

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Praha 5

PROBLEMATIKA SUROGÁTNÍHO MATEŘSTVÍ

Bakalářská práce

LENKA VYVADILOVÁ

Praha 2012

PROBLEMATIKA SUROGÁTNÍHO MATEŘSTVÍ

Bakalářská práce

LENKA VYVADILOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Eva Kymrová

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2012-04-30

Praha 2012



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Vyvadilová Lenka
2. A PA

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 29. 4. 2011 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Problematika surogátního mateřství

The Issue of surrogate Maternity

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Eva Kymrová

V Praze dne: 1. 9. 2011


prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, pod vedením PhDr. Evy Kymrové a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu literatury. Tímto bych chtěla poděkovat PhDr. Evě Kymrové za vedení mé práce a cenné rady při její tvorbě. A mé rodině, za uzpůsobení se a přípravu rodinného zázemí, které mi při tvorbě práce velice pomohlo. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne:

podpis

ABSTRAKT

VYVADILOVÁ, Lenka. *Problematika surogátního mateřství*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Eva Kymrová. Praha. 2012.

Hlavním tématem bakalářské práce je surogátní mateřství. Práce se zabývá jeho historií, i současnými poznatky. Velká kapitola je také věnována legislativě jak u nás, tak v ostatních státech. Teoretická část záměrně neobsahuje kapitolu o etice. Do procesu surogátního mateřství jsou zahrnuty i další osoby než rodička sama. Surogátní mateřství se zabývá problémy nejen ženy, která dítě nosí, ale i jejího rodinného zázemí a problémy biologických rodičů. Vzhledem k zahrnutí množství klientů do tohoto procesu, je potřeba, aby byl zdravotnický personál dobře proškolen, a uměl pracovat s empatickými metodami. V praktické části se opírá o kazuistiku založenou na klientce, která již byla surogátní matkou v ČR. Na její přání není v práci zveřejněno její jméno, ani názvy nemocničních zařízení, které toto umožnily. Práce v závěru poukazuje na to, že ačkoli se v našem státě surogátní mateřství již realizuje, zdravotnická zařízení na něj nejsou dostatečně připravena.

Klíčová slova: Surogátní mateřství. Legislativa. Etika. Empatie. Zdravotnická zařízení.

ABSTRACT

VYVADILOVÁ, Lenka. *The issue of surrogate maternity*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., level of qualification: bachelor. Supervisor: PhDr. Eva Kymrová. Prague. 2012.

The main theme of this work is surrogate maternity. The dissertation deals with the history and current knowledges too. A large section is devoted to legislation in Czech republic and in other states too. The theoretical part don't contains intentionally chapter on ethics. The proces of surrogate maternity includes other person too, than only an expectant mother. Surrogate maternity don't deals only with a problems of woman who wears a child, but her family background and problems of biological parents too. Due to the inclusion of many clients in this proces, you need to be well-trained medical personnel, and could work with the empathic methods. The practical part is based on case study of client which already was a surrogate mother in the Czech Republic. At her request we don't published her name, or names of hospitals and medical institutions that allow this. The dissertation at the end points out that although in our state are already implementing surrogate maternity, medical institotions on it are not adequately prepared.

Keywords: Surrogate maternity. Legislation. Ethics. Empathy. Medical institutions.

OBSAH

PROHLÁŠENÍ.....	3
ABSTRAKT	4
ABSTRACT.....	5
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	11
SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ A TABULEK	12
ÚVOD.....	13
CÍL PRÁCE	14
TEORETICKÁ ČÁST	15
1 POJEM SUROGÁTNÍ MATEŘSTVÍ.....	15
1.1 HISTORIE SUROGÁTNÍHO MATEŘSTVÍ.....	15
1.2 DŮVODY KE ZVOLENÍ METODY SUROGÁTNÍHO MATEŘSTVÍ.....	15
2 NEPLODNOST A JAK JI ŘEŠIT	16
2.1 GENITÁLNÍ PŘÍČINY ŽENSKÉ NEPLODNOSTI.....	16
2.2 EXTRAGENITÁLNÍ PŘÍČINY ŽENSKÉ NEPLODNOSTI.....	16
2.3 LÉČENÍ NEPLODNOSTI.....	16
2.3.1 Umělá inseminace.....	16
2.4 ASISTOVANÁ REPRODUKCE	17
2.4.1 Hlavní fáze asistované reprodukce	17
3 FÁZE ASISTOVANÉ REPRODUKCE.....	17
3.1 OVARIÁLNÍ STIMULACE	18
3.2 REGULACE PODÁVANÝCH LÉČIV	18
3.3 VČASNÉ PODÁNÍ HORMONŮ PRO DOZRÁVÁNÍ VAJÍČKA.....	19
3.4 ODBĚR FOLIKULŮ	19
3.5 VLASTNÍ FERTILIZACE	19
3.6 VÝBĚR	20
3.7 EMBRYOTRANSFER	20
3.8 INFERTILITA	20
4 SUROGÁTNÍ MATEŘSTVÍ Z POHLEDU EVROPSKÝCH STÁTŮ.....	22
4.1 EU	22
4.2 NĚMECKO.....	22
4.3 POLSKO	22

4.4 RAKOUSKO	22
4.5 SLOVENSKO.....	23
4.6 VELKÁ BRITÁNIE	23
4.7 FRANCIE	23
4.8 ITÁLIE.....	24
4.9 ŘECKO.....	24
4.10 PŘÍKLADY EVROPSKÝCH STÁTŮ S LEGALIZOVANÝM SUROGÁTNÍM MATEŘSTVÍM.....	24
4.11 PŘÍKLADY EVROPSKÝCH STÁTŮ S NELEGÁLNÍM SUROGÁTNÍM MATEŘSTVÍM.....	24
5 SUROGÁTNÍ MATEŘSTVÍ MIMO EVROPU	25
5.1 ZÁPADNÍ STÁTY	25
5.1.1 Rusko	25
5.1.2 Ukrajina	25
6 SUROGÁTNÍ MATEŘSTVÍ V USA (PŘÍKLADY).....	27
6.1 KALIFORNIE	27
6.2 ARKANSAS A TEXAS	27
6.3 AMERICKÉ STÁTY SE ZÁKAZEM SUROGÁTNÍHO MATEŘSTVÍ.....	27
7 LEGISLATIVA TÝKAJÍCÍ SE SUROGÁTNÍHO MATEŘSTVÍ.....	28
7.1 ZÁKON O RODINĚ 94/63 Sb.	28
7.2 NÁVRH PRÁVNÍ ÚPRAVY V ČR.....	28
8 CENA SUROGÁTNÍHO MATEŘSTVÍ.....	30
8.1 CENA ZA LEGÁLNÍ MATEŘSTVÍ.....	30
8.2 DOBROČINNÉ FORMY	30
9 KRITÉRIA PRO VÝBĚR SUROGÁTNÍ MATKY	31
9.1 SHODNÁ KRITÉRIA	31
PRAKTICKÁ ČÁST	32
10 ANAMNÉZY	32
10.1 ANAMNÉZA SUROGÁTNÍ MATKY	32
10.1.1 Osobní anamnéza.....	32
10.1.2 Rodinná anamnéza	32
10.1.3 Gynekologická anamnéza	33
10.1.4 Farmakologická anamnéza	33
10.1.5 Abúzus	33

10.1.6 Alergologická anamnéza.....	34
10.1.7 Pracovní anamnéza	34
10.1.8 Sociální anamnéza	34
10.2 ANAMNÉZA BIOLOGICKÉ MATKY	34
10.2.1 Osobní anamnéza.....	34
10.2.2 Rodinná anamnéza	34
10.2.3 Gynekologická anamnéza	35
10.2.4 Farmakologická anamnéza	35
10.2.5 Abúzus	35
10.2.6 Alergologická anamnéza.....	35
10.2.7 Pracovní anamnéza	35
10.2.8 Sociální anamnéza	35
10.3 ANAMNÉZA BIOLOGICKÉHO OTCE.....	35
10.3.1 Osobní anamnéza.....	35
10.3.2 Rodinná anamnéza	36
10.4 PRVNÍ KONTAKT	36
11 MODEL FUNKČNÍHO ZDRAVÍ DLE M. GORODNOVÉ.....	37
11.1 VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ.....	37
11.2 VÝŽIVA A METABOLISMUS.....	37
11.3 VYLUČOVÁNÍ.....	37
11.4 AKTIVITA A CVIČENÍ	38
11.5 SPÁNEK A ODPOČINEK.....	38
11.6 VNÍMÁNÍ - POZNÁVÁNÍ.....	38
11.7 SEBEPOJETÍ.....	38
11.8 ROLE A VZTAHY.....	39
11.9 SEXUALITA	39
11.10 STRES	39
11.11 VÍRA, ŽIVOTNÍ HODNOTY.....	40
11.12 JINÉ	40
12 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	41
12.1 AKTUÁLNÍ DIAGNÓZY.....	41
12.1.1 Diagnóza A1	41
12.1.2 Diagnóza A2	41

12.1.3 Diagnóza A3	41
12.1.4 Diagnóza A4	41
12.1.5 Diagnóza A5	41
12.2 POTENCIONÁLNÍ DIAGNÓZY	42
12.2.1 Diagnóza P1	42
12.2.2 Diagnóza P2	42
12.2.3 Diagnóza P3	42
12.2.4 Diagnóza P4	42
13 DIAGNÓZA A1	43
13.1 STANOVENÍ CÍLE.....	43
13.2 PLÁNOVÁNÍ	43
13.3 REALIZACE	43
13.4 ZHODNOCENÍ	44
14 DIAGNÓZA A2	45
14.1 STANOVENÍ CÍLE.....	45
14.2 PLÁNOVÁNÍ	45
14.3 REALIZACE	45
14.4 ZHODNOCENÍ	45
15 DIAGNÓZA A3	47
15.1 STANOVENÍ CÍLE.....	47
15.2 PLÁNOVÁNÍ	47
15.3 REALIZACE	47
15.4 ZHODNOCENÍ.....	47
16 DIAGNÓZA A4	48
16.1 STANOVENÍ CÍLE.....	48
16.2 PLÁNOVÁNÍ	48
16.3 REALIZACE	48
16.4 ZHODNOCENÍ	48
DIAGNÓZA A5	49
17.1 STANOVENÍ CÍLE.....	49
17.2 PLÁNOVÁNÍ	49
17.3 REALIZACE	49
17.4 ZHODNOCENÍ	49

DOPORUČENÍ PRO PRAXI, DISKUZE	51
ZÁVĚR	53
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	13

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

surogátní	.....	náhradní
tzv.	.....	takzvaně
např.	.....	například
b.o.	.....	bez obtíží
USA	.....	Spojení státy americké
IVF	.....	in vitro fertilizace
min.	.....	minimálně
kap.	.....	kapitola
odd.	.....	oddělení
čl.	.....	článek
ods.	.....	odstavec
num.	.....	number - číslo
GDM	.....	gestační diabetes mellitus
HAK	.....	hormonální antikoncepce
t.t.	.....	týden těhotenství

SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ A TABULEK

Tabulka 1 Příklad ceníku pro náhradní matky z Ukrajiny	26
Obrázek 1 Odsávání folikulu	17
Obrázek 2 Petriho miska	19
Obrázek 3 Vajíčko s kumulem	19

ÚVOD

Surogátní mateřství, česky také surogační či náhradní mateřství, je tématem v této době celkem přetřásaným. Po úspěšném zavedení IVF do praxe, medicína udělala další veliký krok tím, že již dokážeme dopomoci k vlastním potomkům i ženám, které nemají dělohu, nebo by bez zásahu medicíny nemohly mít děti.

O surogátním mateřství se hovoří stále více v souvislosti se změnou zákona o rodině, který v této době vstupuje ke čtení do parlamentu ČR. V tuto chvíli stojí tato forma mateřství mimo zákon. Není zakázáno, ani povoleno. V ČR je možno jej uskutečnit, ale pouze jedna porodnice se veřejně přiznala k tomu, že jej provádí.

Surogátní mateřství by nebylo možné bez propracovaných metod IVF, kterým se v práci věnuje hned několik kapitol. Práce má sedmnáct kapitol. Z toho je jich devět obsaženo v teoretické části. V práci chybí kapitola o etice. To z toho důvodu, že každý stát má jinou zákonnou úpravu a každá skupina lidí, ať už občané daného státu, či náboženské skupiny považují za etické něco jiného.

V kapitole sedm je vypsáno několik zákonů a norem, které by museli projít radikální změnou, aby v našem státě bylo surogátní mateřství umožněno. Kazuistika v praktické části se týká klientky, která v ČR již náhradní matkou byla. Z důvodu zachování soukromí, nikde v práci není uvedeno její jméno ani názvy zdravotnických zařízení, které to umožnili.

Vzhledem k tomu, že v ČR dosud není jasně definován zákon, který by umožnil hendikepovaným párům, kdy žena nemůže z jakýchkoliv důvodů donosit zdravý a života schopný plod, nelze zajistit těmto partnerům vlastního potomka. Jedinou volbou pro tyto páry je adopce cizího dítěte.

CÍL PRÁCE

Vzhledem k výjimečnosti tohoto tématu, které aktuálně v našem státu nemá zákonnou formu, se v práci budeme zabývat vizí blízké budoucnosti. Jak to bude vypadat, pokud dnes uzákoní surogátní mateřství jako legální formu jak mít vlastní dítě. Předpokládáme, že projde-li tento zákon, mnoho párů, které nemohou mít dítě přirozeně, se chopí této naděje a s náhradními matkami se roztrhne pytel. S přihlédnutím na to, že v tomto období vchází do parlamentu návrh nového zákona o rodině, je jedním z cílů zjistit, jak jsou nemocniční zařízení připravena na tuto situaci.

Praktická část je zpracována formou kazuistiky se ženou, která v ČR byla náhradní matkou. Opíráme se o její zkušenosti s celým procesem. Zahnuty jsou i další osoby, na které se musí v tomto případě brát zřetel. Myslíme tím rodinu surogátní matky (partner či děti) a biologické rodiče. Samozřejmě v celé práci je brán v úvahu fakt, že sperma může být i dárcovské. Další cílem práce je zjistit, jak k surogátnímu mateřství přistupují ve zdravotnických zařízeních.

TEORETICKÁ ČÁST

1 POJEM SUROGÁTNÍ MATEŘSTVÍ

V první kapitole práce jsme se zaměřili na definování pojmů a historii. Ačkoli si člověk může na první pohled myslet, že surrogátní mateřství je produktem moderní doby, první zmínka o něm, je již v bibli. Dále jsou uvedeny případy, kdy je potřeba zvolit tuto metodu, aby měl manželský pár možnost mít svého vlastního potomka. Ne všichni se totiž dokážou smířit s myšlenkou, že vychovávají cizí dítě.

1.1 HISTORIE SUROGÁTNÍHO MATEŘSTVÍ

„Myšlenku řešení neplodnosti zajištěním ženy, která sehraje roli náhradní matky, nacházíme již ve Starém zákoně, konkrétně v 16. Kapitole knihy Genesis (První kniha Mojžíšova). Abramova žena Sáráj zdánlivě marně čeká na svého Bohu zaslíbeného syna. Proto přijde s nápadem, aby Abram zplodil dítě s její egyptskou otrokyní Hagarou. A toto dítě pak má být dítětem Sáráj .“(<http://zdn.cz>, 41/2009)

Projdeme-li si celou historii lidstva, najdeme mnoho případů, kdy se lidé snažili neplodnost vyřešit pomocí milenek či otrokyň. Za starých časů samozřejmě nepoužívali metody IVF, ale klasické „tradiční“ náhradní mateřství, kdy je dítě počato během sexuálního aktu biologického otce a náhradnice. Tudiž „matka“ (manželka), neměla biologicky s dítětem nic společného. (LA VITA FELICE, 2011)

Prvním mezníkem se stal rok 1978, kdy se po šesti stech neúspěšných pokusech konečně povedlo první umělé oplodnění. Jehož důsledkem byla Luisa Brownová přezdívaná první dítě in vitro. Za druhý mezník považujeme rok 1986, kdy úspěšně proběhlo mateřství, kde náhradní matka neměla s dítětem geneticky nic společného. (LA VITA FELICE, 2011)

1.2 DŮVODY KE ZVOLENÍ METODY SUROGÁTNÍHO MATEŘSTVÍ

- Biologická matka nemůže donosit plod.
- Biologická matka nemůže počít dítě.
- Ženy s aplázií dělohy.
- Ženy s agenezí dělohy.
- Ženy s vyvinutou kryptomenoreou.
- Ženy po hysterektomii.
- Ženy po komplikovaném porodu. (<http://ona.idnes.cz>)

2 NEPLODNOST A JAK JI ŘEŠIT

„Asi 10 až 15 % párů je u nás bezdětných. O sterilním páru mluvíme tehdy, když po dvouletém pravidelném pohlavním životě žena neotěhotní. Ve 30 až 35 % bývají příčiny zjišťovány u muže, ve 35 až 40 % u ženy, ve 20 až 25 % jsou poruchy u obou partnerů, případně se nedají zjistit.“ (MACKŮ, 2002, str. 98)

Sterilita se dělí na primární, pokud žena nikdy neotěhotněla, a sekundární, pokud otěhotněla a plod neodnosila (ať už u jakéhokoliv důvodu). (MACKŮ, 2002)

2.1 GENITÁLNÍ PŘÍČINY ŽENSKÉ NEPLODNOSTI

- Ovariální faktor tzv. anovulace.
- Tuboperitoneální faktor – neprůchodnost vejcovodů.
- Děložní faktor – morfologické změny.
- Cervikální faktor - morfologické změny. (MACKŮ, 2002)

2.2 EXTRAGENITÁLNÍ PŘÍČINY ŽENSKÉ NEPLODNOSTI

- Endokrinopatie př.: Diabetes mellitus, hyperfunkce ledvin.
- Imunologické příčiny: protilátky na spermie.
- Psychogenní příčiny: stres, vyčerpání.
- Věkový faktor. (MACKŮ, 2002)

2.3 LÉČENÍ NEPLODNOSTI

K úspěšnosti léčby potřebujeme nejprve stanovit správnou diagnózu či rozsah poškození. V Některých případech se provádějí laparoskopicky i chirurgické zákroky.

2.3.1 Umělá inseminace

Aplikuje se při ní ejakulát do dutiny děložní, proto je také nazývána intrauterinní inseminace. Používá se u žen s cervikální příčinou, či pokud je problém s tvorbou spermatu u muže. Provádí se v době ovulace, a to buď partnerovým spermatem či zmrazeným spermatem anonymního dárce. Při tomto úkonu je potřebný písemný souhlas obou partnerů. (MACKŮ, 2002)

2.4 ASISTOVANÁ REPRODUKCE

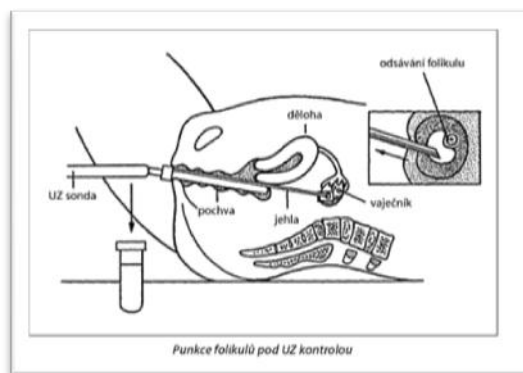
Hlavní metody se nazývají In vitro fertilizace (IVF) a Embryo transfer (ET). Probíhají ve třech hlavních fázích.

2.4.1 Hlavní fáze asistované reprodukce

1. Odběr oocytů z vaječníků pomocí ultrazvukové kontroly a punce.
2. Samotná fertilizace in vitro s kultivací vzniklého embrya.
3. Embryotransfer do dělohy se sliznicí nastimulovanou pro nidaci.

(MACKŮ, 2002)

Obrázek 1 Odsávání folikulu



www.google.cz/images

3 FÁZE ASISTOVANÉ REPRODUKCE

1. ovariální stimulace – podáváme stimulanty, abychom získali co nejvíce oocytů.
2. regulace podávaných léčiv – posuzujeme reakce klientky na stimulancia.
3. Včasné podání hormonů pro poslední fázi zrání folikulů.
4. Odběr folikulů – provádí se punkcí z vaječnicků pod ultrazvukovou kontrolou.
5. Vlastní fertilizace – přidáním spermií.
6. Výběr – oplodněná vajíčka a správně rostoucí embrya vhodná k transferu.
7. Samotný embryo transfer. (ŘEŽÁBEK, 2008)

3.1 OVARIÁLNÍ STIMULACE

Během jednoho menstruačního cyklu dozrává ve vaječniku pouze jeden folikul s jedním vajíčkem uvnitř, a to přibližně 14. den cyklu.

„Sledujeme-li statisticky IVF, dostáváme v průměru následující čísla: ze 100 folikulů rostoucích ve vaječnicích získáváme 70 vajíček, následně 45 oplozených vajíček a poté 30-40 dobře dělicích se embryí. Embryo po přenosu do dělohy má naději na implantaci – uchycení ve sliznici – přibližně 30 %. Než se však těhotenství dostane do stadia tzv. klinického těhotenství, tedy plodového vejce viditelného na ultrazvuku, asi jedna třetina z nich zaniká. Praktický výsledek je ten, že pouze jedno ze tří až pěti embryí transferovaných do dělohy vede k jasně zjištěnému těhotenství.“ (ŘEŽÁBEK, 2008, str. 58)

Z tohoto tvrzení vyplývá, že IVF z přirozeného cyklu by bylo mnohem náročnější, než je tomu dosud. Na oplození bychom potřebovali skoro rok. I náklady na tyto pokusy by vyšplhaly k velice vysokým částkám. Nemluvě o klientčině psychice, která by byla každý měsíc zatěžována čekáním na pozitivní či negativní výsledek gravitestu. A její tělo zatěžováno zbytečnými anesteziemi a minioperačními výkony. Větší šance na otěhotnění slibuje odebrání více vajíček a transfer více než jednoho embrya, tudíž věc, která je za fyziologických podmínek velmi vzácná.

(ŘEŽÁBEK, 2008)

3.2 REGULACE PODÁVANÝCH LÉČIV

Podávaná léčiva a jejich hormonální obsah přizpůsobujeme jak růstu folikulů, jejich množství a zralosti, také reakci klientky na daná léčiva. Pokoušíme se předcházet hyperstimulačnímu syndromu. Jsou-li folikuly dostatečně velké (většinou 18mm), začínáme s podáváním hormonů k jejich dozrávání. (ŘEŽÁBEK, 2008)

3.3 VČASNÉ PODÁNÍ HORMONŮ PRO DOZRÁVÁNÍ VAJÍČKA

Folikul musíme včas punktovat. Nesmíme ho nechat přezrát, jelikož by došlo k puknutí a následnému vyplavení vajíčka, které by bylo pro metodu IVF již nepoužitelné. Folikul punktuje punkční jehlou (viz obr 1). (ŘEŽÁBEK, 2008)

3.4 ODBĚR FOLIKULŮ

Odběr provádíme pomocí vaginální sondy na které je připevněn speciální vodič pro punkční jehlu. Špička jehly je na ultrazvuku dostatečně viditelná, tudíž by nemělo dojít k poranění okolních tkání a orgánů. Odběr by se dal také provést pře břišní stěnu, vaginálně je to však méně invazivní. Punkce folikulu se nazývá „pick-up“. (ŘEŽÁBEK, 2008)

3.5 VLASTNÍ FERTILIZACE

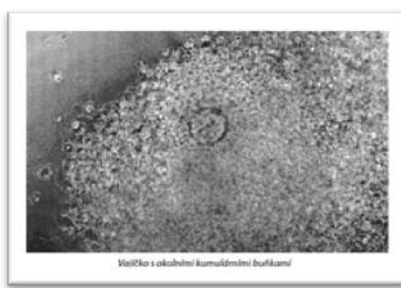
Vajíčko, ačkoliv je největší buňkou lidského těla, je se svým rozměrem 0,1mm špatně viditelné pouhým okem. K lepší orientaci nám slouží tzv. kumul, paprskovitý obal, který se dá pod mikroskopem krásně rozeznat. Tyto paprsky se odborně nazývají corona radiata. I se samotným vajíčkem – bílou tečkou uprostřed paprsků je celý útvar veliký asi 3-5mm a je viditelný pouhým okem. (viz obr. 2) Vajíčka jsou velmi citlivá na okolní teplotu (37 °C), čistotu okolí a vzduchu. Proto jsou uchovávána v živném médiu a v okolí je vzduch obohacený na kyslíčnick uhlíčitý. Vajíčka i s živným médiem se uchovávají v Petriho misce. (ŘEŽÁBEK, 2008)

Obrázek 2 Petriho miska



<http://www.google.cz/images>

Obrázek 3 vajíčko s kumulem



<http://www.google.cz/images>

Spermie získáváme dvojí metodou. Ta první je vlastní masturbace partnera klientky, kdy muž musí dbát na co největší sterilitu, aby do vajíček nezanesl žádné cizorodé bakterie. I přes to se spermie promývají a čistí. Druhá možnost zahrnuje použití předem zmrazeného spermatu. Sperma přidáme k vajíčkům a uložíme do tepla a tmy, kde proběhne oplodnění. (ŘEŽÁBEK, 2008)

3.6 VÝBĚR

Výběr provádíme za cca 16 - 18 hodin po přidání spermií. Provádíme vizuální kontrolu pod mikroskopem, kde pozorujeme tzv. prvojádra – kulovité útvary uprostřed vajíček. Fyziologicky by jedno vajíčko mělo obsahovat dvě prvojádra, jedno mateřské a jedno otcovské. Poškozená, neoplozená, či vajíčka se třemi prvojádry vyřazujeme. Dále se vajíčko začne buněčně dělit, ačkoli zatím neroste. Každý den se musí přenést do nového živného roztoku, kvůli dostatečné výživě. (ŘEŽÁBEK, 2008)

3.7 EMBRYOTRANSFER

Embryotransfer se provádí až po dostatečně dlouhé kultivační době. Nejkratší trvá pouze dva dny, ačkoli výhodnější je kultivace delší, která zaručuje, že se implantuje do dělohy to nejlepší embryo. Prodloužení doby „ve zkumavce“ není jen lidský rozmar, ale vědomí, že i během fyziologického otěhotnění dochází k nidaci v děloze až 6 den po oplodnění a sliznice je tak na něj nejlépe připravena. (GERRIS, 2004)

„Embrya výborné kvality, která nejsou vybrána k transferu, jsou vhodnými kandidáty na kryokonzervaci kapalným dusíkem pro pozdější využití.“ (GORON, part 8 num. 46)

Samotný embryotransfer trvá v řádech 1 - 2 minut, a není k němu potřeba anestezie. Je to však nejkritičtější fáze IVF a měl by ji provádět pouze zkušený lékař. Transfer je dozorován ultrazvukem a klientka by před tím měla vypít cca 1,5 litru vody a udržovat plný močový měchýř, aby byl transfer kvalitně zobrazen. (GORON, 2011)

Během následujících dvou týdnů se klientkám podávají progesterony. A po čtrnácti dnech se dělá průkaz těhotenství z krve. Vyjde-li pozitivní, následuje ultrazvukové vyšetření, kde se prokazuje srdeční činnost plodu. Následně je klientka odeslána ke svému obvodnímu gynekologovi, který vystaví těhotenský průkaz a obstará péči během těhotenství. Těhotenství po IVF se považuje za rizikové. (GORON, 2011)

Od prvního úspěšného umělého oplodnění vzniklo již mnoho postupů a metod umělé reprodukce. Např.: transfer do funkčního vejcovodu, či mikromanipulace s gametami. (MACKŮ, 2002)

„Správně indikovaná asistovaná reprodukce představuje jeden z největších úspěchů moderní medicíny, protože během čtvrtstoletí umožnila tisícům neplodných párů, aby měli vlastní dítě.“ (MACKŮ, 2002, str. 102)

3.8 INFERTILITA

Při tomto onemocnění se ženám podaří otěhotnět, ale těhotenství nedonosí. Infertilita se dělí na primární a sekundární. Pod pojmem primárně infertilní žena se

skrývá klientka, jež dokáže počít dítě, avšak všechna její těhotenství končí předčasným porodem. Pod pojmem sekundárně infertilní žena, naopak klientka, která již některé z předchozích těhotenství donosila do termínu. (MACKŮ, 2002)

4 SUROGÁTNÍ MATEŘSTVÍ Z POHLEDU EVROPSKÝCH STÁTŮ

Protože náš stát je členem Evropské unie, je potřeba podívat se na tuto problematiku také z globálnějšího hlediska. Každý stát si určuje vlastní pravidla používání této metody, avšak Evropská unie je specifická tím, že členské státy omezují tím, že vydává své zákony a normy, kterými se členské státy musí řídit.

4.1 EU

Evropská unie, jako Česká republika, surogátní mateřství striktně nezakazuje, ale ani nepovoluje. E v tomto směru dává tzv. volnou ruku svým členským státům, aby si tuto problematiku vyřešily na základě svých právních norem a předpisů. (PARKER-LITTLEROVÁ, 2010)

4.2 NĚMECKO

V Německu je surogátní mateřství nelegální. (PARKER-LITTLEROVÁ, 2010)

4.3 POLSKO

Vzhledem k silnému zastoupení církve, nepřipadá surogátní mateřství v této chvíli v úvahu. Mnoho lidí tento postoj kritizuje a v tuto chvíli již na území Polska vznikla první nelegální agentura, která zprostředkovává náhradní matky z Ukrajiny. Podobný postoj zaujímá Polsko k potratům, kvůli kterým vznikly tzv. potratové lodě. Kdy ženy nastoupí na loď, která odpluje do mezinárodních vod, kde kotví námořní lékařské zařízení. Tam provedou potrat a žena se pak opět vrací domů. Vše probíhá v naprosté tajnosti. Pokud je žena přistižena, hrozí jí trest, až pětiletého odnětí svobody. Polsko povoluje potraty pouze po znásilnění a incestu, které musí schválit komise. (WWW.ANARCHISMUS.ORG)

4.4 RAKOUSKO

„Náhradní mateřství je v Rakousku zakázáno (§2 a §3 FMedG, Zákon o reprodukčním lékařství v platném znění; Spolková sbírka zákonů BGBl. 275/1992). Dle §137b Všeobecného občanského zákoníku rakouského (ABGB) je matkou dítěte vždy ta žena, která dítě porodila, tedy náhradní matka – a nikoliv objednavatelka náhradního mateřství. Dítě narozené zahraniční náhradní matce tak nezískává rakouské státní občanství podle §7 Zákona o státním občanství 1985 v platném znění (Spolková sbírka zákonů BGBl. 311/1985), i když je objednavatelka náhradního mateřství rakouskou

státní občankou. Z tohoto důvodu nemohou rakouské zastupitelské úřady v zahraničí vystavit pro dítě narozené zahraniční náhradní matce ani doklad o rakouském státním občanství, ani rakouský pas nebo rakouský průkaz totožnosti.“ (THE AUSTRIAN FOREIGN MINISTRY IN PRAG, 2012)

4.5 SLOVENSKO

Slovenská republika se nachází v obdobné fázi jako Česká republika. Pokud by slovenská žena přijela do ČR za účelem provedení náhradního mateřství, a po zákroku by odjela zpět na Slovensko, bylo by to považováno za obcházení slovenských zákonů. (<http://www.bezplatnapravniporadna.cz/online-zdarma/rodinne-pravo/nezarazene/7967-nahradni-matka-materstvi-legislativni-pohled-ceske-republiky-a-slovenske-republiky.html>)

4.6 VELKÁ BRITÁNIE

„Surogátní mateřství je zde legální, ale je protiprávní ho inzerovat jako službu a platit za ni. Náhradní matka může také do šesti týdnů po porodu změnit svůj názor a dítě si ponechat.“ (PARKER-LITTLEROVÁ, 2010, s. 33)

V rámci zachování „dobrých mravů“ se náhradní matce vyplácí tzv. náležité výlohy. Problémem je stanovit hranice toho, co znamená náležitý. Tím, že každý člověk má své osobní hranice jinde. Za dobré mravy se považuje vyplacení min. částky, ve velikosti nákladů spojených s donošením a porodem dítěte. Ve Velké Británii, je možno získat plný rodičovský status, pokud není otec dítěte zapsán v rodném listě a je o něj požádáno do 6 týdnů od porodu. V takovémto případě ztrácí náhradní matka veškerá práva i povinnosti vůči potomkovi. A od chvíle uznání soudem ztrácí i zodpovědnost za jeho výchovu. Je-li otec v rodném listě zapsán, má vyživovací povinnost a veškerá práva vyplývající z platných právních předpisů Velké Británie. (PARKER-LITTLEROVÁ, 2010)

4.7 FRANCIE

Náhradní mateřství zde bylo zakázáno v roce 1994, avšak v roce 2009 byl proveden pokus o legalizaci, který neprošel pouze z důvodu toho, aby nebylo umožněno surrogátní mateřství gayům a lesbičkám. Avšak u umělého oplodnění jako takového platí ženám 4 pokusy až do 43 let. (LA VITA FELICE, 2010)

4.8 ITÁLIE

Vzhledem k velkému vlivu Vatikánu a moci katolické církve, je surogátní mateřství zakázáno. Řeší se morální a etické dilema toho, že náhradní matka nemá geneticky s plodem nic společného. A psychické dopady jak na náhradní matku, tak na biologické rodiče. (LA VITA FELICE, 2010)

4.9 ŘECKO

Surogátní mateřství je v Řecku podmíněné soudním rozhodnutím. Biologičtí rodiče si musí najít náhradní matku, sepsat smlouvu, podat podnět k soudu, a dokázat, že u případné biologické matky není možnost otěhotnění či donošení zdravého dítěte. (PARKER-LITTLEROVÁ, 2010)

4.10 PŘÍKLADY EVROPSKÝCH STÁTŮ S LEGALIZOVANÝM SUROGÁTNÍM MATEŘSTVÍM

Španělsko, Švýcarsko, Dánsko, Chorvatsko, Portugalsko, Norsko, Švédsko. (PARKER-LITTLEROVÁ, 2010)

4.11 PŘÍKLADY EVROPSKÝCH STÁTŮ S NELEGÁLNÍM SUROGÁTNÍM MATEŘSTVÍM

Holandsko, Belgie, Česká Republika, Finsko, Irsko. (PARKER-LITTLEROVÁ, 2010)

5 SUROGÁTNÍ MATEŘSTVÍ MIMO EVROPU

Problematika surogátního mateřství zasahuje nejen Evropu, ale také celý svět. Hlavně na Ukrajině je to populární způsob jak si „rychle“ vydělat nějaké peníze. Na internetových stránkách najdeme mnoho inzerátů a Ukrajina se pomalu ale jistě stává centrem porodnické turistiky.

5.1 ZÁPADNÍ STÁTY

5.1.1 Rusko

V Rusku je surogátní mateřství legální. Je povoleno zákonem. Řídí se vyhláškou 67 z Ministerstva zdravotnictví Ruska. Zákon o rodině v Rusku (od 08. 12. 1995, odd. 4, kap. 10, čl. 51, ods. 4, druhá část):

„... osoby, které jsou sezdané a daly svůj písemný souhlas k použití umělé inseminace nebo implantaci embrya svého dítěte, jsou v důsledku této metody zapsáni jako jeho rodiče v rodném listě. Osoby sezdané, které daly souhlas k implantaci embrya k donošení náhradní matce, mohou být napsané jako rodiče dítěte pouze se souhlasem náhradní matky, která dítě porodila.“ (http://mother-surrogate.com/sk/surrogacy/nahradni_materstvi_Rusku.html)

I v Ruském zákonodárství se najdou bílá místa jako například možnost náhradního mateřství pro nesezdané páry či pro svobodné muže. (LA VITA FELICE, 2010)

5.1.2 Ukrajina

Na Ukrajině je surogátní mateřství za úplatu naprosto legální a rozmohl se s ním docela slušný byznys. Na mnoha internetových stránkách se nabízejí ženy, které za úplatu odnesou dítě, např.: <http://mother-surrogate.com>. Na těchto stránkách si každý může vybrat ženu, která mu dítě donesí, či poskytne vajíčko k umělému oplodnění.

Tab 1: Příklad ceníku pro náhradní matky z Ukrajiny:

Balíček služeb „Náhradní matka“ jen pro klienty z Evropy (v Eurech)	
Popis služby	Náklady na služby (v Eurech)
Služby poskytované v „La Vita Felice“ centru náhradního mateřství	
Cena za výběr náhradní matky a její příprava do programu	2890
Hodnota odměny pro náhradní matku	6000
Náklady na stravování za 9 měsíců těhotenství (sazba 250 EUR/ měsíc)	2250
Náklady na mateřské oblečení	1000
Náklady na životní pojištění náhradní matky	400
Náklady na kurátorské služby po celou dobu těhotenství	450
Bonus pro náhradní matku	1000
Náklady na registraci novorozence	1200
CELKEM	15190
Služby poskytované klinikou IVF	
Jeden pokus o IVF nebo ICSI	2526
CELKOVÝ SOUČET	17716

Zdroj: <http://surrogate-mother-cost.com/index.php/eur.html>

6 SUROGÁTNÍ MATEŘSTVÍ V USA (PŘÍKLADY)

Vzhledem k tomu, že USA je složeno z několika různých pod států, z nichž každý má svou vlastní právní úpravu, liší se i legislativa týkající se i surogátního mateřství. USA svým nerovným názorem na tuto problematiku dává párům možnost surogátní mateřství podstoupit, avšak ne ve státech kde je to přísně zakázáno, ale podněcuje medicínskou turistiku. Kde páru stačí přejet hranice do jiného státu a tam si najít náhradní matku. (INTENDED PARENTS, www.creatingfamilies.com)

6.1 KALIFORNIE

Kalifornie je jeden ze států, kde jsou k otázkám náhradních reprodukčních strategií nejtolerantnější. Platí tam zákony, které by se dali považovat za ideální. V případě, že se pár rozhodne pro surogátní mateřství, ať už s vlastním, či darovaným biologickým materiálem. Podepisují oba souhlas s tím, že se stávají rodiči, a to i v případě, že se dítě narodí s poškozením či deformitou. Je tak zajištěna právní ochrana dítěte a zajištění rodičovských práv a povinností u biologických rodičů. (INTENDED PARENTS, www.creatingfamilies.com)

6.2 ARKANSAS A TEXAS

Tyto státy patří spolu s Kalifornií k Americkým státům s nejpropracovanější úpravou surogátního mateřství. To je povoleno, avšak smlouvy kontroluje soud a schvaluje, zda může být provedeno. (WWW.OLSER.CZ)

6.3 AMERICKÉ STÁTY SE ZÁKAZEM SUROGÁTNÍHO MATEŘSTVÍ

District of Columbia, Indiana, Michigan, New York. (LA VITA FELICE, 2010)

7 LEGISLATIVA TÝKAJÍCÍ SE SUROGÁTNÍHO MATEŘSTVÍ

V době psaní této bakalářské práce vstupuje do parlamentu novela zákona, která projde-li, bude umožňovat surogátní mateřství, ale pouze mezi rodinnými příslušníky (sestry, matka x dcera). V této práci se budeme opírat o zákony a normy platné v tuto chvíli.

V naší republice by zákonodárci museli změnit ne jeden ale rovnou několik zákonů a norem. V první řadě by se změna týkala Zákona o rodině, v posledním platném znění zákona č. 94/1963 Sb. a jeho novel, např. č. 94/1998 Sb. Z dalších například Zákon o Úmluvě o právech dítěte č. 104/1991 Sb., Zákon o péči o zdraví lidu v posledním znění zákona č. 167/1998 Sb. a v neposlední řadě Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny – Úmluva o lidských právech a biomedicině. (<http://bezplatnapravniopradna.cz>)

7.1 ZÁKON O RODINĚ 94/63 Sb.

Zákon o rodině § 50a říká, že „*Matkou dítěte je žena, která dítě porodila*“. V souvislosti se surogátním mateřstvím se neslučuje již hlavní myšlenka – dítě porodí náhradní matka. Od doby vzniku tohoto zákona uplynulo již mnoho let a je pravdou, že není tak „vousatý“ jako jiné, ale jeho aktuální podoba činí surogátní mateřství „mimo zákonné“. Nemyslíme tím nelegální, ale ani trestné. (www.zakonycr.cz)

Dále § 54 (3): „*Je-li dítě počato umělým oplodněním ženy z asistované reprodukce podle zvláštního právního předpisu [7b], považuje se za otce muž, který dal k umělému oplodnění ženy podle tohoto zvláštního právního předpisu souhlas, pokud by se neprokázalo, že žena otěhotněla jinak.*“ (www.zakonycr.cz)

§58 (2): „*Otcovství k dítěti narozenému v době mezi sto osmdesátým dnem a třístým dnem od umělého oplodnění vykonaného se souhlasem manžela nejde popřít. Otcovství však lze popřít, jestliže by se prokázalo, že matka dítěte otěhotněla jinak.*“ (www.zakonycr.cz)

7.2 NÁVRH PRÁVNÍ ÚPRAVY V ČR

V České republice bychom mohli, jako odrazový můstek, použít právní úpravu jiného státu. Jako nejvhodnější se nabízí Velká Británie. Tam je surogátní mateřství legální, ale pouze jako dobročinná akce. Nelze za něj chtít poplatek (nepočítají se do toho výlohy na těhotenství a porod), a nesmí být inzerováno jako služba. Většinou se otec uvádí do rodného listu, tudíž má k dítěti všechna práva a povinnosti. Náhradní

matka má právo na změnu názoru ve lhůtě šesti týdnů. Pokud se tak stane otci práva a povinnosti nezanikají i kdyby byla náhradní matka vdaná. Jinak se náhradní matka dítěte oficiálně vzdá, musí nový rodiče požádat o uznání rodičovství a náhradní matce zanikají práva a povinnosti k dítěti (PARKER-LITTLEROVÁ, 2010).

8 CENA SUROGÁTNÍHO MATEŘSTVÍ

Peníze vládnu světem a tak i u tohoto tématu je potřeba zaměřit se na cenu této procedury. Každá věc něco stojí a přání mít vlastní dítě je tak veliké, že spousta žen, které děti mít nemohou si ani neuvědomují, že ceny jsou často přemrštěné a surogátní matky to dělají pouze pro peníze. Ne vše je ale černobílé. Existují také ženy, které se stávají náhradními matkami, aniž by za to požadovali jakoukoli finanční kompenzaci.

8.1 CENA ZA LEGÁLNÍ MATEŘSTVÍ

V této době se centrem „porodní turistiky“ stává Indie, kde se náklady na náhradní matku a její mateřství pohybují v té nižší kategorii a jsou nejlevnější, pokud pár nechce jako surogátní matku Ukrajinku nebo Rusku. Cena za kompletní servis včetně oplodnění a porodu pohybuje okolo 10-28.000 Euro. Připočítáme-li k této ceně i náklady za pobyt v hotelu biologickým rodičům, stále se pohybujeme na 1/3 ceny Velké Británie. (www.olser.cz)

V USA se cena liší dle jednotlivých států, ale cena se průměrně pohybuje okolo 50.000 dolarů. Což je cca 35.000 Euro => 900.000 Kč.

Na Ukrajině a v Gruzii se se surogátního mateřství stal veliký obchod a pro mnoho žen jediným zdrojem obživy. Cena kompletního servisu je kolem 9.000 Euro => 230.000 Kč. (www.olser.cz)

8.2 DOBROČINNÉ FORMY

V mnoha státech je povolena pouze tzv. dobročinná forma surogátního mateřství. V praxi to znamená, že surogátní matka by neměla dostat za donošení dítěte zaplacen. Ovšem jako všechno a všude se dá tento zákon obejít. Tato forma je například platná v Kanadě – kromě Quebecu – kde je zakázána jakákoli forma.

Ve Velké Británii je to možné, avšak čekací doby na schválení toho úkonu jsou velmi dlouhé. Také platí vyhláška, že biologičtí rodiče by měli platit pouze za náklady spojené s těhotenstvím a porodem. Tudíž oblečení, vitamíny, cestovné, atd. průměrně 10 – 15.000 liber. (www.olser.cz)

9 KRITÉRIA PRO VÝBĚR SUROGÁTNÍ MATKY

Jako má každá země svoji právní úpravu, stejně se liší i kritéria pro výběr náhradní matky. Většinou se ale všechny státy shodují v několika bodech. Tyto body mají za úkol protřídit ženy, které nejsou vhodné, nebo je u nich riziko, že by si mohli dítě ponechat (např. prvorodička).

9.1 SHODNÁ KRITÉRIA

- Náhradní matka musí mít alespoň jedno dítě.
- Hlavní motivací by neměly být peníze, ale touha pomoci (tvrdí to všechny státy, ale ve spoustě z nich je praxe jiná).
- Věk mezi 20 až 38 lety.
- Bezúhonná, zdravá, mít dobrý životní styl.
- Její předchozí těhotenství musela proběhnout bez komplikací (v některých státech neakceptují ani GDM)
- V její minulosti se nesmí najít žádné tzv. prohřešky proti zdraví – kouření, nadměrné pití alkoholu, dlouhodobé užívání léků či požívání drog.
- Důležitý je i výsledek psychologického pohovoru, který musí každá žena absolvovat. Musí být psychicky stabilní a neměla by mít v minulosti žádné deprese, agresivní stavy a krize. (HONZÁK, 2010 + organizace COTS)

„Pokud žena vyhovuje těmto základním kritériím, musí ještě projít sérií náročných psychologických testů, při kterých se zkoumá její motivace, očekávání, postoje její rodiny apod. Žena, která neprožila těhotenství, nepřipadá jako surogátní matka v úvahu, protože není schopná racionálně posoudit, k čemu se vlastně zavazuje, a navíc riziko, že by si dítě chtěla ponechat, je příliš vysoké. Obdobná kritéria pro výběr surogátních matek uvádí na svých internetových stránkách naprostá většina zprostředkovatelských agentur.“ (www.porodnice.cz, zdroj: ZdraviWeb.cz)

PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část byla vypracována formou pohovoru s respondentkou. Na její přání neuvádíme žádné informace, podle kterých by byla dohledatelná. Nikde v práci se také neobjeví jméno nemocnice, která toho náhradní mateřství umožnila. Všechny uvedené informace jsou schváleny všemi respondenty.

10 ANAMNÉZY

V této kapitole jsou popsány anamnézy všech tří klientů, včetně biologického otce dítěte. Není zde uvedena anamnéza manžela surogátní matky, jelikož pro naši problematiku je bezvýznamná. Anamnestické údaje byly sebrány pomocí osobních rozhovorů, či elektronické komunikace.

10.1 ANAMNÉZA SUROGÁTNÍ MATKY

(matka B)

10.1.1 Osobní anamnéza

Věk: 39 let,

v dětství běžné dětské nemoci, ve 13 ti letech zápal plic.

KS: A.

Rh: +.

HBsAg: negativní.

Protilátky: negativní.

HIV: negativní.

10.1.2 Rodinná anamnéza

Matka: pracovala jako dělnice, nyní v důchodu. Interně se s ničím neléčí, zdráva.

1969 spontánní porod záhlavím hoch 3150 g/ 51 cm, zdrav.

1972 spontánní porod záhlavím děvče 3010 g/ 50 cm, zdráva.

1976 potrat v 9 t.t.

Otec: zemřel v roce 2008 na infarkt myokardu, interně se s ničím neléčil.

Bratr: běžné dětské nemoci, stav po operaci kolene na levé dolní končetině, interně se s ničím neléčí, zdrav.

10.1.3 Gynekologická anamnéza

Menarché: od 12 let,

menstruace pravidelná 25-4, bez obtíží

HAK: neguje.

Porody: 1991 spontánní porod záhlavím – hoch 3200/50, fyziologický. Kojila 6 měsíců. Dítě zdravo.

1995 spontánní porod záhlavím – hoch 2890/51, fyziologický. Kojila 8 měsíců, dítě zdravo.

2000 spontánní porod záhlavím – děvče 3420/51, fyziologický. Kojila 5 měsíců, dítě zdravo.

2010 spontánní porod záhlavím t.t. 39+5 – děvče 2950/49, fyziologický.
Stav po embryotransferu

Potravy: 0.

UPT: 0.

GBS: negativní .

GDM: nemá.

2009 úspěšný pokus o embryotransfer.

10.1.4 Farmakologická anamnéza

HAK – nikdy nepoužívala,
pravidelně žádné léky neužívá.

10.1.5 Abúzus

Nekuřačka,
alkohol příležitostně,
černá káva 1x denně.

10.1.6 Alergologická anamnéza

Klientka žádné alergie neudává.

10.1.7 Pracovní anamnéza

Ukončené vzdělání: středoškolské s maturitou.

Po maturitě nastoupila na mateřskou dovolenou s prvním synem. Poté znovu otěhotněla a nastoupila na další mateřskou dovolenou. V roce 1997 nastoupila na hlavní pracovní poměr jako prodavačka v obchodním řetězci. V roce 1999 otěhotněla potřetí a do nynějška je ženou v domácnosti.

10.1.8 Sociální anamnéza

Klientka je vdaná, má své tři děti – dva chlapce a jedno děvče. Do roku 2011 žila s rodinou v panelovém domě v Praze 11. Poté manžel dostal pracovní nabídku v USA a tak se tam celá rodina přestěhovala.

10.2 ANAMNÉZA BIOLOGICKÉ MATKY

(matka A)

10.2.1 Osobní anamnéza

Věk: 30 let.

V dětství běžné dětské nemoci, v roce 2000 (18 let) přežila těžkou autonehodu, po které prodělala několik operací. Klientka měla vnitřní zranění břicha a poškozenou dělohu, kterou se nepodařilo zachránit a lékaři jí ji museli odebrat. Po autonehodě docházela klientka dobrovolně k psychiatrovi, kvůli špatným snům a depresím.

Po autonehodě prodělala řadu operací. Měla komplikovanou zlomeninu levé horní končetiny, rozdrčený kotník na pravé dolní končetině. Těžký otřes mozku. Mnoho vnitřních zranění.

10.2.2 Rodinná anamnéza

Matka: běžné dětské nemoci, interně se s ničím neléčila, zemřela v roce 2000 při autonehodě. V roce 1982 spontánní porod plodu záhlavím, děvče 2570g / 50 cm. Kojila 5 měsíců.

Otec: běžné dětské nemoci, později hypertenze, léčen, zemřel v roce 2000 při autonehodě.

Sourozenci: nemá.

10.2.3 Gynekologická anamnéza

Menarché ve 13ti letech.

Menstruace: pravidelná 28/5, b.o.

V roce 2000 po autonehodě hysterektomie. Adnexa ponechána.

HAK: po 3 roky do ztráty dělohy.

10.2.4 Farmakologická anamnéza

Do roku 2000 pouze HAK.

Po roce 2000 stabilizátory nálady, antidepressiva

10.2.5 Abúzus

Léčena pro depresivní stavy, odnaučená kuřačka. Dříve až 20 cigaret denně.

Alkohol příležitostně.

10.2.6 Alergologická anamnéza

Alergie klientka neudává.

10.2.7 Pracovní anamnéza

Středoškolské vzdělání zakončené Učňovskou zkouškou. Dále přerušeno nástavbové studium, z důvodu autonehody. Klientka školu nedodělala. V roce 2006 nastoupila jako pomocná síla do kuchyně v restauraci.

10.2.8 Sociální anamnéza

Vdaná od roku 2007. Manželé se původně dohodli, že dítě adoptují. Avšak v roce 2008 se klientka dozvěděla o možnostech surrogátního mateřství.

10.3 ANAMNÉZA BIOLOGICKÉHO OTCE

Anamnéza biologického je v práci uvedena z důvodu toho, že i otec by měl být zahrnut do celého procesu. To on totiž bude v budoucnu vychovávat dítě, které po devět měsíců nosila pod srdcem náhradní matka. Myslíme si, že na otce u tématu surrogátního mateřství není brán dostatečný zřetel a dost často je opomíjen.

10.3.1 Osobní anamnéza

Narozen v roce 1979. Podnikatel v restauračním provozu. Ženat od roku 2007. V roce 2009 vyšetřen v jednom z center asistované reprodukce. Shledán plodným.

10.3.2 Rodinná anamnéza

Matka: stařecký diabetes, jinak klinicky zdráva.

Otec: ve stáří hypertenze, jinak zdrav.

Sourozenci: nemá

10.4 PRVNÍ KONTAKT

Biologická matka (pro snadnější orientaci dále matka A) se od své známé dozvěděla o problematice náhradních matek. Vyhledala si na internetu všechny dostupné informace, a přes známou v jednom z center asistované reprodukce se potkala s klientkou B, a jak obě říkají, na první pohled si padli do oka. I manželovi se náhradní matka líbila. A jelikož splňovala všechny podmínky důležité k tomu, aby se stala surogátní matkou přímo pro tento pár. Podstoupila v roce 2009 1. pokus o embryotransfer. Tento pokus dopadl úspěšně. Embryo se uchytilo.

11 MODEL FUNKČNÍHO ZDRAVÍ DLE M. GORODNOVÉ

Model funkčního zdraví zkoumá 12 oblastí potřeb a denních aktivit. Tyto potřeby jsme rozebrali z pohledů obou žen, které se tohoto procesu zúčastnily. Chceme-li zkoumat, jaké jsou zkušenosti s touto problematikou, musíme se věnovat všem osobám, které jsou do toho začleněny.

11.1 VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ

A – biologická matka

Nyní se už vnímá jako relativně zdravá osoba. Po roce 2000 kdy při autonehodě přišla o dělohu, skončila u psychiatra právě z důvodu porušení vnímání sebe sama.

B – surogátní matka

S vnímáním sebe sama nikdy neměla žádný problém. Dobře si uvědomuje rizika, i psychickou náročnost surogátního mateřství. Jak ona tak její manžel jsou dle psychologických testů i svého vlastního vyjádření s tímto statutem dobře vyrovnáni.

11.2 VÝŽIVA A METABOLISMUS

A – biologická matka

V této chvíli nemá klientka žádné problémy spojené s touto problematikou.

B – surogátní matka

Klientka po dobu těhotenství užívala výživové doplňky pro těhotné ženy. Během těhotenství přibrala 12 Kg.

11.3 VYLUČOVÁNÍ

A – biologická matka

V této chvíli nemá klientka žádné problémy spojené s touto problematikou.

B – surogátní matka

Vzhledem k pokročilému stadiu těhotenství, pociťuje klientka časté nucení na močení.

11.4 AKTIVITA A CVIČENÍ

A – biologická matka

V této chvíli nemá klientka žádné problémy spojené s touto problematikou. Aktivně se připravuje na roli budoucí matky.

B – surogátní matka

Klientka před tím, než se stala surogátní matkou, byla zvyklá denně cvičit a posilovat. Z důvodu těhotenství je však posilování nemožné. Klientka se alespoň náhradou aktivně věnuje těhotenskému tělocviku.

11.5 SPÁNEK A ODPOČINEK

A – biologická matka

S blížícím se porodem surogátní matky sužuje biologickou matku nespavost. Má strach s blížícího se porodu a jeho případných komplikací.

B – surogátní matka

Klientka se cítí unavená. Biologická matka má strach z porodu a jeho možných komplikací a tak ji každé dvě hodiny budí, jestli je v pořádku.

11.6 VNÍMÁNÍ - POZNÁVÁNÍ

A – biologická matka

V této chvíli nemá klientka žádné problémy spojené s touto problematikou.

B – surogátní matka

V této chvíli nemá klientka žádné problémy spojené s touto problematikou.

11.7 SEBEPOJETÍ

A – biologická matka

Klientka se i přes strach z budoucího mateřství v tuto chvíli chápe již jako matka a aktivně se připravuje na svoji budoucí roli.

B – surogátní matka

Klientka B prožívá dle svých slov radost až euforii ze sebe sama. Cítí se povzneseně, že pomáhá bezdětnému páru k vytouženému potomku. Avšak pociťuje nepohodu, jelikož přibrala více jak 10 Kg.

11.8 ROLE A VZTAHY

A – biologická matka

Klientka se již chápe jako matka, ačkoliv se dítě ještě nenarodilo. Vztah s manželem hodnotí dle svých slov jako: „Čím dál lepší.“

B – surogátní matka

Klientka je velmi dobře vyrovnaná s tím, že ačkoli nosí dítě, jeho matkou není. S biologickou matkou má velmi dobrý vztah. Dohodli se na tom, že se přestěhují blíže k sobě a budou se navštěvovat.

11.9 SEXUALITA

A – biologická matka

V této chvíli nemá klientka žádné problémy spojené s touto problematikou.

B – surogátní matka

Po dohodě s biologickými rodiči klientka po dobu těhotenství se svým manželem nesouloží. Pociťuje následky sexuální abstinence, která se projevuje na vztahu s jejím manželem.

11.10 STRES

A – biologická matka

Klientka se cítí stresována situací kolem porodu a následné péče o dítě. Bude hospitalizována se surogátní matkou a dítětem na dvoulůžkovém pokoji, aby si na dítě postupně zvykala.

B – surogátní matka

Dle svých slov nemá klientka se stresem problém, akorát jí mírně obtěžuje, že neustále musí uklidňovat biologickou matku, ale chápe její situaci a snaží se s tím vyrovnat.

11.11 VÍRA, ŽIVOTNÍ HODNOTY

A – biologická matka

Klientka se cítí konečně jako plnohodnotná žena, těší se na dítě a věří v krásnou budoucnost a příjemné starosti s dítětem.

B – surogátní matka

Klientka říká, že našla své poslání, a kdyby to bylo možné, chtěla by být náhradní matkou znovu. Vzhledem k pokročilému věku to už pravděpodobně nebude možné.

11.12 JINÉ

V této oblasti se klientky shodli, že už není co dodat.

12 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

V rámci ošetřovatelského procesu a vypracování ošetřovatelského modelu, jsme z oblastí, kde klientky pocitovaly deficit, sestavili několik diagnóz. V tomto případě se zdá situace klidná, ale kvůli autonehodě a psychickým problémům je zde vysoké riziko neočekávaných problémů.

12.1 AKTUÁLNÍ DIAGNÓZY

12.1.1 Diagnóza A1

Nedostatek spánku u biologické matky z důvodu strachu z porodu, projevující se přehnanou péčí o surogátní matku a mírnou podrážděností.

12.1.2 Diagnóza A2

Pocit stresu a tlaku z okolí u biologické matky, z důvodu očekávaného porodu a následné péče o dítě, projevující se plačtivostí, plachostí a verbálními projevy.

12.1.3 Diagnóza A3

Porušené sebepojetí u surogátní matky, z důvodu sexuální abstinence projevující se verbálně.

12.1.4 Diagnóza A4

Únava surogátní matky z důvodu nevyspání projevující se sníženou schopností vnímání a častého mikro spánku.

12.1.5 Diagnóza A5

Snížení schopnosti přijímání potravy u biologické matky z důvodu stresu, projevující se nechutenstvím a pocitem přeplněného žaludku.

12.2 POTENCIONÁLNÍ DIAGNÓZY

12.2.1 Diagnóza P1

Riziko spánkové poruchy u surogátní matky z důvodu přehnaného strachu biologické matky, která jí každé 2 hodiny vzbudí.

12.2.2 Diagnóza P2

Riziko návratu psychických problémů biologické matky z důvodu pocitu přetížení a vysokých nároků.

12.2.3 Diagnóza P3

Riziko poškození či úmrtí plodu z důvodu nadměrného cvičení surogátní matky.

12.2.4 Diagnóza P4

Riziko vzniku poruchy příjmu potravy z důvodu již aktuálního snížení chuti k jídlu a pocitu přeplněného žaludku.

13 DIAGNÓZA A1

Tuto diagnózu jsme stanovili na základě vyjádření surrogátní matky a biologického manžela.

Diagnóza: Nedostatek spánku u biologické matky z důvodu strachu z porodu, projevující se přehnanou péčí o surrogátní matku a mírnou podrážděností.

13.1 STANOVENÍ CÍLE

Dopomoci biologické i surrogátní matce k lepšímu a kvalitnějšímu spánku.

13.2 PLÁNOVÁNÍ

- Naplánovat a připravit plán edukace biologických rodičů o porodu, poučit je o důležitosti spánku a odpočinku jak pro surrogátní matku, tak pro plod.
- Je potřeba edukaci rozložit do delšího časového úseku a zjistit, zda biologická matka edukaci porozuměla.
- Vysvětlit biologické matce, že není nutné surrogátní matku budit, a domluvit sezení obou žen, na které připravit řízený rozhovor na téma odpočinku.

13.3 REALIZACE

Naplánovanou edukaci biologické matky jsme rozložili do tří dnů. Prováděna byla ve 38. týdnu těhotenství surrogátní matky. Následovalo sezení klientek.

Den 1: S biologickou matkou jsme probrali fáze porodu. Byl kladen důraz na fakt, že během porodu bude surrogátní matka potřebovat mnoho energie, které se jí v tuto chvíli nedostává z důvodu trvalého rušení biologickou matkou.

Den 2: Rychlé zopakování minulé edukace, zodpovězení klientčinych otázek. Následná edukace na téma poporodní ošetření novorozence a péče o něj v prvních dvou dnech života.

Den 3: Rychlé zopakování minulé edukace, zodpovězení klientčinych otázek. Pokračování edukací na téma: Péče o dítě od narození do jednoho roku života. Následoval řízený rozhovor obou žen na téma odpočinku, kde se obě ženy vyjádřily k problému, a společně se domluvili na dodržování určitých pravidel, podle kterých bude probíhat jejich následná komunikace.

13.4 ZHODNOCENÍ

Týden po edukaci a řízeném rozhovoru se klientky cítí mnohem lépe, surogátní matka se cítí odpočatá. Biologická matka taktéž, avšak projevila přání o další sezení, kde by se ještě mohla zeptat na pár doplňujících otázek. Obě klientky lépe spí.

Cíl k diagnóze A1 byl splněn.

14 DIAGNÓZA A2

Tuto diagnózu jsme stanovili na základě projevů klientky. Manžel ji našel, jak se doma psychicky hroutí.

Diagnóza: Pocit stresu a tlaku z okolí u biologické matky, z důvodu očekávaného porodu a následné péče o dítě, projevující se plačtivostí, plachostí a verbálními projevy.

14.1 STANOVENÍ CÍLE

Odstranit pocity stresu a tlaku pomocí účinné edukace okolí biologické matky.

14.2 PLÁNOVÁNÍ

- Zajistit edukační sezení pro rodinu biologické matky, především jejího manžela.
- Zajistit si dostatek času pro samostatnou práci s manželem.
- Naplánovat samostatné sezení pro biologického otce s možností nácviku péče o novorozence.
- Vyptat se biologického otce na aktuální situaci doma, jak se biologická matka chová, není-li v nemocničním zařízení nebo pod kontrolou lékařského personálu.
- Zjistit, zda manžel dochází s klientkou na sezení u psychiatra.

14.3 REALIZACE

Po telefonickém rozhovoru s biologickým otcem jsme si dohodli sezení na druhý den edukace biologické matky. Jejímu sezení přítomen nebyl. Po skončení s biologickou matkou byly otcí poskytnuty stejné informace a praktický nácvik. V závěru sezení se svěřil s tím, že si není jistý, že biologická matka zvládne samostatně péči o dítě. Po domluvě se surrogátní matkou bylo dohodnuto, že se na prvních pár týdnu nastěhuje do jejich domu a s péčí o dítě biologické matce pomůže.

14.4 ZHODNOCENÍ

Na sezení týden po edukaci se biologičtí rodiče svěřili s tím, že doma spolu probrali získané informace a ve volném čase nacvičují péči o novorozence na panence. Biologická matka se, dle svých slov cítí mnohem více jistá svým počínáním a pochvaluje si podporu manžela. Na základě pečlivě vybraných otázek jsme zjistili, že plačtivost a příznaky stresu u biologické matky ustoupili. Její manžel se v tuto chvíli

také cítí jistější. V minulém týdnu navštívil s ženou jejího psychiatra a po jeho ujištění, že klientka nejeví příznaky nervového zhroucení, se cítí klidněji i on.

Cíl k diagnóze A2, odstranit pocit stresu a tlaku z okolí, byl splněn.

15 DIAGNÓZA A3

Diagnóza: Porušené sebepojetí u surogátní matky, z důvodu sexuální abstinence projevující se verbálně.

Tato diagnóza vyplynula ze situace, kdy biologický manžel na sezení řekl lechtivý vtip a manžel náhradní matky nepřiměřeně agresivně reagoval.

15.1 STANOVENÍ CÍLE

Navrátit surogátní matce sebepojetí. Za pomoci konzultace s jejím manželem.

15.2 PLÁNOVÁNÍ

Naplánovat rozhovor se surogátní matkou a jejím manželem. Dopomoci jim k navázání vzájemné konverzace na téma nucené sexuální abstinence podobu těhotenství a šestinedělí.

15.3 REALIZACE

Se surogátní matkou a jejím manželem byla domluvena první schůzka, na kterou se manžel nedostavil. Jako omluvu řekl, že musí do práce. Sezení se tedy přesunulo na další týden ve stejnou dobu. Surogátní matka se svěřila s tím, že do žádné práce nejde, akorát je mu nepříjemná myšlenka, že by měl probírat svoje sexuální problémy před cizími lidmi. Na příští týden jsme si tedy sezení upravili. Pozvali jsme psychologa a vedení tohoto sezení jsme přenechali na něm. Po jeho skončení jsme se souhlasem manžela naplánovali rozhovor i s jeho manželkou a biologickými rodiči. Rozhovor proběhl ve velice klidném duchu.

15.4 ZHODNOCENÍ

První pokus o navrácení sebepojetí surogátní matky se nezdařil. Jelikož její manžel nechtěl spolupracovat kvůli pocitu studu. Nebylo mu příjemné probírat svoji sexuální deprivaci s okolím. Avšak druhý pokus o dosažení cíle k diagnóze A3 byl úspěšný. Partner se uvolil promluvit si s přivolaným psychologem. Následná konfrontace všech zúčastněných stran pomohla vyřešit klientčin problém.

16 DIAGNÓZA A4

Diagnóza: Únava surogátní matky z důvodu nevyspání projevující se sníženou schopností vnímání a častého mikro spánku.

Tuto diagnózu jsme si stanovili na základě pozorování surogátní matky. Na sezeních se nesoustředila, usínala a vizuálně vypadala znaveně.

16.1 STANOVENÍ CÍLE

Odstranit pocit únavy a navrátit schopnost plného vnímání.

16.2 PLÁNOVÁNÍ

1. Rozmluvit surogátní matce nápad, že se před biologickou matkou schová na týden u kamarádky.
2. Vysvětlit jí jaký dopad by tento útěk mohl mít na psychiku biologické matky.
3. Promluvit si s biologickou matkou na téma spánku.
4. Vytvořit plán, jak zmírnit biologické matce strach a surogátní matce dopomoci k lepšímu odpočinku
5. Domluvit společné sezení obou zúčastněných párů.
6. Přednést návrh na společný víkend v jednom hotelu. A jeho hlavní myšlenku, že čím blíže si obě matky budou, tím lépe jim oběma bude. Biologická matka uvidí, že surogátní matka je v pořádku, zklidní se. Tím pádem nebude vyvíjet na surogátní matku takový nátlak a ta si bude moci v klidu odpočinout.

16.3 REALIZACE

Na sezení byl přednesen návrh na společný víkend. Surogátní matka se svěřila s obavami, že efekt bude spíš opačný. Ale nakonec s tímto návrhem souhlasila. Biologičtí rodiče navrhli, že by se mohlo jet k nim na letní baráček. Tento návrh byl však zamítnut, jelikož k tomuto účelu je potřeba neutrální prostředí. Nakonec společnými silami páry vybrali chatičku v Podkrkonoší a zaplatili si víkendový pobyt.

16.4 ZHODNOCENÍ

Zhodnocení proběhlo dva dny po návratu z Podkrkonoší. Obě matky se cítí mnohem lépe. Biologická matka si díky blízkosti se surogátní matkou nepřipadala tak bezmocná, spíše měla pocit, že má vládu nad situací. Díky těmto pocitům dala surogátní matce mnohem více času na odpočinek a ta přestala mít obtíže s mikro spánkem a usínáním.

17 DIAGNÓZA A5

Diagnóza: Snížení schopnosti přijímání potravy u biologické matky z důvodu stresu, projevující se nechutenstvím a pocitem přeplněného žaludku.

Manžel biologické matky si všiml, že poslední dobou nejí a ztrácí se před očima. S tímto problémem se svěřil porodní asistentce a ta si následně pohovořila s klientkou.

17.1 STANOVENÍ CÍLE

Cíl 1: Dopomoci biologické matce k navrácení chuti k jídlu.

Cíl 2: Odbourat pocit plného žaludku u biologické matky.

Cíl 3: Zamezit riziku vzniku poruchy příjmu potravy či dalších obtíží plynoucích z nedostatku jídla.

17.2 PLÁNOVÁNÍ

1. Zjistit, jaký je důvod tohoto problému pomocí rozhovoru.
2. Odstranit příčinu daného problému.
3. Navrhnout klientce změnu jídelníčku či jinou úpravu jídel.
4. Zajistit aby klientka měla dostatečné množství stravy a správný poměr všech živin.
5. Vysvětlit klientce důležitost správné stravy a jejího složení.
6. Dopomoci klientce pochopit, že držením hladovky a odmítáním jídla nebude mít dostatek energie na péči o novorozence.

17.3 REALIZACE

Na sezení s klientkou jsme pozvali také nutričního terapeuta. Po úvodním seznámení a zhodnocení daného problému jsme se pod vedením terapeuta věnovali vytvářením koláží správné a nesprávné výživy, který si klientka vyvěsí doma nad ledničku. Pomocí správně mířeného rozhovoru jsme s klientkou probrali její pocity a pokusili jsme se odstranit její problém.

17.4 ZHODNOCENÍ

Klientka se za podpory svého manžela a našich terapeutických postupů zbavila pocitu plného žaludku. Přestala si stěžovat na nechutenství a začíná se jí navracet ztracená energie. Cíl 1: Dopomoci biologické matce k navrácení chuti k jídlu byl

splněn. Cíl 2: Odbourat pocit plného žaludku u biologické matky byl též splněn. Cíl 3: Zamezit riziku vzniku poruchy příjmu potravy či dalších obtíží plynoucích z nedostatku jídla. Zda jsme splnili tento cíl nelze v tuto chvíli zhodnotit. Ačkoli klientka se v tuto chvíli cítí lépe, nemůžeme za takto krátkou dobu určit, zda byl tento cíl s určitostí splněn.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI, DISKUZE

Dosud jsou doporučení pro manželské páry, které nemůžou mít vlastní dítě přirozenou metodou, velmi individuální. Jelikož není patřičně zpracovaná legislativa, která by umožňovala v rozšířené působnosti vyhovět bezdětným párům mít vlastního potomka. Jedinou plně legální formou jsou zde adopce.

V této práci jsme se zaměřili spíše na teoretickou stránku surogátního mateřství. Avšak toto téma by se mělo týkat učebních osnov porodních asistentek. Projde-li parlamentem nový návrh zákona, který umožní legálně a oficiálně poskytovat ženám tuto službu, bude to zatím povoleno pouze mezi ženami si příbuznými. Tudíž matka s dcerou a sestry. Původně měli být v zákonu zahrnuty i sestřenice a obgenetační příbuzní, ale na poslední chvíli byly z návrhu staženy.

Zaměříme-li se na to, že tento zákon projde parlamentem a stane se platným, musíme se zamyslet, kam tato situace povede. Určitě by se tomuto tématu mělo věnovat na školách pro porodní asistentky i všeobecné sestry.

Jedním z nejvíce zainteresovaných států je Ukrajina. V našem státě je mnoho Ukrajinských žen, které si tu vydělávají, avšak jejich životní úroveň je nízká. Bude to pro ně příležitost, jak si vydělat mnohem více peněz. Proto by se v zákoně měl stavit nějaký limit. Jaká si horní hranice. Surogátní matky by tuto „službu“ neměli poskytovat pouze za cílem vydělání peněz, ale prvotní cíl by měl být udělat dobrý skutek – pomoci někomu v těžké situaci.

Vzhledem k možnému uzákonění, by se na tyto možnosti mateřství měla připravit i zdravotnická zařízení. Myslíme si, že v této chvíli a za této situace nejsou zdravotnická zařízení připravená na péči a hospitalizaci obou matek. Většina zdravotnických zařízení nemá dostatečně situované pokoje, tak aby obě klientky měly dostatek času a soukromí. Další věc, co by se měla vyřešit, je situace, kdy bude potřeba dítěti podat nějaké medikamenty. Kdo o tom rozhoduje?

Ve stávajícím období (dosud chybí legislativní úpravy), se může vytvořit pro trojici až čtveřici (má-li náhradní matka manžela či partnera) zainteresovaných lidí mnoho dilemat. Jedním z nich může být situace, kdy se například na ultrazvuku zjistí, že plod má nějakou vadu, ať už malformační či genetickou. Stane-li se to v této době, kdo rozhodne o tom, zda surogátní matka půjde na potrat? A co když nastane situace, kdy si biologičtí rodiče přejí potrat, ale surogátní matka si potrat z osobních důvodů nepřeje. Anebo naopak, surogátní matka se nemůže srovnat s myšlenkou, že ve své děloze bude nosit poškozený plod. Avšak biologičtí rodiče si potrat nepřejí.

Rozmůže-li se tato metoda, nejsou na ni připraveny ani porodní asistentky. Některé se, dle vlastních slov, nepotřebují, aby jim na sále překáželi další lidé navíc. Další by zase ocenili, kdyby jim někdo toto téma přednesl a vysvětlil různá rizika. Porodní asistentky by ocenili nějaké kurzy a rady jak komunikovat s biologickou

matkou. Většina biologických matek bude chtít být od první chvíle se svým dítětem a představa, že by ho nechala samotné v porodnici se jim příčí. V tomto případě, jí bude muset nemocnice poskytnout pouze tzv. hotelovou službu, na kterou v tuto chvíli v našem zdravotnictví nejsou prostředky. Stane-li se ale z této formy mateřství trend dnešní doby, jako např. v USA, kde si hollywoodské hvězdy nechávají odnosit děti proto, aby si nezničili postavu, bude se muset zdravotnická společnost přizpůsobit. Zejména zpracováním této problematiky do výukových a edukačních materiálů pro porodnické pracovníky.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, za jakých podmínek se v ČR provádí surogátní mateřství a zaměřit se na tuto problematiku z pohledu zítřka. Vzhledem k tomu, že se spousta lékařů a zdravotnických pracovníků zainteresovaných do této problematiky pohybuje na hraně zákona, snaží se až na jednu kliniku k tomuto tématu pokud možno nevyjadřovat. Když se již vyjádřit musí, pokouší se mluvit tak, aby se z daných slov nedala poznat pravda. Surogátní mateřství je v poslední době přetřásaným tématem a dobrým námětem pro režiséry a scenáristy z celého světa. O poměrech v naší republice vypovídá pořad Na vlastní oči, kde koncem března odvysílali reportáž o ženách, které by chtěli být surogátními matkami. O znalostech těchto žen vypovídalo hodně to, že ani nevěděli, jak se surogátní mateřství provádí a o kolik by si za odnošení dítěte měli říct.

Toto téma je velice citlivé na psychiku. Je nutné, dbát na duševní pohodu všech zúčastněných stran. Zjistili jsme, že zdravotnická zařízení nejsou na tuto situaci řádně připravena. Na většině pracovišť chybí lůžka pro hospitalizaci obou matek. Nedostává se jim dostatečného pochopení a psychologické pomoci. Nemocniční personál není řádně proškolen o specifických péče o surogátní a biologickou matku během porodu. Matky v tuto chvíli řeší situaci tak, že si zaplatí jednu porodní asistentku, která je provede celým těhotenstvím až k porodu.

Dále jsme zjistili, že i v chystaných zákonech jsou chyby. Poslanci plánují změnit hlavně zákon o rodině z roku 63, ale k tomu, aby byly podchyceny všechny právní nedostatky, by bylo potřeba změnit více jak 50 různých zákonů a norem.

Závěrem bychom řekli, že ač se surogátní mateřství tváří jako jedna z léčebných metod. Musíme si položit otázku, zda zdravá žena má právo užívat si všechny výhody i nevýhody mateřství, které by jí bylo takhle umožněno, i když ona sama pro variantu mít dítě neudělala, nic víc, než vytáhla peněženku a zaplatila nejvyšší částku. Myslíme si, že naše společnost by se měla nad tímto tématem trošku pozastavit a než vypustí nějaký zákon či normu, mělo by se lidstvo řádně zamyslet. Kam až ten pokrok může zajít?

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BIBLE SVATÁ, ISBN: 80-900881-0-4.

CARSTEN J., 2000, *Cultures of relatedness: New approaches to the study of kinship*. Cambridge: Cambridge University Press. ISBN: 0-521-65627-3.

FRYŠTENSKÁ M., Otazníky kolem asistované reprodukce. *Právo a rodina*. 2004, č. 3.

GERRIS J., PhD 2004, *Assisted reproductive technologies. Quality and safety*. Taylor and Francis group ISBN: 1-84214-231-3.

GINSBURG F. D., 2002, *Conceiving the New World order. The global Politics of reproduction*. Berkeley: University of California press. ISBN: 0-520-08914-6.

GORON J. 2011, *100 questions and answers about infertility*. Canada: Jones and Barlett Learning, ISBN: 987-443-5000.

HAVELKOVÁ M., 2007/2008, *Právní aspekty asistované reprodukce*. Brno, diplomová práce. Masarykova univerzita. Právnická fakulta.

MACKŮ F. 2002, *Gynekologie*. Praha: ISBN 80-7333-001-6.

MARKENS S., 2007, *Surrogate motherhood and the politics of reproduction*. University of California, ISBN: 978-0-520-25203-5.

MURRAY T., 2003 *The worth of child*. University of California Press ISBN: 10-0520088360.

PARKER – LITTLEROVÁ C. 2010, *Průvodce těhotenstvím a porodem (Vše o Vašich 40 týdnech a ještě víc, na co se bojíte kohokoli zeptat)*. Praha: IKAR. ISBN 978-80-249-1376-6.

ŘEŽÁBEK K. 2008, *Léčba neplodnosti, 4. aktualizované vydání*. Praha, Grada. ISBN: 978-80-247-2103-3.

Internetové zdroje:

www.radaevropy.cz.

www.porodnice.cz.

www.zdraviweb.cz.

www.google.cz.

LA VITA FELICE www.mother-surrogate.com.

www.creatingfamilies.com.

www.mladazena.maminka.cz.

MUDr. HONZÁK CSc. www.radkin.estranky.cz.

KATOLICKÝ TÝDENÍK. *Bude u nás legální pronajímat dělohu?* Online [cit. 2010-01-24]. Dostupné na WWW:

<<http://www.katyd.cz/index.php?cmd=page&type=11&article=6829>>.

SURROGACY IN INDIA. *Law commission writes on surrogacy*. [online][cit. 2010-02-08]. Dostupné na WWW: <<http://blog.indiansurrogacylaw.com/2009/08/law-commission-writes-surrogacy/>>.

THE AMERICAN SURROGACY CENTER.[online][cit. 2010-02-06]. Dostupné na WWW: <<http://www.surrogacy.com/legals/article/txlaw.html>>.

Stop Neplodnosti. NÁHRADNÍ MATKY [online].[cit. 2010-01-09]. Dostupné na WWW:<http://stopneplodnosti.cz/download/neplodnost_v_médiích/20091030_Moje_zdraví_Náhradní_matky.pdf>.

Parlament České republiky. ÚSTAVA ČESKÉ REPUBLIKY. [online].[cit. 2009-12-05]. Dostupné na WWW: <<http://psp.cz/docs/laws/constitution.html>>.

<http://olser.cz/1838/kdyz-chce-byt-nahradni-matka-zivym-inkubatorem/>.

<http://www.bezplatnapravniporadna.cz/online-zdarma/rodinne-pravo/nezarazene/7967-nahradni-matka-materstvi-legislativni-pohled-ceske-republiky-a-slovenske-republiky.html>.