

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra společenských věd

**Etické aspekty dárcovství oocytů**

Ethical aspects of oocyte donation

Diplomová práce

Bc. Nikola Prucková

Olomouc 2022

Vedoucí práce: Mgr. Tomáš Hubálek, Ph.D.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně na základě literatury a pramenů uvedených v seznamu literatury a ostatních zdrojů.

V Olomouci dne 14. 4. 2022

.....

Bc. Nikola Prucková

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucímu práce Mgr. Tomáši Hubálkovi, Ph.D., za odborné a vstřícné vedení diplomové práce, za jeho ochotu a lidský přístup. Mé poděkování patří dále olomoucké klinice Fertimed, s.r.o. za zprostředkování kontaktu s dárkyněmi.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>6</b>
<b>CÍLE PRÁCE</b> .....	<b>8</b>
<b>1 NEPLODNOST</b> .....	<b>9</b>
1.1 Neplodnost jako společenský problém.....	9
1.2 Věková struktura.....	11
1.3 Anatomie ženských pohlavních orgánů.....	13
1.3.1 Vaječník (ovarium).....	14
1.3.2 Vejcovody ( <i>tuba uterina</i> ).....	17
1.3.3 Děloha (uterus).....	17
1.3.4 Pochva.....	18
1.4 Důvody neplodnosti.....	19
1.5 Asistovaná reprodukce (AR).....	22
1.6 Metody asistované reprodukce (AR).....	23
<b>2 DÁRCOVSTVÍ OOCYTŮ</b> .....	<b>28</b>
2.1 Proces dárcovství.....	30
2.2 Lékařská rizika.....	32
<b>3 ETICKÉ OTÁZKY DÁRCOVSTVÍ</b> .....	<b>36</b>
3.1 Přehled současného stavu problematiky dárcovství.....	37
3.2 Právní aspekty dárcovství.....	39
3.3 Možné přístupy k problematice dárcovství.....	41
3.3.1 Problematika dárcovství z pohledu náboženství.....	43
3.3.2 Problematika dárcovství z pohledu jednotlivých států.....	49
3.3.3 Další etická dilemata.....	49
3.4 Motivace a jiné faktory dárcovství.....	53
3.4.1 Finanční kompenzace za darování oocytů.....	53
3.4.2 Motivace dárcyň.....	55
3.4.3 Povahové rysy dárcyň.....	56
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>58</b>
<b>4 ROZHOVORY S DÁRKYNĚMI OOCYTŮ</b> .....	<b>58</b>
4.1 Metodologie a popis výzkumu.....	58

4.2	Použitá metoda .....	58
4.3	Cíl výzkumu .....	59
4.4	Výzkumný soubor .....	60
4.5	Výsledky výzkumu .....	61
4.5.1	Shrnutí výsledků .....	69
<b>5</b>	<b>PRAKTICKÉ VYUŽITÍ NA ZŠ .....</b>	<b>73</b>
5.1	Struktura vyučovací jednotky .....	73
5.2	Prezentace .....	75
5.3	Pracovní list .....	82
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>86</b>
	<b>BIBLIOGRAFICKÉ CITACE .....</b>	<b>87</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>95</b>
	<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>96</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>97</b>
	<b>PŘÍLOHY</b>	
	<b>ANOTACE</b>	

## ÚVOD

V současné moderní a technologicky vyspělé době, která přináší všem lidem na světě mnoho výhod v různých aspektech jejich životů, se stále častěji můžeme setkat s výskytem tzv. civilizačních onemocnění, s novými chorobami, ale i jinými problémy, které jsou způsobeny rychlým životním stylem, při kterém jsou na jednotlivce kladeny vysoké nároky. Jedním z těchto negativních trendů moderní doby je i neustále narůstající neschopnost počít potomka přirozenou cestou neboli problém neplodnosti.

Problematikou lidské neplodnosti se zabývá reprodukční medicína, která se v posledních dvou desetiletích stala jedním z nejrychleji rozvíjejících se lékařských oborů (Havlová, 2007).

Právě otázka celosvětově narůstajícího trendu lidské neplodnosti se stává velice diskutovaným a aktuálním tématem, jelikož v globálním měřítku narůstá počet párů, které nejsou schopny přirozenou cestou zplodit potomka. Takové páry se následně čím dál častěji obracejí na reprodukční specialisty, u kterých se pokoušejí svoji neplodnost léčit, a v případě, že neplodnost nemůže být žádným lékařským zásahem ovlivněna, využívají možnosti umělého oplodnění (Doherty, Clark, 2002).

V případě umělého oplodnění přicházejí na řadu darované pohlavní buňky od dárců mužského (v podobě darovaných spermií) i ženského (v podobě darovaných oocytů) pohlaví. V případě, že je v rámci páru neplodná žena, mohou jí být jinou dárkyní darována vajíčka (oocyty), která se stávají nedílnou a nejdůležitější součástí léčby neplodnosti. Darování vajíček na jedné straně představuje v současné době velice populární a účinnou možnost léčby ženské neplodnosti, a zároveň poměrně novou dárcovskou techniku, která slaví úspěchy na celém světě, na druhou stranu s sebou však přináší i velké množství etických otázek, rozporů a problémů (Havlová, 2007).

V rámci celého světa se mnoho odborných studií i výzkumů zabývá problematikou dárcovského procesu, samotným umělým oplodněním i etikou celého dárcovského systému. Řeší-li však odborné studie nebo výzkumy etická dilemata dárcovství oocytů, pak se nejčastěji zabírají psychickým rozpoložením neplodných nebo dopadem dárcovství na vzájemné mezilidské vztahy. Málokteré studie se však zaměřují na osobnosti dárkyň. Z toho důvodu tak zůstává mnoho podstatných etických dilemat a otázek, které se týkají samotných dárkyň oocytů, nezodpovězeno.

Diplomová práce sestává ze dvou částí, části teoretické a části praktické. V teoretické části popisují neplodnost jako společenský problém, vyskytuje se zde anatomie ženských

pohlavních orgánů, vysvětlen je z pohledu fyziologického negativní trend neplodnosti a zmíněny konkrétní metody, které jsou v současné době používány k asistované reprodukci. V druhé části se práce zaměřuje již na samotné dárcovství vajíček, popsán je přesný průběh tohoto procesu a zmíněna i lékařská rizika, která dárkyním oocytů hrozí.

Ve třetí části teoretického oddílu této práce se již zabírám etickými dilematy spojenými s dárcovstvím oocytů, která pulzují nejen v různých částech naší země, a jsou velmi často řešena. Jedná se například o pohled různých světových náboženství na problematiku dárcovství vajíček, právní aspekty dárcovství v jednotlivých státech světa a v neposlední řadě i osobnost dárkyň oocytů. Jaký typ žen se nejčastěji rozhodne pro dárcovství vajíček? Jaké je ženou konkrétní motivy pro darování vlastních vajíček a podstoupení poměrně náročného procesu při jejich odebrání?

Praktická část práce se věnuje kvalitativnímu výzkumu v podobě řízených rozhovorů s osmi dárkyněmi oocytů, v jejichž rámci byly zjišťovány především osobní zkušenosti dárkyň s celým dárcovským procesem, jejich názory i motivace k dárcovství a jiné důležité otázky týkající se dárcovského procesu. Za výzkumnou metodu byl zvolen řízený rozhovor sestávající z otevřených otázek. Pohled reálných dárkyň by mohl pomoci snadněji vyhodnotit stanovenou hypotézu zabývající se hlavní motivací dárkyň. Praktická část práce zahrnuje i návrh hodiny základního typu týkající se této problematiky použitelný na druhém stupni ZŠ.

## CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem výzkumu této diplomové práce je porovnání výpovědí dárek oocytů získaných prostřednictvím rozhovorů s těmito ženami se stanovenými hypotézami. Jednou z hlavních hypotéz je zjištění, zda byl motiv dárek v rovině materiální, tedy finanční kompenzace a potřeba pomoci jiným ženám byla až sekundární. V rámci této teoreticko-analytické práce však budou řešeny i jiné etické otázky, které souvisejí s problematikou dárcovství oocytů. Mezi další etické otázky patří například etický problém anonymity dárek, etický rozměr sociálního konsensu s rozhodnutím oocyt darovat, zda dárekně zajímá, komu bude jejich oocyt darován, ale také zda byl proces úspěšný a došlo k oplodnění jejich oocytů. Z výzkumu bude zjištěno i to, zda měly dárekně dostatek informací o celém průběhu a uvědomovaly si případná zdravotní rizika, nebo způsob, jakým se o dárcovství dozvěděly.



# 1 NEPLODNOST

## 1.1 Neplodnost jako společenský problém

Neplodnost v západní kultuře přestala být pouze soukromým problémem v době rozvoje technik asistované reprodukce, které ji zbavily označení „rány osudu“, ale udělaly z ní záležitost vědeckého zájmu, která vyžaduje léčbu za pomoci medicíny. Neplodnost vnímáme jako problém u lidí, kteří si přejí mít dítě. Dobrovolně bezdětní lidé se o své neplodnosti nemusí nikdy dovědět. Nejedná se o nemoc definovanou fyzickými symptomy (Greil, 1991 in Slepíčková, 2009).

Demografové a sociologové zdůrazňují snižující se tlak na rodičovství a postupné ubývání centrality mateřství ze života žen v západních společnostech uplynulých desetiletí (Sobotka, 2005 in Slepíčková; Rabušic, 2001 in Slepíčková, 2009). Přibývá párů, které při touze mít děti vyhledávají pomoc lékařů. Problémy s reprodukcí jsou podle lékařských odhadů diagnostikovány u 10–15 % párů v reprodukčním věku a nadále se předpokládá růst tohoto čísla (Řežábek, 1999 in Slepíčková, 2009; Mrázek, 2006 in Slepíčková, 2009; Inhorn; Birenbaum-Carmeli, 2008 in Slepíčková, 2009).

V současných západních společnostech můžeme identifikovat dvě tendence ve způsobu, jakým sociologové pojednávají o rodičovství. První popisuje rodičovství jako univerzální hodnotu a zdůrazňuje kulturní a sociální příběh, který určuje jeho správnou podobu (Bailey, 1999 in Slepíčková, 2009; Sevón, 2005 in Slepíčková, 2009; Maher, Saugeres, 2007 in Slepíčková, 2009). Asistovaná reprodukce je v rámci pohledu, který tematizuje normy rodičovství, jakési narušení narativu reprodukce (Ginsburg, Rapp, 1991 in Slepíčková, 2009).

Podle výzkumu Haškové a Zamykalové (2006 in Slepíčková, 2009) jsou způsoby, jakými se tvoří normalita rodičovství v české společnosti, jakýmsi sledem provázaných norem, které můžeme shrnout následovně:

- Matkou je nutné být.
- Mateřství je třeba plánovat.
- Je nutné o něj ve správný čas usilovat (ani brzy, ani pozdě).
- Má se jednat o mateřství biologické, vzešlé z heterosexuálního vztahu.
- Několik prvních let života dítěte být výhradní pečovatelkou o něj.

Podle výzkumu Maher a Seuegers (2007 in Slepíčková, 2009) ženy, které dítě nemají, mateřství odmítají právě z obavy, že by této mateřské normy nedostály.

Bezdětnost je vnitřně přijatou normou pozdně moderního člověka. Pro mnoho lidí je bezdětnost stejně samozřejmá jako rodičovství, protože mnohdy není volbou, ale přirozeně vyplývá ze sledu životních událostí a okolností (Tomášek, 2007 in Slepíčková, 2009).

Bauman (2020) ve své knize *Tekutá modernita* poukazuje na souvislost mezi současnou moderní, konzumní společností nejistého světa a oslabováním či vymizením partnerských svazků. Popisuje dnešní partnerské závazky jako dočasné, prchavé a náchylné vůči jednostrannému vypovězení s ohledem na život v konzumní a spotřební době.

V současné době existuje silná tendence zacházet i se vztahy jako s něčím spotřebním, co je třeba využít, nikoli dále produkovat. Pokud je ve vztahu jeden z partnerů vystaven lepší příležitosti, nachází v úniku větší hodnotu, než aby se pokoušel vztah zachovat za jakoukoli cenu. Místo toho jde pouze o dosažení uspokojení z produktu, který je nabízen ke konzumaci. Pakliže satisfakce nedosahuje slíbeného očekávání nebo se již obnosila a mezilidský vztah se stává prostředkem k okamžitému uspokojení, pak není důvod se těžce pokoušet, jen aby zůstalo partnerství zachováno. Tato nejistota sociální existence vybízí k tomu, vnímat okolní svět jako seskupení produktů okamžité spotřeby, což činí sjednání trvalých lidských svazků velmi obtížným (Bauman, 2020).

Podobně jako tato debata o rodičovství má své úhly pohledu i zkoumání léčby neplodnosti. Asistovaná reprodukce je na jednu stranu brána jako revoluční nástroj, který umožňuje nové typy vytváření rodiny. Přináší nové kulturní vzorce, ale i nové spory a dilemata (Inhorn, van Balen, 2002 in Slepíčková, 2009).

Někteří autoři hovoří o narušení jednoty mezi plodem a matkou (Ragoné, Willis, 2000 in Slepíčková, 2009), jiní o přetvoření dosavadních způsobů utváření rodiny a zpochybnění ženské a mužské reprodukční role (Hargreaves, 2006 in Slepíčková, 2009).

Při procesu asistované reprodukce se objevují kromě páru v procesu početí další aktéři, jako jsou dárci pohlavních buněk, v některých zemích například náhradní matky, a dochází tak k překrývání rodičovství biologického, sociálního a gestačního. Rodičem se tak může stát jedinec, který by se jím dříve stát nemohl, například kvůli poruše plodnosti, žena po menopauze či homosexuál. Otevírá se tímto také debata na úrovni právní (Franklin, 1995 in Slepíčková, 2009).

Norma, která jasně vyděluje dobrovolnou bezdětnost, která je daná rozhodnutím jedince, a nedobrovolnou bezdětnost, která je výsledkem fyzické neplodnosti,

se často dostává do rozporu s realitou, kde takové dělení nenajdeme (Tomášek, 2007 in Slepíčková, 2009).

Hašková (2010 in Slepíčková, 2009) podobně uvádí, že dobrovolnost a nedobrovolnost je dána plynutím času a životními změnami, nikoliv jednorázovým rozhodnutím.

Neplodnost se tedy dá chápat jako biologický problém se sociálními důsledky, stejně jako nedobrovolná bezdětnost se dá označit jako problém sociální, který může být řešen (a nemusí) prostřednictvím medicíny (Slepíčková, 2009).

Na rozdíl od demografických údajů se ve výzkumu hodnot objevuje tvrzení, že se česká populace jeví jako velice rodinně založená. Rodičovství přisuzují čeští muži a ženy velkou váhu a život bez dětí pro ně není stejně hodnotný jako život v roli rodičů. Tyto postoje jsou v české společnosti trvalé a kohortní analýza neukazuje trend k jejich oslabení. Mají-li jedinci problém s plodností, mají výběr ze škály možností léčby. Ta je však omezena třemi faktory, jimiž jsou: věk ženy, úhrada léčby a nutnost mít stálého heterosexuálního partnera.

Neplodnost je vnímaná jako problém fyzický a tedy spadá do kompetence lékařských pracovníků (Slepíčková, 2009).

## **1.2 Věková struktura**

Načasování rodičovství je v moderní kultuře považováno za klíčové (zejména pro ženy) a také jako součást normy správného mateřství. Věk obecně je v časové dimenzi zkušenosti s neplodností jednou z nejvýznamnějších kategorií (Sevón, 2005 in Slepíčková, 2009; Earle, Letherby, 2007 in Slepíčková, 2009).

Snaha získat nejprve určité životní zkušenosti, než se žena rozhodne stát matkou, která jsou často uváděna ve výzkumných rozhovorech, odráží skutečnost, že narození dítěte přeruší nebo ukončí dřívější aktivity ženy, jako je například studium, pracovní kariéra či volný čas, v důsledku péče o dítě. V českém prostředí je důraz na intenzivní mateřství velký (Čermáková a kol., 2000 in Slepíčková, 2009).

Sama o sobě se realizace v profesních a osobních sférách života stává normou pro „dobré mateřství“. Určité odkládání rodičovství je tedy legitimní součástí životní dráhy až do chvíle, kdy je realizace mateřství problematická, čímž zkracuje čas možnosti řešení této situace.

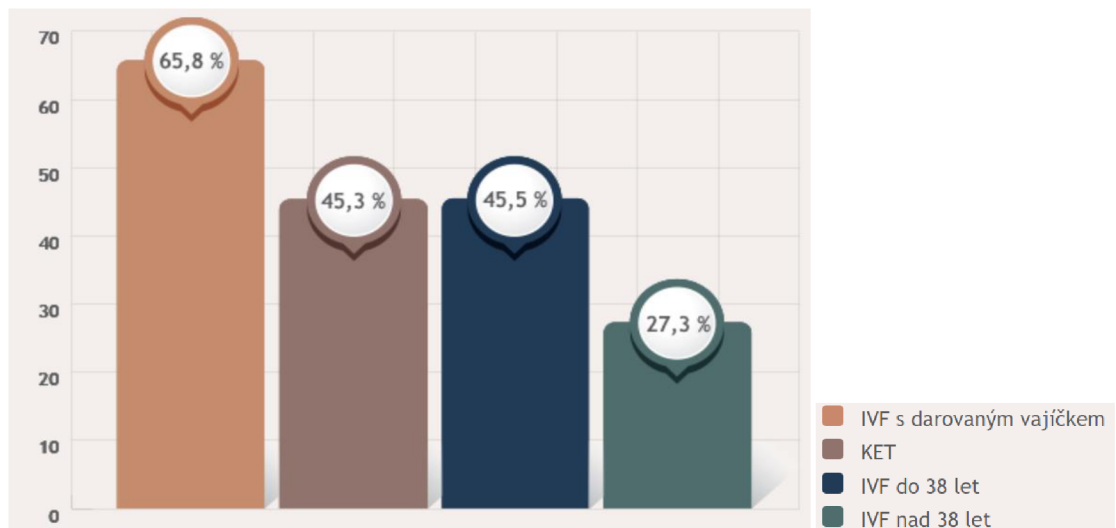
Věk se do tématu rodičovství promítá ve dvou podobách. Věk sociální, který definuje zasazení rodičovství do konkrétního životního období člověka. Druhým typem je věk chronologický. Chronologický věk vymezuje vhodný věk pro rodičovství. Tyto dvě roviny jsou zřídka synchronní. Častěji má však vliv na rozhodnutí tlak věku chronologického, který vytváří jakési ultimátum rodičovství a je hůř ovlivnitelný. Při léčbě neplodnosti se tyto dva časové rozměry reprodukce dostávají do konfrontace s časovou organizací. Přestože jsou oba výše zmíněné aspekty věku formulovány jako přirozené a ztotožněny s individuálními plány, ve vztahu k reprodukci jsou výrazně normativní. Zdrojem této normy je medicínský diskurs. Vhodný věk k početí je definován nejčastěji mezi pětadvacátý a třicátý rok věku ženy a věk, od kterého plodnost ženy výrazně klesá – zde jsou zmíněny mezníky třicet pět, třicet osm a čtyřicet let). Limit pro využití asistované reprodukce je stanoven na třicet devět let, v případě hrazených cyklů, a čtyřicet devět let věku. Zdravotní pojišťovny v roce 2006 snížily věkovou hranici úhrady asistované reprodukce ze čtyřiceti na třicet devět let (Slepičková, 2009).

Kromě medicínské definice je norma ovlivněna také statistikou. Normální je ztotožňováno s převažujícím (Foucault, 2000 in Slepičková, 2009). Norma je určena také skrze média, viditelná je i ve vrstevnických skupinách (Hawkes, 2006 in Slepičková, 2009).

Zastoupení žen ve věku do 34 let se trvale snižuje, v roce 2013 kleslo na 47,9 %. Klientky ve věku nad 40 let přitom asistovanou reprodukci využívají stále častěji. Mezi lety 2007 a 2013 se zvýšil jejich podíl z 10,7 % na 24,8 %. Tento vývoj souvisí s obecným trendem odkladu rodičovství do vyššího věku. V Belgii, České republice, Dánsku, Estonsku, na Islandu, v Norsku, Slovinsku a Švédsku byla více než 3 % všech narozených dětí počata metodami asistované reprodukce. Podle odhadů se ročně ve světě provádí přibližně 1,5 milionu cyklů, z nichž se narodí asi 350 tisíc dětí (Ženská neplodnost, 2016).

Pro zajímavost RNDr. Kateřina Tvrdoňová, vedoucí embryologie IVF kliniky ve Zlíně, uvádí tento graf níže jako ukazatel, že jedním z rozhodujících faktorů pro úspěšnou léčbu neplodnosti u ženy je její věk. Nejvyšší úspěšnost léčby u IVF cyklů se dosahuje právě s darovaným oocyt. Otěhotní více než 65 % pacientek.

U pacientek do věku 38 let s vlastními oocyty i kryoemryotransfery (KET) je úspěšnost léčby kolem 50 %, u pacientek ve věku nad 38 let je to kolem 30 % (Tvrdoňová, 2021).



Obr. 1: Grafické znázornění úspěšnosti léčby

Zdroj: Tvrdoňová, 2021

### 1.3 Anatomie ženských pohlavních orgánů

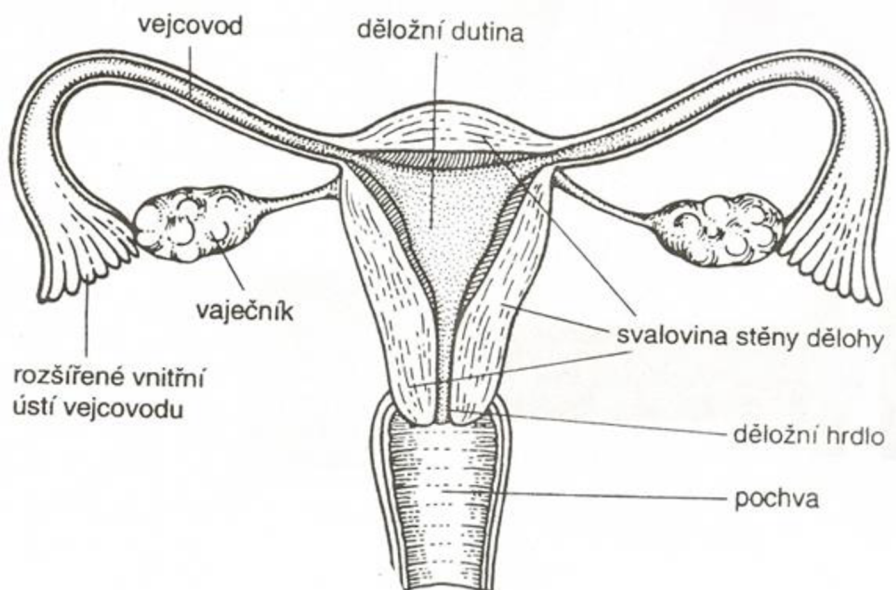
S ženskou infertilitou souvisí také fyziologický aspekt. Tato diplomová práce, která se zabývá především neplodností a dárcovstvím oocytů, se bude detailněji zajímat o vnitřní ženské pohlavní orgány, které jsou přímo zodpovědné za vznik nových jedinců a týká se jich i případná neplodnost žen.

Mezi **vnitřní ženské pohlavní orgány** konkrétně řadíme:

- vaječníky (*ovarium*),
- vejcovody (*tuba uterina*),
- dělohu (*uterus*),
- pochvu (*vagina*).

Z anatomického hlediska lze ženské pohlavní orgány členit na vnitřní a vnější. Ženské pohlavní orgány mají v těle ženy hned několik zásadních funkcí (Roztočil a kol., 2011):

- a) tvorbu ženských pohlavních hormonů,
- b) tvorbu ženských pohlavních buněk,
- c) tvorbu nových jedinců (Roztočil a kol., 2011).



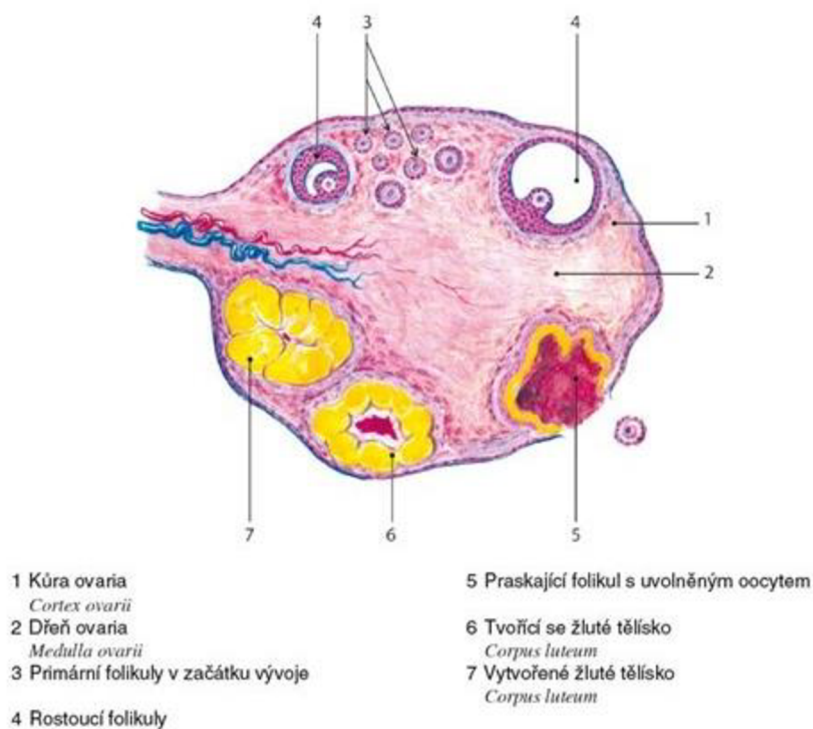
Obr. 2: Vnitřní ženské pohlavní orgány

Zdroj: Lančaričová, 2015

### 1.3.1 Vaječník (ovarium)

Vaječník představuje ženský párový orgán, jehož rozměry jsou v rámci života každé ženy velice variabilní. Všeobecně je v odborné literatuře udáván rozměr 5 cm na délku a 3 cm na šířku. Vaječníky jsou v ženském těle uloženy v jamkách, jež jsou nazývány *fossa ovarica*, které jsou lokalizovány na laterální stěně malé pánve, k níž jsou i vazy připevněny (Pilka, Procházka, 2017).

Vaječník zastupuje v těle žen hned několik funkcí. Dochází v něm jak k uložení a zrání pohlavních buněk (oocytů), tak i k tvorbě mnohých pohlavních hormonů. Vaječník je zvenku bílé barvy a jeho povrch je hrbolatý z důvodu přítomnosti folikulů. Skládá se také z několika vrstev, kdy vnější vrstvu představuje tzv. korová vrstva a vnitřek vaječníku pak cévnatá vazivová vrstva (Pilka, Procházka, 2017), viz Obr. 3.



Obr. 3: Stavba vaječníku

Zdroj: Daněk, 2014

V uvedené korové vrstvě jsou uloženy jednotlivé a početné folikuly, které se v rámci jednoho vajíčka nacházejí v různém stadiu svého vývoje. Pod pojmem folikul si lze představit měchýřek, který obsahuje vajíčko v různém stadiu vývoje a který je vyplněný mimo jiné i tekutinou. Již po narození dítěte ženského pohlaví každý z jeho vaječníků obsahuje zhruba 1,5 milionu nezralých vajíček, k jejichž počátečnímu dozrávání dochází s první menstruací, tedy zhruba ve věku 11–15 let. Ačkoliv je ve vaječnicích přítomno velké množství vajíček, finálního zralého stadia se dočká přibližně jen 500 z nich (Roztočil a kol., 2011).

V rámci vaječníků lze rozlišit tzv. primární, sekundární a terciární folikuly neboli folikuly v různých stadiích svého vývoje. Primární folikul představuje velkou vaječnou buňku bohatou na cytoplazmu, obklopenou vrstvou kubických buněk. Primárním folikulem je tato buňka nazývána proto, že se vyskytuje na prvním stupni meiotického dělení. U tzv. sekundárních folikulů je již patrný vyšší stupeň dělení. V rámci sekundárních folikulů dochází ke vzniku dutiny, která se začne plnit tekutinou. Takový folikul se pak nazývá tzv. terciárním folikulem (Roztočil a kol., 2011).

Epitel přítomný ve folikulu se v takovém stupni vývoje mění v tzv. *membranagranulosa*. Přítomná vaječná buňka s *membranagranulosa* se více natáčí do folikulární dutiny, čímž vytváří *cumulusoophorus*. Takováto folikulární formace

se dostává k povrchu vaječníku a je ohraničena bazální membránou. Celý vývoj folikulů je zajišťován a řízen hormonálně, konkrétně folikulostimulačním hormonem (FSH). Celý vývoj folikulu je ukončen vývojovým stadiem tzv. Graafovým folikulem, který představuje již zralý a připravený folikul (Pilka, Procházka, 2017).

Celý proces je ukončen tzv. ovulací, což je okamžik, kdy je zralé vajíčko uvolněno z prasklého folikulu a vyplaveno tekutinou z vaječníku do vejcovodu. Pomocí řasinek, které vystylají vnitřní povrch vejcovodů, je vajíčko posouváno směrem k děloze. Z prasklého folikulu se v případě oplodnění vajíčka stává tzv. žluté tělísko. V případě, že vajíčko není oplodněno, je nepotřebné žluté tělísko vyplaveno z těla během menstruačního cyklu (Pilka, Procházka, 2017).

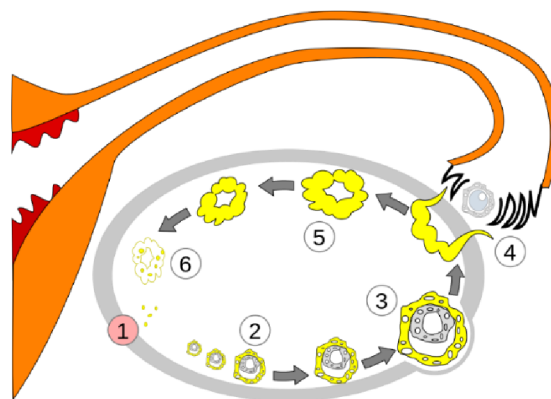
Celý výše zmíněný vývojový cyklus folikulů a vajíček je nazýván tzv. ovariálním cyklem. Během ovariálního cyklu se jedná o cyklické změny, které probíhají v ovariích ženy, a to v závislosti na aktuální hladině ženských pohlavních hormonů. Ovariální cyklus je úzce propojen s menstruačním cyklem, kdy hormony produkované cyklicky v rámci vaječníku přímo ovlivňují děložní sliznici (Dylevský, 2009).

Ovariální cyklus sestává ze třech fází, při nichž se střídají hladiny různých hormonů, dozrávají folikuly i vajíčka a dominantní zralé vajíčko opouští vaječník. První fází je tzv. folikulární fáze, která trvá od prvního dne menstruačního cyklu až po ovulaci. Během této fáze dozrává jeden folikul v jednom z vaječníků, uvnitř kterého dozrává jedno vajíčko. Během této fáze je zvýšená hladina FSH a snížené hladiny progesteronu a estrogenu. Celý proces je zaměřen na jeden dominantní folikul, přičemž ostatní zanikají. Vybraný folikul po celou tuto fázi absorbuje FSH, produkuje estradiol, který umožní jeho plné dozrání a produkci estrogenu. Estrogen pak hraje významnou úlohu při fázi ovulační (Pilka a kol., 2012).

Ovulační cyklus probíhá od 14. dne menstruačního cyklu a je řízen především hormonem LH (luteinizační hormon). Zralé vajíčko je po prasknutí folikulu pomocí kontrakcí dopraveno do vejcovodu a odtud do děložního prostoru (Pilka a kol., 2012).

V poslední, tzv. luteální fázi, dochází k poklesu hladiny LH hormonu a ke vzniku žlutého tělíska, které produkuje vysokou hladinu estrogenů a progesteronu. Díky nízkým hladinám FSH a LH dochází postupem dní k rozpadu žlutého tělíska, ze kterého poté vzniká bílé tělísko, jež svou přítomností snižuje tvorbu progesteronu a estrogenů, čímž se zvyšuje hladina FSH, a tím dochází k postupnému zrání nového vajíčka (Pilka a kol., 2012).





1) Menstruace 2) zrající folikul 3) zralý folikul 4) ovulace  
5) corpus luteum 6) zánik žlutého tělíska.

Obr. 4: Ovariální cyklus

Zdroj: Wikiskripta, 2020

### 1.3.2 Vejcovody (*tuba uterina*)

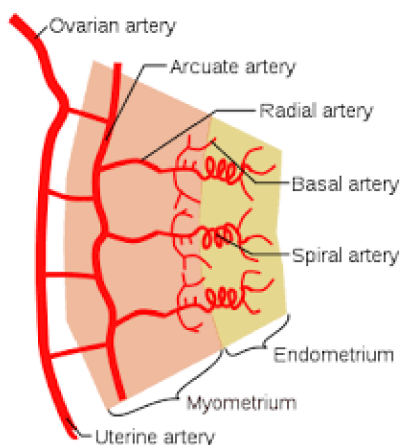
V případě vejcovodů se přirozeně jedná o párový orgán, jelikož jeden vejcovod připadá právě k jednomu vaječníku. Vejcovod je dutou trubicí, která je zpravidla 15 cm dlouhá a je uložena v horní části širokého vazů děložního, odkud se odklání z horního úhlu dělohy. V okolí vaječníku dochází ke značnému rozšíření vejcovodu a směrem k děloze k jeho postupnému snižování, a to až do svého maximálního zúžení, které se nachází u ústí do děložního prostoru. Funkce vejcovodu spočívá v dopravě vajíčka, které uzrálo ve vaječníku, do děložní dutiny (Roztočil a kol., 2011).

### 1.3.3 Děloha (*uterus*)

Děloha je dutým silnostěnným svalovým orgánem, který je zároveň velikostně největším orgánem celé ženské pohlavní soustavy. Velikost a tvar dělohy souvisí především s věkem konkrétní ženy a s momentálním funkčním stavem konkrétní dělohy. Děloha se v ženském těle nalézá v pánevní dutině, kde je dokonale chráněná. Konkrétně je uložena mezi močovým měchýřem a rektum. Děloha nabývá rozměrů nejčastěji mezi 8–10 cm na délku a 5 cm na šířku v horní části a kolem 3 cm v oblasti děložního krčku (Roztočil a kol., 2011).

Děloha je členěna hned na několik segmentů, konkrétně se jedná o tělo, hrdlo, klenbu, úžinu, rohy děložní a hrany. Na děložním hrdle lze rozeznat další dvě části – horní a dolní (tzv. čípek, který vybíhá do pochvy). Děloha představuje dutý svalový orgán, uvnitř ní se tedy nalézá tzv. děložní dutina (Roztočil a kol., 2011).

Děložní stěna sestává hned z několika vrstev, některé z těchto vrstev hrají významnou roli během menstruačního cyklu. Celá děloha pak sehrává významnou roli během těhotenství i následného porodu. Děložní stěna sestává konkrétně ze čtyř vrstev, jedná se o děložní sliznici (*endometrium*), svalovou vrstvu (*myometrium*), vrstvu subserózní (*tela subserosa*) a serózní kryt (*perimetrium*), viz Obr. 4. Děloha se v ženském těle nenachází pouze volně v pánevním prostoru, ale je pevně připojena prostřednictvím podpůrného a závěsného aparátu (Pilka, Procházka, 2017).



Obr. 5: Vrstvy děložní stěny

Zdroj: Wikiskripta, 2021

### 1.3.4 Pochva

Pochva představuje vazivový a svalový orgán, jehož hlavní funkci představuje propojení vnitřních a vnějších ženských pohlavních orgánů. Pochva je v těle fixována prostřednictvím svalového aparátu a svalů pánevního dna. Pochva je konkrétně lokalizována mezi močovým měchýřem a rektum. Délka tohoto orgánu dosahuje 7 cm, kdy přední stěna dělohy je kratší a zadní stěna je zhruba o 2 cm delší. Ve své centrální části je pochva široká kolem 3 cm (Pilka, Procházka, 2017).

V rámci pochvy lze nalézt několik segmentů, konkrétně se jedná o poševní vchod (*ostium vaginae*) se štěrbinovitým povrchem, který je nedokonale utěsněn panenskou blánou (*hymen*). Poševní vchod je citelně zúžený, jelikož se zde vyskytuje aparát, který funguje na bázi svěrače. K hrdlu dělohy, které přisedá k pochvě, je orgán připojen pomocí děložního čípku (Pilka, Procházka, 2017).

Stěna pochvy sestává opět z několika různých vrstev. Konkrétně se jedná o sliznici, svalové vrstvy a vazivový kryt. Vzhled a výška poševní sliznice prochází během menstruačního cyklu a během jednotlivých životních období různými změnami. Dochází

i ke změnám v zabarvení sliznice, kdy při menstruačním cyklu nabývá poševní sliznice červené barvy, během těhotenství fialové a v běžných fázích barvy růžové (Pilka, Procházka, 2017).

Svalová vrstva poševní stěny sestává ze šroubovitě uspořádané hladké svaloviny, která je tvořena elastickými vlákny. Ta konkrétně hraje významnou funkci při rozšiřování pochvy během porodu. I svalová vrstva poševní stěny prochází různými změnami, které jsou způsobeny především změnami fyziologických období ženy (především v době těhotenské a během menopauzy) (Pilka, Procházka, 2017).

## 1.4 Důvody neplodnosti

Za vhodných a ničím nenarušených okolností jsou lidé plodní (fertilní), tudíž jsou schopni zplodit potomstvo přirozenou cestou, prostřednictvím pohlavního rozmnožování. Během oplodnění dochází ke splnutí samčí pohlavní gamety (spermie) se samičí pohlavní gametou (vajíčkem) za vzniku zygoty, která se poté zahnízdí v děložní sliznici, načež se vyvíjí v embryo a plod (Roztočil a kol., 2011).

V posledních několika desetiletích jsme však v rámci celosvětového měřítka svědky stále se zvyšujícího počtu neplodných jedinců. Tento trend je patrný zejména ve vyspělých zemích, přičemž stále narůstá počet mužů i žen, kteří jsou z mnoha různých důvodů neplodní neboli infertilní.

Podle výsledků průzkumů Světové zdravotnické organizace (WHO) se neplodnost týkala v roce 2010 téměř 50 milionů párů v globálním měřítku. Vzhledem k tomu, že za 12 let, které od těchto odhadů uplynuly, došlo ke značnému nárůstu v rámci celosvětové populace, tudíž lze odhadovat, že i číslo neplodných párů se dosti navýšilo (van Balen, Bos, 2004).

V České republice se podle výsledků průzkumu týká neplodnost zhruba 15–20 % párů v reprodukčním věku (ČTK, 2013). Opět je však nutné zde uvést, že se i v těchto odhadech jedná o devět let staré údaje a jedná se o pouhé odhady reálné situace, jelikož jsou do průzkumů zahrnovány pouze ty páry, které se rozhodnou vyhledat odbornou pomoc. Nesmí se však zapomínat na páry, které jsou sice neplodné, nebo některý z partnerů trpí neplodností, ale z nějakého důvodu nenavštívil se svým problémem lékařskou pomoc.

Pod pojmem neplodnost neboli infertilita lze rozumět neschopnost daného jedince zplodit přirozenou cestou potomka, a to při praktikování pravidelného a nechráněného

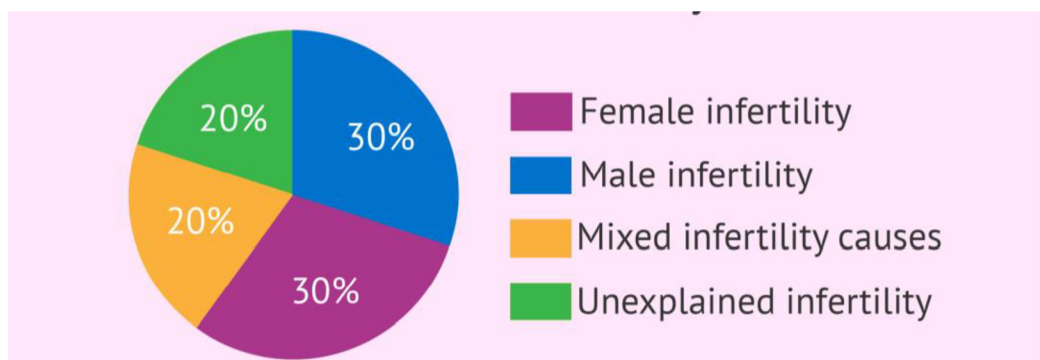
pohlavního styku po dobu déle než jeden rok. Neplodnost se přitom může týkat jak jednoho z partnerů, tak i obou (WHO, 2013).

Jak již bylo řečeno, Světová zdravotnická organizace (WHO) rozlišuje základní typy neplodnosti, a to na základě jejich příčiny. Podle tohoto měřítka rozeznáváme (WHO, 2013):

- Primární neplodnost – Pod tímto pojmem rozumíme biologickou neschopnost jedince zplodit dítě nebo dítě porodit živé.
- Sekundární neplodnost – Pod tímto pojmem rozumíme stav, kdy je pár neschopen přirozenou cestou zplodit potomka, nebo je žena neschopná donosit dítě, a to v případě, že tento pár již předtím dítě počal a žena jej zdravě porodila.
- Terciární neplodnost (subfertilita) – Pod tímto typem neplodnosti rozumíme neschopnost konkrétního páru počít potomka spolu, ačkoliv oba z partnerů již dítě s jiným partnerem úspěšně zplodili.

Všeobecně lze rozdělovat příčiny neplodnosti na vrozené a získané. Oba typy se mohou týkat jak mužského, tak i ženského pohlaví, podle čehož mohou být příčiny neplodnosti také děleny. Pokud bychom se zajímali o to, zda jsou častěji neplodní muži nebo ženy, dojdeme na základě početných studií k závěru, že obě pohlaví se na poměru neplodnosti podílejí stejným dílem.

Podle průzkumů neplodnosti, které jsou realizovány po celém světě, je příčina neplodnosti páru nalezena u mužů zhruba v jedné třetině případů (30 %) a u žen také zhruba v jedné třetině případů (30 %). U 20 % případů je nalezen fyziologický problém u obou osob v páru a až u 20 % párů se přesnou příčinu neplodnosti nepodaří nikdy zjistit (tzv. idiopatická infertilita) (WHO, 2013). Další výsledky průzkumů hovoří o tom, že více než polovina párů (zhruba 55 %) vyhledá při podezření na svou neplodnost odbornou pomoc (Řežábek, 2013).



Obr. 6: Důvody neplodnosti

Zdroj: Urdinola a kol., 2021

Budeme-li se zabírat v první řadě nejčastějšími příčinami jejich neplodnosti, pak na první místo musí být zařazen zcela přirozený faktor věku, kdy zde platí vztah mezi rostoucím věkem a snižující se kvalitou oocytů. V otázce věku se lze s problémy s plodností setkat nejčastěji mezi 35. až 40. rokem, za touto hranicí dochází k prudkému snižování pravděpodobnosti přirozeného početí potomstva (Toth, Maguire, 1992).

Mezi další, tentokrát nejčastější gynekologické příčiny ženské neplodnosti lze zařadit (Řežábek, 2013):

- neprůchodné, blokové nebo poškozené vejcovody,
- abnormální ovulace,
- endometrioza,
- zjizvené a poškozené vaječníky,
- hluboký pánevní zánět,
- nízká kvalita a tvorba hlenu děložního hrdla,
- vrozené nebo získané poruchy dělohy,
- sekundární onemocnění (nádor, rakovina, infekce).

Mužská neplodnost je stejně jako ženská neplodnost způsobována celou řadou různých vrozených i získaných příčin. Některé z nich se dají úspěšně vyléčit, některé jsou trvalé a neodstranitelné. Mezi nejčastější příčiny mužské plodnosti patří (Jungworth a kol., 2012):

- nízký počet spermií,
- nízká hemživost spermií,
- úplná absence spermií v ejakulátu,
- rozšíření žil v oblasti šourku (tzv. varikokéla),
- problémy s transportem spermií,
- hormonální problémy,
- impotence,
- imunologické problémy,
- retrográdní ejakulace,
- sekundární onemocnění (nádor, rakovina, infekce).

Existují i faktory, které mohou přispět k neplodnosti mužů i žen a souvisejí s životním stylem konkrétních osob. Mezi tyto vlivy řadíme (Řežábek, 2013):

- stres,
- obezita/podvýživa,

- nadměrné užívání alkoholu,
- kouření,
- nadměrná konzumace černého čaje a kávy,
- dlouhodobé užívání hormonální antikoncepce,
- HPV infekce,
- toxoplazmóza.

Zásadní pokrok v léčbě infertility přinesla 20. léta 20. století, kdy byly syntetizovány ženské hormony estrogen a progesteron. Další významný milník znamenal objev laparoskopie v 60. letech, která se zároveň s rentgenem a testem průchodnosti vejcovodů stala základem diagnostiky pohlavních orgánů. Narození prvního dítěte „ze zkumavky“, tedy díky oplodnění vajíček mimo tělo, se událo v roce 1978 v Anglii. Robert Edwards, britský biolog, který se na výzkumu podílel, byl v roce 2010 oceněn Nobelovou cenou za medicínu a jeho práce je významným milníkem ve vývoji moderní medicíny (Slepičková, 2009).

## 1.5 Asistovaná reprodukce (AR)

Asistovanou reprodukci se rozumí „*postupy a metody, při kterých dochází k manipulaci se zárodečnými buňkami nebo s embryi, a to za účelem léčby neplodnosti ženy nebo muže.*“ (Policar, 2009)

V České republice se počet center, která provádí asistovanou reprodukci, každoročně zvyšuje. V roce 2007 jich bylo 27, v roce 2013 se jejich počet rozrostl na 41. Nyní je v každém z krajů alespoň jedno zařízení. Nejvíce možností s výběrem vhodného centra mají klienti z Prahy a dalších větších měst. Zvyšuje se i množství započatých cyklů – od roku 2011 o více než 17 %. Česká centra asistované reprodukce jsou často vyhledávána také klientkami z ciziny. V roce 2013 byla více než třetina všech cyklů provedena zahraničním klientkám (roku 2007 to bylo 14,5 %). Tyto ženy si Českou republiku vybírají kvůli kvalitě poskytované péče, ale i z finančních důvodů nebo kvůli legislativním omezením v jejich vlastní zemi. Dárkyněmi vajíček jsou téměř vždy Češky (99,5 %). Nejvíce cyklů s přijetím darovaného vajíčka/embrya podstupují cizinky (86,9 %, respektive 85,5 %) (Ženská neplodnost, 2016).



Obr. 7: Laboratoř ICSI v centru asistované reprodukce

Zdroj: UNICA, 2021

## 1.6 Metody asistované reprodukce (AR)

Jak již bylo zmíněno, neplodnost se může týkat jak mužů, tak i žen nebo obou partnerů současně a může být způsobena mnoha různými známými i doposud neobjasněnými příčinami. Medicínský obor, který se zabývá léčbou neplodnosti, je pojmenován *asistovaná reprodukce* (Seli, 2011). Lékařský obor asistované reprodukce v sobě zahrnuje všechny známé a používané lékařské postupy a metody, které jsou založeny především na vnější manipulaci s ženskými nebo mužskými pohlavními buňkami, nebo dokonce na manipulaci a uchovávání embryí, a to za účelem léčení neplodnosti konkrétních žen nebo mužů, kteří vyhledají odbornou pomoc (Falcone, Hurd, 2007). Všeobecně lze říct, že metody asistované reprodukce představují účelové a plánované lékařské zásahy do přirozeného reprodukčního procesu s cílem pomoci neplodným párům počít potomka.

V první řadě je páru doporučováno pokoušet se počít potomka přirozenou cestou, a to alespoň po dobu jednoho roku. Pokud se páru nedaří přirozeně počít potomka po roční snaze, měl by vyhledat odbornou pomoc. O vyhledání odborné pomoci by měli být přesvědčeni oba jedinci v páru, jelikož následující vyšetření plodnosti se bude týkat obou partnerů (Rob a kol., 2008). Při příchodu na odborné pracoviště čeká pár nejprve rozhovor

s experty a poté diagnostická vyšetření, která mají za úkol zjistit, kde se skrývá problém neplodnosti páru, jenž bude následně léčen (Falcone, Hurd, 2007).

Na základě výsledků provedených diagnostických vyšetření přichází lékař s konkrétními možnostmi, prostřednictvím kterých může být neplodnost páru řešena. Všechny metody asistované reprodukce, které byly u konkrétního páru shledány za nápomocné, budou odborníkem popsány (co konkrétně obnáší, jaká je šance na početí, jak dlouhá léčba bude aj.) (Hickman a kol., 2008).

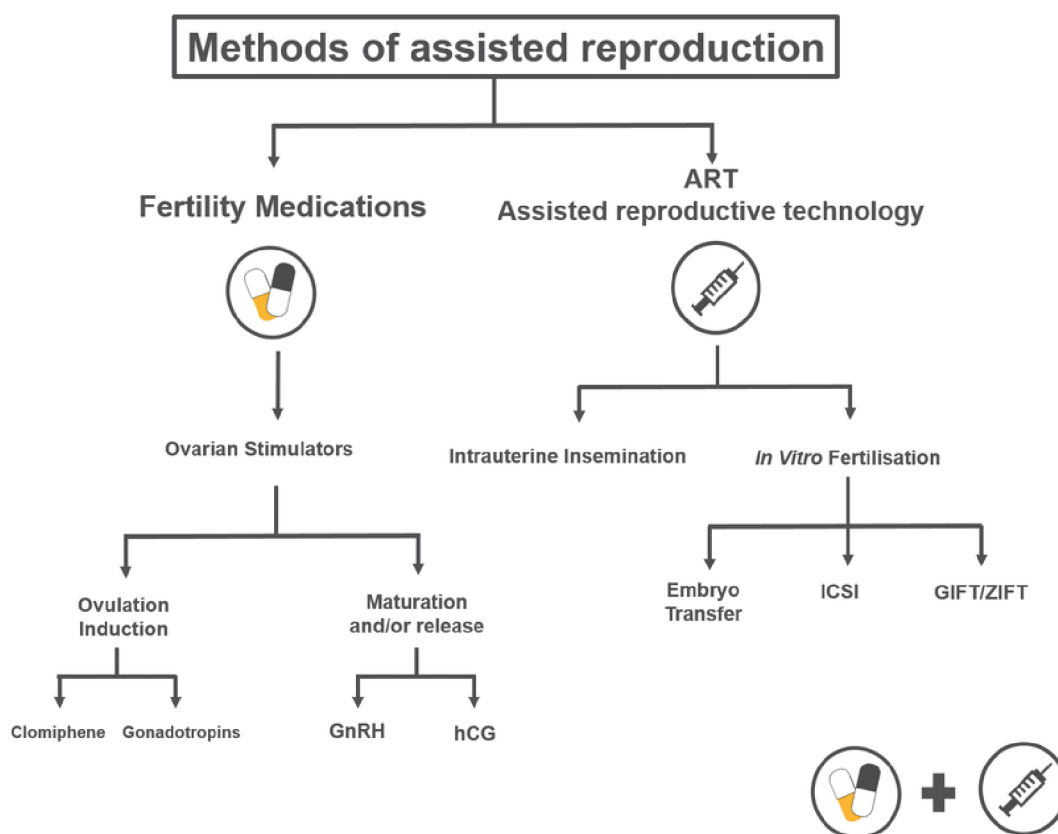
Velice důležitým bodem všech metod asistované reprodukce je řádná diagnostika a správné stanovení problémů neplodnosti. Neplodnost může být léčena pouze v případě, kdy je osvětlena její příčina. Pro diagnostiku je zásadní, aby byli vyšetřeni oba partneři, ženy při gynekologickém vyšetření a muži při andrologickém vyšetření (Řežábek, 2013). Vyšetření pohlavních soustav obou partnerů se však ve většině případů jeví jako dosti neúčinné a je zapotřebí, aby oba partneři prošli celou řadou různých odborných vyšetření. Oba jedinci z páru tak prochází celým komplexním souborem vyšetření (Seli, 2011).

Mezi vyšetření, která jsou prováděna téměř u všech jedinců, pak jmenovitě patří (Hickman a kol., 2008; Rob a kol., 2008; Řežábek, 2013):

- Stanovení anamnézy obou partnerů (prodělané nemoci, v rodině vyskytující se choroby, genetická zátěž aj.).
- Gynekologické a andrologické vyšetření.
- Provedení spermioqramu jakožto primární metody pro zhodnocení kvality mužského ejakulátu.
- Vyšetření ovulace. To může být provedeno hned několika způsoby (gynekologickým, ultrazvukovým nebo hormonálním).
- Gynekologické vyšetření děložního hrdla a děložního hlenu.
- Gynekologické vyšetření pochvy a dělohy.
- Laboratorní vyšetření krve, které má za úkol zhodnotit hormonální rovnováhu, detekovat možné infekce nebo problémy s imunitou jedince.
- Provedení tzv. postkoitálního vyšetření, při kterém je sledována vzájemná interakce spermií a děložního hlenu v co nejbližší době po sexuálním styku.
- Imunologické vyšetření obou partnerů.
- Endokrinologické vyšetření obou partnerů.
- Genetické vyšetření obou partnerů.



V následujících odstavcích budou zmíněny jednotlivé v současnosti používané metody asistované reprodukce, a to na náročnost a invazivnost vzrůstajícím pořadí. Nebudou přitom zmiňovány základní a nejjednodušší metody reprodukce, jako je časovaná soulož. Klasifikace metod je znázorněna na Obr. 8, kde lze vidět, že se rozlišují metody na hormonální a poté zásahové.



Obr. 8: Metody asistované reprodukce

Zdroj: Gorgui, Bérard, 2018

### **In utero inseminace (IUI)**

Intrauterinní inseminace představuje v současné době jednu z nejjednodušších metod používaných při asistované reprodukci. Poprvé byla tato metoda použita již v 18. století, konkrétně roku 1780 (Falcone, Hurd, 2007). Prostřednictvím této metody je do dělohy, pochvy nebo vejcovodu ženy umělou cestou vpraveno sperma, které pochází buď přímo od partnera ženy, nebo od anonymního dárce (Rob a kol., 2008).

Nejvíce úspěšnou se tato metoda může stát, pokud uměle vpravené sperma disponuje dostatečným počtem spermií a také u případů, kdy ženy trpí anatomickou poruchou čípku nebo ztrátou funkce děložního hlenu. Metoda je používána také u jedinců, u kterých se vyskytuje idiopatická neplodnost (Rob a kol., 2008).

Před použitím samotné inseminační metody dochází ke stimulaci vaječnicků pomocí hormonů a k pravidelnému měření velikosti ovariálních folikulů. V momentu, kdy folikuly dosáhnou potřebné velikosti, je podán choriový gonadotropin (hCG), který hypofýze dává signál, aby spustila dozrávání vajíček ve folikulech. Jinými slovy je spuštěna ovulace. Po spuštění ovulace je darované sperma zavedeno do dělohy (Steures a kol., 2010).

Úspěšnost této reprodukční metody je stanovena na hodnotu 5–15 % na jeden cyklus a není-li metoda úspěšná po třech cyklech, pak je ve většině případů přistupováno k in-vitro fertilizaci (Ziebe, Hartshorne, 2000).

### **In vitro fertilizace (IVF)**

Metoda IVF je jinými slovy označována za mimotělní oplodnění a představuje nejčastěji využívanou metodu asistované reprodukce (Falcone, Hurd, 2007). Tato metoda spočívá v tom, že jsou nejprve z vaječnicku žen odebrána vajíčka, která předtím byla hormonálně stimulována. Tato vajíčka jsou následně v laboratorních podmínkách oplozena díky spermiím partnera nebo anonymního dárce. Poté, co jsou vajíčka úspěšně oplodněna, jsou zavedena do dělohy partnerky, a to nejčastěji alespoň ve dvojici (Rob a kol., 2008).

První dítě narozené pomocí této metody je žena jménem Lisa, která se narodila již v roce 1978 v Anglii (Knaplund, 2012). V Československé republice došlo k narození prvního dítěte „ze zkumavky“ v roce 1982 (Řežábek, 2013).

V současné době se prostřednictvím této reprodukční metody pouze v rámci České republiky rodí i několik stovek dětí ročně. To, jak tato metoda bude úspěšná, je určeno především věkem ženy, která zákrok podstupuje. Platí všeobecně pravidlo, že čím nižší je věk ženy, tím vyšší je úspěšnost této metody, a tím vyšší jsou šance na otěhotnění (Rob a kol., 2008).

### **Přímý přenos gamet do vejcovodů (PDG)**

Při reprodukční metodě PDG jsou vajíčka nejprve odebrána z vaječnicků ženy a v dalším kroku jsou tato vajíčka spolu se spermiemi zavedena do vejcovodu (Rob a kol., 2008).

Tímto procesem dochází k napodobení přirozeného procesu oplodnění vajíčka spermií ve vejcovodu. Před celým výše zmíněným procesem jsou opět hormonálně stimulovány vaječnický ženy a prostřednictvím medikamentů je vyvolána ovulace. Taktéž

je před samotným zavedením gamet připraveno i samotné sperma, a to tak, aby bylo co nejschopnější oplodnit vajíčko. Tato metoda není v současné době již tak frekventovaně využívána (Ventruba, 2012).

### **Embryotransfer (ET)**

Při této metodě jsou nejprve několik dní před přenosem kultivována embrya, což zvyšuje jejich schopnost uchycení se. Poté jsou embrya přenesena prostřednictvím speciální transferové soupravy do děložní dutiny, a to v počtu jednoho, maximálně dvou. Vyšší počet embryí se nedoporučuje zavádět, aby nedošlo k nechtěnému vícečetnému těhotenství. Odebraná embrya, která nebyla využita při zavedení, je možné mrazem zakonzervovat, a využít je v rámci dalšího cyklu (Pilka a kol., 2012).

### **Mikromanipulační techniky (ICSI, PICSI, AH)**

V případě těchto odborných a technicky náročných zásahů dochází k jemné manipulaci se samčími gametami (spermiemi) a samičími gametami (vajíčky) nebo s embryi pod mikroskopem. Za pomoci těchto metod jsou například spermie vpravovány do vajíček prostřednictvím specifických mikromanipulačních pipet, viz níže (Pilka a kol., 2012).

Intracytoplasmatická injekce spermie (ICSI) představuje metodu, při které dochází k přímému vpravení vybrané spermie do cytoplazmatického prostředí zralého vajíčka. Tato metoda je využívána u případů, kdy jsou poškozeny spermie (nízká hybnost, hemživost, koncentrace, kvalita). Při této metodě je spermie znehybněna, nabrána do pipety a vpravena do oocyty (Ventruba, 2012).

## 2 DÁRCOVSTVÍ OOCYTŮ

Některé páry nejsou schopné počít potomka ani prostřednictvím metod asistované reprodukce, které jsou uvedeny v předcházející kapitole. A právě pro tyto páry se dárcovství oocytů, popřípadě spermií, stává jedinou možností, jak počít potomka. První úspěšné darování oocytů proběhlo roku 1984 a od té doby se tato reprodukční metoda stala hojně využívanou léčbou neplodnosti, která se i v současné době neustále rozvíjí (Purewal a kol., 2009).

Darování spermií je poměrně jednoduchou záležitostí, na rozdíl od darování vajíček. Dárcovství oocytů představuje poměrně složitý proces sestávající z mnoha dílčích kroků a náročnou záležitostí jak pro dárkyni, tak i obdarovanou ženu. Právě psychická i fyzická zátěž vycházející z celého procesu darování vajíček je patrně důvodem, proč je na celém světě dárkyň oocytů nedostatek a mnoho žen se podstoupit celý dárcovský proces neodváží (Pennings, 2007). Pro jaké ženy je darování oocytů konkrétně určeno?

V problematice darování spermií a oocytů existují mezi jednotlivými státy EU velké rozdíly. V otázce anonymity dárců je postoj v těchto zemích spíše konzervativní. Celosvětový vývoj ale naznačuje, že již nyní by se měla zdravotnická zařízení připravit na požadavek poskytnutí informací o dárci (Dostál, 2007).

Darované oocyty jsou nejčastěji využívány (Sauer, Cohen, 2008):

- u žen, u kterých nedošlo během embryonálního vývoje ke správnému vývoji jejich pohlavní soustavy (vaječnicků, vejcovodů nebo dělohy), což způsobuje, že nejsou schopné přirozeně otěhotnět,
- u žen, jimž byla diagnostikována závažná genetická vada, která by mohla být potencionálně přenesena při běžném procesu početí na potomka,
- u žen, kterým byly diagnostikovány poškozené nebo nefunkční vaječníky nebo dosahují jejich oocyty nízké kvality či zcela chybí,
- u žen, které musely z důvodu závažného onemocnění prodělat chemoterapii, jež má neblahý vliv na správnou funkci vaječnicků.

Zásadní otázkou také je, jaké podmínky musejí být splněny ze strany dárkyň vajíček. V prvé řadě se musí jednat o dárkyni ve věkové skupině 18–35 let, která má zřízené zdravotní pojištění v České republice. Další nutnou podmínkou je, že dárkyně nesmí být zbavená právní způsobilosti ani v této věci omezena (zákon č. 20/1966 Sb., § 27).

Dále se dárkyně pro darování vajíček musí rozhodnout zcela samostatně a musí být zdravá, a to jak fyzicky, tak i duševně. Zdravotní stav každé dárkyně je bedlivě

kontrolován při vstupních lékařských prohlídkách (Řežábek, 2008). Všeobecně lze dárkyně oocytů rozdělit do třech základních kategorií (Gong a kol., 2009):

- Komerční anonymní dárkyně – Tato skupina představuje zcela anonymní dárkyně, které darují oocyty z důvodu finanční kompenzace.
- Známé „anonymní“ dárkyně – Jelikož musí být celý proces dárcovství oocytů anonymní, nelze kupříkladu přivést konkrétní osobu, známou, která chce darovat svá vajíčka a od ní si vajíčka vzít. Nicméně poměrně častý je postup, kdy si pár přivede dárkyni, jejíž vajíčka jsou darována jinému páru, čímž dojde k posunutí tohoto páru výše na čekací listině. Oocyty jsou tedy stále darovány anonymně.
- Sdílená vajíčka (Egg-sharing) – V tomto případě jsou vajíčka darována ženami, které samy z nějakého důvodu podstupují IVF a přebytečná vajíčka se rozhodnou darovat jiným ženám, jež se snaží otěhotnět.

Problematika darování pohlavních buněk, vajíček i spermií, je z právního pohledu v rámci České republiky detailně rozebírána v rámci zákona č. 227/2006 Sb., o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech a o změně některých souvisejících zákonů.

Zde je darování pohlavních gamet charakterizováno jako dobrovolná činnost, která je založená na principu oboustranné anonymity mezi všemi zúčastněnými, respektive anonymitou mezi dárcem, popřípadě dárkyní, a příjemci pohlavních buněk. I v budoucnu je zákonem stanovená nutnost anonymity mezi dárcem, popřípadě dárkyní pohlavních buněk, a dítětem, které z darovaných pohlavních buněk vzejde (zákon č. 227/2006 Sb.).

V České republice představuje darování pohlavních gamet tzv. bezúplatnou činnost, tedy bezplatnou činnost. Nicméně dárcům, popřípadě dárkyním jsou institucemi, které se odebíráním pohlavních buněk zabírají, finančně kompenzovány výdaje a proces, který musejí dárci či dárkyně během darování svých pohlavních buněk vynaložit (zákon č. 227/2006 Sb.).

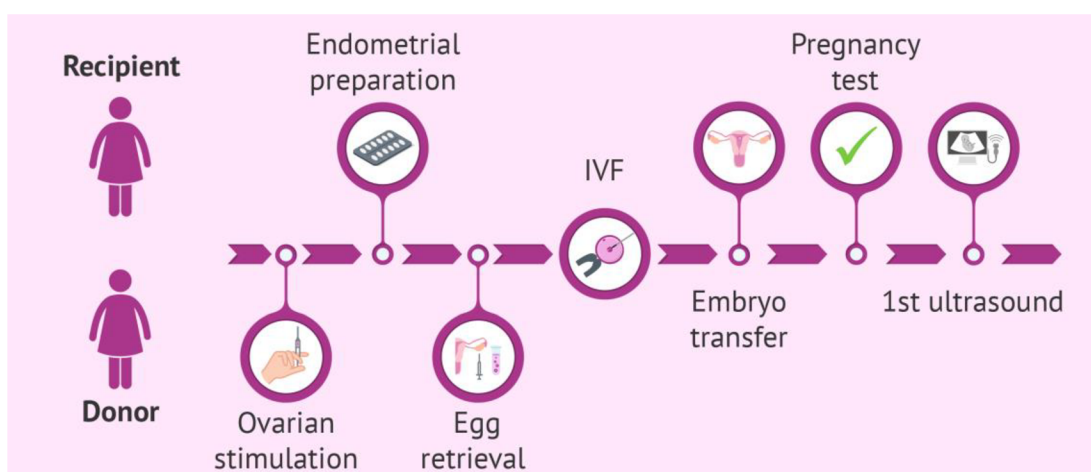
Dárcovství vajíček i spermií vyvolává nicméně na celém světě mnoho rozporuplných reakcí a stává se tématem, které globálně rozděluje společnost. Vznikají dvě strany s často velice protichůdnými názory.

Z výše uvedeného je patrné, že na problematiku dárcovství pohlavních buněk se mohou lidé v různých koutech světa dívat velice odlišně a mít na ni různý názor, který může vycházet jak z historických, náboženských, tradičních, ale i osobních aspektů (Purewal a kol., 2009).

Nežli se budeme detailněji zabírat etickými dilematy, která s sebou dárcovství oocytů přináší, blíže se podíváme na celý proces dárcovství oocytů, abychom si mohli udělat lepší představu o tom, co využití této reprodukční metody konkrétně obnáší a odkud mohou pramenit některé etické otázky, které v současné době dělí společnost.

## 2.1 Proces dárcovství

Celý proces dárcovství oocytů lze rozdělit do několika fází, konkrétně se jedná o: výběrovou fázi, fázi hormonální stimulace, fázi odběru oocytů a přenesení embrya (Řežábek, 2008).



Obr. 9: Fáze darování oocytů

Zdroj: Brasch a kol., 2017

### Výběrová fáze

Pakliže se dárnyně rozhodne dobrovolně darovat svá vajíčka, musí si nejprve dohodnout schůzku v některé z klinik asistované reprodukce, které se přímo odběrem oocytů zabývají. Zde musí každá dárnyně nejprve projít celou řadou testů a vyšetření, na jejichž základě jí bude sděleno, zda je vhodnou dárnyní nebo nikoliv. Mezi základní testy, které jsou prováděny všem zájemkyním o darování oocytů, patří (Čech a kol., 2006):

- Gynekologické vyšetření, při kterém je odebrán vzorek onkologické cytologie z děložního hrdla, a také vyšetření vzorku na přítomnost pohlavních chorob.
- Ultrazvukové vyšetření vaginální sondou, a to konkrétně během třetího až pátého dne menstruačního krvácení.
- Krevní testy pro zjištění hormonálních hladin, ke kterým se přistupuje také během třetího až pátého dne menstruačního krvácení.

- Krevní testy pro detekování přítomnosti možných sexuálně přenosných nemocí (virus HIV, žloutenka, syfilis aj.).
- Krevní testy zaměřené na možné genetické zatížení, které jsou doplněny o rozhovor s genetikem.

Mimo výše uvedená zdravotní vyšetření musí dárkyně splňovat i další proměnné. V prvé řadě musí být zdravá a být ve věku 18–30 let. Nicméně v současné době si většina klinik asistované reprodukce stanovuje další vlastní požadavky, které musejí jejich klientky (dárkyně) splňovat. Mezi tyto požadavky může patřit vzdělání (vyžadováno alespoň středoškolské), BMI do hodnoty 24 (dárkyně by neměla trpět nadváhou nebo obezitou), popřípadě nesmí být kuřákem (Dvořák a kol., 1990).

### **Fáze hormonální stimulace**

Jak již název této fáze napovídá, pokud dárkyně splní veškeré požadavky, které jsou klinikami požadovány, a projde i lékařskými vyšetřeními, stává se oficiální dárkyní oocytů a může být zahájena první fáze, během níž dochází k hormonální stimulaci vaječníků. Navíc je během této fáze prostřednictvím ultrazvukového vyšetření kontrolován růst folikulů ve vaječnicích a výška endometria. Sledována musí být také hladina hormonů v krvi, konkrétně hladina estradiolu, luteinizačního hormonu a progesteronu. O této fázi se tak odborně hovoří jako o tzv. „kontrolované ovariální hyperstimulaci“ (Murray, Golombok, 2000).

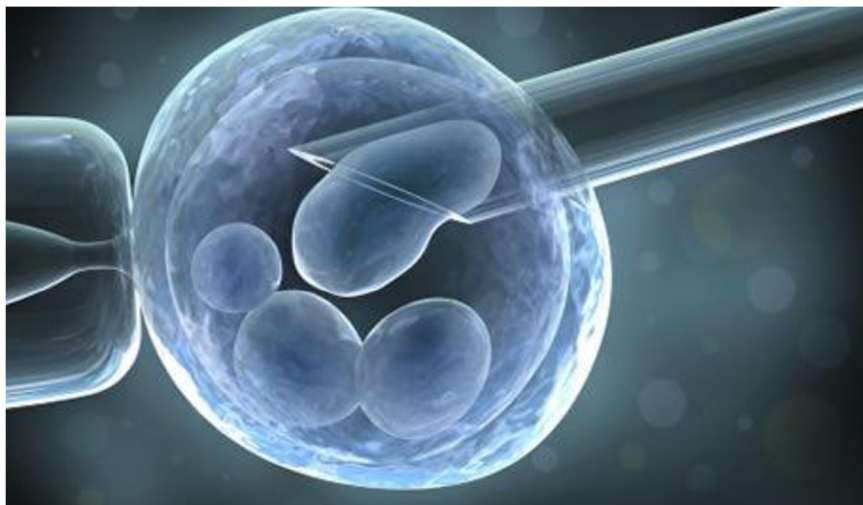
Dárkyně si v rámci této fáze musí injekčně podávat folikulostimulační hormon, díky němuž je v těle dárkyně uměle navozen stav, při kterém dozrává maximální množství vajíček ve folikulech. Pokud dozraje potřebné množství oocytů, pak je jednorázově aplikován choriový gonadotropin, po jehož podání by mělo do 40 hodin docházet k ovulaci. Těsně před ovulací musí být proveden odběr vajíček (Murray, Golombok, 2000).

### **Fáze odběru oocytů**

Odběr vajíček je prováděn v celkové, ale poměrně krátké narkóze. Během krátkého operativního zákroku je provedena punkce folikulů pomocí ultrazvukové kontroly. Celý ambulantní zákrok trvá zhruba 15 minut a dárkyně může po několika hodinách odejít domů (Řežábek, 2013).

Po uvedení dárkyně do celkové narkózy zavádí lékař do pochvy ultrazvukovou sondu s jehlou. Jehla nasaje vajíčka z vaječníků, konkrétně z vaječných váčků (folikul). Počet odebraných vajíček se může pohybovat v rozmezí 8–15 kusů. Získaný folikulární

materiál je předán přítomnému embryologovi, jehož úkolem je vyhledat díky mikroskopu v tekutině oocyty (Murray, Golombok, 2000).



Obr. 10: Nasátí vajíček jehlou

Zdroj: Žára, 2021

### **Přenesení embrya**

Někoho by mohlo napadnout, proč tato fáze nenese jméno „přenesení oocytů“. V současné době však není možné odebraná vajíčka po odebrání od dárkyně ihned zmrazit, poté rozmrazit a použít. Z toho důvodu je po odebrání vajíčko ihned oplodněno v laboratorním prostředí spermií a až takto vzniklé embryo je již možné hluboce zmrazit, uchovávat a po rozmrazení znovu použít. Do dělohy finální klientky, obdarované, je tedy zaváděno až samotné embryo (Murray, Golombok, 2000).

## **2.2 Lékařská rizika**

Z popisu procesu darování vajíček je zřejmé, že se nejedná o jednoduchou a bezrizikovou záležitost. Pakliže by byl proces darování vajíček porovnáván s procesem darování spermií, je jasné, že se v případě darování ženských pohlavních gamet jedná o mnohem náročnější proces, který s sebou přináší i velké množství potenciálních zdravotních rizik pro samotnou dárkyni oocytů.

Darování oocytů představuje proces náročný na čas, jelikož je zapotřebí velké množství lékařských prohlídek potencionálních dárkyň, a poté i velké množství kontrol a zásahů během samotného přípravného procesu. Již samotná medikace, která je s darováním oocytů spojena, může vyvolat u dárkyně mnoho negativních vedlejších účinků (zvýšenou únavu, návaly horkosti, spánkové problémy, změny nálad, vaginální



suchost aj.). Už pouze tyto proměnné mohou v dárkyni vyvolat psychické obtíže (Shirdaf a kol., 2006).

Hormonální léčba, která je zapotřebí k nárůstu počtu vajíček ve folikulech dárkyně, však může způsobit i mnohem závažnější komplikace, o kterých by měly být dárkyně dopředu podrobně informovány. Jedná se především o možnost výskytu:

### **Ovariálního hyperstimulačního syndromu (OHSS)**

V případě této komplikace se jedná o záležitost málo četnou, nicméně velice závažnou. K výskytu tohoto syndromu dochází na základě hormonální stimulace ovulace z exogenních zdrojů, a tudíž je jeho výskyt čtenější u reprodukčních metod, u kterých je prováděna řízená hyperstimulace ovarií jako v případě dárčovství oocytů (Kolařík a kol., 2008).

K výskytu hyperstimulačního syndromu dochází ve všech případech až po odebrání vajíček z těla dárkyně. Výskyt syndromu se projevuje výrazným zvětšením břicha, které je způsobeno zvětšováním vaječnicků a přítomností volné tekutiny v břišní dutině. Mimoto se může tekutina hromadit i v hrudní dutině dárkyně, může otékat celé tělo, dojít ke snížení objemu krve v těle. Dárkyně pociťuje silné bolesti břicha, nevolnost, zvracení, průjem a dušnost. Celá situace může vyústit až v oběhový šok a skončit selháním tělesných orgánů (Mardešić, 2010).

Přesná příčina tohoto syndromu není ani v současné době známá, nicméně k jeho výskytu nedochází v přirozených případech, pouze při exogenní hormonální stimulaci vaječnicků (Kolařík a kol., 2008).

### **Přetočení vaječnicku**

Přetočení vaječnicku představuje velice závažnou komplikaci, ke které může dojít právě při manipulaci s vaječnickem. Je dobré mít na paměti, že v případě vaječnicků se jedná o několikacentimetrový orgán, se kterým je během procesu dárčovství oocytů manipulováno. Přetočení vaječnicku se projevuje trvalými a silnými bolestmi v podbřišku, na levé nebo pravé straně, a to podle toho, jaký vaječník byl přetočen. Bolesti jsou často doprovázeny nauzeou a zvracením (Kolařík a kol., 2008).

Přetočení vaječnicku představuje závažnou komplikaci, která musí být okamžitě řešena chirurgickou cestou. Pokud není situace řešena urychleně, pak hrozí odkrvení a trvalé poškození vaječnicku, který by musel být chirurgicky odstraněn. Pokud stav není

řešen, dochází k postupnému zintenzivňování bolestí břicha, které mohou přerůst až v celkový zánět břišní dutiny (Shirdaf a kol., 2006).

### **Zvýšené riziko rakoviny prsní tkáně a vaječníků**

Oba zmíněné nádory, jak nádor prsní tkáně, tak nádor vaječníků, představují shodně nádory, které jsou velice citlivé na zvýšené hladiny estrogenu v krvi. Zvýšená hladina estrogenu pak růst nádorového onemocnění v těchto tkáních urychluje (Mardešić, 2010). Během hormonální terapie, která je nedílnou součástí dárcovství oocytů, je samozřejmě do ženského organismu vpravováno zvýšené množství estrogenu, který je navíc produkován i samotným ženským organismem. Lékaři však mají za to, že samotná hormonální stimulace a estrogen nestojí za vznikem nádorových onemocnění těchto orgánů, nicméně pokud je konkrétní osoba pozitivně zatížena na výskyt těchto onemocnění, pak může hormonální stimulace celý proces urychlit (Kolařík a kol., 2008).

Mimo hormonální stimulaci vaječníků může dojít ke komplikacím i v jiných fázích darování oocytů. I při samotném odebrání vajíček z těla dárkyně může dojít k:

#### *Krvácení*

Při odběru oocytů může dojít hned k několika typům krvácení. Krvácení lze rozeznávat poševní, kdy došlo nástroji k poranění cév situovaných nad poševní klenbou. K dalšímu krvácení může dojít při poranění cév v okolí vaječniku. V tomto případě dochází ke krvácení směrem do břišní dutiny, které může vyústit až v upadnutí dárkyně do šokového stavu (Kolařík a kol., 2008).

#### *Infekce*

Jako při každém jiném operativním zákroku, i při odběru oocytů existuje zvýšené riziko vniknutí bakterie nebo viru přes otevřený prostor do organismu, konkrétně do oblasti malé pánve. Pokud dojde ke vzniku infekce, pak se projevuje vysokými teplotami a silnými bolestmi (Kolařík a kol., 2008).

#### *Potíže vyvolané celkovou anestezií*

Riziko smrti v důsledku celkové anestezie je sice velice nízké (nejčastěji je udávána hodnota 1:200 000 případů), nicméně se mohou v důsledku jejího použití vyskytnout u pacientů i jiné a poměrně variabilní komplikace. Celková anestezie, podobně jako všechny lékařské metody, disponuje svými vlastními riziky, o kterých by měli být všichni pacienti předem informováni (Larsen, 2004).

Může se přitom jednat o velice závažné zdravotní stavy, jako je zástava oběhu nebo o těžké poškození mozku (Málek a kol., 2009).

### 3 ETICKÉ OTÁZKY DÁRCOVSTVÍ

Dárcovství gamet je v dnešní době spíše společenským a kulturním problémem než medicínským. V některých státech je podmínkou aplikace rodinného práva právě genetické rodičovství. V problematice darování oocytů existuje mezi jednotlivými státy EU mnoho rozdílů, které se odvíjejí od individuálního historického, kulturního a náboženského vývoje příslušné země. Problematika přitahuje pozornost pacientů, občanů, filosofů, etiků, teologů, právníků a médií. Asistovaná reprodukce vyžaduje práci s gametami a ranými lidskými embryi, a proto vznikají ve státech, kde se provádí, živé diskuse nad etickými a právními aspekty.

I přes snahu o konsenzus mezi odborníky a veřejností stále přetrvávají faktory, které vytváří překážku lepšímu pochopení mezi společností a zdravotníky, pacienty. Prvním faktorem je morální postavení lidského embrya, přičemž v tomto případě záleží na úhlu pohledu, ze kterého je lidské embryo posuzováno. První filosofický proud přiznává embryu všechna práva lidské bytosti už od okamžiku zplození – tzv. ontologický personalismus. Druhý, tzv. empirický funkcionalismus připouští, že embryo je získává postupně během průběhu jeho vývoje. Částečným řešením v oblasti praktické medicíny by mohlo být přiznání doložky svědomí, která umožňuje lékařům, aby se neúčastnili postupů reprodukční medicíny a výzkumu na embryu a gametách, pokud jim v tom brání jejich svědomí a morální postoje.

Druhým úskalím neporozumění je problematika vztahů mezi zdravotníky, pacienty a státem, který je reprezentovaný veřejnou správou. V dnešním světě dochází ke konfliktům a regionálním odlišnostem mezi zájmy pacientů, zdravotníků, kteří mají specifickou roli a povinnosti, a veřejnou správou, která je odpovědná za rozdělování financí pro léčbu neplodnosti, ale i za právní regulaci.

Výsledkem mnoha jednání výborů a institucí, které byly ovlivněny názorovými proudy veřejnosti, je vytvoření medicínsky a právně závazných pravidel, podle kterých jsou techniky asistované reprodukce v příslušném státě prováděny. Pravidla zohledňují nejen medicínské aspekty asistované reprodukce, ale i oblast kulturní, religiózní, národní a filosofické tradice konkrétního suverénního státu (Dostál, 2007).

### 3.1 Přehled současného stavu problematiky dárcovství

Úvahy o etických aspektech medicíny můžeme najít již ve starověku. Nejstarším deontologickým kodexem je *Hippokratova přísaha*, která byla napsána kolem roku 400 př. n. l. Obecný akcent na profesní mravnost lékařů zůstává platný dodnes. Na počátku 20. století, které přineslo nové objevy v lékařství a klinické pokusy prováděné s lidskými jedinci, prošly etika a medicína dlouhým vývojem. Po skončení druhé světové války vzniklo desetibodové doporučení, podle něhož je možné výzkum s lidskými účastníky provádět, které se nazývá *Norimberský kodex*.

Tento dokument vytvořil základ pro přípravu dalších dokumentů, které byly postupně přijaty mezinárodními profesními organizacemi. Z těchto organizací (UNESCO, WHO) přijala na evropském kontinentu *Rada Evropy* tři zásadní dokumenty, které se týkají přímo technik asistované reprodukce (ART) a které byly podepsány členskými státy v roce 1997. Jedná se o úmluvu o lidských právech a biomedicině, její *Dodatkový protokol o zákazu klonování lidských bytostí* a *Dodatkový protokol o medicínském výzkumu*. První dvě úmluvy podepsala a ratifikovala i Česká republika, konkrétně v roce 2001. V současné době připravuje řídicí výbor pro bioetiku (CDBI) Rady Evropy *Dodatkový protokol o humánní genetice*.

Gynekology a porodníky po celém světě spojuje *Mezinárodní federace gynekologie a porodnictví* (FIGO). Ta pravidelně vydává stanoviska a doporučení týkající se aktuálních etických aspektů lidské reprodukce a zdraví žen. Nejnovější verze byla vydána v únoru 2006. Odborné společnosti, které se zabývají plodností, z jednotlivých suverénních států světa se sdružují v *Mezinárodní federaci společností zabývajících se plodností* (IFFS).

Cílem IFFS je vydávání stanovisek k etickým aspektům ART a podpora základního a aplikovaného výzkumu a rozšíření znalostí o aspektech reprodukce a plodnosti. Společnost také shromažďuje data na téma řešení etických dilemat a právní regulace ART ve světě. Jako další můžeme uvést Evropskou společnost pro lidskou reprodukci a embryologii (ESHRE), která byla založena v roce 1985 a sdružuje v současné době 4 500 lékařů, vědců, biologů, laboratorních pracovníků, sociálních pracovníků a dalších odborníků spolupracujících na ART. ESHRE publikuje svůj odborný časopis *Human Reproduction*.

V našich podmínkách se začala lékařskou etikou zabývat v širších souvislostech H. Haškovcová a M. Munzarová. Přínosem pro pochopení vztahu etiky a medicíny

v kontextu naší civilizace je také monografie J. Ondoka. Etickou problematikou ART se poprvé u nás začal zabývat J. Štěpán. Základem pro řešení etických otázek ART se stala práce L. Pilky s názvem „Etické zásady programu IVF a ET a s ním souvisejících otázek“, která byla přijata *Československou gynekologickou společností České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně*. Jako další autory prací s tematikou etických aspektů reprodukce člověka můžeme uvést K. Řežábka, M. Kučerovou, T. Lajkepa a další.

Podle J. Schenkera je embryo „*potencionální lidská bytost, na kterou by se mělo pohlízet s vážností a jeho specifické postavení by mělo být respektováno, dokud ho nepřeruší jiné společenské nebo mateřské zájmy*“. Klinická praxe je u nás vykonávána s doložkou svědomí a pod přísným vlivem profesních etických kodexů, které mají návaznost na dokumenty vydané mezinárodními profesními organizacemi. Nejdůležitější z nich je *Etický kodex České lékařské komory*, dále *Úmluva o lidských právech a biomedicině* a další výše popsané. Z členství v těchto organizacích vyplývají závazky, které odpovídají za dodržování jejich doporučení a řešení eticky sporných otázek v reprodukční medicíně (Dostál, 2007).

Asistovaná reprodukce a její sounáležitosti byly v České republice poprvé ze strany státu upravovány v roce 1983, tedy zhruba šest let od narození prvního dítěte prostřednictvím metody umělého oplodnění. Opatření v té době vydalo Ministerstvo zdravotnictví Československé republiky, a jednalo se o stanovení a úpravu podmínek pro metody umělého oplodnění (Jírová, 2015).

Na území České republiky se prostřednictvím umělého oplodnění narodilo první „dítě ze zkumavky“ již roku 1982. Konkrétně k tomu došlo v Brně prostřednictvím reprodukční metody GIFT, kdy bylo přímo do vejcovodu ženy implementováno vajíčko se spermií. Opatření Ministerstva zdravotnictví ČSR z roku 1983 se zabíralo pouze jedinou metodou asistované reprodukce, nitroděložní inseminací. Jiné metody asistované reprodukce zákonem upravovány nebyly a odborníci nakonec usoudili, že na ostatní metody asistované reprodukce se bude přihlížet prostřednictvím analogie (Drgonec, 1986).

V tomto opatření byl nejvíce problematický úsek, jehož znění umožňovalo podstoupit některou z metod asistované reprodukce pouze oficiálně sezdaným párům. Z využívání metod asistované reprodukce tím byly vyloučeny všechny páry, které nebyly sezdané a žily spolu tzv. na hromádce. Toto opatření bylo napadáno ze strany odborníků

i široké veřejnosti, kteří jej považovali za vysoce diskriminační. Ani protesty však nepřinesly žádné právní změny (Drgonec, 1986).

Roku 2006 došlo k vytvoření nové právní úpravy o asistované reprodukci, která byla včleněna do zákona o péči o zdraví lidu. První opatření, které bylo k řešení problematiky asistované reprodukce na území České republiky vytvořeno, bylo zrušeno až roku 2010 a v současné době je asistovaná reprodukce zasazena do zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, který byl přijat roku 2012.

Ve světovém měřítku jsou v současné době řešeny mnohé otázky spojené s asistovanou reprodukcí i dárcovstvím oocytů. Je řešena základní otázka, zda by mělo být podstoupení asistované reprodukce vnímáno jako dobrovolné rozhodnutí bezdětného páru a tak by na tuto problematiku měla společnost pohlížet. Jsou řešeny i jednotlivé dílčí otázky, kupříkladu zda by měly mít možnost podstoupit metody asistované reprodukce i homosexuální páry.

### **3.2 Právní aspekty dárcovství**

Společnost potřebuje k tomu, aby fungovala, regulaci společenských vztahů, které ji udržují v rovnováze. Společenské regulativní systémy vznikají z části nezávisle na vůli lidí, některé jsou dány přírodními zákonitostmi, ale ve většině případů se jedná o společenskou autoregulaci, kterou si společnost vytváří sama a je součástí její kultury.

Lidem, stejně jako všem živým tvorům, jsou v procesu vývoje vlastní určité základní vlastnosti. Jednou z nich, kterou živý organismus opodstatňuje svou existenci, je reprodukce, respektive schopnost se reprodukovat. Živé organismy, které reprodukce schopny nebyly, zanikly. Podobně tomu bylo s lidskými pospolitostmi, národy a kulturami, u kterých byla tato schopnost zachování snížena. Člověk sice může přežít jako izolovaný jedinec, k reprodukci však dochází pouze ve společnosti lidí, i proto žije jako tvor společenský, zoon politikon. Schopnost a možnost reprodukce člověka ve státě vyžaduje určitý způsob chování ve společnosti, musí tedy existovat pravidla chování jejích členů.

Člověk je myslící bytostí, volí si sám alternativy chování vedoucí k dosažení cíle uspokojujícího jeho potřeby. V každé lidské skupině existuje systém regulace, který působí na jednotlivce, s cílem dosažení stavu, kdy je zabezpečena reprodukce skupiny. Nevzniká jen jeden regulativní systém, jako právo, ale vedle něj i například etika, morálka

a soubor paradigmat lidského chování. Právo je vždy teritoriálně vázáno, platí jen na určitém území, zpravidla na území státu, z jehož suverenity je odvozeno.

Právní úprava ART spadá do práva veřejného, konkrétně práva správního a uplatňují se v ní všechny úrovně právních předpisů. Na začátku nebyla ART ve světě nijak právně regulována, což mělo za následek rychlé zdokonalení a rozvoj základních metod ART, jako je kryokonverzace embryí, asistovaný hatching apod. Tento stav zůstal v některých státech zachován dodnes, takže je v nich asistovaná reprodukce prováděna bez jakékoliv právní regulace. Téměř ve všech těchto zemích však byly odbornými společnostmi vypracovány alespoň směrnice, podle nichž by se měla léčba provádět.

Ve většině zemí světa však metody asistované reprodukce vyvolaly potřebu kontroly a regulace ze strany státní moci. Spouštěčem byla obava, že by mohl člověk převzít úlohu Boha v oblasti vytvoření nového lidského života. K těmto názorům se přidala média, která přispěla titulky jako „klonování, volba pohlaví, ART po smrti“, čímž urychlila aktivitu politiků. Ve většině zemí byl ustanoven systém kontroly za účelem stanovení kvality péče, ochrany párů, které podstupují léčbu, ale i budoucích dětí narozených skrze ART. Výsledkem tohoto vývoje na mezinárodní úrovni jsou mnohé modely právní regulace ART. Prozatím nejobsáhlejší ucelený přehled o této problematice ve světě podala IFSS Surveillance (Dostál, 2007).

Přestože i nejdokonalejší právní ústava nezabrání bezohledným jedincům konat činy, které jsou nesvědomitě, společnost právní úpravou nabývá odpovídajícího stupně právní jistoty. Roku 2006 došlo k vytvoření nové právní úpravy o asistované reprodukci, která byla včleněna do zákona o péči o zdraví lidu. Jedná se konkrétně o zákon č. 227/2006 Sb., o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech a o změně některých souvisejících zákonů (Dostál, 2007).

Tento zákon ve svém znění stanovuje konkrétní metody a postupy, při nichž dochází k manipulaci se zárodečnými buňkami při léčbě neplodnosti ženy nebo muže. Lékař, který provádí odběr pohlavních gamet (vajíček nebo spermií), a následně i umělé oplodnění, je ze zákona povinen před provedením těchto lékařských zákroků řádně edukovat zúčastněné osoby o povaze těchto zákroků, stejně jako je informovat i o všech potencionálních rizicích a dalších okolnostech (zákon č. 227/2006 Sb.).

V souhrnu zákon stanovuje jasné podmínky, jimiž se musí řídit všechny zúčastněné osoby, i samotné reprodukční metody. Jsou stanoveny jasné podmínky pro samotné dárce pohlavních buněk, které říkají, že dárce může být muž nebo žena, kteří netvoří neplodný pár. Své oocyty může poskytnout žena ve věku 18 až 35 let, dárce spermií zase může



být na druhé straně muž ve věku 18 až 40 let. Dále zákon stanovuje, že k oplození nemohou být využity spermie muže, o kterém je známo, že je příbuzným v řadě přímé nebo sourozencem, strýcem, bratrancem nebo dítětem bratrance nebo sestřenice ženy. Dárce poskytuje souhlas s provedením asistované reprodukce a s použitím buněk k umělému oplodnění nebo k využití nadbytečných embryí k výzkumu (zákon č. 227/2006 Sb.).

Tento zákon také stanovuje, že u ženy smí být oplozeno a přeneseno do dělohy pouze tolik embryí, kolik je podle současných lékařských poznatků zapotřebí k úspěšnému navození těhotenství. Zákon také jasně definuje použití zárodečných buněk a embryí vytvořených k umělému oplodnění pouze pro umělé oplodnění. Pokud nejsou použita všechna embrya, lze je uchovat pro další léčbu. Rozhodne-li se pár, že embrya už nebude chtít využít, může dát souhlas k jejich darování jiné ženě nebo pro výzkumné účely (zákon č. 227/2006 Sb.).

Novela však zakazuje, aby pomocí umělého oplodnění bylo voleno pohlaví dítěte. Na druhé straně, pokud je zjištěno, že se v rodině objevila závažná nemoc, která je vázaná na pohlaví, lze předejít metodami asistované reprodukce narození dítěte se závažným genetickým onemocněním (zákon č. 227/2006 Sb.). Dále se problematikou umělého oplodnění v českém prostředí zabývá zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, a zákon č. 296/2006 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). Jedná se také o vyhlášku č. 422/2008 Sb., o stanovení bližších požadavků pro zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka. Čerpá se také z etického kodexu České republiky.

### **3.3 Možné přístupy k problematice dárcovství**

V současné době využívané metody asistované reprodukce, a konkrétně dárcovství oocytů, vyvolávají nicméně u široké veřejnosti i odborné obce velké množství různých etických otázek a nezodpovězených otazníků. V případě darování oocytů totiž dochází k nabourávání přirozeného procesu, který se již od samého počátku lidské existence odehrává mezi dvěma osobami, ženou a mužem. Díky metodám asistované reprodukce do tohoto procesu vstupuje „cizí a anonymní“ osoba a lékaři, čímž se z přirozeného procesu stává proces čistě lékařský a vědecký.

Mnozí lidé však i přesto tvrdí, že je dárcovství oocytů přeci jen záležitostí pouze zúčastněných osob, které s tímto krokem musí dobrovolně souhlasit. Poté ale vyvstává další etický problém, kterým je budoucí život a vývoj nenarozeného dítěte.

Dítě totiž představuje tu proměnnou, která svůj osobní názor do této problematiky nevnáší, nemůže, což je podle některých lidí problém. Tito lidé se ptají, zvládne dítě zvládnout zjištění, že nebylo narozeno zcela „normálně“? Mají se rodiče s tím, jakým způsobem přišlo dítě na svět, vůbec tomuto dítěti svěřovat? Má dítě právo na to vědět, jakým způsobem přišlo na svět? Má toto dítě právo poznat svou biologickou matku, jinými slovy ženu, která darovala své oocyty, ze kterých dítě vzniklo? Co když se dítě narodí s genetickou vadou? Budou dítě rodiče milovat stejně, jako by milovali své biologické dítě? (Kääriäinen a kol., 2005).

Další etickou otázkou, která je často ve spojitosti s dárcovstvím vajíček řešena, je, kdo by měl mít právo obdržet vajíčka od anonymní dárkyně? Měly by výhradním právem využívat metody asistované reprodukce disponovat pouze běžné (heterosexuální) páry, nebo by je mohly využívat například i svobodné ženy, které zatoužily po dítěti, avšak nemohou otěhotnět nebo nemají vhodného partnera, popřípadě i homosexuální páry (Kääriäinen a kol., 2005).

Další spornou otázkou kupříkladu může být, zda by měla být nastavena univerzální věková hranice, nad kterou by již nebylo párům dovoleno podstoupit proces asistované reprodukce (dárcovství vajíček). Řeší se například i otázka, zda mohou být po smrti konkrétního dárce využity jeho darované a tou dobou zamrazené pohlavní buňky (spermie či vajíčka) nebo není možné použít biologický materiál zemřelého bez jeho souhlasu (Kääriäinen a kol., 2005).

Mimo výše uvedené sporné etické, a do jisté míry až filozofické, otázky však vyvstávají i další, a pro tentokrát již dotazy lékařského charakteru, které opět vyvolávají celou řadu otázek s doposud nejednoznačnými odpověďmi.

Do této skupiny lze zařadit kupříkladu otázku, zda používání metod asistované reprodukce nezvyšuje pravděpodobnost výskytu některé z genetických mutací, a tím pádem i procento genetických onemocnění u embryí. Může být neplodné ženě zavedeno do dělohy hned několik embryí, aby bylo zajištěno uchycení alespoň jednoho z nich, nebo by to mohlo vést ke zvýšenému riziku narození více dětí? Nemůže se dítě narozené prostřednictvím nějaké metody asistované reprodukce lišit od běžně a přirozeně se rodících dětí? (Pennings a kol., 2007)

Etická dilemata spojená s dárcovstvím oocytů ve svém výzkumu řeší Pennings a kol. (2007), kteří vidí zásadní rozdíl v tom, zda se k dárcovství vajíček přistupuje jako k metodě pro řešení neplodnosti, nebo jako k výzkumné a vědecké metodě. Tito autoři se na etické otázky této problematiky dívají z pohledu výzkumného a vědeckého. Na základě toho se domnívají, že pokud se žena rozhodne darovat své pohlavní buňky pro vědecké a výzkumné účely, pak by jí měly být všechny náklady s tím spojené proplaceny a proplacen by jí měl být i čas, který tímto procesem stráví.

Navíc ale autoři varují před tím, že pro tyto účely by mohly být zneužívány chudé ženy, a z darování vajíček by se tak mohl stát „výhodný obchod“. Tomu je potřeba zabránit přijetím celé řady ochranných mechanismů, a to takových, které by bránily „obchodování s vajíčky“ (Pennings a kol., 2007).

Aby mohlo darování oocytů pro vědecké a výzkumné účely skutečně fungovat, je potřeba především dodržování základních etických zásad a pravidel. Tím budou podle autorů jistým způsobem zodpovězeny i základní etické otázky pojící se k darování oocytů pro vědecké účely. Mezi základní etické zásady by měla všeobecně podle Pennings a kol. (2007) patřit snaha o maximální eliminaci rizik pro dárkyně, důkladné a velice pečlivé vybírání si mezi zájemkyněmi o dárcovství vajíček nebo používání co nejšetrnějších metod pro odebrání vajíček.

Jak je vidět z výše uvedeného výčtu (který je pouze orientační), etických a lékařských dilemat, která zcela přirozeně vyplývají s rozmachem metod asistované reprodukce, konkrétně dárcovství oocytů, na povrch, existuje v současné době celé široké spektrum. Rozdílně se na otázku darování reprodukčních buněk dívají jednotlivci, potažmo i jednotlivé světové státy.

Při řešení etických dilemat týkajících se dárcovství oocytů jistě mnohé jako první napadne, jak se na tuto „nepřirozenou a lékaři prováděnou“ metodu oplodnění dívají jednotlivá světová náboženství. Přestože se právě Česká republika řadí mezi země s největším počtem nevěřících osob (ateistů), převážné procento světové populace je i v současné době věřící. Z toho důvodu je to, jak se na tuto problematiku dívají jednotlivá náboženství, poměrně dosti zásadní.

### **3.3.1 Problematika dárcovství z pohledu náboženství**

Problematika rozmnožování je již celou řadu let zatížena různými kulturními, etickými a náboženskými normami a přesvědčeními. Každá kultura, každé náboženství,

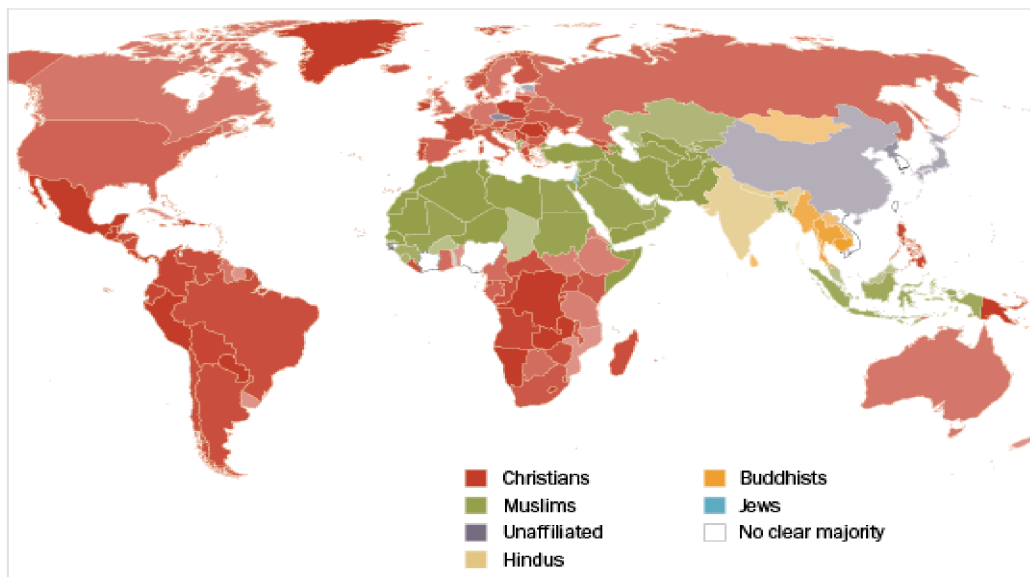
státy i jednotlivci se z toho důvodu mohou na dárcovství oocytů dívat velice odlišně. Jak již bylo zmíněno, Česká republika patří již po několik desetiletí mezi země s nejnižším procentem lidí, kteří by věřili v nějaké ze světových náboženství (při Sčítání lidu v roce 2011 uvedlo zhruba 35 % Čechů, že se nehlásí k žádnému náboženství a cítí se být ateisty, v současné době je to již polovina Čechů) (ČSÚ, 2011).

Nicméně je dobré si uvědomit, že situace ve zbývajícím světě je, co se náboženské víry týče, poněkud odlišného charakteru. Podle průzkumu z roku 2012, který provedla společnost Pew Research, vyznávalo v roce 2011 nějaké náboženství až 5,8 miliard lidí, což v roce 2011 představovalo až 84 % světové populace, která tou dobou čítala 6,9 miliard lidí. Z tohoto průzkumu také vyplývá, že v současné době je lidmi převážně vyznáváno pět hlavních světových náboženství, mezi která lze zařadit jmenovitě (Pew Research, 2012):

- křesťanskou víru se zhruba 2,2 miliardami věřících,
- islámskou víru s 1,6 miliardami věřících,
- hinduistickou víru se zhruba 1 miliardou věřících,
- buddhistickou víru s 500 miliony věřících,
- židovskou víru s více než 14 miliony věřících.

#### Majority Religion, by Country

Countries are colored according to the majority religion. Darker shading represents a greater prevalence of the majority religion.



Nine countries have no clear religious majority: Guinea Bissau, Ivory Coast, Macau, Nigeria, Singapore, South Korea, Taiwan, Togo and Vietnam. There are no countries in which adherents of folk religions make up a clear majority. There are also no countries in which followers of other religions (such as Bahai's, Jains, Sikhs, Shintoists, Taoists, followers of Tenrikyo, Wiccans or Zoroastrians) make up a clear majority.

Pew Research Center's Forum on Religion & Public Life • Global Religious Landscape, December 2012

Obr. 11: Geografické rozdělení náboženského vyznání

Zdroj: Pew Research, 2012

Jak lze vidět na výše uvedeném Obr. 11, lze v současné době geograficky rozlišit jednotlivé světové oblasti, kde je konkrétní náboženství vyznáváno. Náboženství tak koresponduje s kulturou, tradicí, názory i smýšlením konkrétní populace. Z toho důvodu si nyní detailněji popíšeme, jak se jednotlivá světová náboženství k otázce darování oocytů staví.

### **Křesťanství**

V rámci křesťanské víry je nutné rozlišit několik jejích hlavních proudů a větví. Ty se totiž na různé etické záležitosti mohou dívat mnohdy značně odlišně. Konkrétně zde dojde k rozdělení na katolickou církev, evangelickou církev (tzv. protestanty) a pravoslavnou (ortodoxní) církev. Jak se konkrétně tyto jednotlivé křesťanské proudy staví k otázce darování oocytů a k metodám asistované reprodukce, se lze dočíst zde (Benagiano, 2008):

#### *Katolická církev*

Římskokatolická církev už dlouho odmítá jakékoli reprodukční technologie týkající se manipulace s lidskými embryi. Toleruje pouze procedury pomáhající otěhotnění, které ale nastane přirozenou cestou. To znamená, že vajíčko a spermie se musí setkat v ženském těle, a to v reprodukčních orgánech budoucí biologické matky. Na základě toho tak učení této věrouky za určitých podmínek povoluje dvě metody asistované reprodukce – intrauterinní inseminaci a přenos pohlavních buněk do vejcovodů. Darování, ať už vajíček, či spermií, není pro katolíky v žádném případě přípustné (Benagiano, 2008).

Toto stanovisko bylo nejvyššími představiteli katolické církve oznámeno již roku 1897 a od té doby zůstává neměnné. Hlavním důvodem pro negativní názor na darování vajíček nebo spermií je, že vajíčko, potažmo i budoucí potomek musí pocházet od jeho biologické matky. Pokud bude pohlavní buňka pocházet od jiného člověka, pak se v očích katolíků jedná o mimomanželské oplodnění. Biologický proces, při kterém vzniká nový život, nesmí být v očích této církve oddělen od osobního aktu lásky (Benagiano, 2008).

#### *Evangelická církev (protestanti)*

Alespoň mírně benevolentněji se k metodám asistované reprodukce staví evangelická církev, která sice odmítá heterologní metody reprodukce, ale připouští metody asistované reprodukce založené na homologní bázi. V 90. letech se na toto téma odehrálo v Palermu sympozium, na kterém vystoupilo mnoho evangelických odborníků, kteří se k metodám IVF stavěli velice kladně.

Hlavním důvodem, proč evangelická církev metody asistované reprodukce povoluje, tkví především v touze matek stát se matkami. Pokud je žena ochotná podstoupit bolestivé, dlouhodobé a nákladné ošetřování, aby mohla počít svého vlastního potomka, i když jí to od Boha nebylo umožněno, pak je to právě tato touha, která donutila evangelickou církev tyto metody povolit. Mateřská láska představuje pro evangelickou církev jeden z nejsilnějších citů, které Bůh lidem poskytl, a proto by měla mít každá žena právo počít svého vlastního biologického potomka, kterého ucítí růst v břiše a sama si jej porodí. Důležitou připomínkou vrcholných představitelů evangelíků však je, že nemusí docházet ke zbytečným ztrátám embryí, jelikož by se jednalo o vraždu nenarozených dětí, a také nesmí být tyto metody nikterak zneužívány (Evan, Hudson, 2007).

Nicméně, jak již bylo zmíněno, evangelická církev zakazuje heterologní metody asistované reprodukce, tedy darování pohlavních buněk od „cizích a anonymních dárců“. Mohou být používány pouze ty metody, při kterých dochází k nápravě konkrétního muže nebo ženy, kteří budou biologickými rodiči narozeného potomka. Také samozřejmě musí být tento pár sezdán a ve věku do 50 let (Evan, Hudson, 2007).

#### *Pravoslavná (ortodoxní) církev*

Tento křesťanský proud, jehož přízeň je silná zejména ve východní Evropě a Rusku, patří mezi nejstriktnější formy křesťanské víry, z čehož je možné odvodit i její stanovisko vůči darování pohlavních buněk (Benagiano, 2008).

Pravoslavná církev sice povoluje metody léčby příčin neplodnosti, nicméně je zásadně proti umělému oplodnění a používání jakýchkoli reprodukčních technologií nebo metod. Dárcovství vajíček i spermií je u vyznavačů tohoto směru také přísně zapovězeno (Benagiano, 2008).

#### **Islám**

Postupem času a ruku v ruce s vývojem reprodukčních metod a technologií došlo k tomu, že se k této otázce způsobilí vrchní představitelé islámského práva museli nějakým způsobem postavit a vytvořit konsensus islámské víry k otázce asistované reprodukce a léčbě neplodnosti.

Výsledkem se stal konsensus, který tvrdí, že metody asistované reprodukce jsou muslimským pářům povoleny, ale pouze za předpokladu jejich homologního charakteru. Jinými slovy, pokud je muslimský pár sezdán a nedaří se mu počít potomka, může navštívit odborníky z reprodukčních klinik a léčit svoji neplodnost. Pokud neplodnost

nepůjde vyléčit, pak jsou islámským právem povoleny pouze ty reprodukční metody, při kterých budou použity pohlavní buňky pocházející pouze z tohoto legálního manželského páru. Podle islámského práva musí být v každém případě zachována linie genetické identity rodičů a ti, kterým patří spermie a vajíčko, z nichž vznikne potomek, musí být skutečnými biologickými rodiči (Serour, 2008).

V případě, že je vajíčko ženy oplodněno mimoděložně spermií muže, tedy v laboratorních podmínkách, musí být muž u toho, když lékař embryo znovu implementuje do dělohy ženy. Muž si musí být stoprocentně jistý, že nedojde k záměně a musí se stát svědkem celého procesu. Ze stejného důvodu je velice přísně nahlíženo i na mražení vajíček, tzv. kryogenezi, která je sice v muslimských zemích povolena, nicméně se velice dbá na to, aby nedošlo k záměně vajíček. Pokud by záměně něco i sebemeně nasvědčovalo, veškerý genetický materiál musí být ihned zničen (Serour, 2008).

Jak lze patrně odvodit, darování oocytů nebo spermií je v islámské víře přísně zakázáno a není schvalováno. V žádné islámské zemi nejsou povoleny spermatické banky a není možné ani darovat vajíčko, které by pocházelo z heterologních zdrojů (Serour, 2008).

Islámská víra si na plodnosti vysoce zakládá a chce podporovat plození nových muslimů. Z toho důvodu je také velmi podporována léčba neplodnosti sezdaných muslimských párů. Muslimské ženy a jejich role spočívá především v plození dětí, a právě na základě svých dětí jsou ženy v islámském světě hodnoceny a je jim připisován jejich společenský status. Pokud muslimská žena není schopna počít dítě, je v očích své rodiny i společnosti považována za neschopnou. I z toho důvodu islámská víra umožňuje a podporuje léčbu neplodnosti (Serour, 2008).

## **Hinduismus**

U tohoto asijského náboženství je možné sledovat mírný posun a benevolentnější přístup oproti oběma předcházejícím monoteistickým světovým náboženstvím. Tato víra totiž povoluje většinu metod asistované reprodukce a léčbu neplodnosti. I v případě hinduismu však existuje jedna nutná podmínka, kterou je, že použité pohlavní gamety musejí pocházet od biologického manželského páru, tedy musí být použity reprodukční metody homologního charakteru, stejně jako v případě křesťanské i islámské víry (Sallam, Sallam, 2016).

Posun, který je typický pro toto náboženství, však tkví v tom, že mohou být neplodnému páru v případě, že všechny homologní reprodukční metody selžou,

heterologně darovány jak spermie, tak i vajíčka, a to v případě, že budou pocházet od blízkého příbuzného neplodného manžela nebo manželky. Pohlavní gamety tedy mohou být darovány v případě nouze, avšak pouze od blízkých rodinných příslušníků, nikoliv od anonymních dárců (Sallam, Sallam, 2016).

### **Buddhismus**

Podobně jako v případě všech ostatních světových náboženství, i buddhismus schvaluje léčení neplodnosti sezdaného manželského páru. A podobně jako většina ostatních, i tento směr umožňuje použít ty reprodukční metody, které jsou založeny na homologní povaze. Tedy během těchto metod dochází k manipulaci pouze s pohlavními gametami, které pocházejí od zástupců tohoto konkrétního manželského páru (Sivaraman, Noor, 2014).

I u tohoto náboženského směru však lze spatřit jistý ústupek a posun oproti náboženství islámu a křesťanství. Buddhismus totiž povoluje i heterologní reprodukční metodu, konkrétně darování spermií od jiného muže. V případě buddhismu ani nemusí být muž blízkým rodinným příslušníkem nebo blízkým známým, ale může být i „anonymní“. Nicméně je zajímavé, že buddhismus jasně stanovuje, že pokud bude chtít biologický dárcce poznat potomka, který vznikl z jeho pohlavní buňky, má na to ze zákona právo. Stejně jako potomek, který se rozhodne, že chce poznat svého biologického otce. Pokud se tak dítě rozhodne, musí mu být ze strany rodičů vyhověno (Sivaraman, Noor, 2014).

### **Judaismus**

V rámci židovské víry lze všeobecně na téma reprodukčních metod a léčby neplodnosti říci, že právě v tomto náboženství ohledně této problematiky panuje největší chaos a nesjednocenost „oficiálních“ postupů. V případě judaismu je opětovně léčba plodnosti a provádění umělého oplodnění při použití spermií biologického otce a vajíček biologické matky všeobecně akceptováno a státem podporováno. Všechny kroky homologního umělého oplodnění jsou dokonce státem hrazeny (Kleber, 1994).

Hlavním důvodem je, že stát Izrael, jako hlavní sídlo židovské světové víry, podporuje porodnost židovských dětí a je si vědom, že lidí, kteří vyznávají židovskou víru, po druhé světové válce značně ubylo a stále ubývá, proto je pro něj otázka porodnosti velice zásadní. Především v ohledu již staletí trvajících izraelsko-palestinského sporu a neustálých útoků na židovské obyvatelstvo.



Zmiňovaná nesjednocenost se v židovské víře nejvíce ukazuje právě v otázce neustále trvajících sporů ohledně povolení či zakázání dárcovství pohlavních buněk, spermií a oocytů. Z toho důvodu židovská víra k této otázce nezaujala jasné a jednotné stanovisko, a přenechala tak zodpovědnost a rozhodnutí pouze na neplodném manželském páru a na potencionálních dárcích. Z toho důvodu jsou v Izraeli přítomny spermatické banky a je možné darovat vajíčka i spermie. Je zde povoleno i náhradní rodičovství, kdy potomka odnosi biologická matka, načež po porodu se svého potomka vzdá ve prospěch neplodného manželského páru (Kleber, 1994).

### **3.3.2 Problematika dárcovství z pohledu jednotlivých států**

Jak již bylo naznačeno, pohled na dárcovství vajíček se může značně lišit člověk od člověka, náboženství od náboženství nebo i stát od státu. V některých zemích je negativní pohled na problematiku dárcovství oocytů dán vysokým procentem nábožensky smýšlejících lidí v tamní populaci a velkou vahou konkrétní náboženské víry v této zemi. Některé státy, ve kterých bývá menší procentuální zastoupení věřících občanů, jsou vůči této problematice výrazně benevolentnější a demokratičtější. Tyto státy zastávají myšlenku, že každý člověk má svůj život, své touhy a může si se svým tělem nakládat podle svého nejlepšího vědomí a svědomí (Munzarová, 1995).

Všechny v současné době využívané metody asistované reprodukce musejí být řádně ukotveny v právním systému a zákonech, které si určuje každá suverénní země současné doby a vytváří zcela samostatně. Česká republika kupříkladu patří v otázce dárcovství oocytů k jedné z nejvíce benevolentních zemí na celém světě, a to i v otázkách všech reprodukčních metod nebo ukončení těhotenství na žádost samotné ženy (Pilka a kol., 2003).

Je dobré vědět, že stejně benevolentní legislativní situace, jaká panuje v České republice, se ohledně této problematiky nevyskytuje všude. A to i v případě našich sousedů. Například v sousedním Německu a Rakousku je dárcovství vajíček zakázáno, na rozdíl od darování spermií. Stejná situace panuje i ve Švýcarsku. V Itálii je zakázáno darování jak spermií, tak i vajíček (Haškovcová, 2015).

### **3.3.3 Další etická dilemata**

#### **Anonymita dárkyň**

Další zásadní spornou otázkou představuje anonymita dárkyň. V současné době musí darovaná vajíčka pocházet od zcela cizí a anonymní dárkyně. Aktuálně tedy nesmí ve státech, kde je darování vajíček povoleno, darované vajíčko pocházet od příbuzné nebo blízké osoby příjemců. Kvůli všeobecnému nedostatku anonymně darovaných oocytů, a tím i stále se prodlužující době, kdy bude vajíčko pro konkrétní pár k dispozici, však čím dál tím více neplodných párů volí možnost známého dárce (Haškovcová, 2015).

V případě anonymity však vyvstává etický problém. Na jedné straně vystupují lidé, kteří tvrdí, že je anonymita dárkyň správná a měla by být dále zachována. Dítě ani rodiče neví, kdo je konkrétně biologická matka potomka, čímž se zamezí jakési rozpolcenosti dětí ve věku, kdy by chtěly vyhledat svoji biologickou přízeň.

Průzkum, který potvrzuje, že anonymita dárkyň by měla být zachována, se uskutečnil roku 2001. V této studii autoři vyhledali 16 v té době již dospělých osob, které se narodily díky darované pohlavní buňce od anonymního dárce, přičemž většina z nich uvedla, že by nechtěla v žádném případě potkat své biologické rodiče a že jsou rádi, že neví, kdo jejich skutečnými rodiči jsou (Frith, 2001).

Na druhé straně ale stále sílí hlasy po tom, aby přestalo být dárcovství anonymní, a to z mnoha různých důvodů. Neplodné páry chtějí díky medicínskému a genetickému zatížení znát co nejvíce informací o biologické matce svého budoucího potomka, mnohdy by ji chtěly vidět osobně a možná ji i do celého procesu blíže zapojit. Tento tábor navíc dokládá své tvrzení i výzkumy, které potvrdily, že až 80 % adoptovaných dětí skutečně v pubertálním nebo dospělém věku začne pátrat po své biologické rodině. Lidé jsou zcela přirozeně zvědaví a chtějí znát svůj původ a svého biologického rodiče (Haškovcová, 2015).

### **Vztah dárkyně oocytu k dítěti**

Další zásadní etickou otázkou, která zcela přirozeně vyplývá z darování pohlavních buněk, je vztah dárkyně vajíčka k dítěti, které z jejího oocytu vznikne. Ačkoliv by měl být celý proces darování vajíček anonymní a dárkyně se při darování vajíček zříká veškerých práv na potomka, který díky tomuto procesu vznikne, a neměla by jej vyhledávat, často dochází k situaci, kdy samotné dítě v určitém věku nebo dárkyně oocytu po několika letech zatouží po schůzce.

Jak již bylo zmíněno výše, podle výzkumů až 80 % adoptovaných dětí během svého pubertálního nebo dospělého života zatouží vyhledat své biologické rodiče a najít svůj

skutečný původ. Toto chování je zcela přirozené, a pokud se dítě dozví, že skutečně matka, která jej vychovala, není jeho biologickou matkou, pak se to i často stává.

Pokud se dospělý člověk rozhodne vyhledat svoji biologickou matku, dárkyni oocyty, pak by nejspíše k problému dojít nemělo. Tento člověk je dospělý, může se tedy zcela samostatně rozhodovat, a to i v případě, že chce znát svůj biologický původ. Problém by mohl však nastat v situaci, kdy se dárkyně oocyty pokusí vyhledat nebo skutečně vyhledá svého biologického potomka. V mnoha případech dítě ani do určitého věku neví, že jeho matka není jeho biologickou matkou, a setkání s jeho skutečnou matkou by mohlo zejména dítě v nízkém věku dosti poznamenat. Mnohdy ani rodiče dítěte nestojí o nabourání jejich dosavadního rodinného života pro ně cizí a anonymní osobou.

K těmto situacím však téměř vůbec nedochází (Bevc a kol., 2003; Ahuja a kol., 2007, in Purewal, 2009). To potvrzuje i výzkum, který byl realizován v roce 2007 a který se dotazoval 200 anonymních dárek oocytů, zda by chtěly nebo nechtěly potkat dítě, které vzniklo z jejich darovaného vajíčka. Zhruba 80 % dotazovaných odpovědělo, že nevnímají dítě, které vzniklo z jejich vajíčka, jako svého potomka, a nechtělo by jej tedy potkat. Tyto ženy zpravidla odpovídaly, že být matkou neznámá pouze to, že dítě vzniklo z jejich vajíčka. Pouhých 10 % dotazovaných žen projevilo zájem o to vědět, zda se z jejich vajíčka skutečně dítě narodilo, avšak spíše aby věděly, zda celý proces neproběhl zbytečně a zda skutečně pomohly bezdětnému páru být rodiči (Purewal, 2009).

Z uvedeného se zdá, že skutečně většina žen chápe, že se staly pouhými zprostředkovateli pomoci a nevznášejí žádné přání ani touhu se se svým biologickým potomkem setkat a narušovat mu jeho dosavadní život.

### **Psychické dopady na příjemkyni oocytů**

Celý proces dárcovství oocytů může být velice psychicky náročný jak pro samotnou dárkyni oocytů, tak i pro příjemce, tedy bezdětný pár. Bezdětný pár se již před procesem darování oocytů musel smířit s tím, že je neplodný a že nikdy a žádnou cestou nebude moci spolu počít biologicky vlastního potomka. Před procesem dárcovství si musí pár projít dokonce i několika lety pokoušení se o přirozené zplození potomka, podstupování vyšetření plodnosti a ve většině případů i jinými metodami asistované reprodukce (Bevc a kol., 2003).

Neschopnost počít potomka přirozenou cestou může jak v muži, tak i ženě vyvolávat mnoho nepříjemných psychických pocitů a dlouhodobý stres. Jedinci se cítí být

méněcenní nebo bezcenní, neschopní. To vede spolu se stresem k výskytu depresí, smutku, hněvu, zoufalství, nízkému sebevědomí, přecitlivělosti, návalům vzteku, k poruchám sexuálního života (Haškovcová, 2015).

Pokud je neplodný pouze jeden z partnerů, pak neplodnost může negativně ovlivnit vztah obou osob. Druhý partner může být frustrován z toho, že s partnerem, kterého si pro život vybral, není schopen mít potomstvo a splnit tak jeho přání. Zdravý jedinec v páru ví, že s někým jiným by potomka počít mohl, načež celá situace může vyústit až v rozchod nebo rozvod (Bevc a kol., 2003).

Při darování vajíčka cizí ženou může mít matka-příjemce pocit, že není skutečnou matkou dítěte. Ačkoliv je všude neustále opakováno, že matkou není osoba, která dítě porodí a z jejíhož vajíčka dítě vzejde, ale ta osoba, která jej vychovává a dá mu lásku, z pohledu právního stále platí, že matkou je ta žena, která dítě porodí, přivede na svět a je s ním biologicky spjatá. Z toho důvodu tato skutečnost může vyvolávat v nebiologické matce nepříjemné pocity (Englert a kol., 2004).

Psychicky velice náročné může být nejenom smíření se s tím, že jsou daní jedinci jako pár neplodní a že počaté dítě nebude biologicky přímo matčino, ale i samotný asistovaný reprodukční proces, který čeká budoucí matku, příjemkyni oocytů. Ta může mít pocit, že dítě je zcela přirozeným výsledkem sexuálního aktu lásky mezi dvěma partnery a přirozeným stvrzením manželství a lásky. V případě darování oocytů však ženu čeká velice psychicky i fyzicky náročné a dlouhé období plné injekcí, bouření hormonů a operace. Může nabývat dojmu, že mimo partnerky, manželky a ženy se stává objektem lékařských a vědeckých manipulací (Šturma, 2011).

Celý tento proces však nekončí okamžikem narození dítěte. Velmi psychicky náročné období může v budoucnosti zažívat i samotné dítě, a s ním i jeho rodiče. Každý jedinec potřebuje někam patřit, potřebuje vědět, odkud je, odkud pochází, kde jsou jeho kořeny. Přítomnost každého z nás je utvářena i na základě naší minulosti, ať již osobní či rodové. Je možné, že dítě se zcela přirozeně nebude cítit být opravdovou součástí rodiny, do které se narodilo, a v případě, že zjistí, že matka, která jej porodila, není jeho skutečnou biologickou matkou, bude chtít poznat své kořeny, svoji historii a svůj rod. I na tuto možnost musí být rodiče dítěte připraveni (Šturma, 2011).

### **3.4 Motivace a jiné faktory dárcovství**

Dárcovství oocytů, popřípadě spermií, v lidech všeobecně vyvolává rozporuplné reakce a velké množství etických otázek. Motivace pro darování vajíček může být ovlivněna celou řadou vnitřních i vnějších faktorů, jež na konkrétní dárkyni působí. Motivací může být prosociálnost a zvýšený smysl pro empatii samotných dárkyň, nastavené morální hodnoty, přímá zkušenost s neplodností nebo finanční zisk (Poote, van der Akker, 2009).

Mnoho lidí také v otázce motivace dárkyň zmiňuje, že se nejedná o dárcovství vajíček, když dárkyně dostane zapláceno, nýbrž o vypočítavé obchodování s pohlavními buňkami lidí (Nikolettos a kol., 2003). Samozřejmě může být dárkyně hnána i svojí aktuální špatnou ekonomickou situací, nicméně je potřeba zmínit, že samotnou dárkyni čeká v případě, že se rozhodne darovat svá vajíčka pro tyto účely, dlouhý proces zahrnující celou řadu rozhovorů a vyšetření, hormonální stimulaci a s ní spojené psychické výkyvy, i vlastní operativní odebrání oocytů. Celý proces vyžaduje velké množství času, odhodlání a psychické i fyzické zátěže, za které je dárkyně patřičně finančně ohodnocena (Poote, van der Akker, 2009).

Platí, že dárkyně oocytů nedostává zapláceno za darovaná vajíčka, ta jsou poskytnuta reprodukční klinice, potažmo příjemkyni, zcela zdarma. Dárkyně dostává finanční kompenzaci za (zdravotní, časovou, psychickou i fyzickou) újmu, která jí bude během celého procesu způsobena (Sydsjo a kol., 2011).

V rámci této kapitoly se budeme věnovat motivaci dárkyň pro darování vlastních vajíček neplodnému páru i všemu, co s tím souvisí (finanční kompenzace za darování oocytů nebo snaha o definici povahy dárkyň).

#### **3.4.1 Finanční kompenzace za darování oocytů**

V České republice představuje darování pohlavních buněk (spermií i vajíček) zcela bezplatnou činnost. Jinými slovy, darované pohlavní gamety nepředstavují zboží, za které dostane jejich biologický majitel zapláceno v případě, že je poskytne buď k vědeckým, nebo lékařským účelům. Jelikož se ale lze v České republice již po několik let setkat s akutním nedostatkem darovaných pohlavních buněk, kdy poptávka vysoce převyšuje nabídku, nabízejí reprodukční kliniky finanční kompenzaci, která by měla vynahradit dárkyním složitý, náročný a dlouhý proces, který je v případě darování oocytů čeká (Rob a kol., 2008).

Podobně nabízejí reprodukční kliniky dárkyním i dárčům pohlavních buněk finanční kompenzaci po celém světě. Nicméně je špatné si myslet, že pohlavní gamety jsou zboží, se kterým se oficiálně obchoduje a je možné si jej zakoupit. V české legislativě je jasně stanoveno, že dárcovství pohlavních buněk (spermií i vajíček) je bezúplatnou činností, která nemůže být ze zákona zpoplatněna (zákon č. 227/2006 Sb., o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech a o změně některých souvisejících zákonů). Nicméně reprodukční kliniky jsou si vědomy toho, že pokud by byl celý proces finančně nekompensován, pak by se žádný dárci dobrovolně nerozhodl podstupovat takto náročný proces pouze z dobroty svého srdce (Rob a kol., 2008).

*„Reprodukční kliniky postupují dle zákona o lidských tkáních a buňkách a zákona o specifických zdravotních službách. Tato ustanovení uvádí, že za odběr zárodečných buněk nevzniká osobě, které byly odebrány, nárok na finanční ani jinou úhradu. Nicméně zařízení, které odběr provedlo, může dárci uhradit účelně a prokazatelně vynaložené výdaje spojené s darováním zárodečných buněk. Pokud tedy zařízení poskytují přiměřenou náhradu uvedených nákladů, nejednají protiprávně.“* (Lesáková, 2019)

O jaké konkrétní finanční kompenzaci je v rámci českých poměrů řeč? V současné době je finanční kompenzace za jedno darování pohlavních buněk v České republice stanovena zhruba na částku 500 Kč v případě darování spermií a kolem 30 000 Kč v případě darování vajíček. Cenový rozdíl tkví přirozeně ve způsobu, který je potřeba využít pro získání mužských a ženských pohlavních buněk. Zmíněné částky odpovídají jednorázovému odběru pohlavních buněk. Pokud se však muž rozhodne darovat své spermie, pak dochází ke zhruba 10 až 20 jednotlivým odběrům, ke kterým dochází nejčastěji v rámci 3 měsíců. Darování oocytů představuje mnohem vyšší zátěž nežli darování spermií a bývá jednorázové (Rob a kol., 2008).

V České republice v současné době vystupuje zhruba 40 reprodukčních klinik, jejichž finanční kompenzace dárkyním oocytů se značně odlišuje (od 5 000 až po 30 000 Kč za odběr). Z toho důvodu však v rámci široké veřejnosti i odborníků stále sílí hlasy, které tento proces nazývají byznysem. Výzkumy, které se dárkyněmi oocytů zabývaly, prokázaly, že v České republice představují dárkyně oocytů nejčastěji studentky vysokých škol, které darování vajíček považují za formu výděлку, a pokud na trhu vystupuje hned několik desítek subjektů s různými nastavenými cenovými hladinami, pak si každá dárkyně může dobrovolně zvolit tu společnost, která poskytuje nejvyšší finanční ohodnocení. A právě tento bod vyvolává největší debaty (Lesáková, 2019).

V současné době je možné získat na některých reprodukčních klinikách v České republice kompenzaci až ve výši 34 000 Kč (Reprogenesis, 2022).

### 3.4.2 Motivace dárkyň

Pod pojmem motivace lze ve všeobecném měřítku chápat „*vnitřní nebo vnější faktor nebo dokonce soubor faktorů, které vedou k povzbuzení organismu. Motivace usměrňuje naše chování a jednání pro dosažení určitého cíle. Vyjadřuje souhrn všech skutečností – radost, zvědavost, pozitivní pocity, radostné očekávání, které podporují nebo tlumí jedince, aby něco konal nebo nekonal.*“ (Nolen-Hoeksema, 2012, s. 16)

V rámci problematiky darování oocytů se ohledně motivace lze ptát na otázku, co skutečně přiměje ženu, aby darovala svá vajíčka jiné ženě, která nemůže zplodit potomka přirozenou cestou. Na tomto místě vyvstává jedna zásadní etická otázka, a to, jaká konkrétní motivace převažuje u dárkyň oocytů, zda finanční kompenzace nebo motivace prosociálnosti a empatie (pomoci jiné ženě zplodit vysněného potomka).

Ve snaze pochopit skutečné motivace dárkyň oocytů proběhlo po celém světě již mnoho výzkumů. Ty jednotně oslovovaly ženy, které během života darovaly vajíčka, aby zodpověděly anonymní dotazník. Ten se ptal mimo jiné i na motivaci oslovených žen pro účast na procesu darování vajíček.

Společnost *American Society for Reproductive Medicine* takto oslovila v roce 2011 sto žen, které ve Spojených státech amerických darovaly své pohlavní buňky neplodným párům. Na otázku, jaká byla jejich motivace pro tento krok, 70 % žen odpovědělo, že je hnaly spíše prosociální motivy, kdy chtěly pomoci bezdětným a neplodným párům zplodit potomka, 28 % žen odpovědělo, že je hnaly finanční zisky pramenící z darování vajíček a 2 % žen uvedla, že je hnaly rodinné potřeby, kdy se v jejich blízkém okolí objevil bezdětný pár, který potřeboval pomoci (In Purewal, 2009).

V dalším výzkumu autoři také hledali odpověď na to, jaká motivace u žen dárkyň převažuje. Purewal a kol. (2009) například ve své studii uvádí, že dárkyně vajíček všeobecně ve výzkumech nejčastěji uvádí, že pro své rozhodnutí byly skutečně nejvíce motivovány obecnými altruistickými motivy, a pokud byly za své jednání i finančně ohodnoceny, pak to byl pouze příjemný bonus.

Tentýž autor však ve své studii uvádí, že není možné, spoléhat se čistě na odpovědi dárkyň vajíček, jelikož s odstupem času se mohl pohled na jejich krok změnit a stejně tak i pohled na jejich reálnou motivaci. Málokterý člověk navíc podle autora výzkumu

otevřeně a upřímně přizná sobecké motivy (v případě darování oocytů finanční kompenzaci), jelikož si je nechce přiznat, nechce navenek působit vypočítavě a možná i sám před sebou chce vypadat spíše morálně než sobecky (Purewal a kol., 2009).

Studii, které se zajímaly o motivaci dárek oocytů, existuje velké množství, ale všechny přicházejí se shodnými odpověďmi. 80–90 % oslovených dárek oocytů svoji motivaci pro darování vajíček hodnotila jako „snahu pomoci jiným ženám, které nejsou schopny počít potomka“ (viz Yee in Purewal a kol., 2009; Khamsi in Purewal a kol., 2009; Beatwens in Purewal a kol., 2009; Lindheim in Purewal a kol., 2009).

### **3.4.3 Povahové rysy dárek oocytů**

Povaha představuje osobnostní vlastnosti každého jedince a také je morálním jádrem psychiky a osobnosti člověka. Povaha jedince je získanou vlastností. Člověk se s jistou povahou rodí, ale může být nadále utvářena a korigována výchovou či vlivem společnosti.

Někteří autoři, kteří se morálkou a povahou člověka zabývají, dochází k tomu, že jádro povahy každého jedince sídlí v jeho osobní morálce. Pokud bude člověk vysoce morální a bude se celý život držet morálních zásad, tyto autoři se domnívají, že se od tohoto budou odvíjet i povahové rysy daného člověka. Jedinec bude čestný, spravedlivý, odvážný, nápomocný, altruistický, sociální (Nakonečný, 1998).

Morálka byla v průběhu historie velice často zkoumána, načež byla dokonce vytvořena škála, která posuzuje morálku člověka na základě toho, jak se staví ke zbývajícím členům lidské společnosti. Jinými slovy podle toho, jak je konkrétní jedinec sociálně nastaven. V takovém případě lze člověka hodnotit na škále, která začíná čistým egocentrismem, kdy člověk vidí pouze sám sebe, své zájmy a podle toho jedná, a končí tzv. allocentrismem, kdy jedinec veškeré své jednání přizpůsobuje blahu druhých lidí, jedná pro dobro společnosti a svých blízkých a přehlíží své osobní zájmy a svůj osobní prospěch (Nakonečný, 1998). Tuto škálu lze také popsat jako škálu začínající egocentrismem a končící prosocialitou.

Prosocialnost představuje povahu člověka, který myslí na lidi kolem sebe, na jejich potřeby a přání. Člověk se silným prosociálním chováním a altruismem nemyslí pouze na své dobro, na svůj prospěch a na sebe, nýbrž před svým jednáním zvažuje i vliv této akce na jedince ostatní, na společnost (Nakonečný, 1998).

Dárkyně vajíček jsou při svém rozhodnutí darovat oocytů zatíženy mnoha různými faktory, a to vnitřními (postoje, názory, povaha, zkušenosti) i vnějšími (finanční situace,



neplodnost v rodině, náboženství, stát, názor rodiny). Nicméně lze předpokládat, že dárkyně vajíček budou povahou zařazeny na morální škále spíše do poloviny prosociálních a altruistických jedinců, vezmeme-li v úvahu, že složitý a náročný proces, kterým darování oocytů je, tyto dárkyně dobrovolně podstupují, aby tak pomohly jiným párům, které nejsou schopny počít potomstvo přirozenou cestou. To ostatně můžeme vidět v praktické části práce, kde pouze jedna dárkyně z oslovených odpověděla, že její jediný motiv byla finanční kompenzace, bez níž by proces ani nepodstoupila.

Avšak je potřeba myslet na to, že je celý proces finančně ohodnocen, proto je s tímto aspektem potřeba před vytvářením závěrů počítat. I nedobrá finanční situace může jedince dohnat do situace, kterou by třeba z morálního hlediska jinak neschvaloval.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 ROZHOVORY S DÁRKYNĚMI OOCYTŮ

### 4.1 Metodologie a popis výzkumu

Praktická část práce se věnuje kvalitativnímu výzkumu. Hendl (2005) hovoří o četných nevýhodách kvalitativního výzkumu, nicméně tato metoda se dnes uplatňuje v nejrůznějších oborech a postupně získala v sociálních vědách rovnocenné postavení jako ostatní formy výzkumu. Mezi jednu z výhod řadíme získání hloubkového popisu případů. Cílem práce je přinést přesnější výsledky, a proto se v tomto výzkumu jeví jako nejlepší zdroj dat právě rozhovory přímo s dárkyněmi. Analýza dat a jejich sběr probíhají současně. Výzkumník sbírá data, provede jejich analýzu a podle výsledků se rozhodne, která data potřebuje. Začne znovu se sběrem dat a jejich analýzou. Během těchto cyklů výzkumník své domněnky a závěry přezkoumává (Hendl, 2005).

Pro rozmanitost přístupů a metod, které se pod tímto názvem skrývají, je obtížné vymezit definici pojmu kvalitativní výzkum. Tento typ výzkumu nespočívá v množství sledovaných lidí, ale ve schopnosti výzkumníka dobře poznat několik osob v jistém kontextu. Provádí se nejčastěji jako intenzivní kontakt s životní situací, která má být zkoumána (Hendl, 1999).

### 4.2 Použitá metoda

Jako metodu výzkumu byl zvolen polostrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami, který se skládá z řady vybraných a formulovaných otázek, na které respondentky odpovídají. Rozhovory s dárkyněmi oocytů obsahují otázky, jejichž prostřednictvím jsou zjišťovány hlavně osobní zkušenosti dárkyň s celým procesem, jejich názory i motivace k dárcovství a jiné důležité aspekty týkající se dárcovského procesu. Základním účelem tohoto typu interview je co nejvíce minimalizovat efekt tazatele na kvalitu rozhovoru. Sníží se tak pravděpodobnost, že se získaná data v rozhovorech budou svou strukturou lišit. Data z takového interview se snadněji analyzují, protože jednotlivá témata se lehce v přepisu rozhovoru lokalizují. Struktura získaných informací je dána posloupností otázek (Hendl, 2005).

### 4.3 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjištění a porovnání výpovědí dárek oocytů, a to ve vztahu k níže definovaným výzkumným otázkám a hypotézám. Metodologie byla zvolena kvalitativní – rozhovor. Ten je tematicky rozdělen do tří hlavních segmentů, které jsou proloženy doplňujícími otázkami, jež dokreslí kontext situace. Jedna z hlavních otázek má za cíl objasnit motiv dárek (konkrétně zda je v rovině materiální, tedy finanční kompenzace, anebo převažuje motiv sociální, tedy potřeba pomáhat). Z etického hlediska se dále zjišťují některé aspekty procesu darování, konkrétně například, zda respondentky zajímá, komu bude jejich oocyt darován (etický problém anonymity dárek), jak na jejich rozhodnutí reagovali přátelé a rodina (etický rozměr sociálního konsensu s rozhodnutím darovat oocyt). Mezi následné otázky jsou zařazeny ty, které doplní informace, zda měly dárek před zapojením do programu dostatek informací o celém procesu dárcovství, zda věděly o možnosti lékařských komplikací, o rizicích, která mohou nastat, a jak nebo od koho se o možnosti darovat oocyt dozvěděly. Rozhovor je rozdělen do několika okruhů, ze kterých byly vyvozeny následující hypotézy:

#### 1. tematický okruh – Motivace

Zda byla pro dárek finanční kompenzace hlavní motivací k podstoupení procesu.

Zda by dárek proces podstoupila i bez finanční kompenzace.

H1: Hlavní motivací pro dárek je finanční kompenzace, až sekundárním motivem je potřeba pomoci neplodnému páru.

#### 2. tematický okruh – Informovanost o celém procesu dárcovství

Odkud se dárek o možnosti dárcovství dozvěděla

Zda měly dárek před počátkem procesu dostatek informací

Zda si byly dárek vědomy zdravotních rizik a komplikací

H2: Dárek se o možnosti darování dozvěděla od známé, kamarádky.

H3: Většina dárek byla plně informovaná o procesu dárcovství i o možných zdravotních komplikacích.

#### 3. tematický okruh – Etické otázky dárcovství

Zda by dárek chtěla vědět, zda bylo oplodnění úspěšné

Zda by dárek chtěla poznat pár, kterému byl oocyt poskytnut

Zda se účastní i dárcovství např. krve, krevní plazmy

Podstoupily by dárek proces i bez finanční kompenzace?

H4: Většina dárek by chtěla poznat identitu příjemkyň oocytů.

H5: Dárkyně by zajímalo, zda bylo oplodnění s jejich oocyty úspěšné.

#### 4.4 Výzkumný soubor

Výzkum byl proveden v září a říjnu roku 2021. Do výzkumu byly zařazeny dárkyně, které alespoň jednou (většinou ale vícekrát) oocyty darovaly a souhlasily s poskytnutím rozhovoru pro potřeby výzkumu k diplomové práci. Dárkyně podstoupily odběr oocytů (nejen) na klinice asistované reprodukce Fertimed, s.r.o. v Olomouci, která byla ochotná rozhovory zprostředkovat. Kritérium výběru respondentek bylo také v zastoupení různých zkušeností s dárcovstvím, tedy ty, které darovaly již vícekrát, a také s různými druhy povolání. Rozhovory probíhaly prostřednictvím telefonního hovoru a byly současně nahrány, s předchozím souhlasem respondentky, a následně přepsány, viz přílohy. Přepis rozhovoru je doslovný, tak jak dárkyně odpovídaly, proto se mohou vyskytovat například nespisovná slova. V úvodní části rozhovoru autorka představila sebe, ale také cíl a metodu výzkumu a ujistila dárkyně o anonymitě. Před samotnými otázkami si do tabulky poznačila věk dárkyně, její povolání a počet cyklů, kolikrát proces dárcovství podstoupila. Výzkumný soubor je shrnutý v tabulce 1.

Největší úskalí bylo především výzkumný soubor dárkyň získat a dále rozhovor zrealizovat. Některé z oslovených dárkyň si buď své rozhodnutí zapojit se rozmyslely, jiné si nenašly čas nebo nebylo možné se s nimi spojit. Při samotném rozhovoru dárkyně byly většinou v domácím prostředí, měly na své odpovědi klid a dostatek času. Samy si totiž zvolily termín, kdy byl rozhovor uskutečněn. Některé z nich uvedly, že se jim rozhovor líbil a byl příjemný. Průměrně trval jeden rozhovor přibližně deset minut. Některé dárkyně byly sdílnější a podělily se i o svůj osobní příběh, některé mluvily o svém intimním životě, partnerech, životní situaci i zdravotních problémech.

Tab. 1 Výzkumný soubor

	<b>Věk</b>	<b>Aktuální povolání</b>	<b>Počet podstoupených cyklů</b>
Dárkyně č. 1	32 let	Mateřská dovolená	6x
Dárkyně č. 2	31 let	Mateřská dovolená	8x
Dárkyně č. 3	23 let	Nezaměstnaná (Úřad Práce)	2x
Dárkyně č. 4	33 let	Číšnice	6x
Dárkyně č. 5	28 let	Dělnice	4x
Dárkyně č. 6	31 let	Mateřská dovolená	7x
Dárkyně č. 7	30 let	Vychovatelka v družině	4x
Dárkyně č. 8	26 let	Studentka	2x

Zdroj: vlastní zpracování

## 4.5 Výsledky výzkumu

V této kapitole jsou předkládány výsledky výzkumu, které jsou pro přehlednost prezentovány ve sledu položených výzkumných otázek. Citované úryvky výpovědi pochází od různých respondentek. Vyvozováním závěrů z odpovědí dáreků bude podán ucelený obraz na problematiku dárcovství oocytů. Vzhledem k tomu, že kvalitativní výzkum je z velké části založen na subjektivním pohledu a názorech zkoumajícího, může se případný pohled jiného výzkumníka lišit.

V tabulce č. 1 vidíme, že respondentky se procesu dárcovství zúčastnily minimálně dvakrát, většina z nich však vícekrát. Rozhovory byly nahrány s informovaným souhlasem dáreků, které byly upozorněny, že jejich výpovědi budou sloužit pro potřeby diplomové práce a že nikde nebude zmíněno jejich jméno. Z celkového počtu asi patnácti dáreků, které byly osloveny, se nakonec podařilo spojit a rozhovor uskutečnit s osmi z nich. Všechny respondentky souhlasily s použitím získaných informací v rámci této diplomové práce.

### Otázka č. 1

#### **Jak jste se k dárcovství oocytů dostala? Co nebo kdo vás k tomu přivedl?**

Touto otázkou byl otevírán rozhovor s dárkyní. Na tuto otázku odpověděly tři dárkyně, že se o dárcovství oocytů dověděly přes reklamu, ať už na internetu nebo v dopravním prostředku MHD. Ostatní uváděly jako zdroj své blízké, kamarádky, známé, rodinné příslušníky, například sestru, které s tím samy měly zkušenost. *„No, přivedlo mě k tomu to, že teta se dlouhodobě snažila o miminko, Potom šli na umělé oplodnění, to jim bohužel nevyšlo, ani podruhé. To byl pro mě takový popud, chtěla jsem pomoci.“* V jednom případě měla dárkyně vyložene motivaci pomoci jiné ženě, která děti mít nemůže, potom co si sama prošla zdravotními komplikacemi. *„Když mi bylo 22 let, měla jsem zdravotní potíže, když jsem se vyléčila, měla jsem potřebu něco darovat, například krev, plazmu. Potom jsem viděla na internetu, že bych mohla darovat vajíčka a pomoci někomu, kdo nemůže mít dítě.“*

Některé dárkyně se svěřily i s velmi osobními příběhy.

*„Úplně poprvé jsem se o té možnosti dozvěděla už v roce 2016 v Praze. Tenkrát jsem tam bydlela a jedna moje známá už to dárcovství podstoupila. Já jsem byla poměrně dlouho dárcem krve a plazmy a nějakým způsobem mě to asi před dvěma roky začalo znovu zajímat. Já jezdím každý den kolem FN Olomouc a vyvěsili tam obrovský transparent, tak*

*mě napadlo se ozvat. Ta touha pomáhat je ve mně tak nějak přirozeně. Mám vystudováno mezinárodní sociální humanitární práci a cítila jsem to vždycky a tohle byla jedna z možností, jak to ze sebe dostat. Navíc moje situace je taková, že my s manželem spolu děti mít nemůžeme. Já jsem zdravá, ale nám jako dvěma lidem dohromady to nejde.“*

Další dávkyně uvedly jako zdroj reklamy na internetu nebo své blízké okolí – kamarádku apod.

*„No, takže k dárcovství jsem se dostala přes reklamu na internetu. Vzhledem k tomu, že jsem poprvé byla darovat jako student, tak mě nejvíce motivovala ta finanční stránka. Když jsem byla dva roky potom, tak už to nebylo úplně kvůli té finanční stránce.“*

*„Tak viděla jsem to na internetu, ale moje kamarádka darovala, takže mi o tom vlastně řekla. Ona darovala už několikrát, já jsem to potom viděla na internetu, tak mě napadlo, že to zkusím.“*

## **Otázka č. 2**

### **Co bylo pro vás hlavním motivem pro darování? Proč jste se pro dárcovství oocytů rozhodla?**

U této otázky byla snaha především zjistit, jaký motiv u dávkyně převládal. Tato otázka může být již pro dávkyně choulostivější, avšak u žádné z nich nebyla pocítěna nechuť odpovídat. Dvě dávkyně přiznaly, že motivací byly pouze čistě finance.

*„No, nebudu lhát, když jsem viděla, že za to je i nějaká finanční kompenzace, tak se mi to líbilo. Když jsem darovala poprvé, podruhé, bylo mi něco málo přes dvacet. V pozdějším věku mi to začalo dělat radost. V poslední době jsem byla dvakrát a jsem ráda, že mohu někomu pomoci. Mám i hodně kamarádek, které děti mít nemohou.“*

U dalších dvou dávkyně byl důvod darovat půl na půl, tedy věděly o finanční kompenzaci, ale samotný proces je natolik zajímavý, že jej chtěly samy vyzkoušet.

*„Chtěla jsem to zkusit. A samozřejmě, že je tam i nějaké finanční ohodnocení, ale spíš jsem to chtěla zkusit, Ta kamarádka z toho měla hrozně dobrý pocit, navíc já mám doma dvojčata, tak jsem si řekla proč to nezkusit. Samozřejmě těch 25 tisíc je takový bonus, ale i po tom zákroku mi bylo hrozně dobře.“*

Dvě dávkyně neměly o finanční kompenzaci ani ponětí. *„Pomoci někomu. O finanční kompenzaci jsem vlastně vůbec napoprvé nevěděla.“*

Některé z nich při prvním odběru oocytů pokládaly kompenzaci za důležitou, později při opakovaných odběrech již konaly z potřeby pomoci ostatním ženám.

Dárkyně č. 6 chtěla své oocyty darovat své kamarádce, která mít děti nemohla, což legislativně není možné. „*No dostala jsem se k tomu poprvé díky kamarádce, protože se snažila strašně dlouho otěhotnět, tak mi vnukla nápad, že bych mohla být dárkyně. Nejdřív jsem nad tím hodně přemýšlela, pak jsem si řekla, že do toho půjdu. Myslela jsem si, že budu moct vajíčka dát jí. Potom jsem se dověděla, že to je anonymní a ona to moje vajíčko nedostane. Bylo mi řečeno, že ty buňky putují do ciziny. Nicméně ty peníze z toho, co jsem dostala, jsem darovala jí, aby je mohla použít na umělé oplodnění, které stojí hodně peněz.*“

Z těchto výsledků vyplývá, že pouze dvě dárkyně z osmi uvedly jako prvotní motivaci finanční kompenzaci, pro další dvě byla kompenzace stejnou mírou motivem jako potřeba pomoci a u ostatních, tedy u dalších čtyřech dotázaných, byla hlavní motiv pomoc páru, který děti mít nemůže. Tudíž lze vyvrátit hypotézu, že dárkyně podstoupí proces dárcovství z finančních důvodů.

Peněžní kompenzace za darování oocytů za účelem léčby infertility nebo výzkumu je velmi citlivá záležitost, která je také spojena s určitými právními a etickými problémy. Finanční odměna je chápána jako jakési vyrovnání se ženou dárkyní za její vynaložený čas, diskomfort spojený s mnoha vyšetřeními a celým procesem dárcovství, který obnáší hormonální stimulaci a může působit dárkyni stres. Zároveň kompenzuje náklady za cestování a další problémy, které mohou nastat. Na kompenzaci by ale neměly mít žádný vliv množství a kvalita odebraných oocytů a také ne etnikum či osobnost ženy dárkyně (Chaloupská, 2009).

### **Otázka č. 3**

**Měla jste dostatek informací před podstoupením procesu dárcovství? Překvapilo vás později něco, co jste nevěděla?**

Většina dárkyň uvedla, že měly dostatek informací, které jim na klinice byly poskytnuty. Některé dárkyně darovaly i na jiných klinikách, než na výše zmíněné olomoucké klinice Fertimed, s.r.o. Proto se také výpovědi v některých oblastech liší. Dárkyně č. 2 uvedla, že o samotném procesu dárcovství věděla vše, nicméně byla překvapená komplikacemi, jež nastaly po darování oocytů, které mohou nastat a na které klinika své klientky upozorní.

„*Takhle jsem věděla o všem, kromě některých problémů po dárcovství. Měla jsem také hyperstimulační syndrom, bolesti apod. To jsem nevěděla, že bude až takhle nepříjemné.*“

U této otázky je možné říct, že 100 % dotázaných dárkyň mělo dostatek informací. U dárkyň č. 2 nastala komplikace hyperstimulačního syndromu, který ale na klinice vzápětí vyřešili. Dárkyň č. 4 se obávala toho, že si doma musí sama aplikovat jehlou stimulační látku, proto uvedla, že jí s tím pomohli blízcí a rodina.

*„No, tak jako celkově spíše zarážející pro mě bylo, že si budu muset píchat injekce. To já nesnáším, takže mi pomohla rodina.“*

Dárkyň č. 7 uvedla, že byla překvapená množstvím vyšetření a také finanční kompenzací.

*„Bude to znít jako klišé, ale já jsem vůbec nevěděla, že je nějaká kompenzace finanční. Myslela jsem si, že přijdu k nějakému odběru a odcházím. A potom ještě množství komplexních vyšetření, kdy se to opravdu do hloubky řeší, kdo je a kdo není vhodný dárcem.“*

Lze tedy říct, že dárkyň jsou velmi dobře informované, kromě poskytnutých informací na klinice si samy hledají informace, zároveň si jsou většinou vědomy rizik, která mohou nastat a na která je pracovníci klinik připravují.

#### **Otázka č. 4**

##### **Probírala jste to se svým okolím? Jaký názor měla rodina a přátelé?**

V této otázce se autorka snažila zjistit, zda mají dárkyň psychickou podporu ve svém okolí, zda je pro dárkyň jednoduché se s tímto svěřit svému okolí, partnerovi či rodině a jaký na to má společnost názor. Zda je téma dárčovství oocytů spíše tabuizováno nebo jsou rodinní příslušníci a přátelé dotázaných otevření tento fakt přijmout, pokud se tedy dárkyň rozhodne o tuto intimní záležitost podělit s někým jiným.

Dvě dárkyň odpověděly, že svoje rozhodnutí s nikým neprobíraly. Dárkyň č. 6 uvedla, že se nikomu nesvěřila.

*„Nikdo to nevěděl, protože tenkrát jsem již darovala plazmu a na to se rodiče netvářili moc vesele. Takže jsme to věděli jen já ona a její manžel. Zmínila jsem se pouze své sestřenici, která také byla darovat.“*

Pouze dárkyň č. 5 uvedla, že o dárčovství otevřeně mluvila se svým manželem a rodinou. *„S manželem jsem to probírala, ten řekl, proč ne, rodina nijak neprotestovala.“* Ostatní respondentky přiznaly, že někomu mohly o dárčovství říct, ale zároveň si jsou vědomy, že je to natolik citlivá záležitost, že pro ni nemusí mít každý pochopení.



Dárkyně č. 1: „*Mám kolem sebe přímo lidi, se kterými vím, že to probrat můžu a lidi, kteří jsou proti tomu, že mi někde po světě budou běhat děti. S někým se to probrat dá s někým ne.*“

Dárkyně č. 3 uvedla: „*Tak myslím si, že to není úplně věc, kterou každý přijme. Také si myslím, že dnešní společnost to ještě úplně nepřijala. Někdo řekne, že to je super, ale v 90% řeknou „Ježíš, co tě to napadlo?!“*“

Dárkyně č. 7 uvedla: „*No ze začátku jsem si ten záměr nechávala pro sebe, protože jsem přemýšlela v rovině, že si se svým tělem můžu dělat, co já chci. Vesměs jsem se ale setkala s pozitivní reakcí. Manžel byl trochu vyděšený, zda mě to zdravotně neohrozí, ale jinak pozitivně. Hodně lidí mi to schválilo, ale hodně jsem narazila u kamarádek, který by do toho nešly.*“

Z výpovědí se dá usoudit předpokládané, a to že společnost stále není úplně připravená toto téma otevírat a podporovat dárkyně. Většina dárkyň uvedla, že se svými blízkými své rozhodnutí sice konzultovaly, ale na to, zda dárcovství podstoupí, to však nemělo velký vliv, jelikož již byly plně rozhodnuté. Mnoho jistě dělá i fakt, že rodinní příslušníci mohou mít větší strach z komplikací a bojí se o zdraví člena rodiny. Jak ale uvedla jedna z dárkyň, toto rozhodnutí je soukromá věc každé ženy a každá z nich má právo svobodně nakládat se svým tělem.

#### **Otázka č. 5**

**Věděla jste, že existují nějaká zdravotní rizika dárcovství (ovariální hyperstimulační syndrom apod.)?**

Tato otázka souvisí částečně s otázkou č. 3, zda měly dárkyně dostatek informací. Zajímavé, jsou ale příběhy, které některé z dárkyň podkryly, což může pro nezaujatého čtenáře dokreslit i motivaci k samotnému dárcovství či nastínit náročnost celého procesu, do kterého dárkyně vstupují.

O zdravotních rizicích se většinou dárkyně dozvěděly přímo na klinice nebo si samy informace hledaly.

Dárkyně č. 7: „*No, je fakt, že jsem ten typ pacienta, který když se pro něco rozhoduje, tak si o tom dost čte. Takže jsem o tom věděla a při té druhé stimulaci jsem měla lehčí reakci. Neříkám, že jsem neměla strach, ale překonala jsem ho. Věděla jsem, do čeho jdu.*“

Dárkyně č. 1 uvedla, že při prvním odběru, kdy jí bylo dvacet dva let, si nebyla vědoma všech rizik a dozvěděla se o nich až později.

„*No popravdě, kdysi, když mi bylo asi 22, tak jsem nevěděla ... věděla jsem, že nějaké riziko může být, ale přesně jsem nevěděla, teď už vím.*“

Dárkyně č. 2 měla po odběru komplikaci v podobě hyperstimulačního syndromu (OHSS). Jedná se o velkou komplikaci, která se může objevit během stimulační fáze a označuje nepřiměřenou reakci vaječnicků na podávaný hormon. Léčba této komplikace zatím neexistuje. Tímto syndromem je postižena přibližně jedna žena ze sta.

„*Nevěděla jsem, co můžu očekávat, až po třetím nebo čtvrtém dárcovství, kdy jsem měla ten hyperstimulační syndrom. Asi týden bolesti, mohla jsem jen ležet. To jsem nevěděla, že bude až takhle nepříjemné.*“

Ostatní dárkyně byly informované přímo na klinice. Jen dárkyně č. 6 přiznala, že o rizicích vědět nechtěla a ani se raději o ně nezajímala. „*No tak to jsem třeba nevěděla, na to jsem se neinformovala. Ale já jsem ty rizika nechtěla vědět, odmítám to vědět. Já bych se potom bála a tenkrát bych do toho nešla. Potom jsem si o tom ale četla, ale až po tom odběru. Moc jsem se potom nepídila.*“

#### **Otázka č. 6**

**Na otázku, zda dárkyně před procesem něco odrazovalo, většina dárkyň odpověděla, že měly strach právě z rizik, která mohou nastat, případně ze samotného odběru a narkózy, ve které se odběr oocytů provádí.**

Dárkyně č. 4 uvedla, že kromě strachu z narkózy měla po zákroku také problém s hormony, který vedl k nadbytku tělesné hmotnosti.

„*Narkóza. Předtím jsem byla párkrát na operaci s kolenem a vždy jsem měla nějaký problém. Z toho jsem měla největší strach. Nakonec to bylo úplně bez problému. Akorát jsem velmi přibrala, asi nějakých 15 kg kvůli těm hormonům. Takže jsme to potom řešili s panem doktorem, ale bylo to kvůli zůstávajícím hormonům v těle.*“

Dárkyně č. 8: „*No, vzhledem k tomu, že nikdy není nic stoprocentní, ten výsledek, myslím jako, co se mohlo stát, z toho jsem měla trochu strach. Ale nic hrozného to nebylo. Odrazovalo mě to, co mohlo nastat, ale bylo to v pohodě.*“

Ostatní dárkyně měly spíše přirozené obavy, že se během zákroku může něco zkomplikovat.

Dárkyně č. 2: *„No, ne že odrazovalo, ale vždycky je tam takový ten strach. Strach z narkózy, v jakém stavu se probudím. Ta nervozita předtím.“*

#### **Otázka č. 7**

##### **Podstoupila byste celý proces, i kdyby zde nebyla finanční kompenzace?**

Tato otázka opět souvisí s otázkou motivace dárkyň. Jak již bylo uvedeno u otázky č. 2, kde jsou dárkyně tázány na hlavní motivaci dárcovství, pouze dvě dárkyně potvrdily finanční kompenzaci jako hlavní motiv.

Následující odpovědi pouze potvrzují, že finanční kompenzace nebyla pro dárkyně tolik důležitá, zvláště pokud se dárkyně rozhodly pro více odběrů, což byla většina. Při podstoupení dalších odběrů se pro dárkyně stává finanční odměna nepodstatnou a většinou chtějí pouze pomoci. Dárcovství pohlavních buněk je v České republice bezúplatné, avšak dárcům, resp. dárkyním jsou kompenzovány vynaložené výdaje spojené s darováním. Pouze jedna dárkyně by proces bez finanční kompenzace nepodstoupila. *„No, to nevím. Možná budu sobecká, ale asi ne.“*

Dvě dárkyně uvedly, že pro ně finance byly důležité pouze na začátku, tedy při prvním odběru, později již ne a podstoupily by celý proces i bez finanční odměny.

*„No, poprvé to bylo vyloženo kvůli tomu, ale potom bych šla i bez té kompenzace.“*

#### **Otázka č. 8**

##### **Zajímalo vás, kdo dostane vaše pohlavní buňky? (Zda se vajíčko uchytilo?)**

Otázka, která je spíše teoretická, jelikož dárkyně nemají přístup k takovým informacím. A dárcovství je anonymní, viz kapitola 3.3.3. Je tedy vyloučeno, aby některá žena dostala vajíčko například od kamarádky apod. Při některých rozhovorech ale dárkyně potvrdily (ne přímo na jmenované klinice), že bylo klientkám naznačeno, že přímo díky jejich oocytům již některá z žen čeká dítě/děti, což mohla také být motivace pro další dárcovství.

Dárkyně č. 4: *„Ano, zajímalo. Dokonce jednou se mi jedna sestřička prokecla a vím, že mám svoje trojčata. Pro paní to byla poslední šance, jelikož byla asi popáté. Byla jsem z toho hrozně nadšená. Ale jsem ráda, že je to anonymní.“*

Dárkyně č. 6: *„Jo, to mě teda hrozně zajímalo a chtěla jsem vědět, hlavně u těch prvních. Ale nějak jsem doufala, že se uchytilo.“*

Dárkyně č. 7: „*Tak taková přirozená zvědavost tam je. Klinika Fertimed ty věci nikterak nesděljuje. Ve FN mi výsledek naznačili. Řekli mi, že toho času oplodňovali 16 mých vajíček, tak mě to zajímalo, zda někde bude 16 mých kopií. (Smích). Zajímalo mě, jestli to dítě někde nepotkám, taková ta vnitřní intuice. Ale nikdy bych se po tom nepídila. Je to taková ta věc mezi nebem a zemí.*“ Podobně odpověděla i dárkyně č. 8: „*Tak určitě by mě to zajímalo, hlavně poprvé bych to určitě chtěla vědět. Ale podruhé už jsem si řekla jen, že je super, že mohu někomu pomoci a dál mi do toho nic není a budu ráda, když to dobře dopadne.*“

Z výše uvedeného vyplývá, že všechny ženy kromě jedné, která to vůbec nechtěla vědět, jsou zvědavé, zda se vajíčko uchytilo, a tedy bylo využito k účelu, kvůli kterému klientky zákrok podstupují, což se dá očekávat. Klinika ale garantuje stoprocentní anonymitu, a to jak dárkyně, tak příjemkyně oocyty, tudíž je jakákoliv možnost zjistit totožnost naprosto vyloučená. Po prvním přijetí dárkyně k procesu dostává dárkyně své číslo, pod kterým je všude uvedena a komunikuje s koordinátorkou, která je na klinice k dispozici klientkám a je s nimi po celou dobu procesu v kontaktu. Stará se o průběh od začátku hormonální stimulace až po závěr procesu, tedy odběr vajíček. Z odpovědí byla zjištěna informace, že na některých pracovištích jako například FN mohou v tomto ohledu být shovívavější a mohou naznačit úspěšnost procesu, jakákoliv totožnost je ale i zde anonymní.

Zajímavý je fakt, že v některých státech, jako například Island nebo Kalifornie, je na dárci aby se sám rozhodl, zda chce darovat anonymně nebo neanonymně. Stejně tak příjemci si mohou vybrat, zda chtějí gametu od anonymního dárce nebo neanonymního (Chaloupská, 2009).

Celkově tedy ze získaných informací vyplývá, že příjemkyně, až na jednu výjimku, informace, zda se jejich vajíčko uchytilo, zajímaly. Nedělají si však žádný nárok na narozené dítě s jejich genetickou informací.

### **S tím souvisí i otázka č. 9, kdy jsou dárkyně tázány, zda by chtěly vidět nebo poznat dítě se svou genetickou informací.**

Tady už byly dárkyně zdrženlivější a většina z nich by dítě vidět nechtěla. Dárkyně č. 2 uvedla, že je to již velmi citlivé. Některé si to nedokázaly ani představit. Pouze tři dárkyně uvedly, že ano. „*Určitě, zajímalo by mě to. Zda je tam podoba.*“

Ostatní by se po tom nepídily. Dárkyně č. 8 řekla: „*Ze začátku jsem si řekla, že jo, ale s odstupem času si tím nejsem úplně jistá. Možná by mi to přišlo i líto. Ale zase nevím,*

*kdo to vajíčko dostane a jak ty moje genetické informace budou korespondovat s těma jinýma.*“

**V otázce č. 10 je zjišťováno, zda se účastní ještě jiného dárcovství např. krve, krevní plazmy, kostní dřeně apod.**

Tahle informace může pomoci dokreslit celkovou představu o tom, jaké typy dárcyň oocyty darují, myšleno ve smyslu povahy, charakterových rysů apod.

Zajímavá odpověď byla získána od dárcyň č. 3, která řekla: *„Jednou jsem byla objednaná, ale měla jsem z toho větší strach. Takhle jsem aspoň uspaná“*. Je pro ni tedy horší darovat krev než podstoupit celý proces odebrání oocytů, který je proveden v celkové anestezii.

Další dárcyň darovaly v minulosti také krev a krevní plazmu. Dárcyň č. 4 darovala kostní dřeň. Zbytek dárcyň se neúčastnilo žádného jiného dárcovství. Dárcyň č. 7 uvedla: *„Ano, ale ne v tuhle chvíli. Svého času jsem to dost přeháněla, zejména ta plazma. Začala jsem být dost náchylná na nemoci.“*

**Poslední otázka, která je zahrnuta do výsledků výzkumu, zjišťuje, zda dárcyň samy chtějí mít děti. Jak tato otázka souvisí s motivem dárcyň?**

Ženská motivace k asistované reprodukci se jeví být těsně spjata s niternou touhou po naplnění mateřské role. Proto dárcyň, které samy již děti mají, se dokážou velmi empaticky vcítit do pocitů žen, které děti samy mít nemohou. To je možné vidět i ve výpovědích jednotlivých dárcyň. Pět dárcyň z osmi dětí již mají. Dvě dárcyň přiznaly, že děti mít se svým partnerem nemohou. *„... navíc moje situace je taková, že my s manželem spolu děti mít nemůžeme. Já jsem zdravá, ale nám jako dvěma lidem dohromady to nejde.“*

I proto se chtějí realizovat alespoň v dárcovství svých oocytů. *„Chceme mít děti, ale není to u nás jednoduché, můžeme jen uměle s manželem.“* Jedna dárcyň zatím děti nemá, ale v budoucnu děti mít určitě chce.

#### **4.5.1 Shrnutí výsledků**

##### **Informovanost dárcyň**

V tabulce 2 je uvedeno shrnutí výsledků v oblasti informovanosti dárcyň. Zda byly dostatečně informované o průběhu procesu, kde se o dárcovství dozvěděly (z reklamy

či od kamarádky nebo blízkého okolí dárkyně) a zda si uvědomovaly zdravotní rizika, která mohou nastat.

Tab. 2 Shrnutí výsledků v oblasti informovanosti dárkyň

<b>Informovanost (otázky 1, 3, 5)</b>	<b>Dostatek informací před započítím procesu</b>	<b>Reklama/Blízké okolí kamarádka</b>	<b>Přehled o zdravotních rizicích během procesu</b>
Dárkyně č. 1	✓	Reklama na internetu	
Dárkyně č. 2	✓	Blízké okolí	
Dárkyně č. 3	✓	Blízké okolí, reklama na internetu	✓
Dárkyně č. 4	✓	Blízké okolí	
Dárkyně č. 5	✓	Reklama na internetu	✓
Dárkyně č. 6	✓	Blízké okolí	
Dárkyně č. 7	✓	Reklama na ulici	✓
Dárkyně č. 8	✓	Reklama na internetu	✓

Zdroj: vlastní zpracování

Závěrem na téma informovanost dárkyň lze říci, že velkou roli v získávání prvních informací pro dárkyně jsou kromě reklam a letáků také rozhovory se známými, kamarádkami či ženami v jejich blízkém okolí, které již tuto zkušenost zažily a například doporučily.

Konkrétně 56 % z oslovených dárkyň se o dárcovství dozvědělo z reklamy a 44 % od svých známých. Většina dárkyň odpověděla, že před procesem měly dost informací, většinou si je samy načetly a samozřejmě dostaly také na klinice. Do procesu dárcovství šly všechny tedy plně informované a schopné přijmout všechna rizika. Kromě jedné dárkyně, která si nepřála rizika vědět, a dvou dalších, které se o ně nijak zvláště nezajímaly. Menší část z nich měla jisté obavy, které však nebyly zhodnoceny jako natolik závažné, aby kvůli nim proces nepodstupovaly.

Dárkyně většinou překvapilo množství vstupních vyšetření, která musejí absolvovat. Nedá se ale říci, že by je odrazoval strach z komplikací – například ani z ovariálního hyperstimulačního syndromu. Jedna z dotázaných žen měla s tímto syndromem problém, avšak dárcovství podstoupila i tak znovu. Informace o procesu zjišťovaly tedy dárkyně hlavně přímo na klinikách, od kamarádek či z internetu.

## Motivace dárkyně

V tabulce 3 je zachyceno shrnutí výsledků v oblasti motivace dárkyň. Z tabulky je zřejmé, že pouze dvě dárkyně by proces bez finanční kompenzace nepodstoupily, přičemž pro většinu z nich to nebyl hlavní motiv.

Tab. 3 Shrnutí výsledků v oblasti motivace dárkyň

Motivace k dárcovství (otázky 2, 7)	Finanční kompenzace	Potřeba pomoci/zájem vyzkoušet	Podstoupila by proces bez finanční kompenzace
Dárkyně č. 1	✓	✓	
Dárkyně č. 2	✓		
Dárkyně č. 3	✓	✓	✓
Dárkyně č. 4		✓	✓
Dárkyně č. 5		✓	✓
Dárkyně č. 6		✓	✓
Dárkyně č. 7		✓	✓
Dárkyně č. 8	✓	✓	✓

Zdroj: vlastní zpracování

Ke shrnutí celku motivace dárkyň lze tedy říci, že dárkyně chtějí především pomáhat jiným, ale finance v motivaci dárkyň hrají také důležitou roli. Většina dárkyň přesto uvedla jako hlavní motivaci pomoc neplodným párům.

Respondentky často uváděly, že hlavně při již několikátých odběrech je finance příliš nevnímaly, ale zalíbilo se jim, že právě díky jejich oocytům vznikne nový život a dají tak naději jinému páru. Pouze dvě dárkyně by celý proces bez finanční kompenzace nepodstoupily a jen jedna z nich uvedla, že peníze byly hlavní motivací. Zajímavé je, že 50 % dotázaných řeklo, že o finanční kompenzaci zájem neměly nebo si jí nebyly vědomy a byl to jen příjemný bonus.

Ostatní měly kromě možnosti zisku i potřebu pomoci někomu jinému. Dá se tedy celkově říct, že hypotéza, která byla na začátku stanovena, tedy že dárkyně darují svá vajíčka za účelem zisku peněz, se nepotvrdila. Naopak bylo potvrzeno, že povaha dárkyň je spíše prosociální.

Výsledky v této oblasti se tedy shodují se studií, která je uvedena v kapitole 3.4.2 z roku 2009.

## Etický pohled dárkyně

V tabulce 4 jsou shrnuty výsledky v oblasti, která se týká etické stránky. Zjišťováno bylo, zda by dárkyně měly zájem vědět, jestli se jejich pohlavní buňka uchytila, jestli by měly zájem vidět dítě, které z ní vzešlo a zda se účastnily i jiného dárcovství – např. krevní plazmy, krve, kostní dřeně apod. Je nutno podotknout, že otázky ohledně dítěte, příjemců a úspěšnosti procesu jsou hypotetické, vzhledem k oboustranné anonymitě.

Tab. 4 Výsledky v oblasti etické stránky

<b>Etika dárcovství (otázky č. 8, 9, 10)</b>	<b>Úspěšnost oplození</b>	<b>Zájem o identitu příjemce</b>	<b>Zájem o identitu/vzhled dítěte</b>	<b>Jiné dárcovství (krev, plazma, kostní dřeň)</b>
Dárkyně č. 1	✓	✓	✓	
Dárkyně č. 2				
Dárkyně č. 3	✓			
Dárkyně č. 4	✓	✓	✓	✓
Dárkyně č. 5	✓	✓	✓	✓
Dárkyně č. 6	✓			✓
Dárkyně č. 7	✓	✓	✓	✓
Dárkyně č. 8	✓	✓	✓	

Zdroj: vlastní zpracování

Co se týká etické oblasti celého dárcovství, výsledky poukazují i na povahové rysy dárkyň. Polovina z dotázaných se účastní nebo v minulosti účastnila i jiného dárcovství, například krev, krevní plazma apod.

Z výše uvedeného lze říci, že informace, zda se jejich vajíčko uchytilo, by dárkyně zajímaly. Nedělají si však žádný nárok na narozené dítě s jejich genetickou informací, i když pět dárkyň by projevilo zájem vidět například vidět, jak dítě vypadá, co zdědilo apod.

Stejně množství žen by zajímal i příjemce jejich oocytů. Je nutno říci, že jde ale o čistou zvědavost. Toho, že je například dítě po dosažení plnoletosti vyhledá, se však dárkyně bát nemusí, v České republice je darování oocytů anonymní, viz kapitola 3.3.3.



## 5 PRAKTICKÉ VYUŽITÍ NA ZŠ

Vzhledem k tomu, že poruchy plodnosti jsou stále rozšířenějším problémem ve společnosti, metody asistované reprodukce jsou častou praxí, o které se přesto stále málo mluví. Na nárůst těchto technik by měl být brán ohled i v rámci základního vzdělávání žáků, kteří se v posledních ročnících základních škol učí o reprodukci a sexuálním chování. Proto je v praktické části diplomové práce zpracovaný materiál, který se touto problematikou zabývá, a může tedy sloužit jako předloha či zdroj nápadů pro učitele. Může být využit jak v rámci etické výchovy, kde je jedno z aplikačních témat sexuální zdraví, případně zakomponovat tuto problematiku ve spojení s etickými hodnotami, které jsou také v obsahu doplňujícího vzdělávacího oboru, či v rámci práva. Zároveň i v předmětu Výchova ke zdraví na druhém stupni základní školy. Jelikož pohlavní soustava je probírána většinou v osmém ročníku, a jejíž znalost je potřebná ke správnému pochopení tématu, problematiku neplodnosti a léčby neplodnosti by autorka zařadila do výuky v devátém ročníku.

### 5.1 Struktura vyučovací jednotky

Jak by mohla vypadat konkrétní struktura vyučovací jednotky, zaměřená na danou problematiku, je popsána níže.

**Vzdělávací oblast:** Člověk a zdraví

**Vzdělávací obor:** Výchova ke zdraví

**Mezipředmětové vztahy:** Přírodopis (oplození), Anglický jazyk (některé termíny)

**Umístění:** 9. ročník

**Hodinová dotace:** 1–2 hodiny

**Téma hodiny:** Neplodnost a asistovaná reprodukce

**Výchovně vzdělávací cíle**

- Žák definuje pojem neplodnost.
- Žák vyjmenuje příčiny ženské infertility (neplodnosti).
- Žák zná metody léčby neplodnosti.
- Žák definuje pojem asistovaná reprodukce.
- Žák rozumí procesu asistované reprodukce a dokáže vyjmenovat její druhy.

**Nové pojmy:** Neplodnost, dárcovství pohlavních buněk, in vitro fertilizace, intrauterinní inseminace, bazální teplota, endometrium, laparoskopie, rentgen.

**Použité metody:** Výklad, diskuse, samostatná práce, brainstorming, práce s PC, vysvětlování, rozhovor.

**Použité formy:** Hromadná (frontální) výuka.

**Pomůcky:** Tabule, křída, ppt prezentace, projektor, doplňovací zápis k prezentaci, tajenka, otázky k názorům, videa.

### Osnova hodiny

Tab. 5 Vyučovací jednotka č. 1, 2

Fáze hodiny	Činnost vedoucí k naplnění výukových cílů	Vyučovací forma	Vyučovací metoda	Čas	Prostředky
<b>Úvod</b>	Zápis do třídní knihy, seznámení žáků s učivem dnešní hodiny	Hromadná	Výklad	5 min	
<b>Hlavní část</b>	Krátké opakování z hodin biologie – téma oplození. Dále expozice nového učiva – pomocí brainstormingu, výkladu, rozhovoru, použitím připravené prezentace se probere téma neplodnosti a AR (asistované reprodukce). Žáci si během výkladu dělají zápis do sešitů či do pracovních listů. Témata: ženská neplodnost, možná léčba neplodnosti a její metody, dárcovský program	Hromadná	Výklad, diskuse, brainstorming, vysvětlování a odpovídání na otázky žáků	25 min	Prezentace ppt, projektor, tabule, psací potřeby, internet, pracovní listy
<b>Závěr</b>	Žáci mají prostor pro vyjádření vlastního názoru, společné shrnutí a diskuse, zhodnocení hodiny, pochvala žáků. Při použití pracovních listů společná kontrola.	Hromadná	Diskuse	10 min	

Zdroj: vlastní zpracování

## 5.2 Prezentace

K expozici nového učiva slouží powerpointová prezentace na téma neplodnost a objasnění pojmu asistované reprodukce. Tato kapitola může sloužit jako manuál pro učitele s návody, jak prezentaci v hodině využít nebo jaké otázky žákům pokládat. Cílem je usnadnění a srozumitelnost celé teoretické části hodiny. Výstupem z hodiny je zápis, přičemž si žáci během prezentace zapisují do sešitů či pracovních listů a zaznamenávají i následné poznatky z diskuse vedené na konci hodiny.



Obr. 12: Prezentace – Neplodnost a asistovaný reprodukce

Prezentace vychází z tematicky diplomové práce. Snaží se podat srozumitelný a ucelený pohled na problematiku neplodnosti a asistované reprodukce, který je zároveň přiměřený žákům základních škol.



Obr. 13: Prezentace – Představa pod pojmem neplodnost

Druhý snímek zachycuje úvodní brainstorming, kdy žáci říkají vše, co je pod pojmem napadá. Pojmy chodí žáci zapisovat na tabuli – zapojíme žáky již od začátku výuky.

## OPAKOVÁNÍ – JAK DOJDE K OPLODNĚNÍ?

- -SPERMIE SE POMOCÍ BIČÍKU DOSTÁVÁ Z POCHVY DO DĚLOHY A POTÉ DO VEJCOVODU
- ZDE PŘI STYKU S VAJÍČKEM DOCHÁZÍ K OPLODNĚNÍ – TZV. FERTILIZACI
- VIZ VIDEO
- [HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/WATCH?V=4TFIYAPD63C](https://www.youtube.com/watch?v=4TFIYAPD63C)



Obr. 14: Prezentace třetí snímek – Opakování – jak dojde k oplodnění

Na dalším snímku zopakujeme s žáky učivo z přírodopisu/biologie na téma oplození, pro lepší představivost můžeme využít video o oplodnění, viz odkaz v prezentaci. Video od *Wikiskripta* má český komentář a popisuje detailně proces fertilizace, zároveň nezabere moc času, jelikož má cca 3 minuty. Učiteli tedy usnadní vysvětlení.

## CO JE NEPLODNOST?

- JE KLASIFIKOVÁNA JAKO NEMOC
- = PRIMÁRNÍ NESCHOPNOST MUŽE NEBO ŽENY POČÍT DÍTĚ
- MŮŽE ZNAMENAT I STAV KDY ŽENA NEMŮŽE DÍTĚ V POŘÁDKU DONOSIT A PORODIT



Zdroj: <https://www.ulekare.cz/clanek/neplodnost-a-jejji-priciny-11192>

Obr. 15: Prezentace – Co je to neplodnost

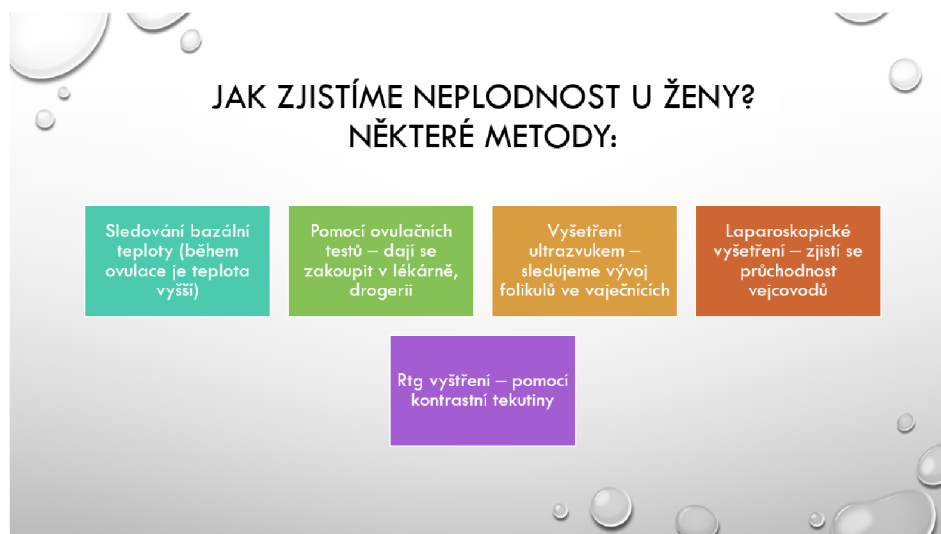
Na čtvrtém snímku již žákům představíme pojem neplodnost. Zároveň využijeme pojmy z brainstormingu žáků z úvodu hodiny, kde nápady uvedené na tabuli mohou sloužit jako definice. Žáci si zároveň zapisují poznámky do sešitů.



Obr. 16: Prezentace – Příčiny neplodnosti

Na pátém snímku vysvětlujeme žákům, jaké příčiny způsobují neplodnost u žen. Dvě příčiny si žáci zapíší do sešitu.

Na následujícím šestém snímku uvádíme některé z metod, které slouží pro zjištění příčiny ženské neplodnosti. Jelikož je metod více a zjišťování příčin u žen je složitý proces, jsou zde uvedeny pouze některé, aby měli žáci představu. Jednu metodu, kterou si žáci vyberou, si zapíší do sešitu.



Obr. 17: Prezentace – Metody pro zjištění neplodnosti

Na sedmém snímku uvádíme dvě hlavní metody léčby. A to intrauterinní inseminaci a in vitro fertilizaci. IVF pak vychází ze špatné úspěšnosti léčby neprůchodnosti vejcovodů. Žáci si oba pojmy po vysvětlení učitelem zapíší do sešitu.



Obr. 18: Prezentace – Možná léčba neplodnosti

Na dalším snímku je v bodech popsán proces IVF metody s vlastními vajíčky. U tohoto bodu žáky obeznámíme i s tím, že existuje možnost dostat vajíčka od dárkyně, nebo naopak je možné je darovat na specializovaných klinikách věnujících se IVF.



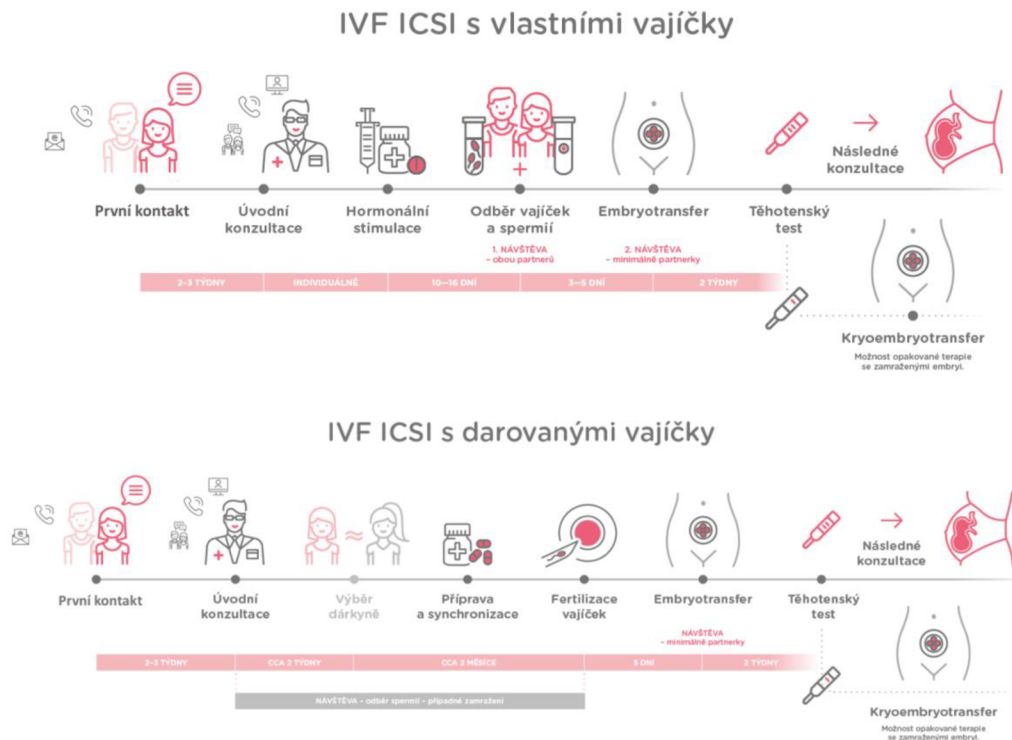
Obr. 19: Prezentace – Proces IVF

Doplňující komentář učitele k procesu IVF pomocí darovaných vajíček:

- 1) Proces IVF začíná hormonální stimulací ženy, která je nutná k získání většího počtu vajíček, než při pravidelném ovulačním cyklu.
- 2) Průběh stimulace je sledován lékařem pomocí ultrazvuku. Zralá vajíčka jsou odebrána v celkové anestezii pod ultrazvukovou kontrolou.
- 3) V den odběru vajíček probíhá také odběr spermatu partnera a odebraná vajíčka jsou následně oplozena spermii.

- 4) Embrya, která vzniknou, se uchovávají mimo tělo ženy. Po několika dnech kultivace se nejlepší embryo přeneše do dělohy ženy – tzv. „Embryo Transfer“. Zbylá kvalitní embrya lze i zamrazit a uchovat pro další léčbu.

Pro srovnání rozdílů v postupu procesu uvádíme následující dva obrázky. První je s vlastními vajíčky, druhý s darovanými vajíčky.



Obr. 20: Prezentace – IVF s vlastními a IVF s darovanými vajíčky

Zdroj: IVF CUBE, 2021

Na následujícím snímku žákům přiblížíme druhou metodu IVF, kterou je proces ICSI neboli intracytoplazmatická injekce spermie. Žáci si obě metody zapíší do sešitu.

**PROCES ICSI**

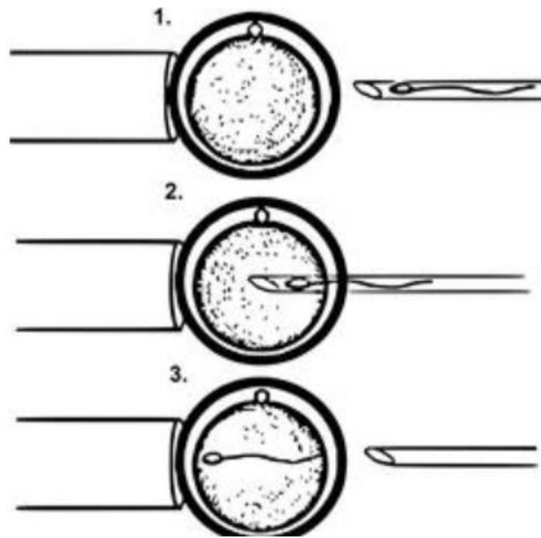
= INTRACYTOPLAZMATICKÁ INJEKCE SPERMIE

- NEJPOUŽÍVANĚJŠÍ **METODA**, PŘI KTERÉ JE DO KAŽDÉHO VAJÍČKA PŘENESENA JEDNA SPERMIE, KTEROU VYBÍRÁ EMBRIOLOG POD MIKROSKOPEM
- POKUD MUŽ NEPRODUKUJE DOSTATEK ŽIVÝCH A AKTIVNÍCH SPERMÍÍ
- OPĚT METODA MIMOTĚLNÍ, Tedy IVF

Zdroj: [www.uzdravimse.cz](http://www.uzdravimse.cz)

Obr. 21: Prezentace – Proces ICSI

Pro lepší představivost žáků uvedeme následující obrázek, který metodu popisuje.



Obr. 22: Presentace – IVF s vlastními

Zdroj: Modrý koník, 2015

Důraz této hodiny je kladen na dárcovství pohlavních buněk, zde je stručná definice dárcovského programu. Na konci výkladové části použije učitel video od *IVF Cube* s názvem „Jak funguje IVF“, které stručně vše shrnuje. Je dostupné opět s českým komentářem.

The infographic is titled "DÁRCOVSKÝ PROGRAM" in bold black letters. It features three colored boxes: an orange box with "01", a green box with "02", and a purple box with "03". Below these boxes is a link to a video: "Odkaz na video https://www.youtube.com/watch?v=KWURwEUpJ1Q". The background is light gray with decorative water droplets.

**DÁRCOVSKÝ PROGRAM**

**01**  
Program darování pohlavních buněk spočívá v tom, že je možné oddělit buňky mimo tělo člověka

**02**  
Dárce je třetí osoba, která stojí mimo neplodný pár a může tak páru pomoci počít dítě

**03**  
Proces dárcovství je legislativně ošetřen

Odkaz na video  
<https://www.youtube.com/watch?v=KWURwEUpJ1Q>

Obr. 23: Presentace – IVF s vlastními



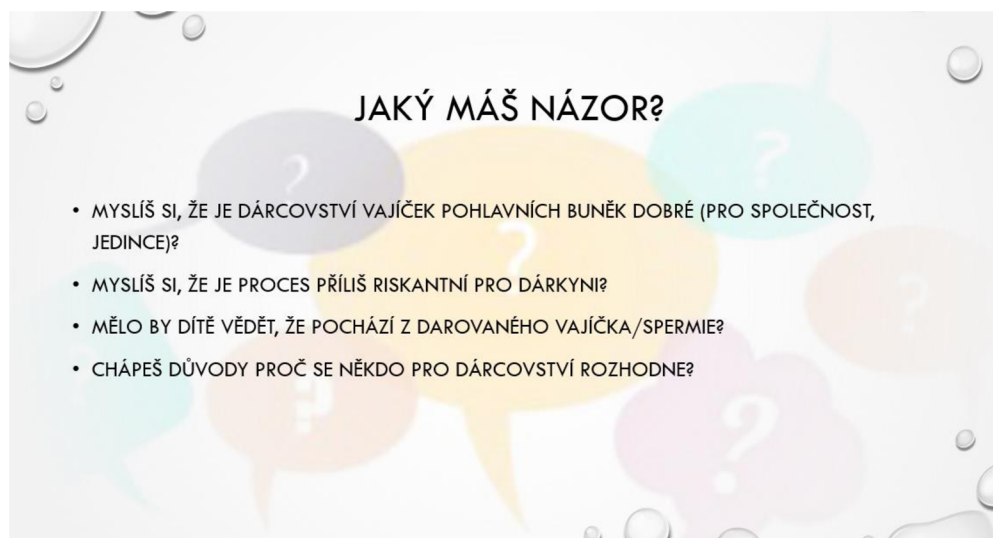
Ukázka videa:



Obr. 24: Prezentace – Jak funguje IVF

Zdroj: IVF CUBE, 2016

Poslední slide prezentace obsahuje otázky pro učitele směřované na žáky, kteří vyjádří svůj názor na tuto problematiku, jako rozvíjení samostatného uvažování a vyjadřování mohou být použity následující otázky. Ty mohou sloužit jako informační zdroj o názorech žáků.



Obr. 25: Prezentace – Názor na problematiku

Touto společnou diskuzí učitel hodinu ukončí a s žáky hodinu zhodnotí. V následující hodině si učivo zopakují a žáci dostanou k dispozici fixační materiál, který může sloužit jako samostatná či skupinková práce žáků. Prezentace je dostupná v elektronické podobě v přílohách. Jako zdroj sloužila samotná diplomová práce, další zdroje jsou uvedeny na konci prezentace.

### 5.3 Pracovní list

Jako fixační materiál, tedy prvek, který upevňuje informace získané v hodině, byl zvolen pracovní list, ve kterém žáci doplní vynechaná místa v textu. Pojmy již znají z předchozí prezentace. Buď mohou pracovat s učitelem, anebo může být tento použit jako samostatná práce žáků. Může být využit buď hned po výkladu a sloužit i případně jako zápis z hodiny, čímž se ušetří čas při prezentování nového učiva na konci hodiny. Nebo na začátku hodiny následující jako opakování (pokud by byla výuka pojata jako dvouhodinový blok). Jako další je vytvořena křížovka, kde žáci opět doplňují pojmy a následně vysvětlí pojem z tajenky. Obojí obsahuje i verzi pro učitele se správnými odpověďmi.

## PRACOVNÍ LIST NEPLODNOST A ASISTOVANÁ REPRODUKCE

### 1) Doplně vynechané pojmy

NeploDNost je klasifikovaná jako ..... Znamená, že partneři nemohou .....  
..... potomka, nebo žena nemůže v pořádku ..... své dítě.

NeploDNost u ženy může způsobovat například .....  
nebo .....

Způsoby, jakými můžeme zjistit neploDNost u ženy, mohou být např. ....  
..... nebo .....  
a další.

Asistovaná reprodukce obnáší dvě základní metody, a to:

INTRAUTERINNÍ ..... (vpravení spermií přímo do rodidel  
ženy) a IN ..... (IVF), což je oplodnění  
....., tedy provádí se ve zkumavce.

Jako další možnost, pokud pár nemůže použít svoje pohlavní buňky, se jeví použití  
vajíček nebo spermií od .....

## Verze pro učitele s doplněnými pojmy:

Neploidnost je klasifikovaná jako **NEMOC**. Znamená, že partneři nemohou **POČÍT** potomka, nebo žena nemůže v pořádku **DONOSIT** své dítě.

Neploidnost u ženy může způsobovat například **NESPRÁVNÁ FUNKCE OVULAČNÍHO CYKLU** nebo **POTÍŽE S VAJEČNÍKY**.

Způsoby, jakými můžeme zjistit neploidnost u ženy, mohou být např. **SLEDOVÁNÍM BAZÁLNÍ TEPLoty** nebo **VYŠETŘENÍM ULTRAZVUKEM** a další.

**(DÁLE: hormonální a ovulační testy, endometriální biopsie, laparoskopické posouzení průchodnosti vejcovodů, rentgenové vyšetření)**

Asistovaná reprodukce (AR) obnáší dvě základní metody, a to:

**INTRAUTERINNÍ INSEMINACI** (vpravení spermií přímo do rodidel ženy) a **IN VITRO FERTILIZACI** (IVF), což je oplodnění **MIMOTĚLNÍ**, tedy provádí se ve zkumavce.

Jako další možnost, pokud pár nemůže použít svoje pohlavní buňky, se jeví použití vajíček nebo spermií od **DÁRCE**.

### 2) Doplně křížovku a vysvětli tajenku:

- 1) Ženská pohlavní buňka se nazývá .....
- 2) Mužská pohlavní buňka se nazývá .....
- 3) Období v menstruačním cyklu ženy, kdy je nejvíce plodná .....
- 4) Neschopnost jedince počít dítě se nazývá .....
- 5) Osoba, která poskytne páru své pohlavní buňky .....
- 6) Vpravení spermií přímo do rodidel ženy .....
- 7) Oplození vajíčka spermií ve zkumavce říkáme .....
- 8) Jedna z metod umělého oplodnění se nazývá .....
- 9) Teplota, kterou si ženy mohou měřit, během menstruačního cyklu se nazývá .....

1					2								
		3											
		4											
					5								
												6	
7													
					8								
													9

**Tajenka:** ..... = .....

**Křížovka s řešením pro učitele:**

V	A	J	Í	Č	K	O							
1					2	S	P	E	R	M	I	E	
			3	O	V	U	L	A	C	E			
		4	N	E	P	L	O	D	N	O	S	T	
					5	D	Á	R	C	E			
I	N	S	E	M	I	N	A	C	E			6	
	7	M	I	M	O	T	Ě	L	N	Í			
					8	I	N	V	I	T	R	O	
B	A	Z	Á	L	N	Í							9

- 1) Ženská pohlavní buňka se nazývá .....
- 2) Mužská pohlavní buňka se nazývá .....
- 3) Období v menstruačním cyklu ženy, kdy je nejvíce plodná .....
- 4) Neschopnost jedince počít dítě se nazývá .....
- 5) Osoba, která poskytne páru své pohlavní buňky .....
- 6) Vpravení spermií přímo do rodidel ženy .....
- 7) Oplození vajíčka spermií ve zkumavce říkáme .....
- 8) Jedna z metod umělého oplodnění se nazývá .....
- 9) Teplota, kterou si ženy mohou měřit během menstruačního cyklu, se nazývá .....

**Tajenka:** Oplodnění = splynutí ženské a mužské pohlavní buňky.

## ZÁVĚR

Cílem této práce bylo podat ucelený pohled na problematiku etických otázek, které se týkají dárcovství oocytů. V teoretické části se tak dělo za pomoci rešerše dostupné literatury a internetových zdrojů a v praktické části subjektivně prostřednictvím kvalitativního výzkumu pomocí rozhovorů s osmi dárkyněmi. Je třeba si uvědomit, že celý proces darování vajíček není pro ženu náročný jen psychicky, ale obnáší i časovou a fyzickou náročnost a spoustu zdravotních rizik. Proto je obdivuhodné, že dárkyně, byť pod příslibem finanční kompenzace za vzniklé nepříjemnosti, jsou ochotny proces podstoupit.

V praktické části pak byl zmapován celý proces z pohledu dárkyně. Kvalitativní výzkum se zabíral motivací dárkyně proces podstoupit a také jejich informovaností o celém procesu, etickými otázkami dárcovství, reakcemi dárkyně a jejich blízkých. Práce má pedagogický přesah do školství, jelikož se zde objevuje také návrh vyučovací hodiny, který je určený pro žáky a učitele Výchovy ke zdraví i Etické výchovy na základní škole. Návrh hodiny obsahuje prezentaci s výkladem, odkazy na videa a fixační materiál. Díky tomu je pedagogovi usnadněn způsob podání tohoto tématu žákům.

Neplodnost je v dnešní době velmi rozšířeným problémem, se kterým se mohou děti setkávat denně v rozhovorech dospělých či v médiích. Tato práce by tedy mohla sloužit jako zdroj informací a námětů pro další řešení tohoto problému či poskytnout podklad pro nastínění tohoto tématu v rámci vyučování na základní škole.

## BIBLIOGRAFICKÉ CITACE

BAUMAN, Z. 2020. *Tekutá modernita*. Přeložil Lubomír DROŽD. Praha: Portál. 286 s. ISBN 978-80-262-1602-5.

BENAGIANO, G. 2008. Human reproduction: Are religions defending the core of human nature, or the survival of traditional cultural schemes? *Ethics, bioscience and life*, 3: 6–8.

BEVC, V., J. JERMAN, R. OVSENIK a M. OVSENIK. 2003. Experiencing Infertility – Social Work Dilemmas in Child Adoption Procedures. *Collegium antropologicum*, 27: 445–460.

ČECH, E. a kol. 2006. *Porodnictví. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 550 s. ISBN 80-247-1303-9.

DOHERTY, C. M. a M. M. CLARK. 2006. *Léčba neplodnosti: podrobný rádce neplodným párům*. Brno: Computer Press, 121 s. ISBN 80-251-0771-X.

DOSTÁL, J. 2007. *Etické a právní aspekty asistované reprodukce: situace ve státech přijatých do Evropské unie v roce 2004*. Olomouc: Univerzita Palackého. 170 s. ISBN 978-80-244-1700-4.

DRGONEC, J. 1986. Práva na ochranu osobnosti a vědecko-technický rozvoj. *Socialistické soudnictvo*, 42(4), 8–16.

DVOŘÁK, M. a kol. 1990. *Oplození in vitro a přenos embrya při léčbě lidské neplodnosti*. Brno: Masarykova Univerzita v Brně. ISBN 80-210-0166-6.

DYLEVSKÝ, I. 2009. *Funkční anatomie*. Praha: Karolinum Praha. 544 s. ISBN 978-80-247-3240-4.

ENGLERT, Y., E. SERENA, R. PHILIPPE a D. FABIENNE. 2004. Sperm and oocyte donation: gamete donor issues. *Congressseries*, 1266: 303–310.

EVAN, J. H. a K. HUDSON. 2007. Religion and reproductive genetics: Beyond views of Embryonic Life. *Journal for the Scientific study of Religion*, 46(4), 565–581.

FALCONE, T. a W. HURD. 2007. *Clinical reproductive medicine and surgery*. New York: Elsevier. ISBN 978-1-461468363.

FRITH, L. 2001. Gamete donation and Anonymity. Theethical and legaldebate. *Human Reproduction*, 16(5), 818–824.

- GONG, D., Y. L. LIU a Z. ZHENG. 2009. An overview on ethical issues about sperm donation. *Asian journal on andrology*, 11: 645–652.
- GORGUI, J. a A. BÉRARD. 2018. Medically Assisted Reproduction and the Risk of Adverse Perinatal Outcomes. *Infertility, Assisted Reproductive Technologies and Hormone Assays*, 6(2), 15.
- GREGORA, M. a M. VELEMÍNSKÝ. 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-3081-3.
- HAŠKOVCOVÁ, H. 2015. *Lékařská etika*. 4., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-204-6.
- HAVLOVÁ, K. 2007. Baby boom ve zkumavce. *Zdravotnické noviny*, 56(20), 13.
- HENDL, Jan 1999. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum. 278 s. ISBN 80-246-0030-7.
- HENDL, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
- HICKMAN, T. N., R. A. CABRERA a L. J. MCKENZIE. 2008. Evaluation of the infertile female. In: RIZK, B., J. GARCIA-VELASCO, H. SALLAM a A. MAKRIGIANNAKIS (Eds.). *Infertility and assisted reproduction*. Cambridge: CambridgeUniversity Press.
- CHALOUPSKÁ, B. 2009. *Psychologické, etické a sociální aspekty dárcovství oocytů*. Bakalářská práce. Pardubice. Univerzita Pardubice Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Magdalena Řeřuchová.
- JUNGWORTH, A., T. DIEMER, D. DOHLE a Z. KOPA. 2012. *Textbook of assisted reproductive technologies*. Arnhem: European Association of Urology.
- KÄÄRIÄINEN, H., G. E. KIEBOOMS a D. COVIELLO. 2005. Medically assisted reproduction and ethical challenges. *Toxicology and Applied Pharmacology*, 207(2), 684–688.
- KLEBER, K-H. 1994. *Na hranicích etické únosnosti. Etické úvahy o problematice reprodukční medicíny a genové technologie*. Praha: Sít'. ISBN 80-901571-0-6.



- KNAPLUND, K. S. 2012. Children of assisted reproduction. *University of Michigan Journal of Law Reform*, 45(4), 899–935.
- KOLAŘÍK, D. a kol. 2008. *Repetitorium gynekologie*. Praha: Maxdorf. 1030 s. ISBN 978-80-7345-7.
- LARSEN, R. 2004. *Anestezie*. 2. vyd. Praha: Grada. 1376 s. ISBN 80-247-0476-5.
- MÁLEK, J. a kol. 2009. *Základy anesteziologie*. Praha: Lékařská fakulta Univerzity Karlovy. 87 s.
- MARDEŠIČ, T. 2010. *Když se nedaří otěhotnět*. Praha: Mladá fronta. 31 s. ISBN 978-80-204-2174-6.
- MUNZAROVÁ, M. 1995. *Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky*. Brno: Masarykova Univerzita v Brně. ISBN 80-210-1057-6.
- MURRAY, C. a S. GOLOMBOK, S. 2000. Oocyte and semen donation: a survey of UK licensed centres. *Human Reproduction*, 15(10), 2133–2139.
- NAKONEČNÝ, M. 1988. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia. 336 s. ISBN 80-200-0628-1.
- NAKONEČNÝ, M. 2009. *Psychologie osobnosti*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Academia. 620 s. ISBN 978-80-200-1680-5.
- NIKOLETOS, N., B. ASIMAKOPOULOS a I. HATZISSABAS. 2003. Intrafamilial sperm donation: ethical questions and concerns. *Human reproduction*, 18: 933–936.
- NOLEN-HOEKSEMA, S. 2012. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. 3. vyd. Praha: Portál. 888 s. ISBN 978-80-262-0083-3.
- PENNINGS, G., G. DE WERT, F. SHENFIELD a J. COHEN. 2007. Oocyte donation for non-reproductive purposes. *Human reproduction*, 22: 1210–1213.
- PILKA, L., D. RUMPÍK a R. PILKA. Dárcovství oocytů: Etické a praktické otázky. *Česká gynekologie*, 2003.
- PILKA, R. a kol. 2012. *Gynekologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3019-5.
- PILKA, R. a M. PROCHÁZKA. 2017. *Gynekologie*. 2. vyd. Praha: Jan Vašut. ISBN 978-80-244-5158-9.

- POLICAR, R. 2009. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-6702-4.
- POOTE, A. E. a O. B. A. van der AKKER. 2009. British women's attitudes to surrogacy. *Human reproduction*, 24(1): 139–145.
- PUREWAL, S. a O. B. A. van der AKKER. 2009. Systematic review of oocyte donation: investigating attitudes, motivations and experiences. *Human reproduction update*, 15(5): 499–515.
- ROB, L., A. MARTAN a K. CITTEBART. 2008. *Gynekologie*. Praha: Galén. 319 s. ISBN 978-80-7262-501-7.
- ROB, L., A. MARTAN a P. VENTRUBA. 2018. *Gynekologie*. Praha: GALÉN. 328 s. ISBN 978-80-7262-501-7.
- ROZTOČIL, A. a L. BARTOŠ. 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2832-2.
- ŘEŽÁBEK, K. 2008. *Léčba neplodnosti*. 4. vyd. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2103-3.
- SALLAM, H. N. a N. H. SALLAM. 2016. Religious aspects of reproductive methods. *Facts, views & vision in ObGyn*, 4(6), 12–25.
- SAUER, M. V. a M. A. COHEN. 2008. Egg and embryo donation. In: GARDNER, D. K., A. WEISSMAN, C. M. HOWLES a Z. SHOHAM (Eds.). *Text book of assisted reproductive technologies*. London: Informa Health care.
- SELI, E. 2011. *Infertility*. Chichester: WileyPublishing.
- SEROUR, D. G. 2008. Islamic perspectives in human reproduction. *Ethics, bioscience and life*, 17, 34–38.
- SHIRDAF, F. a kol. 2006. *Moneraty relationship in gamete donation – the ethical view*. Tehran: Tehran University of Medical Sciences.
- SIVARAMAN, R. a S. NOOR. 2014. Ethics of embryonic stem cell research according to Buddhist, Hindu, Catholic, and Islamic religions: perspective from Malaysia. *Asian Biomedicine*, 5(2), 1254–1261.
- SLEPIČKOVÁ, L. 2009. Neplodnost jeho a neplodnost její: genderové aspekty asistované reprodukce. *Sociologický časopis/Czech sociological review*, 45, 177–203.

SLEPIČKOVÁ, L. 2014. *Diagnóza neplodnost: sociologický pohled na zkušenost nedobrovolné bezdětnosti*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici s Masarykovou univerzitou. 166 s. Studie (Sociologické nakladatelství), 104. svazek. ISBN 978-80-7419-140-4.

STEURES, P., B. W. MOL a F. van der VEEN. 2010. Artificial insemination: intrauterine insemination. In: CARRELL, D. a C. PETERSON (Eds.). *Reproductive endocrinology and infertility: integrating modern clinical and laboratory practice*. New York: Springer.

SYDSJO, G., C. LAMPIC, S. BRÄNDSTRÖM, J. GUDMUNDSSON a P. O. KARLSTRÖM. 2011. Who becomes a sperm donor: personality characteristics in a national sample of identifiable donors. *An international journal of obstetrics and gynecology*, 119: 33–39.

ŠALAMOUNOVÁ, P., H. VÍZNEROVÁ, L. ZAMYKALOVÁ a H. HAŠKOVÁ, ed. 2006. *Fenomén bezdětnosti v sociologické a demografické perspektivě*. Praha: Sociologický ústav AV ČR. 153 s. ISBN 80-733-0092-3.

ŠTURMA, J. 2011. Některé psychologické důsledky umělého oplodnění. *Informační oběžník občanského sdružení Hnutí pro život ČR*, 3: 7–8.

TOTH, A. a J. MAGUIRE. 1992. The fertility solution: A revolutionary approach to reversing infertility. New York: Atlantic Monthly.

VAN BALEN, F. a H. M. W. BOS. 2004. Infertility, culture, and psychology in world wide perspective. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22(4), 245–247.

VENTRUBA, P., I. CRHA a J. ŽÁKOVÁ. 2010: *Průvodce léčbou poruch plodnosti. Informační příručka programu asistované reprodukce*. Brno: Gynekologicko-porodnická klinika Lékařské fakulty Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice v Brně. 29 s.

VENTRUBA, P. *Výběrové přednášky z gynekologie a porodnictví*. 3 rozšířené vydání, Brno: Masarykova univerzita, 2012. IBSN: 80-2101-690-6.

ZIEBE, S. a G. HARTSHORNE. 2000. *Innovations and limitations in assisted reproduction*. Oxford: Oxford University Press.

### **Internetové zdroje**

- BRASCH, J. G. a kol. 2017. *Egg donation process for recipients step by step* [online]. [cit. 2022-03-10]. Dostupné z: <https://www.invitro.com/en/having-a-baby-using-donated-eggs/egg-donation-process-step-by-step/>
- ČSÚ. 2011. *Sčítání lidu – náboženství* [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 2022-01-09]. Dostupné z: [https://www.czso.cz/csu/czso/nabozenske\\_vyznani\\_obyvательства\\_ceske\\_republiky\\_23\\_12\\_04](https://www.czso.cz/csu/czso/nabozenske_vyznani_obyvательства_ceske_republiky_23_12_04)
- ČTK. 2013. *Léčba neplodnosti v ČR udělala za 30 let obrovský pokrok* [online]. [cit. 2022-01-13]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/lecba-neplodnosti-v-cr-udelala-za-30-let-obrovsky-pokrok-467418>
- DANĚK, F. 2014. *Ženské orgány* [online]. [cit. 2022-01-25]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/do/fsps/e-learning/zaklady\\_anatomie/zakl\\_anatomie\\_II/pages/zenske\\_organy.html](https://is.muni.cz/do/fsps/e-learning/zaklady_anatomie/zakl_anatomie_II/pages/zenske_organy.html)
- IVF CUBE. 2021. *Průběh léčby neplodnosti* [online]. [cit. 2022-01-18]. Dostupné z: <https://ivf-cube.eu/prubeh-lecby-neplodnosti>
- IVF CUBE. 2016. Jak funguje IVF. In: *YouTube* [online]. [cit. 2022-01-13]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=KWURwEUj1Q>
- JÍROVÁ, J. 2015. *Asistovaná reprodukce 2013* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2022-01-09]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/asistovana-reprodukce2013>
- LANČARIČOVÁ, V. 2015. *Ženské pohlaví "pod lupou"* [online]. [cit. 2022-01-22]. Dostupné z: <https://www.kalisek.cz/zenske-pohlavi-pod-lupou>
- LESÁKOVÁ, I. 2019. *Darování vajíček je v Česku byznys na hraně. Bezdětné ženy riskují i zdraví* [online]. [cit. 2022-01-09]. Dostupné z: [https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/darovani-vajicek-studentky-darcovstvi-financi-kompence.A191019\\_123004\\_domaci\\_lesa](https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/darovani-vajicek-studentky-darcovstvi-financi-kompence.A191019_123004_domaci_lesa)
- MODRÝ KONÍK. 2015. *ICSI* [online]. [cit. 2022-01-13]. Dostupné z: <https://www.modrykonik.cz/snazime-se/icsi/>
- Ovariální cyklus, 2020. In: *Wikiskripta* [online]. [cit. 2022-01-30]. Dostupné z: [https://www.wikiskripta.eu/w/Ovari%C3%A1ln%C3%AD\\_cyklus](https://www.wikiskripta.eu/w/Ovari%C3%A1ln%C3%AD_cyklus)

- PEW RESEARCH. 2012. The Global Religious Landscape [online]. [cit. 2022-03-12]. Dostupné z: <https://www.pewforum.org/2012/12/18/global-religious-landscape-exec/>
- RAMPÍK, D. 2014. *Fakta o neplodnosti* [online]. [cit. 2022-03-19]. Dostupné z: <http://www.stopneplodnosti.cz/o-neplodnosti/fakta-o-neplodnosti>
- REPROGENESIS. 2022. *Jak probíhá darování vajíček* [online]. [cit. 2022-01-09]. Dostupné z: [https://www.reprogenesisdarcovstvi.cz/?gclid=CjwKCAjwxZqSBhAHEiwASr9n9CgNkmajZNvv9meRJFCWleNu0TTW4RXms4O\\_W-5ZfT577EUfQcj9MRoCTfcQAvD\\_BwE#jak](https://www.reprogenesisdarcovstvi.cz/?gclid=CjwKCAjwxZqSBhAHEiwASr9n9CgNkmajZNvv9meRJFCWleNu0TTW4RXms4O_W-5ZfT577EUfQcj9MRoCTfcQAvD_BwE#jak)
- ŘEŽÁBEK, K. 2013. *Vyšetření a léčba sterilního páru* [online]. [cit. 2022-03-22]. Dostupné z: <https://el.lf1.cuni.cz/kr002/>
- TVRDOŇOVÁ, K. 2021. *Úspěšnost léčby* [online]. [cit. 2022-01-30]. Dostupné z: [https://www.ivf-zlin.cz/?search=obecne-cr&gclid=CjwKCAjwxZqSBhAHEiwASr9n9LMOFEPbIz0NReBkn\\_\\_zAI8JqkhdjLPQ9Y2xbLqmfVMSBhZ8awgyBoC1sAQAvD\\_BwE](https://www.ivf-zlin.cz/?search=obecne-cr&gclid=CjwKCAjwxZqSBhAHEiwASr9n9LMOFEPbIz0NReBkn__zAI8JqkhdjLPQ9Y2xbLqmfVMSBhZ8awgyBoC1sAQAvD_BwE)
- UNICA. 2021. *Laboratoř ICSI v centru asistované reprodukce* [online]. [cit. 2022-03-10]. Dostupné z: <https://www.unica.cz/cs/clinic/>
- URDINOLA, H. I. I. a kol. 2021 *Why are infertility cases increasing in men and women?* [online]. [cit. 2022-02-09]. Dostupné z: <https://www.invitro.com/en/increase-in-infertility-cases/>
- Vrstvy děložní stěny, 2021. In: *Wikiskripta* [online]. [cit. 2022-01-31]. Dostupné z: <https://www.wikiskripta.eu/w/D%C4%9Bloha>
- WHO. 2013. *Sexual and reproductive health* [online]. World Health Organization [cit. 2022-01-09]. Dostupné z: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility.html>
- ŽÁRA, P. 2021. *Darování vajíček nebo spermatu. Pomoc pro neplodné páry* [online]. [cit. 2022-03-10]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/darovani-vajicek-nebo-spermatu-pomoc-pro-neplodne-pary/t6234>
- ŽENSKÁ NEPLODNOST. 2016. *Česko – velmi asistované reprodukce* [online]. [cit. 2022-03-07]. Dostupné z: <https://www.zenska-neplodnost.cz/clanky/cesko-velmoc-asistovane-reprodukce-57462>

## **Legislativa**

Vyhláška č. 422/2008 Sb., o stanovení bližších požadavků pro zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu

Zákon č. 227/2006 Sb., o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech a o změně některých souvisejících zákonů

Zákon č. 296/2006 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)

Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1: Grafické znázornění úspěšnosti léčby.....	13
Obr. 2: Vnitřní ženské pohlavní orgány.....	14
Obr. 3: Stavba vaječníku.....	15
Obr. 4: Ovariální cyklus.....	17
Obr. 5: Vrstvy děložní stěny.....	18
Obr. 6: Důvody neplodnosti.....	20
Obr. 7: Laboratoř ICSI v centru asistované reprodukce.....	23
Obr. 8: Metody asistované reprodukce.....	25
Obr. 9: Fáze darování oocytů.....	30
Obr. 10: Nasátí vajíček jehlou.....	32
Obr. 11: Geografické rozdělení náboženského vyznání.....	44
Obr. 12: Prezentace – Neplodnost a asistovaný reprodukce.....	75
Obr. 13: Prezentace – Představa pod pojmem neplodnost.....	75
Obr. 14: Prezentace třetí snímek – Opakování – jak dojde k oplodnění.....	76
Obr. 15: Prezentace – Co je to neplodnost.....	76
Obr. 16: Prezentace – Příčiny neplodnosti.....	77
Obr. 17: Prezentace – Metody pro zjištění neplodnosti.....	77
Obr. 18: Prezentace – Možná léčba neplodnosti.....	78
Obr. 19: Prezentace – Proces IVF.....	78
Obr. 20: Prezentace – IVF s vlastními a IVF s darovanými vajíčky.....	79
Obr. 21: Prezentace – Proces ICSI.....	79
Obr. 22: Prezentace – IVF s vlastními.....	80
Obr. 23: Prezentace – IVF s vlastními.....	80
Obr. 24: Prezentace – Jak funguje IVF.....	81
Obr. 25: Prezentace – Názor na problematiku.....	81

## SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Výzkumný soubor.....	60
Tab. 2 Shrnutí výsledků v oblasti informovanosti dárkyň.....	70
Tab. 3 Shrnutí výsledků v oblasti motivace dárkyň.....	71
Tab. 4 Výsledky v oblasti etické stránky.....	72
Tab. 5 Vyučovací jednotka č. 1, 2.....	74



## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Seznam otázek pro polostrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami.....	I
Příloha 2 Rozhovor s dávkyní č. 1 .....	II
Příloha 3 Rozhovor s dávkyní č. 2 .....	IV
Příloha 4 Rozhovor s dávkyní č. 3 .....	VI
Příloha 5 Rozhovor s dávkyní č. 4 .....	VIII
Příloha 6 Rozhovor s dávkyní č. 5 .....	X
Příloha 7 Rozhovor s dávkyní č. 6 .....	XII
Příloha 8 Rozhovor s dávkyní č. 7 .....	XIV
Příloha 9 Rozhovor s dávkyní č. 8 .....	XVI

# PŘÍLOHY

## **Příloha 1 Seznam otázek pro polostrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami**

1. Jak ses k dárcovství oocytů dostala? Co nebo kdo tě k tomu přivedl/o?
2. Co bylo pro tebe hlavním motivem pro darování? Proč ses pro dárcovství oocytů rozhodla?
3. Měla jsi před započítím celého procesu dárcovství dostatek informací? Překvapilo tě později něco, co jsi nevěděla?
4. Probírala jsi to se svým okolím? Co na to říkala rodina a přátelé?
5. Věděla jsi, že existují nějaká zdravotní rizika dárcovství (ovariálního hyperstimulačního syndromu apod.)?
6. Je něco, co tě od dárcovství odrazovalo?
7. Podstoupila bys celý proces, i kdyby zde nebyla finanční kompenzace?
8. Zajímalo tě, kdo dostane tvé pohlavní buňky? (Či alespoň zda se vajíčko uchytilo?)
9. A co dítě (dětí) s tvou genetickou informací, chtěla bys je vidět?
10. Účastníš se nebo účastnila ses i nějakého jiného dárcovství (krev, krevní plasma, kostní dřeň apod.)?
12. Chceš mít sama děti?
13. Chceš ještě něco dodat?

### **Na počátku rozhovoru:**

1. Tazatel se představí;
2. Uvede název organizace nebo skupiny, kterou reprezentuje;
3. Stručně (dvěma větami) vyjádří, čeho se výzkum týká, aby dotázaný pochopil význam výzkumu obecně a pokud možno i význam pro něj;
4. Sdělí dotázanému, jak byl vybrán, stručně vysvětlí výběrovou metodu;
5. Ujistí dotázaného, že jím uvedené údaje jsou důvěrné a že nebude možno je použít v souvislosti s jeho jménem, jelikož nikde nebude jeho jméno uvedeno.

## **Příloha 2 Rozhovor s dárkyní č. 1**

1. Jak ses k dárcovství oocytů dostala? Co nebo kdo tě k tomu přivedl/o?

*„Když mi bylo 22, měla jsem zdravotní potíže, když jsem se vyléčila, měla jsem potřebu něco darovat, například krev, plazmu. Potom jsem viděla na internetu, že bych mohla darovat vajíčka a pomoci někomu, kdo nemůže mít dítě.“*

2. Co bylo pro tebe hlavním motivem pro darování? Proč ses pro dárcovství oocytů rozhodla? *„No, nebudu lhát, když jsem viděla, že za to je i nějaká finanční kompenzace, tak se mi to líbilo. Když jsem darovala poprvé, podruhé, bylo mi něco málo přes dvacet. V pozdějším věku mi to začalo dělat radost. V poslední době jsem byla dvakrát a jsem ráda, že mohu někomu pomoci. Mám i hodně kamarádek, které děti mít nemohou.“*

3. Měla jsi před započítím celého procesu dárcovství dostatek informací? Překvapilo tě později něco, co jsi nevěděla?

*„Ne, všechno jsem věděla. Vše mi bylo vysvětleno a měla jsem veškeré informace.“*

4. Probírala jsi to se svým okolím? Co na to říkala rodina a přátelé?

*„Mám přímo lidi, se kterými vím, že to probrat můžu, a lidi, kteří jsou proti tomu, že mi někde po světě budou běhat děti. S někým se to probrat dá, s někým ne.“*

5. Věděla jsi, že existují nějaká zdravotní rizika dárcovství (ovariálního hyperstimulačního syndrom apod.)?

*„No, popravdě, kdysi, když mi bylo asi 22, tak jsem nevěděla ... věděla jsem, že nějaké riziko může být, ale přesně jsem nevěděla, teď už vím.“*

6. Je něco, co tě od dárcovství odráželo?

*„Hmm, asi ani ne.“*

7. Podstoupila bys celý proces, i kdyby zde nebyla finanční kompenzace?

*„No, teď určitě ano, ale kdysi nevím no. Spíše ne.“*

8. Zajímalo tě, kdo dostane tvé pohlavní buňky? (Či alespoň zda se vajíčko uchytilo?)

*„Zajímalo mě to. Určitě by mě zajímalo, zda se vajíčko uchytilo.“*

9. A co dítě (děti) s tvou genetickou informací, chtěla bys je vidět?

*„Dítě bych chtěla vidět.“*

10. Účastníš se nebo účastnila ses i nějakého jiného dárcovství (krev, krevní plasma, kostní dřeň apod.)?

„*Ne.*“

12. Chceš mít sama děti?

„*Mám dvě děti.*“

13. Chceš ještě něco dodat?

„*Asi ani ne.*“

### **Příloha 3 Rozhovor s dárkyní č. 2**

1. Jak ses k dárcovství oocytů dostala? Co nebo kdo tě k tomu přivedl/o?

*„Dozvěděla jsem se přes známou, motivací byla ta finanční kompenzace.“*

2. Co bylo pro tebe hlavním motivem pro darování? Proč ses pro dárcovství oocytů rozhodla?

*„Nebudu si vymýšlet, že to dělám proto, abych někomu pomohla, i když vím, že každá chce být matkou, ale určitě tam dělá hodně ta kompenzace.“*

3. Měla jsi před započítím celého procesu dárcovství dostatek informací? Překvapilo tě později něco, co jsi nevěděla?

*„Takhle jsem věděla o všem, kromě některých problémů po dárcovství. Měla jsem také hyperstimulační syndrom, bolesti apod. To jsem nevěděla, že bude až takhle nepříjemné.“*

4. Probírala jsi to se svým okolím? Co na to říkala rodina a přátelé?

*„Ne, neprobírala jsem to s nikým.“*

5. Věděla jsi, že existují nějaká zdravotní rizika dárcovství (ovariálního hyperstimulačního syndromu apod.)?

*„Nevěděla jsem, co můžu očekávat, až po třetím nebo čtvrtém dárcovství, kdy jsem měla ten hyperstimulační syndrom. Asi týden bolesti, mohla jsem jen ležet.“*

6. Je něco, co tě od dárcovství odrazovalo?

*„No, ne, že odrazovalo, ale vždycky je tam takový ten strach. Strach z narkózy, v jakém stavu se probudím. Ta nervozita předtím.“*

7. Podstoupila bys celý proces, i kdyby zde nebyla finanční kompenzace?

*„No, to nevím. Možná budu sobecká, ale asi ne.“*

8. Zajímalo tě, kdo dostane tvé pohlavní buňky? (Či alespoň zda se vajíčko uchytilo?)

*„Hm, no, ani ne a ani bych to asi nechtěla vědět.“*

9. A co dítě (dětí) s tvou genetickou informací, chtěla bys je vidět?

*„Ne, to je takové citlivé. Nepátrám po tom, ani bych nikdy nepátrala.“*

10. Účastníš se nebo účastnila ses i nějakého jiného dárcovství (krev, krevní plasma, kostní dřeň apod.)?

*„Ne, nikdy.“*

12. Chceš mít sama děti?

*„Mám dvě děti.“*

13. Chceš ještě něco dodat?

*„Asi ne.“*

### **Příloha 4 Rozhovor s dárkyní č. 3**

1. Jak ses k dárcovství oocytů dostala? Co nebo kdo tě k tomu přivedl/o?

*„Tak viděla jsem to na internetu, ale moje kamarádka darovala, takže mi o tom vlastně řekla. Ona darovala už několikrát, já jsem to potom viděla na internetu, tak mě napadlo, že to zkusím.“*

2. Co bylo pro tebe hlavním motivem pro darování? Proč ses pro dárcovství oocytů rozhodla?

*„Chtěla jsem to zkusit. A samozřejmě, že je tam i nějaké finanční ohodnocení, ale spíš jsem to chtěla zkusit, Ta kamarádka z toho měla hrozně dobrý pocit, navíc já mám doma dvojčata, tak jsem si řekla, proč to nezkusit. Samozřejmě těch 25 tisíc je takový bonus, ale i po tom zákroku mi bylo hrozně dobře.“*

3. Měla jsi před započítím celého procesu dárcovství dostatek informací? Překvapilo tě později něco, co jsi nevěděla?

*„Ne, všechno jsem věděla. Než do něčeho jdu, tak se ještě desetkrát na všechno zeptám.“*

4. Probírala jsi to se svým okolím? Co na to říkala rodina a přátelé?

*„Tak myslím si, že to není úplně věc, kterou každý přijme. Takže si myslím, že dnešní společnost to ještě úplně nepřijala. Někdo řekne, že to je super, ale v 90 % řeknou „Ježíš, co tě to napadlo?!“*

5. Věděla jsi, že existují nějaká zdravotní rizika dárcovství (ovariálního hyperstimulačního syndrom apod.)?

*„Ano, vše jsem si k tomu našla, přečetla.“*

6. Je něco, co tě od dárcovství odrazovalo?

*„Měla jsem strach z těch rizik. Že se při operaci může něco stát.“*

7. Podstoupila bys celý proces, i kdyby zde nebyla finanční kompenzace?

*„Určitě ano!“*

8. Zajímalo tě, kdo dostane tvé pohlavní buňky? (Či alespoň zda se vajíčko uchýtilo?)

*„Ano, zajímalo mě, jestli jsou v pořádku. Kdo je dostane, to je mi celkem jedno, ale hlavně ať to někomu pomůže.“*

9. A co dítě (děti) s tvou genetickou informací, chtěla bys je vidět?

*„Ježíši, ne, proč? To ne.“*

10. Účastníš se nebo účastnila ses i nějakého jiného dárcovství (krev, krevní plasma, kostní dřeň apod.)?

*„Jednou jsem byla objednaná, ale měla jsem z toho větší strach. Takhle jsem aspoň uspaná.“*

12. Chceš mít sama děti?

*„Mám dvojčata tříleté.“*

13. Chceš ještě něco dodat?

*„Ne.“*



## **Příloha 5 Rozhovor s dárkyní č. 4**

1. Jak ses k dárcovství oocytů dostala? Co nebo kdo tě k tomu přivedl/o?

*„No, přivedlo mě k tomu to, že teta se dlouhodobě snažila o miminko. Potom šli na umělé oplodnění, to jim bohužel nevyšlo, ani podruhé. To byl pro mě takový popud, chtěla jsem pomoci.“*

2. Co bylo pro tebe hlavním motivem pro darování? Proč ses pro dárcovství oocytů rozhodla?

*„Pomoci někomu. O finanční kompenzaci jsem vlastně vůbec napoprvé nevěděla.“*

3. Měla jsi před započítím celého procesu dárcovství dostatek informací? Překvapilo tě později něco, co jsi nevěděla?

*„No, tak jako celkově spíš zarážející pro mě bylo, že si budu muset píchat injekce. To já nesnáším, takže mi pomohla rodina.“*

4. Probírala jsi to se svým okolím? Co na to říkala rodina a přátelé?

*„Ano, řešila jsem to hodně s partnerem. Partner byl v pohodě, ale spíš rodina byla proti. Bylo jim divné, že by to bylo moje dítě. A jestli bych se ho dokázala vzdát. Když nad tím přemýšlím, to by bylo těžké...“*

5. Věděla jsi, že existují nějaká zdravotní rizika dárcovství (ovariálního hyperstimulačního syndrom apod.)?

*„Poprvé ne.“*

6. Je něco, co tě od dárcovství odrazovalo?

*„Narkóza. Předtím jsem byla párkrát na operaci s kolenem a vždy jsem měla nějaký problém. Z toho jsem měla největší strach. Nakonec to bylo úplně bez problému. Akorát jsem velmi přibrala, asi nějakých 15 kg kvůli těm hormonům. Takže jsme to potom řešili s panem doktorem, ale bylo to kvůli zůstávajícím hormonům v těle.“*

7. Podstoupila bys celý proces, i kdyby zde nebyla finanční kompenzace?

*„Ano, bez problému.“*

8. Zajímalo tě, kdo dostane tvé pohlavní buňky? (Či alespoň zda se vajíčko uchytilo?)

*„Ano, zajímalo. Dokonce jednou se mi jedna sestřička prokecla a vím, že mám svoje trojčata. Pro paní to byla poslední šance, jelikož byla asi popáté. Byla jsem z toho hrozně nadšená. Ale jsem ráda, že je to anonymní.“*

9. A co dítě (děti) s tvou genetickou informací, chtěla bys je vidět?

*„Určitě, zajímalo by mě to. Zda je tam podoba.“*

10. Účastníš se nebo účastnila ses i nějakého jiného dárcovství (krev, krevní plasma, kostní dřeň apod.)?

*„Kostní dřeň jsem darovala.“*

12. Chceš mít sama děti?

*„Mám dceru třináctiletou.“*

13. Chceš ještě něco dodat?

*„Ne.“*

## **Příloha 6 Rozhovor s dárkyní č. 5**

1. Jak ses k dárcovství oocytů dostala? Co nebo kdo tě k tomu přivedl/o?

*„Na internetu. Viděla jsem reklamu.“*

2. Co bylo pro tebe hlavním motivem pro darování? Proč ses pro dárcovství oocytů rozhodla?

*„Hodně párů nemůže mít děti, tak proto, abych jim mohla pomoci.“*

3. Měla jsi před započítím celého procesu dárcovství dostatek informací? Překvapilo tě později něco, co jsi nevěděla?

*„Ne, měla jsem dostatek informací, vše jsem si přečetla.“*

4. Probírala jsi to se svým okolím? Co na to říkala rodina a přátelé?

*„S manželem jsem to probrala, ten řekl, proč ne, rodina nijak neprotestovala.“*

5. Věděla jsi, že existují nějaká zdravotní rizika dárcovství (ovariálního hyperstimulačního syndromu apod.)?

*„Ano, všechno jsem dostala na klinice napsané, pokaždé jsem si to přečetla.“*

6. Je něco, co tě od dárcovství odrazovalo?

*„Ne.“*

7. Podstoupila bys celý proces, i kdyby zde nebyla finanční kompenzace?

*„Určitě.“*

8. Zajímalo tě, kdo dostane tvé pohlavní buňky? (Či alespoň zda se vajíčko uchytí?)

*„To víte, že mě to zajímalo, ale jelikož je to anonymní, tak bohužel.“*

9. A co dítě (děti) s tvou genetickou informací, chtěla bys je vidět?

*„Určitě.“*

10. Účastníš se nebo účastnila ses i nějakého jiného dárcovství (krev, krevní plazma, kostní dřeň apod.)?

*„Ne, jen jednou jsem darovala krev.“*

12. Chceš mít sama děti?

*„Chceme mít děti, ale není to u nás jednoduché, můžeme jen uměle s manželem.“*

13. Chceš ještě něco dodat?

*„Asi nemám co.“*

## **Příloha 7 Rozhovor s dárkyní č. 6**

1. Jak ses k dárcovství oocytů dostala? Co nebo kdo tě k tomu přivedl/o?

*„No, dostala jsem se k tomu poprvé díky kamarádce, protože se snažila strašně dlouho otěhotnět, tak mi vmukla nápad, že bych mohla být dárkyně. Nejdřív jsem nad tím hodně přemýšlela, pak jsem si řekla, že do toho půjdu. Myslela jsem si, že budu moct vajíčka dát jí. Potom jsem se dověděla, že to je anonymní a ona to moje vajíčko nedostane. Bylo mi řečeno, že ty buňky putují do ciziny. Nicméně ty peníze z toho, co jsem dostala, jsem darovala jí, aby je mohla použít na umělé oplodnění, které stojí hodně peněz.“*

2. Co bylo pro tebe hlavním motivem pro darování? Proč ses pro dárcovství oocytů rozhodla?

*„Tudíž motiv byl pomoci mojí kamarádce.“*

3. Měla jsi před započítím celého procesu dárcovství dostatek informací? Překvapilo tě později něco, co jsi nevěděla?

*„Ne, informace jsem dostala.“*

4. Probírala jsi to se svým okolím? Co na to říkala rodina a přátelé?

*„Nikdo to nevěděl, protože tenkrát jsem již darovala plazmu a na to se rodiče netvářili moc vesele. Takže jsme to věděli jen já, ona a její manžel. Zmínila jsem se pouze své sestřenici, která také byla darovat.“*

5. Věděla jsi, že existují nějaká zdravotní rizika dárcovství (ovariálního hyperstimulačního syndrom apod.)?

*„No, tak to jsem třeba nevěděla, na to jsem se neinformovala. Ale já jsem ty rizika nechtěla vědět, odmítám to vědět. Já bych se potom bála a tenkrát bych do toho nešla. Potom jsem si o tom ale četla, ale až po tom odběru. Moc jsem se po tom nepídila.“*

6. Je něco, co tě od dárcovství odrazovalo?

*„No, jediné, čeho jsem se strašně bála, byl vlastně ten odběr. Tenkrát, když jsem se snažila před pěti lety otěhotnět, měla jsem problémy s cystami, tenkrát mi bylo ale 20 let. Kdybych věděla, že to je tak rychlé, tak obavy nemám.“*

7. Podstoupila bys celý proces, i kdyby zde nebyla finanční kompenzace?

*„Podstoupila.“*

8. Zajímalo tě, kdo dostane tvé pohlavní buňky? (Či alespoň zda se vajíčko uchytilo?)

*„Jo, to mě teda hrozně zajímalo a chtěla jsem vědět, hlavně u těch prvních. Ale nějak jsem doufala, že se uchytilo.“*

9. A co dítě (děti) s tvou genetickou informací, chtěla bys je vidět?

*„Ne, já bych byla ráda, že ta rodina je šťastná a o to miminko je postaráno.“*

10. Účastníš se nebo účastnila ses i nějakého jiného dárcovství (krev, krevní plasma, kostní dřeň apod.)?

*„Ano, krevní plazmu.“*

12. Chceš mít sama děti?

*„Mám tři děti.“*

13. Chceš ještě něco dodat?

*„No, jediné, co jsem říkala, že je zvláštní. Já jsem dvakrát rozvedená, když jsem byla jednou darovat po rozchodu, a to probuzení nebylo pro mě úplně příjemné. I sestřičky se o mě bály. Člověk, když je vyrovnaný a v pohodě, tak vše je v pořádku. Ale jakmile se něco nepodaří, tak i z toho umělého spánku vás probudí to, co vás trápí. Tak to mi přišlo takové zvláštní.“*

## **Příloha 8 Rozhovor s dárkyní č. 7**

1. Jak ses k dárcovství oocytů dostala? Co nebo kdo tě k tomu přivedl/o?

*„Úplně poprvé jsem se o té možnosti dozvěděla už v roce 2016 v Praze. Tenkrát jsem tam bydlela a jedna moje známá už to dárcovství podstoupila. Já jsem byla poměrně dlouho dárce krve a plazmy a nějakým způsobem mě to asi před dvěma roky začalo znovu zajímat. Já jezdím každý den kolem FN Olomouc a vyvěsili tam obrovský transparent, tak mě napadlo se ozvat. Ta touha pomáhat je ve mně tak nějak přirozeně. Mám vystudovány mezinárodní sociální humanitární práci a cítila jsem to vždycky a tohle byla jedna z možností, jak to ze sebe dostat. Navíc moje situace je taková, že my s manželem spolu děti mít nemůžeme. Já jsem zdravá, ale nám jako dvěma lidem dohromady to nejde.“*

2. Co bylo pro tebe hlavním motivem pro darování? Proč ses pro dárcovství oocytů rozhodla?

*„Pomoc druhým lidem.“*

3. Měla jsi před započítím celého procesu dárcovství dostatek informací? Překvapilo tě později něco, co jsi nevěděla?

*„Bude to znít jako klišé, ale já jsem vůbec nevěděla, že je nějaká kompenzace finanční. Myslela jsem si, že přijdu k nějakému odběru a odcházím. A potom ještě množství komplexních vyšetření, kdy se to opravdu do hloubky řeší, kdo je a kdo není vhodný dárce.“*

4. Probírala jsi to se svým okolím? Co na to říkala rodina a přátelé?

*„No, ze začátku jsem si ten záměr nechávala pro sebe, protože jsem přemýšlela v rovině, že si se svým tělem můžu dělat, co já chci. Vesměs jsem se ale setkala s pozitivní reakcí. Manžel byl trochu vyděšený, zda mě to zdravotně neohrozí, ale jinak pozitivně. Hodně lidí mi to schválilo, ale hodně jsem narazila u kamarádek, který by do toho nešly.“*

5. Věděla jsi, že existují nějaká zdravotní rizika dárcovství (ovariálního hyperstimulačního syndromu apod.)?

*„No, je fakt, že jsem ten typ pacienta, který když se pro něco rozhoduje, tak si o tom dost čte. Takže jsem o tom věděla a při té druhé stimulaci jsem měla lehčí reakci. Neříkám, že jsem neměla strach, ale překonala jsem ho. Věděla jsem, do čeho jdu.“*

6. Je něco, co tě od dárcovství odrazovalo?

*„Ne, vůbec. Pokud budu oslovena, přijdu zase.“*

7. Podstoupila bys celý proces, i kdyby zde nebyla finanční kompenzace?

*„Ano, určitě jo.“*

8. Zajímalo tě, kdo dostane tvé pohlavní buňky? (Či alespoň zda se vajíčko uchytilo?)

*„Tak taková přirozená zvědavost tam je. Klinika Fertimed ty věci nikterak nesděluje. Ve FN mi výsledek naznačili. Řekli mi, že toho času oplodňovali 16 mých vajíček, tak mě to zajímalo, zda někde bude 16 mých kopií. (Smích) Zajímalo mě, jestli to dítě někde nepotkám, taková ta vnitřní intuice. Ale nikdy bych se po tom nepídila. Je to taková ta věc mezi nebem a zemí.“*

9. A co dítě (děti) s tvou genetickou informací, chtěla bys je vidět?

*„Ze zvědavosti, ale nepídila bych se po tom.“*

10. Účastníš se nebo účastnila ses i nějakého jiného dárcovství (krev, krevní plazma, kostní dřeň apod.)?

*„Ano, ale ne v tuhle chvíli. Svého času jsem to dost přeháněla, zejména ta plazma. Začala jsem být dost náchylná na nemoci.“*

12. Chceš mít sama děti?

*„Dárkyně chce mít děti, ale se svým současným partnerem je mít nemůže.“*

13. Chceš ještě něco dodat?

*„Asi ne.“*



## **Příloha 9 Rozhovor s dárkyní č. 8**

1. Jak ses k dárcovství oocytů dostala? Co nebo kdo tě k tomu přivedl/o?

*„No, takže k dárcovství jsem se dostala přes reklamu na internetu. Vzhledem k tomu, že jsem poprvé byla darovat jako student, tak mě nejvíce motivovala ta finanční stránka. Když jsem byla dva roky potom, tak už to nebylo úplně kvůli té finanční stránce.“*

2. Co bylo pro tebe hlavním motivem pro darování? Proč ses pro dárcovství oocytů rozhodla?

*„Finanční odměna a potom i ta pomoc.“*

3. Měla jsi před započítím celého procesu dárcovství dostatek informací? Překvapilo tě později něco, co jsi nevěděla?

*„No, tak snažila jsem se dovědět co nejvíc, hlavně po té zdravotní stránce. Vše mi tam řekli, takže bych neřekla, že mě něco překvapilo.“*

4. Probírala jsi to se svým okolím? Co na to říkala rodina a přátelé?

*„Ten, kdo to věděl, byla moje máma a ještě jedna kamarádka. S nikým jiným jsem to takhle řešit nechtěla.“*

5. Věděla jsi, že existují nějaká zdravotní rizika dárcovství (ovariálního hyperstimulačního syndrom apod.)?

*„Jo, to jsem věděla, to jsem se vše dověděla na té klinice.“*

6. Je něco, co tě od dárcovství odrazovalo?

*„No, vzhledem k tomu, že nikdy není nic stoprocentní, ten výsledek, myslím, jako co se mohlo stát, z toho jsem měla trochu strach. Ale nic hrozného to nebylo. Odrazovalo mě to, co mohlo nastat, ale bylo to v pohodě.“*

7. Podstoupila bys celý proces, i kdyby zde nebyla finanční kompenzace?

*„No, poprvé to bylo vyloženo kvůli tomu, ale potom bych šla i bez té kompenzace.“*

8. Zajímalo tě, kdo dostane tvé pohlavní buňky? (Či alespoň zda se vajíčko uchytilo?)

*„Tak určitě by mě to zajímalo, hlavně poprvé bych to určitě chtěla vědět. Ale podruhé už jsem si řekla jen, že je super, že mohu někomu pomoci a dál mi do toho nic není a budu ráda, když to dobře dopadne.“*

9. A co dítě (děti) s tvou genetickou informací, chtěla bys je vidět?

*„Ze začátku jsem si řekla, že jo, ale s odstupem času si tím nejsem úplně jistá. Možná by mi to přišlo i líto. Ale zase nevím, kdo to vajíčko dostane a jak ty moje genetické informace budou korespondovat s těma jinýma.“*

10. Účastníš se nebo účastnila ses i nějakého jiného dárcovství (krev, krevní plasma, kostní dřeň apod.)?

*„To ne.“*

12. Chceš mít sama děti?

*„Ano, určitě, někdy.“*

13. Chceš ještě něco dodat?

*„Asi ne. Jen je škoda, že většinou jde o ty peníze, no. Asi to není pro každého, ale mám z toho dobrý pocit.“*

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Nikola Prucková
<b>Katedra:</b>	Katedra společenských věd
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Tomáš Hubálek, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2022

<b>Název práce:</b>	Etické aspekty dárcovství oocytů
<b>Název v angličtině:</b>	Ethical aspects of oocyte donation
<b>Anotace práce:</b>	<p>V diplomové práci se zabývám dárcovstvím ženských pohlavních buněk – oocytů, které patří mezi úspěšné metody léčby neplodnosti. Ohledně dárcovství oocytů existuje spousta etických dilemat, jako je anonymita dárcyň a příjemců, finanční kompenzace, ale i pohled z náboženského hlediska. V práci je zhodnocen i celkový přístup veřejnosti k darování v oblasti asistované reprodukce nejen u nás, ale i v dalších zemích světa. Teoretická část obsahuje popis neplodnosti jako společenského problému dnešní doby, dále také jednotlivé metody asistované reprodukce, proces dárcovství oocytů a etické a právní problémy s ním spojené. V praktické části jsou analyzovány výsledky výzkumu zjištěné na základě rozhovorů se samotnými dárcyňkami oocytů.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	Etika, dárcovství oocytů, asistovaná reprodukce, neplodnost
<b>Anotace v angličtině:</b>	<p>In my diploma thesis I deal with oocyte donation, which is one of the successful methods of infertility treatment. There are many ethical dilemmas regarding oocyte donation, such as the anonymity of donors and recipients, financial compensation, but also a religious perspective. The work also evaluates the overall approach of the public to donations in the field of assisted reproduction not only in our country, but also in other countries around the world. The theoretical part contains a description of infertility as a social problem of today, as well as individual methods of assisted reproduction, the process of oocyte donation and ethical and legal issues associated with it. The practical part analyzes the results of research obtained from interviews with oocyte donors themselves.</p>
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Ethics, oocyte donation, ethics of oocyte donation, assisted reproduction care, infertility
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	9
<b>Rozsah práce:</b>	97 stran
<b>Jazyk práce:</b>	český