

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Etická a psychosociální problematika dárcovského programu
v asistované reprodukci**

Diplomová práce

Autor : Bc. Alena Dvořáková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Ing. Hana Konečná, Ph.D.

2009

Abstrakt

V diplomové práci jsem se zaměřila na problém nedobrovolné bezdětnosti, což je situace, kterou dnes řeší mnoho partnerských párů a má stále vzrůstající tendenci. Soustředila jsem se především na dárcovský program v asistované reprodukci. Popsala jsem způsob léčby pomocí dárcovských gamet, její etickou a legislativní problematiku.

Empirická část je rozdělena na dva výzkumné projekty, každý z nich odpovídá jednomu z cílů práce. V prvním z nich je zmapována situace při rozhodování recipientských párů, zda vstoupí do programu AR s dárcovskými gametami a psychosociální následky této situace. Tato výzkumná část vychází z polostrukturovaných a nestrukturovaných interview s 10 páry a z pozorování. Data byla transkripována a následně podrobena kvalitativní analýze. V druhém výzkumu jsou uvedena data získána nestrukturovaným interview s dárkyněmi a terénním pozorováním. Tato část se týká druhého cíle diplomové práce.

V diskusi jsou rozhovory a pozorování vyhodnoceny a porovnány s literaturou, která se touto problematikou zabývá. Zaměřila jsem se především na otázku anonymity dárcovství, na motivaci dárkyň oocytů a následné porovnání s očekáváním příjemců.

Z výzkumu byla stanovena hypotéza, že dárcovství gamet je složitý problém, kterým by se naše společnost měla podrobně zabývat.

Tato práce může být využita pracovníky center asistované reprodukce. Může být použita i jako studijní materiál pro studenty Zdravotně sociální fakulty, zejména pro obor Porodní asistentka.

Ethic and psychosocial problems of donor program in artificial reproduction

Abstract

My degree work focused on the problem of involuntary childlessness, which is a situation that a number of couples are facing nowadays and this issue has been growing. The work specifically deals with the donor programme in assisted reproduction. I described the method of treatment with the use of donor gametes and ethical and legislative issues related to it.

The empiric part of the work is divided into two research projects each of which corresponds with one objective of the work. The first one monitors the situation when receiving couples are making a decision whether to join the assisted reproduction programme with donor gametes and the mental and social consequences of this situation. This research part is based on partly structured and non-structured interviews with 10 couples and on observations. The data was transcribed and subsequently qualitatively analysed. The second research comprises data obtained from non-structured interviews with female donors and from on-site observations. This part relates to the second objective of the degree work.

In the discussion section of the work the interviews and observations are assessed and compared with literature on this topic. I focused mainly on the issue of anonymous donation, on motivation of oocyte donors and on subsequent comparison with receivers' expectations.

Based on the research I determined a hypothesis that donation of gametes is a difficult problem which our society should deal with in detail.

This degree work could be used by people from centres of assisted reproduction. It can also be used as a study material by students of the Faculty of Health and Social Studies, especially those who attend the midwife course.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Etická a psychosociální problematika dárcovského programu v asistované reprodukci“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 25. 5. 2009

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí mé diplomové práce, paní docentce Haně Konečné, jejíž práce v oblasti psychologie asistované reprodukce si velmi vážím. Dále chci poděkovat pacientkám centra asistované reprodukce ISCARE a.s. a jejich partnerům, kteří byli ochotni se mnou spolupracovat a podělit se o své intimní prožitky.

Obsah

Úvod

1. Současný stav.....	10
1.1. Proč vlastně lidé chtějí mít děti?.....	10
1.2. Neplodnost (infertilita, nedobrovolná bezdětnost).....	11
1.3. Léčba neplodnosti pomocí asistované reprodukce (AR).....	11
1.3.1. Intrauterinní inseminace (IUI).....	12
1.3.2. In vitro fertilizace (IVF).....	12
1.3.3. Kryokonzervace (KRYO).....	13
1.3.4. Preimplantační genetická diagnostika (PGD).....	14
1.3.5. Mikrochirurgické techniky.....	14
1.3.6. Úspěšnost asistované reprodukce.....	14
1.4. Dárcovský program v AR.....	15
1.4.1. Dárcovství spermatu.....	16
1.4.1.1. Kritéria spermioqramu (SPG) pro přijetí dárce....	16
1.4.1.2. Oplodnění dárcovským spermatem.....	17
1.4.2. Dárcovství oocytu.....	18
1.4.2.1. Příprava dárkyň.....	19
1.4.2.2. Oplozování oocytů a transfer embryí.....	19
1.4.2.3. Příprava příjemkyň.....	20
1.4.3. Dárcovství embryí.....	20
1.4.3.1. Původ embryí k darování.....	20
1.4.4. Podmínky dárcovství pro účely AR.....	21
1.4.5. Podmínky pro práci s dárcovskými gametami.....	22
1.4.6. Odměna dárce.....	23
1.4.7. Limit pro použití dárcovských spermií.....	24
1.4.8. Anonymita v dárcovském programu.....	24
1.4.9. Úhrada dárcovského programu.....	26
1.4.10. Surogátní mateřství.....	27

1.4.11. Kdo může využít dárcovské gamety?.....	30
1.5. Některé závažné etické problémy související s AR.....	32
1.5.1. Vícečetná těhotenství.....	34
1.5.2. Redukce vícečetných těhotenství.....	36
1.5.3. Odběr a užití spermií zemřelého.....	37
1.5.4. Výzkum na embryích.....	39
1.5.5. Morální postavení embrya.....	41
2. Cíle práce	43
3. Metodika.....	43
3.1. Výzkumná strategie.....	43
3.2.1. Zkoumaný soubor 1.....	44
3.2.2. Zkoumaný soubor 2.....	44
4. Výsledky.....	45
4.1. 1. výzkum.....	45
4.1.1. Rozhovor č. 1 – Ivana a Jiří.....	45
4.1.2. Rozhovor č. 2 – Ilona a Josef.....	48
4.1.3. Rozhovor č. 3 – Blanka a Milan.....	50
4.1.4. Rozhovor č. 4 – Simona a Jan.....	53
4.1.5. Rozhovor č. 5 – Romana a Petr.....	57
4.1.6. Rozhovor č. 6 - Eliška a Michal.....	60
4.1.7. Rozhovor č. 7 – Gita a Pavel.....	63
4.1.8. Rozhovor č. 8 – Jitka a Miroslav.....	66
4.1.9. Rozhovor č. 9 – Lucie a Václav.....	68
4.1.10. Rozhovor č. 10 – Radka a Martin.....	70
4.2. 2. výzkum.....	73
4.2.1. 1. skupina dárkyň.....	73
4.2.2. 2. skupina dárkyň.....	74
4.2.3. 3. skupina dárkyň	74
5. Diskuse.....	76

5.1. Obtížnost přijetí dárcovských gamet a vyrovnání se se vzniklou situací.....	76
5.2. Pro koho je léčba obtížnější – muže či ženy.....	77
5.3. Jak páry o průběhu léčby vzájemně komunikují.....	78
5.4. Požadavky příjemců na dárce/dárkyni.....	78
5.5. Otázka sdělování informací o použití dárcovských gamet.....	79
5.6. Oplození osamělých žen dárcovskými spermii.....	80
5.7. Náhradní rodinná péče.....	81
5.8. Prožívání těhotenství s ohledem na darované gamety.....	82
5.9. Anonymita dárcovství.....	83
5.10. Motivace dárců a dárkyň a srovnání s očekáváním příjemců.....	84
6. Závěr.....	88
7. Seznam použité literatury.....	90
8. Klíčová slova.....	97

Úvod

Nedobrovolná bezdětnost (dříve označovaná jako neplodnost) se bohužel stala běžným problémem dnešního života. Jednou z možností léčby této nemoci je asistovaná reprodukce, prováděná v centrech asistované reprodukce, kde pracuji již 11 let. Za tuto dlouhou dobu jsem pochopila, že je to nemoc nejen těla, ale i duše. Je to stav, který velmi nepříznivě ovlivňuje kvalitu života těchto párů a způsobuje značné psychosociální problémy, kterými jsem se zabývala již ve své bakalářské práci.

V diplomové práci se chci soustředit na problematiku dárcovského programu v asistované reprodukci. Zaměřím se na způsob léčby pomocí dárcovských gamet, na etickou a legislativní stránku jejich využití. Ve výzkumné části popíši, jaké konkrétní problémy řeší pacienti, kteří vstupují do této léčby, jaké otázky si kladou, jaká dilemata musí řešit.

Otázka lidské reprodukce a výzkumu v této oblasti vzbuzuje velký zájem veřejnosti a médií. Přináší s sebou mnoho etických otázek a problémů, z nichž některým se chci ve své diplomové práci věnovat.

1. Současný stav

1.1. Proč vlastně lidé chtějí mít děti ?

Otázkami rodičovství se psychologie zabývá ve spojitosti s tzv. instinkty. Touha mít děti je přirozeně dána, je projevem zákonitostí, které se týkají všech tvorů na zemi. Bezdětnost je něčím nepřirozeným. Jako existuje pohlavní pud, existuje i rodičovský pud.

Kromě této biologické motivace existuje i motivace psychologická a společenská. Lidé mají potřebu osvědčit svoji reprodukční schopnost. Rodičovství je tudíž i otázkou společenské prestiže. To, že chceme a máme děti, je prostě „normální“.

Děti dále přinášejí do rodinného společenství radost a zábavu. Věnujeme jim svou lásku, své názory a naděje. Odkážeme jim svůj majetek, nač bychom se jinak „lopotili a dřeli“ ? (29).

Postoje lidí k bezdětnosti jsou výrazně utvářené kulturním kontextem dané oblasti. Hlavní roli v nich nehrají ekonomické zájmy určité skupiny lidí (národa, státu), ale kulturně podmíněné představy o tom, co je přirozené či správné, tedy normální. Co je nenormální, je tím pádem špatné (24).

Nenaplňující se rodičovství, léčba poruch plodnosti jsou psychicky velmi náročné životní situace. Navíc porucha plodnosti je tradičně považována za zvláštní nemoc, pohlíží se na ni spíš jako na neschopnost, nechtění, trest či provinění. Tato stigmatizace s sebou přináší pochybnosti o sobě jako o plnohodnotném a schopném člověku (25).

Proč lidé chtějí mít děti jiné než vlastní?

Člověk patří k těm nemnohým druhům živočichů, kteří jsou schopni přijímat za vlastní mláďata svého druhu. Existují u nás nepochybně vedle biologických potřeb i síly psychologické a společenské, které podmiňují touhu po dětech. Je-li tato touha velmi silná a je-li dlouho neuspokojována, může nakonec vést k přijetí „cizího dítěte“. Spolu s biologickým je tu tedy i rodičovství psychologické (30).

1.2. Neplodnost (infertilita, nedobrovolná bezdětnost)

Neplodnost (infertilita, nedobrovolná bezdětnost) je definována jako neschopnost otěhotnět po roce pravidelného nechráněného pohlavního styku. Tento problém se dnes týká asi 15 - 20 % naší populace (39). V širším pojetí hovoříme o infertilitě jako o stavu, který má za následek bezdětnost nebo nemožnost mít víc dětí, než manželé chtějí (50).

Za neplodnost páru je zodpovědný asi ve 40% muž a v dalších 40% případů žena. Neplodnost zbývajících 20% párů je způsobená kombinací faktorů u obou partnerů nebo jde na vrub sterility idiopatické, tzn. sterility z neznámých příčin (36).

1.3. Léčba neplodnosti pomocí asistované reprodukce (AR)

Jednou a dnes možná i nejčastější metodou léčby infertility jsou techniky asistované reprodukce.

AR se podle zákona rozumí postupy a metody, při kterých dochází k manipulaci s embryi, včetně jejich uchovávání, a to za účelem léčby neplodnosti ženy nebo muže. Těmito postupy jsou:

- a) odběr zárodečných buněk
- b) umělé oplodnění ženy, a to
 - 1) oplození vajíčka spermií mimo tělo ženy
 - 2) přenos embrya do pohlavních orgánů ženy nebo
 - 3) zavedení zárodečných buněk do pohlavních orgánů ženy (58).

Tento termín je souhrnem pro různé techniky mimotělního oplodnění.

Prvním dítětem „ze zkumavky“ byla Luisa Joy Brownová, která se narodila 25. července 1978 v Oldhamu v Anglii. Od té doby zaznamenala asistovaná reprodukce značný pokrok. Celosvětově se pomocí umělého oplodnění narodí každý rok asi 100 000 dětí, tedy asi 2 - 3% z celkového počtu narozených dětí. Odhaduje se, že od roku 1978 se těchto dětí narodily asi 3 milióny (28).

V České republice se první dítě pomocí technik AR narodilo v roce 1982, tedy jen 4 roky po narození Luisy Brownové, na gynekologicko-porodnické klinice v Brně (37).

Podle dostupných údajů je u nás prováděno asi 900 IVF cyklů na 1 milion obyvatel, což je srovnatelné s přístupem k této indikaci v Nizozemsku či Francii, ale tento počet je až o polovinu nižší ve srovnání se skandinávskými zeměmi (28).

Každoročně se u nás narodí pomocí metod asistované reprodukce asi 20 000 dětí (37). Lze reálně předpokládat, že se zvyšujícím se věkem prvorodiček, nárůstem počtu párů se sníženou plodností muže a díky dalším civilizačním faktorům bude počet léčených párů dále narůstat (28).

1.3.1. Intrauterinní inseminace (IUI)

IUI je neinvazivní, nejjednodušší a nejlevnější technika asistované reprodukce, proto je metodou první volby. Lze ji ovšem využít jen u párů, kdy má žena průchodné vejcovody a nejsou-li závažně sníženy hodnoty spermogramu u muže. Provádí se v přirozeném menstruačním cyklu nebo po hormonální stimulaci. Spermie pro IUI se upravují, promývají se a koncentrují, a poté se katétre zavedou do děložního hrdla nebo do dělohy ženy. Výkon se provádí v době ovulace. Nevýhodou IUI je nízká úspěšnost, jen okolo 10% (20).

1.3.2. In vitro fertilizace (IVF)

Mimotělní oplození - in vitro fertilizace bylo původně zamýšlené jako léčba sterility u žen s odstraněnými nebo nenapravitelně poškozenými vejcovody. Posléze se však stalo nejefektivnější léčbou neplodnosti bez ohledu na vyvolávající příčinu (28).

In vitro fertilizace spočívá v hormonální stimulaci vaječnicků pacientky k vývoji a dozrání většího počtu vajíček v ováriích. Vajíčka - oocyty se po dosažení optimálního stupně vývoje získávají transvaginální punkcí ovaria a následnou aspirací folikulární tekutiny, která obsahuje oocyty. Získané oocyty se ve zkumavce smísí se speciálně upravenými spermii, tzv. klasická IVF. V případě mikromanipulační techniky zvané

ICSI (intracytoplasmatická injekce spermie) - se předem upravené spermie injektují pod mikroskopem do cytoplasmy oocyty (jedna spermie do jednoho oocyty). ICSI se používá u velmi snížených hodnot spermiogramu (SPG). Oplozené oocyty se kultivují za speciálních podmínek a vyvíjející se embrya se kontrolují. Po několika dnech kultivace (2-5 dní) se nejlepší embrya transferují katétrem do dělohy ženy, tzv. embryotransfer.

Prodloužená kultivace je metoda, kdy se embrya přenášejí po 4-5 denní kultivaci, tedy ve stádiu moruly nebo blastocysty, což je ideální stádium pro implantaci embrya. Dochází k lepšímu růstu embryí a k jejich diferenciaci. To umožňuje selekci nejvitalnějších embryí a výběr těch nejkvalitnějších pro embryotransfer. Její široké využití výrazně zvyšuje úspěšnost AR. Tato metoda také více připomíná přirozený proces (21).

Snadnější nidaci embrya do děložní sliznice umožňuje metoda nazývaná se asistovaný hatching. Princip spočívá v šetrném narušení obalu embrya (zona pellucida) pomocí mikromanipulační techniky a to mechanicky mikropipetou nebo laserem (37).

1.3.3. Kryokonzervace (KRYO)

V IVF programu většinou dosáhneme většího počtu oplozených embryí. Nadpočetná, dobře se vyvíjející embrya je možno zamrazit. Pokud nedojde ke graviditě po přenosu čerstvých embryí nebo přejí-li si pacienti další dítě, je možno embrya rozmrazit a přenést do dělohy (kryoembryotransfer - KET).

Ne všechna embrya lze ovšem po rozmrazení přenášet, asi 25 % může být poškozeno mrazícím procesem. Úspěšnost KETu také bývá o něco nižší než po přenosu čerstvých embryí. Pro ženu je však výhodou, že nepodstupuje opakovanou hormonální stimulaci a další odběr vajíček (20).

Kromě embryí v jakýchkoliv stádiích (od stádia jednobuněčného až po mnohobuněčnou blastocytu) lze zamrazovat i spermie a dnes již i oocyty (21).

1.3.4. Preimplantační genetická diagnostika (PGD)

PGD zahrnuje sérii technik, které se používají k diagnostice a k vyloučení genetických abnormalit embryí získaných pomocí IVF ještě před jejich zavedením do dělohy. Jedná se o metodu umožňující genetickým vyšetřením jedné nebo dvou buněk, odebraných z šesti až osmi buněčného embrya, odhalit nejběžnější genetická onemocnění (např. Downův syndrom, Turnerův syndrom, cystickou fibrózu...) (55).

Indikací pro PGD je i několikanásobné selhání IVF technik, vyšší věk pacientky, porod dítěte s vrozenou vývojovou vadou, opakované potraty atd. (42)

Pomocí PGD můžeme tedy v centrech AR provádět selekci pohlaví dítěte, ovšem v souladu s Úmluvou o lidských právech a biomedicíně je selekce pohlaví povolena pouze v případech, kdy má být zabráněno vážným dědičným onemocněním vyskytujícím se u určitého pohlaví (52).

1.3.5. Mikrochirurgické techniky

Mikrochirurgické techniky se využívají při opakovaně potvrzené azoospermii (žádné živé spermie v ejakulátu). V těchto případech lze mikrochirurgickou operací pod optickým zvětšením spermie získat přímo z kanálků nadvarlete, kde dozrávají (metoda MESA), nebo z kanálků varlete, kde se spermie tvoří (metoda TESE). Takto získané spermie se pomocí ICSI metody injektují do oocytů. Vzniklá embrya se běžným způsobem kultivují a transferují (22).

1.3.6. Úspěšnost asistované reprodukce

Základní míru úspěšnosti centra asistované reprodukce vyjadřuje KT/ET (%). Udává poměr všech pacientek dané metody, u kterých proběhl embryotransfer, k počtu žen, které po této metodě otěhotněly a bylo u nich klinicky prokázáno těhotenství. Klinická gravidita na embryotransfer se dnes pohybuje okolo 35 - 45 % (32).

Dalším důležitým ukazatelem úspěšnosti je „take home baby rate“, což je procento donošených gravidit po IVF ukončených porodem zdravého plodu. V zájmu center AR tedy je, aby take home baby rate byl co nejbližší poměru KT/ET, což svědčí o nízké incidenci abortů (3).

Kumulativní úspěšnost léčby metodou IVF lze dokumentovat následujícími čísly: ze všech párů, které zahájily léčbu pomocí IVF a u kterých byl proveden alespoň jeden odběr oocytů pro mimotělní oplodnění, otěhotnělo 58,8% a porodilo 51,4%. Z párů, které absolvovaly plný počet cyklů hrazených z všeobecného zdravotního pojištění (tzn. tři cykly IVF), otěhotnělo a porodilo plných 85%.

Úspěšnost AR je v České republice srovnatelná s ostatními ekonomicky vyspělými zeměmi, lze však zaznamenat některé specifické nežádoucí aspekty, např. počet přenášených embryí, vícečetná těhotenství (28).

1.4. Dárcovský program v AR

Stále se zvyšuje počet mužů i žen, kteří nemohou k reprodukci použít své vlastní gamety. Pro ně pak zůstává jen několik možností:

- rozhodnout se pro život bez dětí
- rozhodnout se pro adopci dítěte
- zvolit možnost příjmu darované gamety

Jinou možností současná medicína zatím nemá (10).

Program dárcovství je tedy nezbytnou nabídkou centra AR a to i přesto, že je velmi náročný na organizaci vlastních dárců a jejich vyšetření, tak na jejich synchronizaci s příjemci (60).

Program dárcovských gamet v naší zemi je do značné míry využíván i ženami z některých evropských zemí, kde to zákony neumožňují. Např. v Itálii je program darování gamet zcela zakázán. V Německu, Rakousku a Švýcarsku je povoleno darování spermií, ale darování oocytů a embryí zákon zakazuje (15).

Všechny tyto státy sice prošly podobným kulturně historickým vývojem jako ČR a existují mezi nimi dlouholeté vazby, přesto je v nich, na rozdíl od ČR, preferováno

genetické rodičovství. Tento princip spolu se značným vlivem katolické církve znemožňuje využívání darovaných gamet a neplodné páry z těchto zemí často volí cestu za léčbou do států, v nichž je pro ně situace příznivější, tedy i k nám (15).

1.4.1. Dárcovství spermatu

Dárcovství spermatu se využívá již 50 let (15).

Myšlenka na darování spermií a založení spermabank vznikla, když se ukázalo, že muži s azoospermií (žádné živé spermie v ejakulátu) nebo těžkou oligospermií (snížený počet spermií) a asthenozoospermií (snížená pohyblivost spermií) nemohou být vyléčeni tak, aby mohli mít vlastní dítě. Až do nástupu mikromanipulačních technik (ICSI) do AR byly dárcovské spermie jedinou možností řešení. Nutno říci, že právě díky ICSI a mikrochirurgickým technikám (MESA, TESE) v dnešní době počet mužů, kteří využívají darované spermie značně poklesl. Je pochopitelné, že většina pacientů dává přednost geneticky vlastním potomkům, i za cenu zvýšených nákladů na léčbu.

Indikací pro užití dárcovských spermií je tedy dnes závažná genetická choroba muže, imunologická neplodnost páru a případy, kdy ze sociálních nebo medicínských důvodů nelze použít ICSI a mikrochirurgické techniky nebo již byly použity bez úspěchu (60).

1.4.1.1. Kritéria spermiogramu (SPG) pro přijetí dárce

Jako příklad uvádím kritéria spermiogramu v centru asistované reprodukce v ČR a v zahraničí:

Kritéria SPG v ČR (hodnoceno dle Manuálu WHO):

- objem ejakulátu > 2 ml
- koncentrace spermií > 50 mil/ml
- motilita spermií > 60 %
- morfologie > 30% morfologicky normálních spermií
- > 50 % udržení motility spermií po zamražení a rozmražení (60).

Kritéria SPG v zahraničí jak uvádí Borrero (6):

- objem ejakulátu > 2 ml
- koncentrace spermií > 20 miliónů/ml
- motilita spermií > 50 % progresivního pohybu nebo > 25 rychlého progresivního pohybu
- morfologie > 25 % morfologicky normálních spermií

Dárce může být starší než 40 let, ale příjemci to musí akceptovat

Ze srovnání uvedených kritérií je zřejmé, že české parametry jsou přísnější. Je však nutné dodat, že toto kritérium nespĺňují všichni zájemci o darování spermatu, část jich proto musí být odmítnuta.

1.4.1.2. Oploďnění dárcovským spermatem

Existují dvě možnosti, jak lze provést umělé oploďnění dárcovským spermatem:

1) Intrauterinní inseminace (IUI)

IUI, jak již bylo výše uvedeno, je nejjednodušší a nejlevnější technika asistované reprodukce, a proto je metodou první volby. Lze ji ovšem využít jen u párů, kdy má žena průchodné vejcovody. Provádí se v přirozeném menstruačním cyklu nebo po hormonální stimulaci. Spermie dárce pro IUI se rozmrazí, promývají a převedou do speciálního média, a poté se katétrem zavedou do děložního hrdla nebo do dělohy ženy. Výkon se provádí v době ovulace. Nevýhodou IUI je nízká úspěšnost, jen okolo 10% (20).

2) In vitro fertilizace (IVF)

IVF s dárcovským spermatem spočívá v hormonální stimulaci vaječnicků pacientky, poté jsou oocyty získávány transvaginální punkcí ovaria. V určitých případech je možno použít i mikromanipulační techniku ICSI, s injekcí spermie do oocyty (např. z důvodu nízkého počtu získaných oocytů, ICSI metoda nám pomůže k dosažení

maximálního počtu oplozených oocytů). Oplozené oocyty se kultivují za speciálních podmínek a vyvíjející se embrya se kontrolují. Po několika dnech kultivace (2-5 dní) se nejlepší embrya transferují katétrem do dělohy ženy. Takto oplozená embrya je možno také kryokonzervovat a používat další výše uvedené techniky AR, např. prodlouženou kultivaci a asistovaný hatching.

1.4.2. Dárcovství oocytu

Dárcovství oocytu je poměrně „mladá“ metoda v AR. První úspěšné užití této metody bylo poprvé provedeno před 17 lety, rychle se však rozšířila do mnoha zemí světa. Oocyty, získané od dárkyně, jsou oplodněny spermii partnera příjemkyně a následně přeneseny do dělohy příjemkyně (6). Tato léčba může být využita v následujících případech pro:

- Ženy, které nikdy spontánně nemenstruovaly a mají dělohu.
- Ženy, kterým se menstruace zastavila v mladém věku. Příčinou mohou být genetické poruchy (Turnerův syndrom), autoimunitní postižení vaječnicků, ozáření nebo chemoterapie při léčbě zhoubných onemocnění, operace na vaječnicích nebo je příčina nevysvětlitelná.
- Ženy, které jsou přenašečky dědičných onemocnění (cystická fibróza, morbus Recklinghausen) nebo mají chromozomální vadu (delece, translokace, inverze, mozaika).
- Ženy, které absolvovaly léčbu metodou IVF a byl získán pouze malý počet nebo žádná vlastní vajíčka.
- Ženy, které absolvovaly opakovaně léčbu metodou IVF bez dosažení gravidity, s nízkou kvalitou vlastních vajíček.
- Ženy, u kterých nedošlo k oplození vajíček spermii manžela nebo dárce ani za použití metody ICSI (intracytoplazmatická injekce spermie).
- Ženy, trpící těžkou formou endometriózy postihující vaječníky.

- Ženy, nejčastěji okolo 40 let věku, jejichž menstruační cyklus začíná být nepravidelný a již nereagují na stimulaci vaječnicků.
- U žen okolo 40 let věku je použití darovaných vajíček metodou volby, vzhledem k nízké šanci otěhotnět z vlastních vajíček a zvýšenému riziku Downovy choroby a ostatních trizomií u potomků (10).

1.4.2.1. Příprava dárkyň

Dárkyňe podstupují ovariální stimulaci gonadotropiny v kombinaci s GnRH-agonisty nebo antagonisty. Stimulace je monitorována ultrazvukem a hormonálně. Odběr oocytů probíhá vaginální punkcí folikulů pod kontrolou ultrazvuku(60).

1.4.2.2. Oplozování oocytů a transfer embryí

Získané oocyty jsou oplozovány buď čerstvým, nebo zamraženým spermatem partnera příjemkyně. Výhoda kryokonzervace spermatu partnera předem spočívá v okamžité možnosti sperma použít v případě nečekaně darovaných oocytů. Je-li spermioqram dobrý, probíhá klasické oplození přidáním vypočteného množství spermií k oocytům. V případě nízkých hodnot koncentrace spermií nebo snížené motility probíhá oplozování intracytoplazmatickou injekcí spermie do cytoplazmy oocytu (ICSI).

Následuje buď zmrazení vzniklých embryí a skladování v tekutém dusíku do doby použití nebo bezprostřední transfer čerstvých embryí. Transfer pouze zmražených/rozmražených embryí se prováděl až do roku 2001. Embrya byla zmražena na dobu 6 měsíců, po jejichž uplynutí byly u dárkyňe zopakovány testy na HIV1,2. V případě opětovné negativy výsledků testu byla embrya použita k transferu. Vzhledem k tomu, že úspěšnost čerstvých transferů je vyšší než kryoembryotransferů, začaly se provádět „čerstvé“ transfery. Jejich podmínkou je negativní aktuální sérologické vyšetření dárkyňe a podpis informovaného souhlasu příjemkyně, ve kterém je

seznámena s možným rizikem přenosu HIV bez dodržení půlroční karanténní lhůty (60).

1.4.2.3. Příprava příjemkyň

Příjemkyně jsou jak ženy, které mají zachovaný menstruační cyklus, tak ženy bez spontánního menstruačního cyklu. V prvním případě je nutná synchronizace cyklu dárkyně a příjemkyně, tudíž je nutné monitorování spontánního ovulačního cyklu příjemkyně. Období, ve kterém je nutno získat oocyty, je poměrně krátké, a proto vyžaduje dostatek dárkyň. Ve druhém případě je synchronizace dárkyně a příjemkyně snadnější. Příjemkyně jsou připravovány estradiol valerátem, jehož aplikace může trvat až několik týdnů. Výhodou je tak delší období pro získání darovaných oocytů (60).

1.4.3. Dárcovství embryí

Indikacemi pro přijetí darovaných embryí je kombinace ovariačního a andrologického faktoru neplodnosti, genetická zátěž u ženy i muže nebo opakovaný neúspěch po léčbě metodami AR (60).

1.4.3.1. Původ embryí k darování

Embrya pro darování jsou jednak vytvářena de novo oplozením darovaných oocytů spermii dárce nebo jsou darována páry z programu AR. Jedná se buď o páry, kterým se již narodilo dítě a nadpočetná zmražená embrya poskytl k darování, nebo páry, které o svá zmražená embrya nemají již z nejrůznějších důvodů zájem a písemným souhlasem je poskytl k darování. Dárci embryí musí splňovat stejná kritéria jako dárce spermatu a vajíček (60).

1.4.4. Podmínky dárcovství pro účely AR

Podmínky dárcovství pro účely asistované reprodukce upravuje zákon č.227/2006 Sb. o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech a o změně některých souvisejících zákonů, kterým byl novelizován zákon 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu:

Dárce pro účely AR je osoba, která netvoří neplodný pár. Darovat vajíčka může žena ve věku 18 – 35 let, darovat spermie může muž ve věku 18 – 40 let. K oplození nesmí být použity spermie, o nichž je známo, že pocházejí od muže, který je příbuzným v řadě přímé nebo sourozencem, strýcem, bratrancem nebo dítětem bratrance nebo dítětem sestřence ženy, jejíž vajíčko se k metodě AR použije, nebo příjemkyně.

Dárce je povinen podrobit se potřebným vyšetřením, včetně genetických. Za posouzení těchto vyšetření odpovídá lékař, který rozhodl o možnosti použít zárodečné buňky dárce pro metody AR.

Dárce nesmí být osoby zbavená způsobilosti k právním úkonům.

Lékař je povinen osoby, jimž mají být tyto výkony provedeny, poučit o zdravotních rizicích.

Výkony AR lze provést až po vyslovení souhlasu osobou, které budou výkony provedeny (**58**).

Vyšetření, kterým je dárce podroben, upravuje nově Vyhláška o stanovení bližších požadavků pro zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka (vyhláška o lidských tkáních a buňkách), která je prováděcí vyhláškou k zákonu č. 296/2008 Sb. o zajištění bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka. Jedná se především o vyšetření STD (sexual transmitted diseases):

- HIV typu 1 a 2 metodou stanovení protilátky a antigenu p24
- hepatitidy typu B metodou stanovení povrchového antigenu (HBsAg) a protilátky proti antigenu HBV (anti-HBc)
- HCV metodou stanovení protilátky
- syfilis – TPHA

U dárců spermií je rovněž nutno provést vyšetření na *Chlamydia trachomatis* z moče. V souvislosti s anamnézou dárce je možné provést i další vyšetření, např. malárie, cytomegalovirus, *Trypanosoma cruzi*.

Dárce spermatu je vyšetřen před odběrem. Vzorky spermií se uchovávají v karanténních kontejnerech v tekutém dusíku a lze je propustit k dalšímu použití teprve za předpokladu opakované negativity výše uvedených vyšetření po 180 dnech. Obdobně je nakládáno s darovanými oocyty, dárkyně je vyšetřena před odběrem oocytů, ty jsou pak oplodněny spermatem partnera příjemkyně a zamraženy. Teprve po potvrzení negativity mohou být rozmražená embrya transferována.

Dárci gamet musí dále podstoupit genetické vyšetření, jehož součástí je psychologické zhodnocení, vyloučení numerických chromozomálních aberací a jiných geneticky podmíněných vad (např. cystické fibrózy). Kontraindikací k darování gamet jsou psychotická onemocnění s dědičnou dispozicí. Za kontrolu výsledků je zodpovědný lékař, provádějící embryotransfer (57).

Podobné vyšetření je prováděno dárcům i v jiných zemích, jak např. uvádí Borerro (6), dárci jsou vyšetřeni na HIV, syfilis, hepatitidu B, C (antigeny, protilátky proti hepatitidě B), *Chlamydia trachomatis*, navíc se vyšetřuje kapavka a cytomegalovirus (IgM a IgG). V zemích z oblastí kolem Středoziemního moře je vyšetřována i talasemie. Homosexuálové, bisexuálové, uživatelé drog jsou z dárcovství vyřazeni pro potenciální zvýšené riziko HIV. Jako v České republice podstupují všichni dárci genetické vyšetření (6).

1.4.5. Podmínky pro práci s dárcovskými gametami

Vyhláška o lidských tkáních a buňkách dále upravuje a stanovuje konkrétní postupy při zacházení s dárcovskými gametami.

Jedná se o systém dokumentace, který musí zaručit, aby všechny činnosti od opatrování po distribuci dárcovských gamet byly prováděny standardně a všechny kroky těchto činností musí být sledovatelné. Všechny záznamy se musí uchovávat 10 let.

Dokumentace o dárci obsahuje: identifikaci dárce, jméno, příjmení, datum narození, rodné číslo. Dále pak věk, pohlaví, lékařskou anamnézu a anamnézu chování, klinické údaje a výsledky laboratorních vyšetření z akreditovaných laboratoří.

Upravuje i označování odebraných gamet, nutné jsou údaje identifikující darování, balení buněk, datum a čas odběru.

Vyhláška zmiňuje i vybavení pracoviště, materiál a produkty, údržbu, servisní služby, čištění i desinfekci (57).

1.4.6. Odměna dárci

Podle zákona v České republice nenáleží dárci zárodečných buněk finanční ani jiná náhrada. Přísluší mu pouze náhrada účelně vynaložených výdajů, které mu vznikly v souvislosti s odběrem. Tyto výdaje mu hraří provozovatel zdravotnického zařízení, ve kterém byl odběr proveden. Provozovatel může jejich náhradu požadovat na příjemkyni, které má být provedeno umělé oplodnění (58).

V zahraničí je situace obdobná. Dárci nedostávají odměnu za darování spermatu, obdrží ovšem určitou finanční částku jako refundaci nákladů. V odborné veřejnosti je vedena diskuse, zda je to vhodné. Například společnost The Human Fertilization and Embryology Authority ve Velké Británii nejdříve navrhla platbu za darování spermatu. Ovšem později, po dalším průzkumu aspektů souvisejících s platbou, společnost souhlasila s faktem, že dárcovství by mělo být dobrovolné a bezplatné. Riziko, že darování spermatu souvisí finančním obohacením, je nežádoucí.

V USA je dárcovství spojeno s finanční odměnou. Výzkumy zde ukazují, že značná část dárců pochází z řad studentů (6).

Jako příklad finanční kompenzace v České republice uvádím informace z jednoho centra asistované reprodukce:

Klinika nehonoruje dárkyně vajíček. Nicméně poskytuje dárkyním, podstupující ovariální stimulaci a následný odběr vajíček v celkové anestézii kompenzaci za cestovní výlohy a diskomfort spojený s léčbou. Finanční kompenzace se pohybuje v rozmezí 1 000 - 15 000 Kč.

Tato kompenzace je povolena odbornou společností a dárkyni je vyplácena v den odběru vajíček (10).

1.4.7. Limit pro použití dárcovských spermií

Odborná veřejnost má zájem na vytvoření limitu pro použití dárcovského spermatu, protože existuje riziko pokrevního příbuzenství mezi potomstvem příjemců od jednoho dárce. Největší riziko je v malých zemích, kde není dostatečná nabídka dárců. Nejvýhodnější jsou velké komerční spermabanky, kde je toto riziko redukováno. Doporučuje se, aby v populaci o 800 000 obyvatel byl jeden dárce využit jen pro 25 těhotenství, aby se zabránilo příbuzenské koncepci. Avšak jen 20 – 30% dosažených těhotenství je hlášeno do komerčních spermabank, takže neexistují kompletní informace o takto vzniklých těhotenstvích (54).

V České republice není tento limit ošetřen zákonem, použití dárců spermií je v kompetenci center asistované reprodukce.

U darování oocyty není nutné tento problém řešit, po jednom odběru oocytů u dárkyně je možno odebrané oocyty použít pouze pro jednu nebo dvě příjemkyně.

1.4.8. Anonymita v dárcovském programu

Zákon 227/06 uvádí, že zdravotnické zařízení provádějící asistovanou reprodukci s dárcovskými gametami je povinno zajistit anonymitu dárce a neplodného páru a anonymitu dárce a dítěte narozeného z AR. Zachovat anonymitu je povinen i každý zdravotnický pracovník, který o této skutečnosti věděl (58).

Lékař zdravotnického zařízení, ve kterém byla posouzena zdravotní způsobilost dárce, podá na žádost ženy nebo muže z neplodného páru, a to před započetím umělého oplodnění, nebo zákonného zástupce dítěte narozeného z asistované reprodukce nebo zletilé osoby narozené z asistované reprodukce informaci o zjištěních, která mají přímý vliv na vývoj zdravotního stavu dítěte nebo osoby narozené z asistované reprodukce,

zejména pak o zjištěných genetických vlohách nebo dispozicích. Je otázkou, jak široce je možno interpretovat pojem těchto „zjištění“ o dárci, která může lékař před započítím procedur sdělit příjemcům. Jde tedy pouze o informace rázu zdravotního, informace týkající se např. příjmu, vzdělání či jiných sociálních charakteristik dárce jež spadají pod povinnost zachovat anonymitu (16).

V poslední době odborná veřejnost diskutuje, zda je zachování anonymity dárce nejvhodnější řešení. Existují i pochybnosti o tom, zda anonymita darovaných gamet není v rozporu s Úmluvou o právech dítěte, zákonem 104/1991 Sb.(53). V některých státech se zavádí tzv. princip „open identity“, tedy praxe, kdy se dítěti sděluje, že vzniklo z dárcovských gamet a je mu umožněno se s dárce setkat. Mluví se o tom, že dítě má podle Úmluvy o právech dítěte právo znát své biologické rodiče. Jako další důvod pro „open identity“ odborníci uvádějí, že nesdělená důležitá informace může vyvolávat v rodičích pocit viny vůči dítěti a „rodinné tajemství“ tak může vážně narušovat vztah dítěte s rodiči.

Zatím neexistuje dostatek studií, ze kterých by bylo možno usoudit, zda je lepší dárcovství anonymní nebo neanonymní. Zabývat se tématem vnímání rodičovství po použití dárcovských spermií, vajíček či obojího totiž není snadné. Rodiče prošli nesnadnou léčbou na cestě za dítětem a teď už chtějí žít normálním životem, bez zásahu kohokoliv, včetně výzkumníků. Zabývat se výhodami a nevýhodami z pohledu dítěte je metodicky nemožné (25).

Vývoj celosvětově směřuje od úplné anonymity k registraci a identifikaci dárce. Zatímco v některých zemích Evropy je princip „open identity uplatňován“, v zemích bývalé Východní Evropy, je přístup zdrženlivý. Pouze v Maďarsku a ve Slovinsku je možno poskytnout neidentifikující údaje, v České republice je možno poskytnout informaci o zjištěních, která mají přímý vliv na vývoj zdravotního stavu dítěte nebo osoby narozené z asistované reprodukce. V dalších zemích – Slovensko, Polsko, Litva, Lotyšsko a Estonsko není možné poskytnout žádné informace.

Naproti tomu v Norsku, Švédsku, Finsku a Velké Británii má potomek narozený z darovaného programu AR v 18 letech právo znát svůj genetický původ (15).

1.4.9. Úhrada dárcovského programu

Na základě doporučených standardů postupu při poskytování asistované reprodukce zdravotní pojišťovny hradí 4 monitorované IVF cykly a v rámci nich 3 cykly s přenosem embryí ze všeobecného zdravotního pojištění u pacientek do 39 let (věkové omezení je dáno datem narození plus 364 dní) v indikovaných případech (14).

Dárcovský program patří mezi výkony, které zdravotní pojišťovny nehradí. Platby za darované gamety se liší v jednotlivých centrech AR, uvádím zde příklad pro ilustraci cenových nákladů na darování oocytů, které jsou poměrně značné:

- u pacientů, kteří splňují podmínky pro úhradu IVF cyklu zdravotní pojišťovnou je základní cena IVF cyklu s darovanými oocyty 38 000,-
- u pacientů - samoplátců, kteří již nesplňují podmínky zdravotních pojišťoven, je cena 79 000,-
- v základní ceně je zahrnuta konzultace, plán léčby, stimulační léky pro dárkyni, monitoring cyklu, odběr oocytů, oplození metodou ICSI, prodloužená kultivace, asistovaný hatching, embryotransfer, léky nutné k synchronizaci dárkyně a příjemkyně, kompenzace dárkyně
- za tyto poplatky centrum garantuje 6 – 8 vajíček pro příjemkyni a 2 embrya k embryotransferu, zbylá embrya je možno kryokonzervovat (10).

Podle mých zkušeností ostatní centra požadují obdobné finanční částky. Tyto částky jsou poměrně vysoké, ovšem je nutné dodat, že pokud se nejedná o pacientku splňující podmínky úhrady zdravotních pojišťoven (věk do 39 let a nevyčerpané tři IVF cykly), centrum asistované reprodukce neobdrží od zdravotních pojišťoven žádnou finanční úhradu a naopak platí finanční kompenzaci dárkyni. Pacientek – samoplátkyň je v dárcovském programu většina, protože se často jedná o ženy straší 40 let nebo o pacientky, které již vyčerpaly tři IVF cykly, které jim zdravotní pojišťovna uhradila.

Finanční částka, požadovaná jako úhrada dárcovského spermatu je mnohem nižší, pohybuje se v rozmezí 500 – 2 000,- Kč. Důvodem je jednak skutečnost, že z jednoho odběru spermatu dárce může být kryokonzervováno více dávek spermií – 2 – 8 dávek,

podle kvality spermioqramu a objemu ejakulátu, a na druhé straně skutečnost, že dárcce – muž nepotřebuje před odběrem žádnou komplikovanou přípravu.

Příprava dárkyně je naproti tomu poměrně komplikovaná, dárkyně musí absolvovat klasickou IVF hormonální léčbu s aplikací injekcí, časté kontroly monitorující růst folikulů a odběr vajíček v anestezii. Celá procedura je časově náročná, může být bolestivá a v některých případech může způsobovat i zdravotní komplikace. Proto je třeba počítat s vyšší finanční kompenzací pro dárkyni. Pohybuje se v rozmezí 1 000 – 15 000,- Kč, podle počtu odebraných oocytů (10).

Diferenciace částky se může zdát nespravedlivá, dárkyně přece nemůže ovlivnit počet odebraných vajíček, ale je to logické, pokud odebereme dárkyni 12 vajíček, uspokojíme dvě příjemkyně, pokud odebereme např. pouze 6 vajíček, budou použity jen pro jednu příjemkyni.

Přes finanční kompenzaci dárců má většina center AR problémy se získáváním nových dárců. Podle MUDr. Jiřího Dostála (vedoucího lékaře CAR v Olomouci) se počet dárců stále snižuje, přesto, že zvýšili „odměny“ pro dárkyně na 15 000,- Kč a pro dárcce na 1 000,- Kč. „Lidé o dárcovství nemají zájem. Navíc, skutečnými dárci, kteří projdou všemi testy, se stanou maximálně dva až tři muži z deseti. Většina žen sice uspěje a provedeme stimulovaný cyklus s odběrem vajíček, bohužel se ale stává, že v průběhu vyšetření před darováním samy otěhotní nebo si to rozmyslí“(11).

1.4.10. Surogátní mateřství

Surogátní neboli náhradní mateřství se týká žen, které mají funkční ovaria, ale nemají dělohu, např. z důvodu ageneze, jsou po hysterektomii nebo jejich děloha neumožňuje zdárné donošení těhotenství. Pro tyto ženy je náhradní mateřství jediná možnost mít geneticky vlastní dítě.

Spermie pochází od partnera takto postižené ženy. Tato metoda se nazývá úplné náhradní mateřství a je ji třeba odlišit od tzv. částečného náhradního mateřství, kdy náhradní matka poskytuje nejen dělohu, ale i oocyty (15).

Společnost si s institutem surogátního mateřství příliš neví rady. V některých státech je nelegální nebo kolem něj panuje právní vakuum. Legálně ho připouští jen několik států. Patří mezi ně USA, Velká Británie, Izrael, Austrálie (35).

Ve Velké Británii funguje nezisková organizace COTS, která zprostředkovává kontakt mezi potenciálními matkami a rodiči. COTS uplatňuje při hledání matek určité zásady, například: surogátní matka musí mít alespoň jedno dítě, které vychovává, a její hlavní motivací nesmí být peníze, ale touha pomoci neplodnému páru. Akceptovatelný věk je někde mezi 20 až 38 lety. Žena musí být bezúhonná, absolutně zdravá a žít zdravým životním stylem. Těhotenství a porody, které absolvovala, samozřejmě musely probíhat bez problémů. Kouření, drogy či pravidelné užívání léků nepřicházejí v úvahu. Žena nesmí být ani v tíživé životní či finanční situaci a ani v její minulosti by se neměly objevovat závažné krize, tragické události, deprese apod.

Pokud žena vyhovuje těmto základním kritériím, musí ještě projít sérií náročných psychologických testů, při kterých se zkoumá její motivace, očekávání, postoje její rodiny apod. Žena, která neprožila těhotenství, nepřipadá jako surogátní matka v úvahu, protože není schopná racionálně posoudit, k čemu se vlastně zavazuje, a navíc riziko, že by si dítě chtěla ponechat, je příliš vysoké. Obdobná kritéria pro výběr surogátních matek uvádí na svých internetových stránkách naprostá většina zprostředkovatelských agentur. Podle COTS to v praxi znamená, že pouze jedna uchazečka z deseti složitým prověřovacím procesem projde (35).

Velmi diskutovanou otázkou okolo surogátního mateřství jsou samozřejmě peníze. Finanční stránka věci ale podle všeho skutečně není tím hlavním, co ženy motivuje. Většina surogátních matek, které se výzkumu zúčastnily, pak uvádí, že po porodu netrpěly žádnými závažnými depresemi a že porodit dítě jinému páru pro ně byla velmi pozitivní zkušenost.

Nedá se ovšem říci, že peníze nehrají v surogátním mateřství vůbec žádnou roli. Různé zdroje udávají, že matky inkasují od 10 do 30 tisíc dolarů za jedno těhotenství. Tato odměna je ale většinou definována jen jako kompenzace opodstatněných nákladů a rizik, která žena podstupuje, protože surogátní mateřství založené na čistě komerční bázi je například v Británii, ale i v některých státech USA nelegální (35).

V České republice náhradní mateřství není zákonem zmíněno. Je však třeba zdůraznit skutečnost, že zákon č. 94/1963 Sb. o rodině stanoví, že „matkou dítěte je žena, která dítě porodila“ (15).

Pro ilustraci uvádím názor dvou vedoucích lékařů center AR na surogátní mateřství, kteří poskytli rozhovor pro on line časopis Zdraví a žena. „Darovaná vajíčka navíc musí být ze zákona anonymní. Surogátní matka ale ví, čí dítě v sobě nosí, takže o anonymitě nemůže být řeč,“ říká MUDr. Jan Šulc (vedoucí lékař centra reprodukční medicíny Gest). "Teoreticky by snad šlo, aby se žena nechala oplodnit spermiemi cizího muže a dítě jemu a jeho partnerce po porodu předala v rámci adopce, ale z praxe takový případ neznám," dodává.

MUDr. Karel Řežábek ze výboru Sekce asistované reprodukce doplňuje: "Kromě zákonem jasně stanoveného anonymního dárcovství vajíček je tu ještě další závažná překážka. Podle českého práva je matkou dítěte žena, která dítě porodí, a žádná smlouva či dohoda, kterou by žena před porodem udělala s potenciálními rodiči, není právně vymahatelná. Osobně si ale myslím, že zákon by měl surogátní mateřství umožňovat. Pomohlo by to ženám, které jsou ve velmi tíživé životní situaci." (12).

Zatímco se lékaři staví za uzákonění náhradního mateřství, etikové jsou zásadně proti legalizaci: podle Munzarové existuje určitá paralela mezi náhradním mateřstvím a prostitucí, v obou situacích žena prodává své tělo. Nesouhlasí ani s tím, aby náhradní matka fungovala jako inkubátor pro cizí embryo (33).

V České republice však existuje centrum asistované reprodukce, které přímo na svých internetových stránkách hovoří o tom, že náhradní mateřství provádí, pokud si pacienti najdou ženu, která je ochotná jejich dítě donosit. Připouští, že tím je ale porušen princip anonymity (27).

Nařízení zákona o rodině, že matkou dítěte je žena, která dítě porodila, tedy náhradní matka, je zřejmě vyřešeno adoptí dítěte ženou, která poskytla oocyty a jejím partnerem, který poskytl spermie (15).

Další možnost, jak získat náhradní matku, je vycestovat do liberálnějšího státu, který umožňuje surogátní mateřství, což je ovšem finančně značně náročné. Takže zákon v České republice takto znevýhodňuje nemajetné páry, což je podle právníka

JUDr. Ondřeje Dostála diskriminující, a navrhuje celosvětovou harmonizaci právních předpisů (16).

V dalších státech bývalé Východní Evropy je surogátní mateřství prováděno např. v Lotyšsku, v některých zemích není zmíněno zákonem (např. Kypr a Malta) a v některých zemích je zakázáno a tudíž se neprovádí (např. Polsko a Slovensko) (15).

1.4.11. Kdo může využít dárcovské gamety?

Zákon 227/06 Sb přinesl určité zvýhodnění pro příjemce, protože před jeho přijetím nemohli využít dárcovského spermatu nesezdané páry (stejně opatření však neplatilo pro příjemce oocytů a embryí, což bylo diskriminující a do určité míry nepochopitelné). Od 1.6.2006, kdy výše zmíněný zákon vešel v platnost, již není nutné uzavření manželství pro žádného žadatele o provedení asistované reprodukce. Zákon zcela přesně uvádí, komu může být provedeno umělé oplodnění včetně dárcovského programu:

Asistovanou reprodukci lze provést na základě písemné žádosti ženy a muže, kteří tuto léčbu hodlají společně podstoupit (dále jen „neplodný pár“), jestliže je ze zdravotních důvodů málo pravděpodobné nebo zcela vyloučené, aby žena otěhotněla přirozeným způsobem, nebo jestliže existuje prokazatelné riziko přenosu geneticky podmíněných nemocí nebo vad. Žádost obsahuje souhlas muže s provedením umělého oplodnění ženy. Souhlas musí být opakovaně vystaven před každým provedením umělého oplodnění. Žádost nesmí být starší 24 měsíců a je součástí zdravotnické dokumentace (58).

Tuto žádost o provedení asistované reprodukce vyplňuje tedy každý pár žádající o intrauterinní inseminaci i in vitro fertilizaci, a to před každým konkrétním výkonem. Souhlas je nutný i před kryoembryotransferem, protože mezi provedením IVF cyklu (ve kterém byla embrya zamražena) a kryoembryotransferem může uplynout poměrně dlouhá doba (měsíce i roky), ve které se mohl vztah muže a ženy změnit, mohlo např. dojít k rozpadu manželství nebo k jejich rozchodu, je tedy nutno opakovat písemný souhlas muže, protože majitelem zamražených embryí je neplodný pár.

Zákon je tedy poměrně restriktivní k některým kategoriím neplodných osob vyžadujících zdravotní péči. Je to situace, kterou právníci často kritizují, protože právní předpisy ústavní síly zakazují diskriminaci, tedy nerovné zacházení s osobami v důsledku jejich věku, pohlaví, zdravotního stavu, náboženského přesvědčení či sexuální orientace. Ukládat pouze některým skupinám osob taková omezení, která proti jiným uplatňována nejsou, je zásadně možno pouze výjimečně, existuje-li zde jednoznačný společenský zájem na takovém postupu (16).

Česká legislativa zásadně nestanoví podmínky či omezení „přirozené“, „neasistované“ reprodukci. Necháme-li stranou zákaz incestu podle Trestního zákona, stát nijak nezasahuje do prokreační svobody osob zdravých. Dochází-li k přirozenému početí, stát nijak nezkoumá rodinné zázemí, právní způsobilost, vlastnosti či způsob selekce „přirozeného dárce gamet“, matkou se tak může stát samotná žena i v lesbickém páru, je-li schopna neasistovaného početí. Jakmile se však jedná o osobu vyžadující k početí pomoc lékaře, není to již možné. Lze sice argumentovat právem dítěte na identifikovatelného otce, avšak pokud fakticky příslušná omezení dopadají pouze na nemocné, nikoliv však na reprodukčně zdravé, jde o určitou formu diskriminace (16).

Prudil a Pilka (45) se domnívají, že pokud bude osamělým ženám odepřena možnost využít asistované reprodukce, budou tento zákaz nejrůznějšími způsoby obcházet, ať už cestou navazování příležitostných sexuálních vztahů pouze s cílem otěhotnět či v extrémním případě uzavíráním manželství „na oko“. Z morálního hlediska není výrazný rozdíl mezi ženou, která otěhotněla přirozeným způsobem s předem jasným záměrem nepokračovat v jakémkoli partnerském soužití s otcem dítěte a ženou, která k dosažení svého cíle mít dítě využila některou z technik asistované reprodukce.

O tom, zda povolit použití dárcovských spermií osamělým ženám, se v České republice vede diskuse v médiích i na půdě parlamentu, ale zatím bezúspěšně, naposledy byl návrh změny zákona zamítnut díky aktivitě politické strany KDU-ČSL.

1.5. Některé závažné etické problémy související s AR

Dnes jsme svědky neustálého rozšiřování možností AR. Mnozí doufají v „konec neplodnosti“. Je proto vhodná doba k zamyšlení se nad některými etickými otázkami, souvisejícími s těmito postupy. Nejedná se o otázky jednoduché a mnohé z nich zřejmě zodpovězeny nebudou. Úkolem etiků je však různé, i provokativní otázky klást, snažit se o hledání ideálů a současně se tázat, zda vše, co je možné při dnešních znalostech a technických dovednostech provádět a zkoumat, je také nutné a vhodné provádět a zkoumat. V pluralitní společnosti nelze očekávat absolutní konsenzus, co se rozlišování správného a špatného nebo dobrého a zlého týká (34).

Takový, tedy poměrně kritický, je postoj etika k AR. Avšak i sami lékaři provádějící AR se zabývají etickou stránkou a uvědomují si, že legislativní řešení etických dilemat často „pokulhává“ za rychlým technickým vývojem v této oblasti (45).

V Evropě byla v roce 1985 založena Evropská společnost pro lidskou reprodukci embryologii (ESHRE), která v současné době sdružuje 4500 lékařů, biologů, poradců, psychologů, sociálních pracovníků a dalších pracovníků spolupracujících na ART (Asisted Reproduction Technology). Hlavním cílem této organizace je podpora zájmu a porozumění v oblasti reprodukční biologie a medicíny. I tato organizace si uvědomuje závažnost etických aspektů ART, a proto Výkonný výbor ESHRE v prosinci roku 1998 schválil vytvoření Zvláštní zájmové skupiny pro etiku a právo ESHRE. Smyslem její činnosti je vypracování souboru všeobecných etických pravidel praxe AR, která mohou být užitečným vodítkem pro pacienty a odbornou veřejnost. V současnosti bylo takto zveřejněno deset stanovisek na následující témata:

1. Morální postavení preimplantačního embrya.
2. Kryokonzervace lidských embryí.
3. Dárcovství gamet a embryí.
4. Kmenové buňky.
5. Preimplantační genetická diagnostika.
6. Etické souvislosti mnohočetných těhotenství v AR.
7. Etické úvahy ke kryokonzervaci gamet a reprodukčních tkání pro vlastní užití.

8. Etika AR pro HIV pozitivní muže a ženy.
9. Význam preimplantační genetické diagnostiky pro HLA typizaci embryí.
10. Náhradní mateřství.

Další tři tématické okruhy jsou v připomínkovém řízení a připravují se k publikaci:

1. Etika AR po smrti.
2. Dobro dítěte v AR.
3. Darování oocytů pro výzkum a terapeutické účely (**15**).

Významné dokumenty, zabývající biomedicínským výzkumem a tudíž souvisejí s AR jsou:

- **Norimberský kodex** z roku 1947
- **Helsinská deklarace**, přijata na zasedání Světové lékařské asociace v Helsinkách v roce 1964
- **Podmínky provádění lidské asistované reprodukce – Report on Human Artificial Procreation**, přijatý ve Štrasburku Radou Evropy v roce 1993, který řeší:
 - všeobecné využití technik AR
 - uskladnění gamet a embryí
 - darování gamet a embryí
 - zakazuje transfer embrya do dělohy jiné ženy (surogátní mateřství)
 - zakazuje klonování
 - zakazuje umístění lidského embrya do dělohy jiného druhu a naopak
 - zakazuje fúzi gamety s gametou jiného druhu (**43**)
- **Úmluva o lidských právech a biomedicíně – Convention for the Protection of Human Right and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Medicine**, která byla přijata Radou Evropy v roce 1996 a podepsána v roce 1997. O rok později,

24.6.1998 podepsala tuto smlouvu i Česká republika. Tento významný dokument upravuje mnoho oblastí:

- ochrana lidské důstojnosti, právo na poskytnutí péče každému, bez diskriminace
- zaručuje ochranu osob trpících duševní chorobou
- bere ohled na dříve vyslovené přání
- upravuje zásahy na lidském genomu, který smí být proveden jen z preventivních, diagnostických nebo terapeutických důvodů a nesmí dojít ke změně genomu dalších generací
- selekce pohlaví v AR je povolena jen v případě, kdy má být zabráněno vážným dědičným onemocněním vyskytujícím se u určitého pohlaví
- upravuje výzkum na lidských embryích – tam, kde je výzkum zákonem povolen, musí být zajištěna přiměřená ochrana embrya (52)

1.5.1. Vícečetná těhotenství.

Nežádoucím průvodním znakem IVF je vícečetné těhotenství. To je dnes považováno za největší problém AR, který lze ovlivnit snížením počtu přenášených embryí. Důvodem vysoké incidence dvou a vícečetných těhotenství je na jedné straně snaha o dosažení těhotenství pomocí přenosu více než jednoho embrya, na druhé straně jsou vícečetná těhotenství na prvním místě v příčinách neonatální morbidity a mortality.

Přehled o počtech vícečetných těhotenství lze získat v programu IVF-ET, je však prakticky nemožné zjistit jejich zastoupení po intrauterinních inseminacích a indikací ovulace s následným spontánním otěhotněním. V Evropě bylo v roce 1997 hlášeno po IVF 29,6 % více než jednočetných gravidit, v roce 2000 to bylo 26,4 % a v roce 2002 jich bylo nahlášeno 24,5 %. Dochází tedy k mírnému poklesu, který však neodpovídá doporučením, které navrhla ESHRE (15).

V České republice však zatím k poklesu výskytu vícečetných gravidit nedochází, jejich zastoupení se pohybuje dlouhodobě okolo 25 – 30%. Hlavním důvodem je vysoký počet transferovaných embryí, v některých centrech asistované reprodukce se

v honbě za vysokou úspěšností stále přenáší 3 – 4 embrya, což je v zemích západní Evropy nemyslitelné. Ovšem na pracovištích, která snížila počet přenášených embryí a dnes již striktně transferují maximálně 2 embrya, byl sice zaznamenán jen sporadický výskyt trojčetných těhotenství (mohou se vyskytovat i při transferu dvou embryí jako monozygotická), počet dvojčetných těhotenství však zůstal zachován **(51)**.

V naší zemi zákon neurčuje maximální počet transferovaných embryí. Zákon 227/06 Sb. jen říká, že smí být přeneseno do pohlavních orgánů ženy jen tolik embryí, kolik je podle současného stavu lékařské vědy zapotřebí k pravděpodobně úspěšnému navození těhotenství **(58)**.

Z výše uvedeného je zřejmé, že jediným neinvazivním řešením je embryotransfer pouze jednoho, vysoce kvalitního embrya (eSET – elective Single Embryo Transfer). Průkopníky této metody jsou skandinávské země. Například ve Finsku tvořily první skupinu vytypovaných pacientek pro eSET ženy s diabetes mellitus či s jinými chronickými nemocemi, hysterotomií, děložními malformacemi nebo rizikem hyperstimulačního syndromu. Později byl k těmto indikacím připojen i porod dítěte po předešlém IVF a přání léčeného páru. Od roku 2000 je zde možný při prvním IVF cyklu pouze elektivní transfer jednoho embrya, transfer dvou embryí se provádí pouze při neúspěšných předchozích cyklech a v případě špatné kvality embryí. Za významný faktor, na který je třeba brát ohled, se považuje věk pacientky, nad 35 let se eSET nedoporučuje.

Většina pracovišť u nás, která se o eSET pokusila, hlásí povzbudivé výsledky: nedochází k poklesu úspěšnosti při transferu jediného, avšak vysoce kvalitního embrya. Jako příklad uvádím olomoucké centrum AR, kde u vybrané skupiny pacientek dosáhli po eSET úspěšnosti dokonce 42,8 %.

Snaha pracovníků center AR o snižování počtu přenášených embryí však naráží na nedostatečnou informovanost pacientek o rizicích spojených s vícečetným těhotenstvím. Pacientky podstupující léčbu jsou častěji ochotny akceptovat eventuální rizika a komplikace spojené se sociálním a psychickým tlakem v průběhu vícečetného těhotenství (ve výše uvedeném zkoumaném souboru 44 % pacientek eSET odmítlo) než ženy neléčené metodami AR. Řada pacientek dokonce dvojčetné těhotenství vítá **(51)**.

Ke stejnému závěru ve své studii došel i Pinborg et al., podle nějž pacientky:

- věří v minimální šanci na graviditu po přenosu pouze jednoho embrya
- jedním léčebným cyklem a porodem dvojčat je naplněna vžitá představa modelu rodiny se dvěma dětmi
- obávají se, že probíhající léčebný cyklus je možná jejich jedinou šancí mít dvě děti
- nepřipouštějí si rizika s dvojčetnou graviditou
- jsou ochotny akceptovat eventuální rizika spojená s psychickými a socioekonomickými komplikacemi, které doprovází těhotenství a následný porod dvojčat
- pouze část žen podstupující léčbu metodami AR se obává náročnosti péče o dvojčata (44).

1.5.2. Redukce vícečetných těhotenství

Redukce vícečetných těhotenství je termín užívaný pro snížení počtu embryí během gravidity za účelem prevence komplikací, které mají v převážné většině případů negativní dopad na zdravotní stav narozených dětí. Nejedná se tedy o ukončení těhotenství.

Redukce se provádí většinou na dvě embrya, přičemž četné studie ji prokázaly jako metodu přínosnou pro narození zdravých potomků. Vlastní výkon má nízké riziko ztráty celého těhotenství, které se snižuje se zkušeností lékaře provádějícího výkon, ale i tak není nulové. U dětí narozených z pokračujících gestačních váčků nebylo zjištěno zvýšené riziko vzniku vrozených vývojových vad oproti normální populaci. Jediné, co dosud chybí, je dlouhodobé sledování těchto dětí (15).

FIGO (the International Federation of Gynecology and Obstetrics) vytvořila v roce 1885 Výbor pro výzkum etických aspektů humánní reprodukce. V září 1994 se komise pro výzkum etických aspektů lidské reprodukce složená z porodníků, gynekologů, pediatrů, zdravotnických pracovníků a právníků vyjádřila k redukci embryí následujícím způsobem:

Selektivní redukce mnohočetného těhotenství není procedura abortivní, protože záměrem je, aby těhotenství pokračovalo. Mnohočetné těhotenství, více než dvojčetné, zahrnuje velké nebezpečí pro zdraví ženy a také jejích fétů, které pravděpodobně budou spontánně potraceny nebo porozeny předčasně s vysokým rizikem odumření nebo poškození.

Za těchto okolností lze považovat za eticky přijatelnější selektivně redukovat počet fétů než neudělat nic. Je důležité, aby takové selektivní redukce nebyly používány a považovány za alternativu k velmi pečlivému monitorování léčby neplodnosti. Pokud se tak učiní, vícečetná těhotenství by se měla vyskytovat jenom zřídka (43).

Odborná veřejnost z řad lékařů a právníků tedy redukcí připouští, avšak etické redukci mnohočetných těhotenství velmi ostře kritizují. Podle Munzarové (34) je poněkud absurdní, kam se moderní medicína dostává: léčí neplodnost a v případě „velkého úspěchu“ současně zabíjí, věci pak nenazývá pravým jménem a uchyluje se k eufemismům. Definice abortu je v jazykových i lékařských slovnících zní: „předčasné vypuzení produktu koncepce – embrya nebo neviabilního fétu – z dělohy“. V tomto případě není sice embryo z dělohy vypuzeno obvyklým způsobem, je však zabito a vstřebá se. Je tedy „vypuzeno“ rovněž. Těhotenství pokračuje dále a jiné embryo nebo jiná embrya se vyvíjejí dále. Nicméně, v definici abortu je kladen právě důraz na osud embrya, o těhotenství se zde explicitně nehovoří. Z hlediska etiky je třeba neustále připomínat ne to co je, ale to, co by být mělo.

1.5.3. Odběr a užití spermií zemřelého

Metody AR umožňují dosáhnout těhotenství a porodu i v takových případech, kdy biologický rodič, ze kterého pocházejí zárodečné buňky, již zemřel. Využití těchto postupů vede zákonitě k situacím a vztahům, které jsou odlišné od tradičních rodinných vztahů – matka – otec – dítě. S tím jsou spojeny závažné otázky etické i legislativní. Zájem o narození dítěte ze zárodečné buňky zemřelého v posledních letech ve vyspělých státech výrazně narůstá, výjimkou není ani České republiky. O využití zamraženého spermatu žádají také pozůstalí mužů, u kterých byla kryokonzervace

provedena před zahájením léčby zhoubných nádorů. Je proto velice důležité, aby pracoviště, schopná tuto léčbu poskytnout, byla připravená na tyto žádosti reagovat a měla, pokud možno, standardní protokol, jak postupovat (9).

První zpráva o odběru spermií u zemřelého muže byla publikována již v roce 1980. V letech 1980 – 1995 bylo ve Spojených státech zaznamenáno 82 žádostí, avšak žádná pravidla pro odběr spermií a jejich další použití neexistovala. V následujících letech pak rychle přibývaly zprávy o rostoucím zájmu o odběr spermatu u zemřelých, stoupal počet zařízení, která je prováděla a objevovala se určitá doporučení a pravidla.

V současné době jsou pro odběr a použití spermií zemřelého akceptovány následující principy:

- AR se spermiemi zemřelého může být provedena, pokud je doložena písemným souhlasem a přáním zemřelého. Pokud takové prohlášení chybí, je třeba doložit fakta podporující tento postup. Je obtížné definovat dovozený souhlas, proto může být vyžádáno soudní rozhodnutí.
- Osoby neplnoleté nejsou oprávněny tento souhlas vydat.
- Žádající stranou musí být nejbližší příbuzní, žádající strana musí být jasně definována již při odběru. Odebrané buňky nesmí být darovány.
- Pokud je možné, při odběru je třeba vyšetřit krev zemřelého na pohlavně přenosné choroby.
- Odebrané vzorky je možné použít až po uplynutí „žalu ze ztráty blízké osoby“, tj. nejdříve po šesti měsících. V tomto období je důležitá a vhodná péče psychologa. Žena musí být podrobně informována o plánovaném postupu, o všech rizicích.
- Je důležité stanovit, kdo je zodpovědný za zajištění potřebných úkonů, kdo provede odběr, skladování a výkon AR.
- Při AR se spermií zemřelých není možné zaručit kvalitu a kvantitu odebíraných a skladovaných spermií, ani úspěšnost a bezpečnost výkonů AR.
- Finanční náklady spojené s těmito výkony hradí žádající strana.
- Pro AR se spermiemi zemřelého je důležitý souhlas etické komise (9).

Z výše uvedeného je tedy zřejmé, že se zde může jednat o dvě situace. V prvním případě mohou být spermie odebrané a zamražené již za života muže. K jeho smrti může dojít buď tragickou nehodou či nemocí nebo díky onkologickému onemocnění (před ním se spermie odebírají a zamrazují, protože díky léčbě cytostatiky a ozařováním dochází k poškození spermií). Proto již v dnešní době centra AR dávají všem mužům před jakoukoli kryací spermatu podepsovaný souhlas, ve kterém se muž vyjádří, dáva-li souhlas k použití svých spermií k AR i v případě své smrti.

V druhém případě se jedná o odběr spermií až po smrti muže. K tomuto odběru je možné využít následujících metod:

- aspirace varlete
- odběr tkáně varlete
- elektroejakulace

Početí dítěte ze zárodečných buněk zemřelého je spojeno s mnoha velmi složitými etickými, legislativními i medicínskými otázkami. Je třeba k němu přistupovat s respektováním zájmů všech zúčastněných subjektů (9).

1.5.4. Výzkum na embryích

Výzkum na embryích není snadné definovat. Například změny v kultivačních médiích za účelem zlepšení podmínek pro vývoj časného embrya, které by mohlo být chápáno jako experiment, nejsou většinou považovány za výzkum na embryích a jako takové nebývají zařazeny do kategorie vyžadující specifické povolení. I tak je v těchto případech vyžadován informovaný souhlas původců gamet. Naproti tomu experimenty vedoucí k destrukci embrya, pokud v příslušném státě nespádají přímo pod jurisdikci, vyžadují minimálně souhlas etické komise nebo odborné společnosti (15).

O výzkumu na embryích mluvíme hlavně v souvislosti výzkumem na embryonálních kmenových buňkách. Tento výzkum je v České republice možný podle zákona 227/06 Sb.: výzkum na lidských kmenových buňkách lze provádět jen na základě povolení, které vydává Ministerstvo mládeže, školství a tělovýchovy. Výzkum

může být prováděn jen na pracovištích, která jsou uvedena v povolení k výzkumu na lidských embryonálních buňkách (58).

Česká republika je tedy poměrně tolerantní k výzkumu na embryích, stejně jako například Estonsko a Slovinsko, všechny tyto státy ale potřebují k provádění výzkumu speciální povolení státních orgánů, stát si tedy ponechává kontrolu nad výzkumem (15). To je v souladu s výše zmíněnou Úmluvou o lidských právech a biomedicíně, kde je v článku č. 18 řečeno, že tam, kde je výzkum embryí in vitro povolen, musí být zajištěna přiměřená ochrana embrya (52).

Naproti tomu země, jako Slovensko, Kypr a Lotyšsko zakazují jakýkoli výzkum související se zásahem do integrity embrya.

V naší zemi je povolen i zásah na lidském genomu, smí však být prováděn pouze z preventivních, diagnostických a terapeutických důvodů a jen v případě, že jeho cílem nebude změna genomu dalších generací (52). Reprodukční klonování je však v České republice a ve většině dalších evropských zemí zakázáno na základě přijetí Dodatkového protokolu k Úmluvě o lidských právech a biomedicíně. Termínem klonování je označován přenos buněčných jader, jehož výsledkem je narození plodu se stejnou genetickou výbavou, jaká je u dárce jádra. Od reprodukčního klonování je třeba odlišit experimentální klonování, jehož výsledkem není narození identického lidského jedince, ale vytvoření tkáňových kultur využitelných k transplantacím (15).

K velkému průlomu v pohledu na experimentální klonování došlo v USA dne 9.3.2009, kdy prezident Barack Obama změnil zákon, který znemožňoval využívat vládních peněz na výzkum kmenových buněk. Použití federálních peněz na výzkum embryonálních kmenových buněk zakázal Geroge Bush v srpnu 2001. Obama tímto opatřením povolil financování výzkumu kmenových buněk ze státního rozpočtu (38).

Klonování je spojeno s mnoha otázkami a dilematy, takže jeho klinické využití nelze očekávat v blízké budoucnosti. Pokud však legislativci nebudou transparentně informováni, může legislativa zakázat výzkum, který by z dlouhodobého hlediska mohl mít značný význam pro zdraví lidské populace (15).

1.5.5. Morální postavení embrya

Hodnocení morálního postavení lidského embrya má zásadní význam pro přijatelnost většiny technik AR (15).

Co je to embryo? Jak se má s lidským embryem zacházet?

První otázka souvisí s vymezením deskriptivního statutu (kompilací biologického a filozofického pohledu), druhá má vztah k vymezení normativnímu, náležejícímu do oblasti morálky a práva. Je tedy zřejmé, že všechny otázky související s embryem jsou záležitostmi interdisciplinární. Jsou předmětem nejen věd přírodních, ale i filozofie, práva a etiky (33).

Dosavadní principy, dotýkající se nakládání s lidským plodem, jsou především obsahem zákona o interrupci. V nich je zájem embrya do 12. týdne těhotenství jednoznačně považován za nulový. Embryo v tomto zákoně o interrupcích nedosahuje ani té ochrany, které se podle zákona na ochranu zvířat dostává myši nebo psu („nikdo nesmí bez důvodu usmrtit zvíře...“). Omezíme-li se jen na zákon o interrupcích, budeme zohledňovat jen zájmy rodičů, ev. jen matky dítěte. Situace v AR je však diametrálně odlišná právě tím, že embryo a jeho další vývoj není v procesu mimotělního oplození nutně spojeno s tělem určité ženy.

Základní otázkou zůstává, od kdy je embryo člověkem, ev. od kdy má nezávislý morální statut. Od odpovědi se pak odvíjí otázka jeho práv (47).

Podle řecké a římské tradice embryo získává duši po oplodnění a tento okamžik je považován za začátek jeho ochrany společností. V současnosti je odpověď na otázku morálního postavení lidského embrya složitější a může se individuálně lišit v závislosti na subjektivním postoji, často ovlivněném tradicemi, kulturou a náboženským přesvědčením. Jestli bude ochrana embrya absolutní nebo relativní a od kterého stupně vývoje se uplatní, závisí na aktuálním převažujícím společenském konsenzu. Tvorba konsenzuálního stanoviska je přitom dynamický proces, který je založen na konfrontaci myšlenkových proudů a může být i ovlivněn úrovní poznání v biologii a medicíně, ale i filozofii a teorii práva (15).

Podle výzkumu MUDr. Jiřího Dostála (15) v převážné většině evropských států panuje shoda v této otázce a počátek nového života odborníci kladou do období kolem oplození. V otázce morálního postavení lidského embrya ve vztahu k lidské bytosti a osobě existují značné rozdíly nejen mezinárodně, ale i vnitrostátně. V problematice vyvíjejícího se embrya a jeho možnosti označení za občana se ve většině evropských států uplatňuje podmínka narození dítěte.

2. Cíle práce

Prvním cílem práce je zmapovat situaci při rozhodování recipientských párů, zda využijí možnosti asistované reprodukce s dárcovskými gametami. Dále pak sledovat a popsat, jakou roli v jejich rozhodování hrají:

- a) etická problematičnost asistované reprodukce s dárcovskými gametami
- b) psychosociální následky vzniklé situace

Druhým cílem práce je popsat psychosociální situaci dárcyň oocytů, proč se rozhodují darovat oocyty a jaká je jejich motivace. Tato zjištění následně porovnat s očekáváním příjemkyň a s dostupnou literaturou, která se touto problematikou zabývá.

3. Metodika

3.1. Výzkumná strategie

Zvolená výzkumná strategie je kvalitativní. Technikami získávání dat byl neřízený nebo polořízený rozhovor a pozorování. Neřízený a polořízený rozhovor vychází z nabídky otázek a témat, kterým jsem se chtěla věnovat, respondenti měli libovolnou možnost věnovat se některým tématům hlouběji, jiným jen krátce. Některým otázkám se mohli zcela vyhnout, pokud k nim neměli co říci nebo pokud téma bylo příliš citlivé a bolestivé.

Pro rozhovory byly použity 4 typy otázek, které se liší se podle typu použitých darovaných gamet, tedy spermie nebo oocyty. Pro pacientky, které zatím neotěhotněly, byla vypuštěna otázka, jak prožívaly těhotenství.

Data byla zaznamenána transkripcí a následně zpracována kvalitativní analýzou spontánních výpovědí a zápisu pozorovaných jevů.

Rozhovory i pozorování se odehrávaly v ambulanci v pracoviště IVF v Českých Budějovicích, kde pracuji.

3.2.1. Zkoumaný soubor 1

Zkoumaný soubor 1 se týká prvního výzkumu, který naplňuje první cíl práce. Tvoří jej pacienti navštěvující ambulanci pro léčbu neplodnosti ISCARE v Českých Budějovicích a vstupující do programu dárcovských gamet v době od ledna 2008 do ledna 2009.

Do studie bylo zařazeno 10 párů. Většinou se jednalo o pacienty, jejichž léčba trvala nebo trvá dlouhou dobu, tudíž jsem měla možnost je dobře poznat a mohla jsem nahlédnout do jejich problémů. Proto se zde neobjeví pacienti, kterým se podařilo otěhotnět hned po prvním IVF cyklu, což my, pracovníci center asistované reprodukce, vidíme sice nejraději, ale pro tuto studii nejsou příliš zajímaví.

Ve 4 případech odpovídali na otázky oba partneři, v dalších 6 pouze ženy, které však často hovořily i o názorech svého partnera. Partneři těchto 6 pacientek nechtěli do výzkumu přispět svými odpověďmi nebo do ambulance svoje partnerky nedoprovázejí. Pokud odpovídali oba, ve 2 případech byly rozhovory uskutečněny s oběma partnery najednou, ve 2 případech odpovídali partneři odděleně.

Někteří respondenti dostali seznam otázek předem (hlavně ti, kteří váhali, zda se k výzkumu připojí). Mohli si doma rozmyslet, jak budou odpovídat a jestli vůbec odpovídat chtějí. Proto se v některých odpovědích objevují obraty, jako: „dlouho jsem o tom přemýšlela“, „dlouho jsme o tom polemizovali“. Někteří respondenti odpovídali zcela spontánně, bez přípravy.

U každého rozhovoru je nejprve zařazena anamnéza, kde se popsán průběh léčby, diagnóza a další potřebné údaje, které jsem čerpala ze zdravotnické dokumentace pacientů. Jména respondentů jsou změněna.

3.2.2. Zkoumaný soubor 2

Zkoumaný soubor 2 se týká druhého výzkumu a naplňuje druhý cíl práce. Tvoří jej 10 eventuelních dárcyň, které navštívily naše centrum za účelem darování oocytů.

4. Výsledky

4.1. 1. Výzkum

4.1.1. Rozhovor č. 1 – Ivana a Jiří

Anamnéza :

Ivaně i Jiřímu je 31 let. Přišli do našeho centra v dubnu 2007. Jiřímu byla diagnostikována azoospermie. Od mládí byl léčen hormonální léčbou (růstový hormon, testosteron, hydrokortizon a letrox) pro panhypopituitarismus (vzniklý prenatálně). Po konzultaci s andrologem proběhla další hormonální léčba a v únoru 2008 byl proveden chirurgický odběr spermií – TESE. Spermie byly zamrazeny.

V dubnu proběhla hormonální stimulace pacientky s odběrem oocytů. Byly oplodněny spermii z TESE a z důvodu jejich nepříliš dobré kvality po rozmražení (málo pohyblivých spermií) byla část oocytů oplodněna spermii dárce. Po pětidenní kultivaci byla po dohodě s párem přenesena 2 embrya oplodněná spermii dárce, protože embrya, oplodněná pacientovými spermii, se nevyvíjela uspokojivě. Ivana a Jiří byli tedy postaveni před otázku přijetí darovaných spermií poměrně náhle.

Po proběhlém IVF cyklu Ivana otěhotněla a v prosinci 2008 porodila v 35. týdnu těhotenství dvojčata. Chlapec i dívka jsou zdraví.

Rozhovor proběhl v době Ivaniny gravidity.

Rozhovor:

Jak jste přijal/a fakt o nutnosti použití spermií dárce?

Ivana: Poté, co se nám dlouho nedařilo počít dítě přirozenou cestou, jsem začala tušit, že příčinou by mohla být vrozená hormonální porucha manžela. Díky tomuto tušení jsem byla na oznámení onoho faktu připravena.

Jiří: Já jsem si naopak vůbec nepřipouštěl jakoukoli spojitost mezi mojí poruchou a případnou neplodností (předpokládal jsem problém na straně partnerky), o to těžší pro mě bylo přijmout tento fakt jako skutečnost. A když se na celou tu anabázi dívám zpětně, tento okamžik můžu suverénně označit za nejhorší.

Bylo to pro vás těžké?

Ivana: Těžké to bylo, ale dítě jsem chtěla a byla jsem připravená i na to, že moje vajíčko nebude oplodněno spermií mého manžela.

Jiří: Na to už jsem odpověděl v předchozí odpovědi.

Myslíte, že to bylo těžší pro vás nebo pro vašeho partnera/partnerku?

Ivana: Těžší to bylo určitě pro mého muže.

Jiří: Myslím, že těžší to bylo pro mě.

Hovořili jste spolu o tom?

Ivana: Ano, často.

Jiří: Ano.

Co byste si přál/a, aby dárce spermií splňoval? Jaké jsou vaše požadavky na dárce?

Ivana: Důležitá je pro mě co největší podobnost s mým mužem.

Jiří: Pro mě byl fakt, že bychom mohli potřebovat spermie od dárce tak šokující, že jsem si ani nestačil nějaké požadavky vytvořit.

Jak prožíváte své těhotenství (těhotenství své partnerky) s ohledem na darované spermie? Myslíte si, že kdyby byly použity vaše vlastní spermie, bylo by to jiné?

Ivana: Užívám si své těhotenství a raduji se z něj, prožívám ho stejně, jako by se jednalo o naše, geneticky vlastní dítě.

Jiří: V tuto chvíli to pro mě nemá žádný význam, asi bych to prožíval stejně.

Řeknete vašemu dítěti o faktu, že bylo počato pomocí IVF?

Ivana: Nevím, možná.

Jiří: Nevím, ještě jsem o tom nepřemýšlel.

Řeknete vašemu dítěti o faktu, že byly použity darované spermie? Pokud ano, v jakém věku?

Ivana: Nejspíš ne. Kromě nás o tom neví nikdo jiný. Považujeme to za nejlepší řešení.

Jiří: Ne, nikomu jsme o tom neřekli, ani rodině.

Hovořili jste o tom s partnerem? Máte stejný názor na tento problém?

Ivana: Ano, máme stejný názor.

Jiří: Ano, na tomhle řešení jsme se domluvili.

V České republice je zákonem dána anonymita dárce/dárkyně. V některých zemích Evropy je však uplatňován tzv. „open identity“ princip, to znamená, že dítě má právo znát své rodiče, tedy i případného dárce/dárkyně. I u nás se uvažuje o této možnosti. Co si o tom myslíte? Která možnost je pro vás přijatelnější?

Ivana: Vzhledem k tomu, že nechceme, aby o darování někdo věděl (tedy ani naše děti) je zřejmé, že anonymita dárce je pro nás důležitá.

Jiří: Myslím si, že je pro nás nepřijatelné, aby se děti s dárce sešly.

V poslední době je u nás další často diskutované téma: měla by být dána možnost oplození dárcovským spermatem i ženám bez partnera? Co si myslíte o tomto problému?

Ivana: Nad touto otázkou jsme dlouze polemizovali, ale nakonec jsme došli k závěru, že by i ženám bez partnera mělo být umožněno umělé oplození dárcovským spermatem.

Jiří: Asi by to mělo být umožněno, i když by to určitě přineslo spoustu problémů .

Uvažovali byste o adopci? Jaký je váš vztah k ní? Akceptovali byste raději nezrušitelné osvojení nebo pěstounskou péči?

Ivana: Naštěstí jsme to nepotřebovali a tak jsem o tom zatím moc nepřemýšlela. Ale kdyby se mi dlouho nedařilo otěhotnět, asi bych se s adopcí smířila.

Jiří: Nevím, zatím to nebylo třeba, asi by mi ale dalo dost práce se s tím smířit.

Přemýšleli jste o tom, jaké pohnutky vedou dárce/dárkyně k tomu, aby své zárodečné buňky darovali? Myslíte, že převažují finanční důvody nebo jiné, např. vyšší etické důvody?

Ivana: Myslím, že finanční důvody jsou asi důležité, ale etické důvody také.

Jiří: Nevím, asi obojí.

4.1.2. Rozhovor č. 2 – Ilona a Josef

Anamnéza:

Iloně je 33 let, Josefovi 35 let. Josef trpí hypogonadismem a s tím související primární azoospermií. V únoru 2007 byl po hormonální terapii proveden mikrochirurgický odběr TESE, avšak bez nálezů spermií. Páru byla doporučena asistovaná reprodukce s dárcovským spermatem. V květnu a v srpnu 2007 se uskutečnily 2 IUI s dárcovským spermatem, bez gravidity. V listopadu 2007 proběhl IVF cyklus s darovanými spermii. Došlo ke graviditě a Ilona porodila ve 36. týdnu gravidity zdravá dvojčata, chlapce a dívku.

Rozhovor proběhl asi 5 měsíců po narození dvojčat.

Rozhovor:

Jak jste přijal/a fakt o nutnosti použití spermií dárce?

Ilona: Hodně špatně.

Bylo to pro vás těžké?

Ilona: Bylo to pro mě těžké, vůbec mě nenapadlo, že se dostanu do takové situace. Nemáme nikoho známého s takovým problémem.

Myslíte, že to bylo těžší pro vás nebo pro vašeho partnera/partnerku?

Ilona: Asi stejně to bylo pro oba stejně těžké.

Hovořili jste spolu o tom?

Ilona: Ano, jinak bychom do toho nešli.

Co byste si přál/a, aby dárce spermií splňoval? Jaké jsou vaše požadavky na dárce?

Ilona: Hlavně aby byl zdravý, bez alergií, žádné vrozené vady. Taky ze slušné rodiny, měl by mít dobrou povahu a měl by být vzdělaný.

Jak prožíváte své těhotenství s ohledem na darované spermie? Myslíte si, že kdyby byly použity vaše vlastní spermie, bylo by to jiné?

Ilona: Těhotenství jsem prožívala hezky. I manžel se k tomu dobře postavil. Ale myšlenka na to, že to není manželovo, mě neopouštěla. Bylo by to rozhodně jiné. Cokoli se někdy dětem stane, třeba vážné onemocnění, budu se sama sebe ptát, jestli by se to stalo i při použití našich spermií.

Řeknete vašemu dítěti o faktu, že bylo počato pomocí IVF?

Ilona: Určitě ne. Nikdo z rodiny o tom, že jsme byli na IVF, neví. Je sice těžké, udržet to v tajnosti, a někdy bych se potřebovala někomu svěřit. Ale nikdy to neudělám.

Řeknete vašemu dítěti o faktu, že byly použity darované spermie? Pokud ano, v jakém věku?

Ilona: Určitě ne.

Hovořili jste o tom s partnerem? Máte stejný názor na tento problém?

Ilona: Ano.

V České republice je zákonem dána anonymita dárce/dárkyně. V některých zemích Evropy je však uplatňován tzv. „open identity“ princip, to znamená, že dítě má právo znát své rodiče, tedy i případného dárce/dárkyně. I u nás se uvažuje o této možnosti. Co si o tom myslíte? Která možnost je pro vás přijatelnější?

Ilona: Jsem jednoznačně pro anonymitu.

V poslední době je u nás další často diskutované téma: měla by být dána možnost oplození dárcovským spermatem i ženám bez partnera? Co si myslíte o tomto problému?

Ilona: K tomuto problému se nechci příliš vyjadřovat, nemám na to jednoznačný názor.

Uvažovali byste o adopci? Jaký je váš vztah k ní? Akceptovali byste raději nezrušitelné osvojení nebo pěstounskou péči?

Ilona: Spíš ne, to bych se starala o úplně cizí děti, takhle si můžu říct, že jsem byla těhotná a porodila jsem. Sice s jiným mužem, ale byla.

Přemýšleli jste o tom, jaké pohnutky vedou dárce/dárkyně k tomu, aby své zárodečné buňky darovali? Myslíte, že převažují finanční důvody nebo jiné, např. vyšší etické důvody?

Ilona: Doufám, že to nejsou jen finanční důvody, ale i snaha, někomu pomoci.

4.1.3. Rozhovor č. 3 – Blanka a Milan

Anamnéza:

Blance je 29 let, Milanovi 32 let. Příčinou neplodnosti je andrologický faktor. Milan absolvoval onkologickou léčbu v roce 2002, před níž mu byly zamrazeny spermie, které je možno použít pro asistovanou reprodukci. Jejich kvalita však není příliš dobrá. V jeho ejakulátu jsou sice přítomny spermie, ale díky onkologické terapii je nemůžeme použít.

Blanka a Martin absolvovali 1. IVF cyklus v jiném centru, bez úspěchu. Do našeho centra přicházejí v roce 2006. V březnu 2007 proběhl 2. IVF cyklus s použitím vlastních, kryokonzervovaných spermií. Ke graviditě opět nedošlo. V únoru 2008 se uskutečnil 3. IVF cyklus, část oocytů bylo oplodněno opět vlastními spermii, část spermii dárce. Po pětidenní kultivaci po dohodě s embryology byla přenesena 2 embrya oplodněná spermatem dárce, protože vlastní embrya se nevyvíjela uspokojivě. Byla potvrzena gravidita a v listopadu 2008 se narodil zdravý chlapec.

Rozhovor proběhl v době Blančina těhotenství.

Rozhovor:

Jak jste přijal/a fakt o nutnosti použití spermií dárce?

Blanka: Už jsme o tom dřív přemýšleli, spermie sice byly zamražené, ale dlouhodobě nebyly moc dobré a při dvou předchozích pokusech jsem neotěhotněla. Tentokrát nám embryologové říkali, že po rozmražení nejsou moc dobré, a že když je dost vajíček, oplodní část spermiemi dárce. Trochu nás to zaskočilo, prostě jsme vždycky doufali, že to nebude potřeba, že se to podaří s manželvými spermiemi.

Milan: Mě to zaskočilo ještě trochu víc než mojí ženu, ale později jsem se s tím smířil. Hlavně, že se to povedlo, že je Blanka těhotná.

Bylo to pro vás těžké?

Blanka + Milan: Ano, nejdřív to bylo těžké, ale prostě jsme museli pozměnit své nároky a plány. Ale už je to za námi, na naše dítě se moc těšíme.

Myslíte, že to bylo těžší pro vás nebo pro vašeho partnera/partnerku?

Blanka: Nevím, asi to bylo pro oba stejně těžké.

Milan: Taky si nemyslím, že by to bylo pro mě horší.

Hovořili jste spolu o tom?

Blanka + Milan: Hovořili jsme o tom často, nemáme s tím žádný problém.

Co byste si přál/a, aby dárce spermií splňoval? Jaké jsou vaše požadavky na dárce?

Blanka: Rozhodně bychom měli určité požadavky, hlavně zdraví a vzdělání. Možná bych ho chtěla vidět.

Milan: Určitě zdraví a vzdělání, možná taky sport. Ale do podrobností bychom nešli. A jsme oba světloušší, bylo by dobré, aby dítě nemělo tmavé vlasy. Ale vidět bych ho asi nechtěl.

Jak prožíváte své těhotenství (těhotenství své partnerky) s ohledem na darované spermie? Myslíte si, že kdyby byly použity vaše vlastní spermie, bylo by to jiné?

Blanka + Milan: Těhotenství si opravdu užíváme, tak dlouho jsme na to čekali! Vůbec o tom nepřemýšlíme, je to prostě *naše* dítě.

Řeknete vašemu dítěti o faktu, že bylo počato pomocí IVF?

Blanka + Milan: Asi ano, moc jsme o tom ještě nepřemýšleli.

Řeknete vašemu dítěti o faktu, že byly použity darované spermie? Pokud ano, v jakém věku?

Blanka: Spíš ne. Je to zbytečné. O tom, že byli na IVF, jsme řekli přátelům a rodině, ale o dárci jsme neřekli nikomu.

Milan: Neřekl bych mu to.

Hovořili jste o tom s partnerem? Máte stejný názor na tento problém?

Blanka: Zatím jsme o tom moc nemluvili, nemyslíme na to.

Milan: Určitě se dohodneme, už jsme zažili horší věci.

V České republice je zákonem dána anonymita dárce/dárkyně. V některých zemích Evropy je však uplatňován tzv. „open identity“ princip, to znamená, že dítě má právo znát své rodiče, tedy i případného dárce/dárkyni. I u nás se uvažuje o této možnosti. Co si o tom myslíte? Která možnost je pro vás přijatelnější?

Blanka: Určitě ne, byl by to zásah do rodiny. Přineslo by to zbytečné potíže.

Milan: Nemělo by to být uzákoněno. Stát by měl rodinu stmelovat a chránit, ne nám to ztěžovat.

V poslední době je u nás další často diskutované téma: měla by být dána možnost oplození dárcovským spermatem i ženám bez partnera? Co si myslíte o tomto problému?

Blanka + Milan: Ano, mělo by jim to být umožněno, každý nemá štěstí na partnera.

Uvažovali byste o adopci? Jaký je váš vztah k ní? Akceptovali byste raději nezrušitelné osvojení nebo pěstounskou péči?

Milan: I o tom jsme mluvili, tedy jen o adopci, o pěstounství vůbec ne. Ale jako o poslední možnosti. Já s tím celkem nemám problém.

Blanka: Já jsem trochu opatrnější, samozřejmě jsem už o tom přemýšlela. Život bez dítěte by pro mě byl moc těžký, ale zároveň bych se bála, jestli to zvládnu. Určitě si myslím, že je opatrnost důležitá, a je třeba adopci dobře zvážit, než jít do toho bezhlavě. Na druhé straně si svůj opatrný přístup k adopci vyčítám, trochu to vypadá, jako bych to dítě ani tolik nechtěla.

Přemýšleli jste o tom, jaké pohnutky vedou dárce/dárkyně k tomu, aby své zárodečné buňky darovali? Myslíte, že převažují finanční důvody nebo jiné, např. vyšší etické důvody?

Blanka + Milan: Asi obojí, kvůli penězům určitě, ale asi je pro ně důležitý i fakt, že někomu pomůžou.

4.1.4. Rozhovor č. 4 – Simona a Jan

Anamnéza:

Simoně i Janovi je 36 let. Do našeho centra přicházejí v roce 2004. U Jana diagnostikujeme normální spermiogram, u Simony primární sterilitu s nálezem pouze lištovitých ovarií. Menzes je pouze po hormonální terapii. Pokusili jsme se o hormonální stimulaci, ovšem bez úspěchu, i při vysokých dávkách hormonálních preparátů. V roce 2005 pár zařazujeme do registru žadatelů o darovaný oocyt.

V březnu 2006 byla přenesena 2 embrya (darované oocyty oplodněné Janovými spermii), dochází k biochemické graviditě, avšak bez dalšího uspokojivého vývoje gravidity.

Pacientka byla odeslána na imunologické vyšetření, byly diagnostikovány změny v oblasti buněčné imunity, aktivita NK buněk. Byla doporučena dlouhodobá léčba kortikoidy.

V roce 2007 se uskutečnil 2. IVF cyklus s darovanými oocyty, bez úspěchu. O rok později 3. IVF cyklus se stejným výsledkem. V lednu 2009 proběhl již 4. přenos embryí v darovaném programu, dochází ke biochemické graviditě s vysokými hodnotami HCG, následuje však krvácení se spontánním abortem.

Rozhovor proběhl v době čekání na 4. IVF cyklus.

Rozhovor:

Jak jste přijal/a fakt o nutnosti použití vajíček dárkyně?

Simona: Zprvu velmi těžko. Myslím, že každá žena se s tímto faktem velmi těžce vyrovnává a ne každá je ochotná tento verdikt přijmout. Ale abych vyjádřila své vlastní pocity, postupem času nezbyvá, než se s tím smířit, a nakonec poděkovat dnešní vyspělé medicíně, která mi umožňuje stát se matkou nebo se o to aspoň pokusit.

Jan: Co jsme měli dělat, nejdřív to pro mě bylo nepředstavitelné, když jsme ale viděli, že není jiná možnost, začali jsme slevovat...Aspoň že půl genetické výbavy je naše.

Bylo to pro vás těžké?

Simona: Ano, bylo. Asi jen máloco může být pro ženu, která touží po mateřství, tak těžké. Viní samu sebe, že selhala, má výčitky, jak k tomu přijde manžel, který je v tomto směru zcela zdravý, že třeba nebude moci být otcem...

Jan: Na to už jsem odpověděl v předchozí odpovědi.

Myslíte, že to bylo těžší pro vás nebo pro vašeho partnera/partnerku?

Simona: Myslím, že je to pro nás oba stejně těžké.

Jan: Je to těžší pro partnerku.

Hovořili jste spolu o tom?

Simona: Samozřejmě, mnohokrát, manžel je mi velkou oporou.

Jan: Ano, mluvíme o tom otevřeně a společný problém náš vztah docela posiluje.

Co byste si přál/a, aby dárkyně vajíček splňovala? Jaké jsou vaše požadavky na dárkyni?

Simona: Vzhledem k faktu, že dárkyň je velmi málo, není možné si požadavky příliš diktovat. Kromě povinných kritérií, která dárkyně musí splňovat, bych uvítala společné fyzické znaky, tedy podobnou výšku, váhu, barvu očí a vlasů. Dále pak krevní skupinu a hlavně dobré vzdělání.

Jan: Rádi bychom si vybírali, hlavně dobré vzdělání, ale vzhledem k nedostatku dárkyň, musíme slevovat ze svých požadavků.

Řekl/a byste vašemu dítěti o faktu, že bylo počato pomocí IVF?

Simona: Asi ano.

Jan: Nevím.

Řekl/a byste vašemu dítěti o faktu, že byla použita darovaná vajíčka ? Pokud ano, v jakém věku?

Simona: Zatím jsem o tom nepřemýšlela. Asi by se to dítěti mnohem hůře vysvětlovalo, než kdyby bylo adoptované, a možná by to do našeho vztahu vneslo zbytečné napětí nebo nedůvěru. Na druhou stranu si vzpomínám na film Operace mé dcery a bojím se podobného odhalení v nepravou dobu. Nicméně, spíš ne. A v jakém věku? Pokud bych se přece jen rozhodla, muselo by to být ve věku dítěte, kdy už je to schopné pochopit. Vzhledem k tomu, že právě období puberty je pro dítě velmi citlivé, znovu se přikláním k názoru, spíš mu nic neříkat.

Jan: Ne. Proč? Je to zbytečné, u adopce bych to určitě udělal, ale takhle ne. Víím, že moje žena by o tom možná uvažovala, mluvili jsme o tom, ale já jsem proti tomu.

Hovořili jste o tom s partnerem? Máte stejný názor na tento problém?

Simona: Ano, hovořili. Manžel je jednoznačně proti sdělování této informace dítěti. Myslím, že je to i z důvodu jakési mé ochrany, nevím, jak to lépe vyjádřit.

Jan: Ano, mluvili jsme o tom. Doufám, že ji časem přesvědčím, aby souhlasila s mým postojem.

V České republice je zákonem dána anonymita dárce/dárkyně. V některých zemích Evropy je však uplatňován tzv. „open identity“ princip, to znamená, že dítě má právo znát své rodiče, tedy i případného dárce/dárkyni. I u nás se uvažuje o této možnosti. Co si o tom myslíte? Která možnost je pro Vás přijatelnější?

Simona: Domnívám se, že anonymita je lepší, odhalení dárců by nebylo šťastné řešení. Je třeba domyslet, jaké důsledky by to mělo pro dárce a dárkyně, za které jsme my všichni, kdo je potřebujeme moc vděční! Vždyť by pak už logicky nikdo darovat nechtěl! A důsledkem by bylo jen ještě delší čekání na vajíčka od dárkyň...

Jan: Určitě je pro mě přijatelnější stávající řešení.

V poslední době je u nás další často diskutované téma: měla by být dána možnost oplození dárcovským spermatem i ženám bez partnera? Co si myslíte o tomto problému?

Simona: Je mi líto žen, které touží po dítěti, ale nemají partnera. Nicméně se domnívám, že pouze model úplné rodiny, tedy i s mužským elementem, je nutný pro řádnou výchovu dítěte po všech stránkách.

Jan: Nemyslím, že by bylo dobré, aby jim to bylo umožněno.

Uvažovali byste o adopci? Jaký je váš vztah k ní? Akceptovali byste raději nezrušitelné osvojení nebo pěstounskou péči?

Simona: Už jsme o tom přemýšleli a mluvili. Ještě zkusíme tento IVF cyklus, na který se připravuji, pokud neuspěji, budeme o tom vážně uvažovat. Není to pro nás velký problém, ale pokud by se podařilo, aby dítě bylo aspoň z poloviny naše, bylo by to samozřejmě lepší. Uvažovali bychom ale jen o adopci, o pěstounství ne.

Jan: O adopci jsme už uvažovali. Pokud se to tentokrát nepovede, asi si o ni zažádáme.

Přemýšleli jste o tom, jaké pohnutky vedou dárce/dárkyně k tomu, aby své zárodečné buňky darovali? Myslíte, že převažují finanční důvody nebo jiné, např. vyšší etické důvody?

Simona: Myslím, že nám určitě chtějí pomoci. Je to stejné, jako když se chodí darovat krev. Já bych to taky udělala, kdybych mohla. Ale finanční důvody jsou asi taky důležité.

Jan: Asi obojí.

4.1.5. Rozhovor č. 5 – Romana a Petr

Anamnéza:

Romaně 38 let, Petrovi 40 let. Příčinou bezdětnosti byly neprůchodné vejcovody. 1. IVF cyklus absolvovala v roce 2001. Ke graviditě nedošlo. Po 2. IVF cyklu otěhotněla a porodila zdravou dceru (dnes je jí 6 let). V roce 2004 přichází opět do IVF centra a pokouší se znovu otěhotnět. 3. i 4. cyklus proběhly bez úspěchu. Po 5. cyklu (v únoru 2006) dochází k biochemické graviditě, následuje však časný abort. V 6. cyklu se situace opakuje, v děloze diagnostikujeme gestační váček, avšak následuje missed abort.

V květnu je uskutečněn KET, bez úspěchu. V říjnu 2008 byla provedena poslední hormonální stimulace s odběrem, opět bez gravidity.

Pacientka žádá pokračování v léčbě a další hormonální stimulaci (již osmou), která je podle názoru lékaře již nevhodná, a proto páru navrhuje možnost léčby s darovaným oocytem. Pár se nakonec rozhodl do tohoto programu vstoupit.

Romaně a Petrovi byla položena navíc otázka týkající se eventuelního rozdílu v přístupu k biologicky vlastního dítěti a k dítěti počatému z darované gamety.

Rozhovor:

Jak jste přijal/a fakt o nutnosti použití vajíček dárkyně?

Romana: Hodně špatně, první reakce byla naprosto odmítavá, ale partner reagoval příznivě, tak jsem o tom začala přemýšlet. Asi po 14 dnech jsem šla do centra a nechala

se zařadit do registru příjemkyň. I když máme jedno biologicky vlastní dítě, moc si přeji ještě jedno. S mými vajíčky už se nám to nedaří, tak hledám jinou možnost. Adélka si taky moc přeje sourozence. Chtěla bych jí to umožnit a zkusit všechno, abych si v budoucnu nic nevyčítala.

Petr: Řekl jsem si, když není jiná možnost, proč ne?

Bylo to pro vás těžké?

Romana: Bylo to hodně těžké.

Petr: Nebylo to pro mě tak těžké, jako pro Romanu.

Myslíte, že to bylo těžší pro vás nebo pro vašeho partnera/partnerku?

Romana: Určitě pro mě.

Petr: Jak už jsem řekl, pro ni to bylo těžší.

Hovořili jste spolu o tom?

Romana + Petr: Hovoříme o tom otevřeně, bez problémů.

Co byste si přál/a, aby dárkyně vajíček splňovala? Jaké jsou vaše požadavky na dárkyni?

Romana: Dárkyně by měla být zdravá, chytrá, stejný typ jako já. Možná bych ji chtěla i vidět.

Petr: Mám stejné požadavky, ale vidět bych ji nemusel.

Nebojíte se, že byste k dítěti, počatému z darovaných vajíček, měli jiný vztah než k vašemu biologicky vlastnímu dítěti?

Romana + Petr: Vůbec ne.

Řekli byste vašemu dítěti o faktu, že bylo počato pomocí IVF?

Romana: Ne. Adélce jsme to zatím taky neřekli, zatím váháme, jestli to v budoucnu uděláme. Ale moc se nám do toho nechce.

Petr: Uvidíme.

Řeknete vašemu dítěti o faktu, že byla použita darovaná vajíčka? Pokud ano, v jakém věku?

Romana + Petr: Určitě ne.

Hovořili jste o tom s partnerem? Máte stejný názor na tento problém?

Romana + Petr: Moc jsme o tom ještě nemluvili, ale máme na to evidentně stejný názor.

V České republice je zákonem dána anonymita dárce/dárkyně. V některých zemích Evropy je však uplatňován tzv. „open identity“ princip, to znamená, že dítě má právo znát své rodiče, tedy i případného dárce/dárkyni. I u nás se uvažuje o této možnosti. Co si o tom myslíte? Která možnost je pro vás přijatelnější?

Romana + Petr: Určitě anonymita.

V poslední době je u nás další často diskutované téma: měla by být dána možnost oplození dárcovským spermatem i ženám bez partnera? Co si myslíte o tomto problému?

Romana: Asi bych to povolila. Tradiční rodina je dobrá věc, ale je možné, že se každé ženě nepodaří sehnat partnera, když je ve fertilním věku. Povolila bych to i lesbickým párům. Ale homosexuálním mužům ne.

Petr: Asi spíš ne.

Uvažovali byste o adopci? Jaký je váš vztah k ní? Akceptovali byste raději nezrušitelné osvojení nebo pěstounskou péči?

Romana: Já o tom přemýšlím. Jsem sice opatrná, nechtěla bych to za každou cenu, ale cizí dítě bych k adopci přijala.

Petr: Já zatím adopci v žádném případě nechci.

Přemýšleli jste o tom, jaké pohnutky vedou dárce/dárkyně k tomu, aby své zárodečné buňky darovali? Myslíte, že převažují finanční důvody nebo jiné, např. vyšší etické důvody?

Romana: Rozdělila bych to na dárce – muže, ti to určitě dělají pro peníze, a dárkyně – ženy, které podle mého názoru chtějí obojí: pomoci jiné ženě i z finančních důvodů.

Petr: Mám v podstatě stejný názor.

4.1.6. Rozhovor č. 6 – Eliška a Michal

Anamnéza:

Elišce je 36 let, Michalovi 35 let. O graviditu se Eliška snaží již 10 let. 3 IVF cykly absolvovala s prvním manželem v jiném IVF centru, bez úspěchu. Neplodnost nebyla příčinou rozpadu jejich vztahu.

V našem centru pár absolvoval v letech 2006 – 2008 2 IVF cykly (již bez úhrady zdravotní pojišťovny), 2 KETy a jednu stimulaci s minimálními dávkami hormonální terapie (tzv. LIMOS). Vše bez úspěchu, přesto že se u páru jedná o idiopatickou sterilitu. U Michala byla diagnostikována normospermie. Ani u Elišky nebyly objeveny žádné závažné odchylky a vždy jsou jí přenesena perspektivní embrya. Proto bylo páru v listopadu 2008 nabídnuto IVF s darovanými oocyty. Oba souhlasili a byli zařazeni do registru žadatelů.

V lednu 2009 Eliška žádá ještě jednu hormonální stimulaci s vlastními oocyty. V současné době se připravuje na ni připravuje.

Rozhovor:

Jak jste přijal/a fakt o nutnosti použití darovaných vajíček?

Eliška: Dost obtížně, proto ještě zkusím poslední pokus se svými vajíčky, i když jsem zařazená do registru čekatelek na darovaná vajíčka. Pořád s tím nejsem vyrovnána. Hlavním důvodem je otázka genů. Víím, že moje vlastní nejsou dokonalé, hlavně se bojím toho, že bych na svou případnou vlastní dceru přenesla svoji neplodnost. Ale

pracuji ve zdravotnictví, na psychiatrii a vidím zde různé odstrašující případy, proto se stále bojím „cizích“ vajíček. .

Bylo to pro vás těžké?

Eliška: Bylo to těžké a pořád je. To, že nemůžu otěhotnět, považuji za svoje osobní selhání. Uvažovala jsem i o psychoterapii, ale protože pracuji „v oboru“ a většinu terapeutů znám, je taková pomoc pro mě těžká až bezpředmětná.

Myslíte, že to bylo těžší pro vás nebo pro vašeho partnera/partnerku?

Eliška: Rozhodně je to těžší pro mě. Můj manžel se s tím vyrovnává dobře. Udělal by cokoli, aby se to už podařilo, abych byla šťastná. Darovaná vajíčka pro něj nejsou problém, dokonce ani adopce.

Hovořili jste spolu o tom?

Eliška: Ano, mluvíme o tom otevřeně. Problém nás spíš spojuje než rozděluje.

Co byste si přál/a, aby dárkyně vajíček splňovala? Jaké jsou vaše požadavky na dárkyni?

Eliška: Mám běžné požadavky, zdraví, vzdělání, nic zvláštního mě nenapadá.

Řeknete vašemu dítěti o faktu, že bylo počato pomocí IVF?

Eliška: Určitě bych mu to řekla.

Řeknete vašemu dítěti o faktu, že byla použita darovaná vajíčka? Pokud ano, v jakém věku?

Eliška: Určitě bych mu to řekla. Opět, vzhledem ke zkušenosti při práci ve zdravotnictví se bojím pozdějšího prozrazení a následných komplikací. Myslím, že je vždycky lepší říci to včas. A v jakém věku bych to řekla, zatím nevím. Asi podle okolností.

Hovořili jste o tom s partnerem? Máte stejný názor na tento problém?

Eliška: Ano, hovořili, máme stejný názor. Manžel by rozhodnutí nechal na mně.

V České republice je zákonem dána anonymita dárce/dárkyně. V některých zemích Evropy je však uplatňován tzv. „open identity“ princip, to znamená, že dítě má právo znát své rodiče, tedy i případného dárce/dárkyni. I u nás se uvažuje o této možnosti. Co si o tom myslíte? Která možnost je pro vás přijatelnější?

Eliška: Určitě anonymita. Odhalení dárce je podle mého názoru zbytečný zdroj komplikací.

V poslední době je u nás další často diskutované téma: měla by být dána možnost oplození dárcovským spermatem i ženám bez partnera? Co si myslíte o tomto problému?

Eliška: Trochu váhám nad touto otázkou. Jsou na ni dva pohledy:

- 1) Úplná rodina je strašně důležitá pro výchovu dítěte.
- 2) Dokáží se vžít do situace třicetileté ženy, která nemá partnera a nemůže ho najít. A čas jí utíká, a tak se bojí, že za několik let bude na dítě pozdě. Já mám obrovské štěstí, že jsem dobrého partnera našla, i když až napodruhé.

Uvažovali byste o adopci? Jaký je váš vztah k ní? Akceptovali byste raději nezrušitelné osvojení nebo pěstounskou péči?

Eliška: Jsem v tomto směru strašně opatrná. Je to pro mě krajní možnost. Neobávám se špatného vztahu k dítěti, určitě bych ho bez problémů přijala a milovala. Ale mám zase špatné zkušenosti ze své práce i z okruhu svých známých, kteří si dítě adoptovali. Můj partner je k adopci mnohem vstřícnější, souhlasil by. O pěstounství bychom vůbec neuvažovali.

Přemýšleli jste o tom, jaké pohnutky vedou dárce/dárkyně k tomu, aby své zárodečné buňky darovali? Myslíte, že převažují finanční důvody nebo jiné, např. vyšší etické důvody?

Eliška: Ani nevím, že by se za dárcovství platilo. Myslím, že důvodem je spíš altruismus a snaha někomu pomoci. Vycházím ze zkušenosti. Já sama jsem o dárcovství uvažovala, když jsem ještě před lety měla hodně vajíček.

4.1.7. Rozhovor č. 7 – Gita a Pavel

Anamnéza :

Gitě je 34 let, Pavlovi 37 let. Do našeho IVF centra přišli v květnu 2005. U Gity byl diagnostikován relativní tubární faktor a endometrioza, u Pavla lehká asthenospermie (snížená pohyblivost spermií).

1.IVF cyklus proběhl v září 2005, byla potvrzena biochemická gravidita, ovšem vyústila v missed abort. 2. IVF cyklus se uskutečnil v dubnu 2006, opět zaznamenáváme biochemickou graviditu, následuje však časný abort bez jakéhokoli nálezu gravidity v děloze. Ke stejné situaci dochází ve 3. IVF cyklu o rok později. V září 2007 byla přenesena rozmražená embrya v KETu, ke graviditě nedošlo. Ve všech IVF cyklech byla přenesena 2 perspektivní embrya.

Po druhém, neúspěšném IVF cyklu, byla pacientka odeslána na imunologické vyšetření, byla potvrzena přítomnost protilátek proti zona pellucida a antifosfolipidové protilátky. Proto další IVF cykly doprovázela léčba kortikoidy.

V září 2007 bylo páru doporučeno zařazení do registru žadatelů o darovaný oocyt. V říjnu 2008 bylo oplozeno 6 oocytů dárkyně pacientovými spermii a následně zamraženo. V březnu 2009 byla přenesena 2 embrya, za 2 týdny byla diagnostikována biochemická gravidita. V dubnu byla Gita předána do péče svého gynekologa s prosperující dvojčetnou graviditou.

Rozhovor se uskutečnil v době čekání na darované oocyty.

Rozhovor:

Jak jste přijal/a fakt o nutnosti použití vajíček dárkyně?

Gita: Po absolvování tří neúspěšných pokusů o umělé oplodnění s mými vajíčky a po zjištění alergie na mé vlastní vajíčko pro nás žádná jiná možnost není.

Bylo to pro vás těžké?

Gita: Těžké rozhodování to pro nás už ani nebylo, trápíme se tímto problémem řadu let, děti prostě chceme a jiná možnost není, jak už jsem řekla. Mnohem horší byly manželovy výčitky před pár lety. Vyčítal mi, že je to moje vina, že nemůžu otěhotnět. Ale už je to lepší, trochu se s tím smířil.

Myslíte, že to bylo těžší pro vás nebo pro vašeho partnera/partnerku?

Gita: Těžší to bylo pro mého manžela, stále doufal v oplodnění přirozenou cestou.

Hovořili jste spolu o tom?

Gita: Ano, mluvíme o tom často.

Co byste si přál/a, aby dárkyně vajíček splňovala? Jaké jsou vaše požadavky na dárkyni?

Gita: Tmavovláska, kudrnaté nebo vlnité vlasy, tmavé oči, prostě aby vypadala jako já, navíc nadprůměrně inteligentní a stoprocentně zdravá. To byl samozřejmě pokus o vtip, budeme rádi za to, co nám centrum nabídne.

Řekli byste vašemu dítěti o faktu, že bylo počato pomocí IVF?

Gita: Ano, v době, kdy už to bude schopné pochopit, ale co možná nejdříve. Asi tak ve věku 5-6 let.

Řekli byste vašemu dítěti o faktu, že byla použita darovaná vajíčka? Pokud ano, v jakém věku?

Gita: Ano, platí to, co jsem odpověděla v předchozí odpovědi.

Hovořili jste o tom s partnerem? Máte stejný názor na tento problém?

Gita: Ano a máme stejný názor.

V České republice je zákonem dána anonymita dárce. V některých zemích Evropy je však uplatňován tzv. „open identity“ princip, to znamená, že dítě má právo znát své rodiče, tedy i případného dárce. I u nás se uvažuje o této možnosti. Co si o tom myslíte? Která možnost je pro vás přijatelnější?

Gita: Přijatelnější je pro nás oba anonymita dárkyně.

V poslední době je u nás další často diskutované téma: měla by být dána možnost oplození dárcovským spermatem i ženám bez partnera? Co si myslíte o tomto problému?

Gita: Manžel i já si myslíme, že by ženám měla být dána tato možnost, vzhledem k tomu, že mnoho žen dobře vychovává dítě bez otce nebo partnera.

Uvažovali byste o adopci? Jaký je váš vztah k ní? Akceptovali byste raději nezrušitelné osvojení nebo pěstounskou péči?

Gita: O adopci jsme již žádali v roce 2007 a nyní jsme v období čekání. Máme zájem o nezrušitelné osvojení. Absolvovali jsme už dvoudenní přípravný víkend k adopci. Bylo to pro nás hodně náročné. Dva dny jsou zbytečně dlouhé a také se nám moc nelíbil rozhovor s psychologem, bylo to docela nepříjemné. Sociální pracovnice byla lepší. Náročné byly i testy. Nejvíce nám vadilo, že se musíme zpovídat, proč nechceme dítě romského původu. Opravdu nevím, proč o tom musíme mluvit, i když v tom není žádný rasistický podtext.

Přemýšleli jste o tom, jaké pohnutky vedou dárce/dárkyně k tomu, aby své zárodečné buňky darovali? Myslíte, že převažují finanční důvody nebo jiné, např. vyšší etické důvody?

Gita: O tom jsem moc nepřemýšlela, ale asi obojí.

4.1.8. Rozhovor č. 8 – Jitka a Miroslav

Anamnéza :

Jitce i Miroslavovi je 41 let. Do našeho centra přišli v červnu 2006. Miroslavovi byla diagnostikována oligosathenoteratozoospermie gravis (těžká porucha počtu, pohyblivosti i morfologie spermií). Jitce bylo v té době 39 let, objevily se u ní vysoké hodnoty FSH (které svědčí o ovariálním vyčerpání, což je v tomto věku obvyklé).

V říjnu 2006 byl uskutečněn 1. IVF cyklus, odebrány byly pouze 3 oocyty, po 2 dnech byla přenesena 2 embrya, ale ke graviditě nedošlo. V květnu následujícího roku proběhl 2. IVF cyklus, přeneseno bylo pouze 1 embryo (odebrány byly 4 oocyty, ale jen 1 fertilizovalo). Ke graviditě opět nedošlo. Mezitím Jitka dovršila věku 40 let, takže ztratila další nárok na příspěvek zdravotní pojišťovny. Přesto žádá další cyklus, i když byla seznámena s rizikem dalšího neúspěchu.

3. IVF cyklus se uskutečnil v říjnu 2007, došlo opět k přenosu 1 embrya. Po 2 týdnech byla diagnostikována biochemická gravidita a za další 4 týdny byla Jitka propuštěna z naší péče z důvodu klinické gravidity (pacientky se poté vrací do péče svého gynekologa). Ovšem v 8. týdnu gravidity dochází k missed abortu.

V září 2008 pár opět přichází do našeho centra a podává si žádost do registru žadatelů o darování oocyty.

V lednu 2009 Jitka žádá lékaře centra o nový pokus o vlastní stimulaci v době čekání na dárkyni. Zatím probíhají potřebná vyšetření, zda vlastní, tedy již 4. cyklus, uskutečnit.

Rozhovor:

Jak jste přijal/a fakt o nutnosti použití vajíček dárkyně?

Jitka: Rozhodli jsme se, že to zkusíme. Pořád se pokoušíme o vlastní nebo alespoň z poloviny vlastní dítě, i když už nejsme nejmladší. Prostě jsme měli přijít dříve. Nenapadlo mě, že otěhotnět bude pro mě tak obtížné.

Bylo to pro vás těžké?

Jitka: Těžké to bylo a pořád je. Proto chceme zkusit ještě jednu vlastní stimulaci.

Myslíte, že to bylo těžší pro vás nebo pro vašeho partnera/partnerku?

Jitka: Je to těžší pro mého partnera. Pořád mě přemlouvá, abychom zkusili ještě jednu stimulaci s mými vajíčky. Říká, že je pořád naděje, když se mi minule podařilo otěhotnět. Sice jsem potratila, ale třeba by to tentokrát dopadlo lépe.

Hovořili jste spolu o tom?

Jitka: Ano, často.

Co byste si přál/a, aby dárkyně vajíček splňovala? Jaké jsou vaše požadavky na dárkyni?

Jitka: Chtěli bychom, aby byla zdravá, vzdělaná a aby mi byla podobná.

Řekli byste vašemu dítěti vašemu dítěti o faktu, že bylo počato pomocí IVF?

Jitka: Ne.

Řeknete vašemu dítěti o faktu, že byla použita darovaná vajíčka? Pokud ano, v jakém věku?

Jitka: Určitě ne.

Hovořili jste o tom s partnerem? Máte stejný názor na tento problém?

Jitka: Ano, máme stejný názor.

V České republice je zákonem dána anonymita dárce/dárkyně. V některých zemích Evropy je však uplatňován tzv. „open identity“ princip, to znamená, že dítě má právo znát své rodiče, tedy i případného dárce/dárkyně. I u nás se uvažuje o této možnosti. Co si o tom myslíte? Která možnost je pro vás přijatelnější?

Jitka: Určitě je pro nás „open identity“ nepřijatelná.

V poslední době je u nás další často diskutované téma: měla by být dána možnost oplození dárcovským spermatem i ženám bez partnera? Co si myslíte o tomto problému?

Jitka: Asi by jim to nemělo být umožněno, přineslo by to mnoho problému. Kompletní rodina je důležitá.

Uvažovali byste o adopci? Jaký je váš vztah k ní? Akceptovali byste raději nezrušitelné osvojení nebo pěstounskou péči?

Jitka: Už jsme o adopci mluvili, ale zatím ji nechceme. Bojíme se problémů s ní spojených.

Přemýšleli jste o tom, jaké pohnutky vedou dárce/dárkyně k tomu, aby své zárodečné buňky darovali? Myslíte, že převažují finanční důvody nebo jiné, např. vyšší etické důvody?

Jitka: Asi obojí.

4.1.9. Rozhovor č. 9 – Lucie a Václav

Anamnéza :

Lucii je 28 let, Václavovi 29 let. Poprvé přišli do našeho centra v září 2006. Lucie trpí vážnými gynekologickými problémy, má primární amenorheu, menzes nastupuje pouze po hormonální terapii. Má hypoplastickou dělohu s nízkým endometriem, při UZ vyšetření není vidět ovariální tkáň. Při diagnostické laparoskopii jsou prokázána drobná ovaria s primárními folikuly. Pacientce je doporučena léčebná hormonální pseudogravida pro hypolasi dělohy. Poté jsme se pokusili o hormonální stimulaci. IVF cyklus je však zastaven pro nedostatečnou odpověď ovarií i při maximálních dávkách hormonální léčby. V únoru 2008 je pár zařazen do registru žadatelů o darovaný oocyt. Lucie přivádí svou sestru jako dárkyni, což ji posouvá na přední místo v registru.

Dochází k opětovné léčbě děložní hypoplasie navozením pseudogravidity, tentokrát s větším efektem. V červnu 2008 je 5 oocytů dárkyně oplodněno spermii pacienta a

Lucii jsou přenesena 2 embrya. Ke graviditě však nedošlo. Lucie a Václav se po roce chtějí pokusit o novou léčbu.

Rozhovor:

Jak jste přijal/a fakt o nutnosti použití vajíček dárkyně?

Lucie: Docela dobře. Měla jsem od mládí problémy a můj gynekolog mi říkal, že s otěhotněním budu asi mít problémy. Když se pan doktor pokoušel o hormonální stimulaci, byla to pro mě poslední naděje na vlastní dítě. Bohužel se to nepodařilo, nic jiného než darované vajíčko mi nezbývá.

Bylo to pro vás těžké?

Lucie: Bylo, ale co se dá dělat.

Myslíte, že to bylo těžší pro vás nebo pro vašeho partnera/partnerku?

Lucie: Asi pro mě.

Hovořili jste spolu o tom?

Lucie: Ano, často.

Co byste si přál/a, aby dárkyně vajíček splňovala? Jaké jsou vaše požadavky na dárkyni?

Lucie: Měla by být hlavně zdravá. A když mi bude podobná, bude to jen dobře.

Řekli byste vašemu dítěti vašemu dítěti o faktu, že bylo počato pomocí IVF?

Lucie: Asi ano.

Řeknete vašemu dítěti o faktu, že byla použita darovaná vajíčka? Pokud ano, v jakém věku?

Lucie: To asi spíš ne.

Hovořili jste o tom s partnerem? Máte stejný názor na tento problém?

Lucie: Zatím jsme o tom moc nemluvili.

V České republice je zákonem dána anonymita dárce/dárkyně. V některých zemích Evropy je však uplatňován tzv. „open identity“ princip, to znamená, že dítě má právo znát své rodiče, tedy i případného dárce/dárkyně. I u nás se uvažuje o této možnosti. Co si o tom myslíte? Která možnost je pro vás přijatelnější?

Lucie: Určitě bychom chtěli anonymní dárkyni.

V poslední době je u nás další často diskutované téma: měla by být dána možnost oplození dárcovským spermatem i ženám bez partnera? Co si myslíte o tomto problému?

Lucie: Myslím, že by se to mělo povolit. Sama vidím, jak je to hrozné, když nemůžu mít dítě a nemám na tom žádnou vinu.

Uvažovali byste o adopci? Jaký je váš vztah k ní? Akceptovali byste raději nezrušitelné osvojení nebo pěstounskou péči?

Lucie: Uvažovali. Doufáme, že se mi povede otěhotnět s darovaným vajíčkem. Ale kdyby se to nepodařilo, zažádáme si o adopci.

Přemýšleli jste o tom, jaké pohnutky vedou dárce/dárkyně k tomu, aby své zárodečné buňky darovali? Myslíte, že převažují finanční důvody nebo jiné, např. vyšší etické důvody?

Lucie: Finanční důvody asi převládají. Ale doufám, že mi i chtějí pomoci. Aspoň já bych tak uvažovala.

4.1.10. Rozhovor č. 10 – Radka a Martin

Anamnéza:

Radce i Martinovi je 31 let. Přichází do našeho centra v červnu 2008. V jiném IVF centru již absolvovali mikrochirurgický odběr spermií TESE (Martin trpí azoospermií),

ovšem bez nálezů spermií. Poté zde absolvovala IUI s darovanými spermiemi, ovšem bez gravidity.

V našem centru žádají IVF cyklus se spermiemi dárce. V listopadu 2008 jsou po hormonální stimulaci Radce odebrány oocyty a oplodněny spermiemi dárce. Po pětidenní kultivaci jsou zavedena 2 embrya ve stadiu expandované blastocysty (tedy velmi perspektivní embrya). Ke graviditě však nedošlo. Byla ale zamražena 3 embrya a Radka se připravuje na kryoembryotransfer.

Rozhovor:

Jak jste přijal/a fakt o nutnosti použití spermií dárce?

Radka: Velmi nás překvapilo, když jsme zjistili, že manžel nemá spermie. Byla to hrozné překvapení, hlavně pro něj, dlouho se s tím smířoval.

Bylo to pro vás těžké?

Radka: Bylo to těžké. A všechno mi zhoršoval přístup pracovníků centra, kam jsme chodili dříve. Je opravdu hrozné, když musíte absolvovat takovou léčbu a ještě jsou na vás v centru nepřijemní.

Myslíte, že to bylo těžší pro vás nebo pro vašeho partnera/partnerku?

Radka: Určitě pro něj, já jsem se s tím brzy vyrovnala, co jiného mi taky zbylo.

Hovořili jste spolu o tom?

Radka: Ano, mluvíme o tom otevřeně.

Co byste si přál/a, aby dárce spermií splňoval? Jaké jsou vaše požadavky na dárce?

Radka: Měl by být zdravý a měl by být vzdělaný. Na podobě mi tolik nezáleží, já mám tmavé vlasy, manžel světlé, takže to není důležité.

Řekli byste vašemu dítěti o faktu, že bylo počato pomocí IVF?

Radka: Asi ano.

Řeknete vašemu dítěti o faktu, že byly použity darované spermie? Pokud ano, v jakém věku?

Radka: Asi ano. Ve věku, kdy to bude schopné pochopit.

Hovořili jste o tom s partnerem? Máte stejný názor na tento problém?

Radka: Ano a máme na to stejný názor.

V České republice je zákonem dána anonymita dárce/dárkyně. V některých zemích Evropy je však uplatňován tzv. „open identity“ princip, to znamená, že dítě má právo znát své rodiče, tedy i případného dárce/dárkyně. I u nás se uvažuje o této možnosti. Co si o tom myslíte? Která možnost je pro vás přijatelnější?

Radka: Jsem určitě pro anonymitu.

V poslední době je u nás další často diskutované téma: měla by být dána možnost oplození dárcovským spermatem i ženám bez partnera? Co si myslíte o tomto problému?

Radka: Rozhodně bych to povolila, stejně mnoho žen vychovává děti bez partnera.

Uvažovali byste o adopci? Jaký váš je vztah k ní? Akceptovali byste raději nezrušitelné osvojení nebo pěstounskou péči?

Radka: Už jsme o ní mluvili, ale zatím se nám do ní příliš nechce. Doufáme, že se nám to se spermii dárce povede.

Přemýšleli jste o tom, jaké pohnutky vedou dárce/dárkyně k tomu, aby své zárodečné buňky darovali? Myslíte, že převažují finanční důvody nebo jiné, např. vyšší etické důvody?

Radka: Muži darují spermie určitě pro peníze. U žen jsou možná důležité i etické důvody.

4.2. 2. Výzkum

Výzkum týkající se motivace dárců gamet nebyl mým původním záměrem a jedním z cílů této práce. Chtěla jsem se věnovat pouze příjemcům gamet. K rozšíření práce o tuto kapitolu mě vedly rozhovory s příjemci gamet, kteří o motivaci dárců přemýšlejí a hovoří. Proto jsem do rozhovoru s pacienty dodatečně přidala otázku:

Přemýšleli jste o tom, jaké pohnutky vedou dáorce/dárkyně k tomu, aby své zárodečné buňky darovali? Myslíte, že převažují finanční důvody nebo jiné, např. vyšší etické důvody?

Dalším důvodem bylo studium literatury, které se motivací dárců gamet zabývá.

V této diplomové práci se budu věnovat pouze ženám - dárkyním oocytů, protože s muži - dárci spermií nepřicházím při své práci do kontaktu. Nemohu se tedy k této problematice vyjadřovat. Naproti tomu dárkyně oocytů podstupují hormonální stimulaci v centrech AR, přichází k nám tedy opakovaně, jejich léčba spojená s odběrem oocytů je dlouhodobější. Mohu tedy uvést data, která jsem načerpala při neřízeném rozhovoru s některými dárkyněmi a terénním pozorováním.

Jako příklad motivace dárkyň oocytů uvádím 10 respondentů, které jsem rozdělila do 3 skupin:

4.2.1. 1. skupina dárkyň

Do této skupiny jsem zařadila 4 eventuelní dárkyně, které přišly do našeho centra, protože slyšely o možnosti darování oocytů a chtěly se dozvědět další informace. Všechny tyto ženy přišly s velkou motivací, samy aktivně hovořily o tom, že chtějí pomoci ženám, které nemají vlastní vajíčka. Jejich přístup byl do značné míry altruistický. Finanční kompenzace spojená s darováním je nezajímala nebo jen zcela okrajově.

Těmto ženám byl vysvětlen konkrétní postup, kterým musí být dárkyně připraveny. Tedy odběr krve na vyšetření STD a kultivace z děložního hrdla. Dále pak návštěva genetického pracoviště. Po obdržení negativních výsledků následuje hormonální

příprava spojená s injekční aplikací hormonálních preparátů, monitoring v centru a následný odběr oocytů spojený s celkovou anestezií.

Poté byla těmto ženám odebrána krev na požadovaná sérologická vyšetření a předáno doporučení do genetické ambulance. Ani jedna z těchto žen na genetické pracoviště nepřišla a nepřišla již nikdy ani do našeho centra. Jejich altruistický zájem o darování oocytů vymizel poté, co se dozvěděly, jak komplikovaná příprava předchází darování.

4.2.2. 2. skupina dáreků

Do 2. skupiny jsem zařadila 4 dárekyně, které přišly do našeho centra za účelem darování vajíček. Hlavním zájmem těchto žen při získávání informací ohledně konkrétního postupu darování byla výše finanční kompenzace. Tyto ženy vůbec nehovořily o své altruistické motivaci, naopak nijak neskrývaly důležitost finanční odměny. Všechny tyto ženy podstoupily požadovaná náročná vyšetření, hormonální stimulaci a nakonec oocyty skutečně darovaly.

S touto skupinou jsem nevedla rozsáhlé rozhovory, tato skupina k nim ani nebyla příliš vstřícná. Můj názor ohledně jejich motivace vychází z jejich cíleného a konkrétního zájmu o vyšší finanční kompenzace a z mého pozorování jejich chování a sociálního statutu.

4.2.3. 3. skupina dáreků

Tuto skupinu tvoří 2 ženy, které přivedly za účelem darování oocytu jejich sestry, které jsou čekatelkami na darovaný oocyt v rámci léčby v našem centru. Tuto možnost většina center nabízí: příjemkyně přivede dárekyni, která je ochotná podstoupit přípravu a proces darování. Může to být kdokoli, přítelkyně nebo příbuzná (osobně jsem se však nesešla s jinou možností než se sestrou příjemkyně). Příjemkyně se tímto posunuje na čelní místo v registru žadatelek o darování oocytu, ovšem z důvodu zachování

anonymity dostane oocyty jiné dárkyně. Dárkyně – sestra pak poskytne oocyty jiné příjemkyni.

Obě respondentky z této skupiny pozorně vyslechly proces přípravy. Měly mnoho dotazů. Často se týkaly bezpečnosti léčby, kterou musí podstoupit. Z rozhovoru s nimi byla zřejmá obava, nedůvěra i nechuť k darování.

V obou případech k darování nakonec došlo, i když celý proces trval určitou dobu. Podle mého názoru jejich sestrám – příjemkyním trvalo dlouho, než je k darování přesvědčily.

5. Diskuse

V diskusi jsou rozpracovány jednotlivé odpovědi na otázky z výzkumu a závěry a hypotézy jsou následně porovnány s literaturou.

5.1. Obtížnost přijetí dárcovských gamet a vyrovnávání se se vzniklou situací

Většina párů na tuto otázku odpovídala podobně: s nutností použití darovaných gamet se vyrovnávali velmi těžce. „Tento okamžik můžu suverénně označit jako nejhorší,“ (Jiří).

Některé ženy dokonce situaci, kdy nemohou být použity jejich vlastní oocyty, považují za osobní selhání: „Jak k tomu přijde manžel, že nebude moci být otcem?“ (Simona). „To, že nemůžu otěhotnět, považuji za svoje osobní selhání,“ (Eliška).

Nejhůře na tento fakt reagovali pacienti, kteří na tuto situaci nebyli připraveni, kteří se např. teprve nedávno dozvěděli, že trpí azoospermií: „Velmi nás překvapilo, když jsme zjistili, že manžel nemá spermie. Byla to hrozná překvapení, hlavně pro něj, dlouho se s tím smířoval,“ (Radka). „Bylo to pro mě těžké, vůbec mě nenapadlo, že se dostanu do takové situace,“ (Ilona).

Naproti tomu respondenti, kteří jsou se svou nemocí obeznámeni již delší dobu, jsou vůči této situaci přístupnější: „Přijala jsem to docela dobře. Měla jsem od mládí problémy a můj gynekolog mi říkal, že s otěhotněním budu asi mít problémy,“ (Lucie). I páry, jejichž léčba v centrech AR trvá velmi dlouho, reagovaly příznivěji: „Těžké rozhodování to pro nás už ani nebylo, trápíme se tímto problémem řadu let, děti prostě chceme a jiná možnost není,“ (Gita).

Jakkoli obtížný byl fakt přijetí darovaných gamet, většina respondentů se se situací nakonec vyrovnala a pokračovala v léčbě s darovanými gametami: „Nic jiného než darované vajíčko mi nezbyvá,“ (Lucie). „Ano, nejdřív to bylo těžké, ale prostě jsme museli pozměnit své nároky a plány,“ (Milan + Blanka). „Co jsme měli dělat, nejdřív to pro mě bylo nepředstavitelné, když jsme ale viděli, že není jiná možnost, začali jsme slevovat,...“ (Jan). „Postupem času nezbyvá, než se s tím smířit, a nakonec poděkovat

dnešní vyspělé medicíně, která mi umožňuje stát se matkou nebo se o to aspoň pokusit,“ (Simona).

Tato situace postupného „smiřování se“ se situací a s nutností použití darovaných gamet je pro páry vstupující do AR s darovanými gametami typická. Je velice zajímavé srovnat ji s náhodně oslovenou populací, která s problémem neplodnosti nemá žádné zkušenosti. Lenka Slepíčková ze Sociologického ústavu AV ČR provedla v roce 2005 kvantitativní sondu do postojů naší populace k adopci a k asistované reprodukci. Oslovila 1708 respondentů ve věku 20 – 40 let a došla k zajímavým výsledkům (49):

IVF by akceptovalo 87% žen a 81% mužů. IVF s darovaným oocytem by přijalo 42% žen a 33% mužů. IVF s darovanou spermií by akceptovalo 42% žen a jen 29% mužů. Zajímavý je fakt, že ženám nevadí, zda se jedná o darované spermie či oocyty (v obou případech 42%). Naproti tomu muži byli značně tolerantnější k darovanému oocytu než ke spermii (33% proti 29%). Výzkum také dokazuje naprosto zřejmou nedůvěru populace k dárcovským gametám: jen méně než polovina respondentů, kteří by akceptovali IVF, by byli ochotni přijmout darované gamety.

Je tedy zřejmé, že dárcovský program zcela odlišně hodnotí populace, která nemá s počtím dítěte problém, než páry vstupující do programu AR.

5.2. Pro koho je situace obtížnější – muže či ženy

Do výzkumu bylo zahrnuto 6 recipientských párů s dárcovskými oocyty a 4 páry s dárcovskými spermii.

V případě darovaných spermií 2 respondenti uváděli, že bylo pro muže těžší vyrovnat se s tímto faktem. Další 2 páry opověděly, že přijetí darovaných spermií bylo pro oba partnery stejně obtížné.

Ze 6 zkoumaných párů vstupujících do programu darovaných oocytů 4 ženy uváděly, že pro ně byla situace složitější než pro jejich partnera (2 respondentky dokonce hodnotily situaci jako osobní selhání). Naproti tomu v dalších 2 případech pacientky uváděly, že se se situací vyrovnávaly lépe než jejich partneři: „Těžší to bylo

pro mého manžela, stále doufal v oplodnění přirozenou cestou," (Gita). „Pořád mě přemlouvá, abychom zkusili ještě jednu stimulaci s mými vajíčky," (Jitka).

Tato situace je částečně v rozporu s výše uvedeným výzkumem Slepíčkové (49), který poukazuje na sníženou toleranci mužů vůči darovaným spermii. I když se v této diplomové práci jedná o kvalitativní výzkum a výzkumný soubor tudíž není velký, nepotvrzuje, že by se muži s nutností přijetí darované spermiie vyrovnávali hůře než ženy, které přijímají darované oocyty. Výzkum spíše poukazuje na fakt, že se respondenti většinou obtížně vyrovnávají s příčinou neplodnosti na své straně.

5.3. Jak páry o průběhu léčby vzájemně komunikují

Všichni respondenti se shodli, že s partnerem o problému komunikují zcela otevřeně: „Hovořili jsme o tom často, nemáme s tím žádný problém," (Blanka + Milan). „Ano, jinak bychom do toho nešli," (Ilona). „Hovoříme o tom otevřeně, bez problémů," (Romana + Petr).

Některé páry uváděly, že sdílení problému a otevřená komunikace o něm je pro jejich vztah přínosem: „Ano, mluvíme o tom otevřeně a společný problém náš vztah posiluje," (Jan). „Problém nás spíš spojuje než rozděluje," (Eliška).

Podobné zkušenosti popisuje Konečná (23). Respondentky jejího výzkumu hovořily o pozitivních hodnotách, které jim přinesla „cesta za dítětem": „Myslím, že to utužilo naše manželství, hodně o všem s manželem mluvíme." „Nejsem v tom sama. Na manžela se můžu plně spolehnout."

5.4. Požadavky příjemců na dárce/ dárkyni

V otázce na požadavky, které by dárce a dárkyně měli splňovat, většina respondentů kladla na první místo zdraví: „Hlavně aby byl zdravý, bez alergií, žádné vrozené vady," (Ilona). „Měla by být hlavně zdravá," (Lucie).

Dalším požadavkem, na kterém se většina pacientů shodla, byla inteligence a vzdělání dárce: „Hlavně by měla mít dobré vzdělání," (Simona).

Na třetím místě respondenti uváděli význam podoby dárců s příjemci: „Důležitá je pro mě co největší podobnost s mým mužem,“ (Ivana). „Jsme oba světlaví, bylo by dobré, aby dítě nemělo tmavé vlasy,“ (Milan). „Uvítala bych společné fyzické znaky, tedy podobnou výšku, váhu, barvu očí a vlasů,“ (Simona).

Dalšími požadavky byl sport a shodná krevní skupina. Ilona si přála, aby dárcé pocházel ze slušné rodiny a měl dobrou povahu. Zajímavé požadavky měly Blanka a Romana, které chtěly svého dárcé nebo dárkyni vidět (což pochopitelně není možné z důvodu zachování anonymity).

Příjemci darovaných vajíček si uvědomují fakt, že v centrech AR je nedostatek dárcovských oocytů, proto jejich požadavky na dárkyni nemohou být vyhraněné: „Vzhledem k faktu, že dárek je velmi málo, není možné si požadavky příliš diktovat,“ (Simona). „Budeme rádi za to, co nám centrum nabídne,“ (Gita).

5.5. Otázka sdělování informací o použití dárcovských gamet

Na otázku, zda svým dětem řeknou, že byly počaty pomocí IVF, odpovědělo 7 respondentů kladně (2x ano, 5x spíše ano). 4 respondenti nebyli jednoznačně rozhodnuti. Záporně, tedy ne nebo spíše ne, odpověděli 3 respondenti. V tomto případě tedy rodiče spíše plánují dětem sdělit, že absolvovali léčbu v centru AR.

V odpovědích na otázku, zda dětem sdělí, že byly použity darované gamety, již převládala záporná odpověď, a to v 11 případech (7x ne, 4x spíše ne): „Spíš ne. Je to zbytečné,“ (Blanka). „Ne. Proč? Je to zbytečné, u adopce bych to určitě udělal, ale takhle ne,“ (Jan).

Jen 3 respondenti odpověděli kladně (2x ano, 1x spíše ano – ve všech případech se jednalo o ženy – dá se tedy předpokládat, že ženy jsou sdílnější): „Určitě bych mu to řekla. Vzhledem ke zkušenosti při práci ve zdravotnictví se bojím pozdějšího prozrazení a následných komplikací. Myslím, že je vždycky lepší říci to včas,“ (Eliška). Co se týká věku dítěte, všechny 3 pacientky se shodly na tom, že se přizpůsobí okolnostem, ale udělaly by to co možná nejdříve.

U většiny párů převládala shoda, jen Simona a Jan nemají zcela stejný názor. Jan se ale vyjádřil: „Doufám, že ji časem přesvědčím, aby souhlasila s mým postojem.“

Z odpovědí uvedených ve výzkumu lze vysledovat, že pacienti jsou velmi opatrní, co se týká sdělování informací o své léčbě, a to jak vůči své rodině a přátelům, tak vůči dítěti, vzniklému z AR: „Kromě nás o tom neví nikdo jiný. Považujeme to za nejlepší řešení,“ (Ivana). „O tom, že jsme byli na IVF, jsme řekli přátelům a rodině, ale o dárci jsme neřekli nikomu,“ (Blanka).

Situace koreluje s již výše zmíněným výzkumem Slepíčkové (49). Většina respondentů z této diplomové práce je ochotná sdělit informace o své léčbě mimotělním oplodněním, stejně jako více než 80% běžné populace by akceptovalo tuto léčbu, pokud by byla potřebná (49). Mnohem více je však mými respondenty tabuizováno použití darovaných gamet. Obdobně jako v případě výše uvedeného výzkumu, kdy jen 30 – 40% populace toleruje použití dárcovských gamet.

Podle Konečné (25) jsou hlavními proměnnými v této problematice osobnosti rodičů a jejich postoje. Je potřebné, aby partneři, kterým dárcovství pomůže stát se rodiči, tyto otázky dopředu důkladně zvažovali, hledali odpovědi v literatuře, případně je konzultovali s odborníky a pak se rozhodli, kterou strategii zvolí. Rozhodně není moudré podělit se s okolím o skutečnost, že bylo využito gamet dárce, a dítěti pak nic neřící.

5.6. Oplodnění osamělých žen dárcovskými spermii

Otázka, zda by mělo být osamělým ženám povoleno oplodnění dárcovským spermatem, přímo nesouvisí s tématem, který řeším v této diplomové práci, tedy s problémy recipientských párů. Ale protože se týká dárcovských spermií a pro mne osobně je toto téma velmi zajímavé, zařadila jsem ho mezi dotazy pro recipienty. Zajímalo mě, jak se na tuto, dokonce i pro naše politiky obtížně řešitelnou otázku, budou dívat páry, které navštěvují centra AR.

Většina respondentů odpověděla kladně (8x ano): „Manžel i já si myslíme, že by ženám měla být dána tato možnost, vzhledem k tomu, že mnoho žen dobře vychovává

dítě bez otce nebo partnera,“ (Gita). „Asi bych to povolila. Tradiční rodina je dobrá věc, ale je možné, že se každé ženě nepodaří sehnat partnera, když je ve fertlilním věku. Povolila bych to i lesbickým párům. Ale homosexuálním mužům ne,“ (Romana).

2 respondenti si nebyli jisti svým postojem. Jen 4x se objevila záporná odpověď (ne nebo spíše ne).

Velmi výstižně celou situaci zhodnotila Eliška, která popsala dva pohledy na tento problém:

„1) Úplná rodina je strašně důležitá pro výchovu dítěte.

2) Dokáží se vžít do situace třicetileté ženy, která nemá partnera a nemůže ho najít. A čas jí utíká, a tak se bojí, že za několik let bude na dítě pozdě“.

Domnívám se, že je velmi těžké na tuto otázku jednoznačně odpovědět. Podrobně jsem se tímto problémem zabývala již v teoretické části práce, kde jsem popsala názory několika odborníků z center AR (45) i právníků (16), kteří se spíše přiklání k otevření možnosti použití dárcovského spermatu pro osamělé ženy. Baetings (2) sledoval různé výzkumy, zabývající se psychosociálním vývojem dětí lesbických žen, které se nechaly oplodnit dárcovským spermatem. Žádný z těchto výzkumů nepotvrdil obavy z negativního vlivu této skutečnosti na mateřství a další vývoj těchto dětí.

Můj osobní názor je však spíše konzervativní. Obávám se, že by otevřený přístup příliš zjednodušil ženám možnost mít dítě bez partnera. Nacházíme se v době, kdy demografové hlásí pokles manželských svazků a nárůst rozvodovosti. Domnívám se, že povolení oplodnění spermiemi dárce ženám bez partnera, je do určité míry diskriminující pro muže.

5.7. Náhradní rodinná péče

Každý rok je v České republice adoptováno kolem 500 dětí (25). Recipientské páry vstupující do programu AR s darovanými gametami o ní většinou uvažují, ale až jako o poslední alternativě: „I o tom jsme mluvili, tedy jen o adopci, o pěstounství vůbec ne. Ale jako o poslední možnosti,“ (Milan).

Odmítavě se vyjádřilo 5 respondentů, překvapivě 4 z nich byly ženy. Shodovaly se v opatrném přístupu k adopci: „Já jsem trochu opatrnější, samozřejmě jsem už o tom přemýšlela. Život bez dítěte by pro mě byl moc těžký, ale zároveň bych se bála, jestli to zvládnou,“ (Blanka). „Já o tom přemýšlím. Jsem ale opatrná, nechtěla bych to za každou cenu,“ (Romana). „Jsem v tomto směru strašně opatrná. Je to pro mě krajní možnost,“ (Eliška).

Pokud srovnáme tento výzkum s postojem k adopci náhodně oslovené populace, která neřeší problém neplodnosti, dojdeme k diametrálně odlišným výsledkům: zatímco respondenti z diplomové práce nejdříve akceptují dárcovské gamety a teprve při neúspěchu uvažují o adopci, respondenti z výzkumu Slepíčkové (49) byli k adopci vstřícnější než k dárcovským gametám: 75% žen a 61% mužů by uvažovalo a adopci, o dárcovských gametách jen 42% žen a 30 – 40% mužů. To je do značné míry překvapivé. Autorka výzkumu situaci komentuje, že na takové rozložení opovědí by mohla mít vliv skutečnost, že AR s dárcovskými gametami není tak popularizovaná a veřejnosti známá jako standardní umělé oplodnění. Proto její respondenti preferují adopci (se kterou je veřejnost poměrně dobře obeznámena) před dárcovskými gametami.

Pěstounskou péči neakceptoval žádný z respondentů mého výzkumu.

5.8. Prožívání těhotenství s ohledem na darované gamety

Na tuto otázku odpovídali jen ti respondenti, u kterých byla AR úspěšná a došlo ke graviditě. Ivana s Jiřím i Blanka s Milanem odpovídali v době těhotenství, Ilona již porodila, jejím dvojčatům bylo v době rozhovoru 5 měsíců.

Všichni odpovídali, že těhotenství prožívají stejně, jako by jejich dítě bylo biologicky vlastní: „Užívám si své těhotenství a raduji se z něj, prožívám ho stejně, jako by se jednalo o naše, geneticky vlastní dítě,“ (Ivana). „Těhotenství si opravdu užíváme, tak dlouho jsme na to čekali! Vůbec o tom nepřemýšlíme, je to prostě *naše* dítě,“ (Blanka + Milan).

Jen Ilona připustila, že se problémem občas zabývá: „Myšlenka na to, že to není manželovo, mě neopouštěla. Bylo by to rozhodně jiné.“

Bylo by určitě zajímavé sledovat, jak se bude přístup k dětem vyvíjet v delším časovém horizontu. Při své desetileté práci v AR mohu pozorovat větší děti našich klientů a jejich vzájemné vztahy (klienti se často vracejí a pokoušejí se o zplození dalších potomků). Pozoruji, že vztahy mezi rodiči a dětmi jsou velmi dobré, rodiče se dětem velmi intenzivně věnují. Nemohu se však objektivně vyjádřit k případům, kdy byly k AR těchto dětí použity dárcovské gamety.

Podle literatury neexistují výrazné rozdíly mezi rodinami s genetickými vazbami k dítěti a bez nich. Golombok (18) studovala socioemocionální rozvoj v obou typech rodin. Došla k závěrům, že rodiny se neliší, pokud jde o kvalitu rodičovství a přijetí dítěte. Dokonce v rodinách, kde neexistuje genetická vazba mezi matkou a dítětem, vyznívala lepší vzájemný vztah mezi rodiči.

5.9. Anonymita dárcovství

Na otázku zachování či zrušení dárcovské anonymity odpovídali všichni respondenti naprosto shodně a jednoznačně. Všichni si přáli zachování současného stavu, tedy dárcovskou anonymitu: „Určitě je pro mě přijatelnější stávající řešení,“ (Jan). „Určitě anonymita. Odhalení dárce je podle mého názoru zbytečný zdroj komplikací,“ (Eliška). „Určitě nechci zrušení anonymity, byl by to zásah do rodiny. Přineslo by to zbytečné potíže,“ (Blanka). Zajímavý je Milanův názor: „Stát by měl rodinu stmelovat a chránit, ne nám to ztěžovat“.

Díky těmto jednotným výpovědím můžeme předpokládat, že česká populace je proti zavedení principu „open identity“. Jak již bylo zmíněno v teoretické části práce, některé země (zejména Skandinávské) tento princip přijaly a poukazují na jeho výhody. Brewaeys (7) provedl studii, které se zúčastnilo 105 párů (61% tvořily heterosexuální páry, 39% lesbické). Respondenti si mohli zvolit, jestli jejich dárce bude anonymní (AD) nebo identifikovatelný (ID). Identifikovatelného dárce si vybralo 63% heterosexuálních párů, a celých 98% lesbických párů. Autor si všiml i četných rozdílů

mezi AD a ID příjemci. Zatímco AD příjemci v 83% neměli v úmyslu informovat děti o jejich původu, ID příjemci předpokládali tuto skutečnost dětem sdělit. AD příjemci měli většinou nižší vzdělání a byli i více stresováni svou infertilitou než skupina ID příjemců.

Třebaže neexistuje žádný důkaz o tom, která alternativa je lepší, zákonodárci i pracoviště provádějící AR většinou direktivně zavádějí jednu z nich pro všechny dárce a příjemce. Podle Penningse (41) je ideální varianta zavedení dvojího přístupu (tzv. „double track policy“), kdy si dárce může vybrat, bude-li dárce anonymním nebo identifikovatelným. Příjemci si následně zvolí dárce z jedné nebo druhé skupiny podle vlastního uvážení. Tento způsob řešení podle autora studie představuje nejlepší vyvážení práv dárce i příjemce. Dárce by podle jiné práce tohoto autora (40) měl mít možnost svoje rozhodnutí být dárce anonymním či identifikovatelným změnit (samozřejmě za podmínek, že vrátí zpět zaplacenou částku atd.).

Podle mého názoru ani tato, poměrně demokratická alternativa, není v současné době v naší zemi akceptovatelná. I když se u nás v odborné veřejnosti občas mluví o zavedení „open identity“, domnívám se, že bychom měli respektovat přání příjemců. V neposlední řadě se také obávám, že by v případě zavedení ID dárcovství česká centra AR přišla o většinu svých dárce.

5.10. Motivace dárce a dárkyň a srovnání s očekáváním příjemce

Motivací dárce se zabývá mnoho výzkumníků. Jednu z prvních studií v této oblasti provedly Cook a Golombok (8) ve Velké Británii mezi lety 1989 a 1994. Výsledky udávají, že dárce - muži byli motivováni zejména nabídkou peněz, ale v menší míře i přáním pomoci jiným. Oproti tomu většina dárkyň - žen uváděla jako hlavní důvod pouze touhu pomoci jiným. Obdobné výsledky uvádějí Schover, Rothmann a Collins (48), kteří zjistili, že muži jsou v porovnání s dárkyňmi méně altruističtí. Fielding (17) sledovala ve své studii 29 žen – dárkyň a 30 mužů – dárce. Obě skupiny darovaly z altruistických důvodů, ale dárkyň se jevila jako více motivované snahou pomoci než

dárci. Dárkyně byly více zaangažované v procesu dárcovství a také je více zajímal výsledek jejich darování.

Ahuja (1) se zabýval výzkumem emocionálních a sociálních efektů dárcovství oocytů, a to jak od dobrovolných dárek, tak od žen podstupujících IVF (tzv. sdílení oocytů). Zjistil, že jen 36% je pro zachování plateb za darování oocytů. Tyto dárek je vnímají jako pobídku pro více dárek a to zejména mladých, kde je lepší možnost získání oocytů k darování. Většina (64%) by však placení zrušila. Přitahuje totiž podle nich špatné lidi se špatnými motivy anebo jsou oni sami odmítání okolím, protože oceňují dítě penězi.

Podrobně se problematikou motivace dárců zabývá ve své diplomové práci Veselá (56). I ona vidí určitou diferenciaci mezi dárci a dárkyněmi poté, co provedla kvalitativní i kvantitativní sondu do jejich postojů. Podle jejich závěrů jsou ženy - dárek výrazně prosociálně orientované a jejich motivace k dárcovství je do značné míry altruistická. Z hlediska charakteristik dárců - mužů nelze tento závěr učinit, nemají jasnou prosociální orientaci.

Ve své diplomové práci jsem se zabývala pouze malým vzorkem žen – dárek oocytů, proto nelze tato data jednoznačně generalizovat. Ale výsledky tohoto výzkumu jsou v souladu s mojí desetiletou zkušeností při práci v centru AR. Mé závěry se poněkud liší od výše uvedených citací.

1. skupina dárek, která přistupovala k dárcovství oocytů s výrazně altruistickou motivací, od dárcovství upustila poté, co se dozvěděla, jak komplikovaná příprava předchází darování oocytu. Naproti tomu dárek z 2. skupiny, které neskrývaly svou finanční motivaci k dárcovství, komplikovaný proces stimulace ovarií podstoupily a vajíčka skutečně darovaly. Domnívám se tedy, že finanční motivace dárek je často důležitější než prosociální cítění.

Důvodem k odlišným závěrům mého výzkumu motivace dárek a výše citovaných studií může být i situace, že většinou se podobných dotazníkových akcí zúčastňují jedinci určitého typu - jedinci motivovaní prosociálně, kteří mají zájem pomáhat všem (a tedy i výzkumníkovi). Opačně motivovaní jedinci prostě dotazník nevyplní (což připouští ve své práci i Veselá). Druhým důvodem může být i způsob položené otázky

respondentovi: pokud se výzkumník zeptá na důvod darování, těžko můžeme očekávat, že respondent otevřeně a pravdivě odpoví, že jeho motivace je pouze finanční. Může zde dojít k interferenci se zkoumaným systémem, k výběru role. Proto je podle mého názoru při podobných studiích důležité použít kromě metody dotazování (ať už se jedná o rozhovor či dotazník) i metodu terénního pozorování.

3. skupina dárek, sestry příjemkyň, sice k dárcovství přistupovaly s nedůvěrou, ale k darování oocytů došlo. Podobnou zkušenost uvádí i McLaughlin (31) i Veselá (56), kteří považují za nevhodné dávat výhody těm, kteří přivedou vlastní dárkyně. Tyto klientky často přesvědčí bezdětné sestry nebo příbuzné, které jim to nedokáží odmítnout. Doporučují tedy využívat pouze dobrovolné dárcy s altruistickými motivy, kteří jsou již sami rodiči, a bez náznaku finanční odměny a jakéhokoliv napojení na některé příjemce.

Za velmi dobrou alternativu získání dárkyně (a způsob, jak realizovat výše uvedené doporučení) považují projekt Dárcovství (46). U jeho vzniku stála redakce elektronického časopisu Naše děti. Cílem tohoto projektu je zvýšit informovanost o problémech darování gamet, podnítit nejrůznější diskuse na toto téma, nabídnout maximum fundovaných informací a v neposlední řadě aktivně pomoci dárcy a dárkyně vyhledávat. Prostřednictvím internetových stránek projektu je možno zaregistrovat se jako dárkyně nebo příjemkyně oocytu. Tímto způsobem může příjemkyně získat dárkyni, kterou doporučí do centra AR, což ji posune v pořadí žadatelek. I když dárkyně neposkytne vajíčka přímo této příjemkyni (z důvodu zachování anonymity), je to pro ni důležitá motivace, že pomohla k otěhotnění určité konkrétní ženě. V odkazech na webu pak můžeme číst konkrétní zkušenosti: „Neočekávaně jsem se seznámila s holčínou, která se ocitla v této situaci, slovo dalo slovo a objednály jsme se do centra asistované reprodukce. Byla to opravdu velká náhoda, protože ta holčina mi byla od první chvíle velmi sympatická, tudíž nebylo co řešit. V podstatě impulzivně jsem se rozhodla, že jí chci pomoci.“

„A ten pocit, že jsem snad někomu pomohla k tomu, aby se stal rodičem a mohl žít s radostma i starostma, co nám ti naši prevítci přinášejí, tak ten pocit fakt stojí za to.“

„A co má kamarádka? Díky mému darování se posunula na první místo v pořadníku, před časem byla na transferu embryjek a vypadá to, že se to podařilo!!! Pokud bude tento článek číst, tak jí ještě jednou moc gratuluju a přeju pohodové těhotenství!“

Ve výzkumné části týkající se recipientů dárcovských gamet byla položena otázka, jakou motivaci dárců příjemci předpokládají a očekávají. Většina respondentů se shodla v názoru, že pro dárce jsou finanční důvody zřejmě důležité, ale převládá prosociální motivace: „Asi obojí, kvůli penězům určitě, ale asi je pro ně důležitý i fakt, že někomu pomůžou,“ (Blanka + Milan). V některých odpovědích byla patrná touha příjemců, aby hlavní motivace dárců nebyla jen finanční: „Doufám, že to nejsou jen finanční důvody, ale i snaha, někomu pomoci,“ (Ilona). Poměrně přesně, v souladu s citovanou literaturou, se vyjádřila Romana: „Rozdělila bych to na dárce – muže, ti to určitě dělají pro peníze, a dárkyně – ženy, které podle mého názoru chtějí obojí: pomoci jiné ženě i z finančních důvodů.“

Motivace dárců gamet je tedy pro příjemce důležitá, je to téma, kterým se příjemci zabývají. Zcela jistě i proto, aby biologičtí rodiče jejich budoucích dětí byli kvalitní lidé.

6. Závěr

Ve své diplomové práci jsem se zaměřila na problém nechtěné bezdětnosti, což je situace, kterou dnes řeší mnoho partnerských párů a má stále vzrůstající tendenci. Byla zde popsána jedna z metod léčby infertility – asistovaná reprodukce. Soustředila jsem se především na problematiku dárcovského programu v asistované reprodukci. Je popsán způsob léčby pomocí dárcovských gamet, její etická a legislativní problematika. V teoretické části byly navíc zmíněny některé závažné etické problémy, které asistovaná reprodukce řeší.

Empirická část je rozdělena na dva výzkumné projekty, každý z nich odpovídá jednomu z cílů práce. V prvním z nich je zmapována situace při rozhodování recipientských párů, zda vstoupí do programu AR s dárcovskými gametami. Sledovala jsem psychosociální následky této situace. Tato výzkumná část obsahuje výpovědi 10 párů, které vznikly pomocí neřízených a polořízených rozhovorů. Data byla zaznamenána transkripcí a následně zpracována kvalitativní analýzou spontánních výpovědí a zápisu pozorovaných jevů. V druhém výzkumu jsou uvedena data načerpaná při neřízeném rozhovoru s dárkyněmi a terénním pozorováním. Tato část se týká druhého cíle diplomové práce.

V diskusi jsou rozhovory a pozorování vyhodnoceny a porovnány s literaturou, která se touto problematikou zabývá. Zaměřila jsem se především na otázku anonymity dárcovství, na motivaci dárkyň oocytů a následné porovnání s očekáváním příjemců.

Domnívám se, že cíle práce byly splněny.

Chtěla bych upozornit, že všechny závěry tohoto výzkumu z hlediska pojetí kvalitativního výzkumu by měly být chápány spíše jako hypotézy a náměty. Záměrem kvalitativního výzkumu není generalizace získaných dat, ale hlubší sonda do dané problematiky, kterou tento typ výzkumu umožňuje.

Z výzkumu byla stanovena hypotéza, že dárcovství gamet je složitý problém, kterým by se naše společnost měla podrobně zabývat.

Tato práce může být využita pracovníky center asistované reprodukce. Může být použita i jako studijní materiál pro studenty Zdravotně sociální fakulty, zejména pro

obor Porodní asistentka, protože absolventi tohoto oboru mohou pracovat i v ambulancích center AR. Práce může přispět i ke zvýšení informovanosti populace, protože mnoho mladých žen se s tímto problémem může ve svém životě setkat jak přímo, tak i nepřímo u svých blízkých.

7. Seznam použitých zdrojů

1. Ahuja, K.K. (1997). Egg sharing and egg donation: attitudes of British egg donors and recipients. *Human Reproduction* [online]. 1997, vol. 12, no. 12, pp. 2845-2852. [cit. 2007-0401]. Dostupné z: <http://humrep.oxfordjournals.org/>
2. Beatens, P. Lesbian couples requesting donor insemination: an update of knowledge with regard to lesbian mother families. *Human Reproduction Update*[online]. 2001, vol. 7, no. 5, pp. 512 – 519. [cit. 2009-04-01] Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed>
3. Barták, A. Když žena nemůže mít děti. *Naše děťátko* [online].2007, roč. 4. [cit. 2007-0401]. Dostupné z: <http://www.nasedetatko.com/index.php?popis=100&detail=ano&id=996> ISSN 1802-4580
4. Boldis, P. *Bibliografické citace dokumentu podle CSN ISO 690 a CSN ISO 690-2 (01 0197): Část 1-Citace: metodika a obecná pravidla*. Verze 3.2.c 1999-2002, poslední aktualizace 3.9.2002 Dostupné z: <http://www.boldis.cz/citace/citace1.ps>.
5. Boldis, P. *Bibliografické citace dokumentu podle CSN ISO 690 a CSN ISO 690-2 (01 0197): Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentu*. Verze 2.5 (2005). c1999-2002, poslední aktualizace 3.9.2002 Dostupné z: <http://www.boldis.cz/citace/citace2.ps>.
6. Borrero, C. Gamete and embryo donation. *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction* [online]. Report of a meeting on“Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction”held at WHO Headquarters in Geneva, Switzerland17–21 September 2001, pp. 166 – 176. [cit. 2009-04-01]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed>
7. Brewaeys, A. Anonymus or identity-registered sperm donoras? A study of Dutch recipients'choises. *Human Reproduction* [online]. 2005, vol. 20, no. 3,

- pp. 820 – 824. [cit. 2009-04-01].
Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed>
8. Cook, R. A survey of semen donation: phase II – the view of donors. *Human Reproduction* [online]. 1995, vol. 10, no. 4, pp. 951–959. [cit. 2007-0401].
Dostupné z: <http://humrep.oxfordjournals.org/>
 9. Crha, I. Etické a legislativní otázky odběru a užití spermií zemřelého. *Česká gynekologie*, 2004, č. 6, s. 335 – 339. ISSN 1803-6597
 10. *Dárcovství vajíček a spermií* [online]. [cit. 2009-04-01]. Dostupné z: <http://www.crmzlin.cz/page/1726.darovani-gamet-vajicek-a-spermii-/>
 11. Dárců spermií a vajíček neustále ubývá. *Olomoucký deník* [online]. 2008 [cit. 2009-04-01]. Dostupné z:
<http://www.neplodnost.cz/web/verejnost/napsalose/?article=648>
 12. Děloha k pronajmutí. *Zdraví* [online]. 2009 [cit. 2009-04-01]. Dostupné z:
<http://zdravi.centrum.cz/zdravi-a-my/2006/7/13/clanky/deloha-k-pronajmuti/>
 13. Disman, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vydání. Praha : Karolinum, 2006. s. 374. ISBN 80-246-0139-7
 14. *Doporučené standardy postupu při poskytování a vykazování výkonů asistované reprodukce* [online]. Organon, s.r.o. 2005 [cit. 2009-04-01]. Dostupné z:
http://www.neplodnost.cz/web/verejnost/uhrada/uhrada_ZP/
 15. Dostál, J. *Etické a právní aspekty asistované reprodukce*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. s. 170. ISBN 978-80-244-1700-4
 16. Dostál, O. Několik poznámek k nové právní regulaci v oblasti asistované reprodukce. *Reprodukční zdraví 2007*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, ZSF, 2007. s. 34. ISBN 978-80-7040-966-4
 17. Fielding, D. Motivation, attitudes and experience of donation: a follow-up of women donating eggs in assisted conception treatment. *Journal Community of Applied and Social Psychology* [online]. 1998, vol. 8, pp. 273-287. [cit. 2009-04-01]. Dostupné z:
<http://www3.interscience.wiley.com/search/allsearch?mode=viewselected&prod>

uct=journal&ID=10006586&view_selected.x=41&view_selected.y=8
[cit. 2007-0401].

18. Golombok, S. Social versus Biological Parenting: Family Functioning and the Socioemotional Development of Children Conceived by Egg or Sperm Donation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* [online]. 1999, vol. 40, pp. 519 – 527. [cit. 2007-04-01].
Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed>
19. Hendl, J. *Kvalitativní výzkum*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. s. 408.
ISBN 80-7367-040-2
20. Hinnerová, Š. Asistovaná reprodukce. *Profem*, 2006, č. 3, s.17-28.
ISSN 1214-7168
21. *In vitro fertilizace* [online]. Institut reprodukční medicíny a endokrinologie, FN Plzeň [cit. 2007-04-01]. Dostupné z: <http://www.fertilizace.cz/ivf.html>
22. Kočí, K. *Mužská neplodnost - infertilita* [online]. [cit. 2007-04-01].
Dostupné z: http://www.andromeda.cz/index3-6_cz.htm
23. Konečná, H. *Na cestě za dítětem. Dvě malá křídla*. 2. vydání. Praha: Galén, 2009. s. 296. ISBN 978-80-7262-591-8
24. Konečná, H. *Bezdětnost. Reprodukční zdraví 2008*. 1. vydání. Praha: Galén, 2008. s. 40. ISBN 978-80-7262-9395-2
25. Konečná, H. *Rodičovství po léčbě poruch plodnosti. Reprodukční zdraví 2007*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, ZSF, 2007. s. 34.
ISBN 978-80-7040-966-4
26. Kozlová, L. *Výzkum v sociální oblasti* [online]. [cit. 2007-04-01]. Dostupné z: http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/index.htm
27. Králová, S. *Nejcitlivější místa náhradního mateřství*. [online]. [cit. 2009-04-01].
Dostupné z: <http://www.crmzlin.cz/article/1946.lidove-noviny-26-07-2006-str-1-autor-silvie-kralova-rubrika-letni-relax-priloha/>
28. Mardešič, T. Úspěšnost asistované reprodukce. *Reprodukční zdraví 2006*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, ZSF, 2006. s. 35.
ISBN 80-7040-855-3

29. Matějček, Z. *Náhradní rodinná péče: Průvodce pro odborníky, osvojitele a pěstouny*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999. s. 184. ISBN 80-7178-304-8
30. Matějček, Z. *Nevlastní rodiče a nevlastní děti*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1999. s. 143. ISBN 80-7169-897-0
31. McLaughlin, E.A. Recruitment of gamete donors and payment of expenses. *Human Reproduction* [online]. 1998, vol. 13, no. 5, pp. 1130-1132. [cit. 2009-04-01]. Dostupné z: <http://humrep.oxfordjournals.org/>
32. Mrázek, M. *Léčba neplodnosti – in vitro fertilizace*[online].Projekt Anamnéza [cit. 2009-04-01]. Dostupné z: <http://www.avicena.cz/moduly/clanek.php3?id=664&sekce=23>
33. Munzarová, M. K etickým aspektům asistované reprodukce. *Praktický lékař*, 1998, roč. 78, č. 4, s. 193 – 195. ISSN 1803-6597
34. Munzarová, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky II*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita Brno, 200. s. 67. ISBN 80-210-2416-X
35. *Náhradní mateřství* [online]. [cit. 2009-04-01]. Dostupné z: <http://www.nahradni-materstvi.webnode.cz/news/kdo-smi-participovat-na-asistovane-reprodukci/>
36. *Neplodnost a její příčiny* [online]. [cit. 2009-04-01]. Dostupné z: <http://www.crmzlin.cz/page/1781.co-je-neplodnost-a-jeji-priciny/>
37. *Neplodnost – druhy léčby a nelehké rozhodování* [online]. [cit. 2009-04-01]. Dostupné z: http://watchtower.org/b/20040922/article_01.htm
38. *Obama podpořil kontroverzní výzkum kmenových buněk*. iDNES.cz [online]. [cit. 2009-04-01]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/obama-podporil-kontroverzni-vyzkum-kmenovych-bunek-pco-/zahranicni.asp?c=A090308_204227_vedatech_abr
39. *Organon – Asistovaná reprodukce: příručka pro neplodné páry*. Praha : Organon, 2006. s. 27.
40. Pennings, G. The internal coherence of donor insemination practice: attracting the right type of donor without paying. *Human Reproduction* [online]. 1997,

- vol.12, no. 9, pp. 1842 – 1844. [cit. 2007-0401].
Dostupné z: <http://humrep.oxfordjournals.org/>
41. Pennings, G. The “double track“ policy for donor anonymity. *Human Reproduction* [online]. 1997, vol. 12, no. 12, pp. 2839 – 2844.
[cit. 2009-04-01]
Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed>
42. *Preimplantační genetická diagnostika (PGD)* [online]. [cit. 2009-04-01].
Dostupné z: <http://www.crmzlin.cz/page/1767.preimplantacni-geneticka-diagnostika-pgd-/>
43. Pilka, L. Bioetické otázky asistované reprodukce. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2002, roč. 11, č. 4, s. 592 – 604. ISSN 1211-1058
44. Pinborg, A. Attitudes of IVF/ICSI-twin mothers towards twins and single embryo transfer. *Human Reproduction* [online]. 2003, vol. 18, no. 18, pp. 2839 – 2844. [cit. 2009-04-01]
Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed>
45. Prudil, L. Právní a etické problémy asistované reprodukce – kazuistika. *Česká gynekologie*, 2002, roč. 67, č. 3, s. 174 – 177. ISSN 1803-6597
46. *Projekt dárcovství* [online]. [cit. 2009-04-01].
Dostupné z: http://www.darcovstvi.cz/Vase_pribehy.html
47. Řežábek, K. Některé etické a právní aspekty asistované reprodukce. *Praktický lékař*, 1998, roč. 78, č. 12, s. 677 – 681. ISSN 1803-6597
48. Schover, L.R. The personality and motivation of semen donors: a comparison with oocyte donors. *Human Reproduction* [online]. 1992, vol. 7, no. 4, pp. 575-579. [cit. 2007-0401]. Dostupné z: <http://humrep.oxfordjournals.org/>
49. Slepíčková, L. Vajíčko, spermie, zkusavka... a gender. Postoje českých žen a mužů k asistované reprodukci a adoptivnímu rodičovství. *Gender, rovné příležitosti, výzkum* [online]. [cit. 2009-04-01].
Dostupné z: <http://www.genderonline.cz/view.php?cislocclanku=2008012712>
50. Sobotková, I. *Psychologie rodiny*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. s. 176.
ISBN 80-7178-559-8

51. Svobodová, M. Prevence vícečetného těhotenství po metodě IVF/ICSI elektivním transferem jednoho embrya – pilotní studie. *Česká gynekologie*, 2005, roč. 70, č. 5, s. 343 – 347. ISSN 1803-6597
52. *Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině*. [online]. [cit. 2009-04-01]
Dostupné z:
<http://www.ferovanemocnice.cz/data/Umluva%20o%20biomedicine.pdf>
53. *Úmluva o právech dítěte, zákon 104/1991 Sb.* [online]. [cit. 2007-03-27]
Dostupné z:
http://www.zakonywebu.cz/cgbin/khm.cgi?typ=1&page=khq:SB1991/10491A01_000
54. Vayena, E. *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction. Report of a meeting on "Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction" held at WHO Headquarters in Geneva, Switzerland 17-21 September 2001* [online]. [cit. 2009-04-01]
Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed>
55. Veselá, K. Preimplantační genetická diagnostika. *Profem*, 2006, č. 3, s.13-14. ISSN 1214-7168
56. Veselá, K. *Motivace k dárcovství pohlavních buněk - skutečně altruismus?* Brno: Masarykova univerzita. Fakulta sociálních studií. Katedra psychologie, 2006. s. 89. Vedoucí práce PhDr. Miroslava Štěpánková, Ph.D. [online]. [cit. 2009-04-01]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/65325/fss_m/
57. *Vyhláška ze dne 28. listopadu 2008 o stanovení bližších požadavků pro zajištění bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka, 422/08 Sb.* [online]. [cit. 2009-04-01]. Dostupné z:
<http://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/vyhlaska-ze-dne-28-listopadu-2008-o-stanoveni-blizsich-pozadavku-pro-zajisteni-jakosti-a-bezpecnosti-lidskych-tkani-a-bunek-urcenyh-k-pouziti-u-cloveka-16875.html>

58. *Zákon č. 20/1966 S., o zdraví lidu a jeho novela z 1.6.2006:zákon o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech a o změně některých souvisejících zákonů č. 227/2006 Sb.* [online].
[cit. 2009-04-01] Dostupné z:
http://www.vyzkum.cz/storage/att/677BD15DB7951FDD3B471A710F894413/Z_227_2006.pdf
59. *Zákon č.285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.* [online].
[cit. 2009-04-01]
Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2002&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=10>
60. Žáková, J. Možnost využití darovaných gamet nebo embryí při léčbě neplodnosti. *Praktická gynekologie* [online]. 2006, č. 3, s. 105 – 107.
[cit. 2009-04-01]
Dostupné z: <http://www.praktickagynekologie.cz/index.htm>

8. Klíčová slova

Neplodnost

Asistovaná reprodukce

Oocyt

Spermie

Dárcovský program

Motivace