

# Surogační mateřství

Darina Beinhofnerová

---

Bakalářská práce  
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2014/2015

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Darina Beinhofnerová**  
Osobní číslo: **H12666**  
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**  
Studijní obor: **Porodní asistentka**  
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Surogační mateřství**

Zásady pro vypracování:

**Přípravná fáze bakalářské práce, stanovení a formulace cílů, vyhledávání a studium odborné literatury a zdrojů.**

**Volba výzkumné metody a výběr vhodné skupiny respondentů.**

**Vypracování teoretické části bakalářské práce.**

**Sestavení dotazníku a realizace výzkumného šetření.**

**Zpracování získaných dat a jejich interpretace.**

**Kritické zhodnocení výsledků a jejich praktická aplikace.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ATTL, Karel. Institut náhradní matky ano, či ne? Prevence úrazů, otrav a násilí, 2009, roč. 5, č. 2, s. 185-191. ISSN 1801-0261.

DOSTÁL, Jiří. Etické a právní aspekty asistované reprodukce: situace ve státech přijatých do Evropské unie v roce 2004. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 170 s. Monografie (Univerzita Palackého). ISBN 978-802-4417-004.

HONZÁK, Radkin SVOBODA, Bohuslav JEDELSKÁ, Eva. Měl by být u nás uzákoněný institut "náhradního mateřství"?: polemika. Psychologie dnes, 2010, roč. 16, č.6, s. 40-41. ISSN 1212-9607.

KALVACH, Mariana. Zamyšlení nad problematikou náhradního mateřství. Zdravotnictví a právo, 2009, roč. 13, č. 7-8, s. 14-18. ISSN 1211-6432.

ŘEŽÁBEK, Karel. Asistovaná reprodukce: průvodce ošetřujícího lékaře. 1. vyd. Praha: MAXDORF-JESSENIUS, 2008. 112 s. Farmakoterapie pro praxi, sv. 32. ISBN 978-807-3451-547.

Vedoucí bakalářské práce: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **26. ledna 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **22. května 2015**

Ve Zlíně dne 26. ledna 2015

  
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 19.2.2015

.....  
*Serdyukova*

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výtisky, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdaním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce pojednává o stále populárnější možnosti surogačního (náhradního) mateřství jak u nás, tak v jiných zemích. Práce je složena z teoretické a praktické části. Teoretická část vysvětluje pojem náhradní mateřství, jeho rozdělení a jeho právní úpravu. Poukazuje na náhradní matku jakožto na jedinečnou šanci pro ženy, které ze zdravotních důvodů samy dítě odnést či porodit nemohou, ale také neopomíjí etické a psychologické dopady na účastníky tohoto procesu. Praktická část analyzuje kvalitativní výzkumné šetření mezi porodními asistentkami pracujícími na porodním sále. Cílem praktické části bylo zjistit názor porodních asistentek na možnost surogačního mateřství.

Klíčová slova: surogační (náhradní) mateřství, neplodnost, asistovaná reprodukce, náhradní matka, surogační smlouva, etické aspekty, psychologické aspekty, práva dítěte

## **ABSTRACT**

This bachelor's thesis is about the increasingly popular option of surrogate motherhood, both in the Czech Republic and in other countries. The work consists of theoretical and practical parts. The theoretical part explains the concept of surrogate motherhood, its division and its legislation. It refers to a surrogate mother as a unique chance for women who cannot carry a baby to term or deliver it themselves because of medical reasons, while also examining the ethical and psychological effects on the participants of this process. The practical part analyses qualitative research among midwives working in delivery rooms. The aim of the practical part was to discover what midwives think about the option of surrogate motherhood.

Key words: surrogate motherhood, infertility, assisted reproduction, surrogate mother, surrogacy agreement, ethical aspects, psychological aspects, children's rights

### **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla poděkovat doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. za její odborné vedení, cenné rady, připomínky a pomoc při zpracování bakalářské práce. Rovněž děkuji porodním asistentkám pracujícím v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně za ochotu při poskytování rozhovorů.

**Prohlášení**

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně dne 20. 5. 2015

.....

Darina Beinhofnerová



**Motto**

*Náš život je jediným předmětem na tomto světě, který nemůžeme považovati za své soukromé vlastnictví, neboť jsme ničím nepřispěli k jeho vybudování. Byl nám jenom propůjčen s povinností odevzdati jej potomstvu rozmnožený a zdokonalený.*

Tomáš Baťa

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>12</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>14</b>
<b>1 VYSVĚTLENÍ POJMŮ</b> .....	<b>15</b>
1.1 SUROGAČNÍ MATEŘSTVÍ .....	15
1.2 HISTORIE SUROGAČNÍHO MATEŘSTVÍ .....	15
1.2.1 Centrum reprodukční medicíny Zlín a Prof. MUDr. Ladislav Pilka, DrSc.....	16
1.3 NEPLODNOST.....	16
1.3.1 Příčiny neplodnosti.....	17
1.3.1.1 Ženský faktor neplodnosti.....	18
1.3.1.2 Mužský faktor neplodnosti .....	19
1.3.1.3 Společné faktory neplodnosti.....	20
1.3.1.4 Nevysvětlená neplodnost .....	20
1.3.2 Prognóza neplodnosti .....	21
1.3.3 Léčba neplodnosti .....	21
1.3.3.1 Konzervativní léčba .....	21
1.3.3.2 Chirurgická léčba .....	21
1.3.3.3 Přípravná pánevní chirurgie.....	22
1.3.3.4 Asistovaná reprodukce.....	22
1.4 DŮLEŽITOST MATKY A RODINY PRO DÍTĚ .....	23
1.5 INDIVIDUALITA RODINY A RODINNÉ ZNAKY .....	24
<b>2 ETICKÉ A PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY SUROGAČNÍHO MATEŘSTVÍ</b> .....	<b>26</b>
2.1 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY TĚHOTENSTVÍ, PORODU A ŠESTINEDĚLÍ.....	26
2.2 ETICKÉ ASPEKTY SUROGAČNÍHO MATEŘSTVÍ.....	31
2.3 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY SUROGAČNÍHO MATEŘSTVÍ.....	32
<b>3 UZÁKONĚNÍ SUROGAČNÍHO MATEŘSTVÍ</b> .....	<b>34</b>
3.1 UZÁKONĚNÍ SUROGAČNÍHO MATEŘSTVÍ V JINÝCH ZEMÍCH .....	34
3.2 UZÁKONĚNÍ SUROGAČNÍHO MATEŘSTVÍ V ČESKÉ REPUBLICE.....	34
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>36</b>
<b>4 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ</b> .....	<b>37</b>
4.1 CÍLE PRÁCE .....	37
4.2 DESIGN VÝZKUMU .....	37
<b>5 VÝSLEDKY PRŮZKUMU</b> .....	<b>39</b>
<b>6 DISKUZE</b> .....	<b>64</b>

6.1	POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ S JINÝMI VÝZKUMY .....	64
6.2	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	65
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>67</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>69</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>71</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>72</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>73</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>74</b>

## ÚVOD

V současné době stojí lidstvo před závažným problémem, který představuje snížená plodnost. Na základě statistik má v České republice každý šestý pár potíže s početím svého vytouženého potomka. Z výzkumů WHO vyplynulo, že můžeme očekávat zhoršení situace a zaznívají i pesimistické prognózy, které během dvou desetiletí předpokládají až zdvojnásobení počtu neplodných párů. Již nyní je ve vyspělých zemích přibližně 10–15 % nedobrovolně bezdětných párů.

V minulosti nezbyvalo neplodným párům nic jiného, než se smířit se skutečností, že dítě mít nikdy nebudou, nebo podstoupit adopci a tak získat do péče alespoň dítě cizí. S pokrokem medicíny nastal také průlom v oblasti asistované reprodukce. Díky metodě tzv. „umělého oplodnění“ se mohl splnit sen mnoha párů, které nemohly mít své vlastní dítě. Přestože je medicína na tak vysoké úrovni, tak je stále mnoho žen, které mít dítě nemohou. Jedná se především o ženy, které se narodily či během svého života získaly nějakou fyziologickou odchylku (např. chybějící děloha od narození či po hysterektomii) nebo u nich opakovaně selhalo umělé oplodnění. V souvislosti s tímto problémem se začalo objevovat surogační, taktéž nazýváno jako surogátní mateřství, které bývá preferováno před adopcí právě z důvodu, že umožňuje úplnou nebo částečnou genetickou vazbu k dítěti. Tento proces je však eticky, právně, psychologicky i sociálně složitý fenomén. V některých zemích jsou striktně stanoveny podmínky, za kterých je náhradní mateřství povoleno. V zákoně naší země právní regulace prakticky chybí. Náhradní mateřství není zakázáno, ale ani povoleno. Názory na tuto možnost jak získat dítě se liší a toto téma je čím dál více diskutovanější. Kdo by měl mít právo rozhodnout o osudu objednatelského páru, náhradní matky a v neposlední řadě dítěte není snadné určit. Porodníci se k náhradnímu mateřství staví ve větší míře pozitivně, zatímco psychologové jednoznačně negativně.

Teoretická část bakalářské práce se zabývá problémem neplodnosti. Poukazuje na možnosti léčby za pomoci asistované reprodukce a metodou využití náhradní matky se zabývá podrobněji. Poukazuje na její výhody, ale také negativní dopady.

V praktické části jsou prezentovány výsledky výzkumného šetření, které bylo provedeno kvalitativní metodou polostandardizovaného rozhovoru s porodnicemi asistentkami. Cílem

bakalářské práce bylo zjistit názory právě porodních asistentek jakožto odborníků zasvěcených do této problematiky.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 VYSVĚTLENÍ POJMŮ

## 1.1 Surogační mateřství

Surogační mateřství je metodou asistované reprodukce, která spočívá ve využití ženy, jakožto náhradní matky, která souhlasí s umělým oplodněním za účelem plod odnést, porodit a po porodu dítě předat jiné ženě nebo páru. Tato metoda je pro některé páry jedinou možností, jak se stát rodiči svého geneticky příbuzného potomka. Náhradní mateřství se rozděluje na dvě základní formy: částečné a úplné (Kalvach, 2009, s. 15).

- Částečné náhradní mateřství – je použit oocyt dárkyně, kterou může být jiná žena nebo náhradní matka. Náhradní matka je uměle oplodněna za použití darovaného oocytu a spermatu oprávněného otce. Tato forma náhradního mateřství je většinou využívána v případech neplodnosti ženy. Do tohoto procesu zplození a narození dítěte mohou tedy zasahovat až tři ženy – náhradní matka, dárkyně vajíčka a žena, v jejímž zájmu náhradní matka dítě nosí (Kalvach, 2009, s. 15; Nursing for Women 's Health, 2012, s. 233).
- Úplné náhradní mateřství – nastává v případě, kdy pár, v jehož zájmu náhradní matka plod odnese, poskytne své gamety (oocyt a spermii) a tak vznikne jejich plně genetické embryo, které se implantuje do dělohy náhradní matky. Budoucí rodiče mají k dítěti genetickou vazbu a role náhradní matky spočívá pouze v odnošení a porození dítěte (Kalvach, 2009, s. 15; Nursing for Women 's Health, 2012, s. 233).

## 1.2 Historie surogačního mateřství

Je známo, že již ve starověku se praktikovaly různé formy náhradního mateřství, které však nebyly uskutečňovány pomocí umělého oplodnění jako je tomu v dnešní době, ale probíhaly tak, že se žena nechala oplodnit od muže z objednatelského páru a po porodu dítě tomuto páru předala. Nejznámějším příkladem je pravděpodobně příběh z knihy Genesis, ve kterém jsou objednatelským párem Sára a Abraham, kteří jako náhradní matky využili své služky, se kterými Abraham zplodil děti, které byly posléze považovány za děti Sáry

(Jákob, Izmael i Ráchel). V následujících letech bylo náhradní mateřství využíváno převážně ve vyšších vrstvách společnosti z důvodu zachování rodu (Smolíková, 2009, s. 6).

### **1.2.1 Centrum reprodukční medicíny Zlín a Prof. MUDr. Ladislav Pilka, DrSc.**

Centrum reprodukční medicíny a gynekologie ve Zlíně poskytuje komplexní služby v oblasti embryologie a asistované reprodukce již více než třináct let. Na klinice pracuje tým špičkových IVF specialistů, kteří pomáhají k vytouženému dítěti i párům, jejichž situace se může zdát beznadějná. Hlavní činností kliniky je komplexní vyšetření a následná léčba neplodného páru. Zlínská klinika provádí všechny možné postupy a techniky asistované reprodukce, které jsou dostupné v nejlepších evropských centrech (IVF, 2015, online).

Velmi významnou osobností je Prof. MUDr. Ladislav Pilka, DrSc. český gynekolog a porodník, průkopník asistované reprodukce v České republice. Narodil se 17. 7. 1933 v Hradčovicích u Uherského Brodu a zemřel 25. 10. 2014. Téměř celý svůj profesní život věnoval léčbě neplodnosti. Společně s týmem svých kolegů dosáhl světového prvenství zavedením metody GIFT – přenos gamet do vejcovodu. První dítě na světě počaté touto metodou se narodilo roku 1982 v Brně. Dnes je díky němu na světě již přes tři tisíce dětí. Zasluhou prof. Pilky je, že náš stát patří mezi světové špičky v oblasti asistované reprodukce. Za své úsilí a pracovní úspěchy získal prof. Pilka mezinárodní uznání a obdržel řadu národních i mezinárodních ocenění (Česká televize, 2010, online).

Řadu let působil ve Fakultní porodnici v Brně, kde vedl Centrum asistované reprodukce a po odchodu do důchodu využil nabídku MUDr. Davida Rumpíka a pomohl mu vybudovat novou Kliniku reprodukční medicíny ve Zlíně, kde dlouhá léta působil jako přednosta.

Profesor Pilka jednou prohlásil, že „vrcholem medicínského snažení je léčit lidi co nejlépe, nejhumánněji a s pocitem dobře vykonané práce“ (IVF, 2015, online).

## **1.3 Neplodnost**

Neplodnost (infertilita) je definována jako neschopnost počít dítě po 1 roce pravidelných nechráněných pohlavních styků nebo také neschopnost donosit a porodit životaschopné dítě



při zachované schopnosti otěhotnění. V české lékařské terminologii se pro neplodnost často používá pojem sterilita, ale míní se jím infertilita. Sterilita je na rozdíl od infertility trvalý a nevléčitelný stav (Novotny, 1997, s. 13).

### 1.3.1 Příčiny neplodnosti

K reprodukci páru jsou nutné funkční a neporušené mužské a ženské reprodukční orgány. U muže musí být dostatečná produkce spermií, u ženy musí docházet k ovulaci, musí být možný transport gamet vejcovody, v nichž dojde k oplození a musí být možný průchod embrya do dutiny děložní, jeho následná implantace a další vývoj. Problémem neplodnosti trpí přibližně 15 % párů v průmyslově rozvinutých zemích. Jednou z hlavních příčin neplodnosti ze strany žen je jejich vyšší věk kdy se rozhodnou otěhotnět. Mnoho žen oddaluje narození dítěte do období po dosažení 30 let a tak se incidence neplodnosti zvyšuje (Pilka, Procházka, 2012, s. 87).

Nejdůležitějším faktorem, který ovlivňuje ženskou plodnost, je tedy věk. Od 35 let věku ženy její fertilitní potenciál výrazně klesá (Citterbart, 2001, s. 127).

V důsledku vyššího věku tedy mohou mít ženy větší problém otěhotnět a jsou také vystaveny vyššímu riziku samovolného potratu. Z tohoto důvodu se léčba neplodnosti zahajuje individuálně dle věku ženy. U 40-leté ženy by bylo zcela neadekvátní čekat po dobu jednoho roku, zda neotěhotní spontánně. U žen nad 35 let je vhodné začít s léčbou po 4–6 měsících neúspěšné snahy o početí dítěte. Neplodnost není zapříčiněna vždy pouze ze strany ženy, ale mnohdy také ze strany muže a proto se hovoří a tzv. faktoru sterility. Ženský a mužský faktor se na neplodnosti podílí přibližně stejně (Pilka, Procházka, 2012, s. 87).

### 1.3.1.1 Ženský faktor neplodnosti

Tento faktor se rozděluje na několik kategorií.

- Cervikální faktor – bývá zapříčiněn stenózou nebo poruchou interakce spermií s cervikálním hlenem. Zásadní úlohu pro transport spermií do dělohy po pohlavním styku má děložní čípek a proto musí být pro spermie průchozí. Při ovulaci cervikální sekret vytváří četné mikrokanálky, kterými se spermie dostanou do dutiny děložní. Hormonálními vlivy může být konzistence sekretu narušena a nespĺňovat ideální podmínky pro průchod spermií. Cervikální stenóza může způsobovat neplodnost svojí bloádou, která může být buď vrozená, nebo získaná po infekcích či chirurgických zásazích. Tento faktor je příčinou neplodnosti u žen přibližně v 5–10 % (Pilka, Procházka, 2012, s. 88).
- Děložní faktor – hlavním orgánem pro embryo je právě děloha, ve které se plod vyvíjí a roste až do porodu. Děložní faktor se rozděluje na vrozený a získaný, který postihuje myometrium nebo endometrium. Do vrozeného faktoru řadíme vrozené vývojové vady dělohy, které jsou způsobeny špatným splynutím Müllerových vývodů již při vývoji, což může mít za následek od méně závažných defektů dělohy nebo vaginálních sept až po závažnou agenezi dělohy a pochvy. Do získaných postižení patří intrauterinní adheze a synechie s úplným nebo částečným srůstem dělohy. Toto postižení nejčastěji vzniká po kyretáži děložní dutiny, nitroděložním tělísku nebo jiném instrumentálním zásahu v děloze (Pilka, Procházka, 2012, s. 88).
- Tubulární faktor – důvodem abnormální implantace (např. mimoděložního těhotenství) embrya může být poškození či abnormality vejcovodů. Nejčastěji dochází k neprůchodnosti vejcovodů, nebo k poruše tubulární motility, která je způsobena pozánětlivými srůsty (Pilka, Procházka, 2012, s. 89).

- Ovariální faktor – neplodnost na hormonálním podkladě. Vaječníky produkují hormony, které ovlivňují funkci a strukturu pohlavních orgánů. Produkce estrogenů zajišťuje proliferaci endometria což je nutné k nidaci embrya. Také může chybět dostatečná produkce progesteronu, která je nezbytná pro udržení těhotenství. Dále do příčin ovariálního faktoru patří například poruchy funkce štítné žlázy, poruchy nadledvin (adrenální insuficience nebo hyperfunkce), metabolické poruchy či poruchy příjmu potravin (obezita, malnutrice), fyzická zátěž a další faktory, které mohou zasáhnout do integrační funkce hypotalamu (Pilka, Procházka, 2012, s. 87).
- Peritoneální faktor – jelikož jsou ženské pohlavní orgány (ovária, vejcovody a děloha) uloženy hromadně v peritoneálním prostoru, tak některé dysfunkce či anatomické abnormality peritoneální dutiny způsobené infekcemi, adhezemi nebo patologickými útvary na adnexech mohou být také příčinou neplodnosti. Patří sem například porušená motilita vejcovodů, která může vzniknout po prodělaném zánětu v malé pánvi, při peritoneálních adhezích vzniklých po operačních zásazích, po ruptuře ovariálních cyst nebo při endometrióze (Pilka, Procházka, 2012, s. 89).

### ***1.3.1.2 Mužský faktor neplodnosti***

Tento faktor se rozděluje na tři kategorie.

- Pretestikulární faktor – příčiny pretestikulárního faktoru rozdělujeme na vrozené a získané poruchy hypofýzy, hypotalamu nebo periferních orgánů, které poškozují hypotalamo-hypofyzální-gonadální osu. Do těchto poruch řadíme Cushingův syndrom, prolaktinomy a idiopatický hypogonadotropní hypogonadismus (Pilka, Procházka, 2012, s. 89).

- Testikulární faktor – tento faktor má příčinu buď genetickou, nebo je jiného původu. U mužů je nejčastější genetickou příčinou neplodnosti Klinefelterův syndrom, jehož součástí je primární testikulární selhání. Do příčin jiného původu než genetického patří užívání drog, traumata, infekce, varikokéla, radiace a věk. S narůstajícím věkem se u mužů zvyšují hladiny gonadotropinů, klesá hladina testosteronu, snižuje se produkce spermií a snižuje se také libido. Muži sice nejsou věkem ohroženi tak výrazně jako ženy, ale i s jejich vzrůstajícím věkem se zvyšuje riziko vrozených vývojových vad u plodu (Pilka, Procházka, 2012, s. 90).
- Posttestikulární faktory – do této kategorie patří takové faktory, které brání v transportu spermií pohlavními vývodnými cestami muže. Rozdělují se na vrozené a získané. Typickým příkladem vrozené příčiny tohoto faktoru je kongenitální bilaterální absence vas deferens u mužů nemocných cystickou fibrózou. Získané poruchy jsou většinou zapříčiněny infekcí, traumatem nebo jako následek chirurgického výkonu, jakým je například operace tříselné kýly (Pilka, Procházka, 2012, s. 90).

### ***1.3.1.3 Společné faktory neplodnosti***

Neplodnost není zapříčiněna vždy výhradně ze strany muže nebo ženy, ale asi ve 20 % bývá příčina neplodnosti společná. Společnou příčinou může být myšlena kombinace některých faktorů u obou partnerů, nebo může některý z partnerů vytvářet protilátky proti spermiím. V takovém případě mluvíme o imunologické neplodnosti (Novotny, 1997, s. 67).

### ***1.3.1.4 Nevysvětlená neplodnost***

Nevysvětlená neplodnost nazývána také jako normální neplodnost je stav, kdy u partnerů snažících se počít dítě není zjištěna žádná biologická příčina neplodnosti. Tuto diagnózu si vyslechne přibližně 10 % neplodných párů. Je to jedna z nejhorších diagnóz, se kterou se lze jen těžko vypořádat (Novotny, 1997, s. 68).

*Následky neplodnosti jsou nesmírně závažné pro postiženou dvojici i celou společnost. Neschopnost zplodit dítě je stresující situace, která zasahuje do všech oblastí života dvojice a může být důvodem rozvodu. Nedobrovolná bezdětnost zhoršuje demograficky nepříznivý vývoj společnosti a nákladná léčba znamená i značnou ekonomickou zátěž (Citterbart, 2001, s. 127).*

### **1.3.2 Prognóza neplodnosti**

Pokud žena trpí jednoznačně absolutní poruchou neplodnosti, jako je například stav po oboustranné salpingektomii, tak bez léčby nemůže otěhotnět nikdy a v takových případech by se s léčbou nemělo otálet. Pokud ale u neplodného páru vyjdou všechna vyšetření v pořádku a je příznivý věk ženy, je vhodné prodloužit dobu expozice samovolnému otěhotnění. Velmi dobře působí rehabilitační cvičení podle sestry Ludmily Mojžíšové. Prognóza léčby neplodnosti je velmi dobrá díky medikamentózní léčbě a možnostem asistované reprodukce. Přibližně 90 % žen posléze otěhotní (Řežábek, 2008, s. 24).

### **1.3.3 Léčba neplodnosti**

#### ***1.3.3.1 Konzervativní léčba***

Konzervativní léčba neplodnosti obsahuje hydropertubaci s následnou lázeňskou terapií, která byla dříve využívána velmi často. Technika hydropertubace spočívá v instilaci 20–40 ml fyziologického roztoku do děložní dutiny, odkud přejde do vejcovodu a tak potvrdí jeho průchodnost (Citterbart, 2001, s. 132).

#### ***1.3.3.2 Chirurgická léčba***

Využívá se od počátku sedmdesátých let. Byly vynalezeny nové operační techniky, jako je například tubární end-to-end anastomóza nebo implantace vejcovodu. Nejlepší výsledky byly u salpingoovariolýzy a tubárních anastomóz, kdy se po zákroku podařilo otěhotnět ve 40 až 60 %. V dnešní době je rutinní metodou operační laparoskopie (Citterbart, 2001, s. 132).

### ***1.3.3.3 Přípravná pánevní chirurgie***

Provádí se u nenávratně poškozených vejcovodů před zařazením ženy do programu asistované reprodukce. Výkon spočívá v lýze adhezí, odstranění ložisek endometriózy aj. Cílem tohoto výkonu je snížení rizika mimoděložního těhotenství po embryotransferu u žen s tuboperitoneálním faktorem, zlepšení folikulogeneze a odstraněním zánětlivých ložisek zvýšit počet implantovaných embryí a tím úspěšnost IVF (Citterbart, 2001, s. 132).

### ***1.3.3.4 Asistovaná reprodukce***

Asistovaná reprodukce je medicínský obor pracující s vajíčky, spermii a embryi mimo tělo člověka s cílem oplodnění ženy. Metody asistované reprodukce jsou určeny k léčbě neplodnosti (Řežábek, 2008, s. 10).

#### **Metody asistované reprodukce:**

- **Arteficiální inseminace (AI)** – metoda spočívající v zanesení spermií do pohlavního ústrojí ženy. Tato metoda se rozděluje podle zdroje spermií na AIH (Arteficial Insemination from Husband – spermie od manžela) nebo na AID (Arteficial Insemination from Donor – spermie od dárce). Před inseminací se spermie musí dobře vyčistit a zbavit bakterií a cizorodých látek. Teprve potom mohou být zavedeny do pochvy nebo na děložní hrdlo, ale většinou se provádí intrauterinní inseminace (IUI), což je vstříknutí spermií přímo do dělohy z důvodu maximálního využití spermií (Řežábek, 2008, s. 11).
- **In vitro fertilizace a embryotransfer (IVF ET)** – nejdůležitější metoda asistované reprodukce. Tato metoda spočívá v odběru vajíčka, které se laboratorně ošetří (kultivace se spermii), sleduje se jeho vývoj a následně se vzniklé embryo přenese do dělohy. Většinou se používá pouze název IVF, protože doplněk ET se považuje za samozřejmost. Tato metoda je klasickou indikací při neprůchodnosti vejcovodů (Řežábek, 2008, s. 11).

- Intracytoplasmic sperm injection (ICSI) – metoda, při které se jedna spermie aplikuje injekcí přímo do vajíčka. ICSI se provádí pod mikroskopem. Je to neúčinnější metoda léčby mužské neplodnosti, kdy je v ejakulátu muže výrazně až extrémně snížený počet spermií (Řežábek, 2008, s. 11).
- Kryokonzervace gamet a embryí – metoda, při které jsou odebrané buňky zmrazeny na velmi nízkou teplotu, většinou na  $-196^{\circ}\text{C}$ . Při této velmi nízké teplotě ustávají všechny životní pochody a spermie nebo embrya tak lze uchovávat velmi dlouho, téměř neomezeně. Obtížné je zmrazování a rozmrazování, protože může dojít k poškození buněk. Aby se tomu předešlo, používají se speciální přístroje, ve kterých jsou buňky obklopeny kryoprotektivním roztokem, chránícím je před poškozením mrazem (Řežábek, 2008, s. 11).
- Mikromanipulace – operace, prováděná na embryu nebo vajíčku, kdy se pomocí speciálních přístrojů může pod mikroskopem zavést do vajíčka spermie, vyjmout buňka z embrya nebo vložit jádro jiné buňky (Řežábek, 2008, s. 12).
- Programy darování gamet a embryí – spočívají v odebrání pohlavních buněk od dárců a v jejich následném použití u neplodných párů (Řežábek, 2008, s. 12).

#### 1.4 Důležitost matky a rodiny pro dítě

Ze všech vyšších živočichů je to právě člověk, kdo se rodí jako nejzranitelnější a nejkřehčí tvor. Aby se z něj stal plnohodnotný člen společnosti, potřebuje mnohaletou péči od rodičů, zejména od své matky, která mu pro toto velmi citlivé novorozenecké období dokáže poskytnout ideální stravu, kterou je mateřské mléko. Mateřské mléko a kojení zajišťuje dítěti nejen plnohodnotnou stravu, ale zejména také příjemné pocity sytosti, chuti, tepla a dotyku, potřebné nejen pro jeho tělesný, ale také i duševní vývoj. Mateřské mléko je ideální strava pro novorozeně a doposud nebyla překonána žádnými umělými náhražkami. V období čtyř měsíců začíná každé dítě vyžadovat i jiné vztahy, které jsou nazývány jako vztahy k idolu. Jsou to zvláště vztahy citové, které u dítěte rozvíjí taktéž jeho matka a to zejména svým vztahem k němu, svou chůzí a řečí, svým laskáním a péčí, svou láskou i přísností a také svou přítomností a nepřítomností. Právě v tomto raném období lidského života se utvářejí základy povahy a intelektu a právem se domníváme,

že špatný vztah matky k dítěti v tomto nejcitlivějším období je příčinou pozdějších duševních onemocnění jedince. Jestliže je duševní život dítěte již v této době vystaven konfliktům a odcizení a nedostává se mu potřebného vztahu k okolí, v jeho duševním životě se vytvoří bludný kruh, který se může za desítky let projevit výskytem duševní poruchy nebo odchylky. Rodina je základní předpoklad pro vývoj člověka v plnohodnotného člena společnosti. Jestliže se v tomto období dítě nenaučí, jak má správně reagovat na různá prostředí a různé situace, bude se u něj tento nedostatek projevovat celý život. Je dokázáno, že děti, které nejsou vychovávány svými rodiči, ale například v ústavech a to déle než do věku pěti let, mají následně celý život negativní rysy zapříčiněné ústavními podmínkami. Těmito rysy jsou myšleny zejména roztěkanost a citová chladnost, které jsou způsobeny chybějící přítomností jednoho hlavního citového objektu - matky. Každý jedinec je produktem především své rodiny, a to jak v dobrém, tak i ve špatném slova smyslu (Černý, 1971, s. 18–19).

Každé dítě má pouze dva biologické rodiče – matku a otce. Každý z biologických rodičů předá dítěti přesně polovinu svých genetických informací, které velmi zásadně určují jeho budoucí vlastnosti a znaky. Výchova rodiny utváří následnou individualitu dítěte, která bývá také nazývána jako sociální dědičnost (Černý, 1971, s. 20).

### **1.5 Individualita rodiny a rodinné znaky**

Individualita každé rodiny je utvářena zejména dědičností a ostatními vnějšími vlivy. Každá rodina je odlišná a má svoji určitou charakteristiku, která se následně projeví u všech nebo alespoň některých jejích členů. Dědičnost hraje významnou roli v získávání takzvaných rodinných znaků, které se objevují v některých rodinách. Rodinnými znaky jsou myšleny výjimečné znaky, jako je například duševní nadání, vědecké nadání nebo sportovní talent. Tyto výjimečné znaky mohou členy rodiny odlišovat od běžné populace. Ukázkovým příkladem jsou rodiny úspěšných vědců a umělců jako je například rodina Johanna Sebastiana Bacha, ve které je většina členů obdařena velkým hudebním talentem, nebo rodina nadaného italského malíře Tiziana, ve které se osm lidí z jeho rodiny intenzivně také věnovalo malířství. V naší historii lze nalézt s uměleckým nadáním spoustu dalších rodin. Za zmínku stojí také velmi významná rodina zakladatele moderní vývojové teorie Charlese Darwina, která vynikala pro změnu velkolepým vědeckým nadáním. Leonard Darwin byl jedním ze zakladatelů eugeniky a synovec Charlese Darwina Francis



Galton se proslavil svými populačními studii a biometricko-statistickými metodami (Černý, 1971, s. 22–23).

## 2 ETICKÉ A PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY SUROGAČNÍHO MATEŘSTVÍ

Surogační mateřství je právně, eticky, psychologicky i sociálně složitý fenomén, kolem kterého visí ve vzduchu neustále mnoho důležitých otázek. Ani odborníci se nemohou shodnout, zda by bylo uzákonění surogačního mateřství pro společnost spíše přínosem, nebo velkým krokem vedle. Psychologové se k náhradnímu mateřství staví negativně, zatímco porodníci pozitivně a pro právníky je tato problematika záluďným oříškem.

### 2.1 Psychologické aspekty těhotenství, porodu a šestinedělí

Dříve ženy početí dítěte nijak neplánovaly a roli matky braly jako samozřejmost, která jejich život nijak zvlášť neovlivňovala, ale v dnešní době je tomu ve většině případů zcela jinak. Rozhodnutí stát se matkou se složitým způsobem promítá do života současných žen. Ženy jsou více vzdělané a chtějí mít kontrolu nad tím, kdy budou mít dítě, kolik dětí budou mít a také si pečlivěji vybírají svého partnera, se kterým rodinu založí. Dnešní ženy jsou daleko více nezávislé, než byly dřív a to má za následek daleko menší porodnost, protože pro mnoho žen je důležitá jejich kariéra a seberealizace v profesním životě a z toho důvodu mnohdy těhotenství odkládají. Stát se matkou v sobě skrývá radost, ale je to úkol velký a obtížný, protože je to obrovská životní změna v životě každé ženy. Na jednu stranu ženě mateřství přináší pocity štěstí a radosti, ale na druhou stranu je to zátěžové období, které je doprovázeno pocity zodpovědnosti a občasnými úzkostmi. Těhotenství, porod a první týdny po porodu dítěte nejsou záležitostí pouze psychických změn, ale v neposlední řadě také těch fyzických. Toto období je provázeno velkými změnami ve fyziologii, tvarech postavy a tělesné hmotnosti ženy. Samotný porod je děj provázený velkou bolestí a narozením dítěte vzniká u ženy nová mateřská role (Roztočil, 2008, s. 359–360).

Každé těhotenství je poněkud jiné, ale v některých případech může být provázeno nežádoucími příznaky, jakými jsou například anxiózními stavy a obavy ze ztráty partnerského vztahu, pocity samoty či pocity sociální izolace. Těhotenství ovlivňuje také vnímání a prožívání sexuálního života ženy. Na to jak žena svůj sexuální život prožívá v těhotenství, mají velký vliv osobnostní dispozice jako je například citová stabilita, flexibilita a temperament, ale i základní postoje ženy k životu.

Na základě těchto poznatků lze ženy rozdělit do tří skupin, které mají problematický přístup k mateřství (Roztočil, 2008, s. 360).

Do první skupiny patří ženy, které se nedostatečně identifikují se svým ženstvím. Často se jedná o ženy, které jsou velmi soustředěné na svoji kariéru. Tyto ženy jsou jak v pracovním tak i v osobním životě značně úspěšné. Většinou jsou dominantní, autoritativní a mají racionální myšlení. Tento typ žen je většinou v práci na vyšších postech a mají sklony k soutěživosti s muži. Takovými ženám mateřství často přináší pocit frustrace v seberozvoji a vlastní realizaci.

Pro druhou skupinu žen je typická jejich nesamostatnost, nezralost a sklony k anxiózním projevům. Takovéto ženy jsou velmi závislé na svých rodičích a později i na svém partnerovi. V těchto ženách mateřství vyvolává strach z odpovědnosti, anxiózní pocity, inhibici či regresivní projevy.

Do třetí skupiny řadíme ženy s dominancí promiskuity a nestability. Tyto ženy mají trvalou touhu po poznávání něčeho nového a pociťují nutnost vzrušení. Takovéto ženy bývají permanentně nespokojené s konzervativním stylem života a často i s fungujícím a stabilním partnerským vztahem.

Do těchto tří skupin spadá největší množství žen s problematickým přístupem k mateřství. Existují ještě i další skupiny, které jsou charakteristické určitými změnami v postoji k mateřství. Nicméně naprostá většina žen po mateřství touží, připravuje se na něj a velmi intenzivně ho prožívá (Roztočil, 2008, s. 360).

*Těhotenství je z psychologického pohledu chápáno jako období psychické nestability postihující i jiné úrovně, sociální nebo somatickou. Psychické změny a odpovědnost za vývoj plodu a zdravotní změny jsou prožívány jako zátěžové situace. Mezi nejvýznamnější stresory patří změny těla, jako je přírůstek na váze, růst prsů, vznik strií. Tělesné změny přijímá většina žen negativně, zvláště ty, které mají problematický vztah ke svému tělu a poruchu sebepojetí (Roztočil, 2008, s. 360).*

Celé těhotenství je provázáno hormonálními změnami, které mohou výrazným způsobem ovlivňovat psychiku ženy. Těhotenství se může také spolupodílet na změnách v rodinných či partnerských vztazích. Příprava na příchod dítěte vyžaduje změny v chování a v postojích těhotné ženy. Ne všechny ženy jsou na život s malým dítětem a jeho potřebami dostatečně připravené a jejich představa o rodičovské roli je poněkud zromantizovaná. Rodičovství si představují příliš jednoduše a mnohdy si neuvědomují, že je to životní období velmi náročné, které od nich vyžaduje spoustu změn a ústupků. Nejde jen o to, že se žena musí přizpůsobit svému dítěti, ale musí se naučit uspokojovat všechny jeho potřeby a to od ženy vyžaduje velkou míru trpělivosti, nesobeckosti, překonání veškerých frustrací a ovládnutí agrese. Aniž by si to žena uvědomovala, tak se zde projevují nevědomé mechanismy, které jsou přenesené ze vzájemných vztahů s vlastními rodiči (Roztočil, 2008, s. 360).

Jelikož je těhotenství provázáno psychickými změnami a nestabilitou, tak je velmi důležité, aby měla žena zvýšenou pozornost od svého partnera a rodiny. Pro těhotné ženy je charakteristická hypersenzitivita, díky které se u ženy snadno vyskytují pocity odmítnutí, zranitelnosti a přetrvávajícího strachu. Těhotenství zasahuje také do sexuální oblasti partnerů. U žen je v těhotenství výrazný pokles libida a zájmu o sexuální aktivity, což se projevuje v oblasti kvantity pohlavních styků. Těhotenství také mění vztah ženy k její matce. Problematická situace je, pokud je těhotná nezralá závislá osobnost. U takových žen se v těhotenství jejich pouto k matce velmi zesílí, což může způsobit narušení partnerského soužití (Roztočil, 2008, s. 360).

V průběhu těhotenství se u ženy vytvářejí a mění citové postoje k plodu. Z tohoto pohledu můžeme těhotenství rozdělit na tři období gravidity.

První období začíná tím, že lékař ženě sdělí přítomnost její gravidity a končí nástupem prvních pohybů plodu. V tomto období je hlavním úkolem přijetí těhotenství a přijetí pocitu dva v jednom. U každé ženy je přijetí tohoto období jiné. Je to velmi ovlivněno tím, zda je těhotenství chtěné, nebo vzniklo nečekaně. Dále je důležitým faktorem osobní anamnéza ženy, zdravotní stav a její postoj ke kariéře. Ze začátku může být toto období pro některé ženy spíše negativní, ale s postupujícím těhotenstvím nastává převažovat pozitivita.

Druhé období je vymezeno od začátku pohybů plodu k začátku životaschopnosti plodu. Zde je dominantní zaměřenost ženy na příchod potomka a přijetí změny v rodinném systému. Těhotná se začíná intenzivně připravovat na novou roli matky. Pohyby plodu jsou pro ženu důkazem životaschopnosti jejího dítěte a je to první nonverbální komunikace mezi plodem a ženou. V této době se u žen vyskytují obavy z možného výskytu vrozených vývojových vad plodu a často odmítají sexuální aktivitu. V tomto období také nastávají změny ve vzhledu ženy a to hlavně příbytek na váze, který některé ženy mohou prožívat problematičtě (Roztočil, 2008, s. 360).

Do třetího období spadá asi posledních šest týdnů před porodem. Pro toto období je typický nástup obav z porodu, z toho jak porod bude probíhat, z toho jak velké a jak intenzivní bolesti budou porod provázet a zda bude novorozené dítě v pořádku. Pokud je osobnost ženy emočně labilnější nebo neurotická, tak tuto etapu prožívá nejobtížněji. Problematické rodičky jsou často ženy, které nemají dobré sociální zázemí, které jsou sociálně izolované či neuznávané, prvorodičky které jsou buď nezletilé, nebo naopak starší a rodičky které za sebou mají opakované spontánní aborty či perinatální úmrtí svého dítěte (Roztočil, 2008, s. 361).

Po porodu následuje období šestinedělí, ve kterém se ženské tělo vrací zpět do stavu, jako bylo před těhotenstvím. Období šestinedělí je z psychologického pohledu pro ženu rizikovější než těhotenství, co se týče výskytu duševních poruch. Mohou se vyskytovat příznaky lehké depresivity či neurotické příznaky, které jsou v rámci období šestinedělí považovány za přijatelné. Do těchto poruch nejčastěji patří lehká poporodní deprese a deprese s neurotickými projevy.

Dříve byla lehká poporodní deprese nazývána také jako poporodní blues. Tento stav se vyskytuje již v brzké době po porodu a to přibližně do tří až pěti dnů. Typickým příznakem pro tuto poruchu je plačtivost. Žena je velmi přecitlivělá a její pláč bývá bezdůvodný nebo z nejasných příčin. Žena, u které se vyskytne poporodní blues, trpí také sníženou sebeúctou, pocity méněcennosti, má pochybnosti o své nové roli matky a většinou trpí poruchami spánku. Příznaky lehké poporodní deprese nemusejí být vždy pouze psychické, ale mohou být i somatické. Nejčastěji ženy trpí zvýšenou únavou, bolestmi v zádech

a bolestmi hlavy. Tato porucha je velmi častá a postihuje 60–70 % žen v poporodním období.

Poporodní deprese s neurotickými stavy je porucha, která přetrvává podstatně déle než poporodní blues. Obvykle trvá čtrnáct dní až měsíc. Příznaky jsou velmi obdobné, avšak dominantní je podrážděnost a emoční labilita. Tato porucha vzniká po příchodu ženy z porodnice do domácího prostředí, ve kterém si žena uvědomí své povinnosti a odpovědnost za péči o dítě. Na nástupu tohoto stavu se může podílet také spánková deprivace. Více jsou ohroženy ženy, které nemají kvalitní partnerský vztah, ženy které nejsou v dobré finanční situaci a ženy, které nemají zdravého novorozence, který trpí například poruchou příjmu potravy či některou z vývojových vad (Roztočil, 2008, s. 361).

Aby se předešlo výskytu duševních poruch v šestinedělí, je důležitá kvalitní příprava na rodičovství, stabilní partnerský vztah a podpora ze strany rodiny. Pokud se některá z poruch vyskytne, je nutná medikace a psychoterapie zaměřující se na změnu negativistického pohledu a rekonstrukci správného postoje k dítěti. Žena se musí naučit přijat svou novou roli matky.

Šestinedělí je rizikové také pro vznik či relaps psychotických onemocnění, která jsou podstatně vážnější. Může se objevit vážná puerperální psychóza známá pod pojmem laktační psychóza. Začátek puerperální psychózy signalizuje porucha pozornosti, která je doprovázena deliriózními stavy. Dále nastupují příznaky jako je zmatenost, porucha chování, bludy a halucinace. V průběhu několika dní se u ženy vyvine obraz deprese. Rizikové jsou ženy, které mají nějakou duševní poruchu již v předchozí anamnéze. U ženy postižené puerperální psychózou dochází ke změně chování k novorozenci, což může vést k jeho poranění až usmrcení. Proto je nutná okamžitá psychiatrická péče a velká spolupráce s rodinou ženy (Roztočil, 2008, s. 361).

## 2.2 Etické aspekty surogačního mateřství

Surogační mateřství je sice jedinečnou šancí pro ženy jak mít biologicky vlastní dítě, ale mnohdy je opomíjeno jaký bude mít později tento proces dopad na všechny zúčastněné. V první řadě je důležité si uvědomit, že dítě není komodita, kterou si může pořídit každý, kdo má peníze, ale že je dítě člověk, který má svá vlastní práva a společnost je povinna mu je zaručit. Proces surogačního mateřství s sebou nese ohrožení těchto práv dítěte a dehumanizaci náhradní matky, která se dostává do role jakéhosi předmětu, pomocí kterého se realizuje přání objednatelského páru získat dítě (Honzák, 2010, s. 14).

Právnick Radek Policar přirovnal náhradní mateřství k jakémusi druhu prostituce, kdy náhradní matka za peníze poskytne svoji dělohu, jako nějaký inkubátor komukoliv, kdo jí za to zaplatí. Tím ovšem nechce urazit náhradní matky, které tak vypomohly neplodným ženám z altruistického důvodu bez finanční odměny, ale chce poukázat na možnosti zneužívání náhradních matek například ženami, které nemají zdravotní problém, který by jim v těhotenství bránil, ale jen si nechtějí zatěžovat své tělo těhotenstvím (Policar, 2009, s. 18).

Také se zapomíná na to, že každý člověk má právo po dosažení plnoletosti znát své biologické rodiče a jak asi v tomto choulostivém věku, ne ještě zcela zralém přijme fakt, že si jeho „výrobu“ objednali.

Dále je tu nechtěná, ale možná komplikace, že se u plodu zjistí přítomnost některé z vrozených vývojových vad a objednatelský pár se dítěte zřekne. Nebo může nastat situace, že se dítěte zřeknou během těhotenství z jiného důvodu, například se pár do skončení těhotenství rozejde. Co by bylo s dítětem potom, nikdo v potaz nebere (Honzák, 2010, s. 40).

### 2.3 Psychologické aspekty surogačního mateřství

Z psychologického hlediska může surogační mateřství také napáchat více škody než užítku. Každý novorozenec, stejně jako jeho matka, tedy žena, která ho porodila je od přírody vybaven řadou mechanismů, a to hlavně neuroendokrinních, které mu zajišťují nejen přežití, ale v neposlední řadě také tolik důležitou láskyplnou pozornost své matky. Zde hraje klíčovou roli oxytocin, hormon, který je někdy nazýván jako „hormon důvěry“ a to právě proto, že je do krve intenzivně vyplavován v harmonických mezilidských vztazích. V průběhu těhotenství a převážně v jeho závěru vlivem působení hormonu estrogenu se rapidně zvýší počet receptorů v těle ženy, které na oxytocin budou reagovat. V mozku nastávající matky je to hlavně v místech, které po porodu ovlivňují její mateřské chování. Dříve se o oxytocinu vědělo pouze to, že tento název vznikl z řeckého slova oxytocin, což v překladu znamená „rychlý porod“ a že se v enormně zvýšeném množství do krve ženy i plodu vyplavuje při porodu, který je jeho pomocí urychlován. V dnešní době se už ale ví o tomto mocném hormonu daleko víc. Ihned po porodu dítěte díky oxytocinu žena velmi intenzivně začne vnímat vůni svého potomka a rozezná jej od vůně jiných novorozenců. To samé platí i naopak, takže novorozenec bezvýhradně rozpozná čichem svoji matku, protože má vyvinutý čich podle vůně plodové vody, ve které se po dobu těhotenství vyvíjel. Účinky oxytocinu jsou odpovědné za jedinečnou blízkost a intenzivitu vztahu mezi matkou a novorozencem v prvních hodinách a dnech po porodu. Ještě více vztah prohlubuje první kontakt novorozencových rtů s matčinou bradavkou. Tento děj dostal ve vývojové psychologii svůj odborný termín attachment, který je v českém jazyce užíván jako „připoutávací vazba“. Hormon oxytocin také významně snižuje stres jak u matky, tak i u novorozence a pokud je přerušen proces připoutávací vazby, tak se u dítěte zvýší hladina stresového hormonu kortizolu, což má za následek nepříznivý dopad jak na aktuální stav dítěte, tak i na jeho následný vývoj, protože dojde k chronickým a někdy nevratným změnám ve struktuře i funkci mozku.

Je dokázáno, že u mnoha psychických poruch a to zejména u poruch osobnosti byla u takto postižených jedinců porušena právě připoutávací vazba (Honzák, 2010, s. 14–15; Pizitz, McCullaugh, Rabin, 2012, s. 15–20).



To co se vlivem hormonů odehrává s tělem matky i novorozence je přirozený proces, který je adoptí zásadním způsobem narušen a takové dítě, ať už je jakkoliv moc chtěné, je vystaveno obrovskému stresu a stejnému stresu je vystavena i matka, která dítě devět měsíců nosila, sžívala se s ním a po porodu jí bylo odebráno (Honzák, 2010, s. 15).

Ve věhlasném časopise J. Soc. Issue je práce, která obsahuje vyšetření čtrnácti žen, které se staly náhradními matkami, a bylo dokázáno, že tři z nich trpěly silným psychickým stresem, když musely po porodu dítě odevzdat objednatelskému páru (Honzák, 2010, s. 15).

*Australský etik M. M. Tieu dochází k závěru, že náhradní matky, které „zvládly“ své přirozené instinkty a daly dítě, jež porodily, bezprostředně k adopti bez jakýchkoli negativních pocitů, prošly procesem „kognitivní disonance“, který je možné cum grano salis přirovnat k brainwashingu. Jeho závěry, s nimiž se plně ztotožňuji, říkají:*

- 1) Náhradní mateřství ( surrogacy) je destruktivní pro přirozený a intuitivně zadaný vztah mezi matkou a dítětem.*
- 2) Používání těchto postupů a využívání agentur, které tyto praktiky podporují, přináší ve svém výsledku strategie kognitivní disonance („vymytí mozku“).*
- 3) Strategie kognitivní disonance vedou k tomu, že se náhradní matka cítí jako „předmět“.*
- 4) Jestliže premisa uvedená ad 1. je správná, je celý projekt náhradních matek morálně problematický, jestliže premisa uvedená ad 2. a ad. 3 je správná, je náhradní mateřství (surrogacy) morální problém.*
- 5) Empirické důkazy podporují premisy 1., 2. jakož i 3.*
- 6) Z toho plyne, že náhradní děloha (surrogacy) je morálně problematická (Honzák, 2010, s. 15).*

Určitě také stojí za zmínku poukázat na medicínské aspekty náhradního mateřství. Přestože je těhotenství a porod fyziologický děj, tak se může vyskytnout řada komplikací, jako je například hypertenze, gestační diabetes, preeklampsie nebo nějaké komplikace v průběhu porodu, které mohou ohrozit zdraví až život matky (Honzák, 2010, s. 40).

### 3 UZÁKONĚNÍ SUROGAČNÍHO MATEŘSTVÍ

*Úplné náhradní mateřství a adopce narozeného dítěte vyžaduje dokonalé pokrytí příslušnou jurisdikcí, v níž by měla být problematika explicitně zmíněna, neboť je velkým rizikem pro účastníky výkonu, včetně zdravotnického zařízení, že v případě nejasnosti může dojít k soudním sporům (Dostál, 2007, s. 84).*

#### 3.1 Uzákonnění surogačního mateřství v jiných zemích

Surogačním mateřstvím se zabírají i jiné země. Legislativní úprava je různorodá. Někde je povoleno, někde striktně zakázáno a některé země mají pro náhradní mateřství specifické regulace. Povoleno je v Indii, na Ukrajině, v Indii, v Izraeli a Rusku (Smolíková, 2009, s. 6).

Ve Spojených státech amerických má každý stát dané podmínky, za kterých je náhradní mateřství možné. Austrálie náhradní mateřství povoluje, avšak pouze altruisticky, bez finanční odměny pro náhradní matku. V Argentině je možné náhradní mateřství, ale musí ho povolit speciální komise, která vyhodnocuje jednotlivé případy. Brazílie náhradní mateřství nezakazuje, ale zakazuje centřům asistované reprodukce, aby se podílely na procesu náhradního mateřství. Řecko vyžaduje soudně potvrzený souhlas všech zúčastněných stran, že se objednatelský pár zřídá jakékoliv finanční úhrady a náhradní matka odměny. Také musí být náhradní matka lékařsky uznána, že je schopná těhotenství donosit a plod porodit. Ve většině evropských států je náhradní mateřství zakázáno nebo dokonce kriminalizováno. Například v Rakousku, Švýcarsku a Německu je to dokonce trestný čin a pak jsou země, kde není legislativně vůbec upraveno, což je případ České republiky (Pilka, 2009, s. 145).

#### 3.2 Uzákonnění surogačního mateřství v České republice

Jak je již zmíněno výše, v zákoně naší země právní regulace surogačního mateřství prakticky chybí. Zákon proces náhradního mateřství výslovně neupravuje a tedy ani nezakazuje. A na základě článku 2 Listiny základních práv a svobod, může každý člověk činit to, co není zákonem zakázáno (Pilka, 2009, s. 146).

Podle zákona 94/1963 Sb. §50a o rodině je matkou dítěte žena, která ho porodila. U nás se náhradní mateřství uskutečňuje tak, že objednatelský pár uzavře s náhradní matkou

smlouvu, ve které si stanoví obě strany podmínky. Náhradní matka se po porodu dítěte vzdá a objednatelský pár zažádá o adopci a tak dítě získá do své péče (Attl, 2009, s. 187).

Rodit pro někoho děti za peníze, je v ČR sice zakázáno, ale za tiché spolupráce lékařů se děje. Je statisticky dokázáno, že se každý rok narodí přes 10 dětí náhradním matkám.

*Průkopníkem v této oblasti je zlínská Klinika reprodukční medicíny, které se povedlo zorganizovat mezinárodní symposium na toto téma. První výkon byl na této klinice absolvován v roce 2004 a od této doby se povedlo splnit sen dalším 11 manželským párům. Dle ředitele kliniky Davida Rumpíka „klientky si náhradní matky shánějí samy. V praxi je to tak, že před porodem se náhradní matka úředně vzdá svého dítěte ve prospěch biologického otce, kterého legislativně označí za otce. Za zákrok si zlínská klinika neúčtuje žádné nadstandardní poplatky, pacientky platí zákrok ve stejné výši, jakoby platily umělé oplodnění“. Existuje řada dalších klinik, které tuto službu nabízí, ale veřejně se k těmto službám nehlásí (Dulawová, 2010, s. 17).*

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Výzkumné šetření, jehož výsledky jsou prezentovány v praktické části bakalářské práce, bylo provedeno pomocí kvalitativní výzkumné metody, techniky polostandardizovaného rozhovoru. Pro rozhovor bylo předem připraveno 16 otázek, které tvořily tzv. strukturované jádro polostandardizovaného / polostrukturovaného rozhovoru. Některé otázky (např. čísla 1, 2, 3 a 8) byly připraveny pro odpovědi formou uzavřené otázky, jiné (např. 9, 10, 11 a 16) dávaly prostor k vyjádření vlastního názoru. Prvních pět otázek bylo identifikačních, ostatní se vztahovaly ke stanovenému cíli práce. Tato forma byla zvolena z toho důvodu, aby byla porodním asistentkám dána možnost hlubšího vhledu do problematiky.

### 4.1 Cíle práce

**Hlavní cíl:** Zjistit názor porodních asistentek na možnost surogačního mateřství.

**Dílčí cíle:**

1. Zjistit, zda porodní asistentky možnost surogačního mateřství schvalují nebo spíše zavrhnou.
2. Zjistit, zda by se ony samy byly ochotné stát náhradní matkou, a proč ano či ne.

### 4.2 Design výzkumu

Rozhovory probíhaly od 9. února 2015 do konce března 2015 v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. Celkem bylo uskutečněno 20 rozhovorů. Rozhovory probíhaly pouze s porodními asistentkami, které pracují, nebo v minulosti pracovaly na porodním sále. Tato skupina porodních asistentek byla zvolena proto, že se s náhradními matkami setkávají a jsou u porodu, který je vyvrcholením celého procesu náhradního mateřství a jsou u klíčového okamžiku, kdy má náhradní matka dítě předat objednatelskému páru. Respondentky byly ve věku od 25 do 60 let, s různým stupněm vzdělání a různého vyznání.

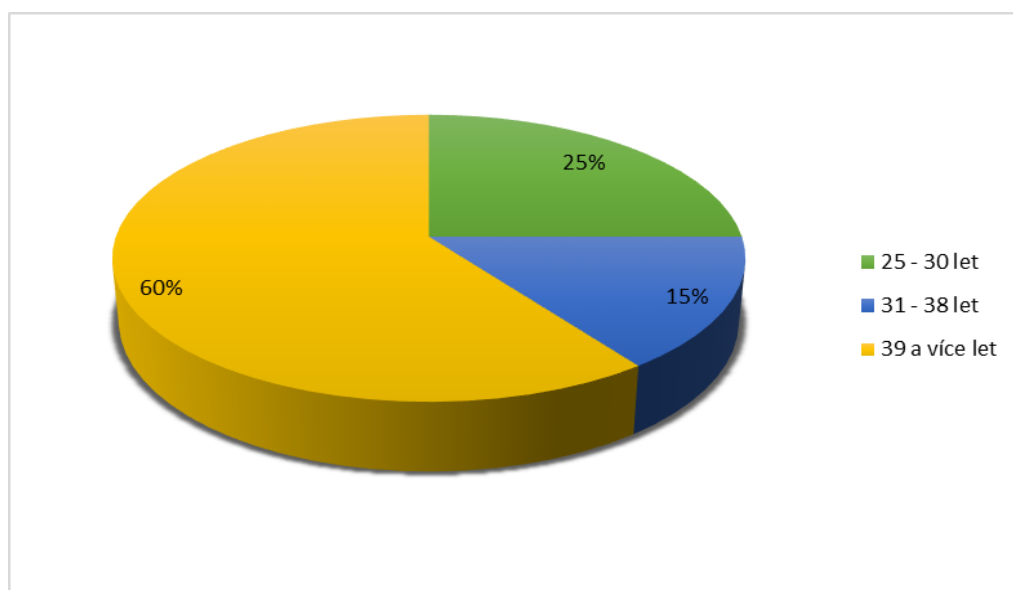
Uskutečněné rozhovory byly přepsány technikou transkripce, dále byly analyzovány kódováním a následně interpretovány. Bylo využito tzv. triangulace a odpovědi jsou prezentovány pomocí grafů a tabulek, které jsou doplněny komentáři.

## 5 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

- *První otázka zjišťuje věk respondentek*

**Tabulka 1:** Věk porodních asistentek

Odpovědi	Četnost: absolutní (relativní)
25–30 let	5 (25 %)
31–38 let	3 (15 %)
39 a více let	12 (60 %)



**Graf 1:** Věková struktura respondentek

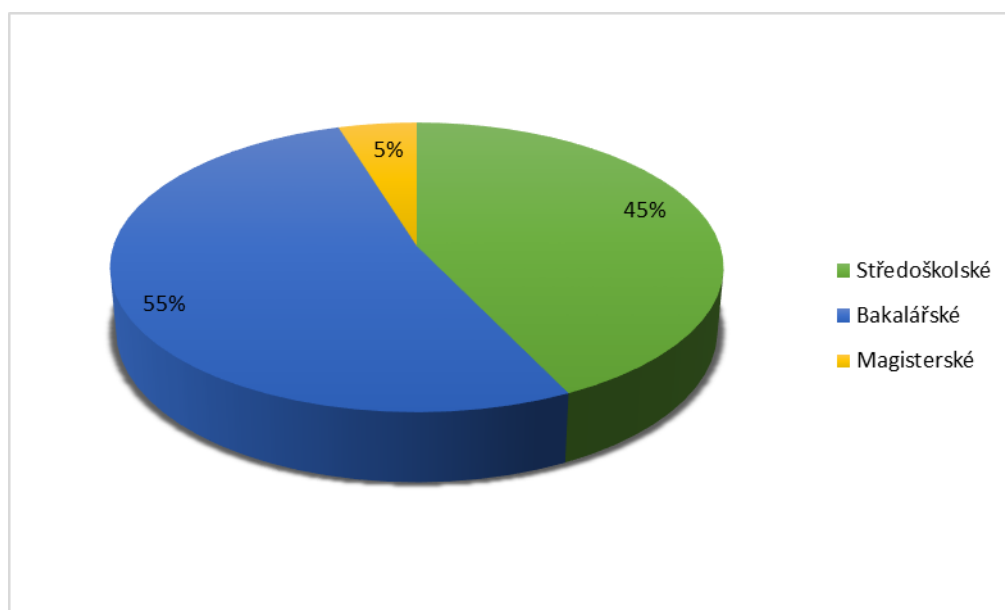
### **Komentář:**

60 % respondentek má více než 39 let. 15 % je ve věkovém rozmezí 31–38 let a 25 % nepřekročilo věk 30 let.

- *Druhá otázka zjišťuje vzdělání respondentek*

**Tabulka 2:** Vzdělání porodních asistentek

Odpovědi	Četnost: absolutní (relativní)
Středoškolské	9 (45 %)
Bakalářské	10 (50 %)
Magisterské	1 (5 %)

**Graf 2:** Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek**Komentář:**

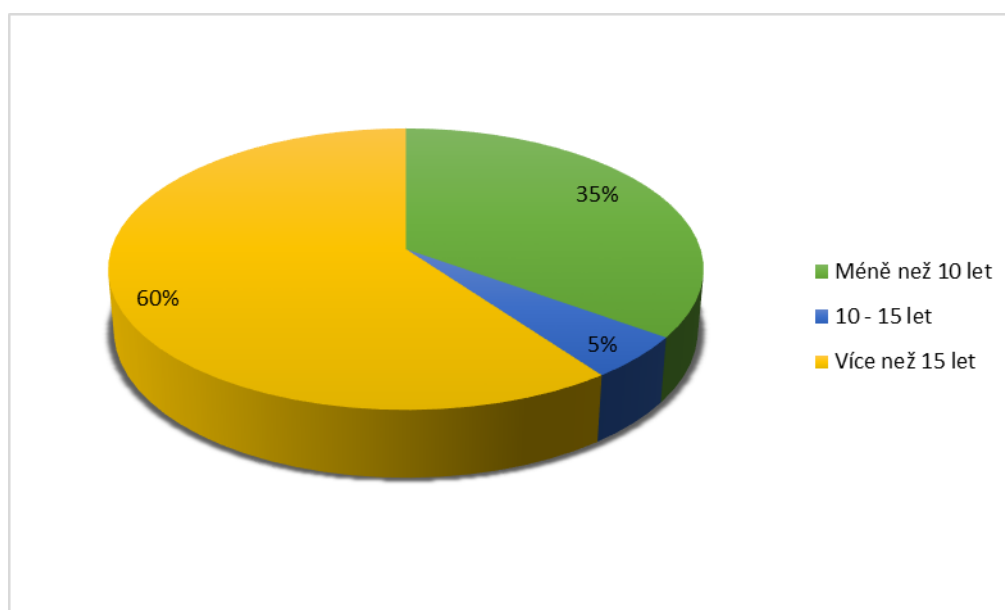
50 % dotazovaných respondentek má bakalářské vzdělání. 45 % má středoškolského vzdělání a pouze jedna porodní asistentka dosáhla magisterského vzdělání.



- *Třetí otázka zjišťuje počet let v oboru*

**Tabulka 3:** Délka praxe v oboru

Odovědi	Četnost: absolutní (relativní)
Méně než 10 let	7 (35 %)
10–15 let	1 (5 %)
Více než 15 let	12 (60 %)

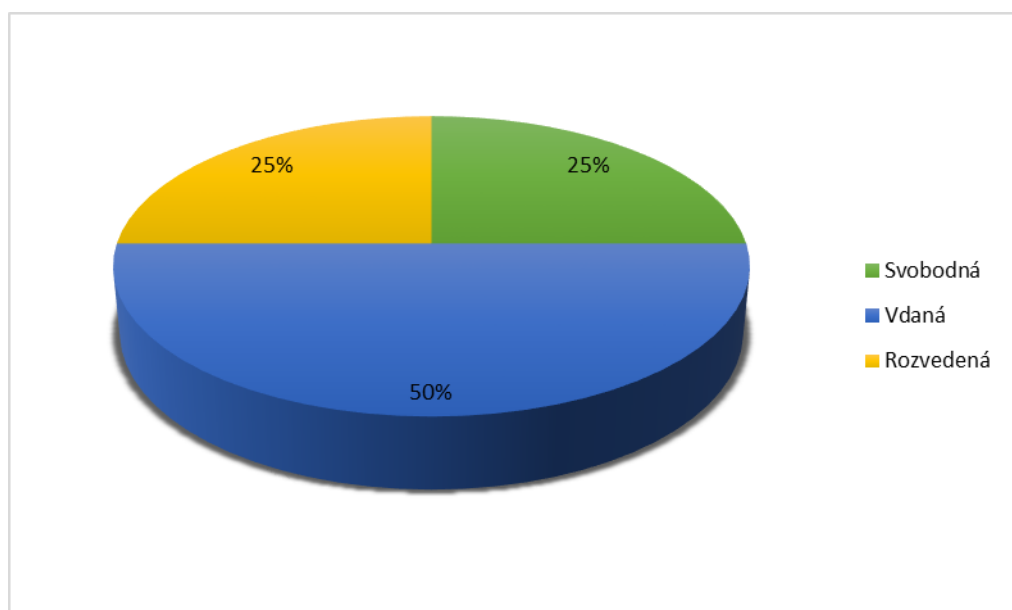
**Graf 3:** Délka praxe v oboru**Komentář:**

60 % porodních asistentek má více než 15 let praxe v oboru. 5 % pracuje v oboru 10–15 let a 35 % méně než 10 let.

- Čtvrtá otázka zjišťuje rodinný stav

**Tabulka 4:** Rodinná stav porodních asistentek

Odpovědi	Četnost: absolutní (relativní)
Svobodná	5 (25 %)
Vdaná	10 (50 %)
Rozvedená	5 (25 %)

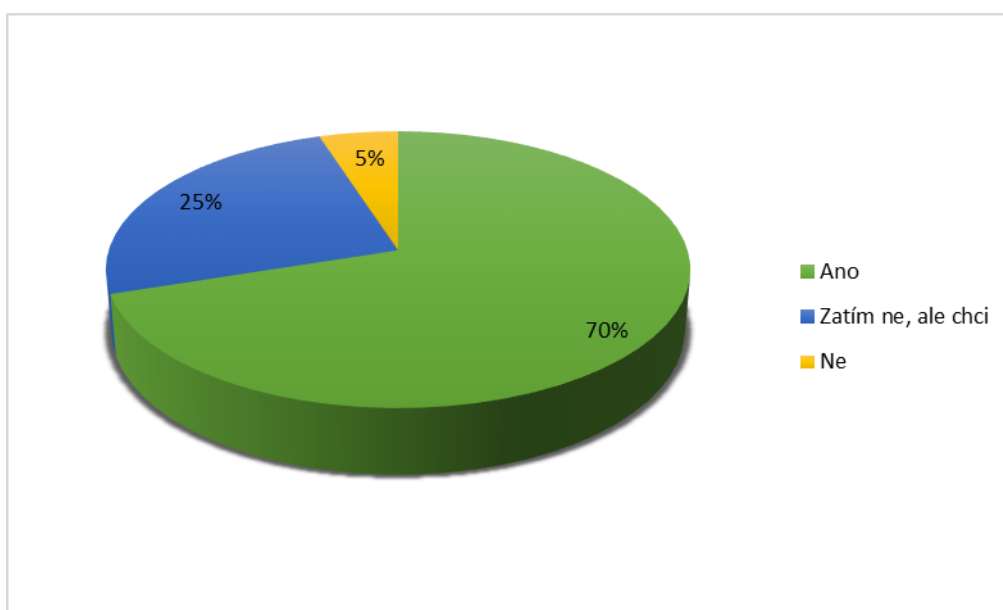
**Graf 4:** Rodinný stav respondentek**Komentář:**

50 % dotazovaných porodních asistentek je vdaných, 25 % rozvedených a 25 % svobodných.

- *Pátá otázka* zjišťuje, zda mají porodní asistentky děti

**Tabulka 5:** Odpovědi na otázku, zda mají porodní asistentky děti

Odpovědi	Četnost: absolutní (relativní)
Ano	14 (70 %)
Zatím ne, ale chci	5 (25 %)
Ne	1 (5 %)



**Graf 5:** Děti respondentek

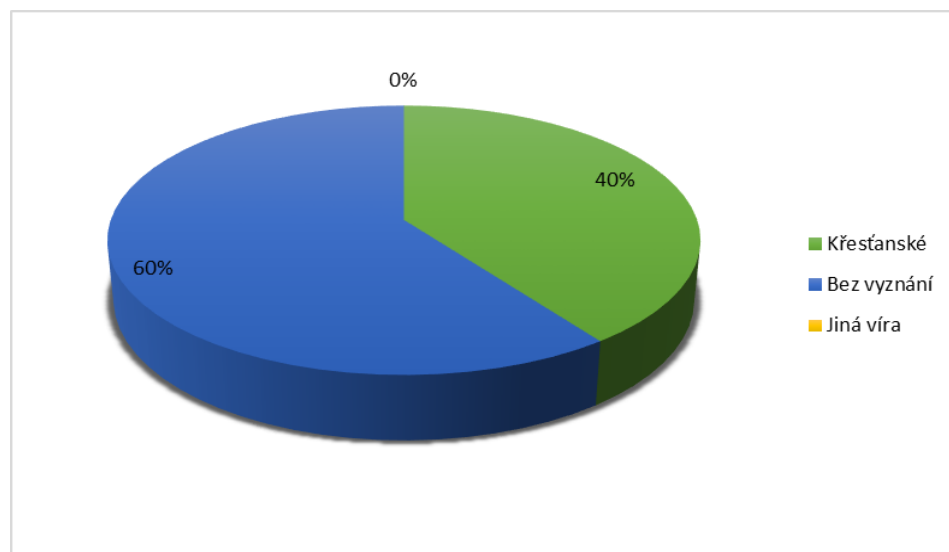
**Komentář:**

Z grafu je patrné, že 70 % porodních asistentek již děti má, 25 % děti zatím nemá, ale v budoucne je určitě mít chce a 5 % dětí nemá a zatím o nich neuvažuje.

- Šestá otázka zjišťuje, jakého jsou porodní asistentky vyznání

**Tabulka 6:** Vyznání porodních asistentek

Odpovědi	Četnost: absolutní (relativní)
Křesťanské	8 (40 %)
Bez vyznání	12 (60 %)
Jiná víra	0 (0 %)

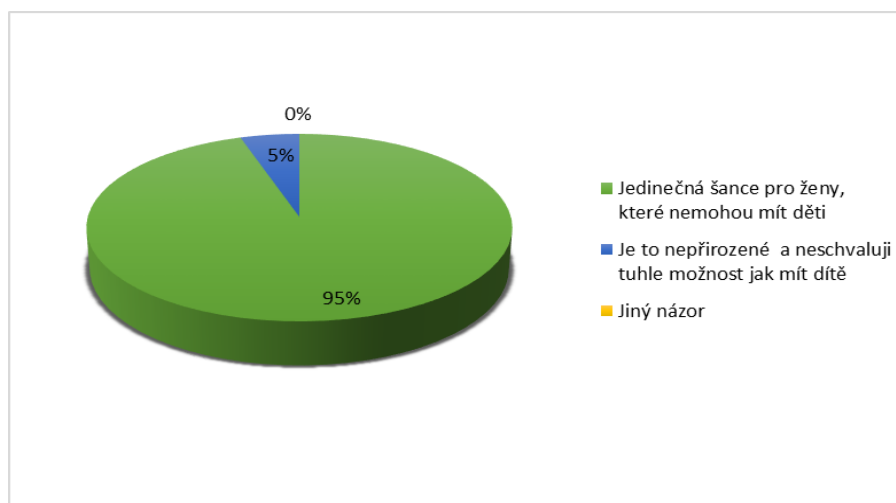
**Graf 6:** Vyznání respondentek**Komentář:**

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že 40 % respondentek je křesťanského vyznání a 60 % nevyznává žádnou víru.

- *Sedmá otázka* zjišťuje, jaký mají porodní asistentky názor na možnost surogačního mateřství

**Tabulka 7:** Názor na možnost surogačního mateřství

Odpovědi	Četnost: absolutní (relativní)
Je to jedinečná šance pro ženy (páry), které nemohou mít dítě	19 (95 %)
Je to nepřirozené a neschvaluji tuhle možnost jak mít dítě	1 (5 %)
Jiný názor	0 (0 %)



**Graf 7:** Názor porodních asistentek na možnost surogačního mateřství

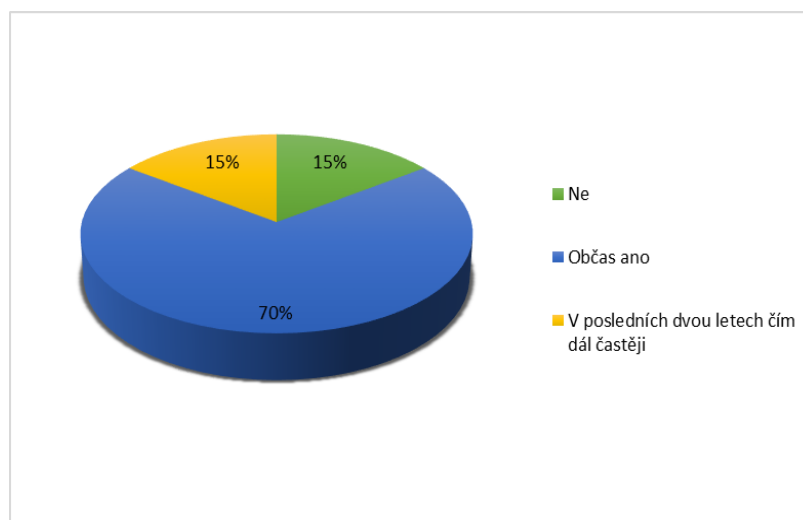
#### Komentář:

Z šetření vyplývá, že drtivá většina respondentek (95 %) vidí v surogačním mateřství jedinečnou možnost pro ženy, jak mít dítě a pouze jedna porodní asistentka (5 %) odpověděla, že je tento způsob nepřirozený a není jeho zastáncem.

- *Osmá otázka* zjišťuje, zda se porodní asistentky setkávají s náhradními matkami

**Tabulka 8:** Výskyt náhradních matek v praxi porodních asistentek

Odpovědi	Četnost: absolutní (relativní)
Ne	3 (15 %)
Občas ano	14 (70 %)
V posledních dvou letech čím dál častěji	3 (15 %)



**Graf 8:** Výskyt náhradních matek v praxi

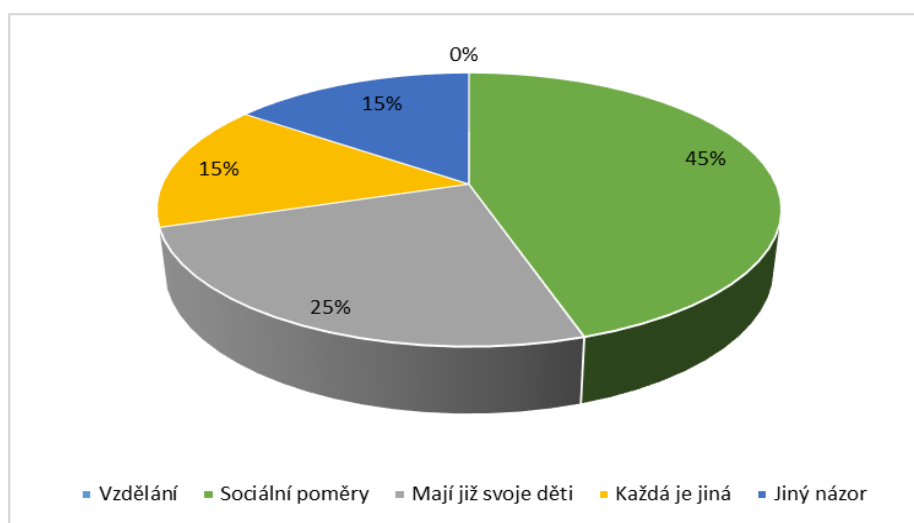
**Komentář:**

Analýzou dat bylo zjištěno, že 70 % porodních asistentek se ve své práci s náhradními matkami občas setkává. 15 % uvedlo, že v posledních dvou letech jejich se se s nimi setkávají čím dál častěji a 15 % z dotázaných se s nimi nesetkává vůbec.

- Devátá otázka zjišťuje, čím jsou si náhradní matky nejvíce podobné

**Tabulka 9:** Charakteristický znak náhradních matek

Odovědi	Četnost: absolutní (relativní)
Vzdělání	0 (0 %)
Sociální poměry	9 (45 %)
Mají již svoje děti	5 (25 %)
Každá je jiná	3 (15 %)
Jiný názor	3 (15 %)



**Graf 9:** Charakteristický znak náhradních matek

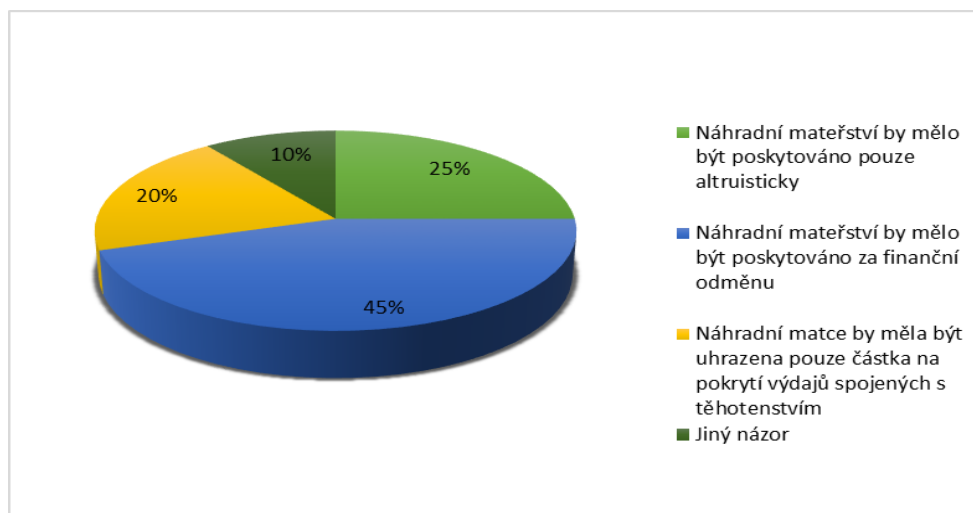
### Komentář:

Převážná část porodních asistentek se shodla na tom, že náhradní matky, se kterými se setkaly, byly nejčastěji z chudých sociálních poměrů a většinou již měly své děti. Tři porodní asistentky nemohly odpovědět, protože se s náhradní matkou zatím nesetkaly.

- *Desátá otázka* zjišťuje, co si porodní asistentky myslí o finanční odměně pro náhradní matku

**Tabulka 10:** Finanční odměna

Odpovědi	Četnost: absolutní (relativní)
Náhradní mateřství by mělo být poskytováno čistě altruisticky	5 (25 %)
Náhradní mateřství by mělo být poskytováno za finanční odměnu, jelikož je to služba jako každá jiná a nevidím důvod, proč by to některá žena měla podstoupit zadarmo	9 (45 %)
Náhradní matce by měla být uhrazena pouze částka, která odpovídá výdajům provázející těhotenství	4 (20 %)
Jiný názor	2 (10 %)



**Graf 10:** Finanční odměna pro náhradní matku



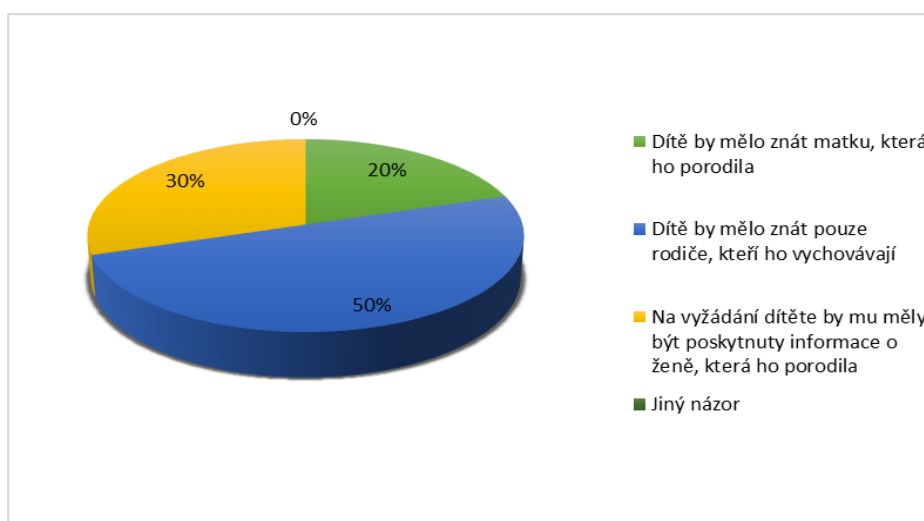
**Komentář:**

Většina porodních asistentek odpověděla, že by náhradní matka měla dostat finanční odměnu, jelikož sebou těhotenství a porod nese jistá rizika, která mohou ohrozit její zdraví. Jedna porodní asistentka se vyjádřila tak, že nepovažuje za etické takto rodit děti a jedna je toho názoru, že by měla být finanční odměna individuální, aby nebyla hlavním důvodem, proč by náhradní matky tuto službu poskytovaly.

- *Jedenáctá otázka* zjišťuje, co by podle porodních asistentek mělo narozené dítě vědět o náhradní matce, ženě která jej porodila

**Tabulka 11:** Informace o náhradní matce pro dítě

Odpovědi	Četnost: absolutní (relativní)
Dítě by mělo znát matku, která ho porodila, i když není biologická	4 (20 %)
Dítě by mělo znát pouze rodiče, kteří ho vychovávají, náhradní matka by měla zůstat v naprosté anonymitě	10 (50 %)
Na vyžádání dítěte by mu měly být poskytnuty informace o ženě, která ho porodila	6 (30 %)
Jiný názor	0 (0 %)



**Graf 11:** Informace pro dítě

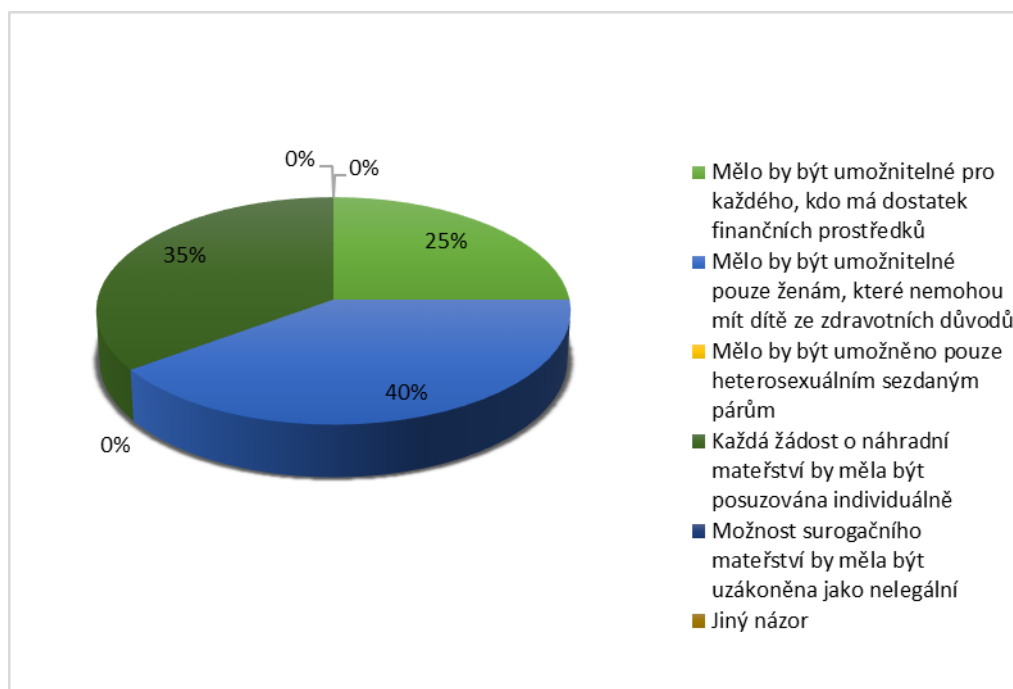
**Komentář:**

Polovina dotazovaných respondentek si myslí, že by dítě mělo znát pouze rodiče, kteří ho vychovávají, avšak 4 z 10 dodaly, že by to tak mělo být pouze v případě, že jsou oba rodiče biologičtí.

- *Dvanáctá otázka* zjišťuje, zda by mělo být v naší zemi náhradní mateřství snadno umožnitelné

**Tabulka 12:** Komu by měl být náhradní mateřství umožněno

Odpovědi	Četnost: absolutní (relativní)
Ano mělo, každý, kdo má dostatek finančních prostředků si může najmout náhradní matku	5 (25 %)
Mělo by být umožnitelné pouze ženám, které nemohou ze zdravotních důvodů otěhotnět nebo dítě donosit (např. VVV dělohy, neplodnost)	8 (40 %)
Možnost najmout si náhradní matku by měla být umožnitelná pouze heterosexuálním sezdaným párům	0 (0 %)
Každá žádost o náhradní mateřství by měla být posuzována individuálně	7 (35 %)
Možnost náhradního mateřství by měla být uzákoněna jako nelegální	0 (0 %)
Jiný názor	0 (0 %)



**Graf 12:** Podmínky pro umožnění surogačního mateřství

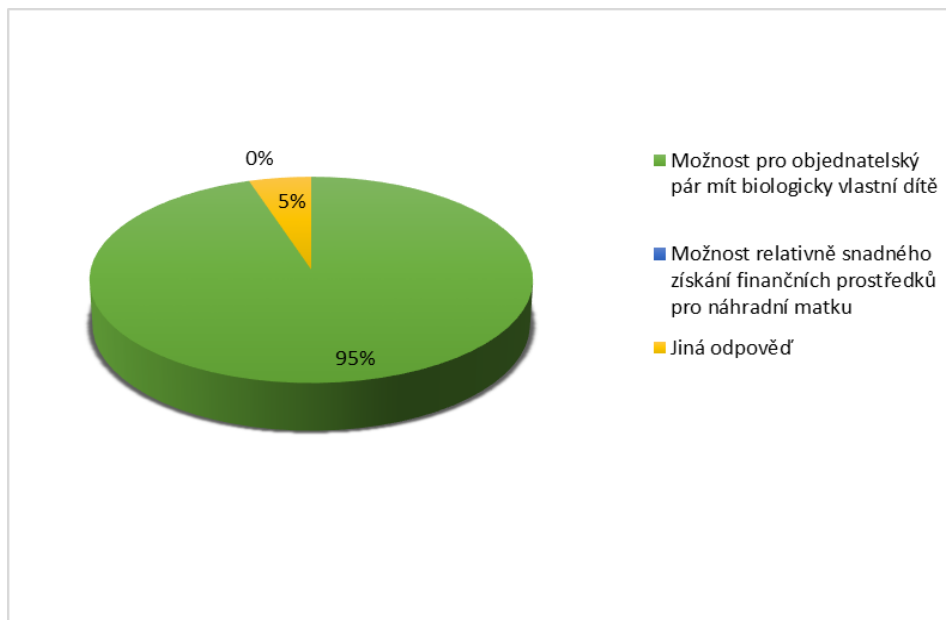
### **Komentář:**

Z šetření vyplývá, že 40 % porodních asistentek by umožnilo náhradní mateřství pouze ženám, které nemohou mít dítě ze zdravotních důvodů. 35 % je toho názoru, že by každá žádost a náhradní mateřství měla být individuálně posouzena a 25 % si myslí, že by mělo být umožnitelné každému, kdo má dostatek finančních prostředků k najmutí si náhradní matky.

- *Třináctá otázka* zjišťuje, jakou hlavní výhodu vidí porodní asistentky v náhradním mateřství

**Tabulka 13:** Hlavní výhoda náhradního mateřství

Odpovědi	Četnost: absolutní (relativní)
Možnost pro objednatelský pár mít biologicky vlastní dítě	19 (95 %)
Možnost relativně snadného získání finančních prostředků pro surogační matku	0 (0 %)
Jiná odpověď	1 (5 %)



**Graf 13:** Hlavní výhoda surogačního mateřství

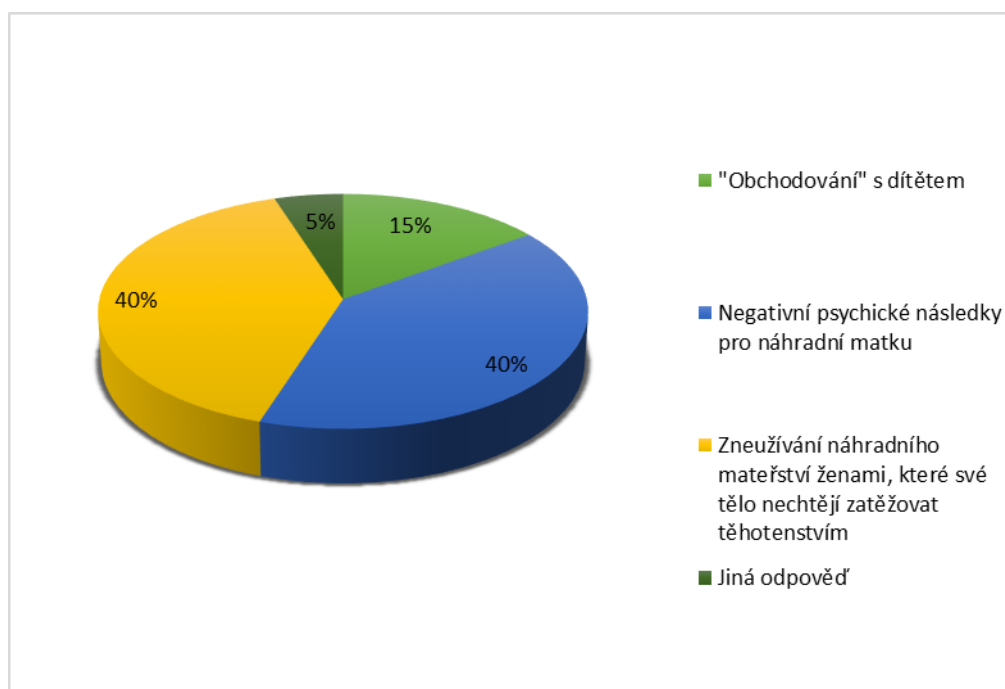
**Komentář:**

95 % dotazovaných porodních asistentek se shodlo na hlavní výhodě, kterou je získání biologicky vlastního dítěte a jedna porodní asistentka odpověděla, že v náhradním mateřství nevidí žádnou výhodu.

- Čtrnáctá otázka zjišťuje, co je podle porodních asistentek hlavní nevýhodou náhradního mateřství

**Tabulka 14:** Hlavní nevýhoda náhradního mateřství

Odpovědi	Četnost: absolutní (relativní)
„Obchodování“ s dítětem	3 (15 %)
Negativní psychické následky pro náhradní matku	8 (40 %)
Zneužívání náhradního mateřství ženami, které dítě mít mohou, ale nechtějí se zatěžovat těhotenstvím	8 (40 %)
Jiná odpověď	1 (5 %)



**Graf 14:** Hlavní nevýhoda surogačního mateřství



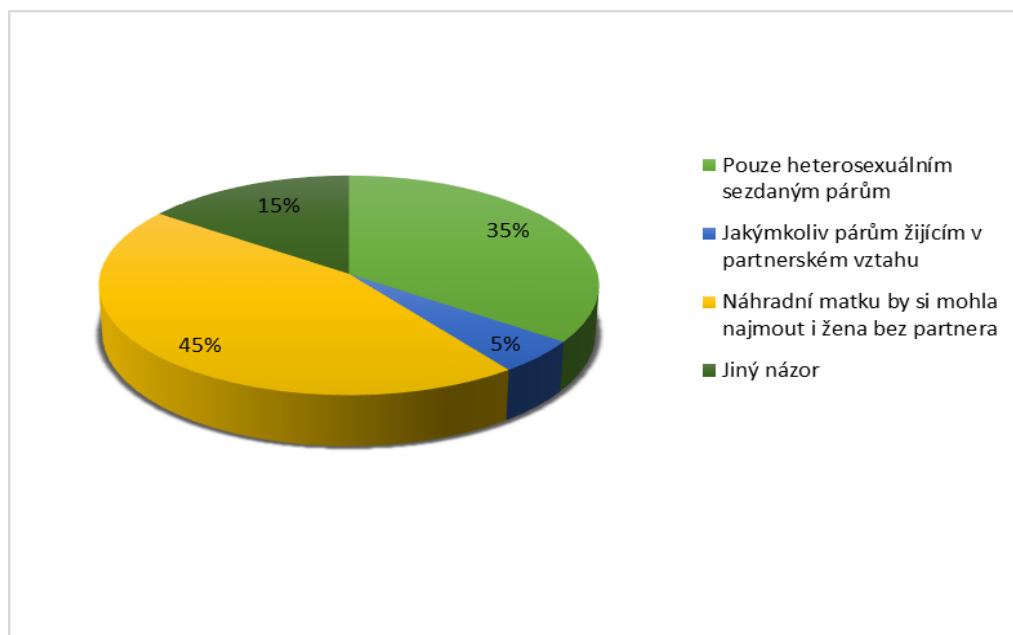
**Komentář:**

Z grafu je patrné, že 40 % respondentek vidí jako hlavní nevýhodu negativní psychické následky pro náhradní matku a pro stejné množství dotázaných (40 %) je hlavní nevýhodou riziko zneužívání náhradního mateřství ženami, které samy dítě mít mohou, ale nechtějí své tělo zatěžovat těhotenstvím. Dvě porodní asistentky se v názoru liší, kdy jedna vidí jako hlavní nevýhodu riziko potencionálního ohrožení zdraví a života náhradní matky těhotenstvím a porodem a druhá si myslí, že hlavní nevýhodou je obchodování s dítětem.

- *Patnáctá otázka* zjišťuje názor porodních asistentek na to, komu by mělo být povoleno stát se objednatelským párem

**Tabulka 15:** Objednatelský pár

Odpovědi	Četnost: absolutní (relativní)
Pouze heterosexuálním sezdáním párům	7 (35 %)
Jakýmkoliv párům žijícím v partnerském vztahu (nesezdané páry, homosexuální páry)	1 (5 %)
Náhradní matku by si mohla najmout i žena bez partnera žijící sama	9 (45 %)
Jiný názor	3 (15 %)



**Graf 15:** Komu by mělo být povoleno stát se objednatelským párem

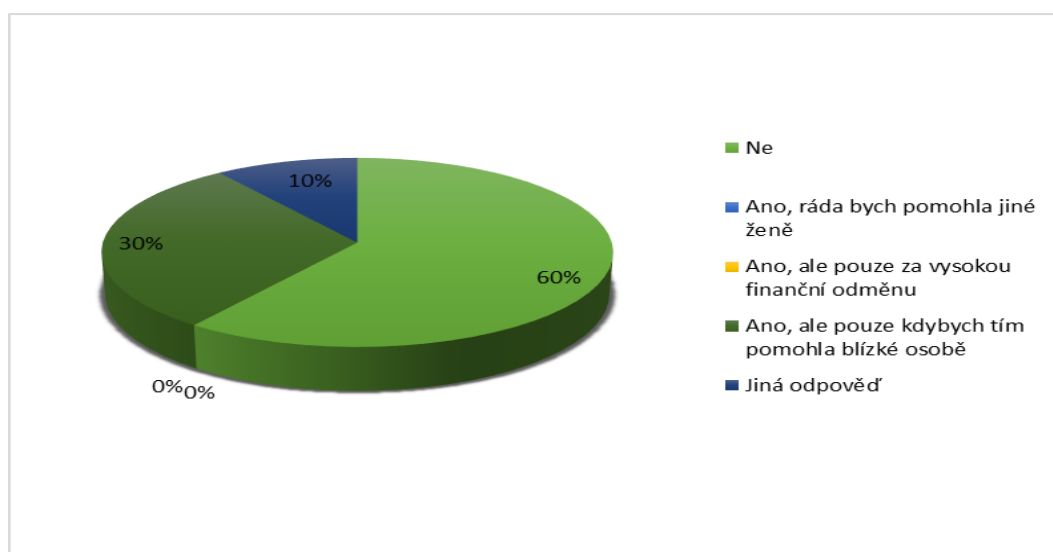
**Komentář:**

Z šetření vyplývá, že 35 % respondentek by povolilo stát se objednatelským párem pouze heterosexuálním sezdaným párům a to z důvodu, aby dítě mělo vzor tradiční rodiny. 5 % je toho názoru, že by objednatelským párem mohl být jakýkoliv pár, jak heterosexuální, tak i homosexuální. 45 % se vyjádřilo tak, že objednateli by nemusel být vždy striktně jen pár, ale klidně i žena žijící sama. Tři porodní asistentky měly názor jiný. Jedna odpověděla, že stát se objednatelským párem by mělo být umožněno pouze párům, kteří projdou stejným testováním jako páry, které žádají o adopci dítěte. Jiná porodní asistentka má názor takový, že by se objednatelským párem mohl stát pouze pár, který nemůže mít dítě ze zdravotních důvodů a v žádném případě ne pár homosexuální. Další porodní asistentka odpověděla také, že by se objednatelským párem mohl stát jen sezdaný pár, který nemůže mít dítě ze zdravotních důvodů.

- Šestnáctá otázka zjišťuje, zda by se porodní asistentky byly ochotné stát náhradní matkou

**Tabulka 16:** Ochota stát se náhradní matkou

Odpovědi	Četnost: absolutní (relativní)
Ne, protože bych dítě po porodu nedokázala odevzdat jiné ženě	12 (60 %)
Ano, neměla bych s tím problém a ráda bych pomohla ženě, která sama dítě porodit nemůže	0 (0 %)
Ano, ale pouze za vysokou finanční odměnu	0 (0 %)
Ano, ale pouze kdybych tím pomohla blízké osobě, ne někomu cizímu	6 (30 %)
Jiná odpověď	2 (10 %)



**Graf 16:** Ochota stát se náhradní matkou

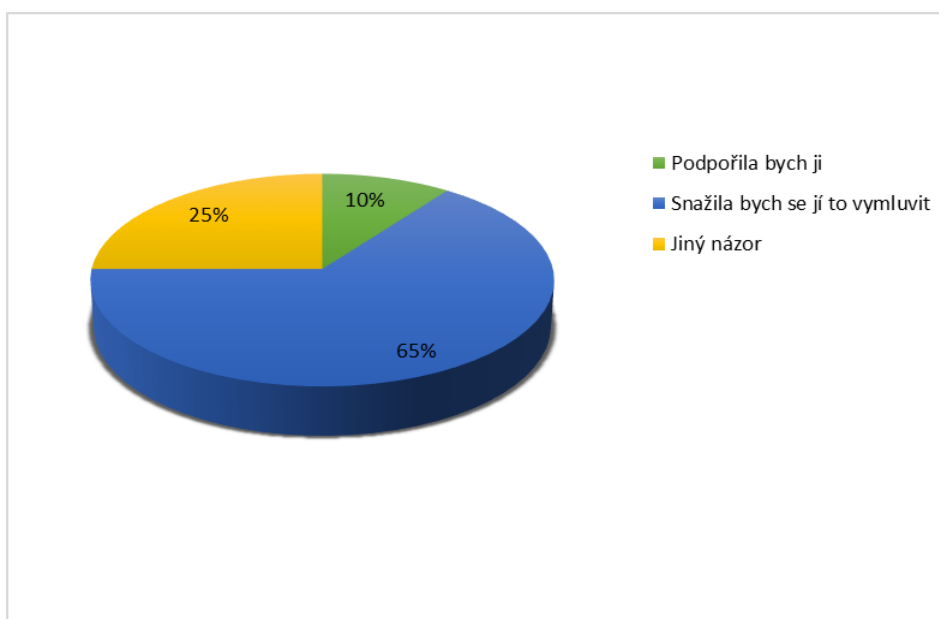
**Komentář:**

Z grafu je patrné, že většina respondentek (60 %) by nebyla ochotná stát se náhradní matkou a to z důvodu, že by se po porodu dítěte nedokázaly vzdát. 30 % odpovědělo, že by byly ochotné se náhradní matkou stát, ale pouze kdyby tím pomohli blízké osobě a ne někomu cizímu. Dvě z odpovědí byly odlišné. Jedna z porodních asistentek odpověděla, že by byla ochotná stát se náhradní matkou, kdyby tím měla pomoci blízké osobě, ale neví, zda by po porodu byla schopná dítě odevzdat. Jiná porodní asistentka řekla striktně, že by nikdy nebyla ochotná stát se náhradní matkou, protože takovouto cestu jak získat dítě nepovažuje za správnou.

- *Sedmnáctá otázka* zjišťuje, co by porodní asistentky udělaly, kdyby se na ně obrátila přítelkyně, že chce řešit finanční krizi tím, stát se náhradní matkou

**Tabulka 17:** Řešení finanční krize cestou stát se náhradní matkou

Odpovědi	Četnost: absolutní (relativní)
Podpořila bych ji	2 (10 %)
Snažila bych se jí to vymluvit	13 (65 %)
Jiný názor	5 (25 %)

**Graf 17:** Rada porodních asistentek přítelkyni uvažující o náhradním mateřství

**Komentář:**

Z šetření vyplývá, že 65 % porodních asistentek by se své přítelkyni snažilo náhradní mateřství vymluvit. 10 % by ji v tomto rozhodnutí podpořilo 25 % mělo jiný názor. Dvě z porodních asistentek odpověděly, že by se k tomu nevyjadřovaly. Další by jí to určitě nedoporučila, protože porod je velmi emotivní záležitost a ze zkušeností ví, jak ženy reagují a jak je ztráta dítěte může negativně ovlivnit na celý život. Čtvrtá respondentka by se snažila pro přítelkyni najít jiné řešení jak získat finanční prostředky než touto cestou. A pátá by rozhodnutí nechala na ní, ale upozornila by ji na možná rizika.

## 6 DISKUZE

### 6.1 Porovnání výsledků s jinými výzkumy

Výsledky cílů byly porovnány s ostatními výzkumy jiných autorů, kteří se zabývali podobným nebo stejným tématem. Prvním a také hlavním cílem bylo zjistit názor porodních asistentek, jakožto odborníků zasvěcených do této problematiky, na možnost surogačního mateřství. Z rozhovorů vyplývá, že 19 z 20 dotazovaných porodních asistentek shledává metodu surogačního mateřství jako jedinečnou šanci pro ženy, které ze zdravotních důvodů nemohou mít dítě. Pouze 1 porodní asistentka je striktně proti této metodě. Autorka Dulawová (2010) se ve své bakalářské práci taktéž věnovala objasnění pojmu surogačního mateřství, ovšem svou praktickou část věnovala ženám z laické veřejnosti. Výzkum zvolila také kvalitativní. Rozhovory provedla s 15ti ženami různého věku a rozmanité profese, kdy zjišťovala jejich informovanost a názory o náhradním mateřství. **Z výzkumného šetření Dulawové vyplynulo, že většina žen se staví k náhradnímu mateřství také spíše pozitivně než negativně stejně jako porodní asistentky.**

První podcíl zjišťoval, zda porodní asistentky surogační mateřství schvalují nebo spíše odmítají. Odpovědi porodních asistentek na výzkumné otázky k tomuto cíli byly téměř stejné. Drtivá většina tuto metodu jak získat dítě schvaluje, ale vždy jen za určitých podmínek. Získat dítě pomocí této metody by povolily pouze ženám, které otěhotnět či dítě donosit nemohou pouze ze zdravotních důvodů. **Z výzkumu Dulawové není sice zřejmé za jakých podmínek by ženy náhradní mateřství umožnily, ale v 80 % také odpověděly, že by musely být splněny určité podmínky.**

Druhým podcílem bylo zjistit, zda by se porodní asistentky byly samy ochotny stát náhradní matkou. 60 % respondentek odpovědělo, že v žádném případě ne, jelikož by se dítěte po porodu nedokázaly vzdát. 30 % odpovědělo ano, ale pouze kdyby tím pomohly blízké osobě a ne někomu cizímu. Stejnou informaci zjišťovala ve svém výzkumném šetření i Dulawová a i její respondentky v 67 % odpověděly, že by se náhradní matkou nebyly ochotny stát. 20 % jich odpovědělo ano, ale také jen pro pomoc blízké osobě. **Výsledky obou šetření jsou velmi podobné. Domnívám se, že je to z toho důvodu,**



**že všechny respondentky uvažují stejně a to spíše jako matky a na odpovědi nemá vliv jejich zaměstnání.**

Bc. Frydrychová (2012) se ve své diplomové práci zabývala etickými aspekty náhradního mateřství z pohledu odborníků. Její výzkumné šetření probíhalo se třemi lékaři, odborníky na IVF, kteří měli v rámci své profese osobní zkušenosti s náhradními matkami a třemi teology, kteří se zabývají otázkami bioetiky. Z výzkumného šetření Frydrychové vyplynulo, že pro lékaře je náhradní mateřství etické, jelikož v něm vidí jedinečnou možnost pro neplodné páry, jak mít geneticky své dítě. Teologové měli odlišný názor, dle nich je náhradní mateřství eticky nepřijatelné a je proti božímu zákonu. **Názory porodních asistentek se přiklánějí ve větší míře k názoru lékařů, protože pomocí výzkumného šetření bylo zjištěno, že 95 % porodních asistentek také shledává náhradní mateřství jako jedinečnou šanci pro ženy jak mít geneticky vlastní dítě.**

Bc. Fialková (2015) se ve své diplomové práci zabývala také problematikou náhradního mateřství a to hlavně jeho sociálními, etickými a právními aspekty. Její kvantitativní výzkum byl proveden se širokou veřejností pomocí dotazníkového šetření. Respondenty bylo 68 % žen a 32 % mužů ve věku 18–79 let. Jejím výzkumem bylo zjištěno, že více jak polovina respondentů schvaluje metodu surogačního mateřství, ale pouze ze zdravotnické indikace. **V porovnání s touto prací jsou výsledky velmi podobné, jelikož 95 % dotazovaných porodních asistentek je stejného názoru.**

Druhým podcílem byl zjistit, zda by se porodní asistentky byly ochotny stát náhradní matkou. Stejnou výzkumnou otázku pokládala Fialková i svým respondentkám. **Výsledky šetření jsou téměř totožné. Většina porodních asistentek odpověděla, že by se náhradní matkou stát nemohly, protože by se dítěte po porodu nedokázaly vzdát. Taktéž odpověděla i drtivá většina žen z výzkumu Fialkové.** Zbylá část respondentek uvedla stejnou odpověď, avšak dodaly, že možná by se náhradní matkou dokázaly stát, ale pouze pro pomoc blízké osobě.

## **6.2 Doporučení pro praxi**

Z kvantitativního výzkumného šetření Fialkové (2015) vyplynulo, že pouze 60 % z 223 respondentů z řad laické veřejnosti dokázalo objasnit pojem náhradní mateřství. Někteří respondenti dokázali tento pojem přesně definovat, ale většina věděla jen nepřesně

informace o této metodě. Výzkumné šetření v rámci této bakalářské práce dokázalo, že porodní asistentky jsou znalé všech okolností ohledně náhradního mateřství a proto by měly být schopny informovat širokou veřejnost o této metodě. Jako vhodné poskytnutí základních informací byl sestaven informační leták pro všechny ženy, které by měly potenciální zájem o to stát se náhradní matkou či si ji najmout. Edukační materiál stručně popisuje co surogační mateřství je, pro koho je určeno a jaké jsou jeho rizika.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala problematikou surogačního mateřství z pohledu porodních asistentek jakožto odborníků zasvěcených do této problematiky a setkávajících se s náhradními matkami. Teoretická část byla rozdělena na tři hlavní kapitoly. První kapitola se zabývá vysvětlením pojmu surogační mateřství, poukazuje na problém neplodnosti a možnosti její léčby a vysvětluje důležitost matky a rodiny pro dítě. V druhé kapitole jsou zmíněny všechny etické a psychologické aspekty provázející surogačního mateřství. Třetí kapitola poukazuje na rozdíly v právní úpravě náhradního mateřství v různých zemích.

**Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit názor porodních asistentek na možnost surogačního mateřství.**

Tento cíl byl zkoumán pomocí otázky č. 7 a 12. Na základě zjištěných dat bylo zjištěno, že drtivá většina porodních asistentek tuto metodu schvaluje, jelikož je to jedinečná šance pro ženy, které nemohou mít dítě. Pouze 1 porodní asistentka je zásadně proti této metodě, protože je to podle ní nepřírozené a neschvaluje tento způsob jak mít dítě.

✓ **Hlavní cíl byl splněn.**

Podcíl první zjišťoval, zda porodní asistentky možnost surogačního mateřství schvalují nebo spíše odmítají. K tomuto podcíli se vztahovala otázka č. 7, 13 a 14. Pomocí získaných dat bylo zjištěno, že porodní asistentky tuto možnost jak mít dítě schvalují, ale umožnily by ji pouze ženám, které nemohou mít dítě ze zdravotních důvodů. Pouze 1 porodní asistentka z 20 je striktně proti této metodě, jak je zmíněno již výše.

✓ **První podcíl byl splněn.**

Druhým podcílem bylo zjistit, zda by se porodní asistentky byly ochotny stát náhradní matkou. K tomuto podcíli se vztahovala otázka č. 16. Na tuto otázku většina porodních asistentek odpověděla, že by se náhradní matkou stát nemohly, protože by se po porodu dítěte nedokázaly vzdát. Pár porodních asistentek odpovědělo, že by se náhradní matkou byly ochotné stát pouze v případě, pokud by tím pomohli blízké osobě.

✓ **Druhý podcíl byl splněn.**

Snad každá žena touží v životě po naplnění svého poslání stát se matkou. Bohužel některým není přáno a otěhotnět přirozenou cestou se jim nedaří. Pak nastupují na scénu lékaři, kteří se jim s tímto problémem snaží pomoci, ale ani oni nejsou všemohoucí. Pokud žena z určitých zdravotních důvodů dítě odnést a porodit nemůže, pak přichází na řadu možnost náhradního mateřství. Tato metoda je pro takové ženy sice jedinečnou šancí jak mít biologicky vlastní dítě, ale nese sebou obrovské množství rizik. Proto by všichni zúčastnění měli mít přesné informace o celém procesu.

**Výzkumné otázky byly zodpovězeny.**

**Závěrečná hypotéza (východisko pro navazující výzkumné šetření)**

**Předpokládáme, že porodní asistentky mají kladnější vztah k surogačnímu mateřství než všeobecné sestry.**

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

ARMOUR, Kim, 2012. *An overview of surrogacy around the world*. Nursing for Women's Health, volume 231–236.

ATTL, Karel, 2009. *Institut náhradní matky – ano, či ne?* Prevence úrazů, otrav a násilí, roč. 5, č. 2, s. 185-191. ISSN: 1801-0261.

CITTERBART, Karel a Martin PROCHÁZKA, c2001. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 278 s. ISBN 80-7262-094-0.

ČERNÝ, Miloš, 1971. *Rodina a dědičnost*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 314 s.

ČESKÁ TELEVIZE, 2010. *Vzkaz Ladislava Pilky*. [online] [cit. 2015-03-11]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/10160488386-vzkaz/310294340090002/>

DOSTÁL, Jiří, 2007. *Etické a právní aspekty asistované reprodukce: situace ve státech přijatých do Evropské unie v roce 2004*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 170 s. Monografie (Univerzita Palackého). ISBN 978-802-4417-004.

DULAWOVÁ, Ingrid, 2010. *Institut „náhradní matky“*. [online] 31. března 2010 [cit. 2015-04-14]. Dostupné z:

[http://theses.cz/id/59dqcw/downloadPraceContent\\_adipIdno\\_17208](http://theses.cz/id/59dqcw/downloadPraceContent_adipIdno_17208)

FIALKOVÁ, Ivana, 2015. *Vybrané sociální a právní aspekty náhradního mateřství*.

[online] 31. března 2015 [cit. 2015-05-17]. Dostupné z:

<http://theses.cz/id/kqoqyz/STAG70653.pdf>

FRYDRYCHOVÁ, Jana, 2012. *Etické aspekty náhradního mateřství z pohledu odborníků*.

[online] 26. dubna 2012 [cit. 2015-04-17]. Dostupné z: <http://theses.cz/id/f3v6ju/>

HONZÁK, Radkin – SVOBODA, Bohuslav – JEDELSKÁ, Eva, 2010. *Měl by být u nás uzákoněný institut „náhradního mateřství“?*: polemika. Psychologie dnes, roč. 16, č. 6, s. 40-41. ISSN: 1212-9607.

HONZÁK, Radkin, 2010. *Děloha na leasing a proč jsem proti*. Vesmír, roč. 89, č. 1, s. 14-15. ISSN: 0042-4544.

IVF, 2015. *Šance na vlastní*. [online] 26. ledna 2015 [cit. 2015-03-17]. Dostupné z: <http://www.ivf-zlin.cz/25922n-sance-na-vlastni>

KALVACH, Mariana, 2009. *Zamyšlení nad problematikou náhradního mateřství. Zdravotnictví a právo*, roč. 13, č. 7-8, s. 14-18. ISSN: 1211-6432.

NOVOTNY, Pamela Patrick a Martin PROCHÁZKA, 1997. *Co dělat při neplodnosti*. 1. vyd. Překlad Hedvika Vlasová. Praha: Pragma, 183 s. ISBN 80-720-5494-5.

PILKA, Radovan a Martin PROCHÁZKA, 2012. *Gynekologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 217 s. ISBN 978-802-4430-195.

PILKA, Ladislav, RUMPÍK, David, PILKA, Radovan, 2009. *Surogátní mateřství – literární názory a praxe. Česká gynekologie*, roč. 74, č. 2, s. 144-147. ISSN: 1210-7832.

PIZITZ, Todd, McCULLAUGH Joseph and RABIN Alexa, 2013. *Do women who choose to become surrogate mothers have different psychological profiles compared to a normative female sample?* Women and birth 26, volume 15–20.

POLICAR, Radek – ROZTOČIL, Aleš – OPATRNÁ, Marie, 2009. *Náhradní mateřství: zdravotní, etické, morální a právní aspekty.*: Zdravotnické noviny, roč. 58, č. 41, s. 18-21. ISSN: 1805-2355.

ROZTOČIL, Aleš, 2008. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 405 s. ISBN 978-802-4719-412.

ŘEŽÁBEK, Karel, 2008. *Asistovaná reprodukce: průvodce ošetřujícího lékaře*. [1. vyd.]. Praha: MAXDORF-JESSENIUS, 112 s. Farmakoterapie pro praxi, sv. 32. ISBN 978-807-3451-547.

SMOLÍKOVÁ, Kateřina, 2009. *Institut matky hostitelky. Zdravotnictví a právo*, roč. 13, č. 11, s. 6-9. ISSN: 1211-6432.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

Č.	Číslo
AI	Arteficiální inseminace
AID	Artificial insemination from donor
AIH	Artificial insemination from husband
ET	Embryotransfer
GIFT	Gamete intrafallopian transfer
ICSI	Intracytoplasmic sperm injection
IUI	Intrauterinní inseminace
IVF	In vitro fertilizace
VVV	Vrozené vývojové vady
WHO	World Health Organization

**SEZNAM GRAFŮ**

<b>Graf 1:</b> Věková struktura respondentek .....	39
<b>Graf 2:</b> Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek.....	40
<b>Graf 3:</b> Délka praxe v oboru .....	41
<b>Graf 4:</b> Rodinný stav respondentek.....	42
<b>Graf 5:</b> Děti respondentek.....	43
<b>Graf 6:</b> Vyznání respondentek .....	44
<b>Graf 7:</b> Názor porodních asistentek na možnost surogačního mateřství .....	45
<b>Graf 8:</b> Výskyt náhradních matek v praxi.....	46
<b>Graf 9:</b> Charakteristický znak náhradních matek.....	47
<b>Graf 10:</b> Finanční odměna pro náhradní matku .....	48
<b>Graf 11:</b> Informace pro dítě .....	50
<b>Graf 12:</b> Podmínky pro umožnění surogačního mateřství .....	53
<b>Graf 13:</b> Hlavní výhoda surogačního mateřství .....	54
<b>Graf 14:</b> Hlavní nevýhoda surogačního mateřství .....	56
<b>Graf 15:</b> Komu by mělo být povoleno stát se objednatelským párem .....	58
<b>Graf 16:</b> Ochota stát se náhradní matkou.....	60
<b>Graf 17:</b> Rada porodních asistentek přítelkyni uvažující o náhradním mateřství.....	62



**SEZNAM TABULEK**

<b>Tabulka 1:</b> Věk porodních asistentek .....	39
<b>Tabulka 2:</b> Vzdělání porodních asistentek .....	40
<b>Tabulka 3:</b> Délka praxe v oboru .....	41
<b>Tabulka 4:</b> Rodinná stav porodních asistentek.....	42
<b>Tabulka 5:</b> Odpovědi na otázku, zda mají porodní asistentky děti .....	43
<b>Tabulka 6:</b> Vyznání porodních asistentek .....	44
<b>Tabulka 7:</b> Názor na možnost surogačního mateřství .....	45
<b>Tabulka 8:</b> Výskyt náhradních matek v praxi porodních asistentek.....	46
<b>Tabulka 9:</b> Charakteristický znak náhradních matek .....	47
<b>Tabulka 10:</b> Finanční odměna .....	48
<b>Tabulka 11:</b> Informace o náhradní matce pro dítě.....	50
<b>Tabulka 12:</b> Komu by měl být náhradní mateřství umožněno .....	52
<b>Tabulka 13:</b> Hlavní výhoda náhradního mateřství .....	54
<b>Tabulka 14:</b> Hlavní nevýhoda náhradního mateřství.....	56
<b>Tabulka 15:</b> Objednatelský pár.....	58
<b>Tabulka 16:</b> Ochota stát se náhradní matkou .....	60
<b>Tabulka 17:</b> Řešení finanční krize cestou stát se náhradní matkou.....	62

## SEZNAM PŘÍLOH

PI: Dotazník

PII: Žádost o umožnění výzkumného šetření

PIII: Obrázek Kliniky reprodukční medicíny a gynekologie ve Zlíně

# **PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK**

## **Dotazník**

Vážené porodní asistentky,

jmenuji se Darina Beinhofnerová a jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, fakulty humanitních studií, oboru Porodní asistentka. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce s názvem: Surogační mateřství. Dotazník je naprosto anonymní a bude sloužit ke zpracování praktické části mé práce, ve které zjišťuji názor porodních asistentek pracujících na porodním sále na surogační mateřství. Velmi děkuji za Váš čas a ochotu.

### **1. Kolik je Vám let?**

- 25-30
- 31-38
- 39 a více

### **2. Jaké máte vzdělání?**

- Středoškolské
- Bakalářské
- Magisterské

### **3. Kolik let praxe v oboru máte?**

- Méně než 10let
- 10-15let
- Více než 15let

### **4. Jaký je váš rodinný stav?**

- Svobodná
- Vdaná
- Rozvedená

**5. Máte děti?**

- Ano
- Zatím nemám, ale chci
- Ne

**6. Jakého jste vyznání?**

- Křesťanského
- Bez vyznání
- Jiná víra

**7. Jaký je Váš názor na možnost surogačního (náhradního) mateřství?**

- Je to jedinečná šance pro ženy (páry), které nemohou mít dítě
- Je to nepřirozené a neschvaluji tuhle možnost jak mít dítě
- Jiný:

**8. Setkáváte se ve své práci se surogačními matkami?**

- Ne
- Občas ano
- V posledních dvou letech čím dál častěji

**9. Můžete charakterizovat náhradní matky se kterými jste se ve své práci setkala? Jsou si něčím podobné? Vyberte pouze jednu dominující odpověď.**

- Vzdělání matek
- Sociální poměry
- Mají již svoje děti
- Každá je jiná
- Nic o nich nevíme, protože jejich údaje jsou anonymní

**10. Co si myslíte o finanční odměně pro náhradní matku? Považujete za etické přivádět dítě na svět za odměnu? Mělo by být náhradní mateřství čistě altruistické (dobročinné, bez finanční odměny pro náhradní matku), nebo by mělo být poskytováno komerčně (za finanční odměnu)?**

- Náhradní mateřství by mělo být poskytováno čistě altruisticky
- Náhradní mateřství by mělo být poskytováno za finanční odměnu, jelikož je to služba jako každá jiná a nevidím důvod proč by to některá žena měla podstoupit zadarmo
- Náhradní matce by měla být zaplácena pouze částka, která odpovídá výdajům provázející těhotenství
- Jiný názor:

**11. Myslíte si, že by mělo dítě vědět, že ho porodila náhradní matka? Mělo by dítě znát některé údaje o surogační matce, nebo by měla zůstat v naprosté anonymitě?**

- Dítě by mělo znát matku, která ho porodila, i když není biologická
- Dítě by mělo znát pouze rodiče, kteří ho vychovávají a náhradní matka by měla zůstat v naprosté anonymitě
- Na vyžádání dítěte by mu měly být poskytnuty informace o ženě, která ho porodila
- Jiný názor:

**12. Mělo by být podle Vás náhradní mateřství v ČR snadno umožnitelné?**

- Ano mělo, každý kdo má dostatek finančních prostředků si může najmout náhradní matku
- Mělo by být umožnitelné pouze ženám, které nemohou ze zdravotních důvodů otěhotnět, nebo dítě donosit (př. VVV dělohy, neplodnost..)
- Možnost náhradní matky by měla být umožnitelná pouze heterosexuálnímu sezdanému páru
- Každá žádost o náhradní matku by měla být posuzována individuálně
- Možnost náhradní matky by mělo být uzákoněno jako nelegální
- Jiný názor:

### **13. Jakou vidíte hlavní výhodu náhradního mateřství?**

- Možnost pro objednatelský pár mít biologicky vlastní dítě
- Možnost relativně snadného získání finančních prostředků pro surogační matku
- Jiná odpověď:

### **14. Jakou vidíte hlavní nevýhodu náhradního mateřství?**

- “obchodování” s dítětem
- Negativní psychické následky pro náhradní matku
- Zneužívání náhradního mateřství ženami, které dítě mohou mít, ale nechtějí se zatěžovat těhotenstvím
- Jiná odpověď:

### **15. Objednatelský pár je pár, který uzavře smlouvu s náhradní matkou, která odnese dítě a po porodu dítě páru předá. Komu by podle Vás mělo být dovoleno stát se objednatelským párem?**

- Pouze heterosexuálním sezdáním párům
- Jakýmkoliv párům žijícím v partnerském vztahu ( nesezdané páry, homosexuální páry..)
- Náhradní matku by si mohla najmout i žena bez partnera žijící sama
- Jiný názor:

### **16. Byla by jste někdy ochotná stát se náhradní matkou? Proč ano či ne, nebo za jakých podmínek?**

- Ne, protože bych dítě po porodu nedokázala odevzdat jiné ženě
- Ano, neměla bych s tím problém a ráda bych pomohla ženě, která sama dítě porodit nemůže
- Ano, ale pouze za vysokou finanční odměnu
- Ano, ale pouze kdybych tím pomohla blízké osobě, ne někomu cizímu
- Jiná odpověď:

**17. Kdyby se na Vás obrátila přítelkyně, že chce řešit finanční krizi cestou být  
surogační matkou, co byste jí na to řekla?**

- Podpořila bych ji
- Snažila bych se jí to vymluvit
- Jiná odpověď:

# PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd

Mostní 5139  
760 01 Zlín

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Vážená paní Bc. Heleno Novotná,

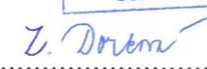
obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti Porodním sále, které bude podkladem pro zpracování empirické části bakalářské práce studentky 3. ročníku studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka.

Děkujeme za vyřízení naší žádosti a těšíme se na další spolupráci

Téma bakalářské práce	Surogační mateřství
Metoda výzkumného šetření	Dotazníkové šetření
Skupina respondentů	Porodní asistentky pracující na porodním sále
Pracoviště	Porodní sál
Autor bakalářské práce	Darina Beinhofnerová
Vedoucí bakalářské práce	Doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd

Ve Zlíně dne..... - 3 -03- 2015 .....

  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Vyjádření instituce:

- Žádost povolena  
 Žádost zamítnuta

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.  
Zlín  
gynekologicko-porodnické odd.  
Bc. Helena Novotná

  
Razítko a podpis zástupce zařízení



**PŘÍLOHA P III: OBRÁZEK KLINIKY REPRODUKČNÍ MEDICÍNY A  
GYNEKOLOGIE VE ZLÍNĚ**



(IVF-Zlín, online)