 80-702-1828-2.
- [255] THORN, P., T. KATZORKE a K.R. DANIELS, 2008. Semen donors in Germany: a study exploring motivations and attitudes. *Hum Reprod*, 23, 2415–2420.
- [256] TROUNSON, A., J. LEETON, M. BESANKA, C. WOOD a A. CONTI, 1983. Pregnancy established in an infertile patient after transfer of a donated embryo fertilised in vitro. *BMJ*, 286, 835–838.
- [257] TURNER, A. J. a A. COYLE, 2000. What does it mean to be a donor offspring? The identity experiences of adults conceived by donor insemination and the implications for counselling and therapy. *Hum Reprod*, 15(9), 2041–2051.

- [258] VANFRAUSSEN K., I. PONJAERT-KRISTOFFERSEN a A. BREWAEYS, 2001. An attempt to reconstruct children's donor concept: A comparison between children's and lesbian parents' attitudes towards donor anonymity. *Hum Reprod*, 16(9), 2019–2025.
- [259] VANFRAUSSEN K., I. PONJAERT-KRISTOFFERSEN a A. BREWAEYS, 2003. Family functioning in lesbian families created by donor insemination. *Am J Orthopsychiatry*, 73(1), 78–90.
- [260] VELDE TE, E.R. a P.L. PEARSON, 2002. The variability of female reproductive ageing. *Hum Reprod*, 8(2), 141–154.
- [261] VELDE TE, E.R, D.J.F. HABBEMA, H. LERIDON a M. EIJKEMANS, 2012. The effect of postponement of first motherhood on permanent involuntary childlessness and Total Fertility Rate in six European countries since the 1970s. *Hum Reprod*, 27(4), 1179–1183.
- [262] VELLEMAN, J.D., 2008. Persons on prospect. *Philos. Public Aff.*, 36, 221–288.
- [263] WARNOCK, M., 1984. *Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilisation and Embryology* [online]. PDF version 24 June 2008 [viděno 1. března 2017]. London: Department of Health & Social Security, 113 s. Dostupné z: [http://www.hfea.gov.uk/docs/Warnock\\_Report\\_of\\_the\\_Committee\\_of\\_Inquiry\\_into\\_Human\\_Fertilisation\\_and\\_Embryology\\_1984.pdf](http://www.hfea.gov.uk/docs/Warnock_Report_of_the_Committee_of_Inquiry_into_Human_Fertilisation_and_Embryology_1984.pdf). ISBN 0101931409.
- [264] WIGGINS, D.A. a E. MAIN, 2005. Outcomes of pregnancies achieved by donor egg in vitro fertilization – a comparison with standard in vitro fertilization pregnancies. *Am J Obstet Gynecol*, 192(6), 2002–2008.
- [265] WOOD, J., 1989. Fecundity and natural fertility in humans. In: MILLIGEN, S. (Ed). *Reviews of Reproductive Biology*. Oxford: Oxford University Press, s. 61–109.
- [266] WYNDHAM, N., P.G. MARIN FIGUEIRA a P. PATRIZIO, 2012. A persistent misperception: assisted reproductive technology can reverse the "aged biological clock". *Fertil Steril*, 97(5), 1044–1047.
- [267] YEE, S., E. BLYTH a A. KA TAT TSANG, 2011. Views of donors and recipients regarding disclosure to children following altruistic known oocyte donation. *Reprod Biomed Online*, 23(7), 851–59.

## Použité prameny – Legislativní dokumenty

- [1] Vyhláška č. 422/2008 Sb., o stanovení bližších požadavků pro zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka.
- [2] SMĚRNICE KOMISE 2006/17/ES ze dne 8. února 2006, kterou se provádí směrnice Evropského parlamentu a Rady 2004/23/ES, pokud jde o určité technické požadavky na darování, opatrování a vyšetřování lidských tkání a buněk.
- [3] Zákon č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.
- [4] Zákon č. 227/2006 Sb., o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- [5] Zákon č. 296/2008 Sb., o zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka a o změně souvisejících zákonů (zákon o lidských tkáních a buňkách), ve znění pozdějších předpisů.
- [6] Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.
- [7] Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.