

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**  
**Zdravotně sociální fakulta**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**ETICKÉ PROBLÉMY REPRODUKČNÍ MEDICÍNY**

**Autor: Lucie Stanislavová**

**Vedoucí: Prof. Dr. Josef Dolista, Ph.D., Th.D.**

**7. 5. 2010**

## **Abstract**

This thesis is aimed at the ethical aspect of reproductive medicine. I tried to outline particular dilemmas dealt with by individual religions in context with medical knowledge. Elaboration of the religious part was also supported by knowledge of experts in the field.

The aim of the thesis was to outline the ethical aspect of reproductive medicine. The research was aimed at showing whether young couples see ethical problems in artificial insemination nowadays and whether the ethical aspect of the issue would discourage them from this step.

Quantitative method was used for the research. The method of questioning in the form of non-standardized questionnaire was chosen for the research technique. It was designed for people at productive age (from under 23 years of age through over 41) living in marriages and their partners, who are childless or have just one child.

The research has shown that nearly full majority of the pairs agree with homologous insemination; however I was convinced that they might have objections against heterologous variation of artificial insemination. Nevertheless the research as well as the consequent discussion showed that the desire for a child overrides everything else at the moment, including the standpoints of the churches the pairs support and their ethical objections.

The research showed the fact that a certain number of couples, if they accepted the heterologous variation of artificial insemination would prefer the donator's anonymousness to be eliminated. However there is a question whether the anonymous donators themselves would have the same opinion.

I see the contribution of this thesis in showing that desire for a child is so strong that people are ready to put their whole-life religion aside. Another plus in my opinion is at least a basic outline of opinions on the artificial insemination issues and possible objections against its heterologous variant.

## **Abstrakt**

V této práci jsem se zaměřila na etickou stránku reprodukční medicíny. Snažila jsem se nastínit konkrétní dilemata, kterými se zabývají jednotlivá náboženství v kontextu s medicínskými poznatky. Zpracování náboženské části bylo také podpořeno vědomostmi odborníků na danou problematiku.

Cílem práce bylo nastínit etickou stránku reprodukční medicíny. Cílem výzkumu byla snaha poukázat na to, zda v dnešní době vidí mladé manželské páry etické problémy v umělém oplodnění a zda by je etická stránka problematiky odradila od tohoto kroku.

K výzkumu byl použit kvantitativní výzkum. Jako výzkumná technika byla zvolena metoda dotazování v podobě nestandardizovaného dotazníku. Byl určen lidem v produktivním věku (méně jak 23 let až 41 a více) žijícím v manželství a jejich partnerům, kteří jsou bezdětní, popřípadě mají jedno dítě.

Výzkumem bylo zjištěno, že páry v téměř naprosté většině souhlasí s homologním oplodněním, avšak domnívala jsem se, že by mohly mít výhrady k heterologní variantě umělého oplodnění. Jak se však ukázalo ve výzkumu a následně i v diskuzi, touha po dítěti v danou chvíli předčí vše ostatní, tedy i stanoviska církve a jejich etické námitky, ke které se páry hlásí.

Výzkumem byl zjištěn fakt, že určitý počet manželů, pokud by měl přistoupit na heterologní variantu umělého oplodnění, by si přál, aby byla odbourána anonymita dárce. Otázkou by však bylo, jaký názor by na tuto možnost měli samotní anonymní dárce. Je to zjištění, které by jistě stálo za hlubší prozkoumání.

Za přínos této práce bych viděla poukázání na to, jak je touha po dítěti silná, a to až do té míry, že lidé odsunou svoji mnohdy celoživotní víru do ústraní. Jako další plus bych viděla alespoň základní nástin názorů na problematiku umělého oplodnění a jejich případných výhrad k jeho heterologní variantě.

## **Prohlášení**

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/ 1998 Sb., o vysokých školách, v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

7. 5. 2010

.....

Podpis studenta

### **Poděkování:**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucímu práce panu Prof. Dr. Josefu Dolistovi, Ph.D., Th.D. za odborné vedení, rady a nápady při zpracování bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat všem, kteří byli ochotni se mnou spolupracovat na mé práci a zvláště pak mé srdečné díky patří моým rodičům za dlouhodobou podporu.

## OBSAH

<b>1. Současný stav.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Historický vývoj reprodukční medicíny.....</b>	<b>10</b>
<b>1.2 Reprodukční medicína .....</b>	<b>10</b>
<b>1.3 Poruchy plodnosti. ....</b>	<b>10</b>
1.3.1 Poruchy plodnosti u ženy. ....	11
1.3.1.1 Příčiny preovariální .....	11
1.3.1.2 Příčiny ovariální. ....	12
1.3.1.3 Příčiny postovariální.....	13
1.3.1.4 Infertilita. ....	15
1.3.2 Poruchy plodnosti u muže. ....	16
1.3.2.1 Příčiny pretestikulární .....	16
1.3.2.2 Příčiny testikulární. ....	17
1.3.2.3 Příčiny posttestikulární.....	18
1.3.2.4 Infertilita. ....	18
<b>1.4 Druhy asistované reprodukce .....</b>	<b>19</b>
1.4.1 In vitro fertilizace (IVF). ....	19
1.4.2 Intracytoplazmatická injekce (ICSI). ....	20
1.4.3 Přímý přenos gamet do vejcovodů (GIFT).....	20
<b>1.5 Etická problematika .....</b>	<b>20</b>
1.5.1 Homologní oplodnění.....	20
1.5.2 Heterologní oplodnění. ....	21
1.5.3 Sekulární přístupy.....	21
1.5.3.1 Kryokonzervace.....	21
1.5.3.2 Volba pohlaví. ....	22
1.5.3.3 Přelidňenost světa. ....	22
1.5.3.4 Vymírání Evropy. ....	23
1.5.4 Religiózní přístupy. ....	24
1.5.4.1 Pohled Římskokatolické církve.....	24
1.5.4.2 Pohled Evangelické církve. ....	25

1.5.4.3 Pohled Církve Československé husitské.....	26
1.5.4.4 Pohled Židů.....	26
1.5.4.5 Pohled Islámu.....	27
1.5.4.6 Adopce.....	28
<b>2. Cíl práce a hypotézy .....</b>	<b>30</b>
<b>2.1 Cíl práce.....</b>	<b>30</b>
<b>2.2 Předpokládané hypotézy .....</b>	<b>30</b>
<b>3. Metodika .....</b>	<b>31</b>
<b>3.1 Použitá metoda.....</b>	<b>31</b>
<b>3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....</b>	<b>31</b>
<b>4. Výsledky.....</b>	<b>33</b>
<b>5. Diskuze.....</b>	<b>55</b>
<b>6. Závěr .....</b>	<b>58</b>
<b>7. Seznam použité literatury .....</b>	<b>60</b>
<b>8. Klíčová slova.....</b>	<b>64</b>
<b>9. Přílohy.....</b>	<b>65</b>

## Úvod

Reprodukční medicína je obor, který je v současné době stále populárnějším a hlavně vyhledávanějším. Stává se mnohdy, pro velké množství párů poslední nadějí jak mít své vlastní dítě. Avšak ač jsou techniky reprodukční medicíny stále modernější a neustále obohacované o nové poznatky, které je nutné nastínit pro orientaci v dané problematice, stále tu přetrvávají jisté etické problémy, které těmto jistě přínosným metodám ubírají na kráse. Mám na mysli uchovávání embryí po již úspěšném oplodnění a jejich další osud, dále pak je jistě eticky problematické heterologní oplodnění a mnohé další diskutabilní otázky, kterými se více či méně zabývají i jednotlivá náboženství a ostatně i já v této práci.

Mým cílem je zmapovat do jaké míry vnímají etickou stránku reprodukční medicíny manželské páry, které jsou bezdětné, popřípadě mají jedno dítě a také jak moc by je ovlivnila náboženská příslušnost při jejich rozhodování, pokud by se sami dostali do situace, kdy by měli problém s početím dítěte.

Toto téma jsem si vybrala právě pro jeho zajímavost, ale hlavně z osobních a rodinných důvodů. Také si však myslím, že tato práce bude užitečná nejen mě, ale také ostatním ženám a mužům, jak pro běžný život budoucích manželů tak snad také rodičů.



## 1. Současný stav

Ve vyspělých zemích je 15 % párů nedobrovolně bezdětných, totéž nejspíš platí i pro Českou republiku, ta byla dříve charakteristická nižším věkem žen, které vstupovaly do manželství a také věkem, kdy měly své první dítě. V současné době se však tyto hodnoty vyrovnávají ostatním evropským zemím.

Se stoupajícím věkem žen, klesá také jejich plodnost a na druhou stranu také celosvětově stoupá počet párů, kde je snižená plodnost na straně muže. (15)

Světová zdravotnická organizace považuje poruchu plodnosti za stav, ne za nemoc, avšak v nejnovějším vydání Mezinárodní klasifikace nemocí je vedena jako diagnóza. V kontextu s definicí zdraví se tudíž o poruše plodnosti dá mluvit jako o nemoci a nemoc, jak známo, má být léčena. (11) Sterilita je tedy jak problémem zdravotním, tak i sociálním, protože dost často bývá příčinou rozpadu manželství. (15)

Ve světě existují tři pohledy na metody asistované reprodukce:

1. Děti ze zkumavky jsou degradací rodičovství.
2. Asistovaná reprodukce je žádoucí, protože přirozená reprodukce je sexuální loterií a ruletou rodičovských chromozomů.
3. Reprodukce je žádoucí i bez asistence technologií, ale přesto je potřebný vývoj nových metod pro neplodná manželství. (15)

Lékařské poznatky se v posledních desetiletích velmi rozvinuly, zvláště o poznatky o lidském životě v počátečních stádiích jeho života. Tento rozvoj je pozitivní a zasluhuje si podporu, pokud slouží k překonání či zmírnění poruch a snaží se o normální průběh procesu plození. Je však negativní, když zahrnuje eliminaci lidských embryí.

Lidský plod od počátku své existence vyžaduje úctu, která náleží každé lidské bytosti a je třeba s ním tak i zacházet. (12)

Vědecký výzkum není možné zastavit, ale je třeba jej podřídít pravidlům a kontrolám. I bez ohledu na víru člověka je potřeba diskutovat o limitech asistované reprodukce. Jisté však je, že každá technologie má zůstat ve „službách lidí“ a tak použití technik asistované reprodukce musí respektovat především práva dítěte. (9)

## **1.1 Historický vývoj reprodukční medicíny**

První dítě ze zkumavky se narodilo 25. 7. 1978 ve Velké Británii. Tento den slaví své výročí i samotná metoda IVF (In Vitro Fertilisation- oplodnění ve zkumavce) a i samotná asistovaná reprodukce. Objeviteli této metody byli britští vědci Patric Ch. Steptoe a Robert G. Edwards. Díky nim se do roku 2008 mohlo narodit více jak 3 miliony dětí na celém světě.

První dítě narozené pomocí techniky IVF v tehdejší východní Evropě se narodilo v roce 1982 v Brně. V České republice počet dětí narozených pomocí IVF rok od roku roste a bez asistované reprodukce by zde dnes spousta lidí nebyla. (7)

## **1.2 Reprodukční medicína**

je oborem, který se zabývá diagnostikou a léčbou všech poruch plodnosti a problémy v oblasti fertility. Neplodným párům poskytuje poradenství a péči v oblasti plánovaného rodičovství. Cílem tohoto oboru je zjistit příčiny neplodnosti a využít všech poznatků a metod k jejich úsměšné eliminaci. (9)

## **1.3 Poruchy plodnosti**

Plodnost neboli fertilita je podle Světové zdravotnické organizace definována jako vznik těhotenství během dvou let nechráněného pohlavního styku. AFS (American Fertility Society) však uvádí, že za neplodný pár je považován, ten, kde žena během jednoho roku pravidelného nechráněného styku neotěhotní. Tento údaj vychází z výzkumu, kde bylo zjištěno, že 95 % párů dosáhne těhotenství do 13 měsíců nechráněného pohlavního styku (Ventruba in Gynekologie, 2001, s. 127).

Opakem plodnosti je neplodnost- sterilita, je vždy diagnózou páru (26) nebo jak uvádí další zdroj je stavem, kdy žena není schopna otěhotnět během dvou let nechráněného pohlavního styku. Sterilitu můžeme také nazvat jako neplodnost sexuálních partnerů, kdy při nechráněném styku při pravidelné frekvenci 3x- 4x týdně

žena neotěhotní do 12 měsíců, (10) toto se vyskytuje u 10- 15 % párů (Řežábek, 2004, s. 19). Dle WHO, se porucha plodnosti páru, kdy jsou postižení oba partneři najednou, vyskytuje ve 20 % případů (Kubíček, 2005, s. 14).

Sterilitu lze rozdělit na primární a sekundární. Primární sterilita se vyskytuje u žen, které nemají v anamnéze žádné předchozí těhotenství. Naproti tomu o sekundární sterilitě hovoříme v případě, kdy žena již těhotná byla, toto těhotenství bylo ukončeno porodem, potratem nebo bylo- li toto těhotenství mimoděložní.

Dále za poruchu plodnosti můžeme označit infertilitu, znamená to, že žena nemá problém s otěhotněním, ale není schopna donosit a porodit životaschopný plod. Mužská infertilita spočívá v neschopnosti zplodit potomstvo z důvodu poruchy tvorby spermií. (30)

### **1.3.1 Poruchy plodnosti u ženy**

Věk je nejdůležitějším faktorem, který ovlivňuje ženskou plodnost a je také biologickou skutečností. (30) Kolem 24 roku věku je plodnost ženy na svém maximu. (10) Pravděpodobnost otěhotnět klesá již od 30 let, je to přibližně 20- 25 % na jeden menstruační cyklus. V 35 letech je to kolem 15 % (Řežábek, 2008, s. 15) a v tuto dobu začíná prudce klesat tak, že ve 40 letech je na 5 % (Kobilková, 2005, s. 149) a ve 42 letech se blíží nule (Řežábek, 2008, s. 15), kdy přechází v neplodnost fyziologickou vzhledem k nástupu klimakteria a menopauzy.

Příčiny ženské neplodnosti můžeme rozdělit na preovariální, ovariální a postovariální (26) nebo také podrobněji na již zmíněné ovariální, dále tuboperitoneální, endometriózu, na faktor děložní, cervikální, poševní, imunologický, psychogenní a na infertilitu ženy, která se dělí na příčiny ze strany plodu, ze strany matky (30) a také vlivy zevního prostředí (10).

Dle WHO, se žena podílí na poruše plodnosti páru z 25 %. (17)

#### **1.3.1.1 Příčiny preovariální**

Nedochází k pohlavnímu styku v důsledku *vaginismu*, což je křečovitě stažení vchodu poševního. Toto stažení zabraňuje průchodu penisu do pochvy. Dalšími příčinami může být *mentální anorexie*, kde mozek může přestat řídit vaječníky k dozrání vajících. *Hypofyzární poruchy*, které se mohou projevit zvýšením hormonu prolaktinu, (27) hypofyzární nádory, diabetes mellitus, (26) tyreopatie (hypotyreóza, hypertyreóza), (30) nadměrná obezita, užívání hormonální antikoncepce nebo jiných léků s estrogením anebo gestagením účinkem. (26)

### 1.3.1.2 Příčiny ovariální

Za nejčastější příčinu neplodnosti můžeme označit poruchu činnosti vaječnicků, kdy je omezena nebo zcela zastavena tvorba zralých vajících, (30) případně je zde ještě nedostatečná funkce žlutého tělíska. Vajíčka nedozrávají v důsledku chybění ovulace (anovulace), (10) tento jev se vyskytuje u 25 % neplodných žen (Ventruba in Gynekologie, 2001, s. 129). Anovulace je také často doprovázena nepravidelnými menstruačními cykly. (30)

Nejjednodušším testem pro zjištění diagnózy anovulačního cyklu je měření bazální (základní) teploty, kterou je třeba sledovat po dobu nejméně šesti cyklů. (10) Měření bazální teploty je metoda sloužící k ověření, zda jsou hormonální poměry v druhé fázi menstruačního cyklu v rovnováze. Její spolehlivost je až 90 % (Řežábek, 2004, s. 32).

V této fázi se tvoří hormon progesteron a díky němu se tělesná teplota ženy zvedá o 0,3- 0,4 stupně Celsia, tato teplota však z mnoha důvodů kolísá. Například v důsledku zvýšené námahy, stresu a podobně, proto je třeba teplotu měřit vždy ve stejném čase a za stejných podmínek a to nejlépe ráno, než žena vstane. (27)

Příčiny poruch ovulace můžeme rozdělit na primární a sekundární. Primární dysfunkce je ukryta přímo ve vaječnicích, tedy v poruše dozrání vajících a nedostatečné funkci žlutého tělíska. Sekundární je zapříčiněna poruchami vaječnicků, které vznikly v nadřazených regulačních centrech (CNS-hypotalamus-hypofýza). (30)

Poruchy ovulace se dají léčit stimulací vaječníků různými léky na hormonálním podkladě. Často používanými jsou antiestrogeny, jejich mechanismus účinku spočívá v úpravě produkce hypofyzárních gonadotropinů, které stimulují zrání folikulů (10) a obnovují funkci žlutého tělíska. (30) Uplatňují se v těch případech, kde je potřebná jen mírná stimulace. (26)

Další možností jsou gonadotropiny, jsou účinné u hyperestrogenních stavů s normálními nebo sníženými hladinami FSH. Dále se provádí úprava poruch luteální fáze, která je nezbytnou podmínkou pro přípravu endometria pro implantaci embrya a podporu počínajícího těhotenství. Její činnost se podporuje lidským choriovým gonadotropinem, případně progesteronem. (30)

### **1.3.1.3 Příčiny postovariální**

Mezi postovariální příčiny neplodnosti lze zařadit tubární neprůchodnost, postinfekční uzávěr vejcovodů, protilátky proti spermiím a endometriózu. (26)

Oplodněné vajíčko prochází vejcovodem za fyziologických podmínek díky činnosti epitelových řasinek, svalových vrstev vejcovodu a složení přítomné tekutiny. (10)

Anatomické příčiny tubární neprůchodnosti vznikají například jako následek zánětu adnex, endometriózy (10) případně mimoděložního těhotenství. (27)

Poškození vejcovodu zánětem, je po poruchách ovulace jednou z nejčastějších příčin ženské neplodnosti. Příčinami jsou převážně sexuálně přenosné nemoci, které mohou proběhnout i bez příznaků a jsou až v 80 % příčinou vzniku hlubokého pánevního zánětu (Ventruba in Gynekologie, 2001, s. 131). Také to mohou být zánětlivé změny pochvy, kdy se změní poševní prostředí, které může ovlivnit životnost spermií, díky přítomnosti leukocytů a spermicidních mikroorganismů, což může negativně působit na proces oplodnění. (10)

Vejcovod také může omezit případně vyřadit z funkce tlak cyst a nádorů v okolí, hypoplazie vejcovodů, dlouhé vejcovody a spasmusy v oblasti přechodu vejcovodu do dělohy. (10) Pro neplodnost je nutné, aby byly neprůchodné oba vejcovody.

Uzávěr vejcovodů lze léčit dvojím způsobem, operačním výkonem, kdy se odstraní neprůchodná část vejcovodu, kde výsledek se bude odvíjet od stupně poškození zánětem a od místa, kde je neprůchodný nebo obejitím překážky a to fertilizací in vitro. (27)

*Endometrióza*- je stav, kdy je možné najít tkáň podobnou sliznici dělohy kdekoli v těle například ve vaječnicích, vejcovodech apod. Endometrióza může způsobit jizvy a srůsty, které mohou narušit anatomickou stavbu. V pokročilých stádiích může dojít až ke spojení vnitřních orgánů. (5)

Současná medicína stále nemá jasnou odpověď na otázku, jak endometrióza vzniká. Základní podmínkou tohoto onemocnění je však přítomnost menstruace. (6)

Endometrióza se stále častěji uvádí jako samostatná příčina neplodnosti, protože její výskyt se u neplodných žen neustále zvyšuje. Výskyt je 15- 25 %, někdy se uvádí až 60% (Ventruba in Gynekologie, 2001, s. 132).

Všeobecně je známo, že endometrióza může způsobit neplodnost několika mechanismy.

*a) Anatomická překážka*

je-li endometrióza v dutině břišní rozsáhlá, způsobuje srůsty. Ty mohou omezit pohyblivost vejcovodu, případně jej mohou přerušit nebo zhmoždit. Srůsty uvnitř vejcovodu pak mohou působit jako jakási síť, do které se vajíčko zachytí a nemůže postupovat do dutiny děložní.

*b) LUF syndrom*

kdy nedojde k prasknutí folikulu a není z něj vypuzeno vajíčko, a tudíž nemůže dojít k oplodnění. Mechanismus je stále nejasný.

*c) Porucha imunitního systému*

má se za to, že zvýšená tvorba protilátek proti endometriu, případně snížená imunita jsou základem onemocnění. Porucha imunity se může spolupodílet na neplodnosti ženy.

*d) Změny v peritoneální dutině*

V malé pánvi se fyziologicky nachází peritoneální tekutina, která má velký význam pro pohyblivost vejcovodů. Obsahuje také buňky, které mají za úkol odstraňovat mikroorganismy, spermie a buňky děložní výstelky, které by se dostaly přes vejcovody při menstruaci do břišní dutiny. Je-li tato funkce porušena, mohou se endometriózní buňky usazovat a následně zde i růst.

Peritoneální tekutina u žen s endometriózou často obsahuje látky, které mají špatný vliv na pohyb spermií, na jejich schopnost proniknout do vajíčka nebo na schopnost vejcovodu přiblížit se k vaječníku a vajíčko odchytit. (6)

*Protilátky proti spermii*- s těmi se mohou setkat spermie při své cestě k vajíčku. Tyto protilátky se mohou nacházet v hlenu děložního hrdla i ve vejcovodu. Působení protilátek je na stejné bázi jako při obraně organismu proti bakteriím. Tělo začne tvořit protilátky, které bakterie slepují k sobě a tím je zneškodní. (27)

Změny ve složení cervikálního hlenu mohou být zapříčiněny poruchami ovariální činnosti, které způsobují nedostatečnou tvorbu a složení hlenu, chronickou endocervitidou nejčastěji zapříčiněnou chlamydiovou infekcí (30) a dále pak léky, alkoholem, nikotinem, ale i psychogenně. (10)

#### **1.3.1.4 Infertilita**

je stav, kdy žena bezproblémově otěhotní, ale buď potratí, nebo předčasně porodí. (30) To znamená, že není schopna donosit a porodit životaschopný plod. (10) Za infertilitu je považován stav, kdy žena potratí ve třech po sobě následujících těhotenstvích (Kobilková 2005, s. 157).

Příčiny infertility lze rozdělit na příčiny ze strany matky, ze strany plodu (30) a také vlivy zevního prostředí (10).

*Příčiny ze strany matky-* nejčastěji se vyskytují v souvislosti s patologickými nálezy na děloze. Záněty, nádory endometria, vývojové anomálie myometria; (30) nedostatečná sekrece dělohy, kdy následně není zajištěna dostatečná výživa pro oplozené vajíčko, insuficience děložního hrdla a podobně. K infertilitě mohou také vést systémová onemocnění matky například diabetes mellitus, tyreopatie; hematologická onemocnění, toxoplazmóza, listerióza atd. (10)

*Příčiny ze strany plodu-* asi u 60 % spontánních potratů (Kobilková, 2005, s. 158) kolem I. a začátkem II. trimestru, se zjistilo, že plod byl defektní nebo měl vrozenou vadu. (10)

*Zevní prostředí-* předčasné ukončení těhotenství může být zapříčiněno intoxikací, profesionální zátěží a exogenními psychickými vlivy.

### **1.3.2 Poruchy plodnosti u muže**

Podíl neplodnosti na straně muže se v průběhu let stále zvyšuje. (30) Dle WHO je příčina poruchy plodnosti páru na straně muže v 33 % (Kubíček, 2005, s. 14). Další zdroje uvádí 30- 35 % (Ventruba in Gynekologie, 2001, s. 136) některé až 40 % (Řežábek, 2004, s. 19; Martius, Breckwoldt, Pfleiderer, 1996, s. 383). Při problémech s plodností je první vyšetření gynekologické, ale současně by mělo být provedeno i andrologické vyšetření muže, a to vyšetření spermatu.

Častou chybou, která se vyskytuje, je fakt, že pokud je pozitivní gynekologický nález u ženy, vyšetření muže se nezřídka opomene, protože jedna z příčin je již známá. (17)

Příčiny neplodnosti muže se nachází v několika oblastech- v sexuálním životě, v patologii spermií nebo v obstrukci vývodných semenných cest. (30) Jinak



řečeno příčiny neplodnosti na straně muže můžeme rozdělit na pretestikulární, testikulární a posttestikulární. (26)

### **1.3.2.1 Příčiny pretestikulární**

*Hypogonadismus*- neboli porucha funkce pohlavních žláz, která vede k nedostatečné tvorbě pohlavních hormonů a následně k neplodnosti. (31) Příčinnou jsou hormonální poruchy v důsledku poruchy funkce hypofýzy, (10) hypotalamu nebo také poškození pohlavní žlázy. (31) Dále některé genetické dysfunkce jako *Kallmanův syndrom*, který je nejčastější poruchou mužské plodnosti. Je vázán na X chromozom a vede k nedostatečnému vylučování gonadotropinů z hypotalamu a tím klesá i spermatogeneze (19) nebo *Klienefelterův syndrom*. (31) Dále to mohou být tumory hypofýzy, meningitida apod. (30)

### **1.3.2.2 Příčiny testikulární**

Mezi testikulární příčiny neplodnosti lze zařadit agenezi neboli vrozené chybění varlat. (26)

*Neléčený kryptorchismus*- nesestoupení varlete z dutiny břišní do šourku, kdy varle může zůstat v tříselném kanálu, případně v pánvi nebo může být hmatné před slabinovým otvorem. Vyskytuje se jak jednostranný, tak oboustranný. (14) Sestoupení varlete do šourku je důležité pro správnou tvorbu spermií (potřebují nižší teplotu, než je v těle). (31) Léčí se operativně nejpozději do 2 let věku dítěte, (14) ale i později z důvodu většího rizika vzniku nádoru. (31)

*Varikokéla*- cévní změny na varleti (10). Jedná se o zbytnění cév u varlete, které je hmatatelné jako měkký útvar různé velikosti. Při tomto onemocnění se častěji nachází zhoršené hodnoty spermioqramu (27) a je nejčastější příčinou mužské neplodnosti (31). Varikokélu je možné odstranit chirurgickým zákrokem. (27)

*Poruchy spermiogeneze*- zjistí se vyhodnocením spermioqramu (10), který je základním vyšetřením plodnosti muže. (30) Semeno se vyšetřuje po krátké 3-5 denní pohlavní abstinenci a získá se masturbací. Za normospermii se považuje spermioqram, který má tyto vlastnosti:

- a) množství ejakulátu 2-6 ml
- b) barva nažloutlá
- c) pH 7,2- 8
- d) obsahuje více jak 20 milionu spermií v mililitru
- e) z toho musí být alespoň 50 % pohyblivých (Kobilková, 2005, s. 150)

Odchylky od normálních hodnot jsou:

- a) *Astenospermie*- porucha, při které je pohyblivost spermií nižší nebo je v ejakulátu větší procento defektních spermií.
- b) *Teratospermie*- patologický pohyb i vzhled.
- c) *Azoospermie*- úplné chybění spermií v ejakulátu. Dělí se na *obstrukční*- kdy je tvorba spermií zachována a *testikulární*- kdy se spermie netvoří vůbec. (10)
- d) *Aspermie*- chybění ejakulátu při orgasmu.

### **1.3.2.3 Příčiny posttestikulární**

Erektilní dysfunkce zahrnuje *impotentia coeundi*, což je neschopnost pohlavního styku a bývá spojena s nižší pohlavní aktivitou. Příčiny můžeme nacházet v oblasti psychogenní, neurogenní nebo vaskulární. (30)

*Anejakulace*- stav, kdy při ejakulaci nedochází k vypuzení semenné tekutiny do močové trubice. Může vzniknout při oslabení sympatický nervů, které řídí ejakulaci. To mohou zapříčinit různé neuropatie či léky, které blokují jejich účinek.

*Retrográdní ejakulace*- v tomto případě dochází k výronu semene při orgasmu do močového měchýře. Může být zapříčiněna operacemi v okolí močového měchýře a prostaty, popřípadě poruchou inervace svěračů. (31)

*Obstrukce*- způsobena postinfekčním uzávěrem chámovodu po prodělané parotitidě, (26) která je komplikací, zvláště po pubertálním období. Může dojít k zánětu pohlavních žláz, zejména varlete, (31) kdy funkční tkáň navždy zaniká. (14)

#### **1.3.2.4 Infertilita**

*Impotentia generandi*- neschopnost zplodit potomstvo, je spojena s poruchou tvorby spermií. Infertilitu mohou způsobit genetické či hormonální anomálie, převažuje však patologie spermií. (30)

### **1.4 Druhy asistované reprodukce**

při dosavadní neúspěšné léčbě je jednou z možností umělé oplodnění. (15) Jedná se o metody a postupy, při kterých se pracuje se zárodečnými buňkami nebo embryi, s cílem léčby neplodnosti ženy nebo muže. Těmito postupy jsou: odběr zárodečných buněk a umělé oplodnění ženy buď oplozením vajíčka spermií mimo tělo ženy, nebo přenos embrya do pohlavních orgánů ženy, případně zavedení zárodečných buněk do pohlavních orgánů ženy. (18) Umělé oplodnění ženy je možné provést dvěma variantami a to *homologiím oplodněním*, při kterém je použito semene manžela nebo od vybraného partnera- *heterologním oplodněním*, kde je dárce semene jiný muž. Tento dárce zůstává anonymní z důvodu snížení rizika neznámého příbuzenství, také se nedoporučuje opakovaného použití semene téhož dárce. (22)

V České republice hradí tři cykly asistované reprodukce pojišťovna.

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

Používá se nejčastěji u neprůchodnosti vaječníků. (29) Skládá se z několika postupů. První fáze je hormonální stimulace (15), druhou je odběr vajíček punkcí z pochvy, třetí je oplodnění semenem v misce, za přítomnosti speciální tekutiny (31). Poté je na 12- 18 hodin umístěna do inkubátoru, aby byla zachována teplota typická při oplodnění. (22) Po 2-5 dnech po odběru se zárodek přenesse do dělohy (embryotransfer), kde se za podpory hormonální léčby vyvíjí. (31) Těhotenství je možné potvrdit po zhruba 14. dnech od přenosu. (22)

Dříve se pro „větší jistotu“ přenášelo více embryí (až čtyři), což vedlo k častému výskytu mnohočetných těhotenství, u kterých byla nutná redukce, tedy umělé přerušení vývoje některého embrya. (7)

Nynějším trendem je snaha o jednovaječná těhotenství, z tohoto důvodu se doporučuje přenést pouze dvě embrya, nejlépe však jen jedno. Přenést tři embrya se doporučuje pouze u žen se špatnou prognózou. (26)

Embrya, která se nevyužijí v prvním cyklu, je možné zamrazit tekutým dusíkem kryokonzervací a následně použít jako Kryo-Embryo-Transfer, kdy jsou embrya rozmražena a implantována jako u klasického embryotransferu.

#### **1.4.2 Intracytoplazmatická injekce (ICSI)**

Intracytoplasmic Sperm Injection, je injekce spermie. Byla zavedená na počátku devadesátých let a využívá se převážně u závažných poruch spermií, kde není možné provést oplození vajíčka ani technikou IVF. Za pomoci mikromanipulačního zařízení dojde k přímé injekci spermie do vajíčka. (7)

#### **1.4.3 Přímý přenos gamet do vejcovodů (GIFT)**

Gamete Intrafallopian Transfer, je metoda, kdy dochází k přenesení pohlavních buněk- gamet, čili vajíček i spermií do vejcovodu, kde dojde k oplození vajíček. U této metody je snížena kontrola nad četností vzniklého těhotenství, je zde vyšší riziko mnohočetných těhotenství. V dnešní době se již provádí relativně zřídka. (7)

## **1.5 Etická problematika**

Přání mít dítě se svým partnerem je velmi silné, ale někdy zůstává nenaplněné. Moderní medicína se těmto partnerům snaží pomoci prostředky asistované reprodukce a právě k těmto prostředkům se vztahuje nejvíce sporů. (8)

### **1.5.1 Homologní oplodnění**

může být z etické stránky přijatelné. Dle názoru P. Schotsmanse může v rámci stabilního páru a za normálních podmínek, které by splňovaly řádnou a vyrovnanou výchovu dítěte, tato metoda představovat odpověď na přání neplodného páru mít dítě, které by bylo z jejich krve.

### **1.5.2 Heterologní oplodnění**

se ukazuje jako eticky nepřijatelné, protože u této varianty nejde pouze o nebezpečí skrytého pokrevství, ale také o další důsledky, které by mohly ohrozit manželství a rodičovské vztahy v případě, že by muž mohl pokládat dítě za cizí. (22)

V případě vdané ženy se oplodnění provádí se souhlasem manžela, to dítěti zajišťuje přijetí v této rodině a i bezdětní manželé tak mohou dosáhnout štěstí z dětí. Pro muže může v tomto případě být zkušenost psychického otcovství důležitější než vědomí, že je biologickým otcem dítěte. Avšak počáteční nadšení manžela může později přejít ve smíšené pocity. Matce zase nepřináší radost, když nevidí u vyrůstajícího dítěte podobnost s milovaným manželem. Nepřirozeným způsobem jí otec dítěte zůstává skrytý. Takže místo aby dítě tvořilo pouto jednoty, může představovat nebezpečí, že bude skrytým zdrojem starostí a možného odloučení. (24)

### **1.5.3 Sekulární přístupy**

#### **1.5.3.1 Kryokonzervace**

uchovávání pomocí nízkých teplot v tekutém dusíku při teplotě -196 °C. Jeho úlohou je zachování biologického materiálu s příslušnými vlastnostmi pro další využití. Takto se dají uchovávat spermie, či embrya, (31) která „zbyla“ po úspěšné asistované reprodukci.

Existuje několik možností dalšího osudu těchto embryí. Jednou z nich je, že tento pár, může tato embrya využít v budoucnu, pokud se rozhodne mít další dítě k dalšímu cyklu asistované reprodukce. (29) Přínosem je možnost snížení rizika vícečetných těhotenství, díky přenosu menšího počtu embryí. (3) Případně mohou být poskytnuta jiným párům, tzv. k adopci (29) a to v případě, že neplodný pár vysloví souhlas s použitím nadbytečného embrya k umělému oplodnění jiné ženy. (21) Další možností je jejich zničení, zpravidla po pěti letech. (29) Anebo se mohou použít k experimentálnímu výzkumu, opět za předpokladu, že neplodný pár prohlásí, že embrya nechce použít pro další umělé oplodnění a vysloví k tomuto souhlas. (21)

### **1.5.3.2 Volba pohlaví**

Moderní technologie umožňují určit pohlaví dítěte, což se často stává osudným pro plody ženského pohlaví zvláště v asijských zemích. V Indii odmítají rodiče dívky z důvodu finanční náročnosti spojené s věnem. V Číně byl v roce 1993 přijat program s názvem „Jeden pár jedno dítě“ (18), což jistě vede k názoru, že je zde používáno biologického zdokonalování lidstva. (8)

U Západní populace by volba pohlaví dle průzkumů nevedla k upřednostňování jednoho či druhého pohlaví, nehrozil by tak nežádoucí posun v poměru pohlaví oproti asijským zemím. (18)

Volba pohlaví při použití postupů asistované reprodukce v ČR není dovolena, s výjimkou případů, kdy tímto postupem lze předejít vážným geneticky podmíněným nemocem s vazbou na pohlaví, které jsou neslučitelné s jeho vývojem po narození, výrazně zkracují jeho život, způsobují invaliditu nebo vážné zdravotní postižení, případně nejsou nynější medicínou vyléčitelné. (21)

### 1.5.3.3 Přelidněnost světa

je spíše spojena s chudšími oblastmi světa. (2) V těchto oblastech žije v současnosti 76 % světové populace a jejich počet roste o 2 % ročně (Kotler, P., Keller, K., L., 2007, s. 118)

Řešení populačních otázek závisí na hospodářských, sociálních a kulturních podmínkách a kladou velké nároky na politiku a hospodářství dané země. Týká se to především zákonodárství rodinného a sociálního. (2) Nekontrolovaný růst populace by mohl vést až k nedostatečnému zásobování potravinami, vyčerpání zdrojů surovin, (16) znečištění vzduchu a vody a celkově životního prostředí. Mnozí představitelé těchto zemí, jsou přesvědčeni o tom, že potrvá-li růst obyvatelstva tímto tempem i nadále, může dojít k ohrožení lidského druhu, nařizují tak drastická opatření a nátlaky na občany, aby tomuto předešla (př.: Čína). (2)

### 1.5.3.4 Vymírání Evropy

Průměrná míra porodnosti se v zemích Evropské unie snížila z 2,22 v roce 1970 na 1,50 v roce 2007 (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2009).

Ženy v Evropě mají své první dítě v průměru ve 28 letech, (20) ale počet rodičů po 35 roce věku se rok od roku neustále zvyšuje, (28) tím dochází ke stárnutí populace a k jejímu úbytku. (25) Nejnižší míra porodnosti je v současné době v postkomunistických zemích, kde se míra porodnosti snižuje úměrně s rostoucí zaměstnaností žen. (20)

Ženy, které odkládají mateřství, mají většinou vyšší vzdělání a budují nejdříve svoji profesní kariéru. Rodičovství s sebou totiž přináší i některé oběti jako zpomalení kariéry ženy, finanční znevýhodnění, omezení osobní svobody z důvodu intenzivní péče o malé dítě, dopad na manželský vztah v podobě vyčerpanosti, která má vliv na sexuální život partnerů a konečně, rodičovství je rozhodnutí, které nelze vzít zpět a další. (28)

Docílení demografické rovnováhy lze nalézt v dosažení zrovnoprávnění pohlaví na všech úrovních společenské i rodinné sféry. Demografická rovnováha znamená, že každá žena musí porodit nejméně dvě děti.

Tento cíl je dosažitelný, pokud se podaří docílit propojení života rodiny s dětmi s profesním životem rodičů, zvláště pak matek. Naprosté začlenění otců do rodinného života a úplné začlenění matek do profesního života jsou hlavními cíli rodinné politiky a politiky zaměstnanosti, které by v důsledku znamenaly ustálení demografického problému. (20)

#### **1.5.4 Religiózní přístupy**

##### **1.5.4.1 Pohled Římskokatolické církve**

Léčba plodnosti musí respektovat tři základní dobra a) právo na život a fyzickou integritu každého člověka od početí do smrti; b) pevné manželství, které s sebou nese oboustranné respektování jejich práva stát se otcem a matkou a to jedine prostřednictvím toho druhého; c) hodnoty lidské sexuality vyžadují, aby početí potomka bylo pouze plodem manželského aktu, který je jedinečným projevem jejich vzájemné lásky.

Křesťané vnímají dítě jako dar od Boha, dítě na objednávku se pak stává objektem vlastnictví. (8) Důstojnost člověka vyžaduje, aby začala existovat jako Boží dar, plod manželského aktu, který je vlastní a specifický pro lásku mezi manželi, akt, který je pro svou povahu nenahraditelný (*Haškovcová in Charta pracovníků ve zdravotnictví, 1996*).

Římskokatolická církev považuje ve svých oficiálních prohlášeních použití reprodukčních technologií za eticky neospravedlnitelné, (22) jelikož oplodnění, které nahrazuje manželský akt, je zakázáno vzhledem k dobrovolnému oddělení obou jeho významů. (24) Z morálního hlediska je tedy nutno brát v potaz důstojnost lidské osoby a také lásku a život, které byly dány Bohem. Díky tomuto kritériu je vyloučeno heterologní umělé oplodnění i některé techniky homologního oplodnění, které nahrazují



manželský akt, přijatelné jsou pouze ty, které poskytují pomoc manželskému aktu a jeho plodnosti. (12)

Lékař má za úkol prokázat člověku službu a předat lidský život. Není pověřen k tomu, aby lidskou bytostí disponoval nebo o ní rozhodoval. (13)

Uspadňujícím prostředkem oplodnění je injekční stříkačka, do níž se po normální souloži sperma zachytí, aby se následně mohlo zanést hlouběji do pohlavního ústrojí manželky. (24)

Jsou povoleny metody, které vedou k odstranění překážek v plodnosti, jako například hormonální terapie, chirurgický zákrok odstraňující endometriózu, zprůchodnění nebo plastická operace tubic. Žádná z těchto metod nenahrazuje manželský akt, jemuž jedinému náleží zodpovědné plození.

Oplodnění in vitro, je technika, která se provádí jako by embryo bylo pouze shlukem buněk, které jsou používány, tříděny a zahazovány. Vzhledem k celkovému počtu produkovaných embryí a těch, která se opravdu narodí, je počet obětovaných velmi vysoký. Z těchto získaných embryí se jich tedy jistý počet přenesse do dělohy a ostatní jsou zamrazena, pro další eventuální reprodukci. Kryokonzervace je neslučitelná s úctou, která embryím náleží, jelikož je vystavuje riziku smrti nebo poškození při zamrazování a rozmrazování.

Co s již zamrazenými embryii? Nepřijatelné je, je použít k výzkumu, protože takto jsou považována za pouhý „biologický materiál“, který vede k jejich zničení. Návrh dát je k dispozici jiným párům je eticky nepřijatelný, ze stejného důvodu jako heterologní oplodnění. Tisíce embryí vytváří nenapravitelnou nespravedlnost. Jan Pavel II. apeloval na lékaře, aby byla produkce embryí zastavena, protože neexistuje žádné morální řešení lidského osudu těchto embryí, která mají právo, aby s nimi bylo nakládáno jako s lidskými osobami. (12)

#### **1.5.4.2 Pohled Evangelické církve**

Tato církev nevyjadřuje jednoznačný názor na problematiku asistované reprodukce, avšak poruchy plodnosti považuje za vážný zdravotní stav. Uznává, že

poruchy je třeba řešit, avšak způsob řešení tohoto stavu nechává čistě na rozhodnutí páru, který má své svědomí a zároveň za své činy nese odpovědnost. (11)

Evangelická církev je organismus velmi demokratický a mnohotvárný a to do takové míry, že má jen málokdy společný pohled na věci praktického života. Dle Halamy se k tomuto církve nikdy nevyjádřila žádným závazným stanoviskem, zkráceně prostě neexistuje. Různí evangelíci mohou mít, a mají různé názory. Že by nepomohlo ani oficiální vyjádření, naznačuje dokument rakouské evangelické církve. Mluví o spornosti a problémech, ale většinou nechá otázku otevřenou.

Jak říká doc. ThDr. J. Halama: „Fertilizaci in vitro pokládám za řešení, které přináší problémy, ale jsem pro ponechání rozhodnutí na rodičích- což, myslím si, bude mezi evangelíky převažující postoj. U homologního oplodnění vidím problém s nadpočetnými embryi- jak s nimi zacházet, použít-li je k výzkumu. A prozradím, že nejsem zásadním odpůrcem výzkumu. Zvolí-li rodiče heterologní oplodnění, církve jim to nezapovídá.“ Halama pokládá za rozhodující faktor zájem dítěte- tedy toho, kdo se má narodit. Všechno ostatní by se tedy mělo podřítit jemu. Z toho plyne, že u embryí v laboratoři tento zájem ještě nenalzáme, teprve od implantace a vzniku těhotenství.<sup>1</sup>

#### **1.5.4.3 Pohled Církve Československé husitské**

Narušení přirozenosti početí nevnímá Československá církev husitská jako problém (12), ale jako možnost, kterou asistovaná reprodukce a genové inženýrství nabízí. Jsou pokladem od Boha, pokladem lidského poznání a nejsou dobré ani zlé. (1) Dostali jsme je, aby bylo možné napravit, co předešlé generace zapříčinily na přírodě i na člověku.

Křesťan je povinen použít i toto poznání, ale pouze v souladu s Duchem Kristovým (1) a ne jej zneužít.

Každý člověk je odpovědný za svůj život a za dary, které dostal od Boha. Tuto odpovědnost nemůže církve z člověka sejmout, to je ale vyváženo svobodou svědomí. (11)

---

<sup>1</sup> Informace od doc. ThDr. Jindřicha Halamy z Evangelické teologické fakulty University Karlovy.

#### **1.5.4.4 Pohled Židovské církve**

V židovské víře má člověk oprávnění, ba dokonce povinnost ovlivňovat a rozvíjet všechny směry, které mají pro lidstvo prospěch. Proto aktivity, které přispívají k pokroku, nemohou být brány jako vzdor proti příkázáním Boha. Asistovaná reprodukce pouze využívá zdroje, které vznikly v přírodě jako výsledky stvoření. Tyto prostředky se proto nedotýkají podstaty života.

V judaismu se vyskytuje několik proudů- ortodoxní, reformní a konzervativní. Všichni jsou za jedno v tom, že bezdětným manželstvím je třeba pomoci, avšak musí existovat kontrola a určitá omezení.

Darování spermií je zakázáno v důsledku zákazu masturbace, která je pro získání spermií nezbytná (11) a případné heterologní oplodnění představuje případ manželské nevěry, která je nepřipustná. (29) Existuje zde také obava z incestu, případně narušení rodů a následných problémů s dědictvím. (11)

Pokud se implantuje ženě více než jedno oplodněné vajíčko, může dojít k vícečetnému těhotenství. Přenesení tří a více plodů, může vést k rizikovému těhotenství, proto může být některé z nich odstraněno. Podle Halachy není bráno odstranění plodu jako vražda, ale není to ani přípustné. Přípustné by bylo v případě, kdy lékař určil, že některé plody musí být odstraněny, protože jinak by mohly zemřít všechny. (32)

#### **1.5.4.5 Pohled Islámu**

Podle islámu nevyлéčitelné choroby neexistují, a proto se musí stále hledat nové a nové způsoby léčby. (11) Šaría říká- Lidé léčte se, hledejte stále nové léky na nové nemoci, protože Alláh nám nedal žádnou nemoc, na kterou by nám nedal i lék. (4) Islám si proto velmi cení vědeckých výzkumů, které považuje za výraz boží vůle.

Islám podporuje sňatek, rodinu a hlavně plazení dětí. Uznává léčbu poruch plodnosti i prostředky asistované reprodukce, ta však musí být prováděna výhradně

mezi manželi a nesmí existovat jiná účinná možnost léčby neplodnosti. Hlavním důvodem je zachování rodu.

Základním pravidlem pro asistovanou reprodukci v muslimském světě, je možnost využití asistované reprodukce pouze v platném sňatku a bez smíšení genů. (11)

Dalšími pravidly jsou:

1. Dárce i příjemcem vajíčka musí být pouze manželka.
2. Sperma, kterým je vajíčko oplodněno, musí pocházet pouze od manžela.
3. Samotné umělé oplodnění musí být provedeno v době platného manželství a za přítomnosti manžela.
4. Oba manželé musí být živí.

Pokud tomu tak není, dochází k cizoložství. Dalšími dodatečnými podmínkami jsou:

1. Ochrana nahoty ženy, kdy ošetřujícím lékařem by měla být žena, muslimka, v případě, že není, je povolena přítomnost lékaře muže.
2. Je zakázáno nadále uchovávat manželovo sperma, aby jím mohla být oplodněna další žena.
3. Je zakázáno zakládat spermabanky a banky vajíček. (4)

Adopce v islámu není jako řešení neplodnosti přijatelná, protože při ní není dodržena čistá rodová linie. Korán adopci přímo zakazuje, avšak péči o sirotky podporuje. (11)

#### **1.5.4.6 Adopce v ČR**

O adopci, neboli osvojení, žádají většinou bezdětní manželé. (23) V České republice je ročně osvojeno asi pět set dětí. Osvojením přijímají osvojitelé dítě za své

vlastní s právy i povinnostmi, jako by byli jeho vlastními rodiči. (11) Osvojením získává dítě i příjmení nových rodičů. (23)

O osvojení rozhoduje soud. Před jeho rozhodnutím, musí dítě alespoň 3 měsíce strávit u osvojitelů, kteří o něj pečují na své náklady. (11) Soud také zkoumá, v rámci ochrany dítěte, věkový rozdíl, mezi osvojitelem a dítětem. (23) Doporučuje se, aby věk žen, přijímajících malé děti nepřesáhl 35 let, (11) ale záleží vždy na konkrétním případě. (23)

Zákonem jsou rozlišovány dva typy osvojení. *Prosté*, kterým práva a povinnosti rodičů přechází na osvojitele. Práva a povinnosti mezi dítětem-osvojencem a původní rodinou zanikají. Tento typ osvojení nastává v případě přijetí dítěte do jednoho roku. (11)

*Nezrušitelné*, je takové, kde budou rodiče zapsáni do rodného listu místo biologických. (23)

## **2. Cíl práce a hypotézy**

### **2.1 Cíl práce**

Cílem práce je poukázat na to, zda v dnešní době vidí mladé manželské páry etické problémy v umělém oplodnění a zda by je etická stránka problematiky odradila od tohoto kroku.

### **2.2 Předpokládané hypotézy**

H 1: Mladé bezdětné manželské páry nevidí v problematice umělého oplodnění žádný etický problém.

H 2: Mladé manželské páry s jedním dítětem nevidí v problematice umělého oplodnění žádný etický problém.

H 3: Mladé bezdětné manželské páry rozlišují etickou problematiku v případě cizího dárce.

H 4: Mladé manželské páry s jedním dítětem rozlišují etickou problematiku v případě cizího dárce.

H 5: Mladé bezdětné manželské páry odmítají z etických důvodů umělé oplodnění.

H 6: Mladé manželské páry s jedním dítětem odmítají z etických důvodů umělé oplodnění.

### **3. Metodika**

#### **3.1 Výzkum**

K výzkumu byl použit kvantitativní výzkum. Jako výzkumná technika byla zvolena metoda dotazování v podobě nestandardizovaného dotazníku. Dotazník jsem sestavila na základě svého úsudku a osobních předpokladů a vedl k ověření hypotéz.

Dotazník byl určen lidem v produktivním věku (méně jak 23 let až 41 a více) žijícím v manželství a jejich partnerům, kteří jsou bezdětní, popřípadě mají jedno dítě.

Dotazník obsahoval 19 otázek, 13 otázek bylo uzavřených, zde mohli respondenti označit jednu z nabízených odpovědí a 6 otázek bylo polo uzavřených, kde mohli dotazovaní označit buď jednu z nabízených odpovědí, nebo pokud jim nabízené varianty nevyhovovaly, měli zde prostor pro vyjádření vlastního názoru.

Dotazník je rozdělen do čtyř částí. První část je tvořena otázkami na získání základních demografických údajů, z nichž bylo možné rozčlenění párů na bezdětné a s jedním dítětem. Druhá část byla zaměřena na náboženská vyznání respondentů. Ve třetí části jsem se zaměřila na osobní názory párů na danou problematiku a ve čtvrté na etickou problematiku.

Dotazník byl šířen pomocí e- mailů předem vybraným studijním oborům v rámci Jihočeské fakulty. Zpět se vrátilo 84 dotazníků, tedy lze říci, že výzkumu se zúčastnilo 42 manželských párů, které splnily dané podmínky.

#### **3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku**

Jako výzkumný vzorek jsem si vybrala studenty dálkového studia se zdravotním a sociálním zaměřením z Teologické, Zdravotně sociální a Pedagogické fakulty a jejich partnery, kteří, jak již bylo zmíněno, jsou v produktivním věku

(méně jak 23 až 41 a více), žijí v manželství a jsou bezdětní, případně mají jedno dítě.

K jejich rozčlenění na bezdětné a s jedním dítětem mi napomohly otázky z první části dotazníku.



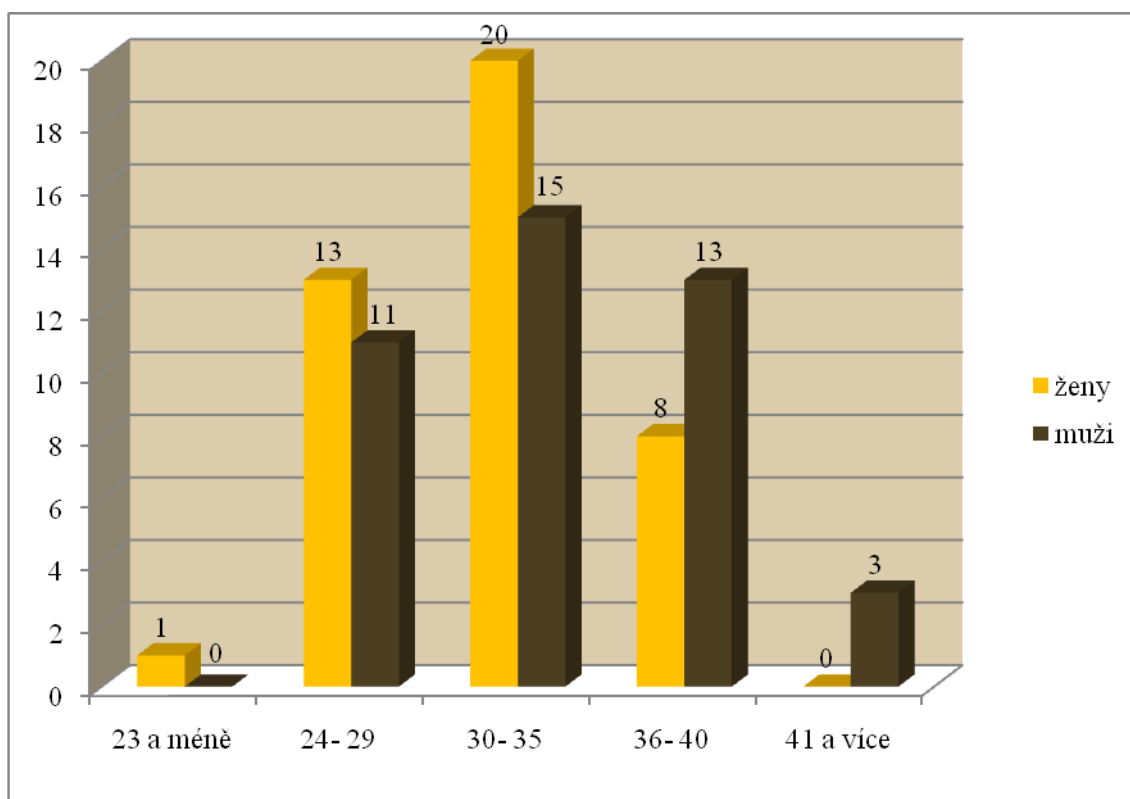
#### 4. Výsledky

**Otázka č. 1** nám ukazuje počet žen a mužů- manželů. Rozdělení na muže a ženy je záměrné, jelikož toto rozdělení budu používat pro lepší orientaci ve výsledcích i u některých dalších otázek

**Otázku č. 1 Jaké je Vaše pohlaví** jsem použila pouze z rozlišovacích důvodů.

**Otázkou č. 2** jsem se snažila zjistit věk respondentů.

**Graf č. 1** Zařad'te se do jedné z věkových skupin.



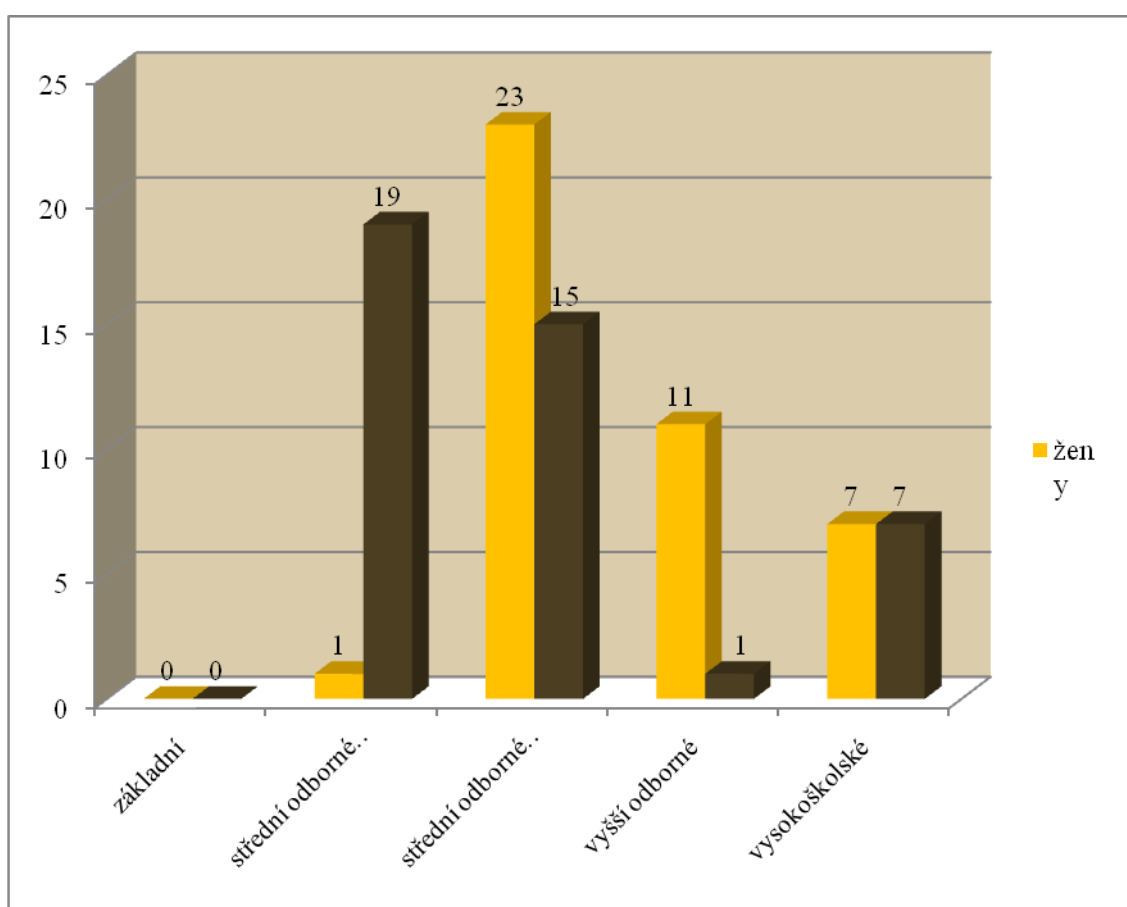
*Zdroj: Vlastní výzkum*

Do skupiny 23 a méně se zařadila jedna dotázaná žena, žádný z mužů se do této skupiny nezařadil. Ve věku 24- 29 let se nacházelo 13 dotázaných žen a 11 mužů. Do

nejpočetnější věkové skupiny 30- 35 let se zařadilo 20 žen a 15 mužů. Ve věku 36- 40 let se nacházelo 8 žen a 13 mužů a do poslední z věkových skupin se zařadili pouze 3 muži.

**Otázka č. 3**, má poukázat na maximální dosažené vzdělání dotázaných.

**Graf č. 2** Maximální dosažené vzdělání?



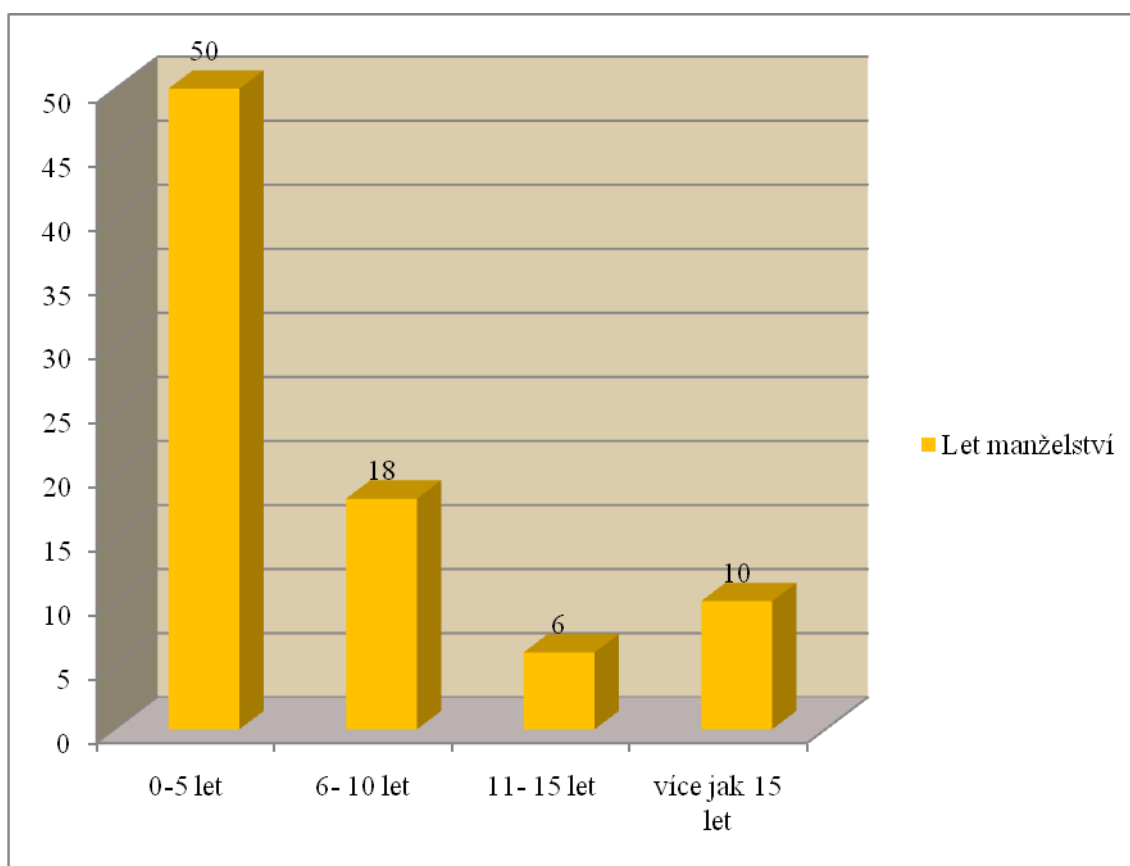
*Zdroj: Vlastní výzkum*

Ukázalo se, že pouze základní vzdělání nemá žádná z žen, střední odborné vzdělání má jedna žena. Střední odborné vzdělání s maturitou zastupuje nejsilnější skupina a to 23 žen, vyšší odborné vzdělání má 11 dotázaných a vysokoškolské 7.

U mužů jsou výsledky mírně rozdílné, základní vzdělání nemá opět ani jeden z respondentů, střední odborné bez maturity zastává největší skupina a to 19 dotázaných mužů. Střední odborné s maturitou má 15 respondentů, vyšší odborné pouze jeden a vysokoškolské vzdělání 7 dotázaných mužů.

**Otázka č. 4** směřovala na dobu, ve které žijí dotázaní v manželství.

**Graf č. 3** Jak dlouho jste vdaná/ ženatý?

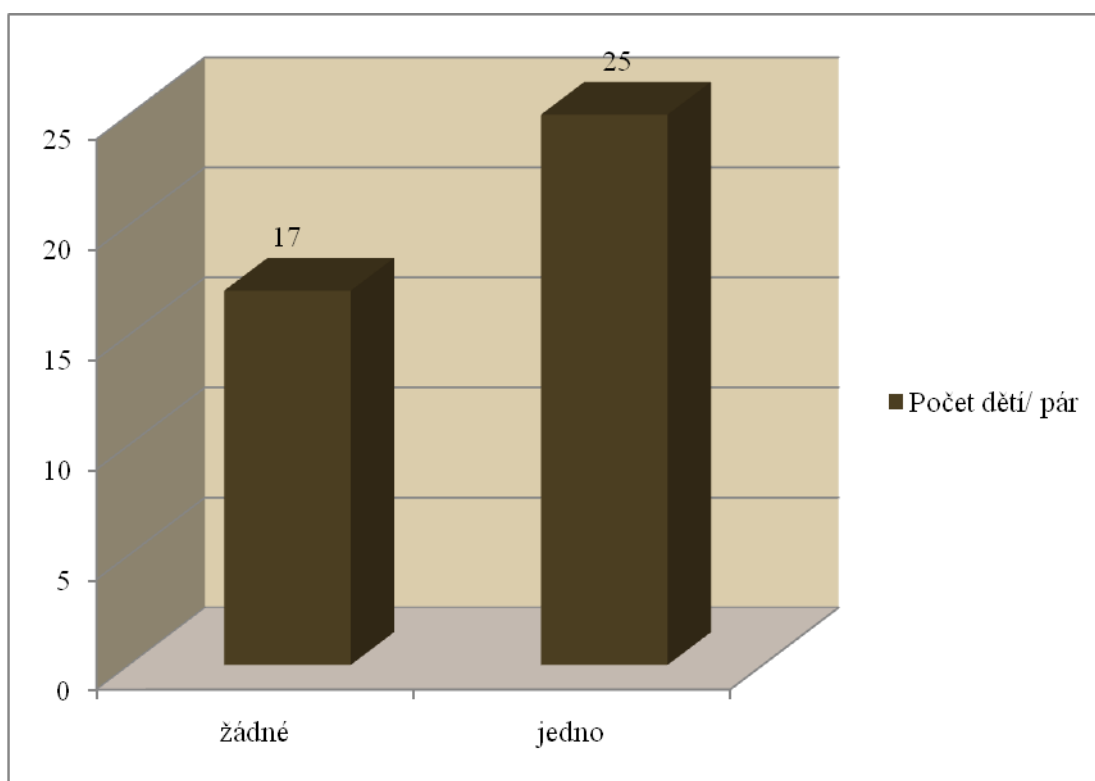


*Zdroj: Vlastní výzkum*

Největší skupina mužů a žen, a to 50 žije v manželství 0- 5 let, následuje 18 lidí, kteří žijí v manželství 6- 10 let. 11-15 let žije v manželství 10 dotázaných a více jak 15 let 6 respondentů.

**Otázkou č. 5** jsem se snažila zjistit, kolik mají respondenti dětí. Tato otázka byla jednou z podmínek účasti v tomto výzkumu.

**Graf č. 4** Kolik máte dětí?

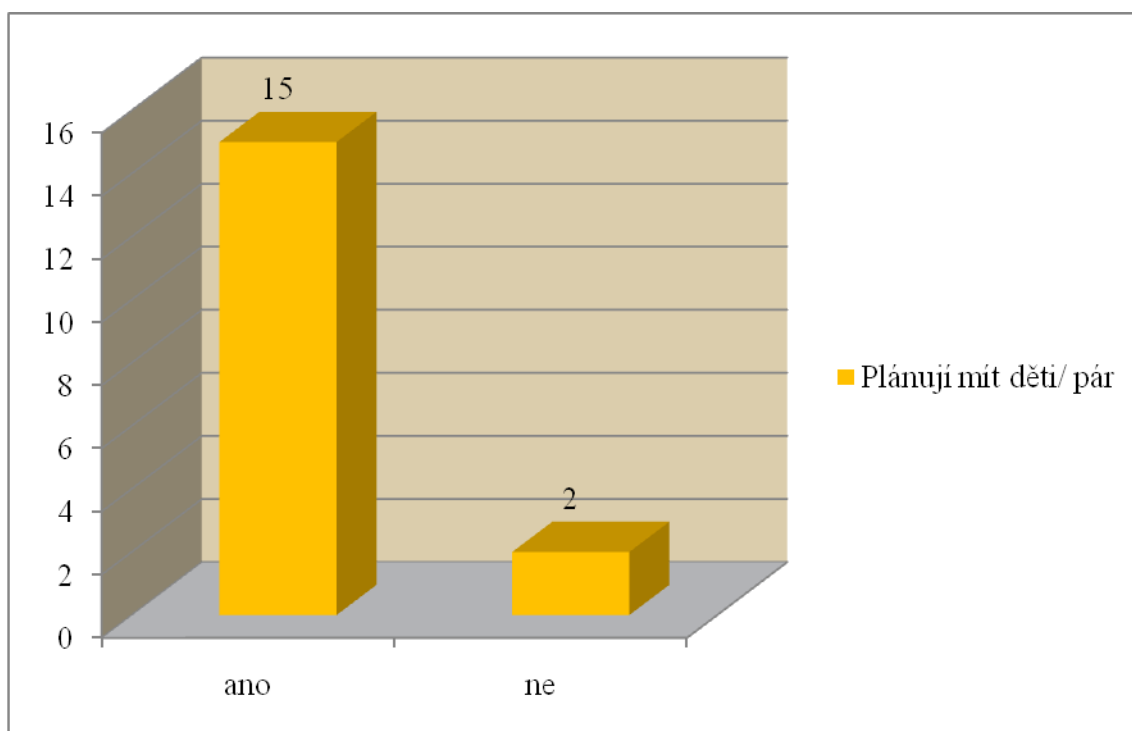


*Zdroj: Vlastní výzkum*

Největší skupinu zastupují manželské páry s jedním dítětem, tento počet označilo 25 dotázaných párů a 17 párů uvedlo, že dosud žádné děti nemají.

**Otázkou č. 6** jsem chtěla zjistit, zda dotazovaní, kteří jsou momentálně bezdětní by v budoucnu chtěli mít děti.

**Graf č. 5 Plánujete s manželem/ manželkou mít děti?**

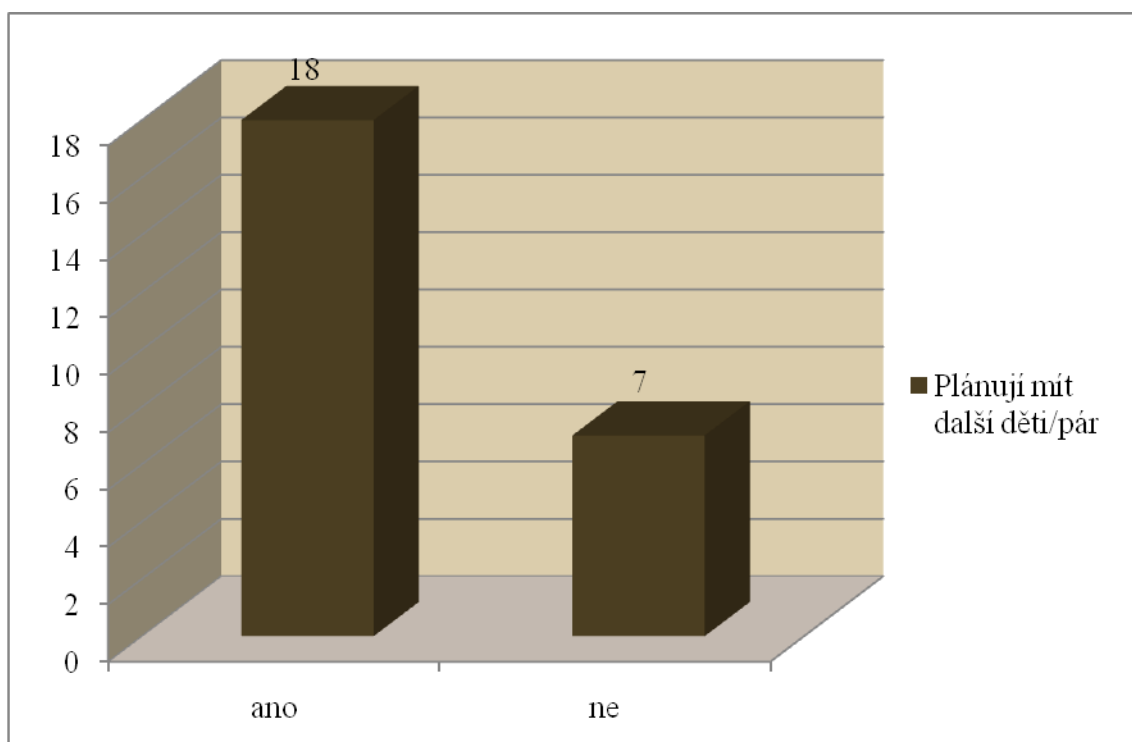


*Zdroj: Vlastní výzkum*

Ukázalo se, že 15 dotázaných párů do budoucna děti plánuje a 2 páry děti vůbec nechtějí.

**Otázka č 7.** měla poukázat na to, kolik dotazovaných, kteří již jedno dítě mají, by chtělo ještě další dítě, případně děti.

**Graf č. 6 Plánujete s manželem/ manželkou mít DALŠÍ děti?**

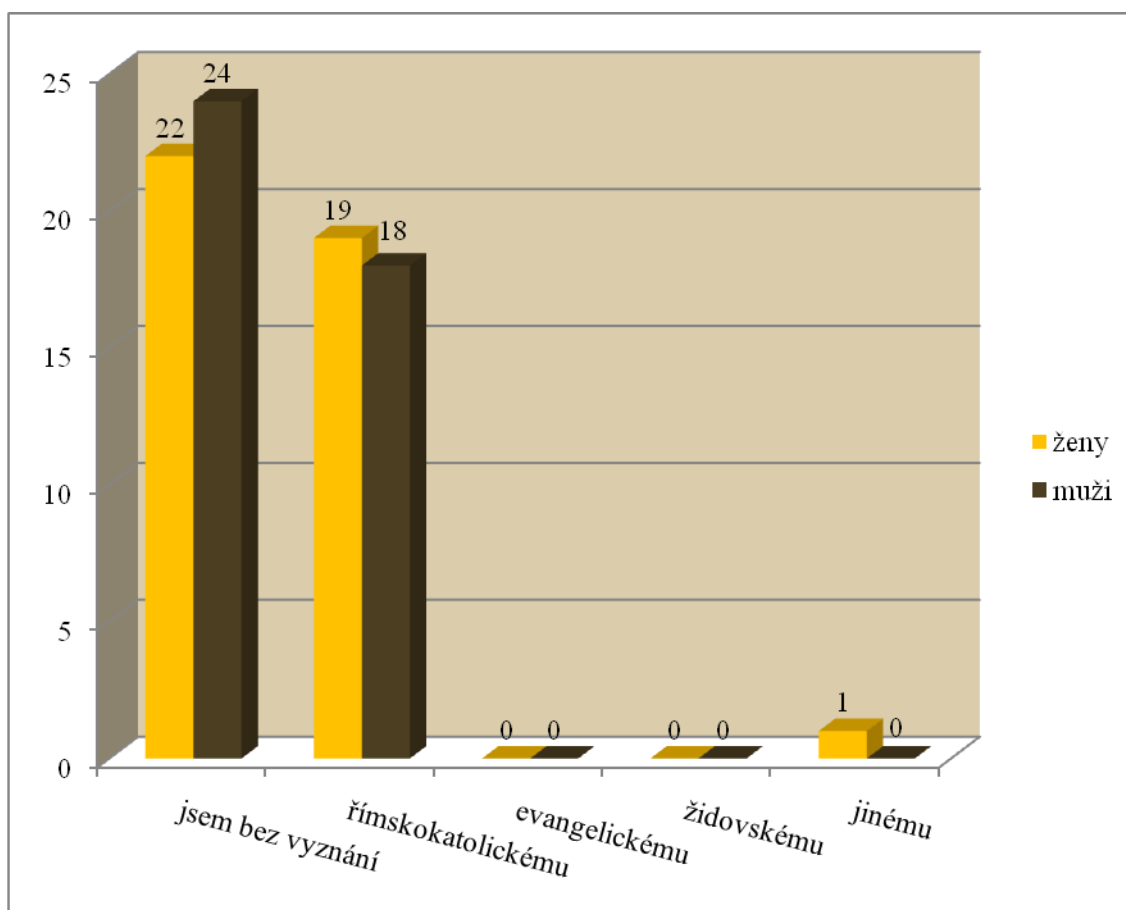


*Zdroj: Vlastní výzkum*

Největší část, a to 18 dotázaných párů chce mít v budoucnu ještě další děti a 7 dotázaných párů další děti již nechce.

**Otázka č. 8** měla poukázat na počet lidí mezi dotazovanými, kteří se hlásí k některému z různých druhů náboženství.

**Graf č. 7 K jakému náboženskému vyznání se hlásíte?**

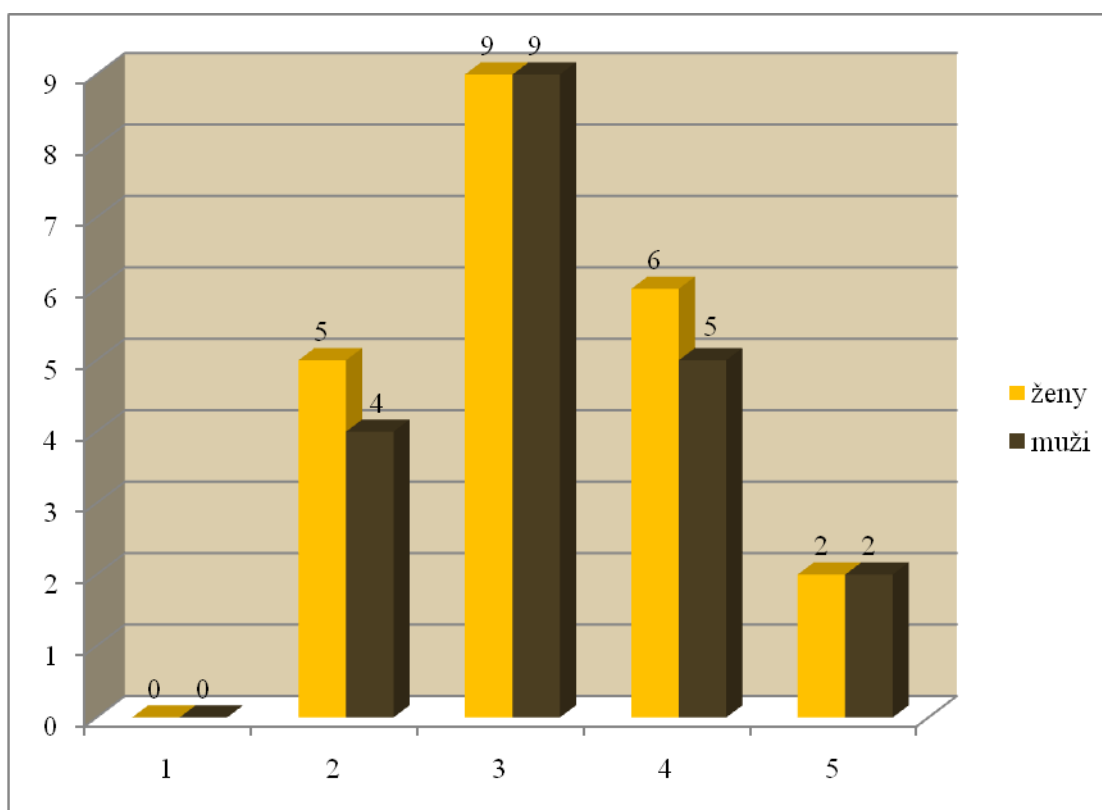


*Zdroj: Vlastní výzkum*

Většina žen, což je 22, označila možnost jsem bez vyznání, za touto volbou následovalo římskokatolické vyznání s 19 hlasy. K evangelické ani židovské církvi se nepřihlásil nikdo z dotazovaných. Jedna žena označila možnost jiného druhu náboženského vyznání. U mužů je situace podobná. 24 jich je bez vyznání, 18 z nich se hlásí k římskokatolické církvi a ostatní náboženství jako evangelické, židovské, případně jiné neoznáznačil žádný dotazovaný muž.

**Otázka č. 9** se měla zaměřit na to, do jaké míry se ti, kteří se hlásí k některé z výše uvedených církví (viz graf 7) řídí náboženskými pravidly své církve. Toto měli dotazovaní znázornit na číselné stupnici, od čísla 1, které označovalo možnost „zcela se řídím náboženskými pravidly“ až do čísla 5 které zastupovalo možnost „neřídím se pravidly“.

**Graf č. 8 Považujete se za věřícího, který se řídí náboženskými pravidly?**



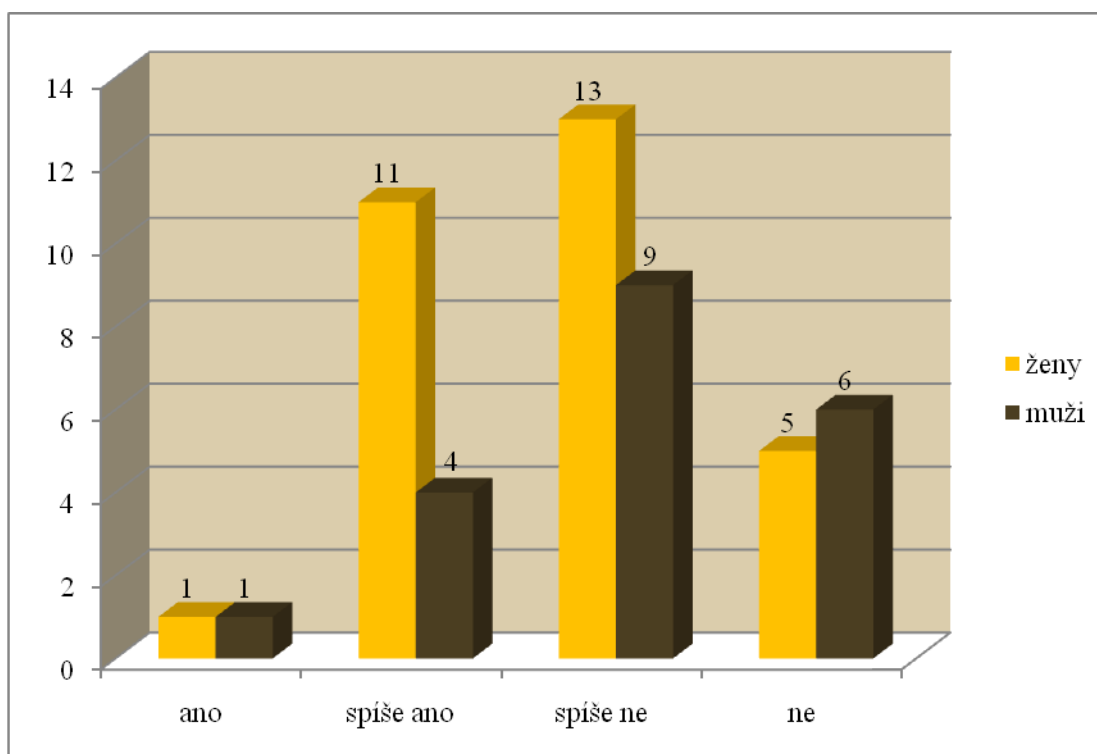
*Zdroj: Vlastní výzkum*

Nejvíce respondentů z řad žen i mužů, a to po 9, se na číselné stupnici přiklonilo k číslu 3. Následovalo číslo 4, které označilo 6 žen a 5 mužů. Na čísle 5, které zastupovalo tvrzení „neřídím se náboženskými pravidly“ se shodli 2 ženy i 2 muži. Číslo 2 na stupnici označilo 5 žen a 4 muži. K číslu 1 „zcela se řídím náboženskými pravidly“ se nepřiklonil žádný z respondentů.



**Otázkou č. 10** jsem chtěla zjistit, zda dotazovaní berou za svůj postoj jejich církve v otázce umělého oplodnění.

**Graf č. 9** Ztotožňujete se s postojem Vaší církve v otázce umělého oplodnění?

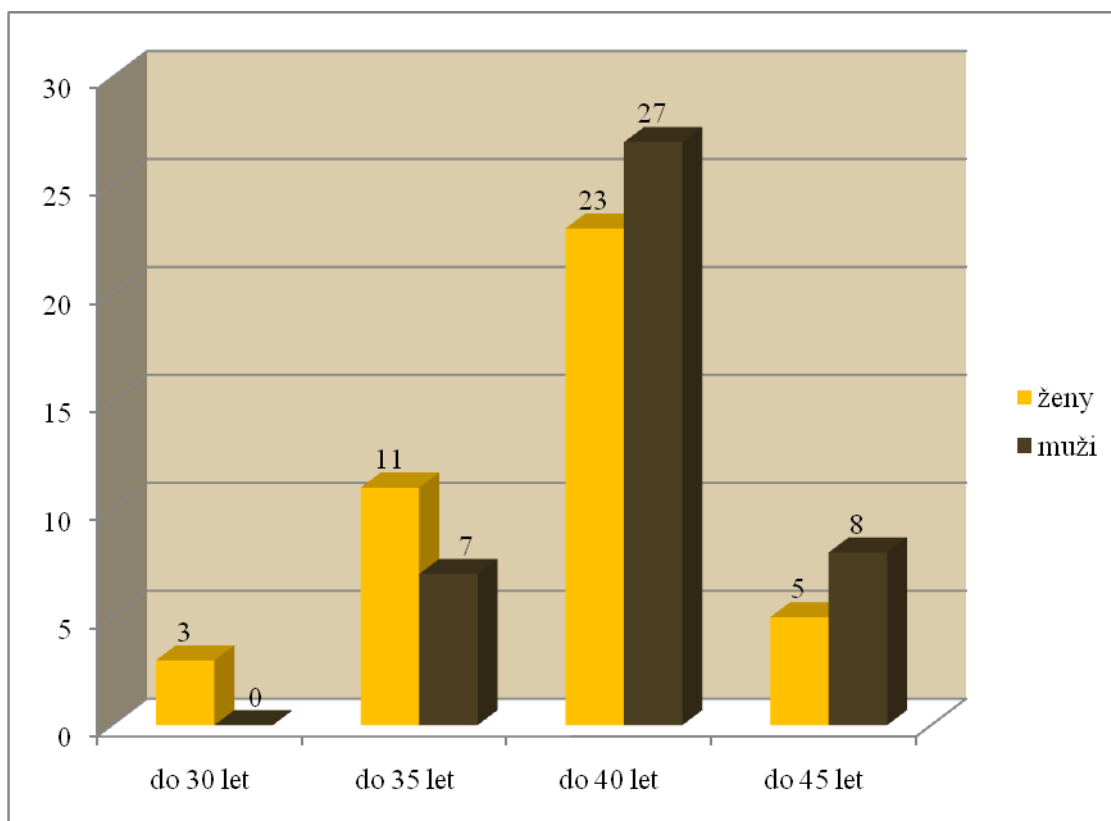


*Zdroj: Vlastní výzkum*

Touto otázkou jsem zjistila, že nejvíce z nich se přiklání k postoji „spíše ne“ a to jak ženy v 13 případech, tak i muži v 9 případech. Následuje možnost „spíše ano“, kterou označilo 11 žen a 4 muži. Odpověď „ne“ se vyskytla u 5 žen a 6 mužů. Možnost „ano“ označila 1 žena i muž.

**Otázka č. 11** měla za cíl zjistit, jak jsou respondenti orientovaní v problematice věku, ve kterém může žena nejpozději podstoupit umělé oplodnění.

**Graf č. 10** V kolika letech by podle Vás měla ženy **NEJPOZDĚJI** podstoupit umělé oplodnění?

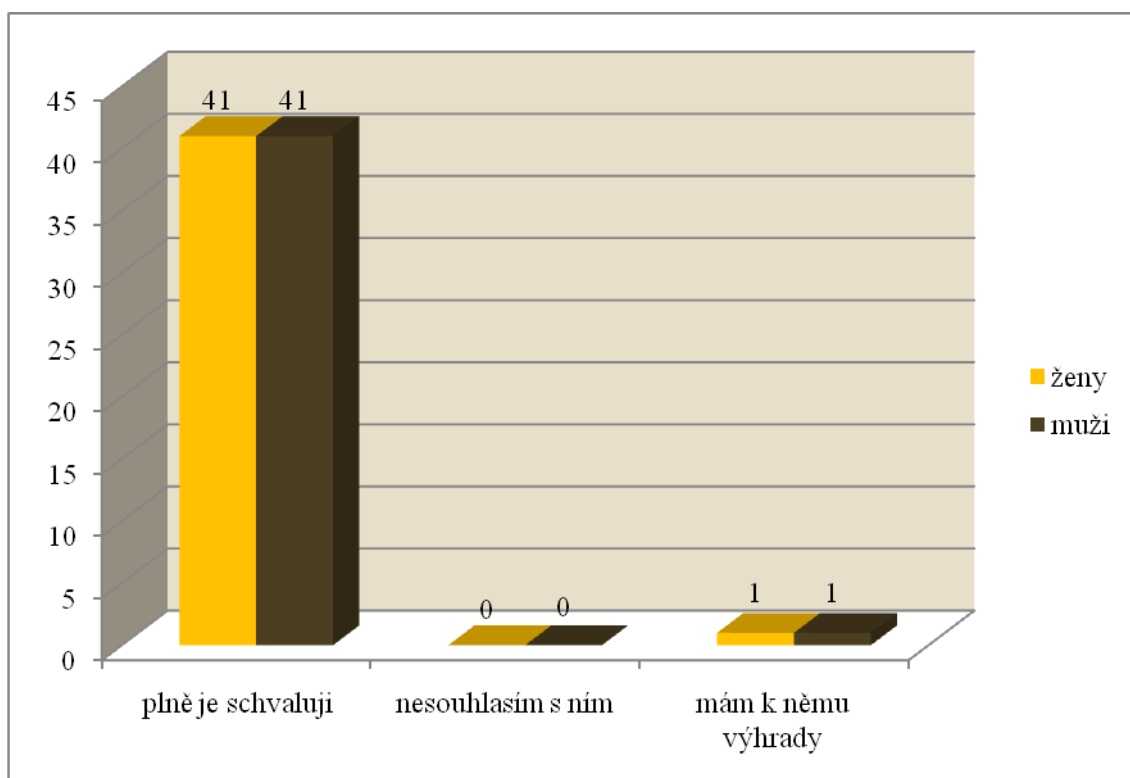


*Zdroj: Vlastní výzkum*

Většina dotázaných, a to jak 23 žen, tak 27 mužů se shodla na možnosti „do 40 let“. Názor „do 35 let“ mělo 11 dotázaných žen a 7 mužů. K možnosti do „45 let“ se přiklonilo 5 žen a 8 mužů. Názor „do 30 let“ zastupovaly pouze 3 ženy.

**Otázkou č. 12** jsem se snažila zjistit názor respondentů na otázku umělého oplodnění, kde dárce by byl manžel.

**Graf č. 11** Jaký je Váš názor na umělé oplodnění, kde dárce je manžel?

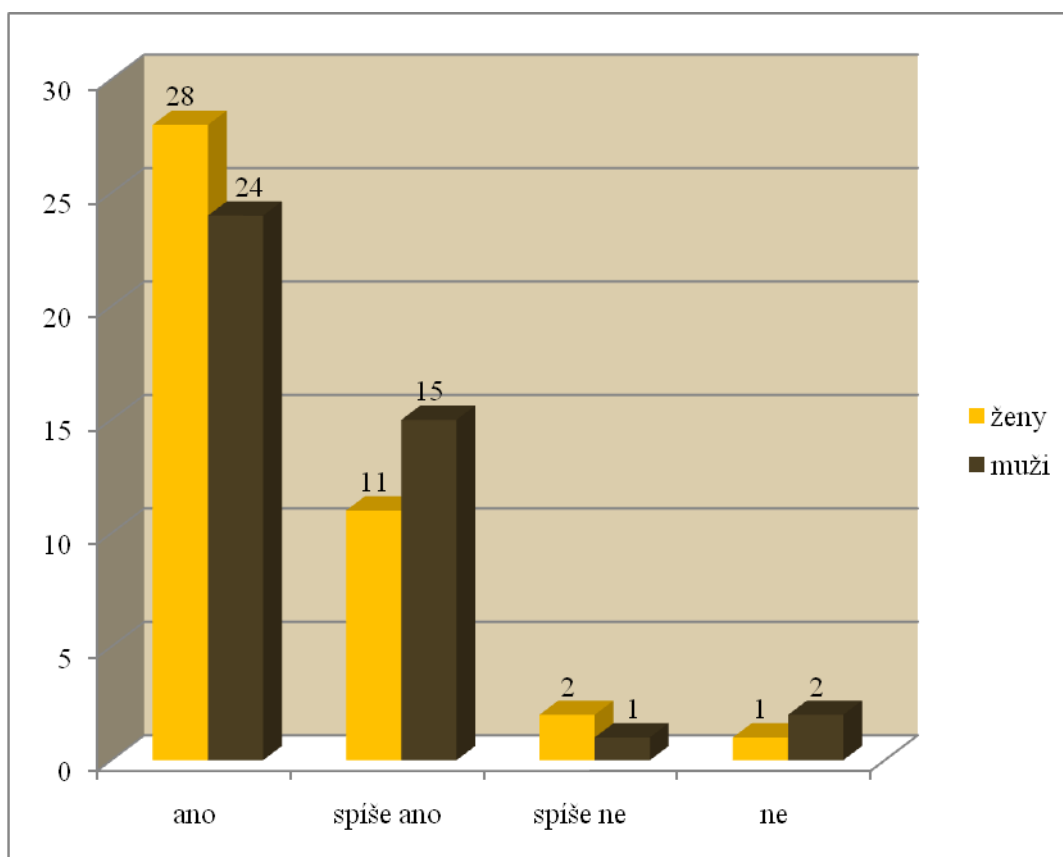


*Zdroj: Vlastní výzkum*

Převážná většina a to 41 žen i mužů plně schvaluje umělé oplodnění, kde dárce je manžel, výhrady k němu má pouze 1 žena i muž.

**Otázka č. 13** má poukázat na možnosti volby respondentů, v případě, že by se sami za sebe měli rozhodnout, zda by umělé oplodnění s manželem/ manželkou podstoupili.

**Graf č. 12 Podstoupil/ a byste s manželem/ manželkou umělé oplodnění?**

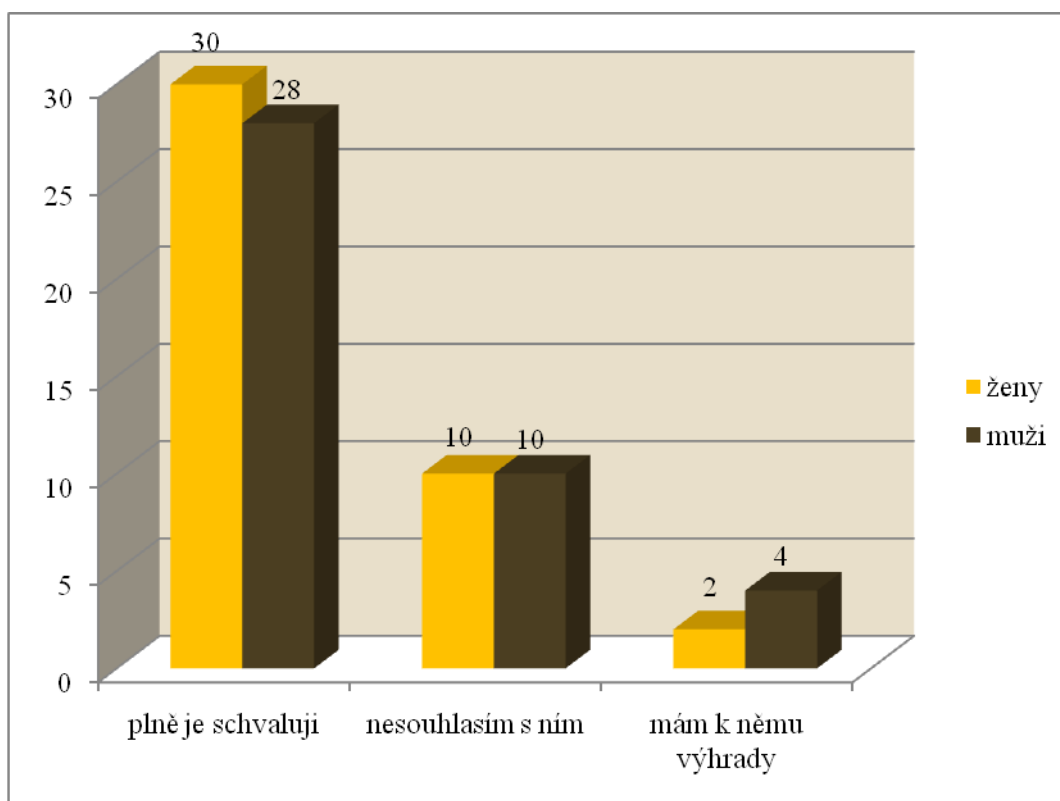


*Zdroj: Vlastní výzkum*

Ukázalo se, že 28 dotázaných žen a 24 mužů by podstoupilo umělé oplodnění. Možnost „spíše ano“ využilo 11 žen a 15 mužů. Spíše bych nepodstoupil/ a uvedlo 11 dotázaných žen a 15 mužů. Odpověď „ne“, nepodstoupil/a bych umělé oplodnění uvedla 1 žena a 2 muži.

**Otázkou č. 14** jsem chtěla zjistit názor respondentů na umělé oplodnění, kde dárce byl cizí muž.

**Graf č 13 Jaký je Váš názor na umělé oplodnění od cizího dárce?**

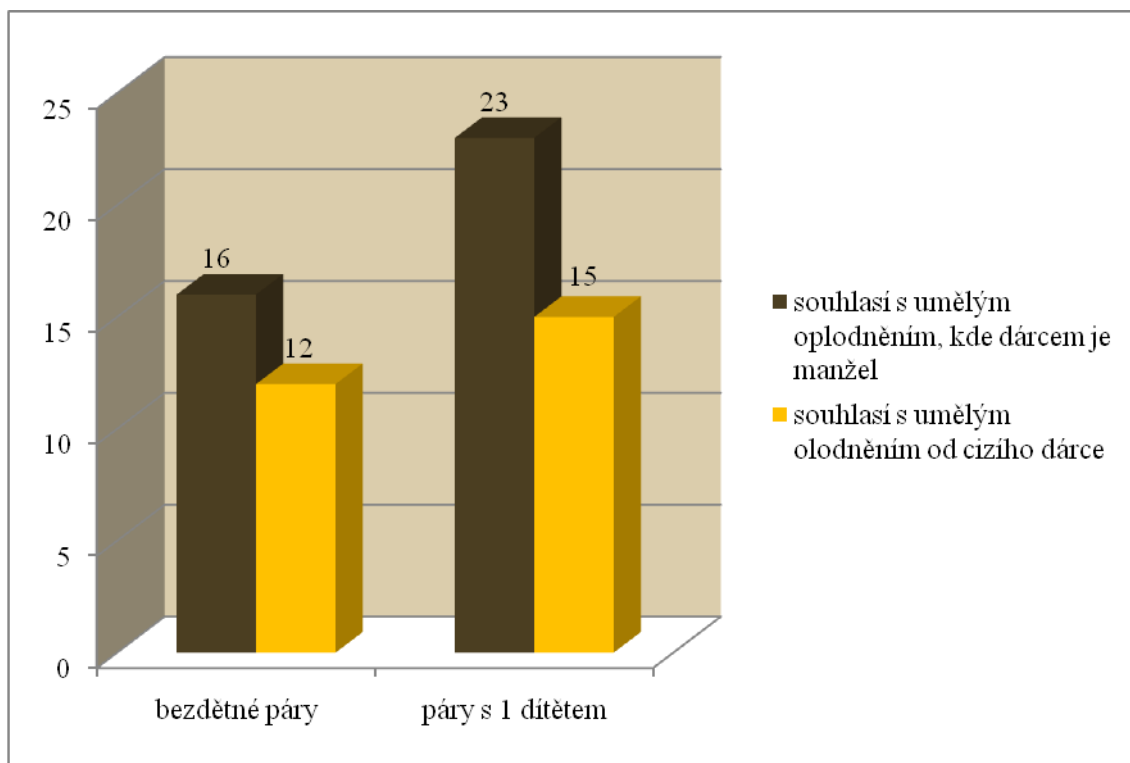


*Zdroj: Vlastní výzkum*

Převážná většina dotázaných, a to v 30 případech žen a 28 případech mužů, plně schvaluje umělé oplodnění od cizího dárce. S možností „nesouhlasím s ním“ se shodlo po 10 ženách i mužích. Výhradu k této variantě umělého oplodnění měli 2 ženy a 4 muži.

Tento graf má za úkol shrnout získané názory manželských párů na umělé oplodnění.

**Graf č. 14 Souhlasné názory s umělým oplodněním.**

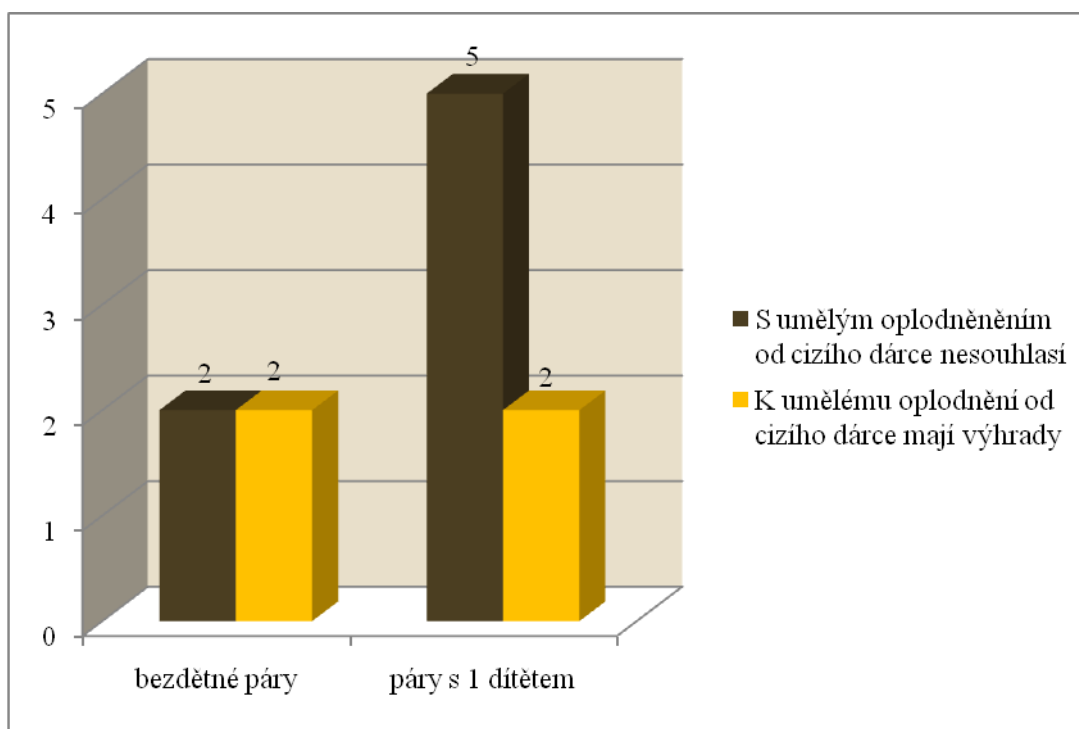


*Zdroj: Vlastní výzkum*

S umělým oplodněním, kde dárce je manžel souhlasí 16 bezdětných manželských párů a 23 párů, které mají jedno dítě. 12 bezdětných manželských párů a 15 párů s jedním dítětem souhlasí s umělým oplodněním od cizího dárce.

Tento graf poukazuje na výhrady, které mají manželské páry k umělému oplodnění od cizího dárce.

**Graf č. 15 Výhrady párů k umělému oplodnění cizím dárce.**

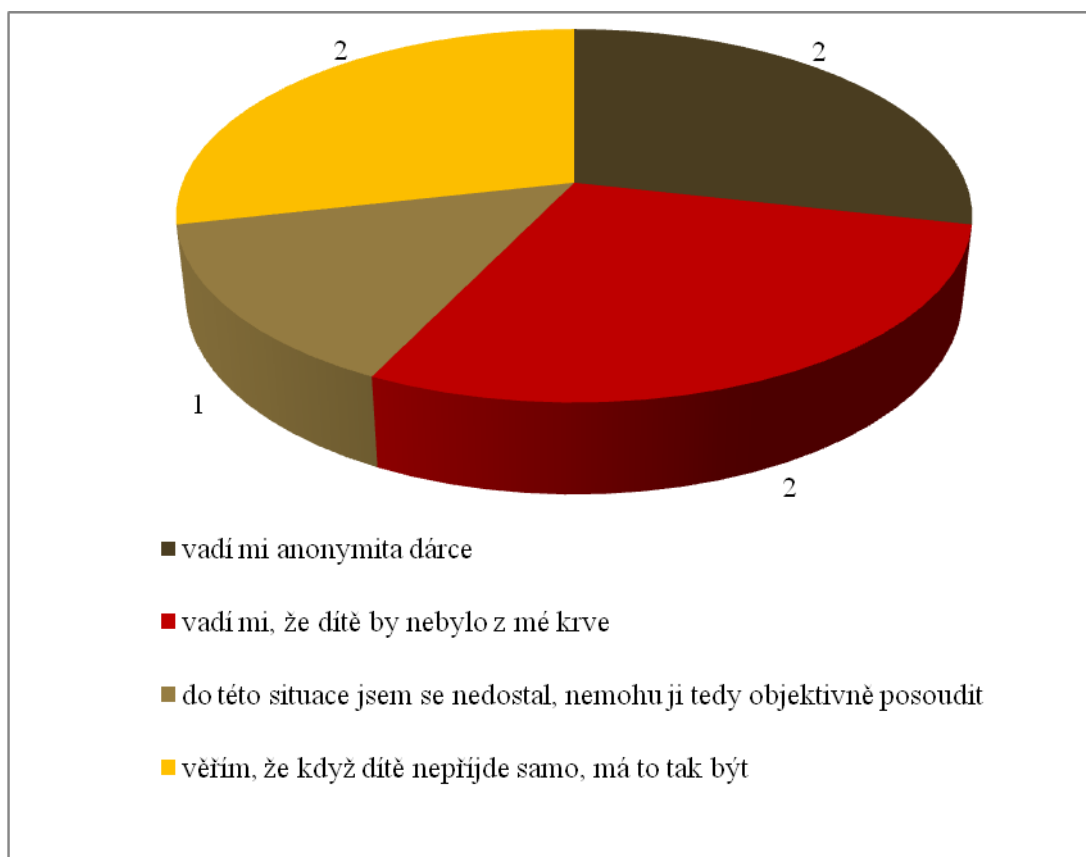


*Zdroj: Vlastní výzkum*

S umělým oplodněním od cizího dárce nesouhlasí jak 2 bezdětné manželské páry, tak i 5 párů s jedním dítětem. Výhrady k této variantě mají jak 2 bezdětné páry, tak i 2 páry s jedním dítětem.

Tento graf navazuje na předchozí otázku. Znázorňuje nejčastější výhrady respondentů k otázce umělého oplodnění od cizího dárce.

**Graf č. 16 Výhrady k otázce- Jaký je Váš názor na umělé oplodnění od cizího dárce?**



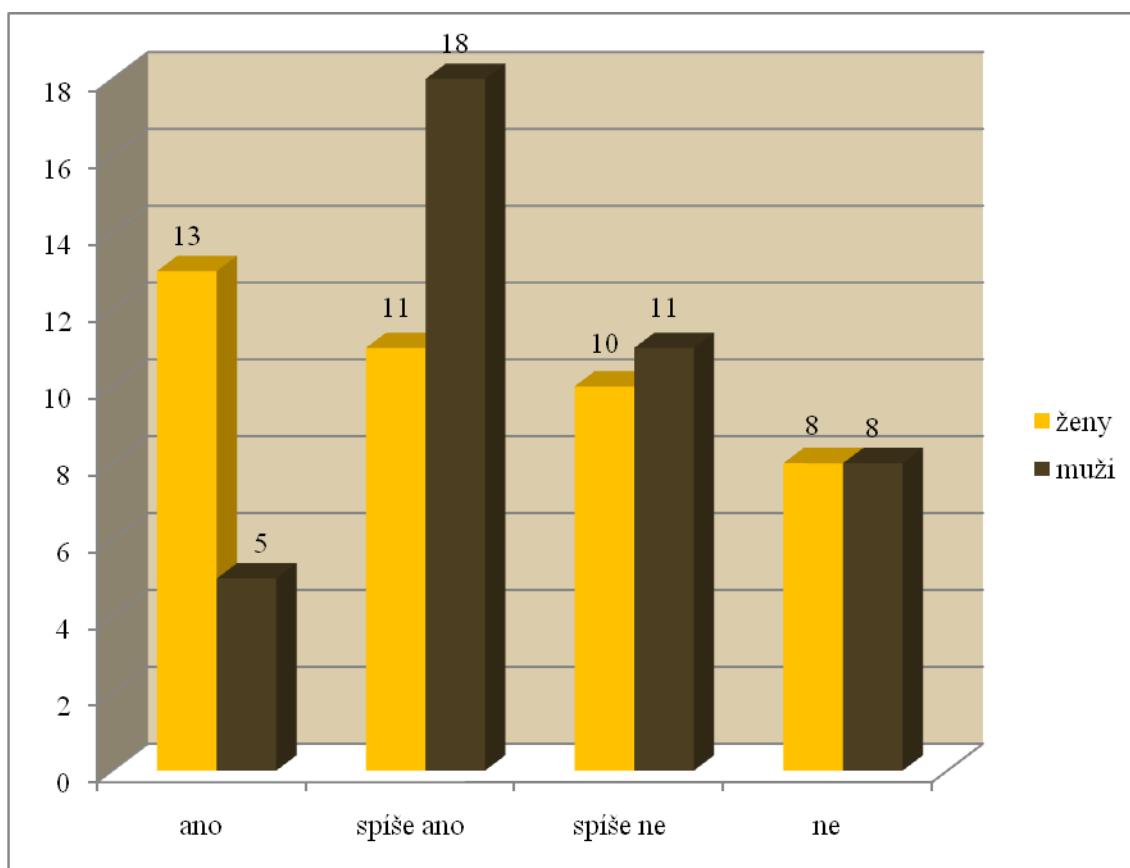
*Zdroj: Vlastní výzkum*

Výhrady k umělému oplodnění ve smyslu „vadí mi anonymita dárce“, „vadí mi, že by dítě nebylo z mé krve“, „věřím, že když dítě nepřijde samo, má to tak být“ má shodně po 2 dotázaných. 1 respondent tuto situaci nemůže objektivně posoudit, protože se do této situace nedostal.



**Otázka č. 15** má poukázat na možnosti volby respondentů, v případě, že by se sami za sebe měli rozhodnout, zda by podstoupili umělé oplodnění od cizího dárce.

**Graf č. 17** Souhlasil/ a byste Vy osobně s umělým oplodněním od cizího dárce?

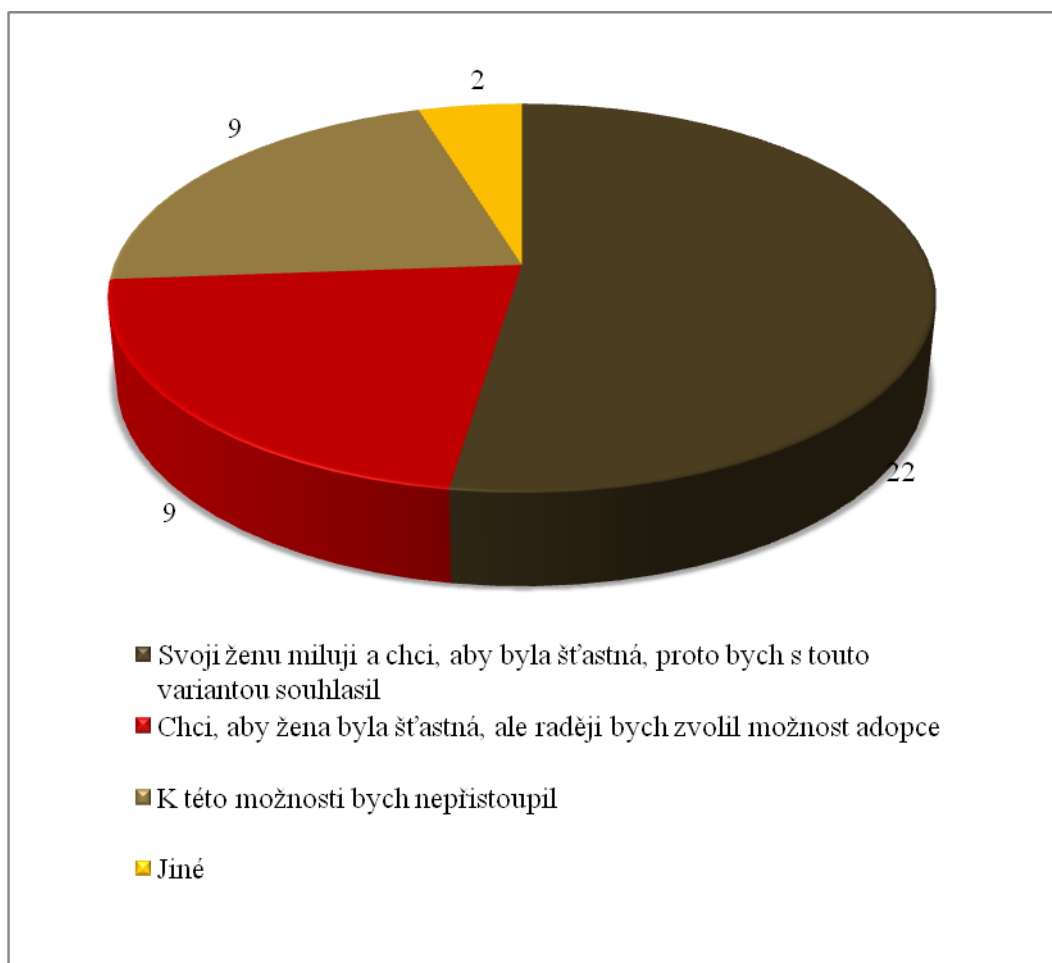


*Zdro: Vlastní výzkum*

Ukázalo se, že s možností „spíše ano“ se ztotožnilo 11 žen a 18 mužů. Odpověď „ano“ zvolilo 13 žen a 5 mužů. Názor „spíše ne“ vzalo za svůj 10 žen a 11 mužů. Odpověď „ne“, nepodstoupil bych oplodnění od cizího dárce, zvolilo 8 žen i mužů.

**Otázka č. 16** byla konstruována pouze pro muže. Měla za úkol zjistit, z jakých důvodů by muži přistoupili na umělé oplodnění své ženy od cizího dárce.

**Graf č. 18** Za jakých podmínek byste souhlasil s tím, aby Vaše žena podstoupila umělé oplodnění od cizího dárce?

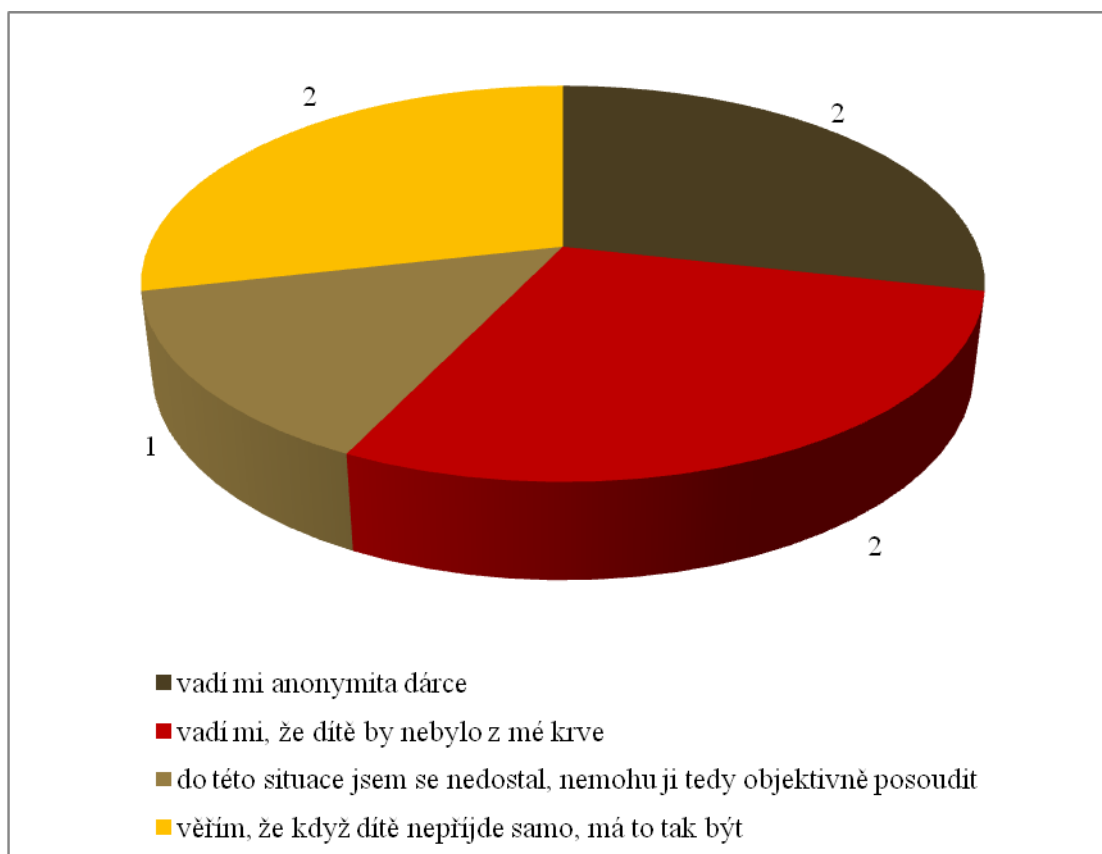


*Zdroj: Vlastní výzkum*

Ukázalo se, že 22 mužů by na tuto možnost přistoupilo, protože svoji ženu milují a chtějí, aby byla šťastná. 9 dotázaných chce, aby žena byla šťastná, ale raději by zvolili možnost adopce. K této možnosti by nikdy nepřistoupilo 9 mužů a 2 měli jiný názor.

Tento graf vyjadřuje nejčastější důvody, za kterých by muži na umělé oplodnění své ženy cizím dárcem nikdy nepřistoupili.

**Graf č. 19 Důvody, kvůli kterým by dotazovaní nepřistoupili na možnost umělého oplodnění jejich ženy od cizího dárce.**

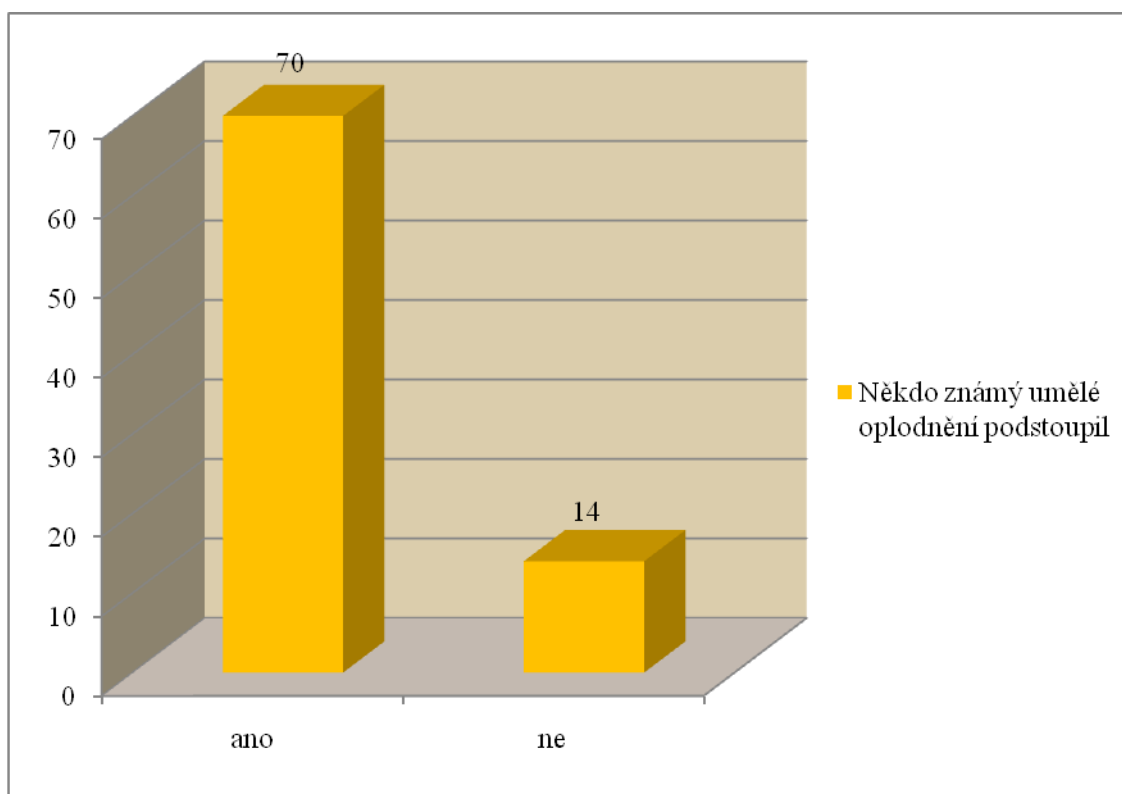


*Zdroj: Vlastní výzkum*

Shodně po 2 hlasech zaznamenaly názory „vadí mi anonymita dárce“, „vadí mi, že by dítě nebylo z mé krve“ a „do této situace jsem se nedostal, nemohu ji objektivně posoudit“. Názor „věřím, že když dítě nepřijde samo, má to tak být“, uvedl jeden dotázaný.

**Otázkou č. 17** jsem se zaměřila na to, zda dotazovaní ví o někom nebo znají někoho, kdo již umělé oplodnění podstoupil.

**Graf č. 20** Znáte někoho ze svého okolí, kdo umělé oplodnění již podstoupil?

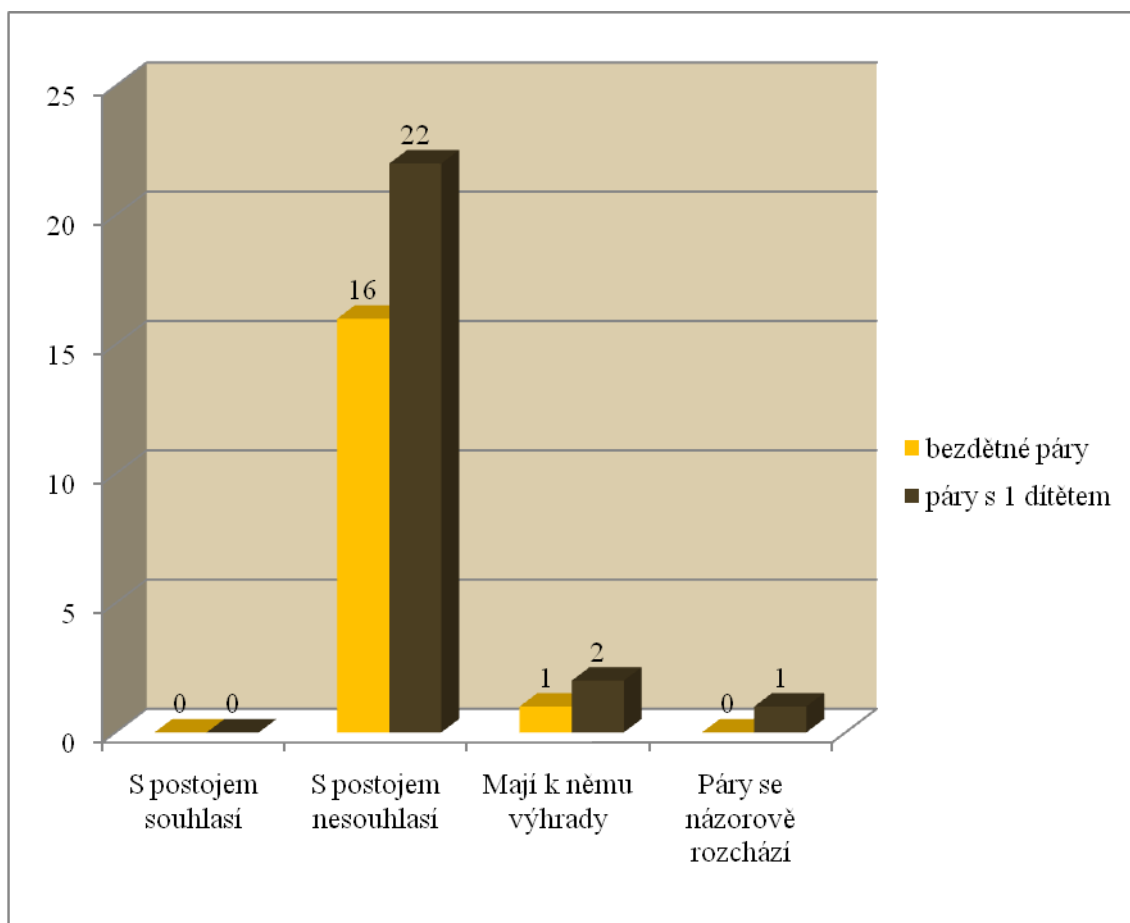


*Zdroj: Vlastní výzkum*

Převážná většina, a to 70 dotazovaných uvedla, že zná někoho, kdo již umělé oplodnění podstoupil, pouze 14 respondentů o nikom takovém neví.

**Otázkou č. 18** jsem se chtěla zaměřit na názory respondentů ohledně odmítání umělého oplodnění z náboženských důvodů a to v případě, že dárce by byl manžel.

**Graf č. 21** Názory párů k odmítání umělého oplodnění z náboženských důvodů, kde dárce je manžel.

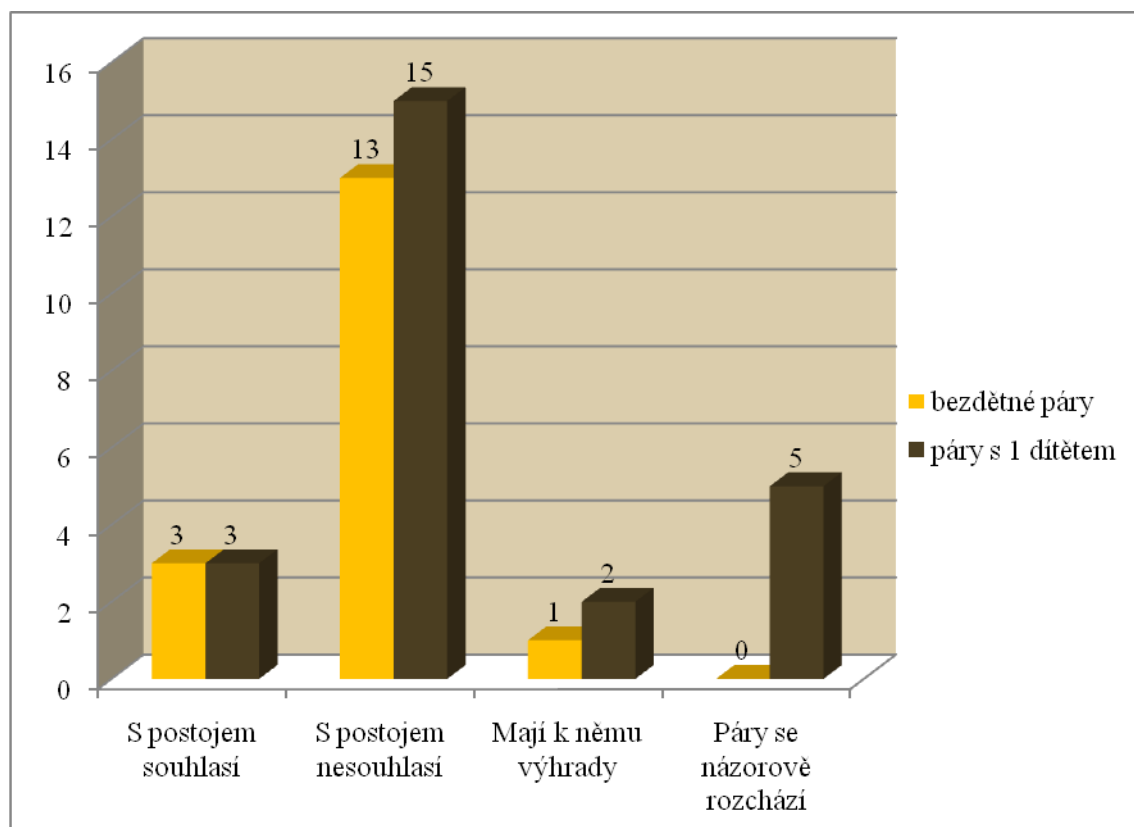


*Zdroj: Vlastní výzkum*

Zde převládal jednoznačný názor. 16 bezdětných párů a 22 párů s jedním dítětem s odmítáním umělého oplodnění z náboženských důvodů nesouhlasí. 1 bezdětný pár a 2 páry s jedním dítětem mají k tomuto postoji výhrady. V názoru na tuto problematiku se neshodl 1 pár s jedním dítětem. Souhlas s odmítáním umělého oplodnění z náboženských důvodů neprojevil žádný pár.

**Otázka č. 19** se zaměřila opět na názor odmítání umělého oplodnění z náboženských důvodů, ale tentokrát za přispění cizího dárce.

**Graf č. 22** Názory párů k odmítání umělého oplodnění od cizího dárce z náboženských důvodů.



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Opět se ukázalo, že 13 bezdětných párů a 15 párů s jedním dítětem s tímto rozhodnutím nesouhlasí. Zde se však objevuje i názor souhlasný, ten vyjadřují jak 3 bezdětné páry, tak i 3 páry s jedním dítětem. Výhrady k této problematice má 1 bezdětný pár a 2 páry s jedním dítětem. V tomto případě se neshodlo na jediném názoru 5 párů s jedním dítětem.

## 5. Diskuze

Výzkumu s názvem „Etické problémy reprodukční medicíny“ se zúčastnilo 84 osob, respektive 42 manželských párů. Otázky byly zaměřené na zodpovězení hypotéz a tím i na zmapování názoru na problematiku reprodukční medicíny a zvláště pak na konkrétní názory týkající se homologního a heterologního oplodnění.

Neustále přibývá dětí počatých pomocí metod asistované reprodukce. Díky ní se mohlo do roku 2008 narodit více jak 3 miliony dětí na celém světě. (7) Převážná většina lidí, jak naznačuje graf č. 20, zná někoho, kdo metod asistované reprodukce již využil, to je jasná známka její stále se zvyšující popularity.

Proč je reprodukční medicína, tak populární? Odpověď je celkem jednoduchá, většina žen v současné době odkládá mateřství na pozdější věk. Ženy v Evropě mají své první dítě v průměru ve 28 letech, ale počet rodiček po 35 roce věku se rok od roku zvyšuje. (28) Ne každá žena, respektive pár má to štěstí, že se jim podaří počít dítě na první pokus. Mnohdy jim to trvá déle, než by si sami přáli. 95 % párů sice dosáhne těhotenství do 13 měsíců nechráněného pohlavního styku, avšak AFS (American Fertility Society) uvádí, že za neplodný pár je považován, ten, kde žena, během jednoho roku pravidelného nechráněného styku neotěhotní. (Ventruba in Gynekologie, 2001, s. 127). Jiný zdroj však uvádí, že sterilita je stavem, kdy žena není schopna otěhotnět během dvou let nechráněného pohlavního styku. (10). Ať tak či onak, může být tento údaj pro dost velkou část párů, které se rozhodly mít dítě až později, dosti znepokojující, pokud navíc vezmeme v úvahu, že plodnost ženy s přibývajícím věkem klesá. Kolem 24 věku, je ženská plodnost na svém maximu. Pravděpodobnost otěhotnět klesá již od 30 let, je to přibližně 20- 25 % na jeden menstruační cyklus. V 35 letech je to kolem 15% (Řežábek, 2008, s. 15) a v tuto dobu začíná prudce klesat, tak, že ve 40 letech je na 5% (Kobilková, 2005, s. 149) a ve 42 letech se blíží nule (Řežábek, 2008, s. 15). Toto jsou dosti znepokojivé údaje, které si ne každý musí nutně uvědomit.

Převážná většina lidí dle grafu č. 10 má za to, že umělé oplodnění by měla žena podstoupit nejpozději do 40 roku věku, což dle výše uvedených údajů je již na hranici plodnosti a tudíž i možnosti užití metod asistované reprodukce.

Umělé oplodnění, jako takové je možné provést několika postupy. Jsou jimi: odběr zárodečných buněk a umělé oplodnění ženy buď oplozením vajíčka spermií mimo tělo ženy, nebo přenos embrya do pohlavních orgánů ženy, případně zavedení zárodečných buněk do pohlavních orgánů ženy. (18) Tyto postupy lze provést dvěma variantami a to buď homologním oplodněním, kde dárce je manžel, nebo heterologním oplozením, kde dárce je neznámý muž. První varianta, homologní oplodnění, tedy od manžela je variantou, která je přijímána vcelku kladně a převážná většina lidí dle grafu č. 11 s ním nemá žádný problém a to až do takové míry, že by je v případě nutnosti podstoupili, graf č. 12.

S touto variantou umělého oplodnění nemá zásadní problém ani většina známých náboženství. Všichni jsou za jedno v tom, že bezdětným manželstvím je třeba pomoci, ale musí existovat určitá kontrola. Mezi nejradikálnější patří Římskokatolická církev, která ve svých oficiálních prohlášeních považuje použití reprodukčních technologií za eticky neospravedlnitelné, (22) jelikož oplodnění, které nahrazuje manželský akt, je zakázáno vzhledem k dobrovolnému oddělení obou jeho významů. (24) Díky tomuto kritériu je vyloučeno heterologní umělé oplodnění i techniky homologního oplodnění, které nahrazují manželský akt, přijatelné jsou pouze ty, které poskytují pomoc manželskému aktu a jeho plodnosti. (12) Sem v tomto případě spadá možnost zavedení zárodečných buněk, tedy spermií do pohlavních orgánů ženy, avšak získaných bez masturbace. Podobný názor sdílí i islám a židovská církev pro ni heterologní oplodnění představuje jistou variantu manželské nevěry, která je nepřijatelná. (29) Ostatní církve jako Československá husitská a Evangelická sdílí názor, že vše je na svobodné vůli a svědomí věřících.

Z výše uvedeného je tedy patrné, že církve mají většinou potíže s přijetím heterologního oplodnění, ale mají jisté výhrady i k homolognímu.

Z mého výzkumu vyplývá, graf č. 13, že převážná většina lidí plně schvaluje umělé oplodnění od cizího dárce, avšak není tak jednoznačné jako u předchozí varianty. V této problematice se vyskytla jedna zajímavost a to v podobě grafu č. 7- 19 žen a 18 mužů z mého výzkumu se přihlásilo k římskokatolické církvi. Tito lidé uvedli na stupnici 1- 5, kde číslo 1 označovalo „zcela se řídím náboženskými pravidly“ a 5



„neřídím se pravidly“, převážně číslo 3 a za ním nenásledovalo číslo 4. Z toho vyplývá, že se pravidly římskokatolické církve řídí sporadicky, to může být dáno jeho přísností v oblastech běžného lidského života, možná z tohoto důvodu ti samí lidé převážně uvedli dle grafu 9, že s postoji římskokatolické církve v otázce umělého oplodnění spíše nesouhlasí. Drtivá většina párů dle grafu č. 21 a 22 také nesouhlasí s tím, aby bylo umělé oplodnění, kde dárcem je manžel nebo cizí muž odmítnuto právě na základě víry, tedy i jejich etických názorů na danou problematiku. Zde se dá pravděpodobně usuzovat, že touha po vlastním dítěti v danou chvíli zdaleka předčí vše ostatní, tedy i vlastní víru výše zmiňovaných lidí.

Ovšem toto mé tvrzení mírně vyvrací poznatky v grafu č. 17, kde si všichni ti, kteří v grafu č. 16 tvrdili, že plně schvalují umělé oplodnění, nejsou zcela tak jisti svým názorem v případě, že by se tato možnost týkala přímo jich. Tyto ne zcela souhlasné názory vyjadřovaly bezdětné páry, graf č. 14, ale také a to převážně muži, proto mě zajímalo, z jakého důvodu mají muži s touto variantou větší problém než ženy nebo konkrétněji z jakého důvodu by souhlasili s touto variantou. Z výzkumu vyplynulo, že většina mužů, jak je patrné v grafu č. 18, svoji ženu miluje natolik, že by s touto variantou souhlasili proto, aby byla šťastná. Myslím, že je to pro danou chvíli rozhodnutí nejlepší, kdy si po úspěšném oplození mohou oba manželé do jisté míry „oddechnout“.

Pro muže může v tomto případě být zkušenost psychického otcovství důležitější než vědomí, že je biologickým otcem dítěte. Avšak toto počáteční nadšení může později přejít ve smíšené pocity. (24) Podle mého názoru si může otec v nové rodině přijít jako „cizí“. Žena má vytoužené dítě a je matkou, avšak otec udělil ke všemu pouze souhlas a ve skutečnosti, ať chce nebo ne, není tím biologickým otcem manželčina dítěte. To je také jeden z problémů, který muži dle grafu č. 19 udávají a na stejné úrovni uvádí i anonymitu dárce.

Tyto problémy by mohly růst i dále. Matce by dítě nemuselo přinášet radost, když nevidí u vyrůstajícího dítěte podobnost s manželem. Nepřirozeným způsobem jí zůstává skrytý. Takže místo aby dítě tvořilo pouto jednoty, může představovat nebezpečí, že bude skrytým zdrojem starostí a možného odloučení. (24)

## 6. Závěr

Cílem mé práce bylo poukázat na to, zda v dnešní době vidí mladé manželské páry etické problémy v umělém oplodnění a zda by je etická stránka problematiky odradila od tohoto kroku.

Zjistila jsem, že páry v téměř naprosté většině souhlasí s homologním oplodněním, avšak domnívala jsem se, že by mohly mít výhrady k heterologní variantě umělého oplodnění. Jak se však ukázalo ve výzkumu a následně i v diskuzi, touha po dítěti v danou chvíli předčí vše ostatní, tedy i stanoviska církve a jejich etické námitky, ke které se páry hlásí.

Dále byl výzkumem zjištěn fakt, že někteří manželé, pokud by měli přistoupit na umělé oplodnění, kde dárce by byl cizí muž, tedy heterologní, by si přáli, aby byla odbourána anonymita dárce. Možná by jeho odtajnění do jisté míry mohlo odstranit jisté starosti matky a potažmo i otce, když jim biologický otec zůstává nepřírozně skrytý a oni nemají možnost srovnání. Otázkou by však bylo, jaký názor by na tuto možnost měli samotní anonymní dárce. Je to zajímavé zjištění, které by jistě stálo za hlubší prozkoumání.

Za přínos této práce do zdravotně sociální oblasti bych viděla poukázání na to, jak je touha po dítěti silná, a to až do té míry, že lidé odsunou svoji mnohdy celoživotní víru do ústraní a také, jak je dítě důležité pro naplnění manželského vztahu. Jako další plus bych viděla alespoň základní nástin názorů na problematiku umělého oplodnění a případných výhrad k jeho heterologní variantě.

Ve výzkumu jsem ověřovala tyto hypotézy:

**První hypotéza zněla:** „Mladé bezdětné manželské páry nevidí v problematice umělého oplodnění žádný etický problém.“ Tato hypotéza byla na základně dotazníků potvrzena.

***Druhá hypotéza zněla:*** „Mladé manželské páry s jedním dítětem nevidí v problematice umělého oplodnění žádný etický problém.“ Tato hypotéza byla na základě dotazníků potvrzena.

***Třetí hypotéza zněla:*** „Mladé bezdětné manželské páry rozlišují etickou problematiku v případě cizího dárce.“ Tato hypotéza nebyla na základě dotazníků potvrzena.

***Čtvrtá hypotéza zněla:*** „Mladé manželské páry s jedním dítětem rozlišují etickou problematiku v případě cizího dárce.“ Tato hypotéza nebyla na základě dotazníků potvrzena.

***Pátá hypotéza zněla:*** „Mladé bezdětné manželské páry odmítají z etických důvodů umělé oplodnění.“ Tato hypotéza nebyla na základě dotazníků potvrzena.

***Šestá hypotéza zněla:*** „Mladé manželské páry s jedním dítětem odmítají z etických důvodů umělé oplodnění.“ Tato hypotéza nebyla na základě dotazníků potvrzena.

Většinu hypotéz se naplnit nepodařilo, je to zjevně tím, jak uvádím již výše, že touha po dítě je natolik hnací silou k naplnění manželské lásky, že páry etickou stránku této problematiky příliš nevnímají.

1. Československá církev husitská. *Slovo církve Československé husitské-pracovní text* [online]. duben 2006 [cit. 2010-03-11]. Dostupné z:  
<http://www.ccsch.cz/dokumenty/318-slovo-ccsh-k-socialni-etice.doc>.
2. DOLISTA, J.- SAPIK. M. *Studie z bioetiky III*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2008. ISBN 978-80-7394-004-1.
3. DOSTÁL, J. *Etické a právní aspekty asistované reprodukce (Situace ve státech přijatých do EU v roce 2004)*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. ISBN 978-80-244-1700-4.
4. ENES, E. *Bez závoje- Islám, muslimové a „ostatní“* [online]. 27.2.2009 [cit. 2010-02-03]. Dostupné z:  
<http://unveiled.blog.cz/0902/sari-atska-kontrola-porodnosti-2-dil>.
5. Endometriosis.org. *Endometriosis* [online]. 11.1.2010 [cit. 2010-03-17]. Dostupné z:  
<http://www.endometriosis.org/endometriosis.html>.
6. Endometrioza.cz. *Endometrióza a neplodnost* [online]. 2007 [cit. 2010-03-17]. Dostupné z:  
<http://www.endometrioza.cz/endometrioza-a-neplodnost.php>.
7. GATE2BIOTECH. 30 let asistované reprodukce. *Gate2Biotech-Biotechnologický portál* [online]. 2006, vyd.10.12.2008 [cit.2009-11-19]. Dostupné z:  
<http://www.gate2biotech.cz/let-asistovane-reprodukce>. ISSN: 1802-2685.

8. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.
9. Klinika zdraví.cz. *Reprodukční medicína* [online]. 2008 [cit. 2010-03-27]. Dostupné z:  
<http://www.klinikazdravi.cz/zdravotni-pece/?id=9a399e2e-1695-102c-92ff-00e0814daf34>.
10. KOBILKOVÁ, J. et. al. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-315-X.
11. KONEČNÁ, H. *Na cestě za dítětem*. 2. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-7262-591-8.
12. KONGREGACE PRO NAUKU VÍRY. *Instrukce Dignitas personae o některých otázkách biotiky*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2009. ISBN 978-80-7195-352-4.
13. KONGREGACE PRO NAUKU VÍRY. *Instrukce Donum vitae- Dar života*. Brno: Občanské sdružení HIPPOKRATES, 2007. ISBN 978-80-903949-0-2.
14. KOPECKÁ, K. - KOPECKÝ, P. *Zdravie a klinika chorôb*. Martin/ SR: Osveta, 1998. ISBN 80-8063-010-0.
15. KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. 2. vyd. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-72-54-538-8.
16. KOTLER, P.- KELLER, K., L. *Marketing management*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1359-5.

17. KUBÍČEK, V. Mužské reprodukční zdraví. In *Reprodukční zdraví 2005*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta 2005. s. 14- 18. ISBN 80-7040-765-4.
18. KUČEROVÁ, B.- VELEMÍNSKÝ M. ml, M. Etické a právní aspekty reprodukční medicíny. In *Vybrané kapitoly k sociální práci, Sociální práce II*. Praha: Triton, 2007, s. 137- 140. ISBN 978-80-7387-064-5.
19. LIPSHULTZ, L. I. Mužský faktor infertility: vyšetření a léčba. *Urologické listy* [online]. 2006, roč. 1, č. 1 [cit. 2010-03-18]. Dostupné z: [http://www.urologickelisty.cz/pdf/ul\\_06\\_01\\_01.pdf](http://www.urologickelisty.cz/pdf/ul_06_01_01.pdf). ISSN: 1801-7584.
20. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, *Rodičovská péče o děti a politika zaměstnanosti*. [online]. 2009 [cit. 2010-03-31]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/6607/6\\_Spiridon\\_Paraskewopoulos\\_CZ.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/6607/6_Spiridon_Paraskewopoulos_CZ.pdf).
21. MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY, *zákon 20/1966 o péči o zdraví lidu* [online]. [cit. 2010-03-31]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=1966&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=5>.
22. ONDOK, P., J. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-486-1.
23. PAPÁČKOVÁ, B. Adopce a pěstounská péče. In *Reprodukční zdraví 2006*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 29- 32. ISBN 80-7040-855-3.
24. PESCHKE, H., K. *Křesťanská etika*. 6. vyd. Praha: Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-331-0.

25. ROZTOČIL, A. et al. *Porodnictví*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-339-2.
26. ŘEŽÁBEK, K. *Asistovaná reprodukce*. Praha: Jessenius Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-154-7.
27. ŘEŽÁBEK, K. *Léčba neplodnosti*. 3. aktual. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-1010-2.
28. SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-559-8.
29. ŠRAJER, J. *Aplikovaná etika a náboženství* [online]. České Budějovice: Teologická fakulta JU. 22.12.2009 [cit. 2010-02-03]. Dostupné z:  
[http://www.tf.jcu.cz/katedry/ket/studium/srajer/ps/aplikovana\\_etika\\_nabozenstvi](http://www.tf.jcu.cz/katedry/ket/studium/srajer/ps/aplikovana_etika_nabozenstvi)  
<http://unveiled.blog.cz/0902/sari-atska-kontrola-porodnosti-2-dil>.
30. VENTRUBA, P. Poruchy plodnosti. In *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. s. 127- 139. ISBN 80-7262-094-0.
31. VOKURKA, M. - HUGO, J. et al. *Velký lékařský slovník*, 5. vyd. Praha: Jessenius Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-058-5.
32. WAHRMAN, Z., M. Assisted Reproduction and Judaism. *Patheos seek. understand*. [online]. 6.9. 2009 [cit.2010-02-02]. Dostupné z:  
<http://www.patheos.com/Resources/Additional-Resources/Assisted-Reproduction-and-Judaism.html>.

## **8. Klíčová slova**

GIFT

Heterologní oplodnění

Homologní oplodnění

ICSI

Infertilita

IVF

Kryokonzervace

Reprodukční medicína



## **9. Přílohy**

## Příloha č. 1

### Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Stanislavová a jsem studentka 3.ročníku Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích oboru Rehabilitační- psychosociální péče o postižení děti, dospělé a seniory. V současné době píši bakalářskou práci na téma „ETICKÉ PROBLÉMY REPRODUKČNÍ MEDICÍNY“ a právě z tohoto důvodu se na Vás obracím s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který mi poslouží jako podklad pro moji práci.

***Dotazník je určen lidem, kteří žijí v manželství a jsou bezdětní, případně mají jedno dítě.*** Tento dotazník je zcela anonymní, informace z něj budou použity pouze ve statistické formě v mé bakalářské práci. Předem děkuji za spolupráci.

**Pokyny pro vyplnění:** Odpovědi prosím tučně zvýrazněte nebo označte jinou barvou, případně doplňte. **Označte prosím pouze jednu odpověď.**

#### 1. Jaké je Vaše pohlaví?

- žena
- muž

#### 2. Zařad'te se do jedné z věkových skupin

- 23 a méně
- 24-29
- 30-35
- 36-40
- 41 a více

#### 3. Jaké je vaše maximální dosažené vzdělání?

- základní
- střední odborné bez maturity (výuční list)

- střední odborné s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské

**4. Jak dlouho jste vdaná/ženatý?**

- 0-5 let
- 6-10 let
- 11-15 let
- více jak 15 let

**5. Kolik máte dětí?**

- žádné (vynechejte otázku 7)
- jedno (přejděte na otázku 7)

**6. Plánujete s manželem/manželkou mít děti?**

- ano
- ne

**7. Plánujete s manželem/manželkou mít další děti?**

- ano
- ne

**8. K jakému náboženskému vyznání se hlásíte?**

- jsem bez vyznání (přejděte na otázku č. 11)
- římskokatolickému
- evangelickému
- židovskému
- jinému (prosím vypište)

.....

**9. Považujete se za věřícího, který se řídí náboženskými pravidly?**

*(1 = zcela se řídím pravidly, 5 = neřídím se pravidly)*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**10. Ztotožňujete se s postojem Vaší církve v otázce umělého oplodnění?**

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

**11. V kolika letech by podle Vás měla žena NEJPOZDĚJI podstoupit umělé oplodnění?**

- do 30 let
- do 35 let
- do 40 let
- do 45 let

**12. Jaký je Váš názor na umělé oplodnění, kde dárce je manžel?**

- plně je schvaluji
- nesouhlasím s ním
- mám k němu výhrady (prosím vypište)

.....  
.....

**13. Podstoupil/a byste s manželem/manželkou umělé oplodnění?**

- ano
- spíše ano
- spíše ne

- ne

**14. Jaký je Váš názor na umělé oplodnění od cizího dárce?**

- plně je schvaluji
- nesouhlasím s ním
- mám k němu výhrady (prosím vypište)

.....  
.....

**15. Souhlasil/a byste Vy osobně s umělým oplodněním od cizího dárce?**

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

***otázku č. 16 vyplní POUZE MUŽI***

**16. Za jakých podmínek byste souhlasil s tím, aby Vaše žena podstoupila umělé oplodnění od cizího dárce?**

- Svoji ženu miluji a chci, aby byla šťastná, proto bych s touto variantou souhlasil
- Chci, aby žena byla šťastná, ale raději bych zvolil možnost adopce
- K této možnosti bych nepřistoupil (prosím vypište důvod)

.....  
.....

- Jiné (prosím vypište)

.....  
.....

**17. Znáte někoho ze svého okolí, kdo umělé oplodnění již podstoupil?**

- ano
- ne

**18. Jaký je Váš názor na ODMÍTÁNÍ umělého oplodnění Z NÁBOŽENSKÝCH DŮVODŮ, kde dárce je manžel?**

- nesouhlasím s tímto rozhodnutím
- toto rozhodnutí respektuji, ale nesouhlasím s ním
- souhlasím s tímto rozhodnutím
- jiné (prosím vypište)

.....  
.....

**19. Jaký je Váš názor na ODMÍTÁNÍ umělého oplodnění Z NÁBOŽENSKÝCH DŮVODŮ, za přispění cizího dárce?**

- nesouhlasím s tímto rozhodnutím
- toto rozhodnutí respektuji, ale nesouhlasím s ním
- souhlasím s tímto rozhodnutím
- jiné (prosím vypište)

.....  
.....

*Přeji příjemný den!*