

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Gabriela Štorkánová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

Gabriela Štorkánová

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

PROBLEMATIKA ASISTOVANÉ REPRODUKCE

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

PLZEŇ 2020

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Gabriela ŠTORKÁNOVÁ**
Osobní číslo: **Z17B0025P**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Téma práce: **Problematika asistované reprodukce**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanovit cíl kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační normu
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce

Rozsah bakalářské práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

- ŘEŽÁBEK, Karel. Asistovaná reprodukce. 3. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf, [2018]. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 9788073455538.
- DOSTÁL, Jiří. Etické a právní aspekty asistované reprodukce: situace ve státech přijatých do Evropské unie v roce 2004. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1700-4.
- MITLÖHNER, Miroslav a Olga SOVOVÁ. Právní problematika umělé lidské reprodukce. Vydání první. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015, 86 s. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-565-3.
- KONEČNÁ, Hana. Rodičem kdykoliv a jakkoliv?: průvodce asistovanou reprodukcí a náhradní rodinnou péčí. První vydání. Praha: Mladá fronta, 2017. 255 stran. Medical services.
- The Journal of law, medicine & ethics: a journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics. Boston, MA: American Society of Law, Medicine & Ethics, 1993. ISSN 1073-1105.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.**
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2019**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2020**



PhDr. Lukáš Štich
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30. 4. 2020.



vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Gabriela Štorkánová

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Problematika asistované reprodukce

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

Počet stran – číslované: 88

Počet stran – nečíslované: 37

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 36

Klíčová slova: etické aspekty – asistovaná reprodukce – reprodukční medicína – neplodnost

Souhrn:

Tato bakalářská práce je zaměřena na pohled společnosti na etickou problematiku asistované reprodukce. Teoretická část pojednává především o etice asistované reprodukce. V jednotlivých kapitolách je dále přiblížena neplodnost a metody asistované reprodukce. Poslední kapitola obsahuje poznatky o roli porodní asistentky v centru asistované reprodukce. V teoretické části práce jsou poznatky z dostupné odborné literatury a internetových zdrojů.

Cílem praktické části je zjistit, jaký názor má společnost na asistovanou reprodukci pomocí kvantitativního výzkumu. Práce má poukázat na názory veřejnosti na asistovanou reprodukci a její problematiku. Praktická část práce se zabývá analýzou odpovědí z vytvořeného dotazníku.

Abstract

Surname and name: Gabriela Štorkánová

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Problems of assisted reproduction

Consultant: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

Number of pages – numbered: 88

Number of pages – unnumbered: 37

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 36

Keywords: ethical aspects – asisted reproduction – reproductive medicine – infertility

Summary:

This thesis is focused on the society's view of the ethical issues of assisted reproduction. The theoretical part deals mainly with the ethics of the assisted reproduction. Infertility and methods of the assisted reproduction are described in the individual chapters. The last chapter contains knowledge about the role of a midwife in the center of the assisted reproduction. The theoretical part of the thesis contains knowledge from the available literature and from the internet sources.

The aim of the practical part is to find out what society means about assisted reproduction. The practical part is based on the quantitative research. The thesis should reflect the public opinion on assisted reproduction and its problems. The practical part of the thesis deals with the analysis of the answers from the created questionnaire.

Poděkování

Děkuji Mgr. Kateřině Ratislavové, Ph.D. za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Velice si cením podpory mé rodiny. Dále děkuji všem respondentům, kteří si našli čas a vyplnili celý dotazník, na základě těchto odpovědí mohla být sestavena praktická část této bakalářské práce.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	11
SEZNAM OBRÁZKŮ	13
SEZNAM TABULEK	14
SEZNAM ZKRATEK	15
ÚVOD.....	16
TEORETICKÁ ČÁST	18
1 NEPLODNOST	18
1.1 Vyšetření při neplodnosti.....	19
1.1.1 Vyšetření muže.....	19
1.1.2 Vyšetření ženy.....	21
1.2 Příčiny neplodnosti u muže.....	22
1.3 Příčiny neplodnosti u ženy.....	23
1.4 Indikace k asistované reprodukci.....	24
2 ASISTOVANÁ REPRODUKCE	26
2.1 Intrauterinní inseminace	26
2.2 In vitro fertilizace.....	27
2.3 Kryokonzervace	28
2.3.1 Metody kryokonzervace	28
2.4 Dárcovství gamet a embryí.....	29
3 ETIKA ASISTOVANÉ REPRODUKCE.....	31
3.1 Právo na dítě	31
3.2 Social freezing	32
3.3 Věková hranice	33
3.4 Surogátní mateřství	34
3.5 Asistovaná reprodukce pro homosexuální osoby a osamělé osoby	36
3.5.1 Argumenty pro a proti AR pro osamělé nebo homosexuální osoby.....	37
3.5.2 Významná argumentace	37
3.5.3 Zamítnutý návrh	38
3.6 Anonymita dárcovství.....	38
3.6.1 Limity použití	39
3.6.2 Rizikový dopad na potomka po dárcovství	39
3.6.3 Anonymita pro a proti	40
4 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY	41
4.1 Role porodní asistentky v centru AR.....	41
4.2 Porodní asistentka a edukační činnost	42

4.3	Péče porodní asistentky v centru AR	42
	PRAKTICKÁ ČÁST	44
5	FORMULACE PROBLÉMU	44
6	CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ PROBLÉMY	45
6.1	Hlavní cíl.....	45
6.2	Dílčí cíle.....	45
7	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	47
8	METODIKA PRÁCE	48
9	ORGANIZACE VÝZKUMU	49
10	ANALÝZA ÚDAJŮ	50
11	PREZENTACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ.....	93
12	DISKUZE	98
13	ZÁVĚR	103
	SEZNAM LITERATURY.....	104
	Knižní zdroje	104
	Kvalifikační práce	105
	Vědecké časopisy	106
	Internetové zdroje.....	107
	SEZNAM PŘÍLOH	109
	PŘÍLOHY	110
	Příloha A – Normospermie (normozoospermie) podle kritérií WHO (2010)	110
	Příloha B – Nejčastější příčiny sterility dle WHO (1992).....	111
	Příloha C – Základní rozdělení neplodnosti ženy.....	112
	Příloha D – Rozdělení neplodnosti ženy podle etiologie	113
	Příloha E – Úspěšnost asistované reprodukce vzhledem k věku.....	114
	Příloha F – Dotazník.....	115

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Rozdělení pohlaví	50
Graf 2: Věkové rozdělení	51
Graf 3: Rodinný status	52
Graf 4: Vzdělání	53
Graf 5: Náboženské vyznání.....	54
Graf 6: Místo bydliště.....	55
Graf 7: Osoby trpící neplodností v okolí respondentů	56
Graf 8: Období pro neplodnost.....	57
Graf 9: První volba při neplodnosti	58
Graf 10: Alternativní léčba při neplodnosti.....	59
Graf 11: Odpovědi jiná otázky č. 10.....	60
Graf 12: Příčiny neplodnosti.....	61
Graf 13: Odpovědi jiná otázky č. 12.....	62
Graf 14: Názor na asistovanou	63
Graf 15: Názor na asistovanou reprodukci a biologickou hranici	64
Graf 16: Povolení asistované reprodukce	65
Graf 17: Právo na dítě.....	66
Graf 18: Posouvání těhotenství nad 35 let a výše.....	67
Graf 19: Finanční hrazení asistované reprodukce	68
Graf 20: Mezní věk pro hrazení asistované reprodukce pojišťovnou	69
Graf 21: Kolik cyklů by měla hradit pojišťovna	70
Graf 22: Věková hranice pro asistovanou reprodukci	71
Graf 23: Vliv věku na reprodukci.....	72
Graf 24: Názor na asistovanou reprodukci pro svobodné ženy	73
Graf 25: Odpovědi jiná otázky č. 25.....	74
Graf 26: Názor na asistovanou reprodukci pro homosexuální páry a svobodné ženy	75
Graf 27: Názor na náhradní mateřství	76
Graf 28: Pohled na odnošení dítěte jinou ženou.....	77
Graf 29: Peněžní kompenzace pro náhradní matky.....	78
Graf 30: Kdo je rodičem narozeného dítěte.....	79
Graf 31: Odpovědi jiná otázky č. 34.....	80
Graf 32: Co je eticky nepřijatelné v oblasti asistované reprodukce	81

Graf 33: Kdo by měl mít možnost si nechat zamrazit vajíčka	84
Graf 34: Důvody k social freezing	85
Graf 35: Odpovědi jiná otázky č. 20.....	86
Graf 36: Zahrnutí social freezing do zaměstnaneckých benefitů	87
Graf 37: Názor na dárcovství.....	88
Graf 38: Kolik rodin by mělo využít biologický materiál jednoho dárce	89
Graf 39: Druh dárcovství.....	90
Graf 40: Co s nadbytečnými embryi	91
Graf 41: Odpovědi jiná otázky č. 30.....	92

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Kritéria normospermie dle WHO	110
Obrázek 2: Nejčastější příčiny sterility dle WHO (1992)	111
Obrázek 3: Základní rozdělení neplodnosti ženy	112
Obrázek 4: Rozdělení neplodnosti ženy podle etiologie	113
Obrázek 5: Úspěšnost asistované reprodukce vzhledem k věku	114

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Nezmíněné etické problémy	82
--	----

SEZNAM ZKRATEK

AR – Asistovaná reprodukce

IVF – In vitro fertilizace

ICSI – Intracytoplasmatická injekce spermií

SF – Social freezing

ČR – Česká republika

IUI – Intrauterinní inseminace

KET – Kryoembryotransfer

PGD – Preimplantační genetická diagnostika

PA – Porodní asistentka

FIGO – Federation of Gynecology and Obstetrics

WHO – World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

ESHRE – European society Human Reproduction and Embryology

ÚVOD

Nejdůležitější částí procesu léčby infertility a neplodnosti jsou nejen metody a postupy asistované reprodukce, ale i dostatečně odborná edukace a komunikace. Porodní asistentka většinou tráví v centru IVF se ženou nejvíce času. V jejích kompetencích je právě správná edukace a ošetrovatelská péče. Porodní asistentka sdílí se ženou jeden cíl, a to pozitivní těhotenský test, který nadchne všechny zúčastněné po složitém procesu asistované reprodukce.

Porodní asistentky se podílejí spolu s lékařem na péči o neplodné ženy a je pro ně důležité znát přání a postoje veřejnosti k problematice asistované reprodukce. U těch párů, které asistovanou reprodukci využívají, je nejdůležitější prvotní kontakt právě s nimi.

Porodní asistentka doprovází ženu po celý její život. Těhotenství a porod jsou nejdůležitější události v životě ženy. Porodní asistentka je tou, která by ženu měla podporovat ve všech fázích jejího života. Mezi tyto fáze může patřit i problém s otěhotněním nebo potřeba využití asistované reprodukce. Porodní asistentka se může setkat se ženou trpící neplodností nebo starší ženou, která se snaží otěhotnět. Může se potkat se svobodnými ženami nebo lesbickými partnerkami, které si mohou přivést cizího partnera. Dále může pečovat o pár, který musí použít dárcovské buňky nebo je domluven s náhradní matkou. Všem těmto ženám musí porodní asistentka poskytnout podporu, trpělivost a empatii. Proto by měla vědět s jakými problémy a názory se žena musí potýkat ve svém okolí a poskytnout jí objektivní názor a podporu. Samozřejmě se nemusí setkat s těmito ženami jen v IVF centru, ale i na odděleních porodnických klinik, speciálně na porodním sále. Právě problematika asistované reprodukce může u ženy vyvolat i psychický blok při porodu, a i zde by porodní asistentka měla zasáhnout a ženu podpořit.

Tato práce se zabývá etickými aspekty a problematikou asistované reprodukce. Téma jsem si vybrala kvůli tomu, že jsem se při absolvování praxe setkala s ženami, které byly náhradními matkami, nebo které absolvovaly několik cyklů IVF, než se jim podařilo úspěšně otěhotnět. Dále jsem si přála téma zpracovat kvůli přiblížení etických aspektů asistované reprodukce porodním asistentkám a společnosti.

Poznatky a informace, které jsou v této bakalářské práci, jsem čerpala z knih, internetových zdrojů a vědeckých časopisů. Odbornou literaturu jsem vyhledávala většinou ve

Studijní a vědecké knihovně v Plzni a dále také v knihovně Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni.

Cílem práce je teoreticky zpracovat téma etických aspektů asistované reprodukce a přiblížit názor veřejnosti na etické aspekty asistované reprodukce porodním asistentkám.

TEORETICKÁ ČÁST

1 NEPLODNOST

Pár považujeme za neplodný v případě, že nedojde k otěhotnění po jednom roce pravidelného nechráněného pohlavního styku. Jiné definice uvádějí i dva roky, proto hranice jednoho roku není úplně přesná. Ve vyšším věku ženy je to ovšem vhodná hranice, kvůli dlouhotrvajícímu stanovení neplodnosti a vyšetření. Vzhledem ke klesající plodnosti se zvyšujícím se věkem, jsou dva roky čekání na léčbu neplodnosti rizikové. Aktivní léčbou a vyšetřením v rámci neplodnosti se tedy začíná s přihlédnutím k věku ženy, nad 35 let občas lékaři nečekají ani rok. Neplodnost je tedy označována jako sterilita a tento pojem by se neměl zaměňovat s infertilitou. V české terminologii infertilita znamená neschopnost matky donosit dítě. V anglické terminologii však infertilita znamená neschopnost ženy otěhotnět i neschopnost dítě donosit. Sterilitu můžeme rozdělit na primární a sekundární. Primární sterilitou rozumíme, že žena nebyla nikdy těhotná. Sekundární sterilitou rozumíme případ, kdy žena už těhotná byla a podruhé se jí otěhotnět nedaří. (Řezábek, 2018, str.12).

Fekundabilita je pojem, který označuje naději na otěhotnění během jednoho menstruačního cyklu. Do jednoho roku většinou otěhotní 85 % žen, šance na otěhotnění po půl roce je 80 %. Nejvyšší pravděpodobnost otěhotnění je ve 24 letech, pak zrychleně klesá, nejvíce po 30. roku života (Řezáčová et. al., 2018, str. 62–63). Ve 35 letech je tato šance 15 %, takže přirozeně po 42. roce života je skoro nulová. Můžeme tedy předpokládat, že neplodnost u žen nad 40 let je naprosto fyziologická (Řezábek, 2018, str.33–34).

Dle médií se v posledních letech hodně mluví o snížení plodnosti až jejího vymizení. To je spojováno se zvyšující se potřebou využití vyspělé technologie tedy asistované reprodukce (dále jen AR). Počty pokusů AR se celosvětově zvyšují. Dle ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology) bylo v roce 2012 ve světě provedeno 640 144 cyklů. Odborníci však snížení až vymizení plodnosti označují za mýtus. Musí se brát ohled na těhotenství, které se posouvá do vyššího věku. Těhotenství ve vyšším věku je důvod, proč je AR hojně vyhledávána. Míra vyspělosti naší země zajišťuje vysoký životní standard a přístup k lékařské péči, takže výskyt neplodnosti je velice nepravděpodobný. Avšak biologické limity nelze překročit. I přes všechny změny životního stylu se nedokáže zabránit následkům, když se těhotenství odsune do vyššího věku (Konečná et al.,2017, str. 37–39).

Příčina neplodnosti na straně ženy je ve 35–45 % případů a u mužů ve 30 až 40 %. U 10 % neplodných párů je příčina idiopatická tedy neznámá a u 20 % je problém u obou partnerů (Řezáčová et al., 2018, str. 63).

1.1 Vyšetření při neplodnosti

K vyšetření plodnosti se přistupuje po 12 měsících pravidelného pohlavního styku. Zásadní je přesvědčit pár, že léčíme oba dohromady, ne každého samostatně. Proto by první konzultace měla probíhat s oběma. Avšak anamnézu odebíráme postupně a s každým samostatně. První vyšetření je prováděno na sexuálně přenosné choroby, které mohou způsobit neplodnost. Vyšetřují se HIV protilátky, protilátky proti hepatitidě B, C a syphilis. U žen se ještě provádí test na chlamydie, aby se zjistily prodělané infekce nebo nutnost momentální léčby (Řezáčová et al., 2018, str. 88–90).

První, čím se tedy zabýváme při vyšetření neplodnosti, je odebrání anamnézy obou partnerů. Zjišťujeme, jak dlouho trvá pravidelný pohlavní styk a jak je častý. Ptáme se na menstruaci, její délku, pravidelnost a sílu. Ptáme se na i na závažné choroby a prodělané operace. Vždy se musí zjišťovat léky užívané dříve nebo užívané momentálně, počítají se do nich i doplňky stravy a vitamíny. Jako poslední musíme požádat o lékařské zprávy související s gynekologickými výkony, jako je laparoskopie nebo počet prodělaných IVF cyklů (Řezábek, 2018, str.66–67).

Je důležité dodržet posloupnost vyšetření. Začíná se anamnézou, poté se provádí spermioqram a odběry na pohlavně přenosné choroby. Zároveň se u ženy provádí gynekologická prohlídka, kde se zkoumají morfologické anomálie a posuzuje se ovariální rezerva. Dále se stanovuje hladina prolaktinu a tyreostimulačního hormonu. Všechny následující vyšetření souvisí s nálezy. Při snížené ovariální rezervě se stanovují hladiny FSH, LF a estradiolu. Při objevu morfologické anomálie se přistupuje k laparoskopii nebo hysteroskopii. Při zvýšené hladině PRL nebo TSH posíláme klientku na endokrinologii. Kontrolujeme ultrazvukem různé fáze zrání folikul. Nakonec vždy necháváme test na neprůchodnost vejcovodů, jelikož se jedná o invazivní metodu (Řezábek, 2018, str. 80).

1.1.1 Vyšetření muže

Vždy první probíhá vyšetření muže, protože je to snazší metoda. Vždy probíhá celkové vyšetření muže. Provádíme spermioqram, odebíráme anamnézu, vyšetřuje se fyzikální nález a hladiny hormonů. Podle závěru vyšetření se určuje postup léčby. I přes všechny

vyšetření je nejdůležitější dostatečný počet spermií, jejich kvalita a pohyblivost. Všechny výsledky nemusí být vždy vyhodnoceny správně vzhledem k některým odchylkám (Řezábek, 2018, str.66–67).

První vyšetření, které probíhá u muže, je spermioqram. Než muž daruje sperma, měla by tomu předcházet dvou až sedmidenní abstinence. Sperma se získává masturbací v místnosti, která muži zajistí fyzické i psychické pohodlí. Pokud muži tato metoda nevyhovuje, lze získat sperma doma buď masturbací nebo přerušovaným pohlavním stykem s ejakulací do kondomu. Když se sperma odebírá pomocí této alternativní metody, musí se do 1 hodiny dopravit do laboratoře za příznivých podmínek. Vždy se vzorek odebírá do sterilní nádoby. Sperma by se mělo odebrat víckrát kvůli klinické objektivitě spermioqramu. Ve spermioqramu se hodnotí více věcí. První se hodnotí makroskopické hodnocení, které se zabývá vzhledem, objemem a pH. Další je mikroskopické hodnocení, kde se určuje obsah jiných nespermatických buněk, koncentrace, motilita a morfologie (Mardešić, 2013, str. 43–46).

Jako první se při zpracování nechá sperma 30 minut odstát a zkapalnit. Dále se měří objem a váha. Poté dojde k promíchání. Se vzorkem se zachází velice opatrně a bere se vždy jako potenciálně infekční. Další se určuje pH, vyšetřuje se na lakmusovém papírku. Kapka spermatu se dává na sklo Maklerovy komůrky. Toto zařízení počítá spermie, které se pohybují. Druhý parametr je kvalita pohybu. Dalším vyšetřujícím parametrem je morfologie, tedy zda spermie mají dokonalý tvar. Posledním parametrem je obsah malých částic, nespermatických buněk, jako jsou leukocyty, prvoci, bakterie nebo krystaly. Leukocyty se poznají tím, že jsou to velké, kulaté a nepohyblivé buňky (Řezábek, 2018, str.68–70).

Druhé vyšetření ejakulátu se týká funkčních testů. Hodnotí se vitalita, akrozomální reakce a vazebné penetrační testy spermií. Vitalita se hodnotí pomocí osmotického tlaku, na který mrtvé spermie nereagují. Akrozomální reakce je vyšetřována specifickou imunodetekcí intraakrozomálních proteinů protilátkami. U vazebných penetračních testů spermií se dělá vyšetření protilátek proti spermiím, test penetrace cervikálního hlenu a test vazby na zonu pellucidu. U zjištění protilátek proti spermiím se používá MAR test (mixed antiglobulin reaction test). K testu penetrace cervikálního hlenu se využívají komerční kity, což je syntetický hlen. K testu vazby spermií na zonu pellicidu se využívá zona pellucida nezralých nebo neoplozených oocytů. Hodnotí se počet navázaných spermií (Mardešić, 2013, str. 46–48).

Další testy se týkají hormonálního vyšetření, Toto vyšetření se dělá v případě, že vyjdou abnormální hodnoty spermioqramu při podezření na specifickou endokrinopatii nebo poruchu sexuální funkce. Následuje genetické vyšetření, které se týká vyšetření karyotypu, mikrodelece dlouhého raménka chromozomů Y. Jako poslední se dělá vyšetření na cystickou fibrózu (Řezáčová et al., 2018, str. 98–100).

1.1.2 Vyšetření ženy

Jako u muže se i u ženy první odebírání anamnéza. Poté probíhá celkové vyšetření, kde se stanovuje BMI (váhový index). Ženy s nadváhou nebo obezitou by měly být citlivě nabádané k redukci váhy. Dále provádíme cytologii cervixu. Pozorujeme ženu celkově a díváme se po známkách maskulinizace. Musíme provést vyšetření prsů, kvůli možnosti tumoru. V této situaci nesmíme tumor přehlédnout a použít hormonální léčbu, to by bylo považováno za postup non lege artis. Poté, jak už bylo zmíněno, se provádí klasické testy na sexuálně přenosné choroby a testování protilátek na předchozí přítomnost infekce (Řezáčová et al., 2018, str. 100–101).

Další vyšetření slouží ke zjištění ovariální rezervy, což je množství sekundárních folikulů schopných reagovat na hormon FSH. Provádí se pomocí ultrazvuku a sledují se folikuly, které mají 2–6 mm. Do dvaceti let věku ženy jich vidíme většinou dvacet na každém ovariu, ve třiceti letech deset a nad čtyřicet let většinou tři, ale někdy i méně. Toto množství se jmenuje antral follicle count. Podle tohoto počtu se vybírá dávka hormonů pro stimulaci ovaríí. Další metodou je stanovení hladiny hormonů důležité pro oplodnění. Většinou děláme odběr krve 2. den cyklu a sledujeme hladinu FSH, LH a estradiolu (Řezábek, 2018, str.74–75). Dále se k hladině hormonu vážou funkční testy, ale více se používají až přímo v léčbě, protože jsou velice drahé. První je progesteronový test, ve kterém se aplikuje bolus gestagenů, po kterém dojde k menstruaci, pokud je dobré estrogenní zásobení. Další je estrogenprogesteronový test, který se užívá, pokud první nevyjde. Postup je stejný akorát se jako první podá estrogen k vystavení sliznice. Poté se dělá gonadotropinový test, který má napomoci ovulaci a následné menstruaci (Řezáčová et al., 2018, str. 105).

Dále se provádí imunologické vyšetření, které se předepisuje po opakovanému potrácení. Žena se posílá na imunologii k odborníkům. Jedno z posledních vyšetření se týká vaječnicků a vejcovodů. Prvotním problémem může být překážka mezi ovariem a dělohou. Důvod této překážky mohou být adheze, nepřítomnost tub, intratubární adheze nebo funkční porucha řasinkového epitelu. Další vyšetření zahrnuje invazivní metody, které by měly být

prováděny během první poloviny cyklu. Vždy měříme hCG. Laparoskopie se užívá k prověření průchodnosti tub a u odstranění různých ložisek endometriózy. Velká nevýhoda je však narkóza. Další metodou je kymoinsuflace, která se provádí před léčbou anovulace, ale spoléhá na průchodnost. Pomocí ultrazvuku můžeme zjistit různé abnormality dělohy. Musíme si dávat pozor na vrozené vývojové vady, polypy a adheze (Řezábek, 2018, str.76–78)

1.2 Příčiny neplodnosti u muže

I přes to, že se muži podílejí na příčině neplodnosti v páru skoro stejně jako ženy, je v dnešní době přístup k jejich léčbě nedostatečný. Nikdo se u muže nesnaží přijít na nějakou příčinu neplodnosti a rovnou se doporučuje správný způsob asistované reprodukce. Bohužel to neřeší problém neplodnosti. Oproti pravidelné návštěvě gynekologa neexistují žádné pravidelné návštěvy andrologie. Muži tedy řeší nějaké problémy až ve chvíli, kdy se snaží s partnerkou o dítě. Správně by muži měli mít možnost chodit na pravidelné kontroly na andrologii po 18 roce života. Pomohlo by to předejít problému s neplodností. Pravidelné a komplexní vyšetření doporučuje i WHO (Řezáčová et al., 2018, str. 248–249).

První příčinou neplodnosti u muže může být porucha spermatogeneze, tedy vývoj mužských pohlavních buněk. Dále může mít muž poruchy spermií a ejakulátu, které se klasifikují podle spermioqramu. Podle pohyblivosti se spermie rozděluje na progresivně pohyblivé, pomalu se pohybující, pohybující se na místě a nepohyblivé. Klasická spermie se nazývá normozoospermie, výsledky jsou dané podle WHO (obr.1). Dále může být oligozoospermie (koncentrace spermií v ejakulátu méně než 15 mil/1 ml), astenozoospermie (nižší pohyblivost spermií), oligoastenozoospermie (zde je snižená pohyblivost i nižší počet spermií), teratozoospermie (normální tvar méně než 4 % spermií), astenateratospermie (normální tvar méně než 4 % a snižená pohyblivost spermií), oligoastenoteratozoospermie (tato spermie je vše dohromady), kryptozoospermie (méně jak 1 milion spermií / 1ml na ejakulát), nekrozoospermie (mrtvé spermie), azoospermie (žádné spermie v ejakulátu), aspermie (nepřítomnost ejakulátu) a pyospermie (více jak 1 milion leukocytů v 1 ml ejakulátu) (Řezáčová et al., 2018, str. 250–251).

Další příčinou je varikokéla, která způsobuje snížení pohlavních hormonů a zhoršenou tvorbu spermií. Na varikokélu existuje léčba. Musí se ale včas diagnostikovat, aby nedošlo k úplné poruše semenotvorných kanálků. Dále zde máme kryptorchismus, což znamená nesestoupení varlat do šourku, tento problém se však řeší nejpozději dvou let dítěte, jinak by vzniklo nevratné poškození Leydigových buněk. Poté může být příčinou

neplodnosti chromosomální abnormalita jako Klinefelterův syndrom, cystická fibróza a další. Neplodnost u muže může přijít i po vážném zánětu jako je orchitis, epididymitis a další. Další důležitou skupinou jsou příčiny endokrinní jako diabetes mellitus, tyreopatie nebo prolaktinom. A také je zde několik příčin v souvislosti s životním stylem, stres, škodlivé látky jako drogy, kouření, anabolika a další (Řezáčová et al., 2018, str. 252–263).

1.3 Příčiny neplodnosti u ženy

Nejčastější příčinou neplodnosti u žen jsou poruchy menstruačního cyklu. Nejčastější příčiny dle WHO jsou anovulace, endometrióza, pánevní adheze, neprůchodnost a funkční poruchy vejcovodů a hyperprolaktinémie (obr. 2) (Řezáčová et al., 2018, str. 63–65). Základní rozdělení neplodnosti je na preovariální, ovariální a postovariální (obr. 3) Následně můžeme rozdělit příčiny neplodnosti dle etiologie, a to na vrozenou, morfologicky podmíněnou, hormonální, z vyčerpání ovaríí, imunologickou, infekční, psychogenní, lékové interference, související s jiným onemocněním a idiopatickou (obr. 4) (Řezábek, 2018, str.32–33).

Menstruační poruchy rozdělujeme dle několika kritérií dle rytmu, intenzity a délky menstruačního krvácení a přídatného krvácení. Dle rytmu se rozdělují na polymenoreu, což je zkrácený cyklus a oligomenoreu, což je naopak dlouhý cyklus nad 35 dní. Dle intenzity a délky rozlišujeme slabé krvácení jako hypomenoreu, nadměrně silné při normální délce cyklu jako hypermenoreu a menoragii, což je silné a dlouhotrvající krvácení. Přídatné krvácení je, když žena krvácí i mimo cyklus. Přídatné krvácení rozdělujeme na předmenstruační, pomenstruační a ovulační. Jsou zde další poruchy jako metroragie (nepravidelné děložní krvácení), amenorea (nepřítomnost menstruačního krvácení). Bolestivá menstruace, tak zvaná dysmenorea. Existuje mnoho příčin, které způsobují poruchy cyklu jako abúzus drog, psychogenní poruchy, psychózy, stres, hmotnost a další (Řezáčová et al., 2018, str. 66–72).

Jednou z příčin neplodnosti může být endometrióza, což znamená přítomnost endometria mimo dělohu. Toto onemocnění je spojeno s cyklickou menstruační bolestí. Také je většinou provázána neplodností. Kvůli neznámé etiologii, na tuto nemoc neexistuje kauzální léčba. Toto onemocnění má chronický průběh a u některých klientek má sklon k progresi a časté recidivě. Příčinou neplodnosti u této nemoci není jen poškození tkáně ovaríí nebo vejcovodů, ale i dalších mechanismů. Protože i když nejsou přítomné cysty a jsou funkční vejcovody, objevuje se snížená plodnost. Kvůli plíživé progresi u endometriózy se doporučuje léčbu neplodnosti neodkládat (Řezáčová et al., 2018, str. 85).

Další příčinou neplodnosti může být saktosalpinx, což je vejcovod naplněný tekutinou následkem pozánětlivých srůstů. Obsah je někdy stálý a dobře viditelný a někdy zase náhle zmizí, to je takzvaný přechodný saktosalpinx. Toto vymizení se pozná řídkým výtokem z pochvy většinou před ovulací. Tato diagnóza se dá snadno poznat pomocí ultrazvuku, avšak u přechodné, to není tak lehké. Tato nemoc velmi snižuje úspěšnost na otěhotnění po IVF (Řezábek, 2018, str.76–79).

Příčinou neplodnosti u ženy mohou být i trombofilní stavy a genetické abnormality. Dále mohou být příčinou imunologické faktory jako protilátky proti spermiím, antifosfolipidový syndrom, polycystická ovaria nebo předčasné ovariálního selhání. Nesmíme zapomenout na stres, který pramení ze samotné neplodnosti, nebo naopak tento stres může působit neplodnost (Řezáčová et al., 2018, str. 86).

1.4 Indikace k asistované reprodukci

Než vůbec neplodný pár přistoupí k léčení neplodnosti pomocí AR, měl by vyzkoušet pár alternativních metod, které mnohdy pomohou více, než složitý a občas drahý způsob umělého oplodnění. Mezi tyto metody patří meditace, akupunktura, fyto terapie nebo masáže. Pokud už páry odborníka navštívili a mají diagnostikovanou idiopatickou neplodnost, mohou se těmito metodami vyhnout procesu AR. Samozřejmě pokud má žena fyzickou překážku neplodnosti v podobě vrozené vady nebo nějaké nemoci, tak tyto metody spíše pomohou k úspěšnějšímu embryotransferu nebo IUI (Kite, 2016, str. 15–17).

Léčba AR se tedy vždy stanovuje v závislosti na nálezu. Je zde několik faktorů, které ovlivňují výběr použité metody. Vždy se zohledňuje zdravotní, finanční, časově náročný faktor a efektivita této metody. Vždy se musí myslet na riziko spojené s hormonální hyperstimulací ovarií, která může způsobit ovariální hyperstimulační syndrom (Řezábek, 2018, str. 82).

Můžeme říct, že každý pátý pár má problém s otěhotněním a vyhledává pomoc u odborníků. Stále je hlavní podmínkou jeden rok pravidelného pohlavního styku. Poté se teprve určuje diagnóza, kromě daných výjimek jako je věk. Věk je velkým ukazatelem a musí se přistupovat ke vhodné strategii zahájení diagnostiky a léčby. Za indikaci nelze považovat jen lékařský nálezn, ale i věk ženy a stres z nepodařeného otěhotnění. Ženě po 38 letech věku se většinou indikuje rovnou In vitro fertilizace (dále jen IVF), protože inseminace je nejistá. Pokud je však žena mladší a u muže je dobrý spermioqram, doporučuje se metoda intrauterinní inseminace (dále jen IUI). Po několika selhání této metody se také přistupuje k IVF.

Metoda IVF je totiž momentálně nejuniverzálnější a pokryje téměř každý problém s neplodností. Indikací k IVF jsou výše zmíněné aspekty, jako je věk, tubární neprůchodnost, imunologické diagnózy, genetické příčiny a další. Jednou z indikací může být i idiopatická sterilita. Nejčastější indikací pro dárcovské pohlavní buňky jsou možné genetické choroby, přenášené na potomstvo. Jsou zde i jiné důvody, jako ženy po perimenopauze, postmenopauze, po onkologické léčbě, se špatnými oocyty nebo už výše zmíněné genetické vady. Pár vždy musíme edukovat o tom, že žádná metoda není stoprocentní a po léčbě nemusí následovat vždy vytoužené těhotenství. Přesto se musí zmínit, že AR je stále efektivní a velice pokroková (Řezáčová et al., 2018, str. 124–127).

2 ASISTOVANÁ REPRODUKCE

AR je medicínský obor vycházející z gynekologie, porodnictví, andragogiky, embryologie. Neobejde se bez genetiky, imunologie, anesteziologie, psychologie a dětské endokriologie. Zabývá se hlavně léčbou neplodnosti. Tento obor se zabývá prací s reprodukčním biologickým materiálem mimo tělo člověka s cílem oplodnění ženy. Nejvíce metod AR je určeno k léčení nebo prevenci patologických situací – tedy neplodnosti. Patří sem také skladování biologického materiálu a kryokonzervace (Řezábek, 2018, str.12-13).

Zákon o AR zní takto: *Umělé oplodnění lze provést ... na základě písemné žádosti ženy a muže, kteří tuto zdravotní službu hodlají podstoupit společně...* (zákon č.373/2011 Sb., § 6) (Konečná et al, 2017, str. 161-162).

V ČR může léčbu podstoupit muž a žena, kteří nemusí být v manželském vztahu. Ne u všech žen se hned musí přejít k metodě IVF, některým stačí použít jen stimulace ovulace klomifenem a úspěšně otěhotní. Největší mýty v AR jsou, že žena otěhotní okamžitě a bez práce a druhý největší je, že bez centra AR sterilita vyléčit nejde. Každá metoda má své podmínky, indikace, kontraindikace, výhody i rizika (Řezábek, 2018, str.12-13).

Dnes je největší úlohou lékaře, aby zvážil veškerá vyšetření a na základě výsledků vybral nejlepší vhodnou léčbu pro neplodné páry (Řezáčová et al, 2018, str. 130).

2.1 Intrauterinní inseminace

Nejméně invazivní metodou je IUI, o které byla poprvé publikována vědecká zpráva v roce 1799 Evardeem Homem. Tato zpráva obsahovala postup, jak John Hunter v roce 1785 aplikoval sperma do pochvy jeho ženy. První úspěšná inseminace vyšla v článku v roce 1884 v USA, který napsal William Pancoast. IUI pomocí speciální stříkačky byla popsána v roce 1866 Jamesem Marion Simsem, kde se povedlo otěhotnění jedné ženy, avšak dalších 55 neotěhotnělo. Od této doby byl zaznamenán velký rozvoj diagnostických metod i postupů léčby neplodnosti (Řezáčová et al, 2018, str. 130–131).

IUI je v dnešní době nejvyužívanější metodou AR v léčbě neplodnosti. Tato metoda je prostá, nejlevnější, neinvazivní a také je pro ženy bezpečná. Postup je velice jednoduchý. Katetrem se spermie muže v živém roztoku vpraví přes děložní hrdlo do dělohy v době ovulace. Úspěšnost IUI je kolem 7 % v přirozeném ovulačním cyklu ženy. Zvyšuje se na 10 až 13 % při hormonální stimulaci oocytů klomifencitrátem nebo gonadotropinem. Dále můžeme zvýšit šanci na 14 až 18 % aplikováním folikulostimulačního hormonu, bohužel s tímto

hormonem se zvyšuje riziko ovariálního hyperstimulačního syndromu a vícečetné gravidity. Využití tohoto hormonu je při IUI velice výjimečné. Tuto metodu dělíme na arteficiální inseminaci homologní, kde se využívají spermie partnera ženy, a na arteficiální inseminaci s dárce, kde se využívají spermie darované (Řezáčová et al, 2018, str. 130–131).

2.2 In vitro fertilizace

První úspěšné početí po IVF bylo v roce 1978 v Oldhamu v Anglii. Tou ženou je Louisa Brown. Její narození se považuje za začátek IVF. Avšak k počátku prvního implantovaného embrya vedla velice dlouhá cesta, která odstartovala v Edinburghu ve Skotsku o celých 20 let dříve. Jako první byla popsána superovulace u myších samic, kterou popsali vědci Ruth Fowlerová a Robert Edwards. Dále Robert Edwards popsal mezi roky 1962–1965 stádía zrání lidského vajíčka ve zkumavce. V té samé době, v roce 1962, byla vysvětlena embryonální kmenová buňka in vitro. Poté Richard Gardner vylíčil preimplantační diagnostiku u králíků. Úplně první fertilizaci lidského oocytu in vitro vylíčil Barry Bavister. Robert Edwards s Patrickem Steptoem spolupracovali od roku 1968 a po deseti letech se narodila Louisa Brown (Řezáčová et al, 2018, str. 132–133).

IVF a embryotransfer (ET) spočívá v odebrání vajíčka v laboratorní péči a zajištění. Následuje kultivace spermii, pozoruje se vývoj embrya, které se následně přemístí do dělohy. IVF je nejdůležitější a nejsložitější metoda AR a nejčastější lékařskou indikací je neprůchodnost vejcovodů (Řezábek, 2018, str.13).

V dnešní době se používá v IVF několik technik tzv. mikromanipulační techniky. První technikou je Itracytoplastická injekce spermii (dále jen ICSI), která zahrnuje proces vpravení spermie do oocytu přes zonu pellocidu skleněnou kapilárou. Tato metoda se musí odehrávat pod mikroskopem. První těhotenství pomocí techniky ICSI se odehrálo v roce 1993 v Belgii André C. Van Steirteghem. Další je asistovaný hatching, jde o mechanické, chemické či laserové poškození zony pellucidy, což způsobí snadnější opuštění vajíčka zony pellucidy ještě před nidací. Tuto metodu poprvé vydal Cohen et al v roce 1990. Následující metoda spočívá pouze v preimplantační genetice nebo screeningu nazývaných jako PGD nebo PGS. Jde o genetické predispozice buněk embrya před jeho zavedením (Řezáčová et al, 2018, str. 134–135).

2.3 Kryokonzervace

Kryokonzervace je metoda používaná při mražení a uchování biologického materiálu. Využívá se při teplotě pod bodem mrazu. Evoluce mrazení pochází už ze 17. století. Prvními průkopníky byli anglický vědec Robert Boyle a italský duchovní Lazzato Spallanzani. Boyle se věnoval experimentům a porodnictví po dotyku mrazem a Spallanzani přežití spermií ve sněhu. Moderní pokrok byl učiněn po 2. světové válce. V USA roku 1953 proběhlo první otevření spermabanky. První použití kryokonzervace s úspěšným těhotenstvím bylo zaznamenáno v Austrálii roku 1984. V dnešní medicíně jsou kryokonzervace nebo vitrifikace časté metody, které souvisí s technikami AR (Řezáčová et al., 2018, str. 429–430).

V dnešní medicíně se používá kryokonzervace k mražení spermií, vajíček a embryí ve všech stádiích vývoje. Všechny biologický materiál je uchováván v tekutém dusíku ve všech možných typech skladovacích nádob. Kapalný dusík, ve kterém je biologický materiál uchováván, má teplotu $-196\text{ }^{\circ}\text{C}$ a pokud teplota stoupne, dusík se rychle vypařuje. Při těchto nízkých teplotách jsou zastaveny všechny reakce. První případ úspěšné kryokonzervace, kdy se narodilo zdravé dítě, bylo zmrazené 23 let v USA. Kryokonzervace u lidských reprodukčních buněk a embrya si uchovává životnost i po hodně dlouhém období v dusíku (Řezáčová et al., 2018, str. 429–430).

2.3.1 Metody kryokonzervace

Kryoembryotransfer (KET) je cyklus IVF z rozmrzlých embryích, které se daly zmrazit po prvním pokusu IVF. Embrya po kryokonzervaci mají mnohem menší šanci, že vznikne těhotenství, kvůli procesu zmrazení a rozmrazení (Řezábek, 2018, str.14, 128).

Pomalé zmrazení i rozmrazování živých buněk je velmi nebezpečné a buňky mohou být vystaveny ledovým krystalům, které se tvoří v těle buňky a mohou mechanicky poničit membránu. Dalším velkým problémem může být dehydratace buňky, z toho důvodu se používají tzv. kryoprotektiva, což jsou chemické roztoky, které chrání jak před dehydratací, tak před ledovými krystaly. Nahrazují totiž vodu kryoprotektivními molekulami. Tyto látky rozdělujeme na dvě skupiny (penetrující a nepenetrující). Mrazící roztoky se v současné době v centrech AR používají v kombinaci obou kryoprotektiv, například fosfátový pufr nebo HEPES. Jsou to komerční látky, které jsou k dostání s návodem a specifickou dobou inkubace. Instrukce se musí dodržovat velmi přesně, aby nedošlo k denaturaci bílkovin, k prasknutí buňky nebo ztrátě životaschopnosti (Řezáčová et al., 2018, str. 430-432).

Pomalé mrazení a rozmrazování je nejstarší metoda kryokonzervace biologického materiálu, ale dnes se ještě používá. U této metody se využívá přístroj s řídicí jednotkou, prostor pro zmrazení a pumpa s prostorem pro zásobu tekutého dusíku. Jako první je biologický materiál inkubován s kryoprotektivy (Řezáčová et al., 2018, str. 436).

Vitrifikace je nový speciální způsob zmrazení vajíček, který je rychlejší než kryokonzervace. Nepoužívají se žádné nádoby nebo laboratoře, vzorky jsou hned ponořeny do tekutého dusíku. Nejdůležitější je zde embryolog, který musí být velmi obratný a šikovný při práci s tímto materiálem. Tato metoda se v současné době používá ve většině center AR (Řezáčová et al., 2018, str. 436).

2.4 Dárcovství gamet a embryí

Dárcovství biologického materiálu, hlavně spermií, je známo již od konce 18. stol. Neexistuje velké množství písemných zdrojů. Dříve byl muž, který uznal, že je neplodný, vyřazen ze společnosti. Použití dárcovských spermií bylo bráno jako nevěra, která byla v tamějších podmínkách trestná, tím pádem byla tato metoda nezákonná. První zmínka o darování vajíček byla na začátku osmdesátých let. Tato technika se dlouho nevyužívala pro její velkou náročnost. Vajíčka tehdy neprocházela úspěšnou kryokonzervací, takže se musely velice zdlouhavě sjednocovat cykly dárkyně a příjemkyně. Což změnila nová metoda ve 21. stol. zvaná vitifikace. Díky tomu lze zachovat plodnost u mladých onkologicky nemocných pacientek nebo využití tzv. social freezing (Konečná et al, 2017, str. 119–120).

V současnosti v ČR existují programy na darování gamet a embryí, tyto programy se mohou uskutečnit díky tomu, že máme možnost v AR separovat zárodečné buňky z těla člověka. Dárce je člověk, který je cizí neplodnému páru. Darování oocytů, spermií nebo embryí je dobrovolné zpřístupnění těchto zárodečných buněk ženy nebo muže, stojící mimo neplodný pár. V ČR je to vždy neplodný pár, a ne samostatná osoba. Proces darování a přijetí je velmi složitý a zdlouhavý (Řezábek, 2018, str.15–16).

Pro regulaci dárcovství gamet, jak je zmíněno v předchozím textu, je v ČR nejdůležitějším zákonem č.373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách (§3): *Pro umělé oplodnění ženy lze použít a) vajíčka získaná od této ženy, b) spermie získané od muže, který se ženou podstupuje léčbu neplodnosti společně, c) zárodečné buňky darované jinou osobou, než která je uvedena v písmenech a) a b) (dále jen anonymní dárce); anonymním dárcem může být pouze žena, která dovršila let věk 18 let a nepřekročila věk 35 let, nebo muž, který dovršil věk 18 let a nepřekročil věk 40 let.* V (§10) pak je: (1) *Poskytovatel, který je oprávněn*

provádět metody a postupy AR, je povinen zajistit zachování vzájemné anonymity anonymního dárce, neplodného páru a narozeného dítěte (zákon č.373/2011 Sb., § 3) (Konečná et al, 2017, str.120).

U dárce jeho sperma vždy nejdříve prochází tzv. karanténou. Po odebrání probíhá kryokonzervace a je uchováno ve spermabance. Tady je sperma uchované 6 měsíců a dárce znovu podstupuje vyšetření na sexuálně přenosné choroby, hlavně HIV, syfilis a hepatitidy. Toto je součástí prevence kvůli tomu, kdyby byl dárce v době odběru už infekční, ale ve výsledcích testů by se tyto nemoci ještě neprojevíly. Po těchto 6 měsících a negativních testech je sperma přístupné k použití. U oocytů je tento proces zbytečný a riziko poškození nebo ztráty oocytů zmrazením je vysoké, a navíc se u oocytů přenos infekce neprokázal. Tím pádem se darované oocyty využívají hned po odběru (Řezábek, 2018, str.15).

Dále pár může darovat embrya. Jsou to většinou embrya, které již pár nevyužije a může je nabídnout k dárcovství. S darováním musí souhlasit oba partneři. Oba dárce musí podstoupit všechna daná vyšetření. Embryo musí splňovat veškeré podmínky pro dárcovství. Tento druh darování je velice neobvyklý a moc často k němu nedochází (Řezábek, 2018, str.15).

Za dárcovství svým způsobem můžeme považovat i náhradní příjemkyni tzv. náhradní matku. Tato žena je těhotná na základě oplození cizími spermii a vajíčky. Žena dítě nosí se záměrem ho odevzdat genetickým rodičům. Tento proces je velká zkouška, proto by se měl odehrát pod dohledem psychologa a právníka. V dnešní době není tento způsob darování v ČR ošetřen žádným zákonem. Tím pádem platí poučka, co není zákonem zakázáno, je povoleno (Řezábek, 2018, str.16).

3 ETIKA ASISTOVANÉ REPRODUKCE

Když se člověk dostane ke čtení veškerých postupů a možnostem AR, může se cítit mírně nechápavě. Může pocítit to, že moderní medicína absolutně nectí člověka jako celek a láska a sexualita už v početí potomka vůbec být nemusí. V tomto odvětví vyvstává spousta etických otázek. Tyto otázky se týkají jak neplodných párů, tak svobodných žen a homosexuálních párů. S touto problematikou vyvstala i potřeba řadu těchto problémů regulovat zákonem, vytvářet nové a doplňovat již existující. Bohužel většina z nich regulována není a metod AR se zmocňuje tzv. reprodukční byznys. Každý člověk by se nad touto problematikou měl zamyslet a dojít k vlastnímu závěru (Haasová, 2010).

V této kapitole se čtenář dozví o několika etických aspektech AR. První stojí za zmínku, právo na dítě. Další etický aspekt je „social freezing“, poté se dá zmínit o povolené věkové hranici. Dále je zde surrogátní mateřství, které v ČR nemá jasně dano zákonná pravidla. Další problematika se týká přístupu AR vztahující se k osamělým a homosexuálním osobám. Poslední problematika se zabývá zápory a klady anonymního či neanonymního dárcovství (Konečná et al., 2017, str. 7–8).

3.1 Právo na dítě

Touha po dítěti je velmi silná a často se nenaplní. Moderní medicína pomáhá neplodným párům formou metod AR. Křesťané vnímají plod nebo dítě, jako dar. V podstatě tvrdí, že dítě naplňuje manželství a spojuje lásku manželů. Dále označují schopnost počít dítě jako nenahraditelnou. Křesťanství má také pochopení pro medicínské metody, které mohou pomoci počít dítě, avšak jen manželství s biologickým otcem, tedy umělé oplodnění biologickým materiálem manžela. Ostatní metody neschvaluje. Říkají, že touha není to samé, co právo. Dítě by nemělo být bráno jako předmět práva, když je vlastně samo subjektem. Právo na dítě je většinou velmi sporná oblast, kde přání bylo vyzvednuto na právo. Kdyby se člověku všeobecně přiznalo právo na dítě, muselo by se přiznat všem, jak homosexuálním osobám, tak i osobám osamělým, které nejsou ve vztahu, což momentálně v ČR pomocí AR nelze. Obě tyto skupiny momentálně usilují o právo pořídit si dítě a je velká šance, že se jim to do budoucna podaří (Haškovcová, 2015, str.118).

Při tomto právu bychom se vždy měli soustředit na zájem dítěte. Proto by zde měli fungovat rodiče a zdravotníci jako tým a tento zájem si upřesnit. Dobro dítěte by mělo být na prvním místě, a to i pokud se dítě narodí s postižením. Vždy by se při narození dítěte z AR mělo dbát na dobro fyzické i psychosociální. Většinou se nesleduje zodpovědnost

rodičů vůči dítěti, a to je špatně. Pokud si někdo takto cíleně pořídí dítě, mělo by mít záruku na rodiče (Dostál, 2004, str. 76–78).

3.2 Social freezing

Virtifikace nebo proces pomalého mrazení vznikl hlavně kvůli zachování plodnosti u onkologicky nemocných pacientek, které ještě nemají žádné děti. Tento způsob se také využívá u darovaných vajíček, kde je těžké sjednotit cykly dárkyně a příjemkyně. Ale dnes je tato metoda využívána i pro tzv. social freezing (dále jen SF), kdy si nechávají vajíčka zmrazit ženy, které oddalují mateřství do pozdějšího věku nebo momentálně nemají partnera. Metoda je stejná jako u IVF, žena musí projít hormonální procedurou a následným odebráním vajíček. Poté se vajíčka dají zamrazit (Konečná et al., 2017, str. 219).

Tato metoda je dostupná ve všech centrech AR. Nabízejí jí jako volbu pro mladé ženy pro zachování kvalitních mladých vajíček pro budoucí potřebu. Je zde určitá volnost pro volbu zodpovědného mateřství, až budou připraveny. Tyto ženy mají menší stres z „tikání biologických hodin“ nebo tlaku z okolí. Jejich současný život nenesou takový stres, mohou se věnovat kariéře, nemusí nutně udržovat vztahy jen kvůli tomu, že by se bály, že už si nenajdou dalšího partnera a přijdou o možnost počít dítě. Obrovskou výhodou je, že k této metodě není třeba partnera. Vajíčka se uchovávají samostatně zmrazená (Konečná et al., 2017, str. 220).

Mladí lidé by měli vědět, že preventivní mrazení vajíček a spermií jim může pomoci založit rodinu v budoucnu. Pomocí kryokonzervace i po vážném úraze, ztrátě plodnosti, životním stylu nebo nemoci, by měli možnost s centry AR založit rodinu. Největší výhodou je možnost podstoupit pak IVF s vlastními vajíčky i ve vyšším věku. Taky tato metoda pomáhá odhalit různé chromozomální aberace. A jak už bylo zmíněno výše, žena se nemusí upínat na žádného partnera (Petropanagos et al., 2015).

Lidé ve vedení klinik si myslí, že tato metoda by měla být hojně vyhledávána mladými lidmi. V ČR to zatím není standard, ale mělo by se to změnit. Mladí občané by měli myslet na založení rodiny dříve, než je dnes běžné. Aby SF mělo nějaký význam, musely by se spermie a vajíčka nechat zmrazit před třicátým rokem života. Hlavní nevýhodou je vysoká cena této procedury a to, že ji nehradí pojišťovna, pokud zde není zdravotní indikace a za každý započatý rok skladování vajíček se platí. Druhou nevýhodou je, že procedura nemusí být vždy úspěšná, to nedokáže nikdo zaručit (Konečná et al., 2017, str. 221–222).

Další nevýhodou je zdravotní stav. S používáním hormonální stimulace může vzniknout hyperstimulační ovariální syndrom. Také by se všem ženám měla vysvětlit rizika pro pozdější těhotenství. Pro ženy je zde risk gestačního diabetu, preeklampsie, SC a předčasného porodu s nízkou porodní váhou plodu. Samozřejmě všechna tato rizika záleží na celkovém zdravotním stavu matky. Riziko pro dítě je již zmiňované, nízká porodní hmotnost, mohou se zde vyvinout i kongenitální abnormality. Také se zde mohou objevit kardiální abnormality a je možná i pozdější rakovina (Petropanagos et. al., 2015).

Jedna z hlavních příčin, proč se vůbec začalo o SF více zajímat, je zpráva, která proběhla médií v roce 2016 o tom, že některé nadnárodní společnosti (př. Apple nebo Facebook) mají v plánu financování SF pro mladé zaměstnankyně přidat do jejich zaměstnaneckých benefitů. Pro firmy to přináší značnou výhodu, odsunout mateřství zaměstnankyň do vyššího věku, nemusí zaměstnávat a zaučovat více zaměstnanců (Konečná et al., 2017, str.222).

3.3 Věková hranice

V dnešní době je trend odkládat mateřství do vyššího věku života, takže musí často zasahovat reprodukční medicína. Gynekolog by měl informovat své pacientky o „tzv. tikání biologických hodin“ na každé kontrole. Nicméně je tento úkol velmi nevděčný, ženy obzvláště těmto radám nerady naslouchají. Proto by zde mohly nahradit tuto funkci letáky. Nejčastějšími důvody pro odklad je vzdělání, kariéra, nevhodný partner, finanční jistota a zvyšující se věk dožití. Většina žen tvrdí, že nejsou připravené nebo nemají dokonalého partnera. Samozřejmě těmto lidem nikdo nevysvětlí, že perfektní partner neexistuje a život je jeden velký risk. Největším mýtem je, že musíte na dítě dozrát, což však není pravda, ba naopak dozrává se totiž rodičovstvím (Řezáčová et al., 2018, str. 22–23).

Věkové hranice u nás v ČR řeší zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách (§6): *Umělé oplodnění lze provést ženě v jejím plodném věku, pokud její věk nepřekročil 49 let* (zákon č.373/2011 Sb., § 6). A platbu zdravotní pojišťovny upravuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (§15): *Ze zdravotního pojištění...jde-li o formu mimotělního oplodnění (IVF), hradí a) ženám s oboustrannou neprůchodností vejcovodů ve věku od 18 let do dne dosažení třicátého devátého roku věku, b) ostatním ženám ve věku od 22 let do dne dosažení třicátého devátého roku věku, nejvíce třikrát za život, nebo bylo-li v prvních dvou případech přeneseno do pohlavních orgánů ženy nejvýše 1 lidské embryo vzniklé oplodnění vajíčka spermií mimo tělo ženy, čtyřikrát za život* (zákon č.48/1997 Sb., § 15) (Konečná et al, 2017, str. 184–185).

Příčin pro odložení mateřství do pozdějšího věku může být mnoho. První je prodloužená doba studia. Bakalářské studium většina žen ukončuje ve 23 letech a magisterské většinou kolem 25 let. Od 26 let už stát přestává studenty podporovat ve studiu, ale ne vždy už mají všichni v tom věku studium hotové. Na druhou stranu existuje spousta podpor pro studenty vychovávající děti, na druhou stranu to není úplně jednoduchý způsob výchovy dítěte. Druhou příčinou pro odložení mateřství může být stabilnější pracovní pozice. V ČR jsou matky dobře zajištěné v otázce práce po rodičovské dovolené, zaměstnavatel jim musí zajistit návrat na stejnou pozici. Situace je taková, že jsou zde skupiny, které jsou znevýhodněné a patří mezi ně i ženy v reprodukčním věku, které děti nemají a zároveň i ty, co je mají. Tedy je jasné, že budovat kariéru s dítětem je velmi složité a ekonomicky je výhodnější pozdější mateřství. Naopak je zde problém, že starší žena s dítětem se hůře vrací do práce a zároveň se jí i špatně opouští dítě, protože je všeobecně známé, že starší rodiče jsou úzkostlivější a o své děti se více bojí. Další nevýhodou je, že prarodiče nepomohou s hlídáním tak, jako kdyby byli mladší a zároveň sami potřebují pomoc. Tato generace se tedy nazývá sendvičová, je to generace, která se stará o děti a zároveň o vlastní rodiče. Dalším důvodem pro odklad mateřství jsou finance. Spousta lidí se bojí, že s nástupem na mateřskou a rodičovskou dovolenou se sníží příjem a zvýší se výdaje, tím pádem se snaží udělat si dostatečné finanční rezervy. Poslední příčina je výběr partnera. Ženy, které už mají partnera často zvažují, jestli je to ten pravý a zda je to muž, se kterým chtějí strávit zbytek života. Ideálního partnera někdy najdou až ve vyšším věku. Tento faktor pak působí na odsouvání mateřství, které se může posunout až na hranici 40 let (Konečná et al, 2017, str. 186–192).

S věkem klesá úspěšnost IVF cyklů. Úspěšnost AR je kolem 20 až 70 %. Přesto se zvažuje posunutí věkové hranice na 43 let u platby pojišťovnou a další posouvání nad 49 let. Avšak WHO, která doposud bere nedobrovolnou neplodnost jako nemoc, plánuje změnu této definice. Tím pádem by nebyla hrazená žádná AR pojišťovnou. Někteří kritici však tvrdí, že celý boom kolem neplodnosti je velký byznys a posunutí hranice nad 49 let by toto tvrzení jenom podpořila, protože by si tito klienti AR hradili sami. Úspěšnost IVF by nemusela být tak velká, jak některé páry čekají. Úspěšnost IVF cyklů v roce 2015 je toho důkazem (obr. 5) (Zoom magazine, 2018).

3.4 Surogátní mateřství

První zmínka o surogátním mateřství byla už v bibli v příběhu Abrahama. Abraham a Sára byli manželé, ale nemohli počít dítě. Proto šla Sára za svojí služebnou Hagar a požádala jí, aby byla matkou Abrahamových dětí. Abraham a Sára potom dítě vychovávali jako

vlastní i když nebyla biologická matka. Dnes je toto mateřství využíváno páry, které nemohou počít vlastní dítě. První kompenzovaná surogátní smlouva v historii byla uzavřena v roce 1980, dva roky po narození prvního dítěte po umělém oplodnění. Elizabeth Kane obdržela 10 tisíc dolarů, aby odnosiла dítě pro cizí pár. Ačkoliv už bylo vše vyřízeno s rodinou a zajištěná adopce dítěte, Kane byla emocionálně nepřipravená předat dítě, které sama porodila. Kane litovala svého rozhodnutí být náhradní matkou a napsala knihu o vlastních zkušenostech s názvem *Birth Mother* (American surrogacy, 2016).

Termín surogace neboli náhradní mateřství, znamená využití náhradní matky, které se implantuje pomocí metody IVF embryo z vajíčka a spermie neplodného páru. Tato žena odnosi dítě a po porodu ho odevzdá genetickým rodičům. Tato procedura v České republice není zakázána, ale není zde ani legislativně upravena a nejsou zde žádné oficiální postupy či pravidla. Máme zde například úplnou surogátnost, kde platí, že neplodný pár je zároveň i biologickými rodiči. U surogace nemůže být využito vajíčko náhradní matky, kvůli systému anonymity dárců, což je dané ze zákona. Dále dle zákona § 775 občanského zákoníku je matkou žena, která dítě porodila. Další podmínka, která by měla být splněna, je nekomerční uspořádání. Náhradní matce by měla být dána pouze kompenzace za finanční náklady spojené s těhotenstvím. (Marešová a Fiala, 2018, str. 457–458).

Zákon, na který je dále poukazováno je zákon č. 373/2011 Sb. v § 10 ustanovuje *povinnost poskytovatele zajistit zachování vzájemné anonymity anonymního dárce a neplodného páru a anonymity anonymního dárce a dítěte narozeného z asistované reprodukce.* (zákon č.373/2011 Sb., § 10) Což je v rozporu s náhradním mateřstvím. Tvrdí se, že to není případ dárcovství, takže nemůže být v rozporu se zákonem. Jinou podobnost už v zákoně nenalezneme. Takže v některých případech se dá interpretovat jako nezákonná, proto ji většinou centra AR nenabízejí na radu svých advokátů. Česká gynekologická a porodnická společnost v roce 2012 vydala doporučení ohledně závažnosti náhradního mateřství a aby se neprováděla s darovanými gametami, indikací by měly být pouze závažné zdravotní komplikace jako nepřítomnost dělohy či její nezpochybnitelná dysfunkce (Konečná et al., 2017, str. 145–146).

I přes všechny nelegální nebo legální postupy v roce 2016 Ministerstvo zdravotnictví vypracovalo profil ženy s podmínkami pro náhradní mateřství. Tyto podmínky jsou věk do 49 let, občanka ČR, písemné doporučení od gynekologa, psychologa a praktického lékaře, písemné vyjádření od právníka o informovanosti. Je vždy lepší využít cizí ženu než ženu

z rodiny, protože u rodinných příslušníků může vznikat mnoho špatných psychologických aspektů. Proto se nejvíc náhradních matek hledá přes internet. Většinou je to matka samoživitelka, která to samozřejmě dělá kvůli výdělku. Takže jsou zde argumenty kritiků, že je to byznys s dětmi, namísto. Prokazuje to, že matce by se měly hradit jen náklady spojené s těhotenstvím jako cestování na prohlídky, stravování, oblečení, čas strávený na prohlídkách a IVF (Konečná et al., 2017, str. 151–153).

Vzhledem k tomu, že si surogátní matka může vytvořit vztah k dítěti, je zde možnost, že dítě neodevzdá. Jelikož dle zákona je matkou žena, která dítě porodí, nelze jakkoliv zasáhnout. Surogátní mateřství by tedy nemělo mít komerční charakter a mělo by být organizováno neziskovými organizacemi a vždy řádně zváženo oběma stranami. Měla by být podepsána právní smlouva a veškeré detaily této smlouvy by surogátní matka měla diskutovat v poradenském právním centru bez nátlaku biologických rodičů. Tam, kde není právní úprava surogace a tyto poradenská centra neexistují tedy jako u nás v ČR, by se právník měl vyhledat a měla by se uzavřít alespoň právní informovaná dohoda (Óstro et al., 2009, str. 162). Avšak tyto dohody nelze vymáhat, jsou to jen podmínky a morální smlouva pro všechny zúčastněné. Pokud by se někdo snažil tuto smlouvu vymáhat, mohlo by se stát, že by se dostali do trestního řízení pro obchod s lidmi. V trestním řízení by obětí byla náhradní matka, pokud by se dokázalo, že byla donucena k otěhotnění a předání dítěte. Dítě by bylo považováno za oběť ve chvíli, když bylo za odměnu svěřeno někomu jinému. Biologičtí rodiče by byli obětí, pokud by je naopak vydírala náhradní matka při nebo po předání dítěte. Náhradní mateřství má mnoho nevyřešených právních úskalí a mělo by se tedy na její právní a zákonné úpravě začít pracovat (Konečná et al., 2017, str. 148–150).

Náhradní mateřství je nepředstavitelně komplikovaný proces, kde se spojuje dárcovství, adopce a AR. Celý proces je psychicky náročný pro všechny strany. Jsou zde rizika zdravotní, psychologická, právní a sociální. Proto by se k náhradnímu mateřství mělo přistupovat velice zodpovědně, uvědoměle a po velkém zvážení všech následků. (Konečná et al., 2017, str. 154–155).

3.5 Asistovaná reprodukce pro homosexuální osoby a osamělé osoby

V dnešní době se v ČR hodně mluví o zákonu povolující AR pro homosexuální páry a osamělé osoby. Jsou země, kde už je AR pro tyto osoby povolena, jsou to například Velká Británie, Nizozemí, Belgie, Španělsko, Švédsko, Dánsko a Finsko. Naopak ve Francii, Itálii, Německu, Švýcarsku a Norsku je to stejné jako tady, mohou zde podstoupit AR jen

heterosexuální páry. Podle Evropské společnosti lidské reprodukce a embryologie by AR mělo být přístupno pro všechny, neměla by zde být žádná diskriminace, není zde ani jeden důvod, proč by to tak nemělo být. Centra a odborníci by neměli používat různé standardy pro vyhodnocení různých rizikových faktorů pro bezpečí a pohodlí dítěte (Konečná et al, 2017, str. 161-162).

3.5.1 Argumenty pro a proti AR pro osamělé nebo homosexuální osoby

V dnešní době se jsou zde lidé, kteří nejsou proti a prohlašují, že žena by neměla být omezena souhlasem muže. Jediné, co by mělo být potřeba, je souhlas dárce spermií, což je v současné době v ČR anonymní i pro neplodné páry. Dalším zajímavým *pro* je omezený čas ženy stát se matkou, což je oproti muži velká nevýhoda, muž se může stát otcem i ve velmi vysokém věku. Jeho čas na hledání vhodné partnerky není nějak omezen. Avšak v tomto případě je jedno velké *proti*, a to, že by se mohli mnozí domnívat, že žena je velmi zvýhodněna antikoncepcí a jinými výhodami spojenými s mateřstvím. Žena nemusí žádat o souhlas při umělém přerušení těhotenství, nemusí uvést otce do rodného listu dítěte. Myšlenka je taková, že při existenci HAK a UPT, je mírně znevýhodněn muž. Pokud se žena nějak rozhodne v otázce mít/nemít dítě, nemůže muž, jakkoliv zasáhnout. Což je z tohoto hlediska genderově neférové, protože přístup k AR se prosazuje hlavně u lesbických párů a osamělých žen. Osamělé ženy i lesbické páry samozřejmě mohou obejít zákon tím, že si seženou vlastního dárce, s kterým do center AR přijdou. Avšak riziko zde je a povolení AR pro osamělé osoby, by zamezilo negativním následkům. Ženám by bylo umožněno mít zdravého dárce, aby nechodily s někým cizím. Další výrazný argument obsahuje názor, že povolení přístupu těchto osob k AR, překračuje biologické hranice. Samozřejmě je, zde argument *proti*, že páry tuto hranici také překračují a využívají dárcovství. Však tady vyvstává velký etický problém, že pár vše má, akorát se mu dodává jedna nefungující část, kdežto tady se doplňuje jeden celý člověk. Takže zde dítěti bude chybět jedna osoba rodičovská, mateřská nebo otcovská, což je považováno za velký etický problém (Konečná et al, 2017, str. 166-170).

3.5.2 Významná argumentace

Významná argumentace pro a proti v přístupu AR pro svobodné ženy a lesbické páry proběhla v roce 2016, ještě před zamítnutím návrhu. Tato diskuse proběhla mezi dvěma specialistkami pro reprodukční medicínu a genetiku, ředitelkou Sanatoria Repromed Kateřinou Veselou a psychologkou Hanou Konečnou z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a předsedkyní spolku Adam. Názor Veselé byl absolutně *pro*. Podle jejího názoru spousta

žen partnera ani nehledá, chtějí využít AR proto, aby dítě mohly vychovávat samy. Myslí si, že argument, že ženy budou potřebovat sociální podporu, je nepodložený, protože ženy, které tento pokus chtějí podstoupit, to pravděpodobně mají promyšlené a jsou finančně zajištěné. Zároveň podotýká, že toto povolení ušetří i muže, kterým žena například slíbí, že chce dítě a nic po něm nebude chtít a později se rozhodne, že bude výživné vymáhat. S povolením pro AR toto nebude možné, protože dárcovství je tu naprosto anonymní. Jako už mnohokrát bylo zmíněno, další argument je zbytečné obcházení zákona. Další argument podotýkal, že bychom měli homosexuálům umožnit důstojné rodičovství. Samozřejmě mluvíme o lesbickém páru, mužský pár většinou využívá možnost náhradního mateřství. Zakončila to tím, že nezáleží na tom, kdo vychovává, ale jak vychovává. Naopak Hana Konečná měla postoj zamítavý. Řada jejích argumentů již byla zmíněna v předchozí kapitole. Další její důvod je, že se bojí o vývoj dítěte, tvrdí, že dítě je mnohem více ohroženo jedním rodičem, než když vyrůstá s homosexuálními rodiči. Další významný názor je, že když by tohle stát povolil, pak upře dítěti nárok na rodiče. Za což by ho dítě v dospělosti mohlo zažalovat (Danyl a Hassová, 2016).

3.5.3 Zamítnutý návrh

V roce 2017 poslanci smetli návrh zákona na přístup k AR bez podpisu muže. Proti byl například ministr zdravotnictví v té době Miloslav Ludvík a poslankyně za TOP 09 Jitka Chalánková. A pro byla například ministryně práce a sociálních věcí Michaela Marksová a sněmovní zdravotnický výbor. Chalánková prohlásila, že tento návrh je nesmysl a že mít dítě není základní lidské právo. Ministr uvedl, že stát by měl plně podpořit jen úplné rodiny. Marksová naopak argumentovala, že klesá porodnost a baby boom už dávno pominul, ještě poznamenala, že stát by se neměl obávat nárůstu samoživitelek, protože toto rozhodnutí pořídit si dítě jako samostatná matka bez partnera využijí jen ženy, které tuto možnost dobře promyslely a vědí, co dělají. Pro by byli i lékaři z klinik, ženy už tak obcházejí zákon, stačí když najdou muže, který by s nimi přišel a nemusí to být jejich partner, tvrdí, že tato metoda je zbytečná a nedůstojná (Skoupá a Šrajbrová, ČTK, 2017).

3.6 Anonymita dárcovství

Děti jsou genetický produkt jejich biologických rodičů. Část jejich identity je tvořena z života jejich biologických rodičů, což je jejich jméno, etnika, náboženství, lékařská a sociální historie a rodinná historie. Toto ovšem neplatí pro děti pořízené pomocí darování vajíček nebo spermií. Dítě z dárcovství nezná většinou jen jednoho rodiče. Anonymita dárcovství je v současné době často řešena. Je zde spousta problémů a argumentů pro a proti.

Největší otázkou zde je, jak by to vypadalo v reálném životě, kdyby se tato anonymita úplně zrušila (Kearney, 2011, str.215).

Z psychologické perspektivy je dárcovství spermií horší možností než darování vajíček. Genetická vazba je pro otce to jediné hmatatelné k dítěti, žena prožívá ještě další biologickou vazbu, což je těhotenství a porod. Pracovník AR je vždy povinen vysvětlit možnosti a měl by být na straně slabšího a důrazně zmínit, že do tohoto rozhodnutí nemůže být nikdo tlačen. Na vztahu rodičů a dítěte z darovaných gamet se musí tvrdě pracovat. Pracovníci centra AR potvrdí, že ze začátku je vztah nejistý, avšak poté se vytvoří pevné pouto. Rodičovství není dané v genech, ale v dobré vůli, odpovědnosti a výchově. Samozřejmě výjimky existují, takže jsou i tací rodiče, kteří si vztah s negenetickým dítětem nevytvoří (Konečná et al, 2017, str.125).

3.6.1 Limity použití

Významným krokem pro dárcovství je omezit počet darovaných gamet od jednoho dárce, znamená to prevenci pro potomky, kteří by se mohli náhodou v budoucnu potkat a nevědět o tom, že jsou příbuzní. Všechny země souhlasily, že je zde potenciál pokrevního příbuzenství, některé země si však udělaly vlastní pravidla a limity. FIGO doporučuje, že by toto číslo mělo opravdu mít limit kvůli nebezpečí pokrevního příbuzenství nebo incestu. Spojené státy mají například povoleno 25 dětí od jednoho dárce na 800 000 lidí. Velká Británie má omezení 10 živě narozených dětí na jednoho dárce. V Austrálii je to dost podobné, akorát je zde omezení 10 rodin na jednoho dárce, tyto rodiny si mohou pořídit více dětí. V ČR ještě žádné zákonné omezení nemáme (Gong et al., 2009, str. 645–652).

3.6.2 Rizikový dopad na potomka po dárcovství

Nicméně nejvíce postiženým účastníkem procesu dárcovství při IVF může být hlavně dítě. Je jasné, že dítě narozené pomocí dárcovství je ve srovnání s populací zdravější, jelikož dárce musí projít docela složitým procesem. Takže největší rizika, která se zde objevují, jsou psychosociálního původu. Někteří odborníci tvrdí, že dítě prospívá mnohem lépe, protože rodiče o dítě více stáli, takže o něj více pečují. Na druhou stranu, pokud pro někoho více znamená genetická vazba a nemá tzv. hmatatelné pouto, může to mít špatný dopad. Další negativní dopad může způsobit to, že okolí ví o negenetické vazbě dítěte např. babička nebo spolužáci ve škole. Lidé mohou mít určité komentáře, které mohou být až zlé. Tyto poznámky dítěte mohou ranit. Z toho vyplývá, že by tato záležitost měla být spíše soukromá, avšak toto neplatí u adopce, kde existuje zákonná povinnost rodičů o tom dítěti říct. Dále je

velká otázka, říct nebo neříct dítěti o jeho původu. Když dítěti tuto skutečnost zatajíme, může přijít šok a nedůvěra vůči rodičům, když by na to přišlo. Když to dítěti řekneme, můžeme čekat velké pochybnosti o vlastní osobě. V obou možnostech se může stát, že dítě začne po biologickém rodiči/dárci nebo rodičích/dárcích pátrat. Dítě kdykoliv může v nějaké situaci přijít na svůj původ, proto by se v tomto případě rodiče měli přiklonit spíše k možnosti říct dítěti vše (Konečná et al., 2017, str. 130–133).

3.6.3 Anonymita pro a proti

Anonymní versus neanonymní dárcovství je velký problém pro obě strany procesu darování. Někdy se dárci snaží zjistit, kdo byl jejich příjemce. Ale většinou je to naopak. Každý má v tomto problému jiné zájmy, proč by mělo být dárcovství anonymní nebo ne (Gong et al., 2009, str. 645–652).

V ČR je dáno anonymní dárcovství zákonem, rodičům je dáno jen velmi málo ne-specifických informací o dárci. Poskytovatel procesu musí zachovat informace po dobu 30 let, když přijde soudní příkaz, musí poskytovatel tyto informace zpřístupnit. V jiných zemích jako např. Švédsko, Velká Británie, Nizozemsko a Dánsko se objevuje dárcovství neanonymní, tzv. open identity, kde může dítě v dospělosti přijít a nahlédnout do spisu a navázat kontakt s dárcem (Řezáčová et al., 2018, str. 26).

Hlavní dva důvody pro open identity jsou za a) pokrevní příbuzenství mezi páry nebo manželi, tedy možný incest a za b) jak už je zmiňováno dříve, psychosociální identita dítěte. Samozřejmě šance, že se dva geneticky stejní lidé vezmou, je malá. (Řezáčová et al., 2018, str. 26-27).

Na druhou stranu neexistují žádné studie a podklady, které by ukazovaly na anonymitu jako špatnou. Takže můžeme tvrdit, že odanonymnění pomůže jen několika jedincům, naopak způsobí spousta jiných ne. Samozřejmě by se tímto krokem změnil i druh dárců. Dnes v době anonymity chodí různí lidé s různými osobnostmi. Můžeme předpokládat, že když se zruší anonymita, tak dárcům, kteří budou chodit, půjde především o peněžní kompenzaci (Gong et al., 2009, str. 645–652).

4 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY

Správná porodní asistentka by měla mít několik nepostradatelných vlastností v rámci ošetřovatelské role. Prvním znakem je vzdělanost a odbornost, dále je to její postoj, který by měl vyzařovat jistotu a klid. Další aktivitou je informování klientky, kde by porodní asistentka měla jasně a laicky vysvětlit výkony a proces veškerých procedur. Měla by dávat najevo podporu a zaměřovat se na individualitu každé ženy a její jedinečnost. Nejdůležitější vlastnosti jsou trpělivost, komunikativnost, vstřícnost a citlivost. Neměla by se chovat nadřazeně. Měla by respektovat přání a soukromí ženy a neměla by ovlivňovat její rozhodnutí (Čermáková, 2017, str.76).

Porodní asistentka je nepostradatelnou částí týmu ve zdravotnictví a nemůžeme její roli nějak zpochybnit. Může pracovat v různých úsecích gynekologicko-porodnických klinik nebo v ambulantních zařízeních. Patří sem gynekologická ambulance, gynekologické pooperační oddělení, prenatální poradna, porodní sál, operační sál, oddělení šestinedělí, ordinace privátních lékařů. A také mohou pracovat v poradně pro léčbu neplodnosti nebo v privátním centru pro léčbu neplodnosti (Slezáková, 2017, str.10)

4.1 Role porodní asistentky v centru AR

Součástí gynekologicko-porodnických pracovišť je centrum AR, kde může působit porodní asistentka. První úsek centra je ambulantní část, kde se odebírá anamnéza, probíhá gynekologické vyšetření a dělají se náběry. V ambulanci také probíhá hormonální stimulace a v další přidružené místnosti také odběr spermatu. Další úsek je operační sál, kde probíhá odběr oocytů, embryotransfer a IUI. Posledním úsekem je laboratoř, kde porodní asistentky většinou přímo nepůsobí. V laboratoři probíhá vyšetření spermioqramu, mikromanipulace se zárodečnými buňkami a kryokonzervace (Slezáková, 2017, str.14–15).

Porodní asistentka v centru IVF může pracovat na různých pozicích a má velké pole působnosti. Nový klienti mají v centru vždy svůj první kontakt s porodní asistentkou. Empatie a vstřícný přístup porodní asistentky je důležitý už od začátku. Nejdůležitější je komunikační dovednost, která zahrnuje správné a citlivé sdělování špatných zpráv a umění naslouchat při přijímání informací. Je dobré vytvořit přátelskou atmosféru a zvládat mezilidské vztahy. Dále je potřeba zvládnout edukaci klientů, srozumitelně vysvětlit jednotlivé fáze léčby a ukázat aplikaci injekce, které si klientka dále bude aplikovat doma. Další důležitá dovednost je správné zvládnání administrativy, porodní asistentka musí zvládat zdravotnickou dokumentaci, informované souhlasy, plánování a načasování výkonů a používání diáře.

S touto dovedností úzce souvisí práce koordinátora, kde musí sjednotit rozvrh lékaře a klientů, hlídat odběry krve a důležitá vyšetření před výkonem. Dále v rámci koordinace musí zajistit časový harmonogram výkonu a rozpis objednaných pacientů v ambulancích (Pospíšilová, 2013).

4.2 Porodní asistentka a edukační činnost

Edukační činnost v rámci porodní asistence má velký význam hlavně pro samotnou klientku. Edukace se využívá v každém odvětví porodní asistence. Role porodní asistentky jako edukátorky je i v zákonně 96/2004 Sb. a Vyhlášce 55/2011 Sb. ve znění (§3 §4, §5 zmíněné ve vyhlášce). Ve vyhlášce je shrnuta pravomoc porodní asistentky jako edukátorky. Může podávat informace dle svých kompetencí a odbornosti v těhotenství, při porodu, šestinedělí, péči o novorozence a v dalších oblastech. Dále motivuje osoby ke zdravému životnímu stylu a edukuje osoby v ošetrovatelské péči. Nemělo by být využíváno pouze informací ve slovním podání, ale klientka by měla být aktivně učena a zapojována do aktivit, které jí pomohou ke vstřebávání informací. (Dušová et al., 2019)

Správná porodní asistentka jako edukátorka předává klientce veškeré informace a materiály ústně i písemně, musí se ujistit, že pochopila vše správně. Nakonec ji musí dát dostatek prostoru na její dotazy (Přerovská, 2015).

Role edukátorky je potřeba při vysvětlování a poučení neplodného páru nebo samotné klientky v rámci postupů léčby v asistované reprodukci. V první řadě musí umět terapeutickou komunikaci, aby pomohla páru komunikovat o jejich pocitech. Také porodní asistentka edukuje klientku před a po výkonu a dalších postupech či nějakém režimovém opatření (Leifer, 2004, str. 317–318).

Po každém výkonu edukuje porodní asistentka klientku o tom, že se má chovat jako by byla těhotná, ale může vykonávat normální aktivitu, jak je zvyklá, zároveň sdělí klientce vhodné a nevhodné činnosti. Dále se klientka poučuje o užívání léků a následujících kontrolách, při které se odebírá krev a určuje se hladina hCG (Přerovská, 2015).

4.3 Péče porodní asistentky v centru AR

Porodní asistentka by měla mít dostatečné množství znalostí v ošetrovatelské péči, aby mohla zajišťovat kvalitní a profesionální péči všem ženám. Porodní asistentka, zde využívá poznatky o lidských potřebách, které jsou základem pro vznik teoretického podkladu pro ošetrovatelský proces a jeho využívání v praxi (Trachtová et al., 2001, str. 17).

Porodní asistentka se stará o ženy v průběhu každé návštěvy centra AR. Vykonává odběry krve, kvůli hormonálnímu profilu 3. a 21. den menstruačního cyklu, dále se z krve provádí hodnota hCG. Podává léky buď s.c. nebo i.m. (Přerovská, 2015).

Porodní asistentka zajišťuje sterilní přípravu pomůcek a asistuje lékaři. Většina výkonů se odehrává v celkové anestezii. Před anestezií se musí porodní asistentka ujistit, že klientka lačnila a vyprázdnila močový měchýř. Jako první, když žena přijde k výkonu IUI nebo embryotransferu, je odvedena porodní asistentkou, aby se svlékla a odložila si veškeré věci. Další krok je zavedení klientky na zákrovový sál, zde klientka zaujme gynekologickou pozici. Dále musí být zkontrolovány osobní údaje a totožnost. Klientka při IUI musí také ověřit a odsouhlasit, že údaje na zkumavce s inseminační dávkou sedí. Porodní asistentka pomocí břišní sondy zobrazuje dělohu a poté asistuje dle přání lékaře. Poté je pacientka odvezena na pokoj, kde stráví ještě další dvě hodiny. Na pokoji porodní asistentka kontroluje celkový stav a fyziologické funkce, krvácení z rodidel a bolesti každých 15 minut. Pokud je vše v pořádku, pacientka může vstát po 2 hodinách a dojít si na toaletu, obléct se a s propouštěcí zprávou a doprovázející osobou odejít domů (Přerovská, 2015).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

Porodní asistentky se podílejí spolu s lékařem na péči o neplodné ženy a je pro ně důležité znát přání a postoje veřejnosti k problematice asistované reprodukce. U těch párů, které asistovanou reprodukci využívají, je nejdůležitější prvotní kontakt právě s nimi.

Porodní asistentky by měly znát názor široké veřejnosti na problematiku, která se asistované reprodukce týká. Jak bylo popsáno v teoretické části práce, je mnoho eticky problematických aspektů, které se týkají metod asistované reprodukce i toho, kdy, komu a jak je nabízena. V České republice může asistovanou reprodukci absolvovat pouze pár v podobě ženy a muže, kteří musí být partnery nebo manžely. Asistovaná reprodukce je tedy velmi omezena. To znamená, že svobodné ženy a páry stejného pohlaví nemají šanci, zde v České republice asistovanou reprodukci podstoupit. Následující problematický aspekt je tzv. social freezing, který je stále častěji v moderních společnostech využíváný.

Dále je problém věková hranice, žena může podstoupit umělé oplodnění až do 49 let. Další problematika se týká anonymity dárcovských vajíček a spermií a jejich četná využitelnost. Pak se zde vyskytuje náhradní mateřství, které v České republice není ošetřeno žádným zákonem, ale i zde je využíváné a názor veřejnosti je také důležitý.

Jaký je tedy názor veřejnosti na etické aspekty asistované reprodukce? S jakými názory laiků se bude porodní asistentka v praxi setkávat?

6 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ PROBLÉMY

6.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit názor veřejnosti na poskytování, hranice a limity asistované reprodukce.

6.2 Dílčí cíle

Cíl 1: Zjistit pohled veřejnosti na neplodnost. Zmapovat smýšlení veřejnosti o neplodnosti a dostupnosti asistované reprodukce.

Výzkumný problém: Jaký je názor veřejnosti na léčbu, věk a alternativní možnosti v léčbě neplodnosti?

Otázky č. 8, 9, 10, 11

Cíl 2: Zjistit názor veřejnosti na hranice a limity asistované reprodukce.

Výzkumný problém: Jaké jsou biologické hranice asistované reprodukce?

Otázky č. 12, 13

Výzkumný problém: Jaký je pohled na sociální hranice asistované reprodukce?

Otázky č. 14, 18, 22

Výzkumný problém: Jaké by mělo být finanční řešení asistované reprodukce?

Otázky č. 15, 16, 17

Výzkumný problém: Jaký je názor veřejnosti na etické hranice asistované reprodukce?

Otázky č. 23, 24, 25, 26, 31, 32, 33, 34, 35, 36

Cíl 3: Zjistit názory veřejnosti na metody asistované reprodukce.

Výzkumný problém: Jaké by dle veřejnosti mělo mít hranice zmrazení biologického materiálu?

Otázky č. 19, 20, 21

Výzkumný problém: Jaký je názor veřejnosti na etiku metody dárcovství?

Otázky č. 27, 28, 29

Výzkumný problém: Jaký je názor veřejnosti na zacházení s nadbytečnými embryi?

Otázky č. 30

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr dotazovaných pro naše výzkumné šetření byl náhodný. Cílovou skupinou byla široká veřejnost ve věku od 18 let, která je nebo není, jakkoliv seznámená s problematikou asistované reprodukce. Kritéria výběru byla pouze plnoletost a ochota dotazník vyplnit.

8 METODIKA PRÁCE

Vzhledem ke stanoveným cílům praktické části práce jsme zvolily metodu kvantitativního výzkumu. Ten to výzkum se používá, když potřebujeme výsledky generalizovat, což je největší plus tohoto výzkumu (Olecká, Ivanová, 2010, str. 18). Je to výzkum zaměřený na kvantitu. Získání informací bylo docíleno pomocí polostrukturovaného dotazníku vlastní konstrukce složeného z 36 otázek. Pouze 1 otázka měla otevřenou možnost odpovědi. U dalších 5 otázek se mohlo označit více odpovědí. První otázky dotazníku jsou zaměřené na demografické údaje. Následovaly otázky o neplodnosti. Další informace byly zjištěny pomocí otázek na téma limitů a hranic asistované reprodukce. Poslední otázky byly zaměřeny na metody asistované reprodukce.

9 ORGANIZACE VÝZKUMU

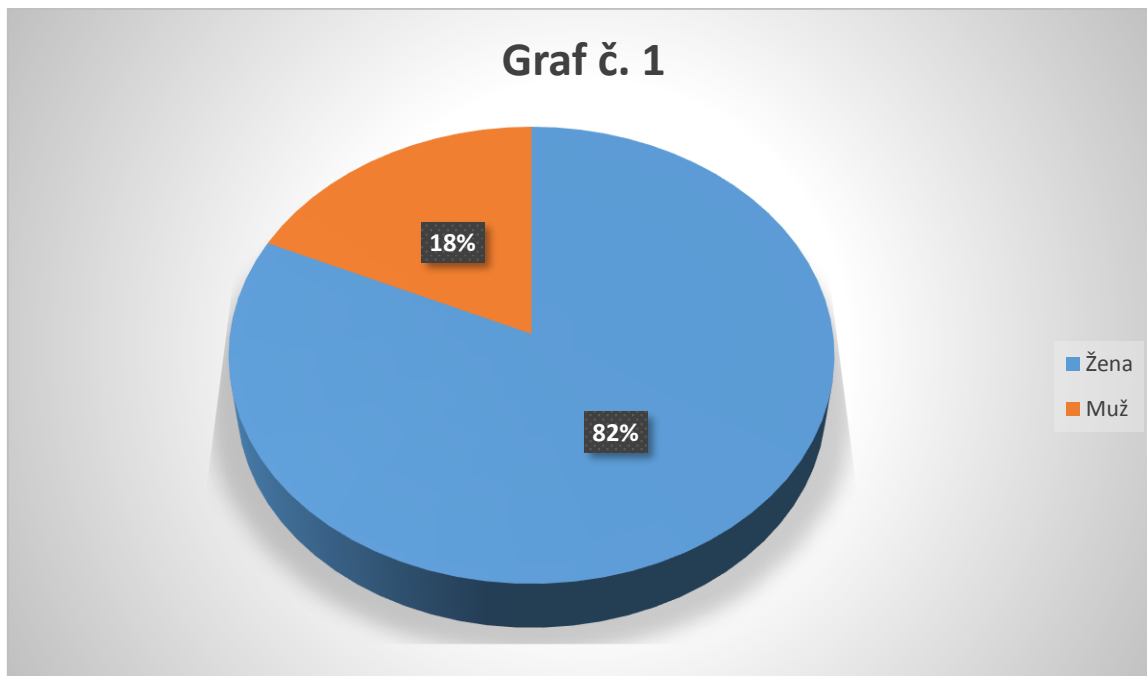
Výzkum probíhal od 27.února 2020 do 8.března 2020. Dotazník byl vytvořen na stránkách www.surveio.com a poté rozeslán elektronicky přes internetovou stránku www.facebook.com. Díky této sociální síti byla oslovena široká veřejnost. Pro můj výzkum bylo důležité oslovit nejméně 100 respondentů. Bylo vyplněno celkem 160 dotazníků, ale pouze 110 jich bylo vyplněno úplně a řádně. Z důvodu využití internetových stránek nemohu určit procento návratnosti, jelikož nelze zjistit množství mužů a žen, kteří dotazník zobrazili, ale nevyplnili.

10 ANALÝZA ÚDAJŮ

Demografické údaje:

Otázka č. 1 – Jaké je vaše pohlaví?

Graf 1: Rozdělení pohlaví

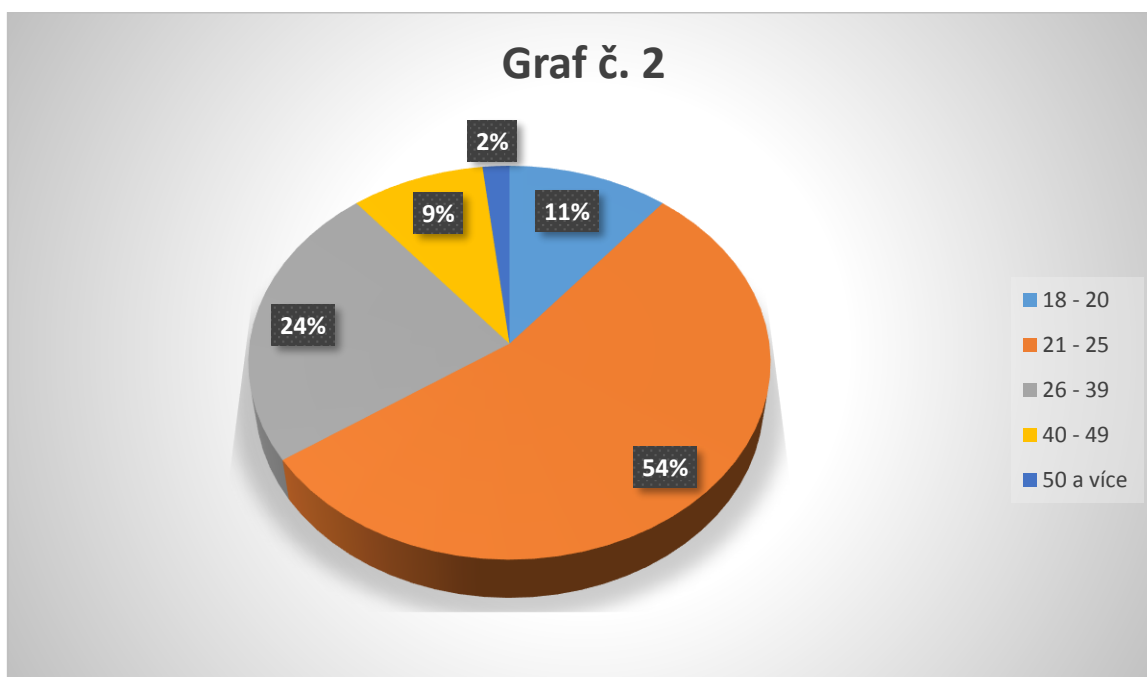


Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. Soubor tvořilo 90 (82 %) žen a 20 (18 %) mužů.

Otázka č. 2 – Jaký je Váš věk?

Graf 2: Věkové rozdělení

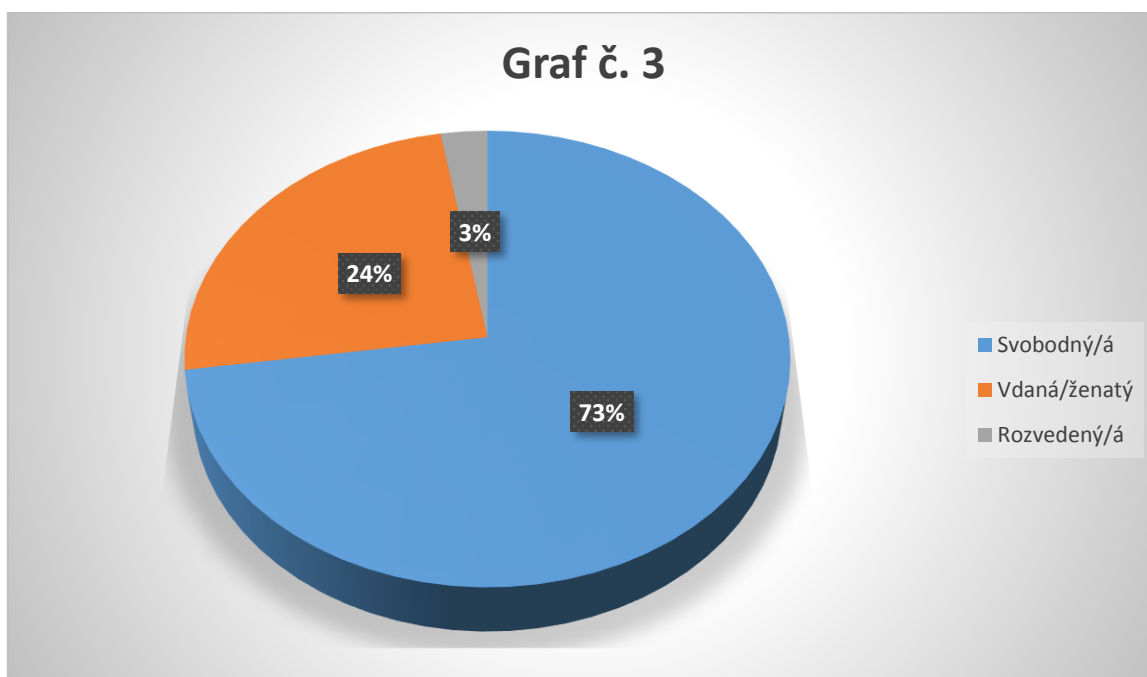


Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. Nejvíce odpovídajících respondentů 60 (54 %) bylo ve věku 21–25. Následovali respondenti mezi lety 26–39, těch bylo 26 (24 %). Dalších bylo 12 (11 %) mezi 18 a 20 let, velmi podobně respondentů 10 (9 %) bylo mezi 40 až 49 lety a nejméně tedy 2 (2 %) bylo 50 let a více.

Otázka č. 3 – Jaký je Váš rodinný status?

Graf 3: Rodinný status

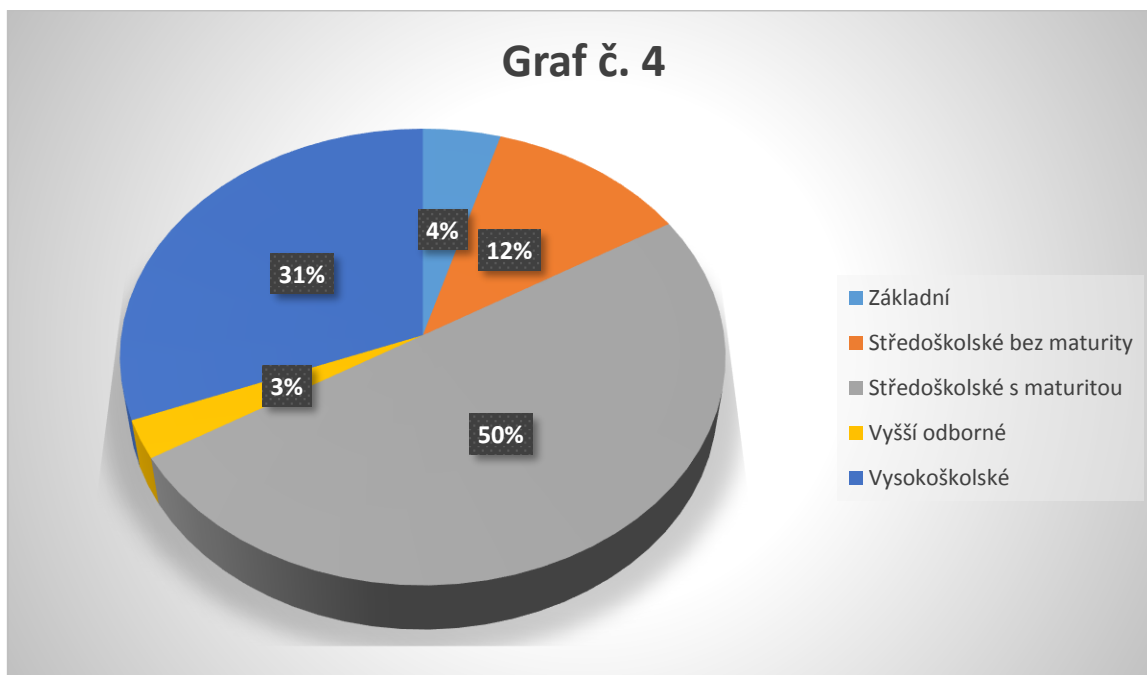


Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. 80 (73 %) respondentů je svobodných, dále 27 (24 %) osob je vdaných nebo ženatých a jen 3 (3 %) jsou rozvedení.

Otázka č. 4 – **Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhl/a?**

Graf 4: *Vzdělání*

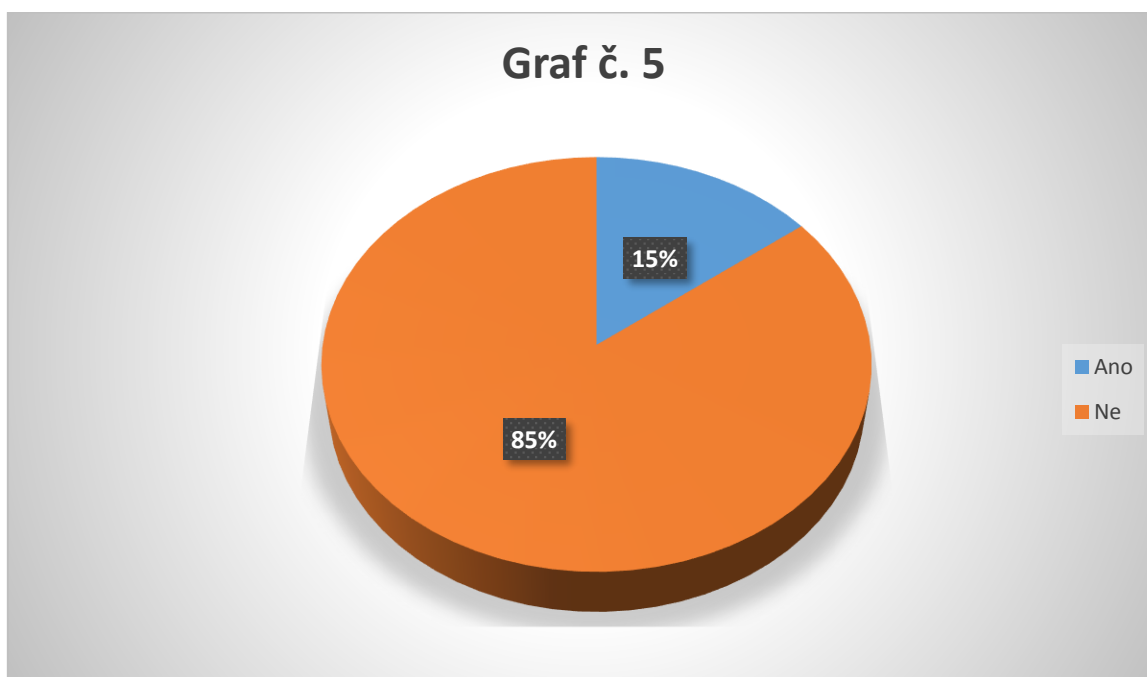


Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. Nejvíce respondentů tedy 55 (50 %) ukončilo středoškolské studium s maturitou. Dalších 34 (31 %) zakončilo vysokoškolské studium. Poté 13 (12 %) respondentů má středoškolské studium bez maturity a pouze 5 (4 %) respondentů základní a 3 (3 %) vyšší odborné.

Otázka č. 5 – **Jste nějakého náboženského vyznání?**

Graf 5: Náboženské vyznání

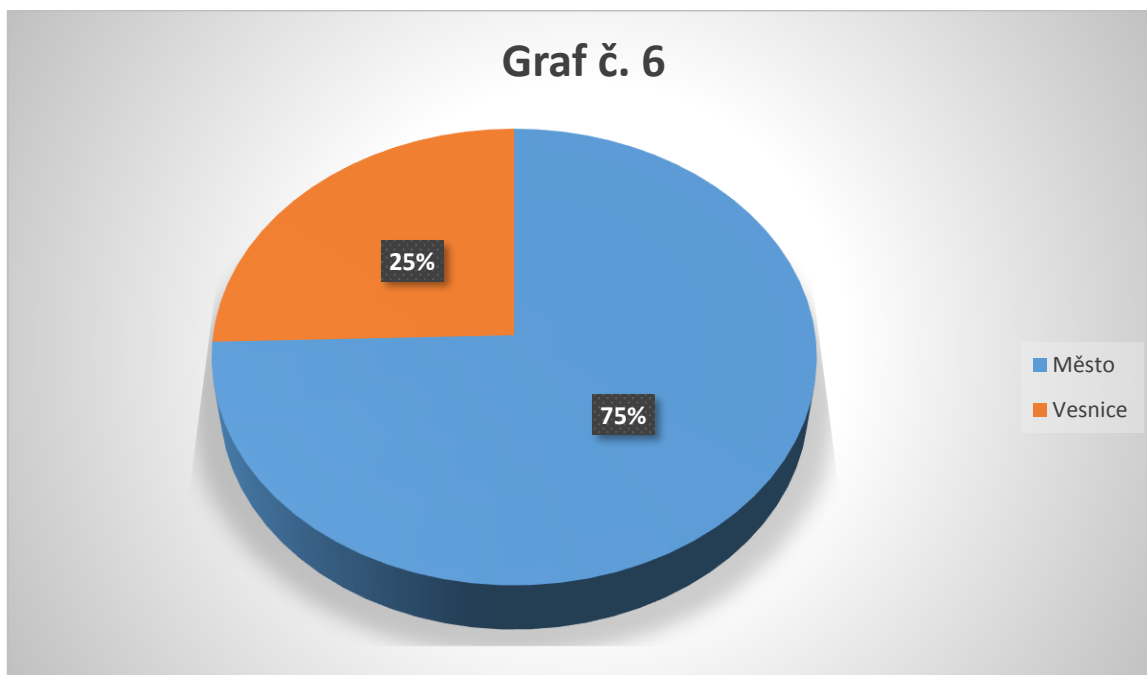


Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. Pouze 16 (15 %) respondentů se hlásí k náboženskému vyznání, zbylých 94 (85 %) bylo bez vyznání.

Otázka č. 6 – **Kde žijete?**

Graf 6: *Místo bydliště*

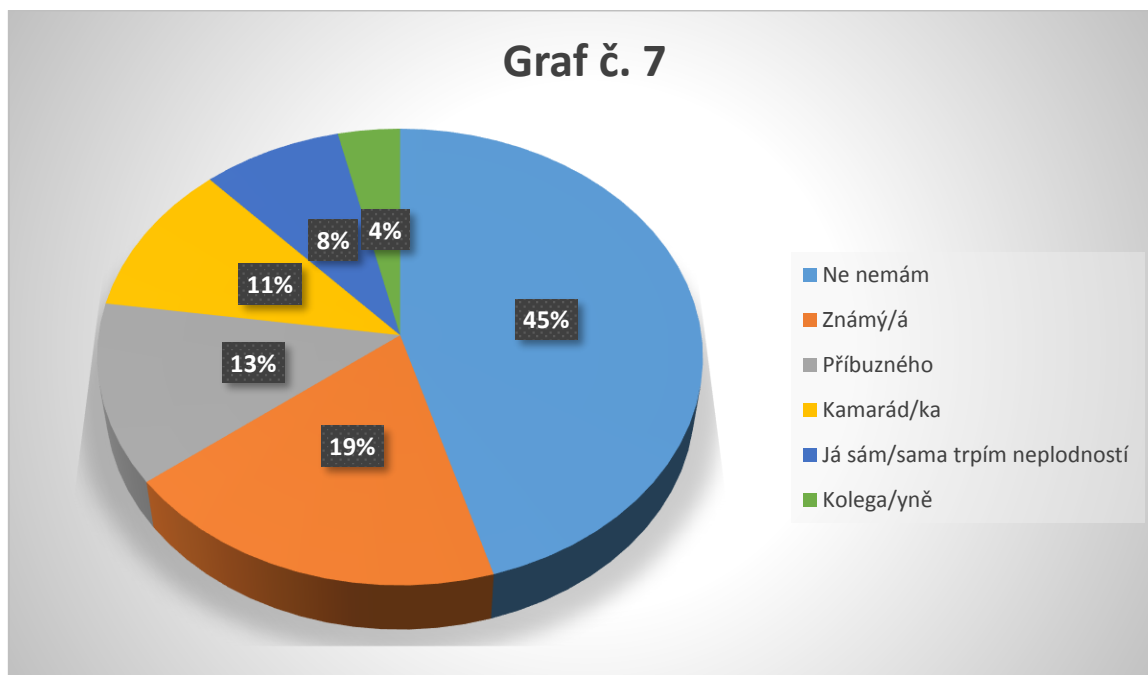


Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. Většina respondentů přesně 82 (75 %) žije ve městě, dalších 28 (25 %) na vesnici.

Otázka č. 7 – Máte ve svém okolí někoho trpícího neplodností?

Graf 7: Osoby trpící neplodností v okolí respondentů



Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. Necelá polovina respondentů 50 (45 %) nemá ve svém okolí nikoho trpícího neplodností. 21 (19 %) osob má ve svém kruhu někoho známého trpícího neplodností. Dalších 14 (13 %) respondentů má neplodnost v rodině. U přátel to potkalo 12 (11 %) respondentů. Bohužel 9 (8 %) respondentů samo trpí neplodností. A pouze 4 (4 %) respondenti znají někoho takového v práci.

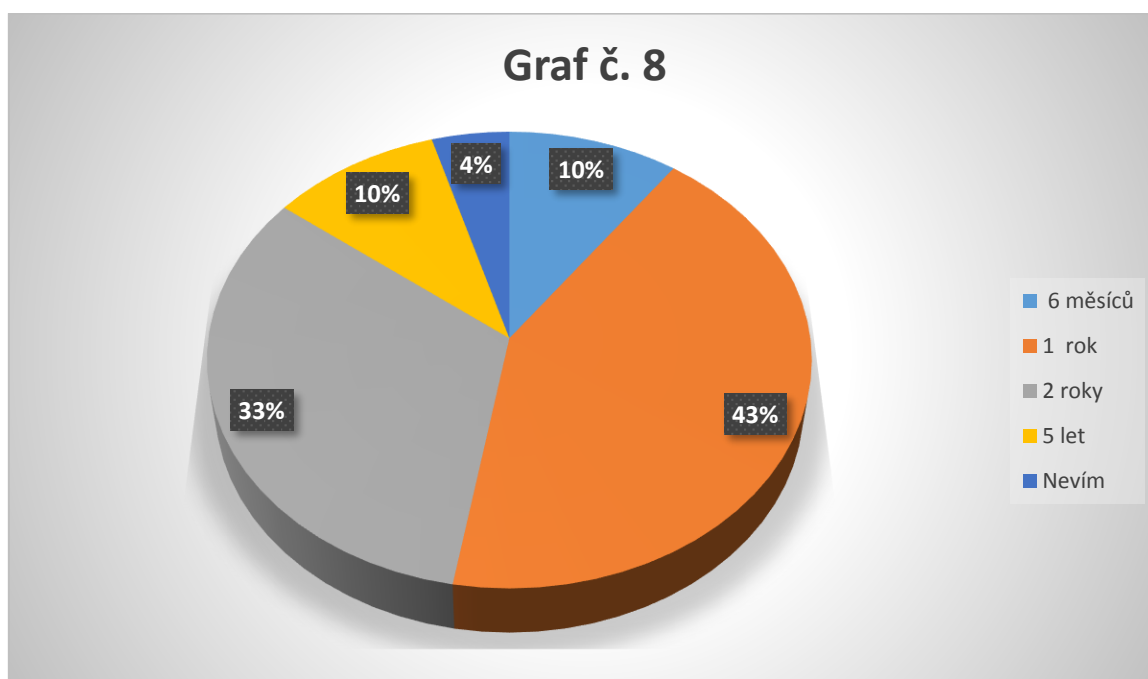
Cíl 1: Zjistit pohled veřejnosti na neplodnost. Zmapovat smýšlení veřejnosti o neplodnosti a dostupnosti asistované reprodukce.

Výzkumný problém: Jaký je názor veřejnosti na léčbu, věk a alternativní možnosti v léčbě neplodnosti?

Otázky č. 8, 9, 10, 11

Otázka č. 8 – **Po jaké době pravidelného pohlavního styku mezi partnery si myslíte, že se dá mluvit o neplodnosti?**

Graf 8: Období pro neplodnost

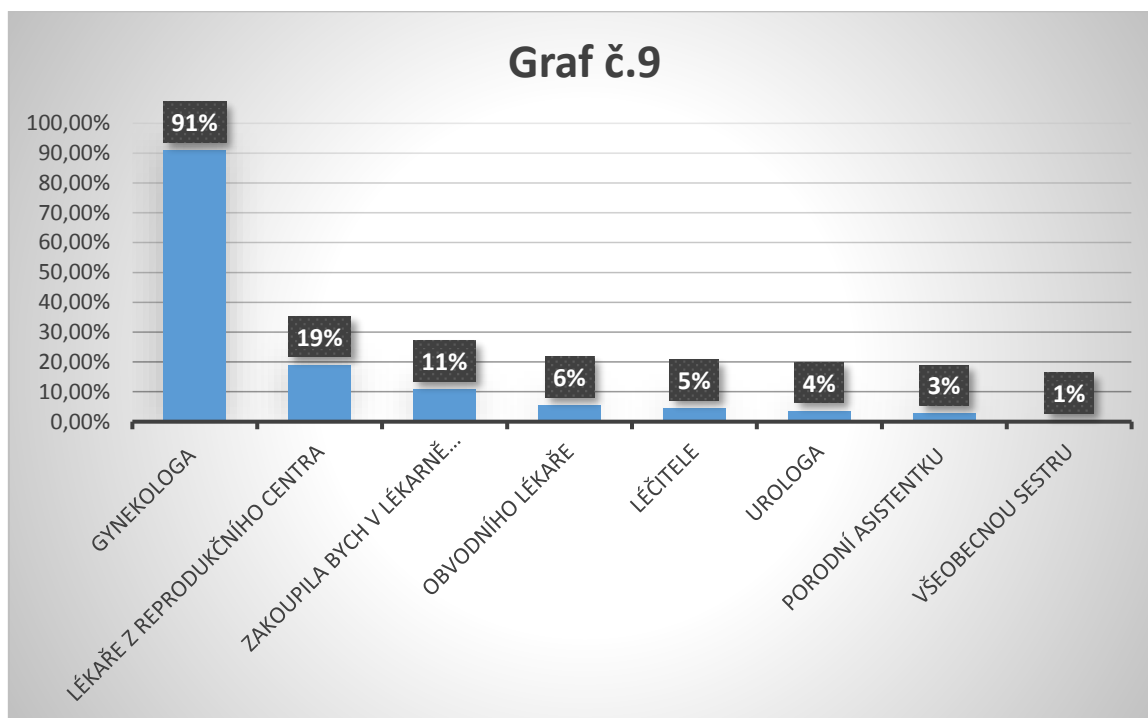


Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. 47 (43 %) respondentů si myslí, že diagnóza neplodnost má být stanovena po jednom roce pravidelného pohlavního styku, dalších 36 (33 %) respondentů odpovědělo, že až po 2 letech. Hranici 5 let označilo 11 (10 %) respondentů a stejný počet respondentů tedy 11 (10 %) označilo 6 měsíců. Posledních 5 (4 %) respondentů nevědělo.

Otázka č. 9 – Na koho byste se obrátili v případě, že se Vám nedaří otěhotnět?

Graf 9: První volba při neplodnosti

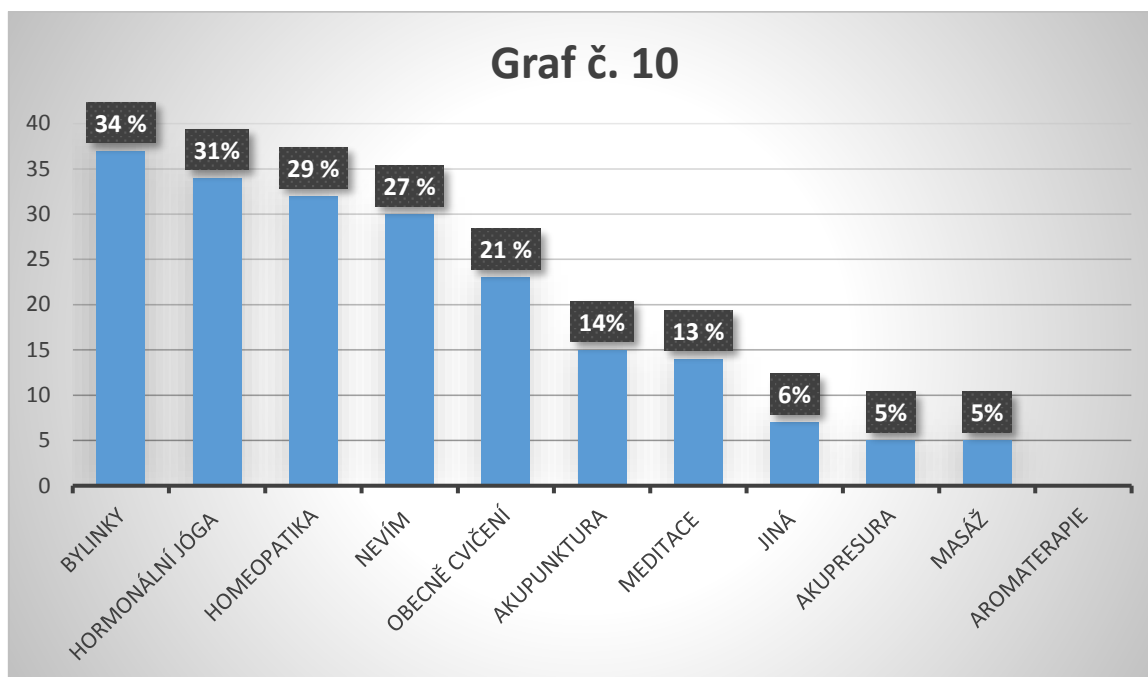


Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. U otázky č.9 bylo možné označit více odpovědí. Při problému s otěhotněním by většina 100 (91 %) respondentů navštívila jako prvního gynekologa. Dále by 21 (19 %) respondentů navštívilo lékaře z reprodukčního centra. Dalších 12 (11 %) respondentů vybralo zakoupení doplňku stravy určené k podpoře plodnosti. Poté bylo v menšině navštívení obvodního lékaře od 6 (6 %) respondentů, léčitele od 5 (5 %) respondentů, urologa od 4 (4 %) respondentů, porodní asistentky od 3 (3 %) respondentů a všeobecnou sestru zvolil jen 1 (1 %) respondent.

Otázka č. 10 – Jaká jsou podle Vás nejlepší alternativní metody k léčbě neplodnosti před absolvováním asistované reprodukce?

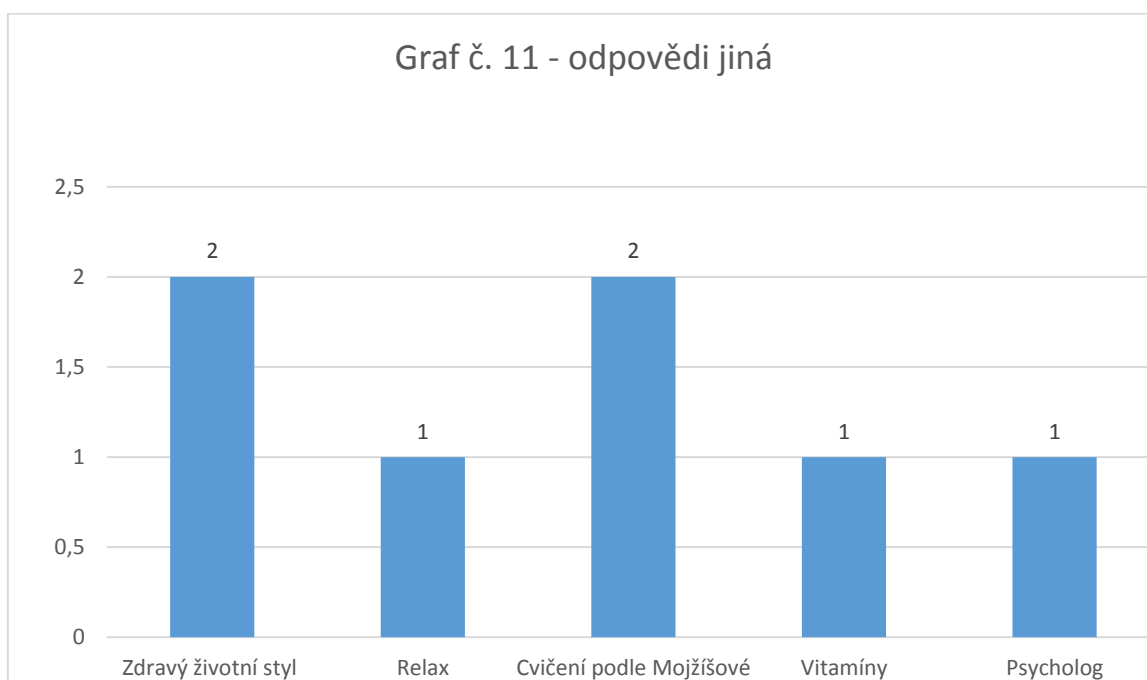
Graf 10: Alternativní léčba při neplodnosti



Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. U otázky č.10 bylo možné označit více odpovědí. 37 (34 %) respondentů nejčastěji zodpovědělo bylinky, dalších 34 (31 %) respondentů si myslí, že by pomohla hormonální jóga. 32 (29 %) respondentů vybralo homeopatie a 30 (27 %) nevědělo co by mohlo pomoci. Dalších 23 (21 %) respondentů zodpovědělo cvičení, 15 (14 %) respondentů zvolilo akupunkturu a 14 (13 %) meditaci. Pouze 7 (6 %) respondentů si vybralo jinou možnost, 5 (5 %) akupresuru a 5 (5 %) masáž. Nikdo si nemyslí, že by pomohla aromaterapie.

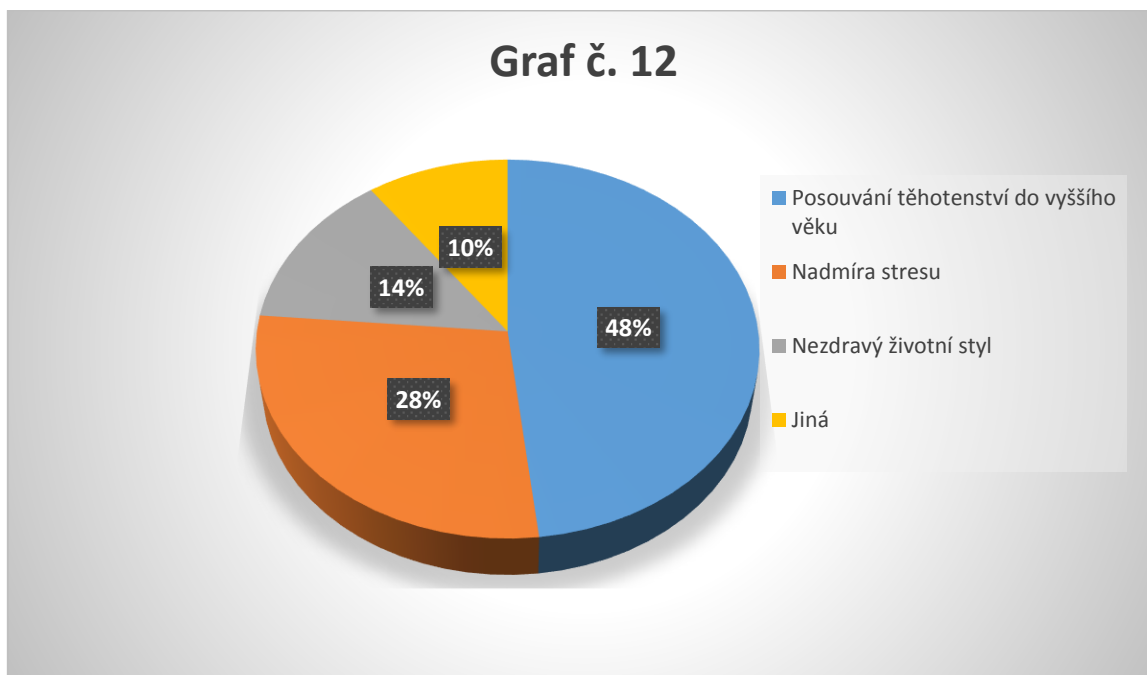
Graf 11: Odpovědi jiná otázky č. 10



Mezi odpovědi jiné 2 respondenti uvedli, že neplodnost by se mohla léčit změnou životního stylu na zdravější. Jedna osoba si myslí, že by měli tito lidé více relaxovat. Další 2 respondenti by zvolili jako alternativní metodu cvičení podle Mojžíšové. Poslední 2 si myslí že by pomohli vitamíny nebo psycholog.

Otázka č. 11 – Jaké jsou podle vás příčiny neplodnosti?

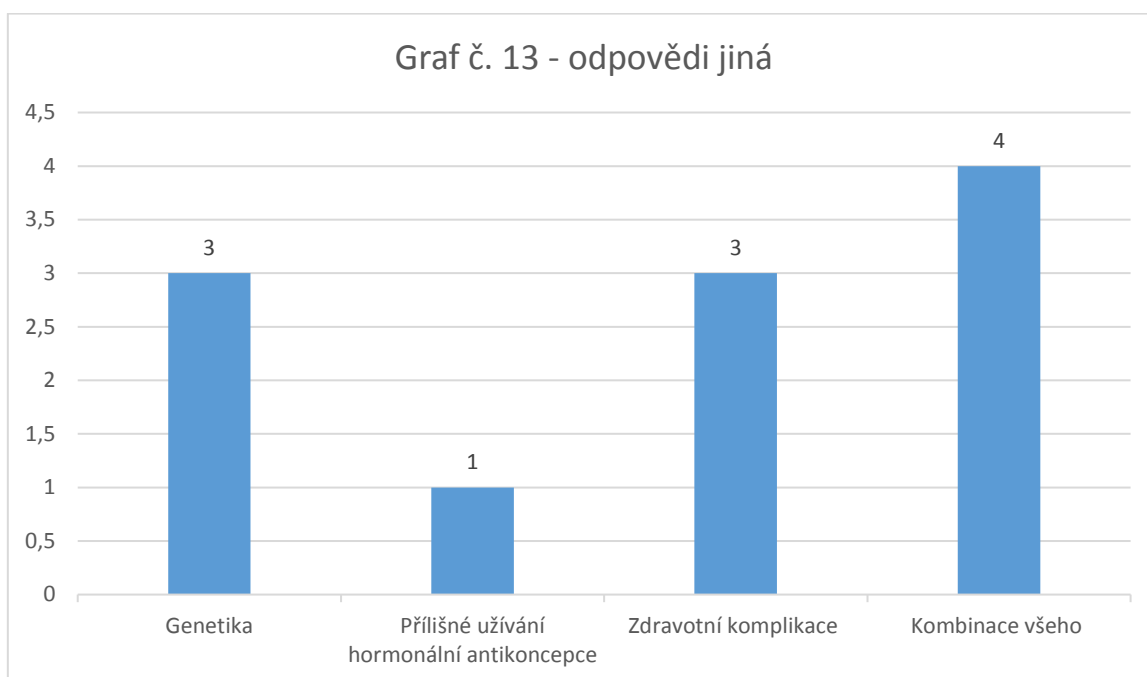
Graf 12: Příčiny neplodnosti



Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. Hlavní příčina neplodnosti dle 53 (48 %) respondentů je posouvání těhotenství do vyššího věku. Dále odpovědělo 31 (28 %) respondentů nadmíra stresu. Nezdravý životní styl vybralo 15 (14 %) respondentů a 11 (10 %) označilo odpověď jiná.

Graf 13: Odpovědi jiná otázky č. 12



Zdroj: vlastní

Mezi odpovědi jiné 3 respondenti uvedli, že příčinou neplodnosti může být genetika. Jedna osoba si myslí, že to může způsobit přílišné užívání hormonální antikoncepce. Další 3 respondenti napsali, že příčinou mohou být zdravotní komplikace. Poslední 4 respondenti si myslí, že to může být kombinace všeho.

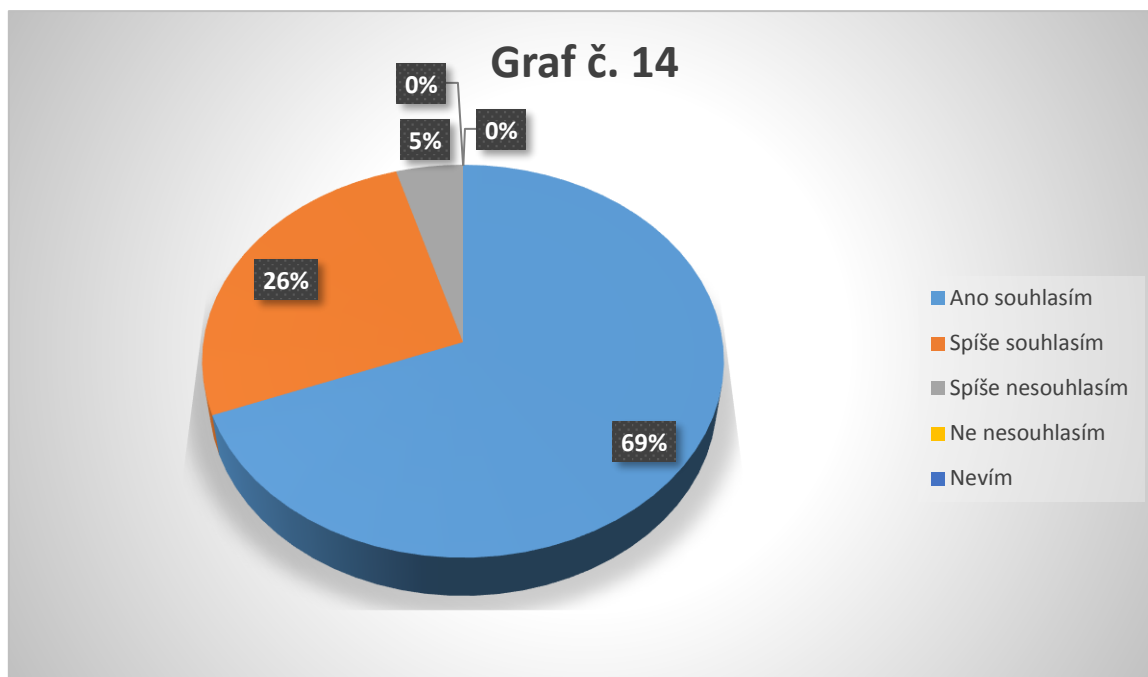
Cíl 2: Zjistit názor veřejnosti na hranice a limity asistované reprodukce.

Výzkumný problém: Jaké jsou biologické hranice asistované reprodukce?

Otázky č. 12, 13

Otázka č.12 – **Souhlasíte s využíváním asistované reprodukce?**

Graf 14: Názor na asistovanou

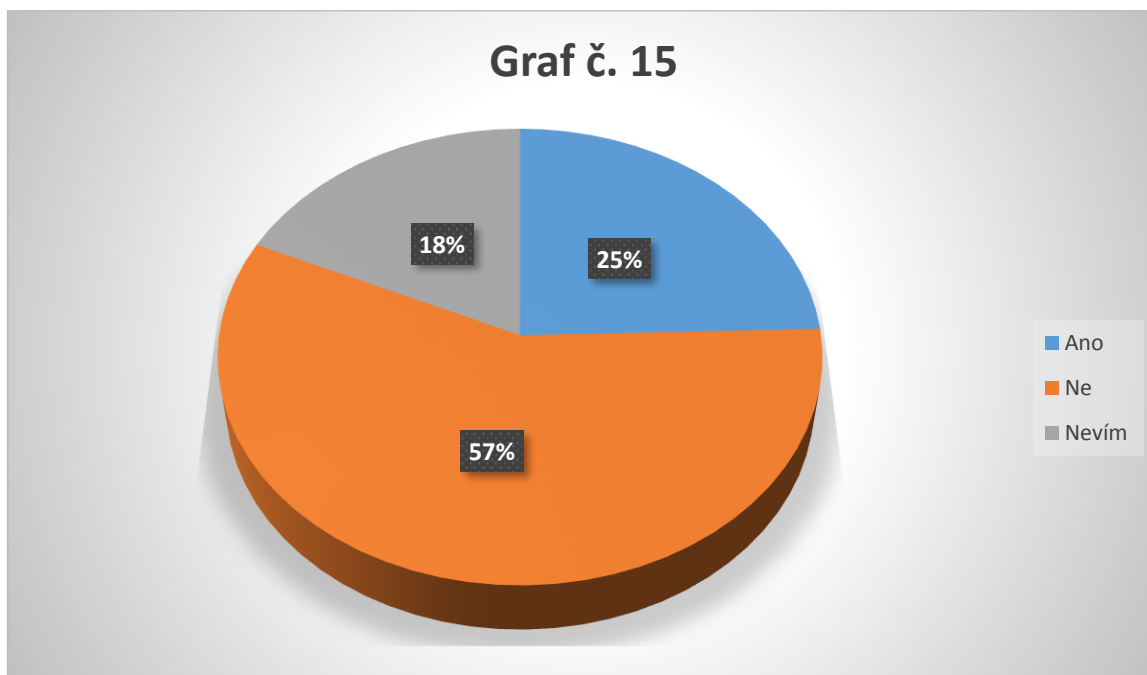


Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. Plně souhlasí 76 (69 %) respondentů, spíše souhlasí 29 (26 %) respondentů. Spíše nesouhlasí pouze 5 (5 %) respondentů. A nikdo neodpověděl, že neví nebo nesouhlasí.

Otázka č.13 – **Máte pocit, že asistovaná reprodukce překračuje biologické hranice?**

Graf 15: *Názor na asistovanou reprodukci a biologickou hranici*



Zdroj: vlastní

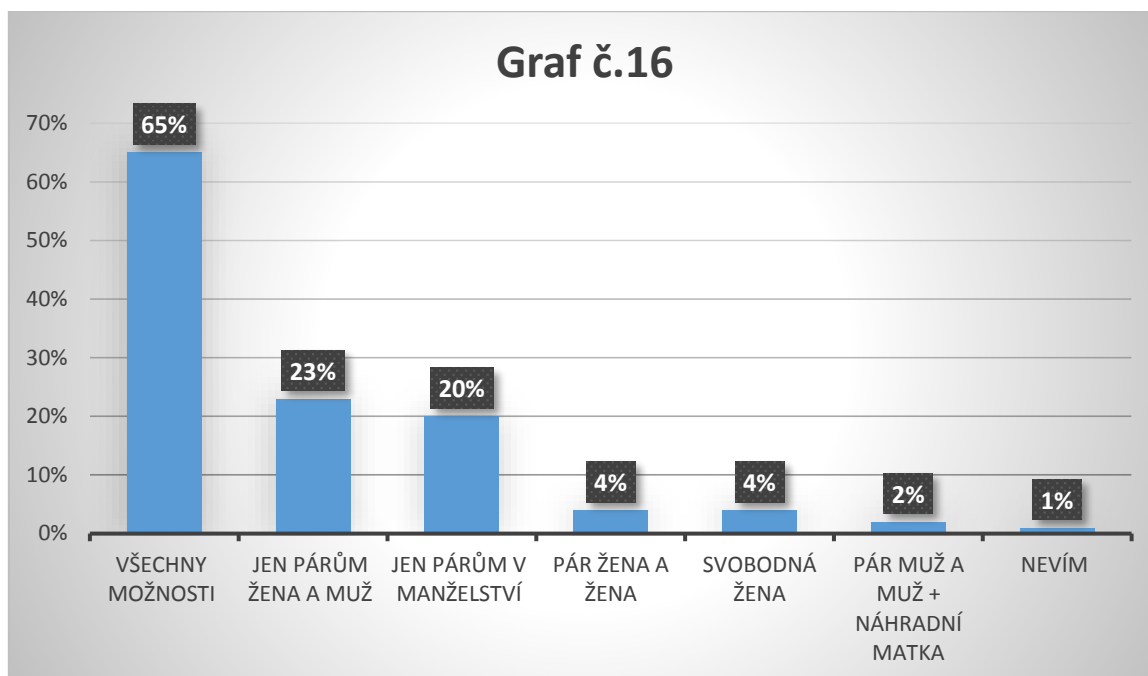
Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. 63 (57 %) respondentů nemá pocit, že by asistovaná reprodukce překračovala biologické hranice, 27 (25 %) naopak má tento pocit a 20 (18 %) nevědělo.

Výzkumný problém: Jaký je pohled na sociální hranice asistované reprodukce?

Otázky č. 14, 18, 22

Otázka č. 14 – **Asistovaná reprodukce by měla být povolena:**

Graf 16: Povolení asistované reprodukce

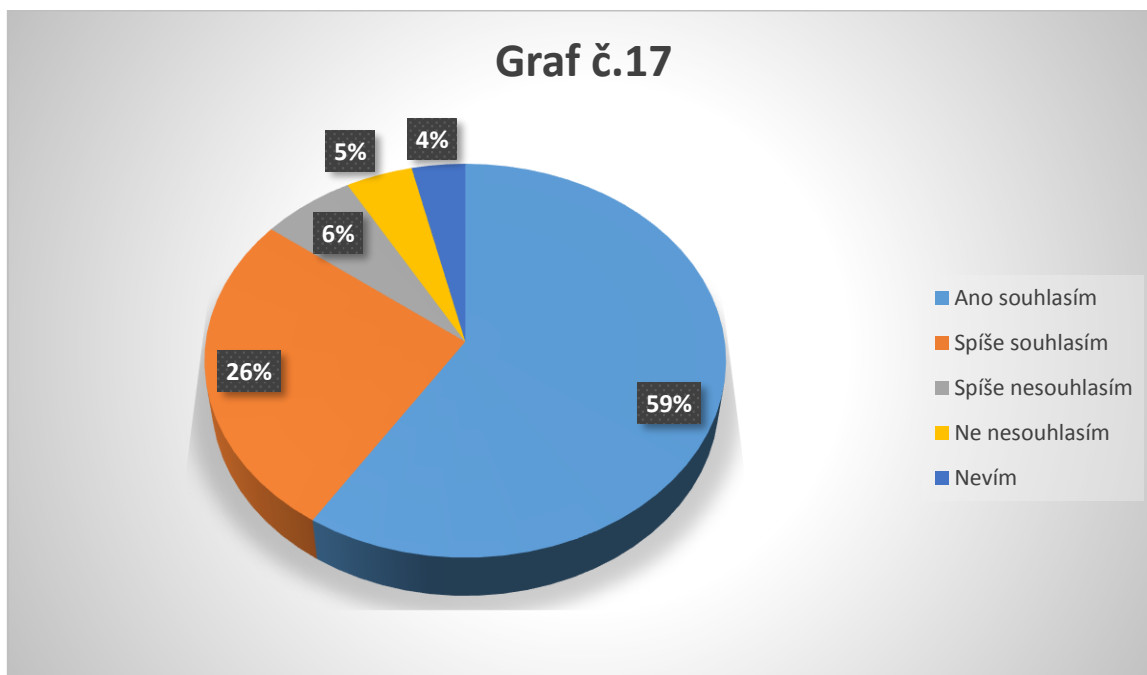


Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. U otázky č.14 bylo možné označit více odpovědí. 71 (65 %) respondentů by povolilo asistovanou reprodukci pro všechny uvedené možnosti. Jen 25 (23 %) respondentů by ji povolilo páru žena a muž a 22 (20 %) respondentů jen párům v manželství. Další 4 (4 %) respondenti zvolili pár žena a žena a další 4 (4 %) respondenti označili svobodné ženy. Pouze 2 (2 %) respondenti vybrali odpověď pár muž a muž + náhradní matka a 1 (1 %) respondent nevěděl.

Otázka č. 18 – Je právo na dítě základním lidským právem?

Graf 17: Právo na dítě

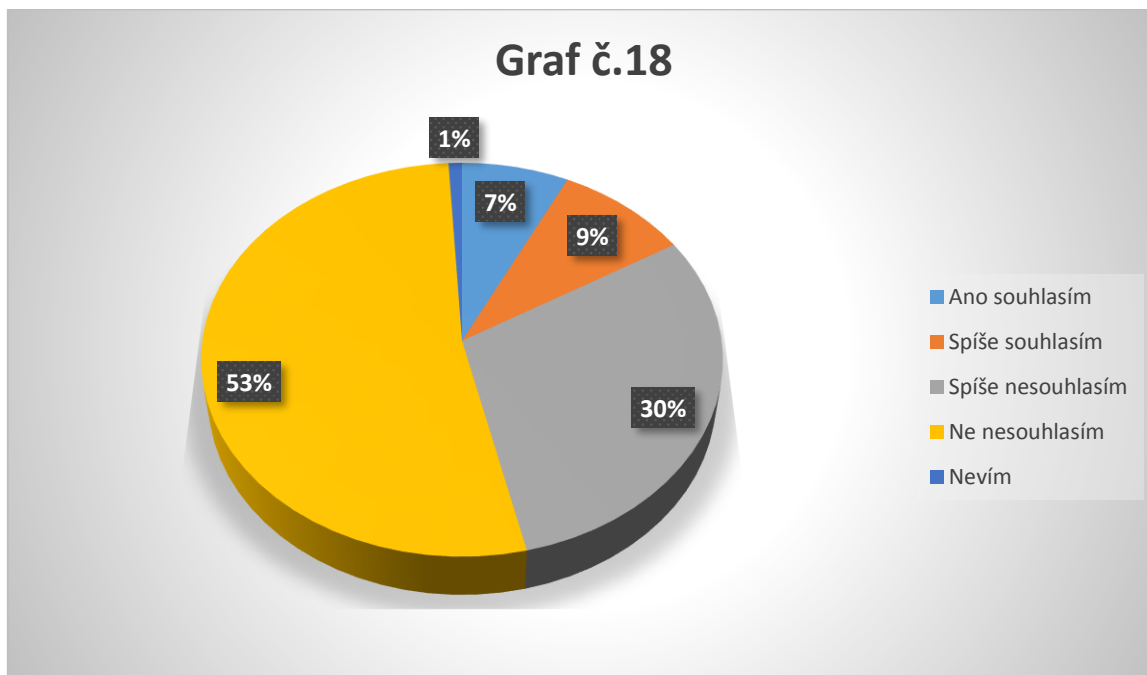


Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. S tím, že právo na dítě je základním lidským právem, souhlasí 65 (59 %) respondentů, spíše souhlasí 29 (26 %) respondentů. Spíše nesouhlasí 7 (6 %) respondentů a úplně nesouhlasí 5 (5 %). Pouze 4 (4 %) respondenti zvolili odpověď neví.

Otázka č. 22 – Zdá se Vám správné, že se těhotenství posouvá nad 35 let a výše?

Graf 18: Posouvání těhotenství nad 35 let a výše



Zdroj: vlastní

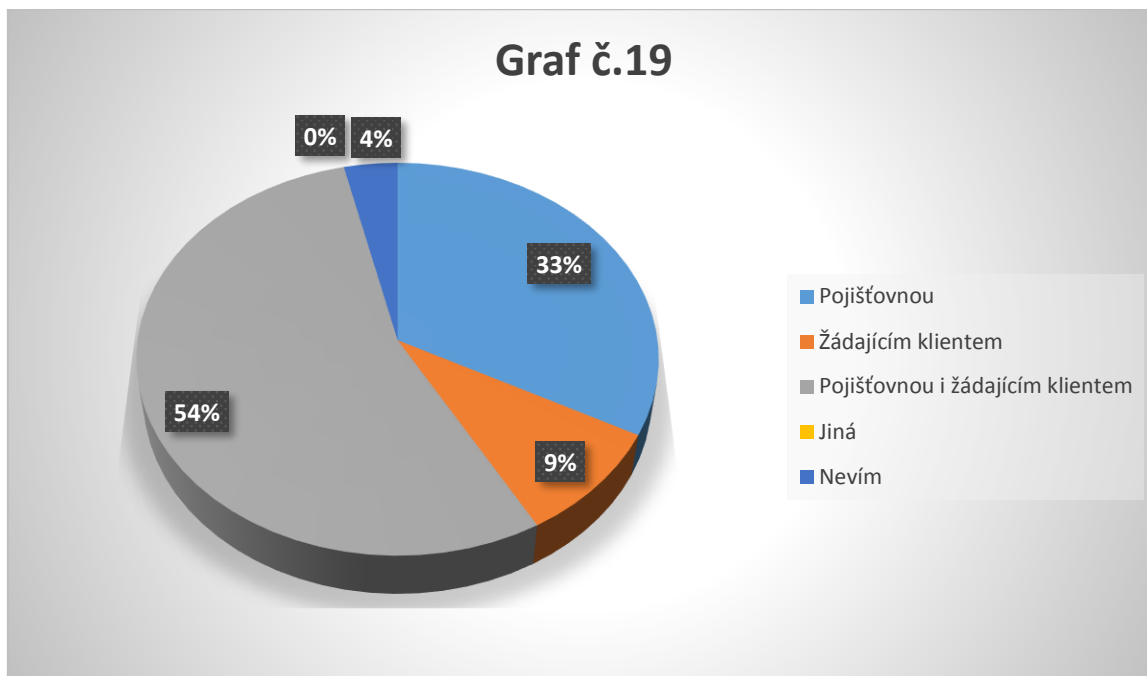
Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. S těhotenstvím ve vyšším věku souhlasí 8 (7 %) respondentů a 10 (9 %) respondentů spíše souhlasí. Spíše s tím nesouhlasí 33 (30 %) respondentů a úplně nesouhlasí 58 (53 %). Pouze 1 (1 %) respondent nevěděl.

Výzkumný problém: Jaké by mělo být finanční řešení asistované reprodukce?

Otázky č. 15, 16, 17

Otázka č. 15 – **Kým by měla být hrazena asistovaná reprodukce?**

Graf 19: Finanční hrazení asistované reprodukce

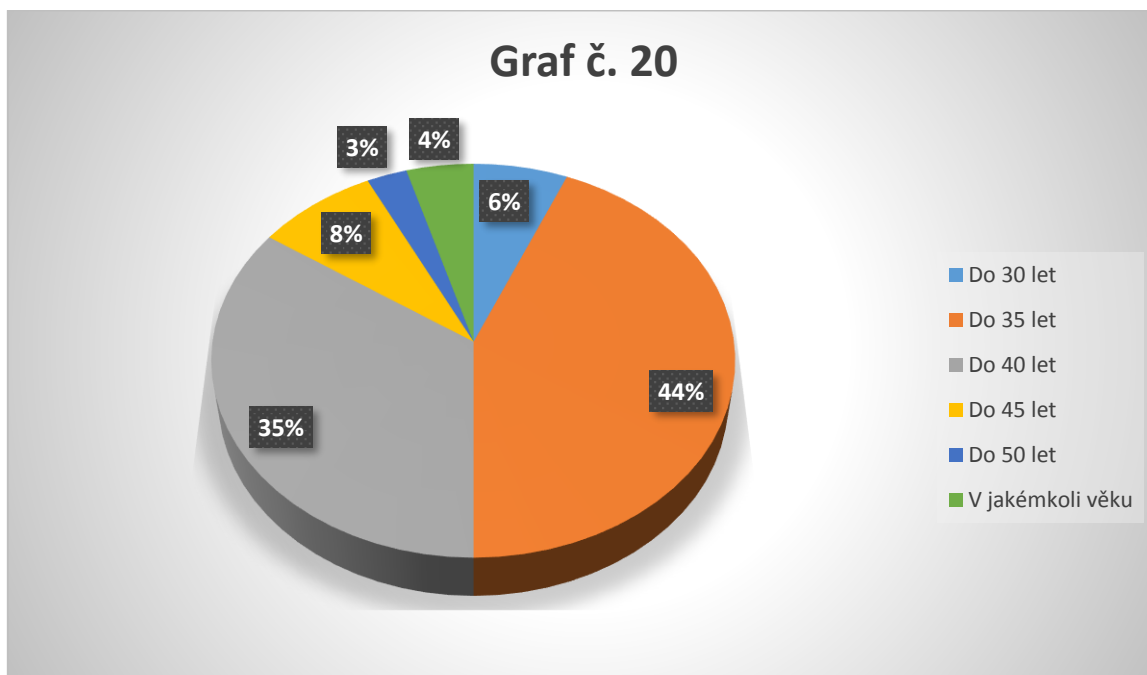


Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. 36 (33 %) respondentů si myslí, že by asistovanou reprodukci měla platit pojišťovna, naopak 10 (9 %) respondentů si myslí, že AR by měl platit žadající klient. Dále 60 (54 %) respondentů si myslí, že by se měli podílet oba. 4 (4 %) respondenti zvolili nevím a jinou odpověď nevybral nikdo.

Otázka č. 16 – **Do kolika let by pojišťovna měla hradit asistovanou reprodukci?**

Graf 20: Mezní věk pro hrazení asistované reprodukce pojišťovnou

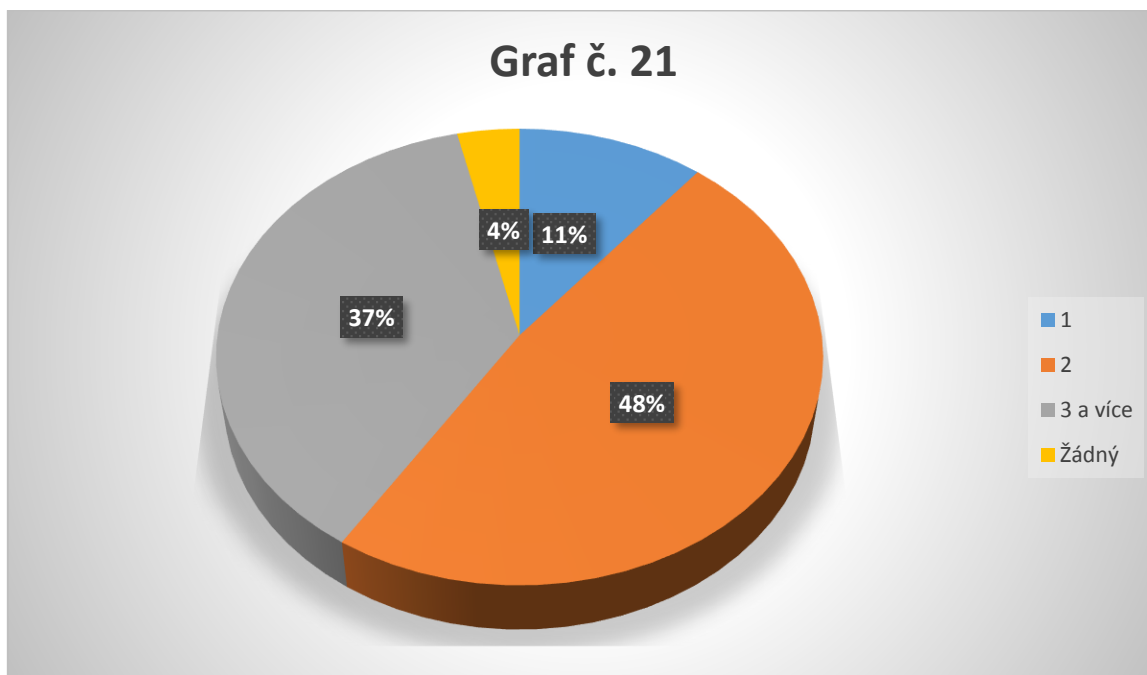


Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. Že by asistovaná reprodukce měla být hrazena pojišťovnou do 30 let, zodpovědělo 7 (6 %) respondentů, dále pak do 35 let vybralo 48 (44 %) respondentů. Další odpověď do 40 let zvolilo 38 (35 %) respondentů, do 45 let bylo vybráno 9 (8 %) respondenty. Pouze 5 (4 %) respondentů odpovědělo, že je to možné v jakémkoli věku a 3 (3 %) nevěděli.

Otázka č. 17 – Kolik cyklů asistované reprodukce by měla hradit pojišťovna?

Graf 21: Kolik cyklů by měla hradit pojišťovna



Zdroj: vlastní

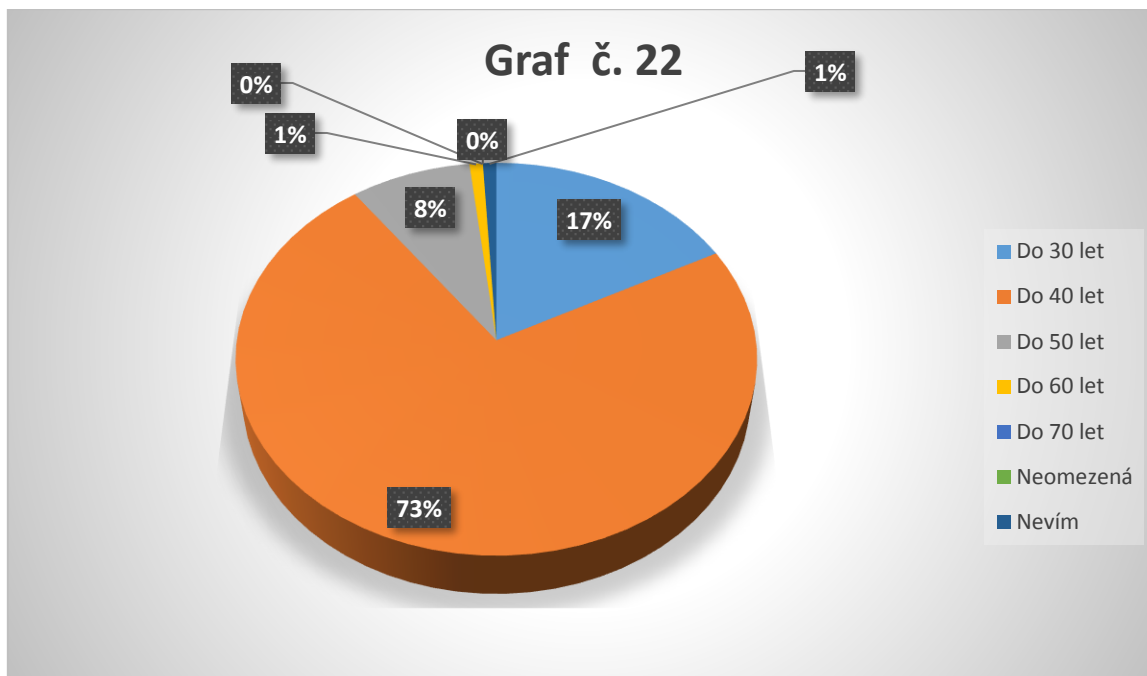
Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. Pojišťovna by měla hradit 1 cyklus dle 12 (11 %) respondentů. Dalších 53 (48 %) respondentů odpovědělo 2 cykly, následujících 41 (37 %) respondentů zvolilo 3 a více cyklů a pouze 4 (4 %) vybrali odpověď žádný.

Výzkumný problém: Jaký je názor veřejnosti na etické hranice asistované reprodukce?

Otázky č. 23, 24, 25, 26, 31, 32, 33, 34, 35, 36

Otázka č. 23 – **Jaká věková hranice by měla být pro asistovanou reprodukci?**

Graf 22: Věková hranice pro asistovanou reprodukci

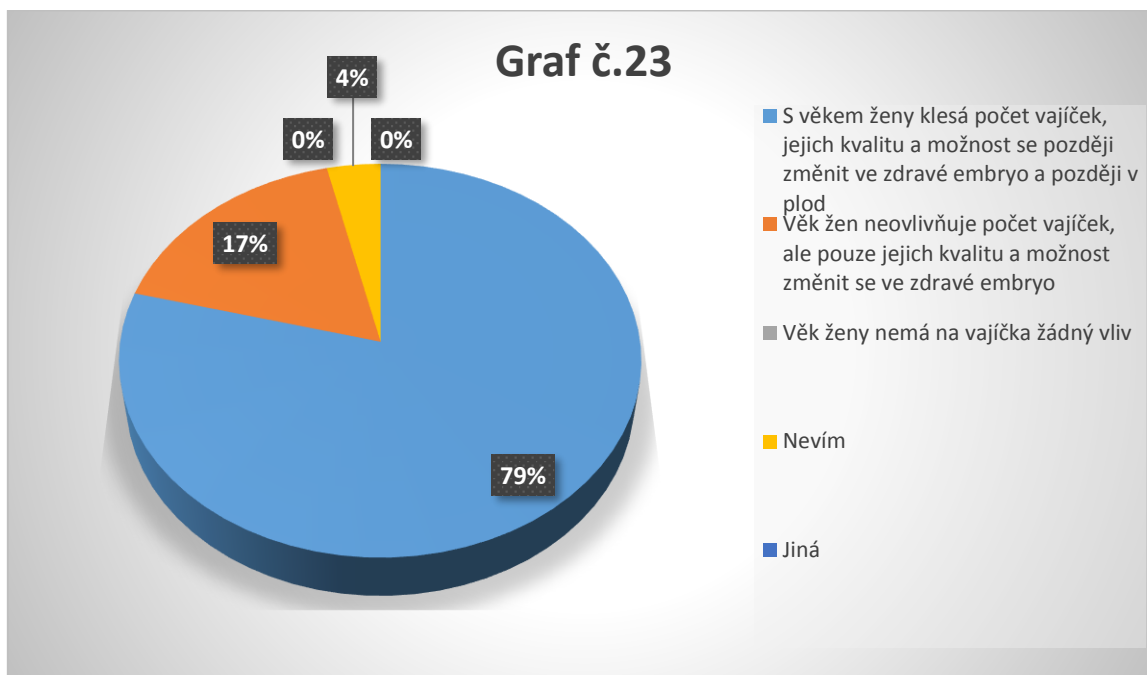


Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. Asistovaná reprodukce by měla být povolena podle 19 (17 %) respondentů do 30 let. Dalších 80 (73 %) respondentů označilo odpověď do 40 let. Následujících 9 (8 %) respondentů zvolilo do 50 let. 1 (1 %) respondent vybral do 60 let a 1 (1 %) nevěděl. Nikdo neoznačil odpověď neomezená a do 70 let.

Otázka č. 24 – Jaký vliv si myslíte, že má věk ženy na její reprodukční schopnost?

Graf 23: Vliv věku na reprodukci

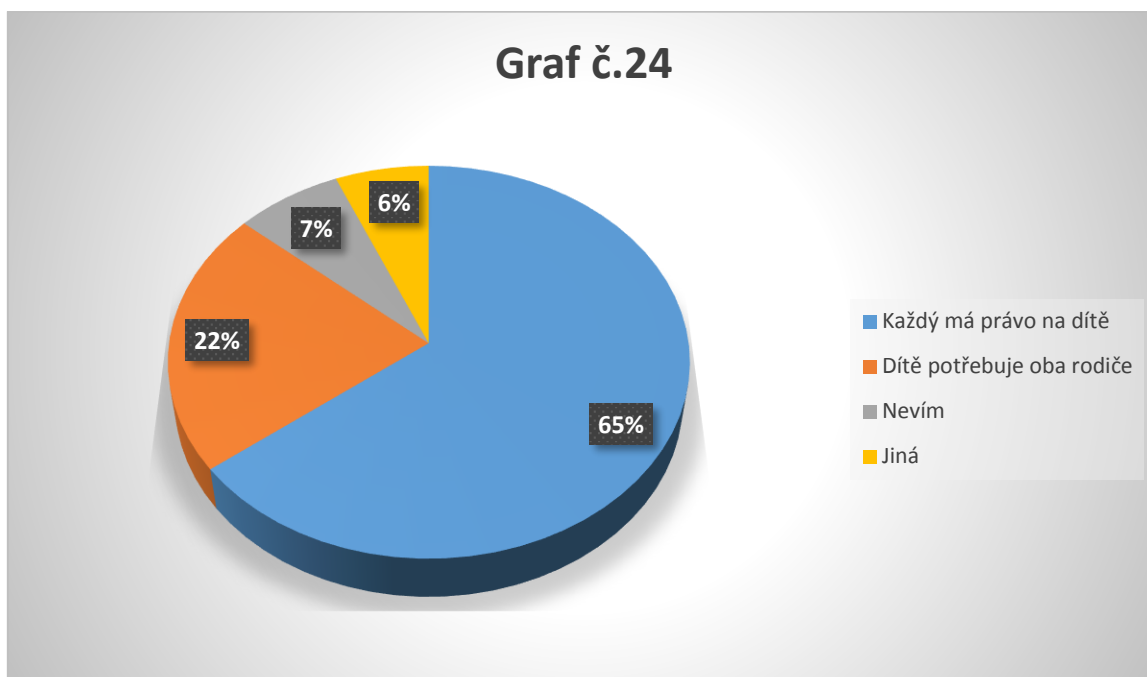


Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. Prvních 79 (79 %) respondentů si myslí, že věk snižuje počet i kvalitu embryí. Dalších 19 (17 %) si myslí, že věk neovlivňuje počet, ale kvalitu vajíček. Pouze 4 (4 %) nevěděli a nikdo neoznačil odpověď jiná a věk ženy nemá žádný vliv na vajíčka.

Otázka č. 25 – Co si myslíte o svobodných ženách, které si chtějí pořídit dítě pomocí asistované reprodukce?

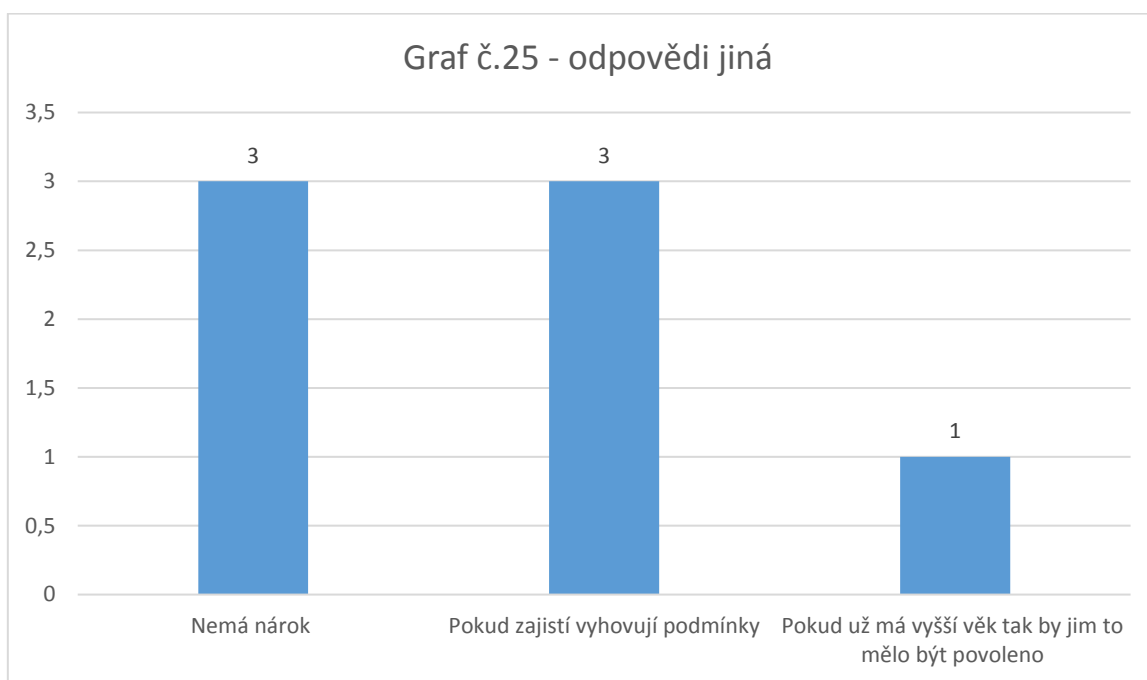
Graf 24: Názor na asistovanou reprodukci pro svobodné ženy



Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. Svobodné ženy dle 71 (65 %) respondentů má právo na dítě. Dalších 24 (22 %) si myslí, že dítě potřebuje oba rodiče. 8 (7 %) respondentů nevědělo a 7 (6 %) jich označilo odpověď jiná.

Graf 25: Odpovědi jiná otázky č. 25

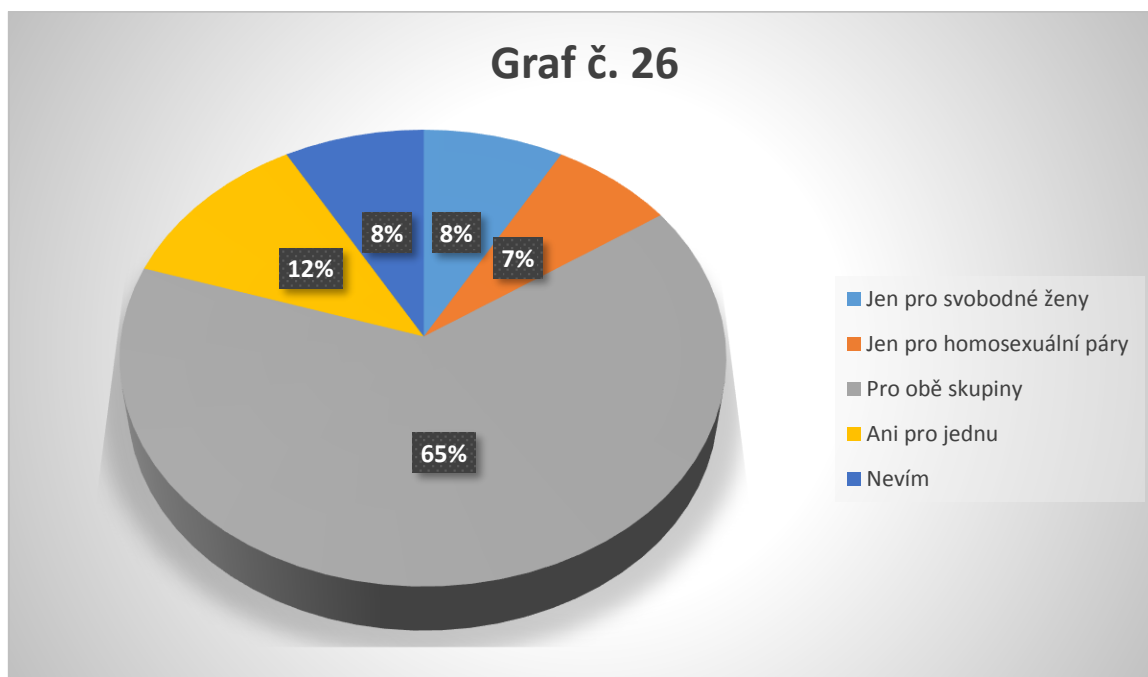


Zdroj: vlastní

Mezi odpovědi jiné 3 respondenti uvedli, že žena nemá na asistovanou reprodukci žádný nárok, že je to výsada párů. Jedna osoba si myslí, že by měla být asistovaná reprodukce dostupná pro svobodné ženy ve vyšším věku, kterým už tikají “biologické hodiny“. Další 3 respondenti napsali, že pokud žena zajistí vyhovující podmínky pro dítě, tak má nárok na asistovanou reprodukci.

Otázka č. 26 – **Povolili byste asistovanou reprodukci svobodným ženám a homosexuálním pářům?**

Graf 26: *Názor na asistovanou reprodukci pro homosexuální páry a svobodné ženy*

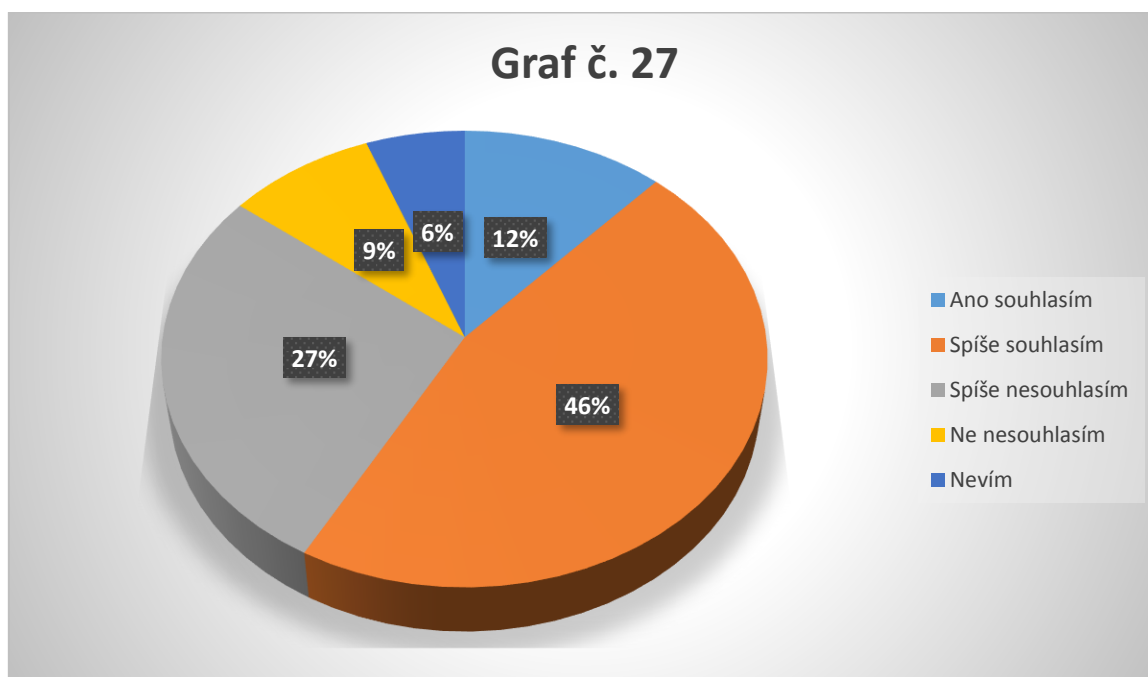


Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. Asistovanou reprodukci by pro svobodné ženy povolilo 9 (8 %) respondentů, pro homosexuální páry jen 8 (7 %). Dalších 71 (65 %) respondentů by ji povolili pro obě skupiny, naopak nesouhlasilo ani s jednou možností 13 (12 %). Odpovědí si nebylo jisto 9 (8 %) respondentů.

Otázka č. 31 – Souhlasíte s náhradním mateřstvím?

Graf 27: Názor na náhradní mateřství

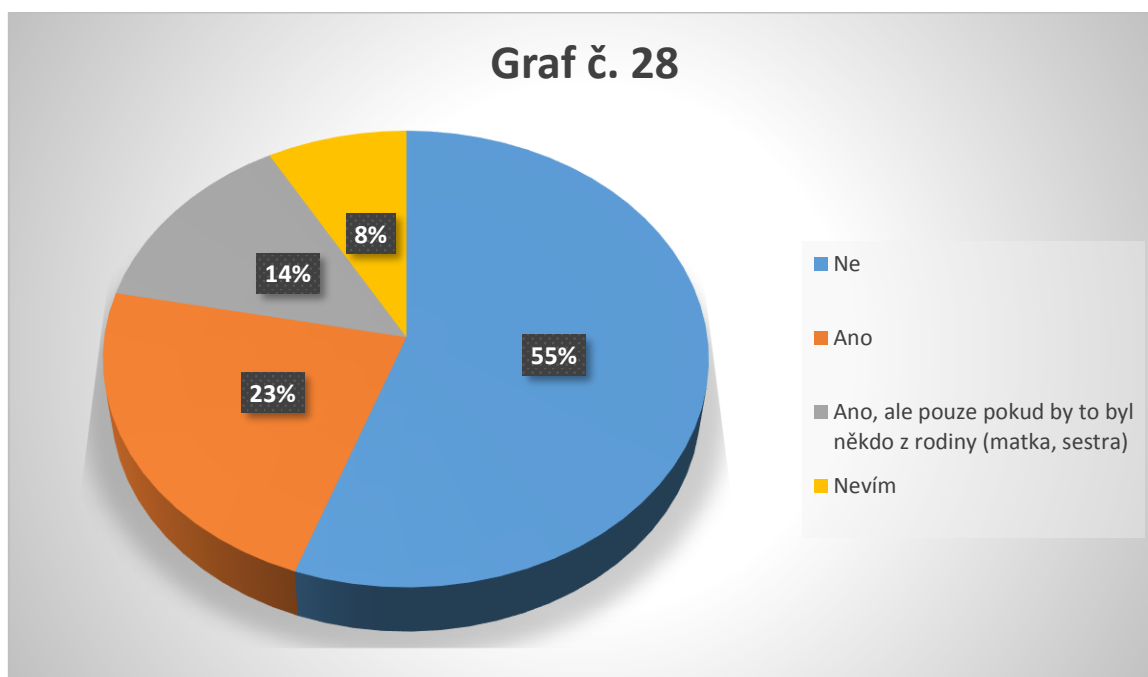


Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. S náhradním mateřstvím souhlasí 49 (46 %) respondentů, spíše souhlasí 32 (27 %). Spíše nesouhlasí s dárcovstvím 19 (12 %) respondentů a úplně nesouhlasí 6 (9 %). 4 (6 %) respondenti označili odpověď nevím.

Otázka č. 32 – **Dokážete si představit, že by Vám dítě odnosila jiná žena?**

Graf 28: Pohled na odnošení dítěte jinou ženou

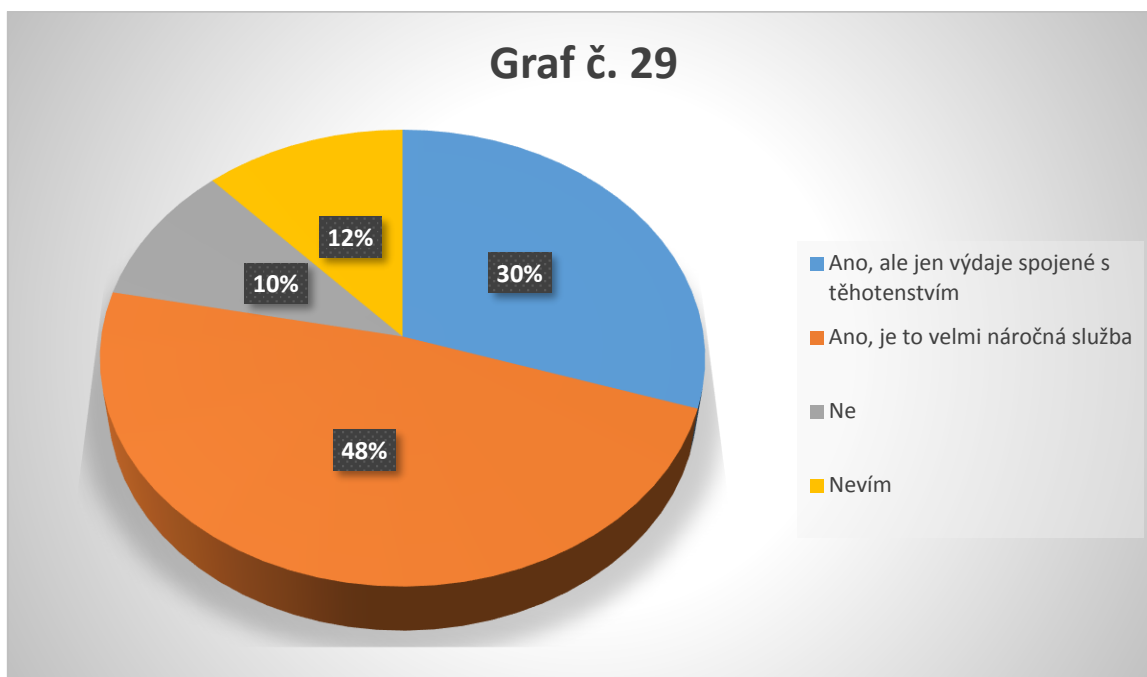


Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. 61 (55 %) respondentů si nedokázalo představit, že by jim dítě odnosila jiná žena. Naopak 25 (23 %) si jich to dokázalo představit. Odpověď ano vybralo 15 (14 %) respondentů, ale pouze v případě, že tato žena by byl někdo z rodiny (matka nebo sestra). Nevědělo 9 (8 %) respondentů.

Otázka č. 33 – Myslíte si, že by náhradní matka měla dostávat nějakou peněžní kompenzaci za odnošení dítěte někomu jinému?

Graf 29: Peněžní kompenzace pro náhradní matky

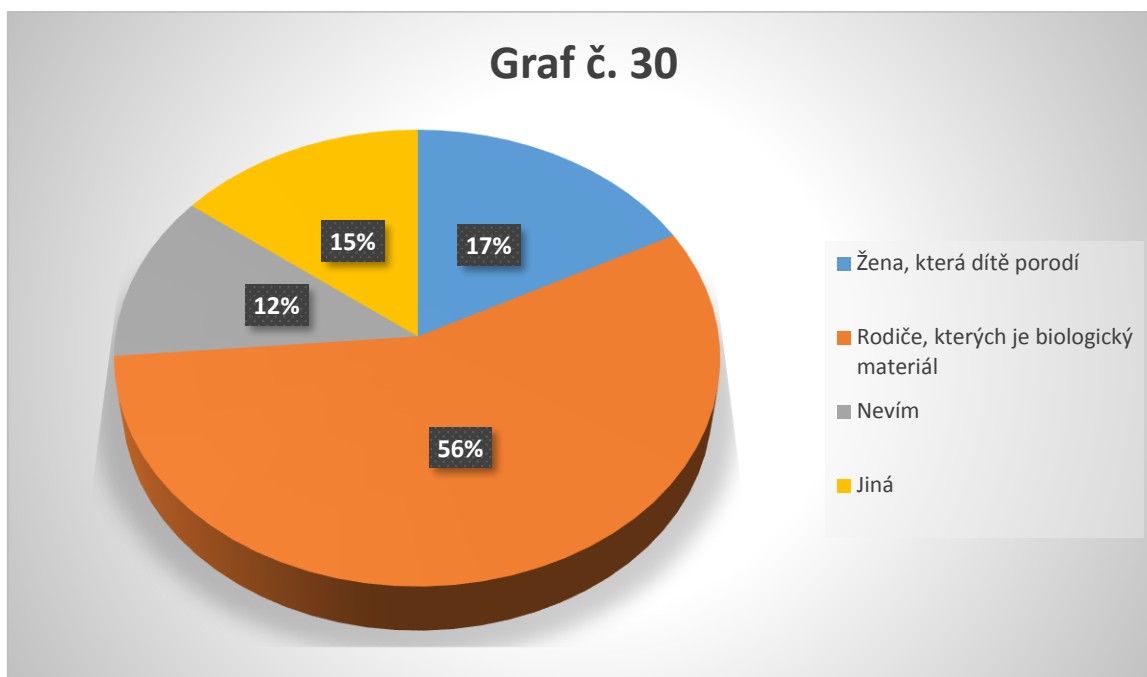


Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. 33 (30 %) respondentů souhlasilo jen s hrazením výdajů spojených s těhotenstvím. Dalších 53 (48 %) respondentů zvolili ano, kvůli tomu, jak je to náročná služba. Ne odpovědělo 11 (10 %) respondentů a 13 (12 %) jich nevědělo.

Otázka č. 34 – **Kdo je podle Vás opravdovým rodičem narozeného dítěte po náhradním mateřství?**

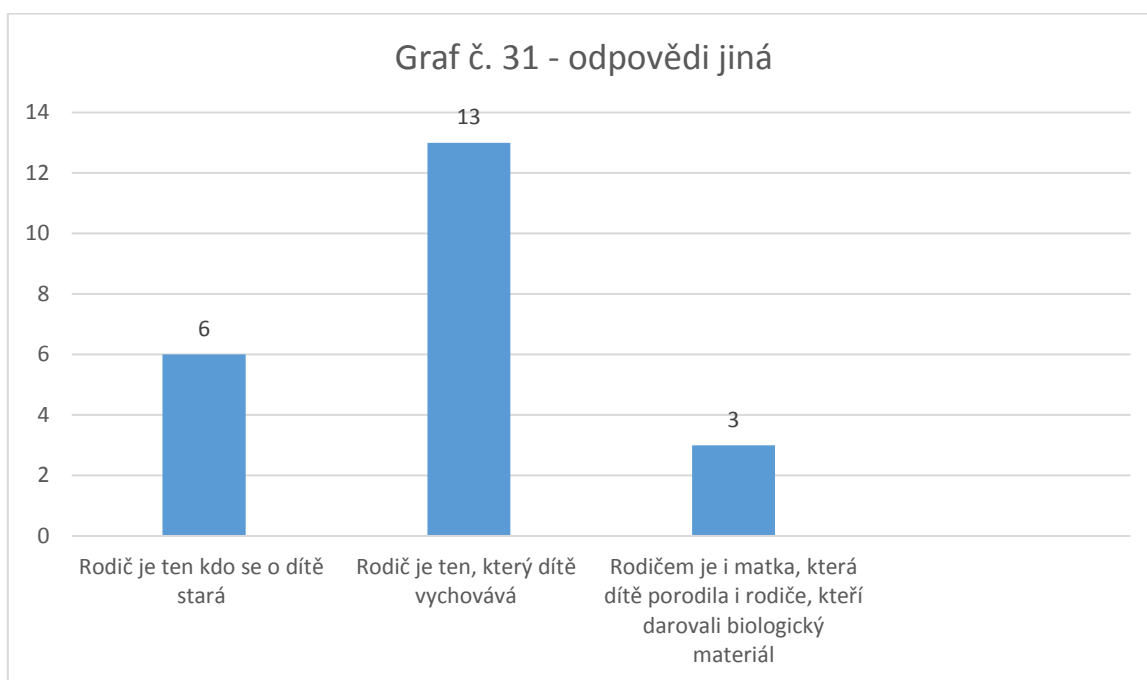
Graf 30: Kdo je rodičem narozeného dítěte



Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. Podle 19 (17 %) respondentů je matkou dítě žena, která ho porodila. Dalších 62 (56 %) si myslí, že jsou rodiče lidé, kterým patří biologický materiál. Nevědělo 13 (12 %) respondentů a 16 (15 %) vybralo odpověď jiná.

Graf 31: Odpovědi jiná otázky č. 34

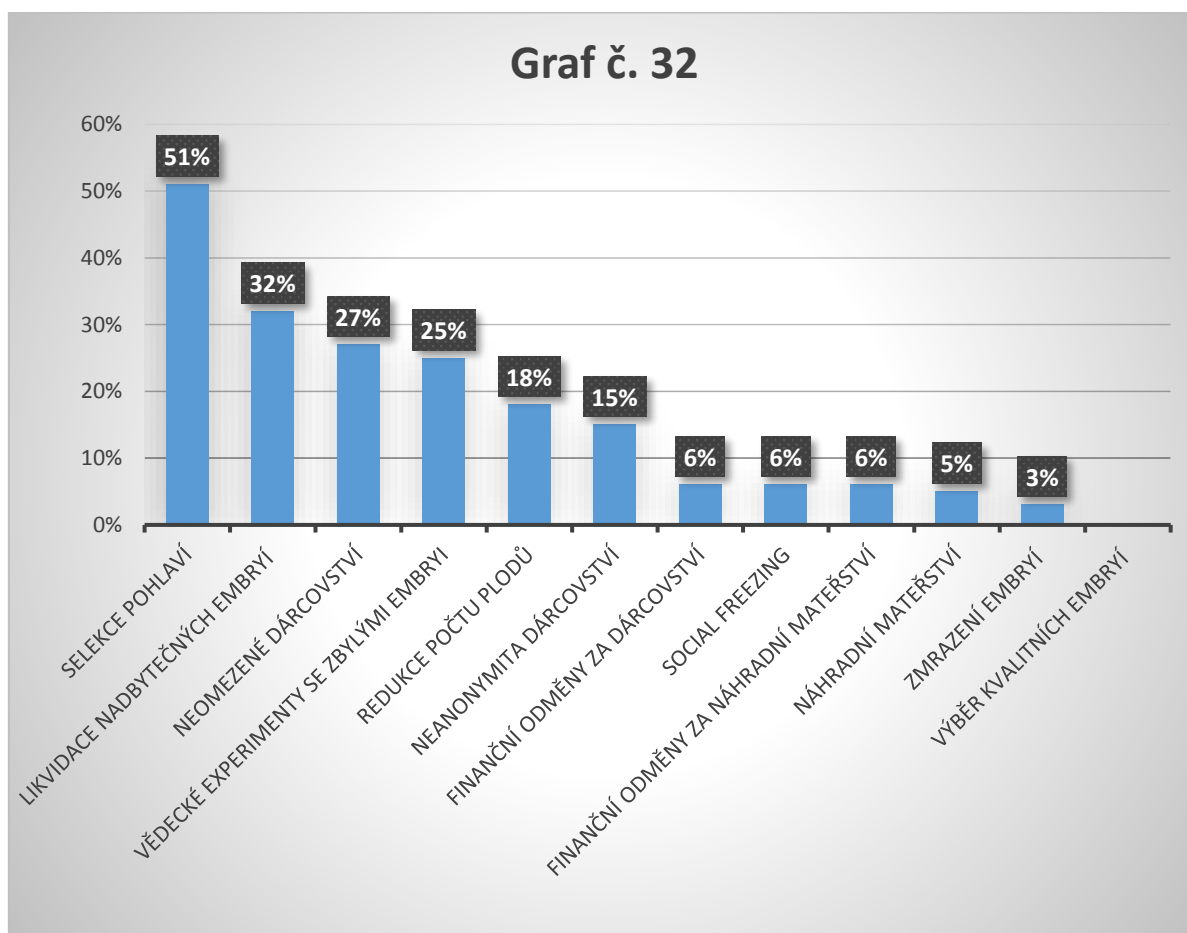


Zdroj: vlastní

Mezi odpovědi jiná 6 respondentů uvedlo, že rodič je ten, který se o dítě stará. 3 osoby si myslí, že rodičem je i matka, která dítě porodila i rodiče, kteří darovali biologický materiál. Dalších 13 respondentů napsalo, že rodič je ten, který dítě vychovává.

Otázka č. 35 – Co považujete za eticky nepřijatelné v oblasti reprodukční medicíny?

Graf 32: Co je eticky nepřijatelné v oblasti asistované reprodukce



Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. U otázky č.35 bylo možné označit více odpovědí. Eticky nepřijatelné označilo 56 (51 %) respondentů selekci pohlaví. Dalších 35 (32 %) respondentů zvolilo likvidaci nadbytečných embryí. 30 (27 %) respondentů označilo neomezené dárcovství. 27 (25 %) respondentů vybralo vědecké experimenty s embryi. Dále vybralo odpověď redukce počtu plodů 20 (18 %) respondentů. Poté bylo vybráno jako neetické finanční odměňování za dárcovství od 7 (6 %) respondentů, social freezing od dalších 7 (6 %) respondentů. Finanční odměny za náhradní mateřství zvolilo 6 (6 %) respondentů. Nejméně respondentů vybralo náhradní mateřství 5 (5 %) a zmrazení embryí 3 (3 %) respondenti. Nikdo nevybral jako etický problém výběr kvalitních embryí.

Otázka č. 36 – **Napadá Vás nějaký nezmíněný etický problém týkající se asistované reprodukce, zde máte prostor pro vyjádření Vašeho názoru či postoje:**

Tabulka 1: Nezmíněné etické problémy

Odpovědi	Počet odpovědí	%
Nic mě nenapadá	58	53 %
Obchodování s dětmi v rámci dárcovství a náhradního mateřství	17	15 %
Klienti jako zdroj peněz pro centra asistované reprodukce	12	11 %
Náboženství	5	5 %
Finanční náročnost	5	5 %
Odnošení dítěte někým z rodiny	4	4 %
Mnoho nevyřešených právních a etických problémů	3	3 %
Asistovaná reprodukce pro nemocné rodiče	2	2 %
Příliš vysoký věk potencionálních rodičů	1	1 %
Nepřiznání anamnestických údajů při dárcovství	1	1 %
Financování asistované reprodukce	1	1 %
Vše zmíněné	1	1 %
Celkem odpovědí	110	100 %

Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. U otázky č. 36 byla možnost otevřené odpovědi. Nejvíce z nich a to 58 (53 %) už žádný etický problém nenapadnul. Dalších 17 (15 %) napsalo jako etický problém obchodování s dětmi v rámci dárcovství a náhradního mateřství. Třetí nejčastější problém, který napsalo 12 (11 %) respondentů bylo vnímání klienta v centrech asistované reprodukce jako zdroj peněz. 5 (5 %) respondentů uvedlo náboženství, dalších 5 (5 %) napsalo finanční náročnost celého procesu. Dále bylo napsáno 4 (4 %) respondenty, jako etický problém odnošení dítěte někým z rodiny v rámci náhradního mateřství a následující 3 (3 %) uvedly, že asistovaná reprodukce má mnoho nevyřešených právních a etických problémů, dále 2 (2 %) napsali, že problém jsou nemocní rodiče, kteří se o dítě dlouhodobě nedokážou postarat a kterým je asistovaná reprodukce povolena. Poté v menšině 1 (1 %) napsal příliš vysokých věk potencionálních rodičů, 1 (1 %) uvedl nepřiznání údajů v anamnéze při dárcovství, další 1 (1 %) formuloval jako problém obecně financování asistované reprodukce a poslední 1 (1 %) napsal, že vše zmíněné v předchozí otázce.

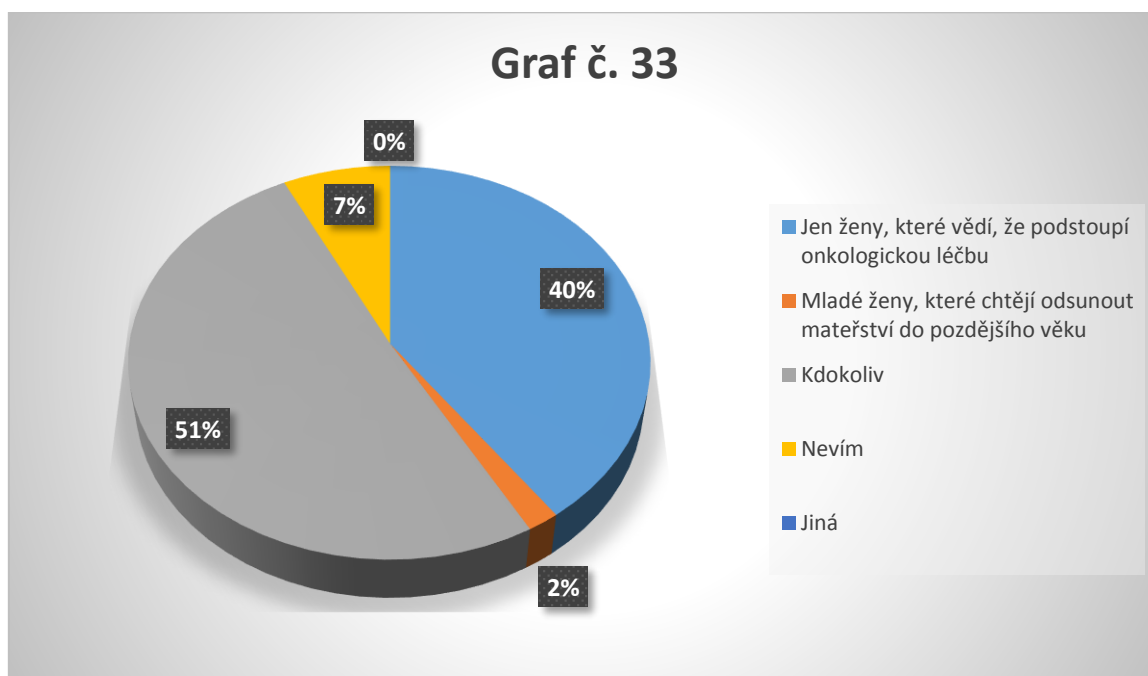
Cíl 3: Zjistit názory veřejnosti na metody asistované reprodukce.

Výzkumný problém: Jaké by dle veřejnosti mělo mít hranice zmražení biologického materiálu?

Otázky č. 19, 20, 21

Otázka č. 19 – **Komu by mělo být umožněno nechat si zamrazit vajíčka?**

Graf 33: Kdo by měl mít možnost si nechat zamrazit vajíčka

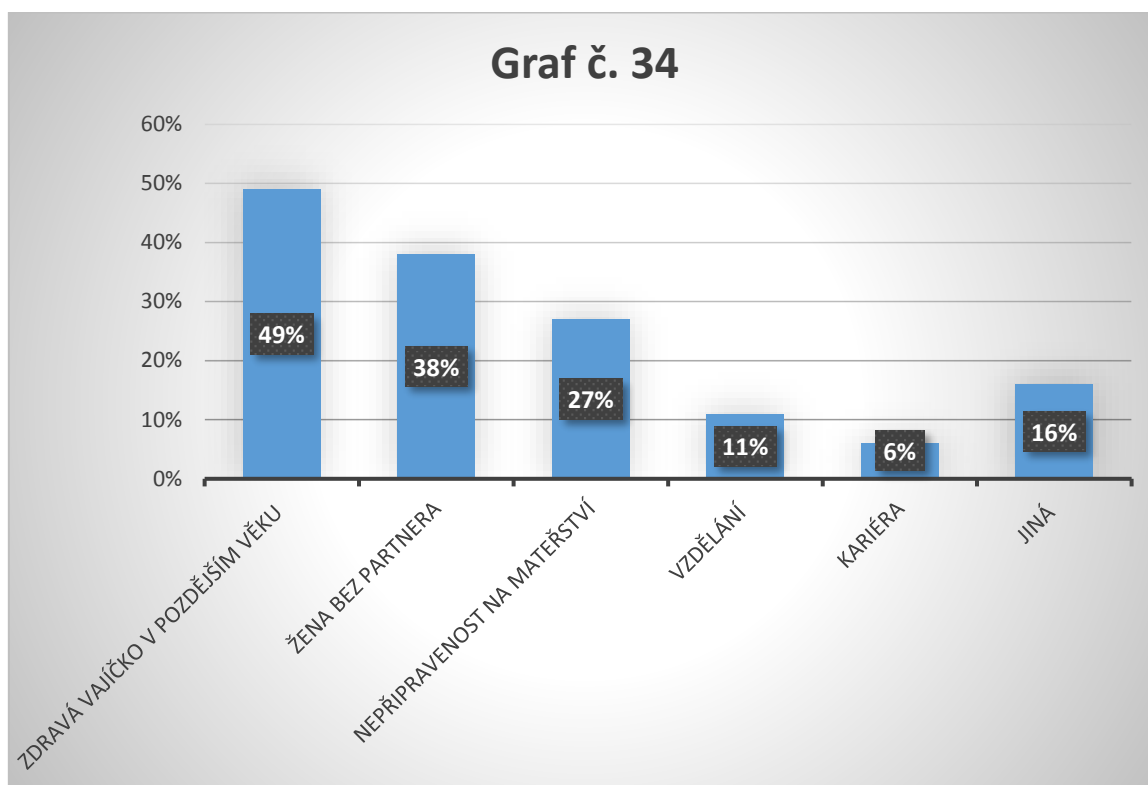


Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. Umožnit zmrazit vajíčka jen ženám před onkologickou léčbou zvolilo 44 (40 %) respondentů. Mladé ženy, které chtějí odsunout mateřství do pozdějšího věku zvolili jako odpověď pouze 2 (2 %) respondenti. To, že má nárok kdokoliv odpovědělo 56 (51 %) respondentů a nevědělo 8 (7 %). Odpověď jiná nevybral nikdo.

Otázka č. 20 – Jaké by měly být důvody ke zmrazení vajíček tzv. social freezing?

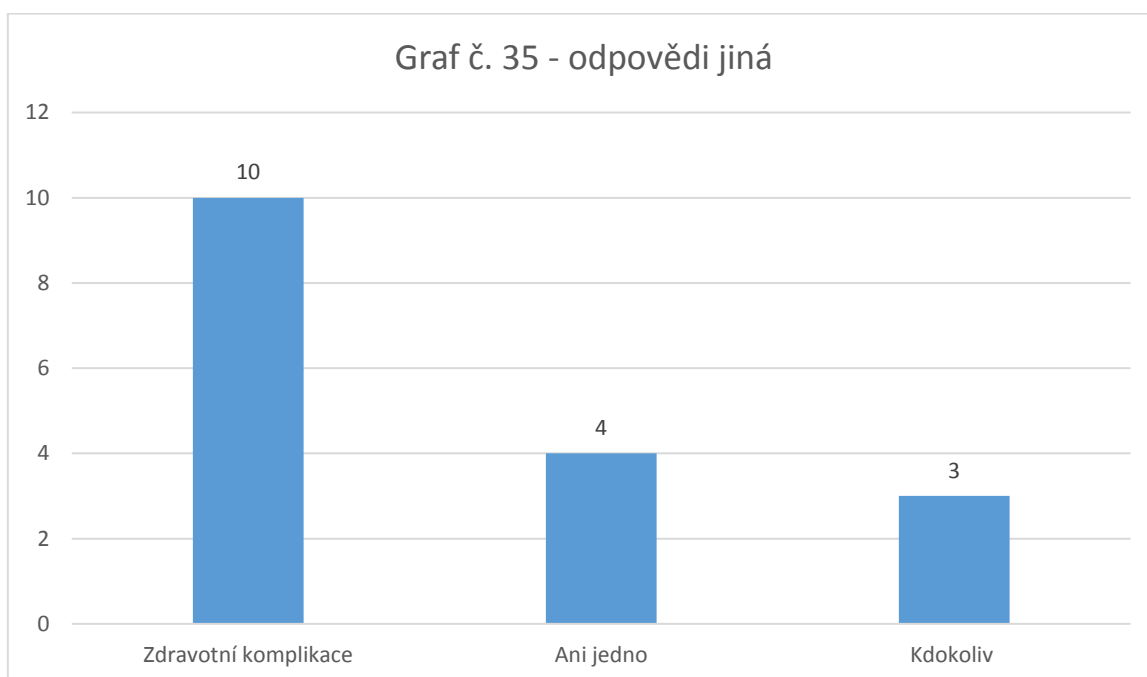
Graf 34: Důvody k social freezing



Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. U otázky č.20 bylo možné označit více odpovědí. Důvod, aby žena měla zdravá vajíčka v pozdějším věku vybralo 54 (49 %) respondentů. Druhý důvod „žena bez partnera“ zvolilo 42 (38 %) respondentů. Dalších 30 (27 %) respondentů odpovědělo „nepřipravenost na mateřství“ a 12 (11 %) zvolilo další důvod „vzdělání“. Poslední důvod „kariéra“ odpovědělo 7 (6 %) respondentů. Zbýlých 17 (16 %) respondentů vybralo odpověď jiná.

Graf 35: Odpovědi jiná otázky č. 20

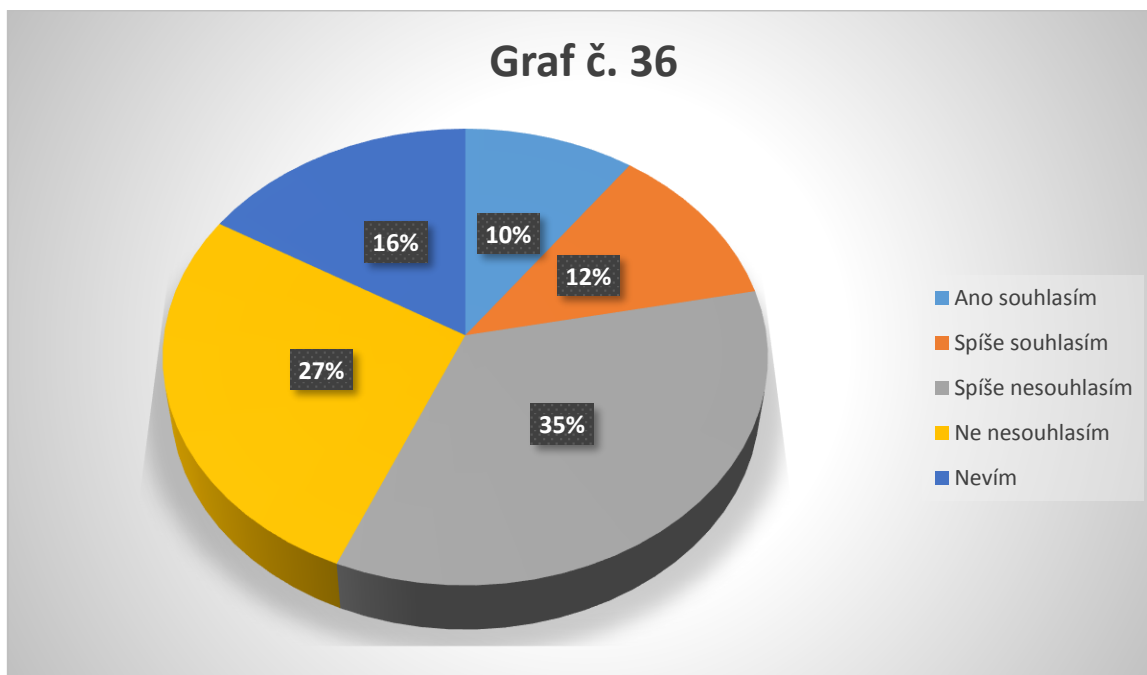


Zdroj: vlastní

Mezi odpovědi jiné 10 respondentů uvedlo, že dalším důvodem k social freezing mohou být zdravotní komplikace. 4 osoby si myslí, že není správně ani jedna z možností. Další 3 respondenti odpověděli, že na to má nárok kdokoliv.

Otázka č. 21 – **Mělo by být social freezing zahrnuto do zaměstnaneckých benefitů?**

Graf 36: Zahrnutí social freezing do zaměstnaneckých benefitů



Zdroj: vlastní

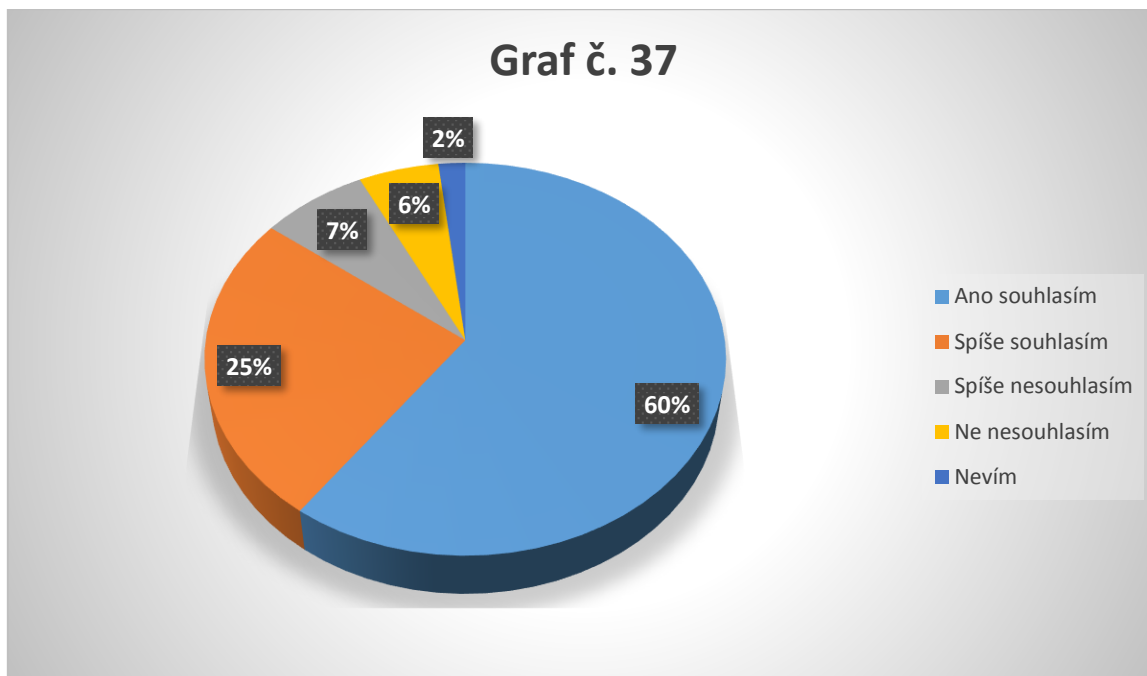
Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. S tím, aby se social freezing zahrnul do zaměstnaneckých benefitů souhlasí 11 (10 %) respondentů, spíše souhlasí 13 (12 %), spíše nesouhlasí 38 (35 %) respondentů a úplně nesouhlasí 30 (27 %). 18 (16 %) respondentů označilo odpověď neví.

Výzkumný problém: Jaký je názor veřejnosti na etiku metody dárcovství?

Otázky č. 27, 28, 29

Otázka č. 27 – **Souhlasíte s dárcovstvím pohlavních buněk (spermie, vajíčko, embrya)?**

Graf 37: Názor na dárcovství

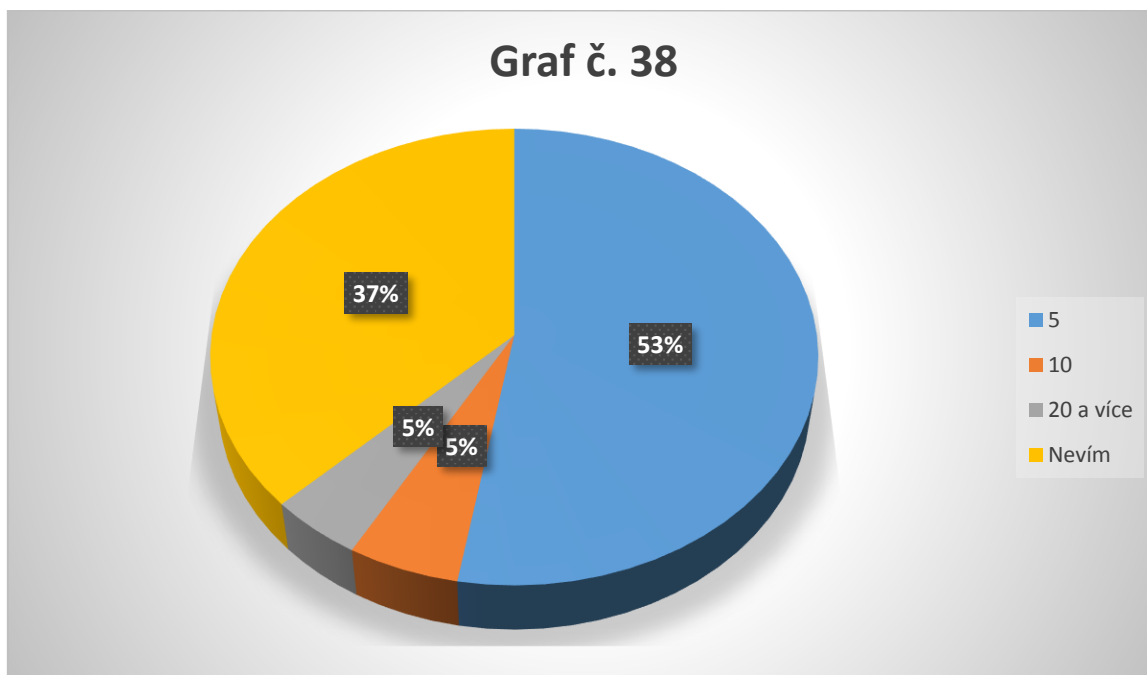


Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. S dárcovstvím gamet souhlasí 66 (60 %) respondentů, spíše souhlasí 28 (25 %). Spíše nesouhlasí s dárcovstvím 8 (7 %) respondentů a úplně nesouhlasí 6 (6 %). 2 (2 %) respondenti označili odpověď nevím.

Otázka č. 28 – Kolik rodin by mělo optimálně využít sperma jednoho dárce?

Graf 38: Kolik rodin by mělo využít biologický materiál jednoho dárce

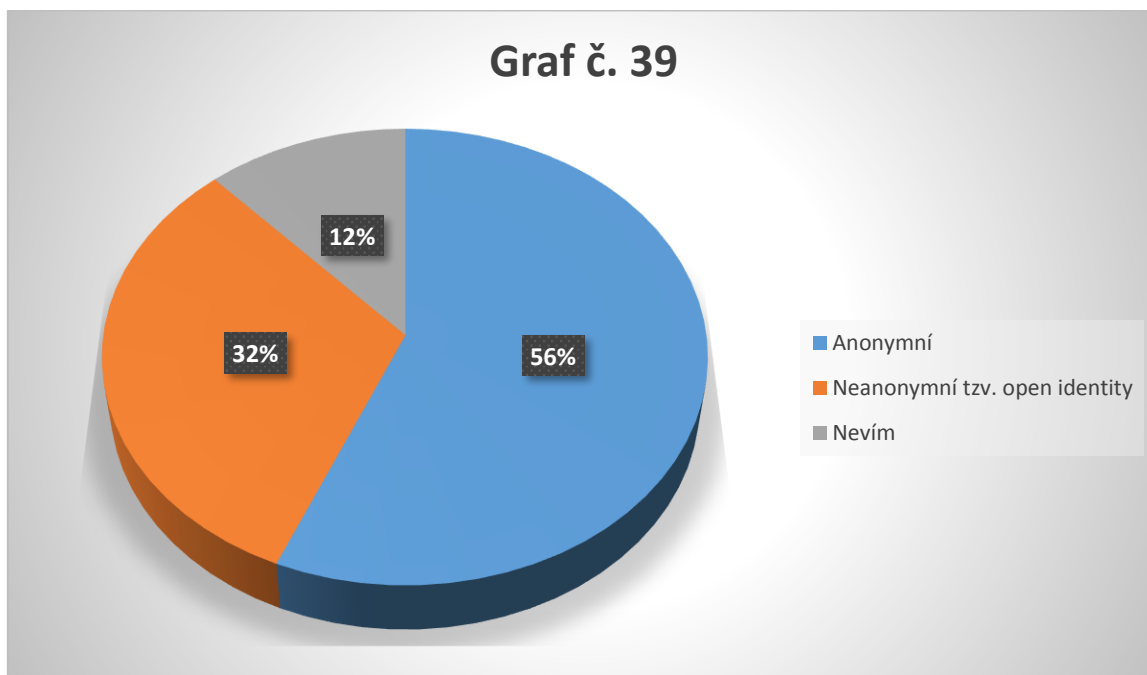


Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. 5 rodin by mělo využít jednoho dárce spermatu dle 58 (68 %) respondentů. Dále 6 (10 %) respondentů zvolilo 10 rodin, 20 a více rodin vybralo 5 (8 %) respondentů a 40 (14 %) respondentů nevědělo.

Otázka č. 29 – **Jaký druh dárcovství byste zvolili?**

Graf 39: *Druh dárcovství*



Zdroj: vlastní

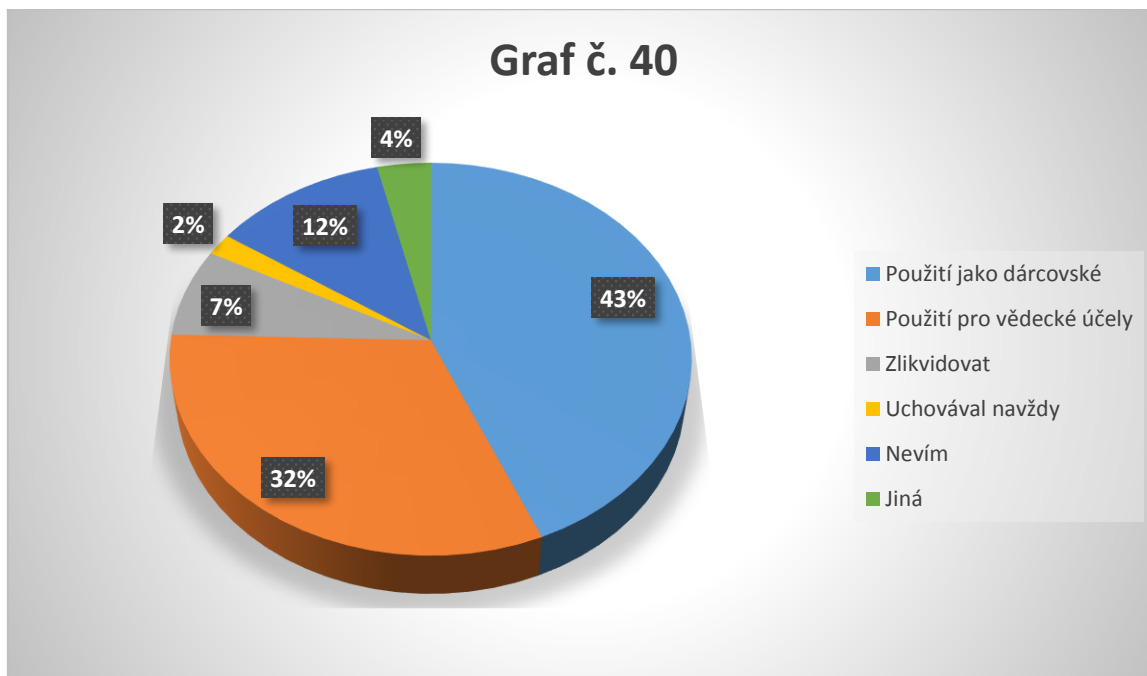
Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. Anonymní druh dárcovství vybralo 62 (56 %) respondentů, naopak 35 (32 %) jich zvolilo neanonymní dárcovství. 13 (12 %) respondentů odpovědělo nevím.

Výzkumný problém: Jaký je názor veřejnosti na zacházení s nadbytečnými embryi?

Otázky č. 30

Otázka č. 30 – Co byste udělali s nadbytečnými embryi?

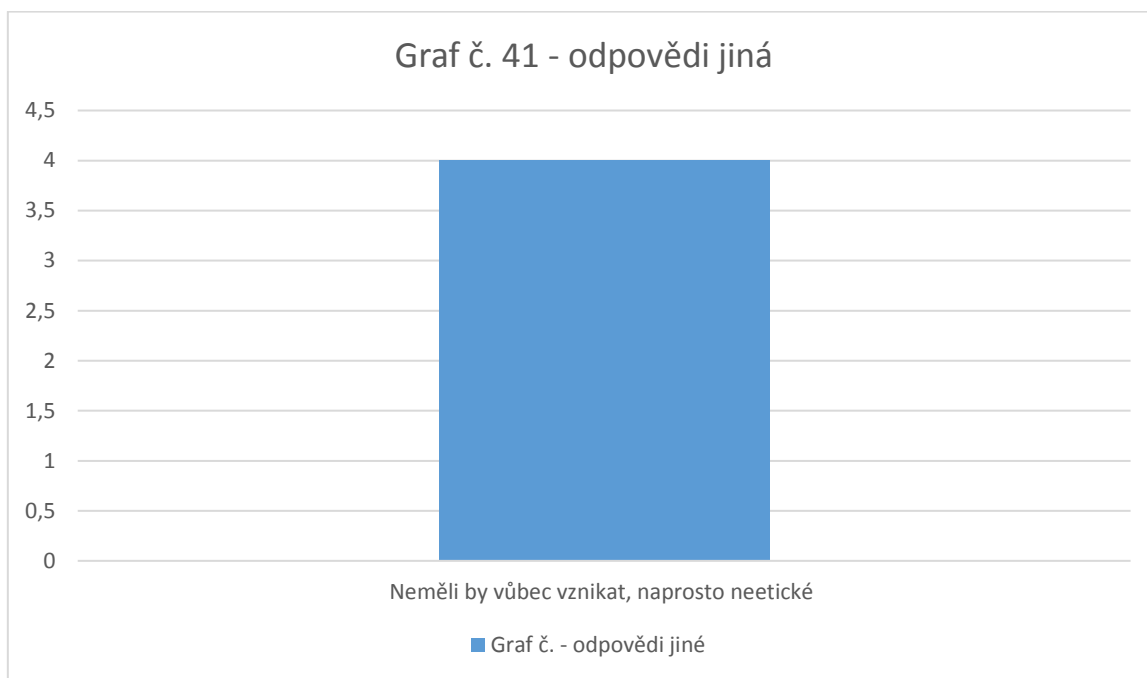
Graf 40: Co s nadbytečnými embryi



Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 110 respondentů. Nadbytečná embrya by použila jako dárcovská 48 (43 %) respondentů, dalších 35 (32 %) by je použilo pro vědecké účely. 8 (7 %) respondentů by je zlikvidovalo a 2 (2 %) uchovávali navždy. Nevědělo 13 (12 %) respondentů a další 4 (4 %) vybrali odpověď jiná.

Graf 41: Odpovědi jiná otázky č. 30



Zdroj: vlastní

Mezi odpovědi jiné 4 respondenti uvedli, že nadbytečná embrya by vůbec neměla vznikat, že jsou naprosto neetická.

11 PREZENTACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Demografické údaje

Patří sem obecné otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

U otázky č. 1 jsem se snažila zjistit, jakého pohlaví jsou respondenti. 90 respondentů ze 110 byly ženy.

2. otázkou jsem chtěla zmapovat v jakém věku respondenti byli. Nejvíce respondentů a to 60 ze 110 bylo ve věku 21 až 25.

V otázce č. 3 jsem zjišťovala rodinný status respondentů. 80 respondentů ze 110 bylo svobodných.

Otázkou č. 4 jsem se snažila přijít na to, jaké mají respondenti vzdělání. Středoškolské studium s maturitou ukončilo 55 respondentů ze 110.

U otázky č. 5 jsem chtěla zmapovat náboženské vyznání respondentů. Bez vyznání bylo 94 respondentů ze 110.

V otázce č. 6 jsem se snažila zjistit, kde respondenti žijí. Ve městě žije 82 respondentů ze 110.

Otázkou č. 7 jsem se snažila přijít na to, zda mají respondenti ve svém okolí někoho trpícího neplodností. 50 respondentů ze 110 ve svém okolí nikoho takového nemá.

Cíl 1: Zjistit pohled veřejnosti na neplodnost. Zmapovat smýšlení veřejnosti o neplodnosti a dostupnosti asistované reprodukce.

Výzkumný problém: Jaký je názor veřejnosti na léčbu, věk a alternativní možnosti v léčbě neplodnosti?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 8, 9, 10, 11.

V otázce č. 8 jsem zjišťovala po jaké době pravidelného pohlavního styku mezi partnery si respondenti myslí, že se dá mluvit o neplodnosti. Z výsledků vyplynulo, že respondenti si myslí, že tato doba je jeden rok. A to 47 ze 110 respondentů.

V otázce č. 9 bylo mým cílem zmapovat na koho by se respondenti obrátili v případě, kdy by se jim nedařilo otěhotnět. Ze 110 respondentů jich 100 vybralo jako první volbu gynekologa.

10. otázkou jsem se snažila přijít na alternativní metodu, kterou by respondenti využili při neplodnosti. Nejčastější odpovědi byly bylinky od 37 respondentů ze 110.

U otázky č. 11 bylo mou snahou zjistit, jaké jsou podle respondentů příčiny neplodnosti. Nejvíce, tedy 53 respondentů ze 110 vybralo, že příčinou je posouvání těhotenství do vyššího věku.

Cíl 2: Zjistit názor veřejnosti na hranice a limity asistované reprodukce.

Výzkumný problém: Jaké jsou biologické hranice asistované reprodukce?

Tohoto výzkumného problému se týkají otázky č. 12, 13.

V otázce č. 12 jsem zjišťovala, zda respondenti souhlasí s asistovanou reprodukcí. 76 ze 110 respondentů s asistovanou reprodukcí souhlasilo.

13. otázkou jsem snažila zjistit, jestli si respondenti myslí, že asistovaná reprodukce překračuje biologickou hranici. Nejvíce respondentů tedy 63 ze 110 respondentů si to nemyslí.

Výzkumný problém: Jaký je pohled na sociální hranice asistované reprodukce?

Výzkumnému problému se věnují otázky č. 14, 18, 22.

U otázky č. 14 jsem se snažila zmapovat, pro koho by měla být asistovaná reprodukce povolena. Ze 110 respondentů si 71 myslí, že by asistovaná reprodukce měla být povolena pro všechny.

Otázkou č. 18 jsem se snažila zjistit, jestli je dle respondentů právo na dítě základním lidským právem. 65 respondentů ze 110 si myslí, že je to základní lidské právo.

V otázce č. 22 jsem zjišťovala, zda respondenti souhlasí s tím, že se těhotenství posouvá nad 35 let. Nesouhlasí s tím 58 respondentů ze 110.

Výzkumný problém: Jaké by mělo být finanční řešení asistované reprodukce?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 15, 16, 17.

15. otázkou jsem chtěla zmapovat, kým by měla být hrazena asistovaná reprodukce. 60 respondentů ze 110 respondentů si myslí, že by měla být hrazena pojišťovnou i žádajícím klientem.

U otázky č. 16 jsem se snažila zjistit, do kolika let by měla být hrazena pojišťovnou. Ze 110 respondentů si 48 myslí, že by měla být hrazena jen do 35 let.

V otázce č. 17 jsem zjišťovala kolik cyklů IVF by měla hradit pojišťovna. Že by pojišťovna měla hradit dva cykly, odpovědělo 53 respondentů ze 110.

Výzkumný problém: Jaký je názor veřejnosti na etické hranice asistované reprodukce?

Tento problém zastupují otázky č. 23, 24, 25, 26, 31, 32, 33, 34, 35, 36.

U otázky č. 23 jsem se snažila zjistit, jaká věková hranice by měla být pro asistovanou reprodukci. 80 respondentů ze 110 myslí, že by věková hranice měla být pouze do 40 let věku ženy.

24. otázkou jsem chtěla zmapovat, co dle lidí ovlivňuje reprodukční schopnost ve vyšším věku. To, že vyšší věk ženy snižuje počet i kvalitu vajíček, odpovědělo 79 respondentů ze 110.

V otázce č. 25 jsem zjišťovala, co si lidé myslí o svobodných ženách, které si chtějí pořídit dítě. 71 respondentů ze 110 si myslí, že svobodné ženy mají právo na dítě.

Otázkou č. 26 jsem se snažila přijít na to, zda by měla být povolena asistovaná reprodukce pro svobodné ženy a homosexuální páry. Pro obě skupiny by jí povolilo 71 respondentů ze 110.

U otázky č. 31 jsem chtěla zmapovat, zda lidé souhlasí s náhradním mateřstvím. S náhradním mateřstvím souhlasí 49 respondentů ze 110.

V otázce č. 32 jsem se snažila zjistit, zda si lidé dokážou představit, že by jim jiná žena odnosiла dítě. Nedokáže si to představit 61 respondentů ze 110.

Otázkou č. 33 jsem se snažila přijít na to, zda si lidé myslí, že by se za náhradní mateřství měla dostávat peněžní kompenzace. 53 respondentů ze 110 si myslí že ano, protože je to náročná služba.

34. otázkou jsem zjišťovala, kdo je matkou dítěte po náhradním mateřství. Podle 62 respondentů ze 110 jsou rodiče ti, kterých byl biologický materiál.

U otázky č. 35 jsem chtěla prozkoumat, co lidé považují za naprosto eticky nepřijatelné. Za nepřijatelné označilo 56 respondentů ze 110 selekci pohlaví u embryí.

V otázce č. 36 jsem se ptala na nezmíněné a podstatné etické problémy v asistované reprodukci. 58 respondentů ze 110 už žádný nenapadl.

Cíl 3: Zjistit názory veřejnosti na metody asistované reprodukce.

Výzkumný problém: Jaké by dle veřejnosti mělo mít hranice zmrazení biologického materiálu?

Tomuto problému odpovídají otázky č. 19, 20, 21.

U otázky č. 19 bylo mou snahou zjistit, kdo by měl mít možnost si nechat zamrazit vajíčka podle respondentů. Nejvíce tedy 56 respondentů ze 110 vybralo, že tuto možnost by měl mít kdokoliv.

20. otázkou jsem zjišťovala, jaké důvody by ženy měly mít k zamrazení vajíček. Podle 54 respondentů ze 110 je prvním důvodem, aby žena měla zdravá vajíčka v pozdějším věku.

V otázce č. 21 jsem se snažila zmapovat, zda by mělo být social freezing zahrnuto do zaměstnaneckých benefitů. 38 respondentů ze 110 s tím spíše nesouhlasí.

Výzkumný problém: Jaký je názor veřejnosti na etiku metody dárcovství?

K tomuto problému náleží otázky č. 27, 28, 29.

V otázce č. 27 jsem se snažila zmapovat, zda respondenti souhlasí s dárcovstvím pohlavních buněk. 66 respondentů ze 110 s tím plně souhlasí.

U otázky č. 28 bylo mou snahou zjistit, kolik rodin by optimálně mělo využít sperma jednoho dárce. Dle 58 respondentů ze 110 si myslí, že by sperma jednoho dárce mělo využít pouze 5 klientek.

29. otázkou jsem zjišťovala, jaký druh dárcovství by měl být využíván. Podle 65 respondentů ze 110 by měl fungovat anonymní druh dárcovství.

Výzkumný problém: Jaký je názor veřejnosti na zacházení s nadbytečnými embryi?

K výzkumnému problému se vztahuje otázka č. 30.

Otázkou č. 30 jsem se snažila zjistit, co by se mělo provádět s nadbytečnými embryi. 48 respondentů ze 110 zvolilo, že by se měly používat jako dárcovská.

12 DISKUZE

Má bakalářská práce je zaměřena na problematiku asistované reprodukce. Cílem dotazníkového šetření bylo zjistit názor veřejnosti na poskytování, hranice a limity AR. Tyto cíle jsem využila ke zjištění pohledu veřejnosti na neplodnost, dostupnost, metody, hranice a limity AR. Na základě hlavního cíle jsem zvolila 4 dílčí cíle. K těmto cílům bylo přidáno 8 výzkumných otázek.

Kvůli získání co největšího počtu odpovědí jsem se rozhodla vyvěsit mnou vytvořený dotazník na Facebookových stránkách. Tento způsob mi umožnil dostat odpovědi od společnosti z celé ČR, dá se tedy uvádět, že mé šetření bylo celoplošné. Bylo vyplněno celkem 160 dotazníků, ale pouze 110 jich bylo vyplněno úplně a řádně. Pro mou analýzu jsem využila dotazníky 110 respondentů. Nejvíce z mých respondentů tvořily ženy, v menšině pak muži. Nejčastěji odpovídali respondenti ve věku od 21 do 25 let. Většina respondentů je svobodná a bez náboženského vyznání. Největší část respondentů absolvovalo středoškolské vzdělání s maturitou. Větší část respondentů bydlí ve městě. Skoro každý respondent se setkal s někým, kdo trpí neplodností.

V prvním cíli jsem se snažila zjistit pohled veřejnosti na neplodnost a zmapovat smýšlení o neplodnosti a dostupnosti AR. Veřejnost stanovila hranici jednoho roku pro diagnózu neplodnosti, jako správnou dobu pro určení této diagnózy. Takže stanovili hranici stejnou jako WHO (Zegers-Hochschild, 2009). Respondenti by se při zjištění problému s početím, obrátili jako první na gynekologa. To je podle mého názoru nejpravděpodobnější varianta, protože mnohdy netuší, na koho jiného by se mohli obrátit. Avšak MUDr. Nicole Mardešicová tvrdí, že pokud už nastane problém s početím, mohou se páry rovnou obrátit na reprodukční centrum, a ani nepotřebují žádanku od lékaře. Za nejčastější příčinu neplodnosti je označováno posouvání těhotenství do vyššího věku. S tím souhlasí i MUDr. Nicole Mardešicová, zmiňuje, že nejlepší variantou je mít první dítě do 30. let věku (Loono, 2020). Ženy by si měly uvědomit, že čím jsou starší tím víc se zvětšují rizika spojená s otěhotněním a těhotenstvím.

V druhém cíli jsem se zabývala zjištěním názorů veřejnosti na hranice a limity asistované reprodukce. Veřejnost skoro jednotně podle mého výzkumu souhlasí s využíváním AR a nemají pocit, že by jakkoliv překračovala biologické hranice. Stejně je to i podle Holešovské (2007, str.41), která se tedy ptala jen žen po porodu na oddělení šestinedělí, ale určitou podobnost zde můžeme najít. Jelikož většina mých respondentek byly ženy.

Povolení AR pro všechny, kdo o ní žádá, by povolila víc jak polovina respondentů, zároveň skoro stejný počet souhlasí s tím, že právo na dítě je základním lidským právem. Podle mého názoru má právo na dítě každý, ať už svobodná žena nebo homosexuální pár. Tím, že zde v ČR je AR povolena jen pro páry ve smyslu žena a muž, je zde podporována forma jakési diskriminace. Takže jakmile by se přiznalo, že právo na dítě je základním lidským právem, muselo by se uznat všem bez výjimky. Toto pravidlo platí i dle Rozehnal, který říká, že právo na chtěné dítě je definováno i WHO a je zakotveno i v tak zvaném reprodukčním právu (Rozehnal, 2017). Dále se respondentům zdá nevhodné, že se hranice těhotenství posouvá nad 35 let a výše. S tím to, jak už je zmíněno výše, nesouhlasí ani MUDr. Nicole Mardešicová, která dále říká, že odsouvání těhotenství do vyššího věku u obou partnerů, může být příčinou neplodnosti a zvyšuje potřebu využití AR (Loono, 2020). Dle většího počtu respondentů by asistovaná reprodukce měla být hrazena pojišťovnou i žádajícím klientem. Hrazena pouze pojišťovnou by měla být dle mých respondentů do 35 let a měla by hradit pouze 2 cykly. Dle národního registru asistované reprodukce se zvyšuje počet hrazených cyklů klientem, souvisí to s posouváním těhotenství do vyššího věku. Dle zákona č.48/1997 Sb., § 15 je AR hrazena do 39 let. WHO naopak diskutuje o tom překvalifikovat diagnózu neplodnosti. Zatím co, dnes je neplodnost definována jako nemoc a je hrazena pojišťovnou, po překvalifikování už by to tak být nemuselo. (Česká tisková kancelář, 2017). Uvažuje se také o posunutí věkové hranice pro hrazení AR pojišťovnou. Posunutí hranice nad 43 let by znamenalo, že více klientkám by AR hradila pojišťovna. Z mého pohledu, pokud by WHO přistoupila k překvalifikování, rozjelo by to ještě větší reprodukční byznys.

Další výzkumná otázka si kladla za cíl zjistit názor veřejnosti na etické hranice AR a těch je opravdu mnoho a každá má své specifika. S hrazením AR pojišťovnou se pojí i do kolika let by měla být obecně povolena. Většina respondentů si myslí, že povolena by měla být pouze do 40 let věku bez výjimky. Což je podle mého názoru optimální a přirozené, pomohlo by se tím pouze párům, které mají problém s neplodností v reprodukčním věku. Už z teoretické části víme, že úspěšnost na otěhotnění je po 42. roce života skoro nulová. Můžeme tedy předpokládat, že neplodnost u žen nad 40 let je naprosto fyziologická (Řezábek, 2018, str.33–34). Tato skutečnost podporuje tvrzení kritiků, že jde stále více o byznys a peníze (Česká tisková kancelář, 2017). Více jak polovina respondentů si myslí, že svobodné ženy a homosexuální páry mají právo na dítě jako každý jiný. Toto tvrzení naopak vyvrací Hana Konečná, její názory jsou, že dítě je ohroženo výchovou svobodné ženy mnohem více

než homosexuálními partnerkami a tvrdí, že povolení AR pro svobodné ženy a homosexuální páry souvisí s tím, že stát upře dítěti právo na to znát rodiče, za což by ho dítě mohlo později žalovat (Danyl, 2016). Následující otázky se zabývaly náhradním mateřstvím, se kterým respondenti souhlasí. Naopak by si většina nedokázala představit, že by jim dítě odnosil někdo jiný, ale zároveň souhlasí s tím, že by za náhradní mateřství, jako náročnou službu, měla být peněžní kompenzace. Zároveň respondenti souhlasí s tím, že právoplatnými rodiči by měli být lidé, kterým patří biologický materiál. Já osobně proti této možnosti nejsem, ale nedokážu si představit být v roli náhradní matky a odevzdat miminko, které po 9 měsících bylo mou součástí, někomu jinému. Respondenti si myslí, že náhradní matky by to neměly dělat kvůli penězům, ale kvůli pomoci bližnímu svému a měly by to mít v hlavě srovnané, aby nedocházelo právě k tomu, že si po porodu miminko nechají. Dle výzkumu Mitlöhnnera a Sovové (2015, str. 60) si většina jejich respondentů myslí, že je náhradní mateřství etické za předpokladu, že jsou zde zdravotní komplikace jako nepřítomnost dělohy. Stejně jako u mého, výzkumu většina jejich respondentů souhlasila s peněžní kompenzací pro náhradní matku. Za naprosto neetické považují moji respondenti selekci pohlaví při AR. Selektce pohlaví je neetická kvůli časté diskriminaci ženského pohlaví a nerovnováhy mezi pohlavími. Za výjimku se považuje, když se váže na pohlaví genetická choroba. Někteří propagátoři možnosti selekce pohlaví tvrdí, že se tak předejde interrupcím z důvodu nechtěného pohlaví a jelikož tuto techniku máme, tak by se měla využívat (Konečná et al., 2017, str. 230). Já osobně souhlasím s respondenty, myslím si, že selekce pohlaví je naprosto nepřijatelná. Tato selekce je jen krůček k neetickému upravování vlastností dítěte a tvoření dokonalých lidí.

Mým třetím a posledním cílem je zjištění názorů veřejnosti na metody asistované reprodukce. Méně jak polovina respondentů si myslí, že možnost zamražení biologického materiálu by měl mít každý. Skoro stejný počet si myslí, že by to mělo být hlavně kvůli zdravým vajíčkům v pozdějším věku. S tím, aby SF bylo zahrnuto do zaměstnaneckých benefitů, respondenti spíše nesouhlasí. Dle mého názoru respondenti nejsou otevřeni tomu převzít zodpovědnost za plánování rodičovství. Po nedostatečných znalostech o plánovaném rodičovství mohou být překvapeni, když se nedaří. Přitom by stačila dostatečná edukace na středních školách. Pomohlo by to předejít i odsouvání mateřství do pozdějšího věku. Mohou působit až konzervativně v otázce zahrnutí SF do zaměstnaneckých benefitů, i přes to, že já osobně si myslím, že jsme tolerantnější generace, než jsou naši rodiče nebo prarodiče. I když za jejich odpovědí může být i fakt, že si myslí, že je to osobní záležitost. Zaměstnanci by měli spíše zlepšit benefity pro ženy na mateřské dovolené nebo pro ty s dětmi. Podle Heidy

Mertes (2015) je velkou výhodou SF placené zaměstnancem, jen pokud není na ženu vyvíjený tlak, aby tuto metodu bezpodmínečně využila. Žena musí znát přínos i rizika a zároveň by to nemělo mít negativní dopad na ženy, které tuto metodu nevyužijí a otěhotní v nižším věku. Jedním z těchto práv je právě držení stejné pracovní pozice. Avšak mnohem snazší metodou a pravděpodobně i levnější je, aby společnosti vyvážily profesní a rodičovské povinnosti. Zaměstnanec by měl ženě poskytnout takové finance, aby se nebála nedostatku peněz na mateřské dovolené a následně měla našetřeno na rodičovskou dovolenou. Nebo aby naopak sama a v soukromí mohla rozhodnout o zamražení vajíček ze sociálních důvodů. Můj názor se naprosto shoduje s Heidy Mertes. Dle mého názoru by ženy měly mít možnost SF podstoupit ať už z peněz firmy nebo z vlastní, dostačující výplaty.

Další výzkumná otázka se zabývá názorem veřejnosti na etiku metody dárcovství. Skoro všichni respondenti souhlasí s dárcovstvím v rámci AR. Maximální počet klientek, které by darované sperma měly využít je 5 dle mých respondentů. FIGO doporučuje, že by toto číslo mělo opravdu mít limit kvůli nebezpečí pokrevního příbuzenství nebo incestu. V ČR ještě žádné zákonné omezení nemáme (Gong et al., 2009, str.645–652). Myslím si, že na stanovení hranice by ČR v následujících letech měla zapracovat. Další respondenti vybrali jako jasnou volbu anonymní dárcovství. Dle Valce (2018) je anonymní dárcovství v rozporu s právem dítěte znát svůj původ, avšak i při předložení návrhu na odtajnění anonymity dárcovství v rámci umělého oplodnění, Valc připustil, že zde není zájem o takto zásadní změnu. Takže navrhl kompromis, aby dárci museli podávat více osobních informací, ke kterým bude mít dítě přístup. Myslím si, že upírat dítěti právo na vlastního rodiče je špatně. Naopak při neanonymním dárcovství, bude úplně jiné spektrum dárců, takže by už dárcovství nemuselo být tak pestré.

Poslední otázka se zabývá nakládáním s nadbytečnými embryi. Skoro polovina respondentů si myslí, že by se měly použít jako dárcovská, aby ženy nemusely riskovat zdravím při dárcovství, když existují nadbytečná embrya. Podle výzkumu v jiných zemích jako například Dánsko by respondenti spíše souhlasili s darováním pro vědecké účely, přijde jim to přijatelnější. Nejméně by jich zvolilo dárcovství nadbytečných embryí (Kučera, 2008).

Na základě mé praktické části bych navrhovala některá doporučení pro praxi. Celkové výsledky této bakalářské práce by mohly sloužit ke zlepšení péče o ženu a její psychickou pohodu ať už při neplodnosti nebo porodu po léčbě v centru AR. Dále by mohlo být prospěšné pro studentky porodní asistence, protože dle mého názoru je tato problematika

zmíněna v našich školních osnovách jen okrajově. Porodní asistentka by měla ke každé ženě přistupovat individuálně, protože ne vždy zná celý její příběh. Měla by být empatická a trpělivá, pokud ženě chvíli trvá, než se svěří se svými problémy. Porodní asistentka by měla dát ženě vždy dostatek prostoru na vstřebání informací. Porodní asistentka by měla ženě umět pomoci a vyjádřit podporu, potom co se jí žena svěří s jejími problémy nebo odmítavými názory v okolí. Porodní asistentky by se měly seznámit se všemi etickými aspekty v AR, aby mohly ženu plně podpořit a pochopit její situaci. Zjistila jsem, že znát tuto problematiku bylo prospěšné i pro mě během absolvování praxe. Osoba, která je seznámena s různými příběhy žen v rámci asistované reprodukce, je více empatická a objektivní.

13 ZÁVĚR

Bakalářská práce „Problematika asistované reprodukce“ se soustředí na etické aspekty asistované reprodukce a pohled veřejnosti na tuto problematiku. Pro zlepšení mé bakalářské práce jsem plánovala absolvovat praxi v IVF centru. Bohužel tato praxe mi nebyla umožněna, z důvodu mé nevyužitelnosti v centru AR. Jediné, co mi bylo povoleno, bylo navštívení a prohlédnutí si IVF centra. I tato prohlídka přispěla ke zpracování bakalářské práce, kvůli zjištění, jak toto centrum funguje. Což mi potvrdilo, že asistovaná reprodukce je velmi složitý proces a je pro neplodný pár psychicky náročný. Proto je důležitá právě podpora porodní asistentky. Zpracování teoretické části mi dovolilo získat spoustu zkušeností s prací s odbornými knihami. Také přispělo k rozšíření mých obzorů o AR a její problematice. Snažila jsem se přiblížit neplodnost, její příčiny, etické aspekty AR a její metody. V poslední kapitole jsem se snažila věnovat roli porodní asistentky v centru IVF.

V praktické části jsem pracovala s kvantitativním výzkumem. Výsledné poznatky jsem získala pomocí dotazníkového šetření. Výběr respondentů pro naše výzkumné šetření byl náhodný. Cílovou skupinou byla široká veřejnost, ve věku od 18 let. Prostřednictvím odevzdaných a vyplněných dotazníků jsem mohla dojít k odpovědím na vybrané cíle a výzkumné otázky. Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit názor veřejnosti na poskytování, hranice a limity AR. Podle cíle byly stanoveny tři výzkumné dílčí cíle. První dílčí cíl: Zjistit pohled veřejnosti na neplodnost a zmapovat smýšlení veřejnosti o neplodnosti a dostupnosti AR. Druhý dílčí cíl: Zjistit názor veřejnosti na hranice a limity AR. Třetí dílčí cíl: Zjistit názory veřejnosti na metody AR.

Po dokončení studia sama uvažuji o možnosti pracovat v IVF centru. Ráda bych, aby závěry z mého výzkumného šetření mohly být přínosem pro studentky nebo zaměstnané porodní asistentky.

SEZNAM LITERATURY

Knižní zdroje

1. ČERMÁKOVÁ, Blanka. *K porodu bez obav*. Brno: Cpress, 2017. ISBN 978-80-265-0579-2.
2. DOSTÁL, Jiří. *Etické a právní aspekty asistované reprodukce: situace ve státech přijatých do Evropské unie v roce 2004*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1700-4.
3. DUŠOVÁ, Bohdana, Martina HERMANNOVÁ, Eva JANÍKOVÁ a Radka SALOŇOVÁ. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0836-7.
4. FRÜHAUFOVÁ, Kristýna a Jaroslav HULVERT. *Zachování fertility u onkologicky nemocných v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0368-3.
5. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén, [2015]. ISBN 978-80-7492-204-6.
6. KITE, Gerad. *The Art of Baby Making: the hollistic approach to fertility*. Short books, 2016. ISBN 978-80-7252-753-3.
7. KONEČNÁ, Hana. *Rodičem kdykoliv a jakkoliv?: průvodce asistovanou reprodukcí a náhradní rodinnou péčí*. Praha: Mladá fronta, 2017. Medical services. ISBN 978-80-204-4652-7.
8. LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7.
9. MARDEŠIĆ, Tonko. *Diagnostika a léčba poruch plodnosti*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4458-2.
10. MAREŠOVÁ, Pavlína a Luděk FIALA. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4852-1

11. MITLÖHNER, Miroslav a Olga SOVOVÁ. *Právní problematika umělé lidské reprodukce*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-565-3.
12. OLECKÁ, Ivana a Kateřina IVANOVÁ. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc, 2010. ISBN 978-80-87240-33-5.
13. OSTRÓ, Alexander, Ladislav PILKA a František LEŠNÍK. *Reprodukční medicína – současnost a perspektivy*. Olomouc: Nakladatelství Olomouc, 2009. ISBN 978-80-7182-278-3.
14. ŘEŽÁBEK, Karel. *Asistovaná reprodukce*. 3. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf, [2018]. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-553-8.
15. ŘEZÁČOVÁ, Jitka. *Reprodukční medicína: současné možnosti v asistované reprodukci*. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4657-2.
16. SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Monika ROUČOVÁ a Eva STAROŠTÍKOVÁ. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0214-3.
17. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 2., 2011. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-324-4.

Kvalifikační práce

18. HOLEŠOVSKÁ, Alena. *Názory laické veřejnosti na asistovanou reprodukci* [online]. Brno, 2007 [cit. 2020-04-24]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Miroslava Kyasová. Dostupné z: <<https://is.muni.cz/th/bsspo/>>
19. POSPÍŠILOVÁ, Blanka. *Ošetrovatelská péče o pacientku s diagnózou sterilita v průběhu cyklu IVF*. Praha, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce Heřmanová, Jana. [online] [cit. 2020-04-06]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/18375952-Univerzita-karlova-v-praze-3-lekarska-fakulta.html>

20. PŘEROVSKÁ, Iva. *Asistovaná reprodukce a péče porodní asistentky*. Olomouc, 2015. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce MUDr. Pavel Hejtmánek. [online] [cit. 2020-04-06]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/ldw3t2/>>.

Vědecké časopisy

21. GONG, Dan, Yu-Lin LIU, Zhong ZHENG, Yi-Fei TIAN a Zheng LI. An overview on ethical issues about sperm donation. *Asian Journal of Andrology* [online]. 2009, 11(6), 645-652 [cit. 2020-04-27]. DOI: 10.1038/aja.2009.61. ISSN 1008-682X. Dostupné z: <http://www.asiaandro.com/Abstract.asp?doi=10.1038/aja.2009.61>
22. KEARNEY, M. K. Identifying sperm and egg donors: Opening pandora's box. *Journal of Law and Family Studies*, 2011, vol. 13, no. 2, p. 215–236. Law Journal Library | HeinOnline. [online]. [cit. 29-1-2020]. Dostupné z: <https://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/jlfst13&div=14&id=&page=>
23. MERTES, Heidi. Does company-sponsored egg freezing promote or confine women's reproductive autonomy? *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* [online]. 2015, 32(8), 1205-1209 [cit. 2020-04-25]. DOI: 10.1007/s10815-015-0500-8. ISSN 1058-0468. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4554384/>
24. PETROPANAGOS, Angel, Alana CATTAPAN, Françoise BAYLIS a Arthur LEADER. Social egg freezing: risk, benefits and other considerations. *Canadian Medical Association Journal* [online]. 2015, 187(9), 666-669 [cit. 2020-04-25]. DOI: 10.1503/cmaj.141605. ISSN 0820-3946. Dostupné z: <http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.141605>
25. ZEGERS-HOCHSCHILD, Fernando et al. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009*. *Fertility and Sterility* [online]. 2009, 92(5), 1520-1524 [cit. 2020-04-24]. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2009.09.009. ISSN 00150282. Dostupné z: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology2.pdf?ua=1

Internetové zdroje

26. DANYL, Pavel. HAASOVÁ, Ilona. *Asistovaná reprodukce pro osamělé a homosexuály: Pro a proti* [online]. ©Mladá fronta a.s. 2016 [cit. 29.1.2020]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/asistovana-reprodukce-pro-osamele-a-homosexually-pro-a-proti-483781>
27. HAASOVÁ, Ilona. *Etika asistované reprodukce* [online]. ©Podpora reprodukce 2010 [cit. 29.1.2020]. Dostupné z: <http://www.podporareprodukce.cz/article/novinky/etika-asistovane-reprodukce>
28. KUČERA, Jakub. *Asistovaná reprodukce – etická úskalí a názory veřejnosti - Zdraví.Euro.cz. Zdravotnictví a medicína - Zdraví.Euro.cz* [online]. 2020 © Mladá fronta a. s. [cit. 2020-04-25]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/asistovana-reprodukce-eticka-uskali-a-nazory-verejnosti-397842>
29. ROZEHNAL, Aleš. *Aleš Rozehnal: Poslankyně Chalánková se mylí, právo na možnost mít dítě je základním lidským právem*. HlídacíPes: Žurnalistika ve veřejném zájmu [online]. © HlídacíPes: Žurnalistika ve veřejném zájmu 2020. [cit. 2020-04-25]. Dostupné z: <https://hlidacipes.org/ales-rozehnal-poslankyne-chalankova-se-myli-pravo-na-moznost-mit-dite-je-zakladni-lidskym-pravem/>
30. SKOUPÁ, Adéla a Markéta ŠRAJBROVÁ. *Umělé oplodnění pro single ženy neprošlo. Mít dítě není základní právo, řekla Chalánková* ©Economia a.s. 1999 [cit. 29.1.2020]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/umele-oplodneni-pro-single-zeny-rozhadalo-politiky-mit-dite/r~d13e4ee02a8f11e7a8d6002590604f2e/>
31. VALC, Jakub. *Právo znát genetický původ jako součást osobnostních práv dítěte počatého anonymním způsobem*. Ústav státu a práva Akademie věd České republiky. [online]. Copyright © 2020 ÚSP [cit. 25.04.2020]. Dostupné z: https://www.ilaw.cas.cz/casopisy-a-knihy/casopisy/casopis-pravnik/hledat-v-archivu/detail-clanku.html?id=40185&r=%252Fcasopisy-a-knihy%252Fcasopisy%252Fcasopis-pravnik%252Fhledat-v-archivu.html%253Fnaki_search%253D1%2526form_state%253D%2526query%253Dsvoboda%2526year_start%253D%2526year_end%253D%2526volume%253
32. *American Surrogate* [online]. ©Surrogacy 2016 [cit. 29.1.2020]. Dostupné z: <https://surrogate.com/about-surrogacy/surrogacy-101/history-of-surrogacy/>

33. *European Society of Human Reproduction and Embryology* [online]. ©ESHRE 2018-2020 [cit. 28.1.2020]. Dostupné z: <https://www.focusonreproduction.eu/article/ESHRE-Meetings-Egg-donation>
34. Loono: *Rozhovor: O všem, co jste se kdy chtěli zeptat na téma NEPLODNOST, s doktorkou Mardešicovou. Loono* [online]. 2020. [cit. 2020-04-24]. Dostupné z: <https://www.loono.cz/blog/rozhovor-o-vsem-co-jste-se-kdy-chteli-zeptat-na-tema-neploдность-s-doktorkou-mard>
35. Česká tisková kancelář: *V ČR roste počet umělých oplodnění, které si páry platí samy.* [online]. © Media Network s.r.o. 2020 [cit. 2020-04-25]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2017/06/cr-roste-pocet-umelych-oplodneni-ktere-si-pary-plati-samy/>
36. *Věk žen s umělým oplodněním dál stoupá, průměr je nad 35 let* | Prima Zoom. Články | Zoom magazin [online]. Copyright © FTV Prima 2003 [cit. 14.04.2020]. Dostupné z: <https://zoommagazin.iprima.cz/zajimavosti/vek-zen-s-umelym-oplodnenim-dal-stoupa-prumer-je-nad-35-let>

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A – Normospermie (normozoospermie) podle kritérií WHO (2010)
- Příloha B – Nejčastější příčiny sterility dle WHO (1992)
- Příloha C – Základní rozdělení neplodnosti ženy
- Příloha D – Rozdělení neplodnosti ženy podle etiologie
- Příloha E – Úspěšnost asistované reprodukce vzhledem k věku
- Příloha F – Dotazník

PŘÍLOHY

Příloha A – Normospermie (normozoospermie) podle kritérií WHO (2010)

Obrázek 1: Kritéria normospermie dle WHO

Hodnota pH	≥ 7,2
Objem ejakulátu	1,5 ml a více
Koncentrace spermií	≥ 15 milionů spermií/1 ml ejakulátu
Celkový počet spermií	≥ 39 milionů
Pohyblivost	alespoň 32 % progresivně pohyblivých spermií alespoň 40 % pohyblivých spermií
Morfologie	nejméně 4 % normálních forem
Podíl živých spermií (eozinový test)	nejméně 58 %
Smíšená antiglobulinová reakce (test MAR)	> 50 % spermií s navázanými částicemi
Leukocyty	< 1 milion/ml ejakulátu

Zdroj: Řezáčová et al., 2018, str. 250

Příloha B – Nejčastější příčiny sterility dle WHO (1992)

Obrázek 2: Nejčastější příčiny sterility dle WHO (1992)

Anovulace	25 %
Endometrióza	15 %
Pánevní adheze	12 %
Neprůchodnost a funkční poruchy vejcovodů	22 %
Hyperprolaktinémie	7 %

Zdroj: Řezáčová et al., 2018, str. 63

Příloha C – Základní rozdělení neplodnosti ženy

Obrázek 3: Základní rozdělení neplodnosti ženy

preovariální	centrální hypogonadismus, mentální anorexie, hypofyzární poruchy a nádory, stav po hypofyzektomii, Sheehanův syndrom, hyperprolaktinémie, adrenogenitální syndrom, diabetes mellitus, tyreopatie, nadměrná obezita, pseudocyesis, snad anovulace při syndromu polycystických ovarií (PCO), užívání hormonální antikoncepce nebo jiných léků s estrogením a/nebo gestagenním účinkem
ovariální	ageneze a dysgeneze ovarií, kastrace chirurgická, postradiační nebo toxická – cytostatika, ovariální vyčerpání, syndrom neprasklého folikulu (LUF), snad anovulace při syndromu PCO, defektní oocyt, luteální insuficience
postovariální	tubární neprůchodnost – stav po tubární sterilizaci, stav po oboustranné salpingektomii, postinfekční uzávěr vejcovodů, protilátky proti spermiím, autoimunitní příčiny, endometrióza, chronická endometritida, chybění endometria (Ashermanův syndrom), užívání gestagenní antikoncepce, nepřítomnost cervikálního hlenu, vaginismus

Zdroj: Řezábek, 2018, str. 32

Příloha D – Rozdělení neplodnosti ženy podle etiologie

Obrázek 4: Rozdělení neplodnosti ženy podle etiologie

vrozená	45X0, androgenní insenzitivita (tzv. testikulární feminizace), adrenogenitální syndrom (AGS) nedagnostikovaný v dětském věku, a tudíž adekvátně neléčený, parciální AGS zjištěný až v dospělosti
morfologicky podmíněná	pozánětlivý uzávěr obou tub, periovariální adheze, endometriální polyp, submukózní myom, Ashermanův syndrom (chybění endometria), některé vrozené vývojové vady dělohy
hormonální	poruchy cykličnosti ovariální funkce – velmi časté, např. syndrom PCO (hyperandrogenní syndrom) a různé typy anovulace, hyperprolaktinemie, tyreopatie
z vyčerpání ovarií	věkem, radiací, toxicky, po opakované chirurgické resekci ovarií
imunologická	endometrióza, antispermatické, antizonální protilátky
infekční	toxoplasmóza, borelióza, chronická endometritida, popř. tuberkulóza (TBC)
psychogenní	mentální anorexie, pseudocycsis
lékové interference	antikoncepce, inhibitory prostaglandinů – syndrom neprasklého folikulu, nesprávně časované podávání gestagenů (tedy před ovulací), depotní gestageny s dlouhodobým účinkem (měsíce až roky)
související s jiným onemocněním	kachexie způsobená malnutricí nebo nádorem, těžké avitaminózy, morfinismus, závažná postižení nadledvin, diabetes mellitus, tyreopatie
idiopatická	po provedení dostupných vyšetření není příčina zřejmá

Zdroj: Řezábek, 2018, str.33

Příloha E – Úspěšnost asistované reprodukce vzhledem k věku

Obrázek 5: Úspěšnost asistované reprodukce vzhledem k věku

Průměrný věk žen při zahájení cyklu

Cyklus:	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
IVF	33,4	34,0	33,5	33,9	34,0	34,4	34,8	35,1	35,3
KET	33,8	34,4	35,2	35,3	35,9	36,4	36,7	36,9	37,2

zdroj: Asistovaná reprodukce v ČR v roce 2015 - ÚZIS

Rozdělení zahájených cyklů podle věku ženy v roce 2015

Věk ženy	IVF	KET
nad 40 let	2073	3633
35 - 39 let	5192	3354
pod 34 let	5940	4253

zdroj: Asistovaná reprodukce v ČR v roce 2015 - ÚZIS

Počty zahájení cyklů, těhotenství a porodů podle věkových skupin v roce 2015:

	ženy do 34 let	35-39 let	nad 40 let
počty zahájených cyklů IVF	6526	5820	2322
počty těhotenství	1962	1212	183
počty porodů	1445	824	84

Zdroj: <https://zoommagazin.iprima.cz/zajimavosti/vek-zen-s-umelym-oplodnenim-dal-stoupa-prumer-je-nad-35-let>

Příloha F – Dotazník

DOTAZNÍK

Dobrý den,

Jmenuji se Gabriela Štorkánová a jsem studentkou Západočeské univerzity v Plzni, Fakulty zdravotnických studií, oboru Porodní asistentka. Ve své bakalářské práci provádím průzkum o názoru veřejnosti na limity a hranice asistované reprodukce. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní a veškeré údaje, které zde budou uvedeny, budou sloužit výhradně pro účely mé bakalářské práce. Prosím o pravdivé zodpovězení všech otázek, popřípadě doplnění odpovědi.

Důležitý je pro mě Váš názor a postoj k asistované reprodukci. Asistovaná reprodukce nebo umělé oplodnění je označení pro lékařské postupy a metody, při kterých dochází k manipulaci se zárodečnými buňkami nebo s embryi, včetně jejich uchovávání, a to za účelem léčby neplodnosti ženy nebo muže. Pokud není uvedeno jinak, označte pouze jednu odpověď.

Předem děkuji za Váš čas a spolupráci.

1. Jaké je vaše pohlaví?
 - a) Žena
 - b) Muž

2. Jaký je Váš věk?
 - a) 18-20
 - b) 21-25
 - c) 26-39
 - d) 40-49
 - e) 50 a více

3. Jaký je váš rodinný status?
 - a) Svobodný/á

b) Vdaná/ženatý

c) Rozvedený/á

4. Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhl/a?

a) Základní

b) Středoškolské bez maturity

c) Středoškolské s maturitou

d) Vyšší odborné

e) Vysokoškolské

5. Máte nějaké náboženské vyznání?

a) Ano

b) Ne

6. Kde žijete?

a) Město

b) Vesnice

7. Máte ve svém okolí někoho trpícího neplodností?

a) Příbuzného

b) Kamarád/ka

c) Znamý/á

d) Kolega/yně

e) Já sám/sama trpím neplodností

f) Ne nemám

8. Po jaké době pravidelného pohlavního styku mezi partnery si myslíte, že se dá mluvit o neplodnosti?

- a) 6 měsíců
- b) 1 rok
- c) 2 roky
- d) 5 let
- e) Nevím

9. Na koho byste se obrátili v případě, že se Vám nedaří otěhotnět? (možno více odpovědí)

- a) Gynekologa
- b) Lékaře z reprodukčního centra
- c) Obvodního lékaře
- d) Všeobecnou sestru
- e) Porodní asistentku
- f) Urologa
- g) Léčitele
- h) Zakoupila bych v lékárně doplněk stravy určený k podpoře plodnosti

10. Jaké jsou podle vás nejlepší alternativní metody k léčbě neplodnosti před absolvováním asistované reprodukce? (možno více odpovědí)

- a) Homeopatika
- b) Aromaterapie
- c) Akupunktura
- d) Akupresura
- e) Hormonální Jóga
- f) Obecně cvičení
- g) Masáž

- h) Bylinky
- i) Meditace
- j) Nevím
- k) Jiné:

11. Jaké jsou podle vás příčiny neplodnosti?

- a) Nezdravý životní styl
- b) Posouvání těhotenství do vyššího věku
- c) Nadměra stresu
- d) Jiné:

12. Souhlasíte s využíváním asistované reprodukce?

- a) Ano souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Spíše nesouhlasím
- d) Ne nesouhlasím
- e) Nevím
- f) Důvod:

13. Máte pocit, že asistovaná reprodukce překračuje biologické hranice?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

14. Asistovaná reprodukce by měla být povolena: (možno více odpovědí)

- a) Jen párům v manželství
- b) Jen párům žena a muž

- c) Pár žena a žena
- d) Pár muž, muž + náhradní matka
- e) Svobodná žena
- f) Všechny možnosti
- g) Nevím

15. Kým by měla být hrazena asistovaná reprodukce:

- a) Pojišťovnou
- b) Žádající klient
- c) Pojišťovna i žádající klient
- d) Nevím
- e) Jiné:

16. Do kolika let by pojišťovna měla hradit asistovanou reprodukci?

- a) Do 30 let
- b) Do 35 let
- c) Do 40 let
- d) Do 45 let
- e) Do 50 let
- f) V jakémkoli věku

17. Kolik cyklů asistované reprodukce by měla hradit pojišťovna?

- a) 1
- b) 2
- c) 3 a více
- d) Žádný

18. Je právo na dítě základní lidským právem?

- a) Ano souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Spíše nesouhlasím
- d) Ne nesouhlasím
- e) Nevím

19. Komu by mělo být umožněno nechat si zamrazit vajíčka?

- a) Jen ženy, které vědí, že podstoupí onkologickou léčbu
- b) Mladé ženy, které chtějí odsunout mateřství do pozdějšího věku
- c) Kdokoliv
- d) Nevím
- e) Jiné:

20. Jaké by měli být důvody ke zmrazení vajíček tzv. social freezing? (možno více odpovědí)

- a) Žena bez partnera
- b) Kariéra
- c) Vzdělání
- d) Nepřípravenost na mateřství
- e) Zdravé vajíčka v pozdějším věku
- f) Jiné:

21. Mělo by být social freezing zahrnuto do zaměstnaneckých benefitů?

- a) Ano souhlasím
- b) Spíše souhlasím

- c) Spíše nesouhlasím
- d) Ne souhlasím
- e) Nevím

22. Zdá se Vám správné, že se těhotenství posouvá nad 35 let a výše?

- a) Ano souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Spíše nesouhlasím
- d) Ne souhlasím
- e) Nevím

23. Jaká věková hranice by měla být pro asistovanou reprodukci?

- a) Do 30 let
- b) Do 40 let
- c) Do 50 let
- d) Do 60 let
- e) Do 70 let
- f) Neomezená
- g) Nevím

24. Jaký vliv si myslíte, že má věk ženy na její reprodukční schopnost?

- a) S věkem ženy klesá počet vajíček, jejich kvalita a možnost se později změnit ve zdravé embryo a později v plod
- b) Věk žen neovlivňuje počet vajíček, ale pouze jejich kvalitu a možnost změnit se ve zdravé embryo
- c) věk ženy nemá na vajíčka žádný vliv
- d) Nevím

e) Jiné:

25. Co si myslíte o svobodných ženách, které si chtějí pořídit dítě pomocí asistované reprodukce?

a) Dítě potřebuje oba rodiče

b) Každý má právo na dítě

c) Nevím

d) Jiné:

26. Povolili byste asistovanou reprodukci svobodným ženám a homosexuálním párům v ČR?

a) Jen pro svobodné ženy

b) Jen pro homosexuální páry

c) Pro obě skupiny

d) Ani pro jednu

e) Nevím

27. Souhlasíte s dárcovstvím pohlavních buněk (spermie, vajíčka, embrya)?

a) Ano souhlasím

b) Spíše souhlasím

c) Spíše nesouhlasím

d) Ne souhlasím

e) Nevím

28. Kolik rodin by mělo optimálně využít sperma jednoho dárce?

a) 5

b) 10

c) 20 a více

d) Nevím

29. Jaký druh dárcovství byste zvolili?

a) Anonymní

b) Neanonymní tzv. open identity

c) Nevím

30. Co byste udělali s nadbytečnými embryi?

a) Zlikvidoval

b) Použil pro vědecké účely

c) Uchovával navždy

d) Použil jako dárcovské

e) Nevím

f) Jiné:

31. Souhlasíte s náhradním mateřstvím?

a) Ano souhlasím

b) Spíše souhlasím

c) Spíše nesouhlasím

d) Ne souhlasím

e) Nevím

32. Dokážete si představit, že by Vám dítě odnosiла jiná žena?

a) Ano

b) Ano, ale pouze pokud by to byl někdo z rodiny (matka, sestra)

c) Ne

d) Nevím

33. Myslíte si, že by náhradní matka měla dostávat nějakou peněžní kompenzaci za odnošení dítěte někomu jinému?

- a) Ano, ale jen výdaje spojené s těhotenstvím
- b) Ano, je to velká náročná služba
- c) Ne
- d) Nevím

34. Kdo je podle Vás opravdovým rodičem narozeného dítěte po náhradním mateřství?

- a) Žena, která dítě porodí
- b) Rodiče, kterých je biologický materiál
- c) Nevím
- d) Jiné:

35. Co považujete za eticky nepřijatelné v oblasti reprodukční medicíny? (možno více odpovědí)

- a) Selektce pohlaví
- b) Redukce počtu plodů
- c) Náhradní mateřství
- d) Social freezing
- e) Vědecké experimenty se zbylými embryi
- f) Výběr kvalitních embryí
- g) Finanční odměny za dárcovství
- h) Finanční odměny za náhradní mateřství
- i) Zmrazení embryí
- j) Likvidace nadbytečných embryí
- k) Neanonymita dárcovství

1) Neomezené dárcovství jednoho dárce

36. Napadá Vás nějaký nezmíněný etický problém týkající se asistované reprodukce, zde máte prostor pro vyjádření Vašeho názoru či postoje: (otevřená otázka)