

Etika asistované reprodukce

Bc. Ilona Haasová

Společnost pro psychosomatickou podporu léčby neplodnosti, o.p.s., Praha

Tato práce se zabývá v první řadě etickými aspekty asistované reprodukce. Jsou jimi: morální postavení embrya, dárčovství genetického materiálu, otázka „přebytečných“ embryí, kryokonzervace, výzkum kmenových buněk, náhradní mateřství, redukce vícečetného těhotenství, operační zákroky prováděné mikromanipulačními technologiemi, výběr pohlaví a plodný věk – 49 let. Druhá část práce je věnována etickým problémům, které produkuje samotný proces asistované reprodukce. Jde hlavně o psychologickou náročnost celého průběhu asistované reprodukce. Na závěr je uveden názor církve a etika právních aspektů, které asistovaná reprodukce vyvolává.

Klíčová slova: etika, asistovaná reprodukce, genetický materiál, kryokonzervace, náhradní mateřství.

Ethical aspects of assisted reproduction

The first part of this work deals with the ethical aspects concerning assisted reproduction: the moral embryo state, genetic material donation, the matter of “spared” embryo, cryopreservation, stem cells research, surrogate motherhood, multi-purposed motherhood reduction, surgical procedures conducted with micromanipulator technology, sex selection and fertile age – 49. The second part deals with the ethical problems, especially, with the psychological demandingness concerning the whole process of assisted reproduction. In conclusion the religious opinions and the ethical code of juridical aspects are presented.

Key words: ethics, asisted reproduction, genetic material, cryopreservation, surrogate motherhood.

Urol. praxi, 2012; 13(6): 254–258

Úvod

Při pročítání informací o metodách a možnostech nejmodernější medicíny v oblasti reprodukce si možná jako člověk připadáte naprosto nepatrně a bezmocně. Můžete mít dojem, že se medicína zcela zmocňuje lidského těla a že od určité chvíle láska a sexualita již nehrají v přání mít potomka tak velkou roli. Proces asistované reprodukce generuje obrovskou řadu etických otázek. Každá společnost musí přemýšlet o těchto otázkách a rozhodnout o jejich řešení. Většinu jich plodí nedostatečná informovanost o dané problematice. WHO (Světová zdravotnická organizace) definovala nedobrovolnou bezdětnost jako nemoc. Z toho vyplývá, že neplodné páry mají právo být léčeny všemi dostupnými prostředky současné reprodukční medicíny. V současnosti se narodí přibližně 7 % dětí po úspěšné léčbě neplodnosti a z toho je asi polovina počata metodami asistované reprodukce. Základní principy a podmínky asistované reprodukce byly stanoveny mezinárodní Úmluvou o lidských právech v medicíně, která byla přijata v r. 1997 v Oviedu a je prováděna dalšími nadnárodními dohodami a lokálními zákony (m. j. poslední novela zák. č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách), ale pokrok v této oblasti jde takovým tempem, že neaktuálnost podmínek, principů i zákonů může vést ke zneužití nových objevů nejen ve sporných prospěch některých bezdětných párů, ale především k neetickým postupům.

Eticky sporné aspekty asistované reprodukce Morální postavení embrya

Nesmířitelnost dvojího etického pohledu na problematiku asistované reprodukce by vyřešila jednoznačnost morálního postavení embrya. Což je velmi významná etická otázka procesu IVF (in vitro fertilizace). Ke shodě názorů v blízké budoucnosti pravděpodobně nedojde. První názor, že embryo má status lidské bytosti počínaje spojením vajíčka a spermie, zastávají zejména někteří církve, lidé věřící a většina laické veřejnosti. Druhý názor je kompromisem, podporovaným vědci, lékaři i etiky – embryo má status potenciální lidské bytosti. Vzhledem k tomu, že teprve kolem patnáctého dne se začnou tvořit první primitivní nervové buňky a „lidství“ zárodku se začne prohlubovat, dospěla většina etických výborů k závěru, že prvních 14 dnů embryo morální status lidské bytosti nemá. Tento názor zastává především odborná veřejnost a většina párů podstupujících asistovanou reprodukci. A současný názor z praxe? Na to dává odpověď embryolog D. Chládek: „Nejnovější názor nám stanoví Tkáčová direktiva Evropské Unie. Embryo má, ve fázi před ET (embryotransferem), status léčebného buněčného přípravku.“ Pro odbornou veřejnost je to vítězství, ale co pro ty druhé?

Dárčovství genetického materiálu

Darování spermií, vajíčka i embrya je druhý nejdiskutovanější etický problém v procesu asistované reprodukce. Jde o zahrnutí třetí strany

do procesu reprodukce. Nedojde k prolomení instituce manželství a rodiny? Záleží na správném uzákonění celé problematiky. Možnost darování krve, kostní dřene či ledviny je téměř samozřejmostí, etika těchto možností byla již vyřešena a většinou přijata. Nyní se k nim přidává i „léčebný buněčný přípravek“, je to etické? Problematika dárčovství je veřejností často odkazována na vlastní svědomí zúčastněných. Je to otázka svědomí? Mnozí v něm hledají instanci schopnou za všech okolností říci, co je správné. Ale i svědomí se vztahuje ke společenství. Jeden proces probíhá na straně samotného dítěte. Zvládne v budoucnu vyrovnání se s vlastní identitou? Má právo znát své biologické rodiče? Bude mu to umožněno? Vyrovná se se svou situací bez problémů? Bude respektovat a milovat „své“ rodiče i po obeznámení se s okolnostmi svého zplodění? Ve Švédsku mají děti ze zkušavky po osmnáctinách právo se dozvědět, kdo jsou jejich biologičtí rodiče. Další proces probíhá na straně příjemců. Nebude jim někdy v budoucnu tento fakt na obtíž? Vyrovnají se s případnou genetickou zátěží? Budou oba rodiče vždy milovat svého potomka bez ohledu na jeho původ? Po rozvodu paní B. snižovala hodnotu bývalého manžela, otce, se kterým vychovala svého syna právě díky darované spermií slovy: „On vlastně nemá na syna nárok, protože není jeho biologický otec.“ A dárce? Anonymitu má zaručenou – v ČR. (V USA má zájemce o darované pohlavní buňky k dispozici celou databázi dárců s fotkami a životními příběhy.) Nebude dárce svého činu jednou litovat? Nezačne ho pronásledovat myšlenka na poznání

svého, nebo z poloviny svého dítěte? Jak a kdo ho vychovává? Nepísané pravidlo říká, že od jednoho dárce se použije maximálně 6–10 ejakulátů. Ale, „...Šel jsem darovat proto, abych si vydělal. Za tři až čtyři měsíce jsem byl na odběru tak třicetkrát a přišel jsem si na dobrých patnáct tisíc...“ Tady je problém. Centra asistované reprodukce nemají centrální evidenci. Tedy mají, ale vzhledem k tomu, že veškeré informace o dárci jsou anonymní, tak mu každé centrum asistované reprodukce přidělí svůj kód, který je ostatním neznámý. A tak aktivnímu dárci stačí objet našich cca 30 center, v každém oplodnit 6 vajíček a máme tu 180 genetických potomků aktivního dárce. Co když se jednou potkají a padnou si do oka? Stane se samozřejmostí, že při plánování dítěte budeme muset na vyšetření DNA? Jak by na tom mohly být jejich děti? V mnoha zemích se uplatňuje názor, že dárce nemá na finanční odměnu nárok. Jedině tak je možné zaručit, že je dárcovství projevem čistého altruismu a nikoli vypočítavosti. Nedostatkem tohoto přístupu je nízký počet dárců. Otázka kvality spermatu také není nepodstatná. Základní vyšetření se provádí, ale vyšetření na dědičné sklony k rakovině či schizofrenii nebo odhalení cholerického charakteru a alkoholismu, takové informace k dispozici nejsou. „...ten pocit, že nosím pod srdcem dítě, které jsme nezpłodili. ...to ne...nedovedla bych si představit, že by se mi narodilo dítě, které by nemělo ani jeden manželův rys...možná to jsou banality, ale mě na nich záleží... takže děkuji, nechci...“

Přebytečná embrya

Hormonální stimulace vede k větší produkci vajíček, ta se oplodní a získaná embrya se ne vždy upotřebí. Tím vznikají embrya „do zásoby“, která mají čtyři způsoby využití: zmrazení pro pozdější využití, dárcovství, výzkumné účely, a to především se zaměřením na kmenové buňky, a poslední možností je likvidace. Rozhodnutí je na rodičích. Je to velice stresující situace. Každá možnost má svá pro i proti. Co je správné, kdo to posoudí? Vždyť rodiče se svým rozhodnutím musí žít celý život. Nadyia nemohla dlouho přijít do jiného stavu. Podstoupila několikrát proces IVF a doma již měla 6 dětí. Ale z předchozích cyklů jí zůstalo dalších 6 zmrazených embryí a z toho dvě jednovaječná dvojčata. Rozhodla se, že „zmrzlíky“ nedá a přemluvila doktora, aby jí je zavedl do dělohy všechny. Stalo se něco neuvěřitelného, všech osm embryí se ujalo. Nadyia porodila osm dětí. Všechna jsou v pořádku a Nadyia má nyní doma dětí 14. Stará se o ně se svou matkou, nežije s partnerem – biologickým otcem dětí. Svou vlastní životní „show“ prodala médiím, ale z výtečku se budou těšit děti až po osmnáctých

narozeninách. Teď má velký problém uživit rodinu. Lidem se její přístup nelíbí. Je neetické, že nechce nechat žádné z embryí zahynout a sama sebe i děti vystavila obrovskému zdravotnímu riziku? Jak zvládne výchovu a obživu své rodiny? Bylo by lepší – etičtější – embrya „zlikvidovat“?

Kryokonzervace

Nevyužitá embrya jsou zmrazena a skladována v tekutém dusíku. V této formě se mohou ponechat po dobu 100 let. Výhodou je, že pokud první či některý další pokus umělého oplodnění nevyjde, může mít pár další pokusy bez stimulačního procesu a odběru vajíček. Jakou zátěž ale zmrazení přináší pro počínající život? Bude se vyvíjet přirozeným způsobem? Máme právo manipulovat tímto způsobem s potenciální lidskou bytostí? Máme jistotu, že zmrazením nebude v budoucnu ovlivněno zdraví dítěte. Kryokonzervace spermií je již dávno v běhu, nyní se již provozuje i zmrazení vajíček (oocytů). Také zmrazení tkáně z varlat (spermatické kanálky) a ovariální (nenastimulované) tkáně je běžnou praxí. Výhody jsou jasné. Jde především o situace, ve kterých očekávané zdravotní komplikace a náročné léčby (chemoterapie) mohou mít špatný, ne-li katastrofální vliv na reprodukční orgány? „Lékaři v následujících letech očekávají nárůst výskytu všech faktorů, které plodnost ohrožují – u žen jsou to pohlavní choroby, endometrióza, anovulace, poruchy příjmu potravy a obezita, u mužů poruchy tvorby a kvality spermatu. Poroste také počet vyléčených onkologických pacientek a pacientů v reprodukčním věku, pro které je v důsledku léčby obtížné počít potomka z vlastních pohlavních buněk“ (1). Možnost zmrazení „zdravých a čerstvých“ pohlavních buněk v mladším věku a jejich využití později (často po náročném životě) je již také reálná a přináší sebou i „výhodnou“ možnost prodloužení reprodukčního věku. Je to eticky přípustné? Přinejmenším se tímto etická situace dále komplikuje.

Výzkum (zejména) kmenových buněk

I když je zřejmé, že embrya na věky držená v tekutém dusíku by svůj potenciál k přetvoření v lidskou bytost asi nenaplnila, je nemorální proměnit tato „nadbytečná“ embrya v embryonální kmenové buňky, které lze využít k výzkumu a v budoucnu i k léčbě těžkých onemocnění? Eva Syková říká (MF dnes 5. 4. 2004): „Přesně informovaná veřejnost zásadně vyjadřuje podporu jak výzkumu, tak užití embryonálních buněk k léčbě nemocných. Nejvyšší podpora, a to i charitativní a sponzorská, plyne pochopitelně od těch, kteří potřebují léčbu pro sebe či svoje děti. Názory ne-

souhlasící menšiny je však třeba respektovat a je nutné postupovat podle zákonem schválených etických norem.“ Příběh dítěte, které trpí dědičnou chorobou, léčitelnou pouze transplantací vhodné kostní dřeně, by mohl mít šťastný konec. A to v případě, že by se dárcem stal ještě nenarozený sourozenec. Metodou asistované reprodukce by byla vytvořena embrya a ta by se podrobila předimplantační genetické diagnostice. Pokud by mezi nimi byl vhodný dárce, nezátížený dědičnou chorobou, měl by starší sourozenec vyhráno. Je to krásný sen, nebo černá můra? Zplodit dítě pro určitý účel je jistě neetické. Výzkum kmenových buněk se snaží tuto cestu zjednodušit a v daném případě by potřebnou kostní dřeň vypěstoval v misce pouze z kmenové buňky embrya v předimplantační fázi. Obavy ze zneužití a cílené selekce nejsou v žádném případě bezpředmětné. Zákonné normy za etickými aspekty v tomto případě značně pokulhávají.

Náhradní mateřství

Náhradní matky – pronájem dělohy? Historické příklady tohoto postupu lze najít již ve Starém zákoně. Když Sára nemohla mít dítě, tak Abraham počal dítě se služkou Hagar. Podobně Rachel a Jakob se služkou Bály. Služka měla poté jen malé, nebo spíše žádné místo v životě narozeného dítěte. Jak prožívá těhotenství žena, která ví, že se dítěte vzdá? Tato matka, která od začátku ví, že dítě, které porodí, jí nezůstane, se už v těhotenství nemusí chovat dostatečně svědomitě (např. pokud jde o kouření a pití). Jaký vliv může mít její těhotenské „prožívání“ na nenarozené dítě? Jaké jsou motivy náhradních matek? Nejsou to vždy jen peníze. Může jít o ženy, které nikdy nepoznaly lásku, partnerský vztah, sex... ale také mohou být jejich pohnutky absolutně nezištné. Mělo by mít dítě právo poznat náhradní matku, která jej porodila? V jakém věku? Bez ohledu na její souhlas? Komplikace, které náhradní rodičovství může přinést, naznačil již před mnoha lety deník MF Dnes: „V Česku už byl dvakrát proveden pokus o využití institutu „náhradní matky“. Oba zdejší pokusy dopadly neúspěšně, byť každý jinak. V jednom případě se u přizvané ženy ve 4. měsíci zjistilo, že dítě má těžkou vrozenou vadu. Náhradní matka se rozhodla pro interrupci. V druhém případě došlo ke sporu, jaký ani v zahraničí není výjimkou. Náhradní matka si dítě ponechala. Během těhotenství si totiž k němu vytvořila pozitivní citový vztah. I když byly obě náhradní matky vázány smlouvou, kterou pak nedodržely, a předem přijaly odměnu, kterou nevrátily, pro soud byla ta smlouva neplatná. Podle našeho právního řádu je matkou dítěte ta, která

je porodí." (MF Dnes, 5. 12. 2003, s. 4). V mnoha zemích je náhradní mateřství již plně praktikováno. Ne vždy bez konfliktů. Existují případy, kdy se ukázalo, že dítě je postižené a nechťeli si je ponechat ani náhradní matka, ani manželé, jimž dítě „geneticky patřilo“. V ČR je nyní známo již mnoho případů náhradního mateřství, není to nelegální, a případů přibývá. Na internetu se inzeráty typu: „Hledáme seriózní zdravou ženu, která by nám donosila miminko. Mám vážné zdravotní komplikace a nemáme už jinou možnost. Pouze vážné zájemkyně...“ přímo sypou. „Metoda náhradního mateřství narušuje biologickou jednotu a může vést až k degradaci rození dětí na výrobu či průmysl.“ (2). Nicméně vývoj „nedělitelnosti mateřství“ v ČR naznačuje, že do budoucna lze očekávat spíše zavedení náhradního mateřství. Uvažuje se o tom, že by o každém případě rozhodl soud. Tím by ženy, které by se k „pronájmu dělohy“ chystaly z důvodu kariéry či neochotě změnit životní styl, byly automaticky vyloučeny.

Redukce vícečetného těhotenství

Doposud je široce používaným indikátorem kvality IVF tzv. implantační index, tedy poměr mezi počtem implantovaných embryí a počtem dosažených těhotenství. Což může hrát roli v problematice vícečetného těhotenství. Nicméně tato obrovská etická problematika již míří ke svému vyřešení. Do dělohy se doporučuje zavádět maximálně dvě embrya. Pouze po neúspěšných pokusech, kdy se předpokládá menší pravděpodobnost uchycení všech embryí a po předběžném souhlasu rodičů se zavedou pro jistotu embrya tři, max. čtyři a pokud se uchyťí, rodiče si je nechají. Redukce těhotenství se provádí pouze v případě, jsou-li k tomu zdravotní důvody. Také porovnávání úspěšnosti center asistované reprodukce se řídí novějším indexem, kde hlavní roli hrají počty narozených dětí. Přičemž: „...nelze hodnotit kvalitu pracoviště podle celkových výsledků – vždy lze srovnávat jen standardní skupinu žen do věku 35 let.“ (3).

Operační zásahy do pohlavních buněk a embryí Mikromanipulace

„Jde o operační postupy, vykonané na pohlavních buňkách nebo embryu, použitím speciální mikromanipulační technologie.“ (4). Pro páry, kde jeden nebo oba mají genetickou dispozici pro vrozenou vadu, přináší preimplantační diagnostika prováděná metodami mikromanipulace neuvěřitelné možnosti, dále např.: – ICSI (intracytoplazmatická injekce spermie). Metoda, při které se spermie vpravuje jehlou přímo

do cytoplazmy vajíčka. Zde bychom mohli říci, že jde o určité obcházení přírody, protože k výběru jedné spermie dochází volbou embryologa a nikoli na základě složitých fyziologických procesů, kterým ještě ne zcela rozumíme. Nicméně, vzhledem k prováděné kultivaci (někdy i prodloužené), by případné nevhodně se vyvíjející embryo mělo být odhaleno a tím zvýšena pravděpodobnost zdravého vývoje plodu. A to je možná důležitější, – AH (asistovaný hatching). Jde o narušení vaječného obalu embrya (zona pellucida), s cílem pomoci embryu se z obalu uvolnit. Zkušenost ale ukazuje, že pokud embryo nemá sílu se dostat z obalu, nemá sílu ani přežít.

Výběr pohlaví

Již Platón (Ústava, 5. kniha) se zamýšlí nad zděděným zdravím, dělá si starosti o biologickou kvalitu potomstva, především u stavu strážců. Přichází s myšlenkou biologického výběru, umožňujícího rozmnožování nejlepších a vyřazení zdegenerovaných jedinců.

Jeden z principů, stanovených Úmluvou o lidských právech a biomedicině, vymezující, že techniky lidské asistované reprodukce nesmí být použity k získání zvláštních vlastností u budoucího dítěte, především za účelem výběru pohlaví dítěte, s výjimkou tam, kde se vyhýbáme vážnému dědičnému onemocnění, vázanému na pohlaví, se již zdá být zpochybňován a je jen otázkou času, jak dlouho ještě vydrží. V Thajsku a jiných zemích se již bariéry prolo-mily, v Austrálii je toto téma na pořadu dne ... „Oplodňovací“ turistika se rozjíždí a lidé si jdou za svým cílem. Rýsují se také další kontroverzní otázky. Za určitých okolností podrobují lékaři vytvořená embrya genetickému testu a vybírají ta zdravá. „Na vyřazení embryí s výraznými genetickými defekty bychom se snad shodli, co když si ale rodiče budou časem chtít objednat pohlaví, barvu očí a hudební nadání potomka?“ ptá se Vácha. Inzeráty, typu: „Jsem modrooká blondýna, 60 kg, 175 cm, mám tři tituly, mluvím pět jazyků a jsem sportovně nadaná, kolik nabídnete za mé vajíčko?“ jsou již na světě! Sice v USA, ale... Etické i morální zákonitosti se začínají otřásat v základech. Do popředí se žene byznys. Nabídka a poptávka chce diktovat svou bodu a etické cítění člověka?

Plodný věk – 49 let

Uzákonění tohoto věkového limitu vyvolalo řadu jak negativních, tak pozitivních reakcí. Předkladatel zákona vychází z odborných podkladů, zahrnujících jistě statistické údaje o vlivu věku na vývoj a výchovu dítěte. Lidé, kteří neplodností

nejdou zasaženi, problém věkové hranice vnímají rozdílně. Nicméně jde o aktuální situaci neplodného páru a rozhodnutí bude na něm.

Oficiální tabu v IVF

Co by mohlo určité skupině pacientů pomoci, ale dělat se to nesmí? Náhradní mateřství, neanonymní dárčovství gamet a embryí, oplodnění ženy bez partnera, oplodnění s využitím spermií zemřelého, účast při procesu umělého oplodnění lesbických a mužských homosexuálních párů. Měla by se centra asistované reprodukce zaměřit pouze na terapii v souvislosti s medicínskými problémy a neřešit sociální problémy některých skupin populace? I tak si ženy vodí fiktivní partnery a tlačí na lékaře ... Některá centra jim vyhoví, ale veřejně to nepřiznávají. Dříve, před zavedením asistované reprodukce, byly lesbické a mužské homosexuální páry z (biologické, genetické) reprodukce vyloučeny. „S novými metodami lze dosáhnout sdíleného rodičovství homosexuálních dvojic i mateřství postmenopauzálních žen. Nabízejí možnost redefinovat ne-reprodukcí homosexuálních dvojic a postmenopauzálních žen jako medicínskou patologii, jako léčitelnou neplodnost.“ (5).

Etika procesu asistované reprodukce

Asi každý neplodný pár se v procesu umělého oplodnění setká i s jeho temnou stránkou.

Syndrom ovariální hyperstimulace (OHSS)

Jde o velice závažnou zdravotní komplikaci, kterou s sebou přináší hormonální stimulace. Riziko je téměř u každého. Na hyperstimulační syndrom se i umírá. ...druhý pokus byl jako zlý sen. ...nikdo mě neupozornil, že existuje něco, jako hyperstimulační syndrom...začalo mi být špatně asi až za týden po odběru vajíček, byla jsem doma a nemohla jsem dýchat... vrazilo se mi to do plic.....takže mě nejdříve léčili na plicním...a pak si to někdo spojil a dali mě na gyndě na JIPku a připojili na kyslík... na tři týdny...byla to strašná bolest...to bylo hodně zlé...tenkrát jsem si přála nebýt těhotná...bylo mi mizerně...vlastně jsem se pořádně dusila...byla jsem strašně oteklá...měla jsem v sobě 10 kg otoku... poprvé jsem zažila, že je mi kůže malá...injekční stříkačkou, bez umrtvení, mi z dělohy odsávali vodu...doktor tenkrát říkal: „Nechtěl bych být ženská“...snášela jsem to hodně špatně...chtěla jsem pryč!...nechtěla jsem žádný dítě... Spektrum zdravotních následků, které může hormonální léčba mít, je velice širo-

ké. Psychické aspekty. Stres, deprese... ale i naděje a touha, jsou v procesu umělého oplodnění vysoko nad únosnou mezí. Výstižným výrazem pocitů a prožitků, kterými pacienti prochází, je „emoční horská dráha“. Všem neplodným párům by měla být nabídnuta psychoterapeutická péče jako doprovod celého procesu umělého oplodnění. Léčba neplodnosti většinou vytváří somatickou nepohodu, psychickou zátěž, ovlivňuje partnerství, sexuální život, sociální a pracovní vztahy. „Ačkoli jsou pokroky v lékařství vítané, protože přinášejí účinnější pomoc trpícím, přetrvává obava, že na rozdíl od technického pokroku v diagnóze a terapii se často nevěnuje odpovídající pozornost oblasti psychologie a komplexního přístupu k lidské osobnosti, a že tato oblast dokonce často musí ustoupit do pozadí před technickými aspekty.“ (6). ...nejhorší je čekání po zavedení embryí do dělohy... jestli se to podaří... dokud Vás ti doktoři mají v práci, tak se snažte to nechat na nich, ale pak... to čekání... bála jsem se čurat i na velkou, že to ze mě vypadne... nohy zamotaný křížem... neodvážila jsem se ani zakašlat... každý den jsem si kupovala těhotenský test a byl negativní... věděla jsem, že se to na něm ještě nemůže projevit, ale co kdyby... pořád jsem na to myslela... špatně jsem spala... čekat, čekat a... snažit se být v klidu... aby to dopadlo dobře, tak se snažím na to myslet pozitivně... určitě to vyjde... těším se a plánuju... pak nic... konec... propad, zklamání, lítost, smutek, pláč... beznadějí... bojím se dalšího pokusu... že se zase dostanu do toho špatného stavu... já byla tak silná ženská... teď je ze mě uzlíček nervů... šťve mě ta nepřírozenost na něčem, co má být tím nejpřírozenějším... mám pocit, že jsem během toho procesu psychicky zestárla... nezvládám těhotenství kolem mě... je to pro mě těžké... je mi to líto... těžce to nesu. Období, kdy člověk asistovanou reprodukcí prochází, je mimořádně náročné a následky mohou být trvalé. „Stres, který se při léčbě sterility vyskytuje, se projevuje na třech základních rovinách: somatické, psychické a interpersonální. Podle různých zdrojů se vyskytují psychické potíže při léčbě u 25–60% sterilních párů. Více než polovina sterilních žen (v dotazníku SCL-90-R) vykazuje hodnoty, které se pokládají za známku psychiatrické patologie.“ (7). ...tlak ze strany rodiny... jen zveličuje můj vlastní tlak na sebe sama, na to, že chci dítě!... známí říkají: ta je nějaká divná... ta se změnila... musela jsem překopat vztahy v celé rodině... najít si svůj prostor... pro chlapa je nejhorší vyšetření spermií... je to útok na jeho ego, je to trapas... to prostředí... to čekání na výsledek a přemítání o tom, že jestli to do-

padne špatně, tak jak dopadne vztah?? ...když jsem někde viděla břicho nebo kočárek, tak už mi bylo hodně ouvej a já měla slzy na krajíčku... když mi kamarádky oznamovaly jedna po druhé, čekám dítě!!! A pak čekám druhý!!! A pak... ty jo, já jsem zase těhotná a nevím co mám dělat... tak jsem si myslela, že se zblázním...

Přístup k pacientům v centrech asistované reprodukce

Větší odborná informovanost a psychická připravenost je velkým nedostatkem center asistované reprodukce. Dotčené páry získávají veškeré informace přes internet a od známých, kteří procesem asistované reprodukce již prošli. Lékaři nemají dostatek času, věnovat se klientům podle potřeby. Zájemců o asistovanou reprodukci je tolik, že čekací lhůty první návštěvy mohou být i několik měsíců. Literatury na toto aktuální téma je minimum. Často se opakují příběhy, kdy neplodný pár zkouší jedno oplodnění za druhým bezúspěšně a pak se dozví např. o problematice „imunitní tolerance“ (negativní imunitní reakce ženského organismu na genetický materiál partnera). A právě to mohla být příčina jejich neplodnosti. Ukončí celou léčbu, pochopí, že snažení je v jejich případě marné a jen je stálo spoustu peněz a rozhodnou se třeba pro adopci. ...moje doktorka je spíše introvertní a nic moc mi nevysvětluje... já jsem zmatená a ani nevím, na co se zeptat... podpora od doktora... moc by pomohla... nebo psychická podpora... určitě... chybí mi osobnější přístup... já tomu všemu moc nerozumím a radši si nic nezjišťuju, aby mě to nestresovalo... vždy, když jsem objednaná na určitou hodinu, tak stejně čekám, vždycky je tam plno... šílená je hormonální stimulace... byla jsem z toho vždycky psychicky rozhozená, lítostivá a plachtivá... v práci nikdo nevěděl, čím procházím... cítila jsem se tam hrozně špatně... doma mě aspoň podpořil manžel... myslím, že pro každou ženu je těžké píchat si hormony... manžel by to nezvládl nikdy... Prevence je nulová, obtíže se přehlíží a stále se plánují další a další pokusy. V případě komplikací se o ženu na soukromé klinice nikdo nepostará. „...u manželky se okamžitě po odebrání vajíček v centru asistované reprodukce – na soukromé klinice – projevil počátek hyperstimulačního syndromu... bylo jí strašně špatně... vypadala hrozně... a mně řekli, že máme rekord, odebrali jí 60 vajíček!... já se ptal, co mám dělat s manželkou... a oni mi řekli, ať si zavolám taxi a odvezu jí do nemocnice Na Bulovku... manželka se nemohla ani postavit... strašně jsem se o ní bál... ale oni už to

neřešili...“ Speciálně na soukromých klinikách se za skladování embryí platí. Ženám přicházejí dopisy s dotazy, zda jejich embrya mají být zničena či darována a to není nic příjemného. Psychický tlak je všudypřítomný. Některé kliniky na svých stránkách dokonce zveřejňují reklamy na finanční půjčky od různých firem. Potřebuji se ujistit, že klient bude solventní. „Z etických důvodů jsem si nechala zavést jedno embryo, zbylá jsem si nechala zmrazit. Po půl roce jsem chtěla zkusit další embryotransfěr a prý, že už žádná embrya nemám!? Nikde ani stopy...“ ... jakákoli komunikace s doktorem a sestřičkami je náročná... doktoři se pořád střídají... průšvih... k někomu si najdeš vztah a důvěru a hop, je tu zase někdo nový... takhle a tady vůbec nikdy neotěhotním... jeden mladý doktor mi třikrát řekl během rozhovoru, že je mi už 40 let... já to snad vím!!... několikrát mi opakoval kolik stojí ten a ten zákrok... jestli si to uvědomuju... dítě je priorita, věk ani finance neřeším... takt, lidskost a podpora od lékaře by pomohla hodně... Příběhů se šťastným koncem je mnoho a ti, kteří je zažili, už dávno vytěsnili negativní vzpomínky.

Důkladnější informovanost veřejnosti

„Znalosti principů asistované reprodukce a zákonitosti biologie reprodukce mohou napomoci k vysvětlení některých omylů a zabránit nedorozumění. Dobrou příležitostí pro tento účel je její zařazení do výuky biologie na školách.“ (8). Vzhledem k tomu, že děti, počaté metodami asistované reprodukce, jsou v současnosti žáky základních i středních škol a jejich počet narůstá, je třeba asistovanou reprodukci natolik přiblížit laické veřejnosti, aby se předešlo i obavám, např. z případné diskriminace těchto dětí v dětských kolektivech.

Názory církve

Církve ze své podstaty vyjadřují spíše konzervativní názory na otázky spojené s IVF. Jsou církve, které se dokážou přiklonit i k některým medicínským postupům v rámci IVF, na druhou stranu zejména římskokatolická církev (největší křesťanská církev a nejvýznamnější církevní organizace na světě) má k postupům asistované reprodukce převážně odmítavý vztah. Vatikánská Kongregace pro nauku víry vydala v roce 1987 významný dokument *Donum Vitae* /Dar života/ (9), který deklaruje základní pohledy římskokatolické církve na umělé oplodnění. Dokument vychází z jasného přesvědčení, že počátkem lidského života, počátkem existence člověka, je okamžik zplodění, tedy spojení pohlavních buněk muže a ženy. Mravným

spojením je pouze spojení gamet manželů, zde se připouští pomoc asistované reprodukce, ovšem jiná varianta IVF (ukládání embryí, účast dárcovské třetí osoby, atd.) neodpovídá církevním zásadám, o náhradním mateřství ani nemluvě. Zdá se, že zde církev bojuje marný boj, pokrok v oblasti, ať už eticky nebo neeticky, její odpor překonává. Je však třeba přiznat, že takový dokument může mít ve své době smysl, neboť může být potřeba některé biologické či lékařské postupy označit ve veřejné diskuzi za nemravné, byť realita bude někde jinde. Své odpůrce nepřesvědčí, ale i proto, že cesty IVF nemusí jít vždy správným směrem, bez zneužití, má tento hlas ve společnosti své místo při vytváření morálky či etiky dané oblasti.

Etika právních aspektů

Komu patří embryo po rozvodu? Kdo za ně nese zodpovědnost, má větší šanci ten, kdo chce tato embryo přivést na svět i s jiným partnerem? V případě, že se náhradní matka nechce vzdát dítěte, kdo má rozhodnout a jak? Otázek a spekulací je mnoho. Právní rámec asistované reprodukce je dán v ČR zejména přijetím mezinárodní Úmluvy o lidských právech a biomedicině z roku 1997 (Česká republika ji spolupodepsala o rok později, ve Sbírce zákonů vyhlášena pod č. 96 a 97/2001 Sb. m.s.) a její aplikací do Zákona o rodině (č. 94/1963 Sb., § 50a – 62a), Zákona o péči o zdraví lidu (č. 20/1966 Sb., § 27, písm. d-i), zák. č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách (10). Zákonodárci možná pomalu reagují na rozvíjející se realitu. Možná na-

zrála doba k určitým právním změnám, tak jak společnost přijímá změny v pohledu na variace asistované reprodukce. Má právo mít dítě samotná žena? Dvě ženy či dva muži, kteří děti nemají nebo spolu vychovávají dítě jednoho/jedné z nich z předchozího manželství? Samotný muž, jenž přišel o milovanou ženu a zůstaly mu po ní kryo-konzervovaná embrya? Žena, která při havárii přišla o jediné dítě a současně díky zranění o možnost donosit jiné dítě? Takových otázek přináší život mnoho a není jednoduché zdůvodnit odmítnutí suchým zákonem. Je etické jejich situaci neřešit a nepomáhat jim, jestliže medicína řešení zná? Nakolik má medicína právo tato řešení odmítat s odkazem na vznik budoucího problému právního nebo sociálního oproti právu jedince na poskytnutí pomoci?

Absence specifických zákonů v procesu asistované reprodukce má i své „výhody“, umožňuje např. individuální posouzení a flexibilní posouvání hranic řešení neplodnosti. Zamykalová cituje Tesaříka J.: „Vycházím z Helsinské deklarace (práva pacienta). Jestliže ve sporu etických principů proti sobě stojí zájem společnosti nebo lidstva a zájem jedince, dávám vždycky přednost zájmu jedince. A to i v případě, že by z toho pro společnost mohl časem vzniknout nějaký problém. Ostatně společnost je tu od toho, aby problémy řešila.“

Závěr Co z uvedených problémů je za hranicemi etických postupů? Kde jsou hranice? A kdo je určuje? Jak se dodržují? „Reprodukční revoluce“ vytváří etický a morální chaos, nicméně

po světě běhá díky asistované reprodukce již statisíce šťastných dětí a mnoha dalším neplodným párům svítá naděje na vytouženého potomka a tím i na krásnější budoucnost.

Literatura

1. Slepíčková L., Fučík P. Sociální kontext postojů k řešení neplodnosti. In: Sociologický časopis/Czech Sociological Review, 2009; 45(2): 268.
2. Zamykalová L. Kdo smí participovat na asistované reprodukci, Biograf 2003; (31): 86 odst.
3. Řežábek K. Asistovaná reprodukce. Praha: Maxdorf, 2008: 87.
4. Řežábek K. Asistovaná reprodukce. Praha: Maxdorf, 2008: 98.
5. Zamykalová L. Kdo smí participovat na asistované reprodukci, Biograf 2003; (31): 86 odst.
6. Rotter H. Důstojnost lidského života. Praha: Vyšehrad, 1999: 11.
7. Čepický P. Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. In: Moderní Gynekologie a Porodnictví, 1999; 8: 162–250.
8. Petr J. Omne vivum ex ovo – Vše živé je z vejce, text přednášky, Praha, 2003.
9. Donum Vitae. Cyrilometodějská teologická fakulta University Palackého, 2006.
10. Sbírka zákonů a mezinárodních smluv, Česká republika – č. 96/2001 – Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a medicíně.

Článek přijat redakcí: 2. 7. 2012

Článek přijat k publikaci: 12. 8. 2012

Bc. Ilona Haasová

Společnost pro psychosomatickou podporu léčby neplodnosti, o.p.s., Praha
Ovenecká 28, 170 00 Praha 7
ilona.haasova@seznam.cz
info@podporareprodukce.cz



Komentář

Komentář k článku Haasová I. „Etika asistované reprodukce“ Urol. praxi, 2012; 13(6): 254–258.

Urol. praxi, 2012; 13(6): 258–259

Příspěvek Bc. Haasové se zabývá velmi aktuálními otázkami, které si často kladou zdravotníci zabývající se léčbou neplodnosti, jejich pacienti, vědci, sociologové, psychologové či představitelé různých církví. Jejich názory se v mnoha případech výrazně liší, což souvisí s jejich vzděláním, přesvědčením, vírou, ale i současnými potřebami. Rozvoj léčby neplodnosti opravdu generuje řadu otázek, ale odpovědi na některé z nich nikdy nebudou jednoznačné. S autorkou budu v řadě jejích dovození polemizovat. V oblasti morálního postavení embrya plně souhlasím se závěrem potenciální lidské bytosti, což skutečně považuji za vítězství. Doporučuji, aby se podrobněji seznámila například s postavením embrya v německé legislativě.

Také dárcovství gamet a embryí patří k často diskutovaným otázkám. Je vhodnější anonymní nebo neanonymní dárcovství? Země EU se ve svém přístupu výrazně liší, obecně ale platí, že v zemích, které zavedly neanonymní dárcovství, se potýkají s nedostatkem dárců a také s reprodukční turistikou, kdy vysoké procento partnerů cestuje do země s anonymním dárcovstvím. Ideálním příkladem je právě Švédsko a Dánsko, které je nejčastějším cílem švédských párů nebo single women. Máme všichni právo znát své biologické rodiče? Budeme provádět cíleně genetické testování k určení rodičovství? Jak budeme přistupovat k ženám a dětem v případě vyloučení jejich partnera jako genetického otce? Jak budeme řešit situaci žen, které porodily, ale neuvedly otce dítěte? Neexistuje jednoznačná odpověď, vždy jde o jedinečné lidi, jejich osobní život, složitý osud. Podle mého názoru jde v případě dárcovství spíše o odpovědný přístup ze strany partnerů, kteří se vědomě rozhodli pro splnění svého snu přijetím prověřených gamet či embryí. Jistě je tu riziko příbuzenského křížení, ale jak je velké? Musím polemizovat s autorkou ohledně turistiky dárců. Jistě, je možná, ale zdaleka

ne tak rozšířená. Splnění náročných podmínek včetně genetiky, vyšetření rizik přenosu infekčních chorob je spíše známkou altruizmu dárců než jejich hrabivosti. Na druhé straně nepopírám, že finanční náhrada je určitým motivem, ale v žádném případě ne u většiny z nich. Musím také opravit zjevnou chybu, která je v textu uvedena. Každý dárci má provedeno genetické vyšetření včetně karyotypu. U řady z nich jsou provedena další vyšetření některých závažných dědičných onemocnění.

Nadpočetná embrya nejsou přebytná! Autorka nezmínila, že ne všechna embrya, která vzniknou a nejsou přenesena, mohou být kryokonzervována. Jen taková, která splňují relativně náročné požadavky fyziologického vývoje a morfologického hodnocení, mohou být zamrazena; ostatní by většinou nepřežila proces následného rozmražení. Příklad ženy a hlavně trestuhodného přístupu lékaře, který přenesl vyšší počet embryí, je jedním z takových, které výrazně poškozují mediální obraz léčby neplodnosti.

Kryokonzervace gamet nebo embryí dává šanci vážně nemocným mít dítě po skončení jejich léčby, ale jako každá metoda může být využita či zneužita. Nadpočetná embrya jsou skladována v tekutém dusíku, ale nevím, kde autorka našla údaj 100 let. Bylo by vhodné uvést příslušný odkaz. Některé z otázek, které si autorka klade, byly částečně zodpovězeny multicentrickými studiemi, které hodnotí psychomotorický vývoj dětí narozených z kryokonzervovaných embryí.

V oblasti redukce vícečetného těhotenství se autorka dopustila výrazné nepřesnosti. Čtyři embrya se v naší republice nepřenášejí již dlouho, a to ani v případě nižší implantace. Redukce se provádí na žádost ženy, a to i v případě dvoučetného těhotenství. V dnešní době redukci po metodách asistované reprodukce významně ubylo v souvislosti se vzrůstajícím trendem přenášet pouze jedno embryo. Také výběr pohlaví, který může vést k narušení velmi křehké rovnováhy mezi pohlavími, což je dnes zřejmé v Číně, kde k tomuto došlo jinou cestou než zavedením technik asistované reprodukce, direktivní politikou jednoho dítěte a velmi benevolentními pravidly potratu, není v ČR povolen. Výjimkou je výběr pohlaví u geneticky podmíněných onemocnění vázaných na pohlaví. Určitou polemiku vyvolává i část nazvaná etika procesu asistované reprodukce. Plně souhlasím s autorkou, že jde o psychicky vysoce zatěžující výkon, přirovnání k emoční horské dráze je opravdu trefné. Na druhé straně jde o svobodné rozhodnutí každého páru, zda tento stres dobrovolně podstoupí. Řada pracovišť spolupracuje s psychology, v některých evropských zemích je psychologická konzultace součástí léčby neplodnosti. Při své práci jsem se setkala s řadou párů, které navrhovanou psychologickou pomoc odmítaly, protože podle jejich názoru oddalovala léčbu neplodnosti. Shoduji se s autorkou, že dobrý psycholog může při léčbě významně pomoci.

Názory církví na léčbu neplodnosti a hlavně na metody asistované reprodukce se výrazně liší. Autorka zmiňuje pouze církev římsko-katolickou, její přístup patří k nejkonzervativnějším. Například Judaismus vychází ze základní myšlenky plodnosti a rozmnožování zmíněné v Talmudu. Proto je léčba neplodnosti metodou IVF podporována, umožňuje totiž mít děti, rozmnožování. Talmud také zmiňuje, že duše vstupuje do embrya 40. den jeho vývoje. Neodsuzuje, naopak podporuje, mikromanipulační techniky a výzkum na embryích. Ortodoxní koptská církev souhlasí s asistovanou reprodukcí u manželů, protože považuje za nejdůležitější umožnit ženě mít dítě. Odsuzuje a nesouhlasí s darováním gamet, náhradním mateřstvím či volbou pohlaví. Také Korán zmiňuje význam pocitu důstojnosti a sebeúcty ženy ve spojení s mateřstvím. Toto je jedním ze zásadních principů, který vede k podpoře léčby neplodnosti jak Sunnity, tak Šíity. Mezi nimi jsou rozdíly v přístupu k náhradnímu mateřství, ale například kryokonzervace gamet i embryí je plně podporována. Podle Islámu vstupuje duše do embrya 120. den vývoje, proto Islám souhlasí například i s výzkumem na časných embryích.

Lidská reprodukce s sebou vždy přinášela řadu etických problémů, k nimž je nutné přistupovat velmi citlivě. Široká společenská diskuze a postupné nastavování pravidel je velmi potřebné. Každý příspěvek do této diskuze je vítán.

doc. MUDr. Ivana Oborná, Ph.D.

Porodnicko-gynekologická klinika LF UP a FN Olomouc, I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc, ivana.oborna@fnol.cz