

Asistovaná reprodukce a pohled katolické církve

Jindřich Šrajcr

Úvod

Za neplodnost se obecně považuje neschopnost počít dítě při nechráněném pohlavním styku po dobu jednoho roku. V současnosti je to jeden z významných problémů mnoha partnerských dvojic. V Evropě je nárůst neplodnosti v posledních desetiletích alarmující.¹ Potěšitelnou není ani skutečnost, že oproti dřívějšímu dochází i ke změnám vnitřních dispozic a tužeb ženy a muže po dítěti. S poklesem porodnosti klesá i touha po dítěti.² Neplodnost však zůstává i nadále stigmatem. Žena či partnerská dvojice ji mohou vnímat subjektivně velmi tíživě.³ Na druhou stranu vzniká stále více specializovaných center asistované reprodukce, které nabízejí řešení problému neplodnosti. V posledních deseti letech se techniky asistované reprodukce velmi rozvinuly. Jedná se o nejvíce se rozvíjející, finančně lukrativní odvětví zdravotnictví. Přetrvávají zde však i nadále zdravotní rizika a celá řada naléhavých etických otázek.⁴

Magisterium katolické církve věnuje technikám asistované reprodukce patřičnou pozornost. Jde hlavně o dvě instrukce Kongregace pro nauku víry: *Donum vitae* (Dar života) o respektování počínajícího lidského života a o důstojnosti plození z 22. 2. 1987 a *Dignitas personae* (Důstojnost osoby) o některých otázkách bioetiky z 8. 9. 2008. Z jednoduchého srovnání obou dokumentů vyplývá, že katolická církev setrvává na dosud odmítavém stanovisku. Ani výsledky odborných diskusí, nové techniky a možnosti asistované reprodukce dosažené za posledních dvacet let ji nepřiměly ke změně postoje. V našem pojednání se proto ptáme po relevanci tohoto odmítavého stanoviska na základě reflexe palčivých etických otázek spojených s asistovanou reprodukcí. Kromě jiného i proto, že dnes již žije ve světě několik miliónů lidí, kteří se narodili jen díky technikám asistované reprodukce. Při realizaci našeho záměru volíme následující postup: nejdříve zmíníme některé souvislosti problému neplodnosti a asistované reprodukce; představíme její jednotlivé techni-

¹ Před 80 lety bylo neplodné každé desáté manželství, dnes je v Evropě neplodný v průměru každý pátý partnerský pár. Srov. k tomu Marek VÁCHA, *Místo, na němž stojíš, je posvátná země: O kruhu úcty k člověku, přírodě a celému vesmíru*, Brno: Cesta, 2008, s. 55.

² Porodnost v Evropě je dnes prokazatelně nízká. Srov. Jindřich ŠRAJCR, „Sociálně etický pohled na problematiku současné rodiny,“ in *Etické kontexty sociální práce s rodinou*, ed. Jindřich Šrajcr a Libor Musil, České Budějovice: Albert, 2008, s. 53.

³ Situaci „neplodných“ dnes neulehčuje ani skutečnost, že neprovdaná nebo neplodná žena už není většinou, ve srovnání s její pozicí v patriarchálních kulturách, např. starozákonním obdobím, sociálně handicapovaná nebo existenčně ohrožená.

⁴ První dítě narozené pomocí technik asistované reprodukce byla v roce 1978 Angličanka Louisa Brownová – ve východním bloku tomu bylo poprvé v roce 1982 v Brně. V České republice ze statistik z posledních let vyplývá, že z celkového počtu narozených dětí za jeden rok se jich zhruba kolem 3 % narodí pomocí těchto technik. Tři cykly asistované reprodukce u nás hradí pojišťovna. Srov. VÁCHA, *Místo, na němž stojíš, je posvátná země*, s. 55.

ky a nakonec reflektujeme výpovědi magisteria a komplex etických otázek s touto problematikou spojených.

1. NEPLODNOST A PROBLÉM ASISTOVANÉ REPRODUKCE

V praxi – která se následně promítá do utváření veřejného mínění – narážíme na jistou „zkratkovitost“ v rozhodování o provedení asistované reprodukce. Tato zkratkovitost se sama o sobě stává eticky problematickou. Často se totiž – bez předchozího využití ostatních možností – přistupuje rovnou k asistované reprodukci. Dnešní medicína stále není schopná odhalit všechny příčiny neplodnosti. Nové poznatky však přinášejí některá upřesnění, ze kterých je patrné, že řešení problému neplodnosti je možné v několika rovinách.

Neplodnost již není zdaleka jen problém žen. V současnosti je to skoro téměř v padesáti procentech případů problém mužů. Existuje také zhruba 5 % případů, kdy není u ženy ani u muže zjištěna žádná anomálie, přesto nedochází k žádoucímu těhotenství (tzv. idiopatická sterilita). Nárůst neplodných párů se mimo jiné spojuje s nezdravým životním stylem, s enormní psychickou zátěží, stresy současného moderního člověka. Hovoří se i o nedostatku pohybu (četná sedavá zaměstnání), o nevhodné módě a stravování, o ohrožování zdraví, např. kouřením, zvýšenou konzumací alkoholu a konzumací drog. Na neplodnost má vliv i život v ekologicky znečištěném ovzduší. U žen sehrává svou roli i odkládání manželství a narození prvního dítěte na pozdější dobu. Se zvyšujícím se věkem u nich stoupá nejen neplodnost, nýbrž i riziko narození nějak poškozeného dítěte. Tím, že vajíčka stárnou, klesá jejich kvalita.⁵ Nelze opomenout ani imunologické změny v důsledku častějšího střídání partnerů, dlouhodobé užívání antikoncepce, různé záněty pohlavních orgánů způsobené pohlavně přenosnými infekcemi, potraty aj.⁶

Pomineme-li prevenci neplodnosti (zdravý životní styl, neodkládání narození prvního dítěte aj.), může dobře zafungovat psychoterapeutická léčba, speciální pohybová cvičení, léčba medikamenty (hormonální léčba), operativní zákrok (např. zprůchodnění vejcovodů), resp. postupy, které mohou přispět ke zdárnému průběhu manželského aktu. Asistovaná reprodukce je, při řešení problému neplodnosti, řekneme na vrcholu pomyslné „pyramidy pomoci“.

Výše zmíněná „zkratkovitost“ asistovanou reprodukci vědomě či nevědomě upřednostňuje, nadřazuje ostatním možnostem. Neplodní manželé, kteří se obrátí s problémem na odborníka, jsou mnohdy automaticky odkazováni na specializovaná centra asistované reprodukce, aniž by se jim nabízely jiné varianty řešení problému bez zdravotních rizik a etických otázek.⁷ Nelze se ubránit dojmu, že za touto

⁵ Do třiceti let žena vyčerpá 90 procent vajíček vhodných k oplodnění. Srov. k tomu W. H. B WALLACE – T. W. KESLEY, „Human Ovarian Reserve from Conception to the Menopause,“ www.plosone.org/article/info:doi/10.1371/journal.pone.0008772 [zveřejněno 27. 1. 2010, cit. 3. 2. 2010].

⁶ Srov. Dagmar POHUNKOVÁ, „Manželství, sexualita a plodnost v měnícím se světě,“ in *Pastorální a etické výzvy v oblasti manželství, rodiny a sexuality*, ed. Jan Vybíral, Brno: CDK, 2008, s. 100. Průměrný věk žen žádajících o asistovanou reprodukci je 32 let.

⁷ U dětí narozených pomocí technik asistované reprodukce se potvrzuje kromě nízké porodní hmotnosti i vyšší výskyt chromozomálních abnormalit a vývojových vad.

problematickou praxí jsou z větší části komerční zájmy související s mechanismem trhu, s upřednostňováním finančního zisku na úkor řešení naléhavých etických otázek, které jsou s technikami asistované reprodukce dosud spojené.

2. TECHNIKY ASISTOVANÉ REPRODUKCE

Nejstarší metodou asistované reprodukce je umělá inseminace (AI – artificial insemination), která není účinná u všech druhů neplodnosti. Používá se v těch případech, kdy není možný pohlavní styk (impotence muže nebo vaginismus ženy), v případě anomálií děložního hlenu nebo i v případě oligospermie. Potřebné spermie, které se zanáší do dělohy ženy v době blízké její ovulaci – spontánní nebo uměle vyvolané – se mohou získat trojím způsobem: pomocí přerušované soulože (odběr do speciální sterilní kapsule za použití speciálního kondomu, který neničí spermie); odebráním semene po pohlavním styku; či masturbací.⁸

K nejužívanějším metodám asistované reprodukce patří *in vitro* fertilizace a přenos embrya, tzv. oplodnění ve zkumavce, známé pod označením (IVF-ET). Používá se především u neplodnosti způsobené neprůchodností vejcovodů nebo v případě idiopatické sterility. U ženy se nejprve hormonálně navodí tzv. hyperovulace za účelem podnítit zrání folikul ve vaječnících. V takovém případě jich vyzárává větší množství. Oproti běžně jednomu oocytu za měsíc jich v tomto případě vyzárává obvykle i desetkrát víc. Před ovulací se ženě tyto folikuly (každý obsahuje jedno vajíčko) operativně odeberou. Vajíčka jsou bezprostředně po tom ve skleněné misce oplodněna spermiemi partnera nebo dárce. Po dobu 12ti až 18ti hodin, po kterou je miska uložena v inkubátoru simulujícím podmínky lidského těla, dochází k proniknutí spermie do vajíčka, k oplodnění *in vitro* (IVF). Takto vzniklá embrya se pak dále vyvíjí v jiném roztoku. Následně v rámci tzv. preimplantační diagnostiky se embrya prozkoumají. Nejlepší z nich – vybírají se ta, která nevykazují některá z těžkých postižení – se vloží (obvykle dvě) do dělohy ženy. Přitom se předpokládá, že aspoň jednomu se podaří uhnízdit v děloze a spustit těhotenství. Setkáváme se zde i s případy tzv. „náhradního mateřství“. Partnerská dvojice si „koupí“ dělohu cizí ženy, která donosí jejich dítě. Dochází i k případům, kdy donosí plod za dceru, která toho není z nějakých důvodů schopná, její matka.⁹

V případě určitých druhů neplodnosti ženy (např. syndrom polycystických vaječníků) nebo muže (oligoastonospermie) se používá jedna z technik asistované reprodukce – přenos gamet do vejcovodu (GIFT – Gamete Intra Fallopian Transfer). K oplodnění zde dochází *in vivo*. Tím je vyloučena nežádoucí manipulace s embryi. Je zde však riziko mnohačetného těhotenství. Procedura této metody je rozložena do tří fází: vyvolá se ovulace a pomocí laparoskopie se odeberou vajíčka; následuje odběr a příprava spermií; proces se dovršuje přenosem gamet do vejcovodu, kde

⁸ Srov. Martina PAVELKOVÁ, „Etické aspekty asistované reprodukce,“ in *Pastorální a etické výzvy v oblasti manželství, rodiny a sexuality*, s. 79.

⁹ Srov. tamtéž, s. 81n.

dochází k oplodnění. Při přenosu, který se uskutečňuje pomocí minicévky, jsou od sebe vajíčka a spermie odděleny vzduchovou bublinou.¹⁰

Nejnovější a nejradikálnější technikou asistované reprodukce je technika ICSI (Intra Cytoplasmic Sperm Injection). Tato náročná metoda se používá v případech, kdy je problém s neplodností na straně muže. Konkrétně, pokud muž produkuje velmi malé množství spermií, což zcela znemožňuje oplodnění. Do pipety se nasaje jedna – na základě výběru ta „schopná“ – spermie, která se miniinjekcí vpraví přímo do vajíčka. Existuje dokonce možnost chirurgického zákroku – pro případ, že muž má extrémně nízký počet spermií – pomocí kterého se mohou spermie odebrat přímo z varlete či nadvarlete.¹¹

3. POVAHA CÍRKEVNÍCH VYJÁDRĚNÍ V OTÁZCE MRAVŮ

Reflektovat stanovisko magisteria k technikám asistované reprodukce – vzhledem k jeho správnému porozumění – znamená přemýšlet i o obecné povaze církevních vyjádření v otázce mravů. Směr této reflexe určuje v úvodu našeho pojednání implicitně vyjádřená otázka, zda je nutné dosavadní odmítavé stanovisko k asistované reprodukci ze strany katolické církve považovat za definitivní, do budoucna neměnný etický soud.

Učitelský úřad katolické církve není nějaká budova ve Vatikánu, odosobněný úřad vybavený příslušnými razítky. Jedná se o podstatnou vlastnost církve, která se jako znamení definitivního Božího sebesdělení v Bohočlověku Ježíši Kristu nemůže jako celek mýlit. Role učitelského úřadu církve není ryze formální (legalistická), nýbrž služebná. Je ve službě zjevené Pravdy a poznání dobra.

Když se učitelský úřad církve, prezentovaný papežem a sborem biskupů, vyjadřuje závazně ex cathedra pro oblast zjevené pravdy, je neomylný (žádné dogma v jeho správně pojatém smyslu a obsahu nelze nikdy zpětně odvrhnout jako omyl). Církevní autorita se však může mýlit u nedefinovaných věroučných vyjádření. K nim patří vyjádření v otázce mravů. Po zralé úvaze je může na základě nových poznatků a zkušeností – zpravidla po předchozím dialogu zainteresovaných (teologů, etiků, lékařů aj.) – modifikovat, nebo významně korigovat.

Vyjádří-li se tedy církevní autorita závazně k nějakému etickému problému, neznamená to ještě, že je tím z její strany vyřčen definitivní etický soud. Nepopírá se tím ani svoboda a odpovědnost křesťana, kterou má při svém rozhodování s ohledem na kontext daných okolností. Učitelský úřad jeho rozhodnutí nesupluje; formuluje jen nauku o mravním rozhodování – předkládá a nařizuje, co v dané situaci považuje za objektivně mravně správné. Polemika s výroky církevní autority v otázce mravů tak nemusí být nutně vždy jen projevem neposlušnosti křesťana nebo jeho pyšné svévole, nýbrž spíše výrazem jeho věrnosti k hlasu svědomí, který

¹⁰ Srov. tamtéž, s. 82n.

¹¹ Srov. tamtéž, s. 83. Ze zhruba 3 % dětí, které se u nás rodí po mimotělním oplodnění, se více než polovina rodí pomocí techniky ICSI. Srov. Marta MUNZAROVÁ, „Embryo – člověk, nebo výzkumný materiál?“ in *Pastorální a etické výzvy v oblasti manželství, rodiny a sexuality*, s. 70.

je povinen následovat. Závazná vyjádření magisteria chtějí a mají přispívat k jeho správné formaci.

Na základě výše řečeného i s ohledem na skutečnost, že církev se nevyjadřuje detailně ke všem etickým otázkám, nelze za odpovědný označit postoj, zastávaný bohužel nemalým počtem křesťanů i církevních představitelů, kteří na sporné etické otázky reagují výhradně slovy: „Co na to říká církev?“ Takovýto postoj není projevem dospělého křesťanství ani opravdové poslušnosti vůči církvi. Je to spíše výraz mravní nezralosti. Neochota převzít na sebe osobní odpovědnost. Nezřídká se za takovýto postojem skrývá i „tvrdé srdce“, které nemá pochopení pro někdy komplikovanou realitu života. Snadno a rychle odsuzuje všechny, kteří se fakticky, nebo byť i jen zdánlivě, rozcházejí s pozicemi magisteria.

Nositelé učitelského úřadu církve by si při formulaci vyjádření ve věcech mravů měli být, více než cehokoliv jiného, vědomi „napětového pole“, ve kterém se při této formulaci pohybují. Na jedné straně je vytyčeno Ježíšovými slovy: „Nepřišel jsem zákon zrušit, ale naplnit“ (Mt 5,17); na druhé straně jeho soustavnou, místy tvrdou kritikou „farizejství“ a „zákonictví“.¹² Smyslem evangelia není nabádání k formalismu, nýbrž výzva ke svobodě dětí Božích, k plnosti života (srov. Jan 10,10). Od učitelského úřadu církve lze právem očekávat srozumitelně artikulované etické postoje, které nemohou ujít pozornosti křesťana, který promýšlí svoji odpovědnost před Bohem. Postoje, které ho motivují k mravně správnému jednání. Kritický přístup teologických etiků k pozicím magisteria a sdílené praxi může a má přispívat k objasňování etických otázek a napomáhat k eticky relevantním postojům, a to nejen křesťanů.

4. STANOVISKO MAGISTERIA K TECHNIKÁM ASISTOVANÉ REPRODUKCE

Stanovisko učitelského úřadu církve v otázce asistované reprodukce lze označit za vyvážené. Odmítavý postoj k uvedeným technikám se opírá o antropologické, teologické a etické argumenty. Základem je vztah k lidské důstojnosti, který u léčení neplodnosti vyžaduje zohlednění třech základních dober: a) práva „každého člověka na život a tělesnou integritu od početí do přirozené smrti; b) jednotu manželství, která vyžaduje, aby bylo oboustranně respektováno právo stát se otcem nebo matkou pouze společně se svým manželským partnerem; c) specificky lidské hodnoty sexuality, které požadují, aby početí lidské osoby bylo plodem manželského úkonu, který je specifickým projevem vzájemné lásky mezi manžely.“¹³ Odmítavý postoj katolické církve je na druhé straně „vyvážen“ jejím pochopením pro utrpení manželů, které vyplývá z jejich neplodnosti. Rozlišují se oprávněné a neoprávněné lékařské postupy při překonávání a nápravě chorobných projevů zabraňujících plo-

¹² Ve vztahu k Ježíšově polemice s farizeji a zákoníky vyjadřuje Jan Sokol přesvědčení, že v tomto střetu nejde o polemiku s obyčejným pokrytctvím, nýbrž o vědomou polemiku „se zcela upřímnou snahou zbavit se skutečné odpovědnosti v její nesnesitelné šíři a tíži a nahradit ji požadavkem plnění určitých, tj. konečných pravidel,“ Jan SOKOL – Zdeněk PÍNC, *Antropologie a etika*, Praha: Triton 2003, s. 18.

¹³ *Dignitas personae*, čl. 12.

zení. Ne vše, co je technicky možné, musí být, podle přesvědčení církve, také eticky ospravedlnitelné.¹⁴

Tato pozice církve nachází své zdůvodnění i v tom, že neplodnost pro ni nepředstavuje absolutní zlo.¹⁵ Dítě je nezaslouženým Božím darem, plodem manželské lásky,¹⁶ a nemůže být tudíž pouhým „produktem“ techniky: „Dítě není něco, co se rodičům dluží, ale je to dar. Největším darem manželství je lidská osoba. Dítě nemůže být považováno za předmět vlastnictví; za něco, k čemu by vedlo uznání domnělého práva na dítě.“¹⁷

S odkazem na lidskou důstojnost a tři výše zmíněná dobra, která se od ní odvozují, se ukazují nejméně čtyři velmi závažné etické problémy, které nedovolují označit techniky asistované reprodukce za eticky přijatelné: oddělování plození od pohlavního aktu (sexuality), preimplantační genetická diagnostika (PGD), redukce těhotenství a problém nadbytečných embryí.

5. ODDĚLENÍ SEXUALITY OD PLOZENÍ

Zdá se, že techniky asistované reprodukce jsou jedním z dalších v řadě pomyslných hřebíčků do „rakvy“ dnes již téměř (aspoň co se veřejného povědomí týče) nerespektovaného spojení: manželství–sexualita–plození. Aniž bychom blíže specifikovali a analyzovali proces jeho destrukce, který začal zhruba v polovině 20. století, omezíme se pouze na konstatování, že výsledkem tohoto procesu je celkové oslabení instituce manželství, zvýšená frekvence předmanželské a nemanželské sexuality, zvyšující se počet dětí rodících se mimo manželství a tendence nahlížet dítě jako „produkt“ aj.¹⁸ V diskusi je sice možné poukázat na slabá místa v argumentaci magisteria ohledně jím zdůrazňované neoddělitelnosti pohlavního aktu od plození, jak se o to někteří z autorů snaží.¹⁹ Nicméně se domnívám, že je zde jeden zásadní empirický argument, dosud málo reflektovaný, který prokazuje opodstatněnost magisteriem zastávaného přesvědčení. Mám na mysli výsledky zkoumání, která zhodnocují „kvalitu“ prožívaného těhotenství, včetně početí, na celkový psychoso-

¹⁴ U odmítavého postoje církve k asistované reprodukci nerozhoduje, zda se jedná o umělé oplodnění *heterologní* (k dosažení početí umělým způsobem se používají pohlavní buňky, které alespoň v jednom případě pocházejí od dárce, tedy od jiné osoby, než jsou manželé) nebo *homologní* (k dosažení početí umělým oplodněním se používají pohlavní buňky získané od osob spojených manželstvím). Církev připouští pouze homologní umělou inseminaci, která nenahrazuje manželský styk, nýbrž ho pouze usnadňuje nebo napomáhá k dosažení jeho přirozeného cíle. Jak toho má být ale dosaženo, však řečeno není. Srov. *Dignitas personae*, poz. 22 na s. 15 a čl. 12.

¹⁵ Srov. *Katechismus katolické církve* (KKC), čl. 2379.

¹⁶ Srov. *Gaudium et spes* (GS), čl. 50.

¹⁷ KKC, čl. 2378; *Donum vitae* 2, 8.

¹⁸ Již Paul Ramsey, zakladatel současné lékařské etiky a bioetiky, vyjádřil v souvislosti s praxí asistované reprodukce obavy z možnosti vzniku poškozené lidské bytosti, ataku na manželství a rodinu, vykořisťování ženy-náhradní matky aj. Srov. MUNZAROVÁ, „Embryo – člověk, nebo výzkumný materiál?“ s. 69.

¹⁹ Srov. k tomu PAVELKOVÁ, *Etické aspekty asistované reprodukce*, s. 83–86.

ciální vývoj dítěte.²⁰ Domnívám se, že v tomto ohledu nemáme zatím dostatečnou „zkušenost“, abychom mohli bezesbýtku tvrdit, že „nahrazení“ manželského aktu technickými postupy umělého oplodnění, a zvláště s tím spojené psychosexuální prožívání,²¹ nemůže mít negativní vliv na pozdější psychickou vyrovnanost dítěte nebo postoj rodičů vůči takto zplozenému dítěti. Nemůžeme zde zcela vyloučit nebezpečí, že dítě, chápající se jako „nevydařený produkt“ výběru svých rodičů – nikoli jako plod jejich láskyplného vztahu – nebude mít někdy v budoucnu problém přijmout sebe sama.²² Rovněž tak sami rodiče mohou být v budoucnosti v jeho důsledku konfrontováni s problémy ve vlastním vztahu.

6. PREIMPLANTAČNÍ GENETICKÁ DIAGNOSTIKA (PGD)

Předchozí úvaha poukazuje mimo jiné na reálnou možnost spojenou s technika-
mi asistované reprodukce, na selekci embryí. K ní dochází na základě preimplantač-
ní genetické diagnostiky. S technikami asistované reprodukce se plně rozvíjí. Jejím
cílem je vyšetření embrya a zabránění narození jakkoliv postiženého dítěte. Mož-
nost k rozvoji je dána jen zdravému embryu, ostatní jsou zničena. Prozatím jsou
i ojedinělé případy, kdy důvodem selekce embryí je přání rodičů „vyrobit“ embryo
za účelem zplození a zrození zdravého „dárce“ tkáně pro žijícího nemocného sou-
rozence. Tato praxe představuje velmi závažný etický problém, za kterým se skrývá
odepření práva na život, eugenický přístup, rozlišení na ty, kteří jsou hodni života,
a ty, kteří ho hodni nejsou.²³ Marek Vácha navíc v této souvislosti upozorňuje, že
kritéria takového rozlišování jsou velmi problematická.²⁴ Připustit takovou praxi
znamená akceptovat nebezpečnou, pro svoji „dvojsmyslnost“ zrušnou ideologii,
která na jedné straně hraje na city (nemůžeme přece nechat někoho trpět, když je
tu možnost mu pomoci). Na druhé straně předpokládá ideální svět s dokonalými
a zdravými lidmi – svět bez nemocí, utrpení, lidského strádání a nakonec smrti.
Přijmout takový ideologický obraz světa znamená usilovat o svět „dokonalých“,
zdravých a výjimečných jedinců, který je nakonec světem sobeckým. Světem izolo-
vaných lidí, kteří mají jen své zájmy a druhé k ničemu nepotřebují. Je to představa
světa bez lásky a soucitu, porozumění, solidarity a vzájemné pomoci. Copak prá-
vě tyto hodnoty nedělají život životem? Neprojevuje se právě v těchto hodnotách
skutečné lidství? Nikdo z nás není úplně zdravý, a přesto nezpochybňujeme naše
právo na život.

²⁰ V tomto ohledu jsou relevantní studie francouzského chirurga Michela Odenta, který zkoumá sou-
vislost mezi tím, co se děje od početí až do prvního roku dítěte, a zdravotním stavem a chováním
daného člověka během následujícího života. V českém jazyce vyšly jeho knihy: *Znovuzrozený porod*,
Praha: Argo, 2004; *Láska jako věda*, SZ, 2001; *Všichni jsme děti vody*, Adonai, 2002.

²¹ Např. herečka Michala Slávková veřejně hovoří o své zkušenosti s umělým oplodněním jako o trau-
matu, které by už nikdy nechtěla podstupovat.

²² Zvlášť zřetelné je toto nebezpečí u heterologního umělého oplodnění.

²³ Srov. MUNZAROVÁ, „Embryo – člověk, nebo výzkumný materiál?“ s. 72n.

²⁴ Srov. VÁCHA, *Místo, na němž stojíš, je posvátná země*, s. 58–61.

7. REDUKCE TĚHOTENSTVÍ

S technikami asistované reprodukce jsou často spojena mnohočetná těhotenství. Dnešní zhruba 35% úspěšnost uhníždění zavedeného embrya do dělohy vede v praxi k tomu, že se do dělohy zavádí více embryí (dříve 4 až 5, dnes obvykle 2 až 3), aby se uhníždilo aspoň jedno. Pokud se však nidace zdaří více embryím, nebo také všem, nastupují obvykle z etického hlediska problematické postupy. V desátém týdnu těhotenství, kdy už jsou na embryích rozpoznatelná případná poškození, dochází k redukci těhotenství, resp. zabití „nežádoucího“ embrya(i). Do tlukoucího srdce – vyhledá se pomocí ultrazvuku – se vstříkne přes břišní dutinu roztok chloridu draselného. Při nezdaru takového postupu se po dvanácti hodinách pokus opakuje. Důvody, které se snaží tento postup ospravedlnit, jsou z etického hlediska nedostatečné a zavádějící. Jsou to např. obavy před předčasnými a komplikovanými porody, neochota rodičů přijmout vícečetné těhotenství nebo vysvětlení, že cílem takového postupu je pokračování těhotenství. Naději do budoucnosti skýtá možnost vkládat do dělohy pouze dvě, resp. jedno embryo. Proti výše zmiňované praxi hovoří i fakt, že ve zhruba 5 % případů má tento postup za následek usmrcení i zbylých embryí.²⁵

8. NADPOČETNÁ EMBRYA

Velkým etickým problémem technik asistované reprodukce jsou přebytková embrya. Většinou zůstávají po úspěšné asistované reprodukci. Zamražená v tekutém dusíku se mohou uchovávat dlouhodobě. V současnosti již hovoříme o milionech takto uchovávaných embryí. Všechny tři možné scénáře jejich dalšího osudu jsou, z důvodu výše řečeného, eticky problematické. Tato embrya mohou být někdy v budoucnu dotyčným partnerským párem využita k novému cyklu asistované reprodukce, pokud se rozhodne usilovat o další dítě. Implantační schopnost těchto embryí je ovšem v porovnání s čerstvými embryi podstatně nižší. Embrya mohou být také nabídnuta k adopci jinému partnerskému páru. Druhou možností je jejich likvidace, zpravidla po pěti letech. Třetí možností je použít tato embrya k experimentálnímu výzkumu nebo je rozebrat na kmenové buňky. Nejsme-li dosud schopni léčebných postupů, není správné v takovém případě hovořit o „terapeutickém výzkumu“.²⁶

Problematické jsou také právní úpravy. Nejenže nezamezují neetickému zacházení s přebytkovými embryi, nýbrž jsou koncipovány tak, aby tuto praxi fakticky a záměrně umožňovaly. Jde např. o současnou právní úpravu v ČR, konkrétně zákon č. 227/2006 Sb. o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech a o změně některých souvisejících zákonů. V par. 27, odst. 5 tohoto zákona se vyžaduje od dárce spermatu předběžný souhlas s výzkumem embryonálních kmenových buněk z nadbytečného embrya, které vzniklo

²⁵ Srov. tamtéž, s. 61n.

²⁶ Srov. tamtéž, s. 62–64.

z jeho zárodečné buňky. I některé dokumenty Rady Evropy vzhledem k ochraně embrya mohou být v tomto směru vykládány dvojsmyslně.²⁷

ZÁVĚR

Cílem našeho krátkého pojednání bylo přemýšlet o opodstatněnosti odmítavého stanoviska katolické církve, resp. magistera k technikám asistované reprodukce. Nejen proto, že zůstává se svou pozicí téměř osamoceno, ale i proto, že dnes již žije ve světě několik miliónů lidí, kteří se narodili jen díky těmto technikám. Někteří teologičtí etikové považují stanovisko katolické církve za příliš restriktivní právě s ohledem na poslední jmenovanou skutečnost. Podle nich ji nelze přehlížet ani bagatelizovat. Pokud bychom však chtěli brát ohled jen na ni, bylo by to nejen nedostatečné, nýbrž i zavádějící. Etika, resp. etické soudy se nemohou odvozovat od toho, zda je konkrétní jednání rozšířené, nýbrž zda je eticky akceptovatelné, tudíž správné. Nelze např. tvrdit, že lhát je v pořádku, protože zkušenost ukazuje, že někdy v životě žalžou nakonec všichni.

Námi, v návaznosti na pozice magistera, reflektovaný komplex etických otázek ukázal opodstatněnost těchto pozic. Jsou zde bezesporu závažné důvody, pro které není možné označit všechny postupy asistované reprodukce za eticky přijatelné. Neznamená to ovšem, že je možné jednoduše odsoudit ty, kteří ji podstupují nebo aplikují. Není možné ani diskriminovat a společensky opovrhovat těmi, kdo přišli na svět pomocí těchto technik.

Problematika asistované reprodukce vyžaduje, víc než cokoli jiného, fundovaně diferencovaný přístup. Není možné přehlédnout reálné nebezpečí komercializace tohoto odvětví zdravotnictví. Bylo by naivní si myslet, že zde nemůže docházet z důvodu finančního profitu k upřednostňování těchto technik, stojících na onom pomyslném vrcholu „pyramidy“ pomoci, když by v jednotlivých případech mohly být použity na odstranění neplodnosti eticky a zdravotně neproblematické léčebné postupy. Na druhou stranu je třeba při hodnocení asistované reprodukce vzít v úvahu i to, že je jistě zásadní rozdíl mezi ní a interrupcí, aspoň co se primární motivace týče.

Diferencovat je třeba i etickou závažnost a problematičnost jednotlivých technik asistované reprodukce. Rychlý rozvoj v této oblasti nevylučuje do budoucna možnost nových objevů, které mohou diskusi ohledně asistované reprodukce převést do jiné roviny. Současné možnosti a techniky tuto perspektivu, zdá se, nedávají. Dochází zde sice k eliminaci či aspoň k zmírňování některých – z etického hlediska palčivých – otázek, jako např. u metody GIFT a ICSI.²⁸ Nicméně i přes tyto pozitivní jevy zůstávají tyto metody nadále z etického a zdravotního hlediska problematic-

²⁷ Srov. MUNZAROVÁ, „Embryo – člověk, nebo výzkumný materiál?“ s. 71n a 75.

²⁸ U metody GIFT nedochází k nežádoucí selekci embryí. Metoda ICSI zase činí zbytečnými praktiky heterologního umělého oplodnění. V praxi se ovšem od metody GIFT ustupuje.

kými. Problematická je i oblast legislativy. V současnosti za eticky zřejmě „nejčistší“ lze považovat zákonná ustanovení v Německu.²⁹

Dovolím si tvrdit, že přes všechny „pokrok“ při řešení problému neplodnosti toho o tomto fenoménu víme dosud velmi málo. Při jeho zkoumání by nám neměly unikat širší souvislosti. Problém neplodnosti nelze reflektovat bez návaznosti na životní styl, kvalitu životního prostředí, hygienické a zdravotní návyky, módu, společenské trendy a v neposlední řadě na postoj k plodnosti, resp. k její regulaci. Zběžná reflexe těchto souvislostí poukazuje na jistý, zde přítomný paradox. Na jedné straně je zde v mnoha ohledech rozšířená životu nepřátelská mentalita. Chceme např. pomocí „umělých“ prostředků plodnosti bránit. Na druhé straně se ji snažíme, opět umělou cestou, zpět navozovat. Domnívám se, že nastal čas začít intenzivně a seriózně diskutovat o možných souvislostech výše zmíněného paradoxu. Jinak se dostáváme nechtěně do začarovaného kruhu, ze kterého nemusíme brzy vidět východisko.

Moderní věda a zdravotnictví ve snaze pomáhat člověku za každou cenu mu může, třeba i nevědomky, škodit. V případě asistované reprodukce mimo jiné tím, že ho instrumentalizuje a odosobňuje, narušuje intimitu a hloubku jeho vztahů. Nerespektování etických a zdravotních hledisek a důraz na efektivitu či zisk ve svém důsledku posiluje ve společnosti rozšířenou „instantní“ a konzumní mentalitu. Vše se dá koupit. Napravit jde všechno snadno a rychle. Na vše musí existovat nějaký lék. Bez toho, že bychom měli potřebu měnit životní postoje a návyky. Domýšleli jejich možná vedlejší rizika.

Odmítavé stanovisko katolické církve k asistované reprodukci je pro svědomí křesťana závazné. Nepředstavuje však, vzhledem k mnoha dosud nevyjasněným otázkám a možným budoucím perspektivám, definitivní etický soud. Jeho dosavadní pozici je však nutné akceptovat jako zřetelně vytyčené mantinely pro další nezbytné diskuse ohledně problému neplodnosti, a to se zohledněním všech dalších souvislostí. Důležité je vnímat člověka jako osobu. Zdůrazňovat odpovědnost, která zohledňuje nejen dobro své, ale i dobro toho druhého v jeho perspektivě a celistvosti.

Assisted Reproduction and the View of the Catholic Church

Key words: Infertility; Assisted reproduction; Teaching authority of the Catholic Church; Magisterium; Ethics

Abstrakt: The paper deals with the problem of assisted reproduction. It reflects the attitude of the teaching authority of the Catholic Church in relationship to this issue and deals also with the ethical questions

²⁹ Podle německého zákona na ochranu embryí (Embryonenschutzgesetz – zkr. ESchG) je možné kultivovat jen tolik embryí, kolik jich bude následně přeneseno do dělohy (maximálně však tři). Srov. www.bundesrecht.juris.de/eschg [cit. 1.2.2010]. Nedochází zde tedy k nežádoucí selekci embryí ani k redukci těhotenství a odpadá také problém s nadbytečnými embryi. Tento model s sebou však nese určitá zdravotní rizika: pokud je cyklus IVF neúspěšný, musí žena podstupovat novou hyperovulaci, která její organismus značně zatěžuje. Srov. k tomu VÁCHA, *Místo, na němž stojíš, je posvátná země*, s. 64n.

of the problem. It clarifies the general character of the teaching authority of the Catholic Church to this moral question with regards to its correct understanding. The paper alerts to the danger of one-sided understanding of this matter and also to the danger of commercialization of this fast developing branch of health service that evades the ethical questions connected with the issue.

Doc. Jindřich Šrajer, Dr. theol.
Katedra teologické a sociální etiky TF JU
Kněžská 8
370 01 České Budějovice