

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ  
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**DOPAD NEPLODNOSTI NA KVALITU**  
**ŽIVOTA PÁRŮ**

Bakalářská práce

Autor práce: **Hana Tomášková**

Vedoucí práce: **Mgr. Eva Vachková**

2008

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE**  
**MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE  
DEPARTMENT OF NURSING

**THE IMPACT OF INFERTILITY ON THE QUALITY  
OF LIFE OF INFERTILE COUPLES**

Bachelor's thesis

Author: **Hana Tomášková**

Supervisor: **Mgr. Eva Vachková**

2008

### **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že uvedenou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a uvádím v seznamu použité literatury.

Ve Dvoře Králové nad Labem dne 18. 4. 2008

Hana Tomášková

.....

(podpis)

## **Poděkování**

Děkuji paní Mgr. Evě Vachkové za odborné vedení mé závěrečné bakalářské práce, za poskytnutí literatury a odborné konzultace.

Děkuji Centru reprodukčního zdraví Pronatal Arleta IVF a odborným ambulantním lékařům za pomoc a umožnění provedení dotazníkové studie. Zvláštní poděkování patří především MUDr. Jiřímu Doležalovi za odbornou pomoc.

Další velké poděkování patří všem, kteří se radou nebo pomocí podíleli na vzniku této práce.

Ve Dvoře Králové nad Labem dne 18. 4. 2008

Hana Tomášková

.....

(podpis)

„Nový život pro nás začíná každou vteřinou. Pojďme se s ním radostně setkat!

Musíme neustále pokračovat, ať se nám to daří či nikoliv, s očima upřenýma kupředu, nikdy zpět...“

Jerome Klapka Jerome

# Obsah

<b>Obsah</b> .....	<b>6</b>
<b>Úvod</b> .....	<b>8</b>
<b>1 Cíl práce</b> .....	<b>10</b>
1.1 Cíl teoretické části .....	10
1.2 Cíl empirické části .....	10
<b>2 Neplodnost</b> .....	<b>11</b>
2.1 Definice pojmu „neplodnost“ .....	11
2.2 Diagnostické metody k vyšetření neplodnosti.....	11
2.3 Nejčastější příčiny neplodnosti.....	12
2.3.1 Příčiny poruchy plodnosti u muže:.....	13
2.3.2 Příčiny poruchy plodnosti u ženy: .....	13
2.4 Terapie poruch plodnosti .....	14
2.5 Ohlédnutí se za historií problematiky neplodnosti v kontextu se současnými trendy .....	16
<b>3 Asistovaná reprodukce</b> .....	<b>18</b>
3.1 Definice pojmu „asistovaná reprodukce“ .....	18
3.2 Metody asistované reprodukce .....	19
3.2.1 Metody léčby mužské neplodnosti .....	21
3.2.2 Dárcovské programy.....	22
3.3 Rizika léčby metodami asistované reprodukce .....	24
3.4 Etické aspekty asistované reprodukce .....	24
3.5 Právní úprava asistované reprodukce v ČR.....	25
3.6 Úhrada léčby neplodnosti z veřejného zdravotního pojištění.....	26
<b>4 Vliv neplodnosti na kvalitu života párů</b> .....	<b>28</b>
4.1 Definice pojmu „kvalita života“ .....	28
4.2 Psychický dopad neplodnosti na kvalitu života.....	30
4.3 Tělesný dopad neplodnosti na kvalitu života .....	31
4.4 Dopad neplodnosti na sociální život a partnerství.....	33

4.4.1	Dopad neplodnosti na sociální oblast života .....	33
4.4.2	Dopad neplodnosti na partnerskou oblast života.....	34
4.4.3	Ekonomický dopad neplodnosti na kvalitu života.....	35
<b>5</b>	<b>Psychologie neplodnosti .....</b>	<b>36</b>
5.1	Biopsychosociální model nemoci .....	36
5.2	Psychosomatická problematika neplodnosti.....	36
5.2.1	Psychologické příčiny neplodnosti.....	36
5.2.2	Psychologické důsledky neplodnosti.....	37
5.3	Mužský a ženský pohled na problematiku neplodnosti.....	38
5.4	Využití psychoterapie v léčbě neplodnosti.....	39
<b>6</b>	<b>Empirická část .....</b>	<b>42</b>
6.1	Cíl empirické části .....	42
6.2	Popis vzorku respondentů.....	42
6.3	Použitá metoda .....	42
6.4	Pilotní studie .....	43
6.5	Interpretace dat vyplývajících z výzkumu.....	44
<b>7</b>	<b>Diskuse.....</b>	<b>77</b>
	<b>Závěr .....</b>	<b>84</b>
	<b>Anotace .....</b>	<b>86</b>
	<b>Seznam použitých informačních zdrojů a literatury .....</b>	<b>87</b>
	<b>Seznam použitých zkratk .....</b>	<b>90</b>
	<b>Seznam tabulek.....</b>	<b>92</b>
	<b>Seznam grafů .....</b>	<b>93</b>
	<b>Seznam příloh .....</b>	<b>94</b>
	<b>Přílohy .....</b>	<b>95</b>

# Úvod

Důvodem, proč jsem se rozhodla napsat bakalářskou práci na toto téma, bylo to, že problém neplodnosti je v současné době na jednu stranu velmi rozšířeným problémem, o kterém se mluví a diskutuje, ale na druhou stranu se o něm ví velmi málo přesných informací. A to bohužel nejen mezi laickou, ale i mezi odbornou veřejností, zejména u profesí, které s touto nemocí nejsou v přímém kontaktu.

Málokdo, kdo tento problém nepocítil osobně, si uvědomí, že se jedná o nemoc jako takovou. Měla by být vyšetřována a léčena všemi možnými dostupnými prostředky a metodami, a to i opakovaně. Je to nemoc, na kterou se sice neumírá, neohrožuje pacienta na životě, nedeformuje ho a většinou dokonce ani nebolí, ale ve svých důsledcích ovlivňuje kvalitu života člověka podobně jako každá jiná choroba. A to především, když se jí nepodaří „vyléčit“, tzn. nedojde k oplodnění a porození dítěte. Potom má neplodnost velký psychický, psychosomatický, ekonomický a sociální dopad nejen na kvalitu života neplodného člověka a jeho partnera, ale svým způsobem částečně i na životy jejich blízkých, rodičů, příbuzných, přátel...

Neplodný člověk – ať se jedná o ženu nebo muže – si svou neplodnost nevybral, tento stav si nezavinil a rád by se léčil. Neočekává snad ani, že dojde k úplnému vyléčení a odstranění problému, ale třeba aspoň k jeho částečné nebo dočasné úpravě, a tím ke zvýšení plodnosti a početí dítěte. Stejně jako v jiných oblastech medicíny je léčba dlouhodobá a ne vždy úspěšná.

Neplodnost je i v současné moderní společnosti poměrně tabuizována a stigmatizována, možná proto, že se jedná o problémy spojené s intimními částmi těla a o úkony, o kterých nikdo nehovoří rád. I když si okolí možná představí fyzické nepříjemnosti s tím spojené, neumí si představit opakované psychické vypětí, které pár prožívá při léčbě, při čekání na výsledky a především při neúspěších léčby. Nemalý finanční dopad také není pro okolí známý, protože se předpokládá, že když se s „tím“ chodí k lékaři, tak je vše hrazené ze zdravotního pojištění. Neplodné páry o svém problému často mluví jen s nejbližší rodinou a přáteli anebo vůbec s nikým, protože i přehnaný zájem okolí může být nepříjemný, zejména při neúspěchu.

Neplodnost není „normální nemoc“, zdá se, že víc než chorobou je něčím, co brání naplnění životních plánů páru, a ten tím velmi trpí. Okolí často na pár nahlíží jako na



bezcitný, kariéristický, odkládající rodičovské poslání... A tento přístup může potom více zhoršovat psychickou i sociální situaci bezdětného páru.

Mnohem hůře se tento problém projevuje a pár se s ním hůř vyrovnává, pokud i po dlouhé léčbě nedojde k úspěchu. Pak je na partnerech těžké rozhodnutí, zda budou žít bez dětí, nebo zvolí formu adopce nebo pěstounské péče. Psychická situace páru, který k tomuto kroku přistoupil poté, co žádným způsobem nemohl dosáhnout početí a porození vlastního dítěte, je jistě také velmi citlivá a složitá.

Domnívám se, že problematika náhradní rodinné péče je velmi široká a její legislativa natolik složitá, že by nebylo možné ji kvalitně obsáhnout v práci, která je zaměřena na jiné téma, proto se o tomto tématu budu ve své práci zmiňovat velmi okrajově.

Cesta k vytouženému dítěti je dlouhá, na začátku se zdá přímo nekonečná. Často je klikatá a hrbolatá, strmá anebo prudce klesá. Někdy se překvapivě za první zatačkou objeví cíl cesty, někdy vede cesta stále do kopce a ne a ne dojít konce. Už jen to, že se bezdětný pár na tuto cestu vydá, je vítězstvím. Někteří lidé se rozhodnou, že se na cestu vůbec nevydají, mnozí i po dlouhé cestě nedosahují cíle. Jiní jdou a jdou, šlapou bez únavy už dlouhé roky a s nadějí vyhlížejí svůj cíl. Přejme všem, kteří jsou na cestě, aby vždy došli ke svému cíli, přejme všem, aby stiskli v náručí svoje děťátko.

# **1 Cíl práce**

## **1.1 Cíl teoretické části**

Cílem této práce je vysvětlit pojem „neplodnost“, popsat příčiny neplodnosti, používané diagnostické metody, možnosti léčby těchto příčin a metody asistované reprodukce.

Popsat dopad neplodnosti na psychiku páru a naopak dopad psychiky na další léčbu, dopad na sociální situaci, ekonomický dopad a také vliv neplodnosti na partnerský vztah a celkovou kvalitu života.

Dalším úkolem je stručně popsat legislativu vztahující se k léčbě neplodnosti a způsoby financování této léčby zdravotními pojišťovnami.

Ve stručnosti je zde také uveden vývoj problematiky neplodnosti v čase, trend, budoucnost...

## **1.2 Cíl empirické části**

Cílem praktické části bylo pokusit se zjistit metodou dotazníku nejčastější psychosociální změny u neplodných párů, jaký vliv má neplodnost na jejich soukromý a pracovní život, zda jim přináší nějaké výrazné problémy, ať již po psychické, zdravotní, sociální nebo finanční stránce, a jak tím tedy ovlivňuje kvalitu jejich života.

Dalším cílem výzkumného šetření bylo pokusit se objasnit, jakou zátěž pocítují ženy a muži při diagnostických a léčebných výkonech spojených s neplodností, jakým způsobem vnímají přístup zdravotnického personálu, jak a kým jsou informováni a zda jim jsou nabízeny i alternativní metody léčby a psychologická pomoc .

## 2 Neplodnost

### 2.1 Definice pojmu „neplodnost“

Normální plodná dvojice ve věku okolo 25 let, která má pravidelný pohlavní styk 2 – 3× týdně, má každý měsíc šanci na otěhotnění jedna ku čtyřem. To znamená, že asi devět z deseti párů pokoušejících se o početí uspěje během 1 roku. Nicméně jeden pár z deseti ne – a právě v tomto případě jde o neplodnost neboli sníženou plodnost. Pojem neplodnost = sterilita je běžně užíván pro oba tyto případy.

Lékaři obvykle definují neplodnost jako neschopnost otěhotnět po nejméně jednom roce pravidelného pohlavního styku.<sup>1</sup>

V České republice se předpokládá, že 10 až 15 % manželství je neplodných (některé prameny uvádějí dokonce 20 až 25 %). Tento stav odpovídá přibližně průměru, který je dosahován ve vyspělých evropských a amerických zemích. Různé je rozdělení sterility podle příčin, ve většině publikací je prisuzováno 35 % mužů, 35 % ženě a zhruba ve 20 % je podíl na neplodnosti na straně obou partnerů. V asi 10 – 15 % případů se nepodaří příčinu spolehlivě objasnit. Pokud se nepodaří příčiny neplodnosti odstranit léčbou, přicházejí ke slovu metody asistované reprodukce.<sup>2</sup>

### 2.2 Diagnostické metody k vyšetření neplodnosti

#### Vyšetřování muže:

*Spermiogram* je základní vyšetřovací metodou u muže. Po 3 – 5 denní době pohlavní abstinence se hodnotí vzorek spermatu. Zjišťuje se celkové množství ejakulátu, počet spermií v 1 ml a jejich pohyblivost. Pro stanovení přesných výsledků je třeba toto vyšetření aspoň 1× zopakovat s odstupem asi 1 měsíce.

*Další vyšetřovací metody* – urologické vyšetření, imunologické vyšetření, vyšetření hormonálních hladin, genetické vyšetření a někdy i biopsie varlete.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> [www.neplodnost.cz/verejnost/brozury/\\_prirucka](http://www.neplodnost.cz/verejnost/brozury/_prirucka), [cit.2007-12-11]

<sup>2</sup> MATĚJŮ, Ivana – WEISS, Petr. *Psychoterapie při léčbě neplodnosti*. Česká a slovenská psychiatrie. Roč. 100, č. 2 (2004)

<sup>3</sup> [http://www.neplodnost.cz/web/verejnost/diagnostika/vysetreni\\_muze/#dalsi](http://www.neplodnost.cz/web/verejnost/diagnostika/vysetreni_muze/#dalsi), [cit.2008-02-25]

### **Vyšetřování ženy:**

*Gynekologické vyšetření* je základní vyšetřovací metodou, při které lékař vyšetří ženu a určí další postup diagnostiky a léčby.

*Vyšetření ovulace* je základním vyšetřením u ženy. Toto vyšetření lze provést několika způsoby: měřením bazální teploty, odběrem krve na stanovení hladiny progesteronu, ultrazvukovým vyšetřením vaječníků a děložní sliznice, histologickým vyšetřením vzorku endometria, případně určením hladiny luteinizačního hormonu pomocí testovacích proužků.

*Laparoskopie* je malý chirurgický výkon v celkové anestezii, kdy lékař pomocí optického přístroje prohlíží vnitřní pohlavní orgány ženy a všímá si jejich změn a kontroluje průchodnost vejcovodů.

*Hysteroskopie* je výkon, při kterém se zavádí optický přístroj do děložní dutiny. Toto vyšetření umožňuje odhalit nejrůznější patologické odchylky, které mohou hrát roli v neplodnosti. Tato metoda se často provádí současně s laparoskopií, tedy během jedné anestézie.

*Hysterosalpingografie* je výkon, při kterém se sleduje průchodnost vejcovodů pomocí speciální fluorescenční nebo rentgen kontrastní látky, která se pacientce zavádí přes vaginu. Pohyb této směsi vejcovody je snímán speciálním zařízením.

*Hormonální vyšetření* – pomocí kterého se stanovují hladiny folikulostimulačního hormonu (FSH), estradiolu, luteinizačního hormonu (LH), případně prolaktinu. Toto vyšetření je velmi důležité ke stanovení příčiny neplodnosti.

*Další vyšetřovací metody* – imunologické vyšetření a genetické vyšetření.<sup>4</sup>

## **2.3 Nejčastější příčiny neplodnosti**

Základní faktory ovlivňující plodnost:

*Věk* je velmi důležitý pro ženskou plodnost, optimum je mezi 20. – 30. rokem věku ženy, nejlépe kolem 25. roku. Fertilní potenciál začíná po 30. roce klesat a po 35. roce je tento pád velmi prudký.

*Koitační aktivita* – pro otěhotnění je nutnost pohlavního styku aspoň 2 – 3× týdně. Toto je podmíněno životností vajíčka, která činí asi jen 24 hodin. U zdravého páru dojde

---

<sup>4</sup> [http://www.neplodnost.cz/web/verejnost/diagnostika/vysetreni\\_zeny/](http://www.neplodnost.cz/web/verejnost/diagnostika/vysetreni_zeny/), [cit.2008-02-25]

ke spontánnímu otěhotnění v jednom cyklu ve 22 %, během 1 roku je to tedy 85 – 90 % párů, které otěhotní.

*Negativní vlivy zevního prostředí* mají také určitý vliv na reprodukční schopnosti, negativně působí kouření, drogy, kontaminace těžkými kovy atd.

*Psychosociální faktor* – stres, nervové vyčerpání, přepracovanost, špatná životospráva aj.

*Stav výživy*, kdy extrémní stavy výživy, jako je obezita či podvýživa, mohou vést k poruchám plodnosti.

*Genetický faktor* může být příčinou potíží s otěhotněním či donošením dítěte, nebo může způsobit závažné vrozené vývojové vady dítěte.<sup>5</sup>

### **2.3.1 Příčiny poruchy plodnosti u muže:**

*Nemožný pohlavní styk pro impotenci.*

*Nedochází k výronu semene* (ejakulaci), nebo je ejakulace retrográdní (sperma se nedostává ven, ale do močového měchýře).

*Neprůchodnost vývodných cest* – spermie se nemohou dostat z varlete a nadvarlete.

*Netvoří se spermie nebo jich je příliš málo.*

*Spermie se tvoří, ale nejsou v pořádku a nedokážou vajíčko oplodnit.*<sup>6</sup>

### **2.3.2 Příčiny poruchy plodnosti u ženy:**

*Poruchy ovulace, hormonální poruchy* (anovulace, poruchy menstruačního cyklu až vynechání menstruace = amenorea, PCOS – syndrom polycystických ovárií ), v jejichž důsledku nemohou ve vaječniku dozrávat folikuly nebo se uvolňovat vajíčka.

*Postižení vejcovodů* vzniká po zánětech vnitřních rodidel, po intrauterinních výkonech, po extrauterinních graviditách, po chirurgických výkonech v okolí pohlavních orgánů či po záměrné chirurgické sterilizaci. Dochází tak k mechanické zábraně setkání vajíčka se spermií.

---

<sup>5</sup> LINHART, Petr. Ženské reprodukční zdraví. In: *Reprodukční zdraví: co dělat, aby člověk měl děti, když a až je bude chtít mít*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 2005. ISBN 80-7040-765-4

<sup>6</sup> ŘEZÁBEK, Karel. *Léčba neplodnosti*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1996. 104 s. ISBN 80-7169-707-9

*Endometrióza* – výskyt děložní sliznice mimo děložní dutinu. Tato ložiska se mohou u menstrujících žen vyskytovat kdekoliv v těle, nejčastěji však v malé pánvi na pobřišnici a na vaječnicích. Tyto ostrůvky děložní sliznice prodělávají stejné cyklické změny jako sliznice v děloze, a tím dochází ke změnám vnitřního prostředí a narušení procesu oplodnění. Často mohou vznikat až cysty či pevné srůsty v okolí těchto postižených orgánů.

*Abnormality dělohy, děložního hrdla a děložního hleny* (vrozené vady dělohy, srůsty v děložní dutině, polypy děložní sliznice, myomy, poruchy děložního hrdla, příliš hustý hlen).<sup>7</sup>

## 2.4 Terapie poruch plodnosti

Pokud je známa příčina neplodnosti, je jí možno také léčit. Taktika léčby je volena od nejjednodušších a nejméně zatěžujících, invazivních a nákladných metod po ty náročnější. Jestliže však klasická léčba neuspěje, je nutno obejít příčinu a zvolit metody asistované reprodukce.

*Hormonální léčba* je vhodná k vyvolání ovulace u ženy pomocí podávání různých hormonálních preparátů.

*Chirurgická léčba* probíhá většinou laparoskopicky. Může pomoci k odstranění některých faktorů neplodnosti (odstranění ložisek endometriózy, operace vejcovodů, protětí zesílené povrchové vrstvy vaječníků). Hysteroskopicky jsou prováděny operace myomů, polypů a dalších děložních abnormalit.

*Protizánětlivá léčba* ložisek akutních i chronických zánětů je nezbytnou součástí léčby neplodnosti.<sup>8</sup>

*Imunologická léčba* je definována jako modulace přirozené obranyschopnosti organismu vedoucí k vyloučení tvorby protilátek proti spermii, vajíčku, plodu nebo k úplnému omezení produkce těchto protilátek. Terapie může být celková nespecifická nebo lokální nespecifická. Další metodou je „kondomová“ terapie, která je užívána

---

<sup>7</sup> MARDEŠIĆ, Tonko. *Neplodnost*. 1. vydání. Praha: Makropulos, 1996. 78 s. ISBN 80–86003–01–9

<sup>8</sup> LINHART, Petr. *Ženské reprodukční zdraví*. In: *Reprodukční zdraví: co dělat, aby člověk měl děti, když a až je bude chtít mít*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 2005. ISBN 80-7040-765-4

v případech, kdy jsou prokázanou příčinou neplodnosti protilátky proti spermiím partnera. Jejím cílem je zabránit kontaktu antigenů spermií s buňkami reprodukčního systému ženy.<sup>9</sup>

*Psychoterapie* je v posledních letech často zmiňovanou metodou léčby neplodnosti, protože nenaplňující se touha po dítěti bývá velkou zátěžovou situací. Blíže je tato metoda popsána v kapitole 5.4 Využití psychoterapie v léčbě neplodnosti.

*Rehabilitační metoda Ludmily Mojžíšové* se velmi uplatňuje u některých druhů funkční sterility žen i mužů. Původně byla vyvinuta jako metoda k odstranění vertebrogenních obtíží, při její aplikaci se však objevily nečekané „vedlejší účinky“ (odstranění bolestivé menstruace, přirozené otěhotnění i po dlouhodobé neplodnosti...). Pacient se naučí cviky, které doma pravidelně cvičí. K fyzioterapeutovi chodí na pravidelné návštěvy a po dvouměsíčním cvičení přijde na mobilizaci, tzv. zhybnění žeber, křížokýčlobederního skloubení a bederní páteře. Nedílnou součástí je vyšetření konečníku per rektum, kdy fyzioterapeut zjišťuje stav dna pánevního, levatoru ani a případně provádí jeho masáž. Dále pacient vždy dva měsíce cvičí a poté přichází na další mobilizaci.<sup>10</sup>

„Tato metoda byla vědecky ověřena a v roce 1990 jí bylo uděleno osvědčení Ministerstva zdravotnictví. Léčbu hradí všechny zdravotní pojišťovny.“<sup>11</sup>

*Alternativní metody* jsou ostatní metody užívané v léčbě neplodnosti, které ale nejsou všeobecně rozšířené a mnohými lékaři často ani uznávané. Mezi tyto metody patří např.: akupunktura, moxování, akupresura, homeopatie, baňkování, kineziologie, su – jok, reiki, hypnóza, čínská medicína, léčení bylinami (fytoterapie), užívání vitamínů a různých potravinových doplňků, léčitelství a jiné.<sup>12</sup>

*Lázeňská léčba (balneoterapie)* má v terapii určitých typů neplodnosti své nezastupitelné místo. Tato léčba probíhá ve Františkových Lázních.

---

<sup>9</sup> ULČOVÁ-GALLOVÁ, Zdenka. *Neplodnost – útok imunity*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1493-0

<sup>10</sup> STRUSKOVÁ, Olga – NOVOTNÁ, Jarmila. *Metoda Ludmily Mojžíšové. Cesta k přirozenému otěhotnění*. 3. dotisk. Praha: Ivo Železný, nakladatelství a vydavatelství spol. s. r. o., 2003. 163 s. ISBN 80-237-3771-6

<sup>11</sup> VOLEJNÍKOVÁ, Hana. Rehabilitační metoda Mojžíšové jako prevence i terapie v reprodukční medicíně. In: *Reprodukční zdraví: co dělat, aby člověk měl děti, když a až je bude chtít mít*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 2005. ISBN 80-7040-765-4, s. 19

<sup>12</sup> Kolektiv autorů. *Alternativní medicína. Možnosti a rizika*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o. 1995, 208 s. ISBN 80-7169-151-8

## 2.5 Ohlédnutí se za historií problematiky neplodnosti v kontextu se současnými trendy

Pro malý exkurz do nazírání na neplodnost v předminulém a minulém století jsem využila knihu Dr. Lud'ka Svobody: Neplodnost, z roku 1901:

Přesto, že autor uvádí výčet zhruba stejných příčin neplodnosti, jako známe nyní, je popis vzniku některých těchto poruch značně odlišný:

„Ožení-li se onanista, nedovede řádně soulož vykonati, nad čímž je tak roztrpčen, že při dalším pokusu stává se úplně neschopným, neboť ze strachu před neúspěchem ztopoření u něho vůbec nenastane.“<sup>13</sup>

„K impotenci duševní řadíme také tzv. nemohoucnost relativní. Nejčastěji dostavuje se tento druh impotence u mužů, kteří se oženi bez lásky a jen z touhy o velkém věnu ženině.“<sup>14</sup>

„Příliš časté a výstřední hovění pudu pohlavnímu nezřídka přivodí neplodnost. Dokladem toho jsou prostitutky a ženy, které v mládí masturbovaly, jež obyčejně pak bývají neplodné.“<sup>15</sup>

„Z častých pozorování je zřejmo, že přílišná touha zploditi dítě často bývá příčinou neplodnosti u manželů. Doporučuje se manželům, jež chtějí být rodinou obdařeni, jednoduchý způsob života, dobrou stravu a souložiti jen v té době, kdy oba manželé cítí potřebu po tělesném sblížení. Kromě toho udává se za nutné dobrý tělesný stav obou manželů a neporušenost pohlavních ústrojů. Ženy sangvinické, veselé a zároveň oddané muži bývají velmi plodné a obtěžkání nastane velmi snadno. Kromě toho jest radno zřici se požívání alkoholických a všech jiných dráždivých nápojů. Dlouhé procházky a výlety, zvláště do horských krajín, velice se doporučují. Nemocný však nemá takových cest podnikati sám, nýbrž vždy ve společnosti veselé, ale slušné. Zábava se slušnými ženami, s vyloučením všeho dráždivého, bývá nemocným velmi ku prospěchu.“<sup>16</sup>

Již v době sepsání této publikace bylo známo provádění umělého oplození, kdy se do dělohy vstříkovalo zdravé semeno stříkačkou. Semeno muselo být vypuzeno při souloži do

---

<sup>13</sup> SVOBODA, Luděk. *Neplodnost: podrobné vylíčení příčin a následků neplodnosti u muže a ženy vzhledem k životu rodinnému*. Praha: R. Storch, 1901. 115 s. ISBN 80-86003-01-9, s. 57

<sup>14</sup> Tamtéž, s. 58

<sup>15</sup> Tamtéž, s. 71

<sup>16</sup> Tamtéž, s. 34, 75



pochvy, odtud stříkačkou odsáto a zavedeno do dělohy. Tento výkon býval prováděn v době lékařem určené a žena se musela nalézat v pohlavním vzrušení.<sup>17</sup>

V současné době lékařská věda dokáže vysvětlit racionálním způsobem většinu příčin neplodnosti jak u muže, tak u ženy, zná mnoho vyšetřovacích i léčebných metod. Díky těmto moderním metodám dochází k postupnému nárůstu úspěšně léčených neplodných párů. Tato malá historická odbočka však poukazuje na fakt, že i v dřívějších dobách byla neplodnost problémem, který lékaře trápil a lákal k vyřešení.

„Neschopností počít dítě je na celém světě postiženo deset až patnáct procent párů, to znamená asi 60 až 80 milionů dvojic. Světová zdravotnická organizace (WHO) ostatně již v roce 1977 definovala nedobrovolnou bezdětnost jako nemoc.“<sup>18</sup>

„V 80. letech 20. století komise pro populaci Organizace spojených národů vyhlásila základní právo rodiny: „Mít tolik dětí, kolik si rodina přeje, mít tyto děti v době, kterou považuje za nejvhodnější...“

A přesto ve vyspělých zemích včetně České republiky zůstává v současné době 20 – 25 % párů nedobrovolně bezdětných. Podle dalších odhadů Světové zdravotnické organizace (WHO) se dokonce uvádí, že problémy s plodností se nově objevují asi u 2 milionů párů ročně.“<sup>19</sup>

„Poznávání četných příčin neplodnosti u ženy i muže závisí především na dosažitelnosti vyšetřovacích metod v oboru gynekologie, endokrinologie, imunologie, andrologie, sexuologie, urologie, genetiky, psychologie a jiných dalších doplňujících se oborů, dále na neustálém studiu, a tím prohlubování znalostí v oblasti lidského rozmnožování až na úrovni např. molekulární genetiky.“<sup>20</sup>

---

<sup>17</sup> Tamtéž, s. 75

<sup>18</sup> <http://www.neplodnost.cz/web/verejnost/napsalose/?article=419>, [cit.2008-01-25]

<sup>19</sup> ULČOVÁ-GALLOVÁ, Zdenka. *Neplodnost – útok imunity*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1493-0, s. 11

<sup>20</sup> Tamtéž, s. 11

## 3 Asistovaná reprodukce

### 3.1 Definice pojmu „asistovaná reprodukce“

Asistovaná reprodukce a její metody jsou mezi veřejností známy spíše jako „umělé oplodnění“ anebo „děti ze zkumavky“. Veškeré metody asistované reprodukce jsou prováděny ve specializovaných pracovištích, centrech asistované reprodukce (CAR).

„Metodami asistované reprodukce nazýváme všechny léčebné postupy, které vyžadují bezprostřední manipulaci se zárodečnými buňkami (vajíčky či spermii). Těchto metod je celá řada, nejčastěji prováděná je intrauterinní inseminace (IUI) a mimotělní oplodnění oocyty (in vitro fertilizace – IVF). Zatímco intrauterinní inseminace předpokládá nepoškozené vejcovody, je mimotělní oplodnění možné provádět prakticky při všech příčinách sterility, pokud selže (anebo není indikována) obvyklá konvenční léčba.“<sup>21</sup>

„Metody asistované reprodukce vzbudily velkou pozornost zejména po roce 1978, kdy se narodilo první tzv. dítě ze zkumavky. Tím dostaly novou naději manželské páry, kterým není klasická medicína schopná pomoci a které byly jinak odsouzeny k bezdětnosti.“<sup>22</sup>

Tímto prvním dítětem ze zkumavky byla Angličanka Louise Brownová, která roku 2007 porodila svého vlastního potomka. Své dítě počala přirozeným způsobem. Tato informace je důležitá, protože některé typy neplodnosti jsou dědičné. Řada vědců totiž poukazuje na to, že děti počaté díky umělému oplodnění mohou mít v budoucnu problémy, až se rozhodnou stát se samy rodiči.

„Při Louisině početí použil britský embryolog Robert Edwards spolu s gynekologem Patrickem Steptoem dnes již klasickou metodu mimotělního oplodnění vajíčka. Laparoskopicky odebrali ženě vajíčko, v živném roztoku je smísili s manželovými spermii a vzniklé embryo vložili do matčiny dělohy.

V tehdejší době šlo o významnou novinku, která vyvolala velkou pozornost médií i veřejnosti na celém světě. Metoda postupně zevšedněla a v uplynulých desetiletích se umělým oplodněním na celém světě narodily přes tři miliony dětí. Výzkum navíc neustal,

---

<sup>21</sup> MARDEŠIČ, Tonko. *Neplodnost*. 1. vydání. Praha: Makropulos, 1996. 78 s. ISBN 80-86003-01-9, s. 60–61

<sup>22</sup> LINHART, Petr. Ženské reprodukční zdraví. In: *Reprodukční zdraví: co dělat, aby člověk měl děti, když a až je bude chtít mít*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 2005. ISBN 80-7040-765-4, s. 12

od té doby vědci vyvinuli množství nových technik a výrazně zvýšili jejich úspěšnost, která je nyní srovnatelná s přirozeným početím.

První československé, respektive české ‚dítě ze zkumavky‘ se narodilo čtyři roky po Louise Brownové v Brně, byl to chlapeček.<sup>23</sup>

### 3.2 Metody asistované reprodukce

*IUI (intrauterinní inseminace)* je relativně jednoduchá a ve správně indikovaných případech velmi účinná metoda, kdy spermie partnera jsou při krátkém ambulantním výkonu vstříknuty do dělohy. Po výkonu žena asi 15 minut leží a poté odchází domů. Pro úspěšnost této metody je nutné, aby žena měla průchodné vejcovody a ovulovala. Pokud žena neovuluje, je nutné provést stimulaci vaječnicků, při které se může vyvíjet i více vajíček. Stimulace se provádí podáváním hormonálních preparátů per os nebo formou subkutánní či intramuskulární injekce. Pokud nejsou spermie partnera v pořádku, může být pro tuto metodu použito zmražené sperma anonymního dárce.

*IVF (mimotělní oplodnění, in vitro fertilizace)* je metoda, kdy dochází k oplodnění vajíčka mimo tělo ženy a jeho následnému přenesení do děložní dutiny. Původně se provádělo pouze u žen s neprůchodnými vejcovody, ale postupně se tato metoda ukázala přínosnou pro většinu typů sterility.

Tato metoda sestává z několika kroků:

**1. Stimulace vaječnicků** probíhá podáváním hormonálních preparátů parenterální cestou pomocí subkutánní či intramuskulární injekce, případně ve formě nosního spreje. U žen, které spontánně ovulují, může být od této léčby upuštěno a metoda mimotělního oplodnění může být použita v nativním cyklu s vývojem pouze jednoho vajíčka. Průběh stimulace je sledován ultrazvukovým vyšetřením, měří se velikost folikulů, ve kterých se vajíčka vyvíjejí, a také charakter a výška děložní sliznice. Dále se určují hladiny hormonů v krvi. Při dosažení správné velikosti folikulů se parenterálně (i.m. či s.c.) podá hCG, čímž se docílí dozrání vajíček (ovulace). Tu lze načasovat s přesností na 1 – 2 hodiny.

**2. Odběr vajíček (OPU – ovum pick up)** probíhá v krátké celkové anestezii, pod kontrolou ultrazvuku, asi 32 – 36 hodin po aplikaci hCG a asi 1 – 2 hodiny před očekávanou ovulací. Přes stěnu poševní se do vaječnicků zavede jehla, kterou se odsává tekutina z jednotlivých folikulů a spolu s ní se odsají i vajíčka. Jejich počet a kvalita se

---

<sup>23</sup> <http://www.neplodnost.cz/web/verejnost/napsalose/?article=419> , [cit.2008-01-25]

ihned poté hodnotí v embryologické laboratoři. V tutéž dobu je nutný také odběr spermatu od partnera ženy. Po speciální přípravě se z něho získají spermie k mimotělnímu oplodnění.

**3. Oplození vajíček (fertilizace):** odebraná vajíčka se uloží do speciálního živného roztoku v embryologické laboratoři, „do zkumavky“. K vajíčkům se přidají spermie partnera, které by měly vajíčka oplodnit. Zhruba za 16 – 18 hodin se hodnotí, zda došlo k oplození vajíček.

*ICSI (intracytoplazmatická injekce spermie)* je mikromanipulační technická metoda, která umožňuje zavedení jedné spermie do jednoho vajíčka. Užívá se především při zhoršené kvalitě spermatu. Je to poměrně náročná, avšak účinná metoda. Není ovšem hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

**4. Embryotransfer (ET, přenos embryí do dělohy)** se provádí obvykle za 2 – 3 dny. Embryo či embrya se zavádí tenkým katetrem přes pochvu do děložní dutiny. S rostoucím počtem zavedených embryí stoupá do určité míry i pravděpodobnost úspěchu, ale také riziko vícečetného těhotenství. V současné době se v České republice zavádí obvykle 1 – 2, nejvíce 3, výjimečně 4 embrya. Po embryotransferu žena odpočívá vleže, v lékařem stanovené poloze – na zádech či na břiše – a po cca 2 hodinách odpočinku odchází domů. V následujících dnech by žena měla dodržovat klidový režim a neprovádět namáhavé práce.

*Prodloužená kultivace (PK)* je metoda, při které se embrya kultivují až 5 dní. Provádí se dle aktuální situace, počtu oplozených vajíček a po domluvě s párem. V případě PK tedy probíhá embryotransfer po 3 – 5 dnech, dle rozhodnutí embryologa. Výhodou této metody je vyšší procento úspěšnosti, neboť se pro transfer vyberou ta embrya, která se vyvíjejí nejlépe a mají největší šanci na uhnízdění v děložní sliznici. Tato metoda není hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

*Asistovaný hatching (AH)* je technika, která umožňuje provést narušení obalu embrya mikromanipulací pod mikroskopem. Je možné ji použít v případech, kdy opakovaně nedošlo po přenosu embryí k otěhotnění. Toto narušení obalu může přispět ke zvýšení pravděpodobnosti implantace embryí do děložní sliznice, ale samotné embryo není při tomto výkonu porušeno. Tato metoda není hrazena zdravotními pojišťovnami.

**5. Kryokonzervace embryí** je zmrazení nadbytečných embryí. Pokud se při stimulaci vyprodukuje více vajíček, která se úspěšně oplodní a vykultivují se z nich embrya, zbývá po zavedení určitý počet embryí, která jsou nadbytečná. Ta se mohou zmrazit pro další

použití. Pokud nedojde k otěhotnění, je možno tato zmražená embrya rozmrazit a přenést do dělohy, případně jsou použita v dalších cyklech asistované reprodukce, kdy již nemusí probíhat stimulace. Transfer zmražených embryí se nazývá *kryoembryotransfer (KET)*.

**6. Těhotenství** nastává tehdy, když dojde k uhníždění embrya v dutině děložní.

Další využitelnou metodou je :

*PGD (preimplantační genetická diagnostika)*. Jedná se o metodu časně prenatální diagnostiky, která genetickým vyšetřením jedné nebo dvou buněk (blastomer) odebraných z vyvíjejícího se embrya umožňuje odhalit genetické abnormality budoucího plodu. Po tomto vyšetření lze k transferu do dělohy vybrat pouze embrya bez genetické zátěže. Za účelem minimalizace chyby genetického vyšetření je třeba k oplozování vajíček použít metody intracytoplasmatické injekce spermie (ICSI). Buňky pro genetické vyšetření jsou odebírány z embrya nejčastěji ve stádiu 8 – 10 buněk. Embryo se tímto zákrokem nepoškodí, neboť každá buňka v tomto stádiu je schopna samostatného vývoje v celého jedince.

Indikace k vyšetření PGD jsou přesně stanoveny a poté i částečně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Některá CAR nabízejí tuto metodu i v případech jiných nemocí rodičů, ovšem při vyšetření takovýchto embryí musí neplodný pár počítat s vysokou finanční spoluúčastí.<sup>24</sup>

### **3.2.1 Metody léčby mužské neplodnosti**

Při těchto metodách lze získat spermie od mužů, u kterých nejsou v ejakulátu nalezeny žádné spermie. Tento stav může být způsoben mnoha faktory, proto se často doporučuje genetické vyšetření. Pokud toto vyšetření neprokáže závažnou chorobu, která by mohla být přenesena na potomka, má muž reálnou šanci mít své biologické potomky. Spermie se získávají pomocí mikrochirurgických operací:

*MESA (micro epididymal sperm aspiration)* – získání spermií z kanálků nadvarlete

*TESE (testicular sperm extraction)* – získání spermií z kanálků varlete

Takto získané spermie mohou být použity pro metodu ICSI, zbývající se uchovávají zmrazením. Pravděpodobnost získání spermií při těchto výkonech je 60 – 100 %. Výkony probíhají v krátkodobé anestezii a po krátkém zotavení odchází muž domů.

---

<sup>24</sup> ULČOVÁ-GALLOVÁ, Zdenka. *Neplodnost – útok imunity*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1493-0

### 3.2.2 Dárcovské programy

*Program darovaného oocytu (ED program)* je určen ženám, od kterých není možné získat vlastní vajíčka nebo těm, které trpí dědičnou nemocí. Celkem se jedná asi o 5 % žen podstupujících metody asistované reprodukce.

Pro ženy, které čekají na darovaná vajíčka, je vytvořen pořadník čekatelek. Doba čekání na vajíčko se liší dle jednotlivých CAR, jedná se spíše o měsíce až roky. V případě, že pro ženu na předním místě v pořadníku je získána dárkyně, lékař v CAR rozhodne o případné hormonální léčbě, která se musí synchronizovat s léčbou dárkyně. Před získáním vajíček je informován manžel příjemkyně, aby se dostavil k odběru spermií. Případně lze použít také manželovy zmražené spermie. Darovaná vajíčka totiž v současné době nelze zamrazit, je nutné je ihned oplodnit spermiemi manžela příjemkyně.

Donedávna se po oplodnění všechna embrya zmrazovala a po 6 měsících se znovu vyšetřovala dárkyně na přenosné nemoci. Teprve po opakovaném zjištění negativních výsledků se embrya rozmrazila a byl proveden kryoembryotransfer. V současné době se od tohoto ve většině center asistované reprodukce upouští, neboť se ukázalo, že přenos HIV je prostřednictvím oocytu minimální.<sup>25</sup>

Dárkyní se může stát žena ve věku 18 – 35 let, která splňuje přísná zdravotní i jiná kritéria. Může to být buď žena, která se sama léčí pro neplodnost, je u ní vyprodukován velký počet vajíček a žena je ochotná je darovat. Další skupinou jsou ženy, které hormonální léčbu a odběr oocytů podstupují pouze za účelem darování vajíček, tzv. přímé dárkyně oocytů.

Odběr vajíček je komplikovaná záležitost, stimulace i odběr s sebou nesou všechny nepříjemnosti a rizika léčby jako metody IVF. Dárkyně je po tuto dobu mírně omezena ve svých aktivitách, musí se uvolnit ze zaměstnání. Proto za darování vajíček náleží dárkyni odměna. Její výše se liší dle jednotlivých CAR, většinou se pohybuje od 5 000,- do 20 000,- Kč. Tato odměna pokrývá náklady dárkyně na uvolňování ze zaměstnání, na dopravu do CAR, na doprovod v den odběru vajíček a další náklady a je také jistou formou „bolestného“. V případě, že by při odběru nebylo odebráno žádné vajíčko, dárkyně odměnu nezíská, tedy ani nejsou pokryty její náklady. Léky jsou dárkyni předepisovány dle aktuální potřeby a jsou pro ni bez doplatku. Tyto léky a vlastní odměnu hradí

---

<sup>25</sup> MRÁZEK, Milan. *Léčba neplodnosti*. Profem. Opava: Profem Publishing s.r.o., ISSN 1214-7168. 2004. č. 6

příjemkyně v plné výši. Ve výši odměny, kterou příjemkyně hradí, jsou zahrnuty i náklady CAR a odměna může činit i 50 000,- Kč.

*AID (arteficiální inseminace od dárce)* se používá v případech, že od manžela ženy není možné získat žádné spermie nebo je u něho prokázána geneticky podmíněná nemoc.

Darování spermií je oproti darování vajíček jednoduché, spermie se přirozeně tvoří ve velkém počtu a jejich získání je možné jednoduše masturbací. Dárci se mohou stát zdraví muži, kteří stejně jako dárkyně vajíček musí splňovat přísná zdravotní i jiná kritéria. V CAR je vyšetřen jejich spermiogram a pokud je v pořádku, provádějí se u muže různá další vyšetření. Odběry vzorku spermatu se provádějí opakovaně, vzorky jsou mražené a po půl roce je dárce znovu vyšetřen na přenosné nemoci. Teprve po opakovaném zjištění negativních výsledků je sperma použito.<sup>26</sup>

I za darování spermatu náleží dárci odměna kolem 500 – 600,- Kč za jednu dávku spermatu dle jednotlivých CAR a příjemkyně hradí tuto cenu navýšenou o poplatky za zpracování a zamražení. Celková částka se pohybuje asi okolo 1 000,- Kč, hradí ji příjemkyně a není proplácena z veřejného zdravotního pojištění.

Dárkyně či dárce se nikdy nedozví, zda došlo k použití jejich vajíček či jeho spermatu, zda došlo k oplození vajíček ani kolik dětí se narodilo. Stejně tak příjemkyně se nikdy nedozví, kdo byl dárce.

Darování zárodečných buněk by mělo být motivováno touhou pomoci potřebným a nikoliv touhou po finanční odměně! Proto odměna, která dárkyni či dárci náleží, je spíše symbolická a slouží k pokrytí jejich nákladů.

*Darování embryí* je další z možností využití darovaných zárodečných buněk. Dárci jsou většinou páry, které mají zmrazená vlastní embrya a již je nechtějí použít pro vlastní potřebu. V případě darování embryí musí vyslovit souhlas s darováním oba partneři, jsou jim provedena genetická a další nutná vyšetření. U muže je provedeno vyšetření nového vzorku spermatu. V případě, že všechna vyšetření jsou v pořádku, je provedena typizace ženy i muže a podle toho je nalezen vhodný pár příjemců.

Orientační ceny doplatků ze strany pacienta za jednotlivé výkony metod asistované reprodukce jsou uvedeny v příloze č. 1.

---

<sup>26</sup> ŘEZÁBEK, Karel. *Léčba neplodnosti*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1996. 104 s. ISBN 80-7169-707-9

### 3.3 Rizika léčby metodami asistované reprodukce

*Mimoděložní těhotenství*, jehož vznik je možný i u metod asistované reprodukce, asi u 5 % žen. Výjimečně může dojít k současnému nitroděložnímu i mimoděložnímu těhotenství, kdy při včasném a vhodném ošetření mimoděložního těhotenství může nitroděložní těhotenství úspěšně pokračovat.

*Ovariální hyperstimulační syndrom*: Při hormonální stimulaci vaječnicků může někdy dojít k ovariálnímu hyperstimulačnímu syndromu (OHSS). Jedná se o stav, kdy se ve vaječnicích po hormonální stimulaci vyvíjí nadměrné množství folikulů, dochází ke zvýšení propustnosti cév pro tekutiny a k tvorbě exsudátu v dutině břišní či pohrudniční. Při vážné formě tohoto syndromu není možné zavádět embrya zpět do dělohy a po oplození se všechna vzniklá embrya zamrazí ve formě prvojader. V ostatních případech je možno mrazit embrya i v pokročilejších stadiích. OHSS se vyskytuje asi u 5 % žen, vážné jsou zejména jeho těžké formy, které vyžadují hospitalizaci. Vyskytují se asi v 1 – 2 %.<sup>27</sup>

Subjektivní pocity ženy s OHSS jsou popsány blíže v kapitole 4.3 Tělesný dopad neplodnosti na kvalitu života.

*Vícečetná těhotenství* – zejména těhotenství se třemi a více plody. Tomuto stavu lze předcházet zavedením maximálně dvou embryí. V případě zavedení a uchycení více embryí lze provést redukci jednoho či dvou embryí. Rizika tohoto zákroku jsou nižší ve srovnání s riziky, která souvisejí s mnohočetným těhotenstvím a předčasným porodem.<sup>28</sup>

### 3.4 Etické aspekty asistované reprodukce

Výše uvedené léčebné postupy s sebou jistě přinášejí i etické otázky, které musejí řešit jednotliví odborníci, ale také každý pár podstupující léčbu neplodnosti, a to s ohledem na vlastní životní filosofii, rodinnou či náboženskou příslušnost apod. Záleží na jednotlivých nemocných, jak vnímají tyto metody, jak rozumí pojmu rodičovství, zda je cesta početí dítěte touto nepřirozenou cestou pro ně schůdná. Pokud se člověk cítí být touto cestou „degradován“, jeví se pro něj tyto postupy jako neetické. Ve většině zemí se tyto metody jeví jako přípustné z etického i právního hlediska. Naopak většinou zcela zamítnuty jsou genetické manipulace s vajíčky či embryi.

---

<sup>27</sup> MRÁZEK, Milan. *Léčba neplodnosti*. ProFem. Opava: ProFem Publishing s.r.o., ISSN 1214-7168. 2004. č. 6

<sup>28</sup> Tamtéž



Velmi citlivou otázkou, kterou si musí každý pár léčený pro neplodnost položit, je i to, co bude provedeno s případnými přebytečnými nepoužitými embryi. Je etické jejich zničení, jejich darování či jejich využití k vědeckému výzkumu?

Velmi vážné problémy potom mohou nastat u metod s použitím darovaných zárodečných buněk nebo darovaných embryí, a to jak z etického, tak právního hlediska. Např. islámská náboženství a také římskokatolická církev považují tyto postupy za cizoložství, a dítě tedy za nelegitimní. Rodiče takto počatých dětí tak mohou řešit problém, zda dětem sdělit okolnosti jejich početí a kdy. S tím se samozřejmě pojí otázka anonymity dárce. V České republice se v těchto případech dodržuje přísná anonymita dárce, v některých jiných zemích (např. ve Švédsku) vítězí právo dítěte znát své biologické rodiče.

Etických otázek kolem asistované reprodukce je velmi mnoho a většinou na ně neexistují univerzálně platné odpovědi.<sup>29</sup>

### **3.5 Právní úprava asistované reprodukce v ČR**

Zákonem č.227/2006 Sb., o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech a o změně některých souvisejících zákonů byla s účinností od 1.6.2006 mimo jiné provedena novelizace zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Tato novela přináší potřebnou a dlouho očekávanou právní úpravu asistované reprodukce.

Asistovanou reprodukci mohou provádět zdravotnická zařízení na základě souhlasu uděleného Ministerstvem zdravotnictví. Zákon definuje asistovanou reprodukci jako postupy a metody, při kterých dochází k manipulaci se zárodečnými buňkami nebo s embryi, včetně jejich uchovávání, a to za účelem léčby neplodnosti ženy nebo muže. Těmito postupy a metodami jsou odběr zárodečných buněk, umělé oplození vajíčka spermií mimo tělo ženy a přenos embrya do pohlavních orgánů ženy nebo zavedení zárodečných buněk do pohlavních orgánů ženy.

Dále zákon stanovuje, komu smí být asistovaná reprodukce provedena, za jakých podmínek, a také upravuje podmínky darování zárodečných buněk, zachování anonymity dárce, neplodného páru a dítěte narozeného z asistované reprodukce pomocí darovaných zárodečných buněk.

---

<sup>29</sup> MATĚJŮ, Ivana – WEISS, Petr. Psychoterapie při léčbě neplodnosti. In: *Česká a slovenská psychiatrie*. Roč. 100, č. 2 (2004)

Novela zákona dále výslovně zakazuje použití postupů asistované reprodukce pro účely volby pohlaví budoucího dítěte s výjimkou případů, kdy použitím postupů asistované reprodukce lze předejít vážným geneticky podmíněným nemocem s vazbou na pohlaví dítěte.

Tato novela zákona zřizuje Národní registr asistované reprodukce, ve kterém mají být zpracovávány údaje potřebné pro identifikaci ženy, které bylo provedeno umělé oplodnění, muže, u kterého byl proveden odběr zárodečných buněk za účelem umělého oplodnění, a údaje potřebné pro identifikaci zdravotnického zařízení, které provedlo asistovanou reprodukci.

Nová právní úprava výslovně umožňuje, aby asistovaná reprodukce byla poskytována i nesezdaným párům. Naopak nadále není možné při léčbě použít institut tzv. náhradní matky, která by pro genetickou matku dítě odnosila, ani není možné adresně darovat zárodečné buňky či embrya, neboť zákon trvá na přísné anonymitě dárce a příjemců i dárce a dítěte narozeného z asistované reprodukce.<sup>30</sup>

Obširnější citace zákona je uvedena v příloze č. 2.

Výčet dalších souvisejících právních předpisů je uveden v příloze č. 3.

### **3.6 Úhrada léčby neplodnosti z veřejného zdravotního pojištění**

Asistovanou reprodukcí se rozumí in vitro fertilizace (IVF) a techniky vyžadující manipulaci se zárodečnými buňkami a s embryi včetně jejich uchovávání.

Diagnózy neplodnosti, u kterých je indikována léčba metodou IVF, jsou přesně stanoveny.

Tyto diagnózy a doporučený minimální standard pracovišť provádějících výkony asistované reprodukce jsou uvedeny v příloze č. 4.

Podle § 15 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, jsou výkony asistované reprodukce hrazeny z veřejného zdravotního pojištění na základě doporučení registrujícího ženského lékaře:

ženám s oboustrannou neprůchodností vejcovodů ve věku od 18 do 39 let,

ostatním ženám ve věku od 22 do 39 let.

---

<sup>30</sup> <http://www.neplodnost.cz/web/verejnost/uhrada/legislativa/>, [cit.2008-03-12]

V souvislosti s mimotělním oplodněním ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá na základě doporučení registrujícího ženského lékaře nejvíce 3× za život. Tím se rozumí maximálně 4 monitorované cykly se stimulací a v rámci nich nejvíce 3 cykly s přenosem embryí.

Z veřejného zdravotního pojištění je pro ovariální stimulaci v souvislosti s přípravou k léčbě sterility metodou mimotělního oplodnění hrazeno v každém léčebném cyklu maximálně 2250 IU hMG/FSH a adekvátní množství agonistů GnRH či antagonistů LHRH.

Poskytnutí zdravotní péče musí být průkazným způsobem popsáno ve zdravotnické dokumentaci.

Pro vykazování poskytnuté péče jsou používány stanovené kódy. Tyto kódy jsou uvedeny v Zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.<sup>31</sup>

V druhé fázi reformy zdravotnictví ministra Julínka je předložen návrh novely zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Podle tohoto návrhu novely má být údajně cyklus IVF ženě poskytnut pouze jedenkrát za život. Podle dostupných informací je však v současné době projednání návrhu zákona prozatím odloženo.

---

<sup>31</sup> [http://www.neplodnost.cz/web/verejnost/uhrada/uhrada\\_ZP/](http://www.neplodnost.cz/web/verejnost/uhrada/uhrada_ZP/), [cit.2008-03-12]

## 4 Vliv neplodnosti na kvalitu života párů

### 4.1 Definice pojmu „kvalita života“

Historie pojmu kvalita života je velmi dlouhá, nejprve byl použit ve 20. letech 20. století v ekonomických a sociálních souvislostech. Obecně se tento pojem rozšířil až v 60. letech 20. století jako metaforický výraz shrnující sociálně-politické cíle americké vlády. Pro svou stručnost a intuitivní srozumitelnost se toto slovní spojení rychle ujalo a stalo se moderním jak v politice, tak v ostatních sférách života. Postupně se z něj stával vědecký pojem nejen v ekonomii, politologii a sociologii, ale i v dalších vědách: filosofii, teologii, sociální práci, psychologii, ekologii a především ve většině medicínských oborů a ošetrovatelství. Pojem kvalita života se však objevuje také v technických oborech, které ovlivňují život lidí: architektuře, stavebnictví a dopravě.<sup>32</sup>

Vzhledem k tomu, kolik nejrůznějších oborů s tímto pojmem pracuje, je velmi obtížné jeho definování. Stejně tak velmi obtížné je měření kvality života.

„Není možné usilovat o vytvoření univerzální definice, jež by se dala používat v různých oborech. Ukazuje se, že bude třeba koncipovat definice zakotvené v daném oboru, rozdílné podle úrovně obecnosti a vázané na určitý aplikační kontext. Navíc by měly být citlivé na sociální, kulturní a biologické determinanty i na změny kvality života v čase.“<sup>33</sup>

Taktéž rozsah pojetí kvality života může být vnímán různě, můžeme hovořit o životě jediného člověka či o životě skupiny lidí či lidstva, vybírat z celé problematiky či jen její dílčí oblasti. Engel a Bergsma (1988) mapují tuto oblast v různých rovinách:

*Makrorovina* mapuje otázky kvality života velkých společenských celků (země, kontinentu). Problematika je pak součástí politické sféry.

*Mezorovina* hodnotí kvalitu života malých sociálních skupin (školy, nemocnice, podniky, ...).

---

<sup>32</sup> MAREŠ, Jirí a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno, MSD, spol. s.r.o., 2006, 228 s. ISBN 80-86633-65-9

<sup>33</sup> Tamtéž, s. 12

Osobní (personální) rovina je definována nejjednoznačněji, je jí život jednotlivce a týká se každého z nás. Každý tak hodnotí kvalitu vlastního života. Do hry vstupují osobní hodnoty jednotlivce, jeho představy, pojetí, naděje, očekávání, přesvědčení, ap.<sup>34</sup>

Individuálně zaměřená definice kvality života dle WHO, Quality of Life Group (1993):

*„Jde o individuální percipování své pozice v životě, v kontextu té kultury a toho systému hodnot, v nichž jedinec žije; vyjadřuje jedincův vztah k vlastním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům...zahrnuje komplexním způsobem jedincovo somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí, sociální vztahy, jedincovo přesvědčení, víru – a to vše ve vztahu k hlavním charakteristikám prostředí...kvalita života vyjadřuje subjektivní ohodnocení, které se odehrává v určitém kulturním, sociálním a enviromentálním kontextu... kvalita života není totožná s termíny ‚stav zdraví‘, ‚životní spokojenost‘, ‚psychický stav‘ nebo ‚pohoda‘. Jde spíše o multidimenzionální pojem.“<sup>35</sup>*

„Kategorie ‚kvalita života‘ aplikovaná ve zdravotnictví se obecně označuje HRQL (health – related quality of life). Ani zde však nepanuje jednota při vymezení tohoto pojmu.

*HRQL zahrnuje ty aspekty celkové kvality života, o nichž lze jasně ukázat, že jsou ovlivněny zdravím, ať už somatickým nebo mentálním. Jde o vnímané somatické a mentální zdraví, včetně souvislostí typu zdravotních rizik a podmínek, funkčního stavu, sociální opory a socioekonomického statusu. Na komunitní úrovni HRQL zahrnuje zdroje, podmínky, zdravotní politiku a politické postupy, které ovlivňují vnímané zdraví u populace a její funkční stav.“<sup>36</sup>*

Pro tuto práci se mi však možná nejlépe využitelná zdá následující definice kvality života:

*„Hodnota či kvalita života je výrazně subjektivní, která vyjadřuje určitou míru nebo stupeň sledované proměnné, variuje od nízké hodnoty po vysokou a má tři rozměry:*

*subjektivní pocit pohody – spokojenosti (štěstí),*

---

<sup>34</sup> KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing spol. s.r.o., 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0

<sup>35</sup> MAREŠ, Jirí a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno, MSD, spol. s.r.o., 2006, 228 s. ISBN 80-86633-65-9, s. 25

<sup>36</sup> Tamtéž, s. 30

*objektivní schopnost fungovat v každodenním životě, pečovat o sebe a zastávat sociální role,*

*dostupnost zevních zdrojů materiální povahy a sociální opory.*<sup>37</sup>

Měření kvality života zůstává otevřenou otázkou. Není dosud jasné, jak ji nejlépe měřit, jak spolu souvisejí objektivní a subjektivní úroveň. Důležitou roli hraje také idealizovaná představa člověka o sobě samém.

Globální hodnocení kvality života je dáno subjektivním výběrem kritérií, která daný jedinec považuje ve vztahu k hodnocení kvality svého života za signifikantní. Výběr těchto kritérií je individuálně odlišný a jedinec, který porovnává kvalitu svého života s kvalitou života jiných lidí, tak činí na základě svého individuálního výběru těchto kritérií.

Četné studie dokazují vztah mezi životní spokojeností a osobní pohodou na jedné straně a sebeúctou, zodpovědností a sociálním zázemím na straně druhé.<sup>38</sup>

Domnívám se, že kvalita života neplodných párů je ovlivněna ve všech složkách jejich života.

## **4.2 Psychický dopad neplodnosti na kvalitu života**

O dlouhodobých důsledcích neúspěšné léčby sterility je známo jen málo objektivních informací. Po ukončení léčby jsou většinou jak úspěšné, tak neúspěšné páry ztraceny ze sledování. Je tedy možno sledovat spíše pouze páry, které jsou aktuálně pro neplodnost léčeny, anebo páry, které se aktuálně rozhodly či rozhodují pro bezdětnost či adopci. Některé prameny však udávají u nedobrovolně bezdětných párů výrazně zhoršenou kvalitu života.<sup>39</sup>

Psychický stav neplodných párů prožívá určitý vývoj: nejprve je pár šokován, překvapen, nevěří. Pokud je léčba neplodnosti neúspěšná, tak pár začne oplakávat dítě, které nikdy nebylo počato, a objevuje se reakce na ztrátu. Pár neztrácí jen dítě, ale i možnost prožít těhotenství, porod, kojení, pocit genetické kontinuity a kontinuity rodinného jména. Dochází i ke ztrátě očekávání, která se může posléze projevit i v jiných

---

<sup>37</sup> HAJEROVÁ-MÜLLEROVÁ, Lenka. *Hodnocení kvality života u žáků ZŠ*. In: KOUKOLA, Bohumil. MAREŠ, Jiří. *Psychologie zdraví a kvalita života. Sborník přednášek*. Brno, MSD, spol. s.r.o., 2006, 162 s. ISBN 80-86633-66-7, s. 138-139

<sup>38</sup> Tamtéž

<sup>39</sup> KORYNTOVÁ, D. Psychosomatika sterility. In: *Moderní gynekologie a porodnictví*. Roč. 11, č.4 (2002)

oblastech prožívání. V poslední fázi je psychika podrobena velké zkoušce při rozhodnutí mezi přijetím bezdětnosti, užitím darovaných zárodečných buněk, adopcí...<sup>40</sup>

Svým dílem se na kvalitě psychického života podílí i fakt, jaká je příčina neplodnosti, zda je neplodnost „jen“ problémem, který je vnitřní a navenek neviditelný anebo zda jsou i zevní projevy. Např.:

„Mnohé ženy s PCOS se cítí postiženy v sociální roli ženy. Připadají si stigmatizované, cítí se málo ženské a spolu s tělesnými problémy jim to přináší emoční nepohodu, snížení kvality života a uspokojení z něj. Diagnóza PCOS má také negativní dopad na sexuální život, žena si připadá nežádoucí, má negativní vztah k sexuálnímu životu a není uspokojena. Obě navenek se projevující složky PCOS – obezita a hirsutismus (nadměrné ochlupení) – jsou výraznými determinantami psychické složky kvality života nemocné ženy.“<sup>41</sup>

„Neplodnost je prodloužený výkřik bolesti, který nevydává žádný zvuk. Je to žena, která odkloní oči pokaždé, když jde kolem miminka v kočárku, je dojatá při pohledu na plenu a cítí tupost, když kamarádka oznámí své těhotenství.“<sup>42</sup>

### **4.3 Tělesný dopad neplodnosti na kvalitu života**

Jako tělesný dopad lze samozřejmě považovat projevy psychosomatické, které jsou blíže popsány v kapitole 5.2 Psychosomatická problematika neplodnosti.

Neplodnost jako taková nebolí a bolestivé výkony spojené s diagnostikou a léčbou obvykle nejsou výrazně zatěžující.

Nejvýznamněji je bolest v souvislosti s neplodností sledována a popisována u žen s dg. endometrióza:

„Endometrióza má společný symptom – bolest a ve velkém procentu případů i neplodnost. Bolestivý syndrom může být zcela neovladatelný. Tento syndrom se projevuje obvykle v reprodukčních orgánech, ale také v močovém či gastrointestinálním

---

<sup>40</sup> MATĚJŮ, Ivana – WEISS, Petr – URBÁNEK, Václav. Psychologické důsledky neplodnosti. In: *Československá psychologie*. Roč. 49, č.3 (2005)

<sup>41</sup> JANSSEN, O.E. et al. *Mood and sexual function in polycystic ovary syndrome*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18181082>, [cit.2008-03-25]

<sup>42</sup> *The Pain of Infertility*. [online]. Adoption help and guidance from the nation's leading adoption magazine. <http://www.theadoptionguide.com/parents/articles/pain-of-infertility>, [cit.2008-03-25]

traktu. Tato bolest je popisována a prožívána velmi různě a jedinou možnou diagnostikou je laparoskopie.“<sup>43</sup>

Endometrióza je častým důvodem k návštěvě gynekologa už v časném věku, kdy dívka mívá velmi bolestivou menstruaci, případně opakované bolesti v podbříšku, tzv. pánevní bolesti. Velmi časté jsou také bolesti při pohlavním styku. Endometriózu lze léčit chirurgicky či hormonálně, ale léčba bolesti nebývá vždy úspěšná, často je dokonce opomíjena.

Popsány jsou i případy pacientek, kterým endometrióza zničila partnerský vztah, protože odmítaly pohlavní styk pro bolest, vzala jim práci, protože při každé menstruaci zůstávaly doma s bolestmi, a v neposlední řadě zničila i psychiku.<sup>44</sup>

Dalším velmi nepříjemným stavem je komplikace metod asistované reprodukce – OHSS (ovariální hyperstimulační syndrom). Žena při OHSS subjektivně pocítuje vlivem zvětšujících se ovárií napětí a zvětšení břicha. Lehčí formy probíhají jako lehké bolesti podbříšku. Pravidelná ambulantní kontrola s důkladným poučením je nutná! Těžší formy s sebou přinášejí silné bolesti celého břicha a výrazné zvětšení jeho objemu. Vzniká ascites, pleurální až perikardiální výpotek, dochází k hemokoncentraci a hypovolemii. V břiše nahromaděná tekutina utlačuje okolní orgány. Žena je dušná, apatická, ztrácí chuť k jídlu, eventuálně zvrací. V tomto vážném případě dochází k hospitalizaci ženy, monitoraci základních životních funkcí a laboratorních výsledků. Je prováděna prevence tromboembolické nemoci a případně i punkce ascitu vaginální cestou po kontolou UZ. Důležitá je samozřejmě dostatečná hydratace, substituce bílkovin a minerálů. Tato vyrovnaná bilance živin a tekutin je doporučována (jako prevence OHSS) všem ženám, které podstupují metody AR.

Průběh OHSS je různý, léčba vážných forem je velmi náročná jak pro zdravotnická zařízení, tak pro pacientky. OHSS se může při úspěšné graviditě výrazně zhoršit vlivem nárůstu hladiny hCG.<sup>45</sup>

Tato vážná komplikace léčby neplodnosti velmi výrazným způsobem ovlivňuje život ženy, která nejenže trpí velkými bolestmi a nepříjemnými pocity, ale při úspěšné graviditě

---

<sup>43</sup>RODGERS, A. K. – FALCONE, T. *Treatment strategies for endometriosis*. PMID: 18201147 [PubMed - in process].  
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18201147?ordinalpos=14&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18201147?ordinalpos=14&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum), [cit.2008-03-25]

<sup>44</sup> <http://www.neplodnost.cz/web/verejnost/napsalose/?article=446> , [cit.2008-03-25]

<sup>45</sup> <http://www.florence.cz/cislo.php?stat=243>, [cit.2008-04-04]



se zároveň obává o další vývoj uhnížděného embrya. V případě, že se OHSS u ženy rozvine již časně po odběru vajíček, není možno provést embryotransfer a žena je vystavena další, tentokrát psychické zátěži.

## **4.4 Dopad neplodnosti na sociální život a partnerství**

### **4.4.1 Dopad neplodnosti na sociální oblast života**

Všeobecně je dítě společností chápáno jako samozřejmá součást našich životů, proto i důvody proč mít dítě jsou „společensky“ jasně dané. Dle Matějčka je to motivace biologická (rodičovský pud), psychologická a sociální.

Dítě je cílem našeho jednání, našeho snažení, našeho života, a to jak v osobní, partnerské i sociální rovině. Dítě je zdrojem radosti a podnětů k osobnímu růstu, ale i příjemcem, kterému můžeme dávat svoji radost, energii a lásku. Dítě nabízí pokračování sebe sama, až jednou náš život skončí.

Bezdětnost je tedy společností chápána jako něco výjimečného, divného a je jí přikládáno mnoho významů. Ne všechny jsou ale správné. Ti, kteří se dobrovolně rozhodli, že děti nechtějí, udávají mnoho důvodů, proč se tak rozhodli, např. osvobození se od odpovědnosti, spokojenější vztahy v manželství, ohled na pracovní kariéru ženy, finanční výhody, obavy z populačního růstu, všeobecná nechť k dětem, negativní zkušenosti z vlastního dětství a obavy být dobrým rodičem, obavy plodit děti do takového světa, ve kterém nyní žijeme.<sup>46</sup>

Ve společnosti, která chápe dítě tak, jak je výše popsáno, se pak bezdětní lidé jeví jako divní a možná jsou i trochu odsuzováni. Pokud se pár pro bezdětnost sám rozhodl, je pro něj postoj okolí nedůležitý. Pokud se však manželé pro bezdětnost dobrovolně nerozhodli, jejich touha po dítěti zůstala nenaplněna, ale společností jsou vnímáni jako „ti divní, co nechtějí děti“, může se tato situace negativně odrážet v kvalitě jejich sociálního života velkou měrou. Bezdětnost tak může být provázána pocitem biologického i společenského selhání.

Při léčbě neplodnosti se vyskytují i další sociální aspekty. Jsou jimi vztahy s rodinou, přáteli, v zaměstnání. U rodičů, blízkých příbuzných a přátel popisují neplodné páry, po svěřením se s problémem, spíše zlepšení vztahu, zejména pocítují oporu a zájem. Mnoho

---

<sup>46</sup> KONEČNÁ, Hana. *Na cestě za dítětem. Dvě malá křídla*. 1. vydání. Praha: Academia., 2003, 317 s. ISBN 80-200-1055-6

párů se však ale nechce svěřovat, mají pocit, že by okolí svými problémy obtěžovaly. Jiná situace nastává, pokud příbuzní či přátelé neplodného páru očekávají miminko nebo mají malé dítě. V takovém případě se zejména ženy na nějaký čas s těmito osobami nemohou stýkat.

V zaměstnání se většina nemocných se svým problémem nesvěřuje, často je to z obavy z posměchu, nepochopení, naschválů a také z obavy o pracovní místo. Vliv situace okolo neplodnosti se většinou neprojevuje sníženou schopností soustředit se na práci.<sup>47</sup>

Někdy je u bezdětných párů naopak pozorována úspěšnější seberealizace v zaměstnání i společenském životě.

#### **4.4.2 Dopad neplodnosti na partnerskou oblast života**

V případě, že se partneři nechtějí s bezdětností smířit a potřeba rodičovské identity přetrvává, přijímají za vlastní cizí dítě, ať již formou pěstounské péče či adopce. Toto je ovšem také velmi citlivá a problémy přinášející oblast.

Z výzkumu Mgr. Kubcové o dopadu neplodnosti na partnerský život (2004) vyplývá, že dopad neplodnosti na partnerský vztah hodnotí respondenti spíše příznivě. 100 % žen a 84 % mužů uvedlo, že situace s řešením problému neplodnosti měla pro jejich partnerský vztah nějaký přínos. Mezi tyto přínosy bylo zahrnuto např.: posílení vztahu a objevení „přítele“ v partnerovi, vzájemné porozumění, ohleduplnost a starostlivost, odhalení podstaty partnerství. Dalším zmiňovaným kladem celé situace bylo setkání s kolektivem odborníků, kteří jim dodali naději na oplodnění. Ti muži, kteří odpovídali, že jim situace něco vzala, uváděli, že je to radost ze života, protože nyní jejich vztahu chybí naplnění.

Také intimní soužití párů bylo hodnoceno téměř výhradně jako situací neovlivněné.

V podstatě lze tedy shrnout, že neplodnost, ač stresující záležitost, na partnerský vztah negativní vliv nemá, spíše jej posiluje a utužuje.<sup>48</sup>

„Cesta za dítětem je téměř vždy cesta dvou lidí, kteří mají odlišné prožívání, představy a informace o problému. Nezáleží na tom, zda příčina neúspěchů je nalezena na straně ženy či muže, následky, tedy nedobrovolnou bezdětnost, nesou oba. Vždy je potřeba, aby spolu tito dva komunikovali. Cesta za dítětem je cesta dvou lidí, výjimečně jednoho, ale ne

---

<sup>47</sup> KUBCOVÁ, Šárka. Vliv neplodnosti na kvalitu partnerského vztahu. In: *Gynekolog*. Roč. 14, č.3 (2005)

<sup>48</sup> KUBCOVÁ, Šárka. Neplodnost partnerský vztah neničí. In: *Psychologie dnes*. Roč. 10, č. 10 (2004)

více. Jen na poutnících a na nikom jiném záleží, kudy se vydají, pro jaké řešení se rozhodnou a co o své cestě budou komu vyprávět.

**Je potřeba udělat vše, ale nikoliv obětovat vše.** Nevzdat se svých aktivit, koníčků a radostí, ty totiž mohou být velkou oporou a zdrojem psychických sil. Biologická neplodnost nemá nic společného s neplodností ve smyslu filosofickém, tedy že život nemá smysl.

Člověk není osamocen, je součástí různých společenství, která si všímají a zasahují do jeho života. Pomocí je nezůstávat se svým trápením sami, mluvit o něm, vyjádřit svoje pocity, pochybnosti i nejistoty. Kromě partnera je dobré mít ve svém okolí někoho, komu lze důvěřovat či se přátelit s člověkem, který řeší podobný problém.<sup>49</sup>

Jedině tak nebude neplodný pár izolován, nebude okolí připadat divný a kvalita sociální oblasti jeho života nebude výrazněji narušena.

#### **4.4.3 Ekonomický dopad neplodnosti na kvalitu života**

Z ekonomického hlediska je ale „mít děti“ čirá pošetilost, dle socioložky Viviany Zelizerové jsou děti ekonomicky bezcenné, avšak jejich emocionální hodnota je nevyčíslitelná. A právě to je ona (psychická) hodnota, která nás motivuje k tomu, abychom si je pořizovali.

V léčbě neplodnosti hrají velkou roli finance, které jsou zapotřebí k léčbě. Hrazení standardních výkonů léčby neplodnosti je v určitém rozsahu zatím záležitostí zdravotních pojišťoven, některé výkony a medikamenty se však považují za nadstandardní a pacient je hradí sám. V určitých fázích léčby je však tučnost konta či obsah peněženky poměrně významným činitelem. Tato finanční situace ovlivňuje užití metod léčby, které nejsou ze zdravotního pojištění hrazeny či hrazeny jen částečně anebo v případě samoplátkyň (žen, které již vyčerpaly všechny hrazené cykly léčby). Částky vynakládané za léčbu výrazně zasahují do rodinného rozpočtu. Při opakované léčbě se pár dostává do jakési smyčky, neboť léčba metodami asistované reprodukce omezuje pracovní výkonnost ženy, tím i finanční možnosti rodiny a tím zpětně možnosti léčby.<sup>50</sup>

---

<sup>49</sup> KONEČNÁ, Hana. Potíže s otěhotněním jako zátěžová situace. In: *Reprodukční zdraví: co dělat, aby člověk měl děti, když a až je bude chtít mít*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 2005. ISBN 80-7040-765-4, s. 26-28

<sup>50</sup> KONEČNÁ, Hana. *Na cestě za dítětem. Dvě malá křídla*. 1. vydání. Praha: Academia., 2003, 317 s. ISBN 80-200-1055-6

## 5 Psychologie neplodnosti

### 5.1 Biopsychosociální model nemoci

Biopsychosociální model nemoci je podkladem komplexního přístupu k nemocným a požaduje respektování tří složek: biologické, psychologické a sociální, které se spolupodílejí na vzniku a vývoji nemoci. Stejně tak se uplatňují při její léčbě. Podíl jednotlivých složek se u konkrétních stavů liší. V rámci biopsychosociálního modelu se lékař zajímá o větší šíři informací o pacientovi, hledá souvislosti a vztahy mezi událostmi v jeho životě a současným klinickým obrazem. Komplexní přístup je výrazem humanistické orientace v medicíně.<sup>51</sup>

### 5.2 Psychosomatická problematika neplodnosti

Následkem jakékoliv špatné funkce organismu je psychická nepohoda, která zpětnou vazbou může organismus ovlivňovat. Když jsme v nějaké složité situaci, přemýšlíme, proč jsme se do té situace dostali, někdo uvažuje i nad tím, jaký může mít tato situace smysl. O tom, že by neplodnost měla mít nějaký účel, uvažuje velice málo lidí a ještě méně si umí představit, jaký účel by to byl. Pokud někdo vidí nějaký smysl, tak v tom, aby se vydal na cestu za dítětem a vnímá ji jako příležitost k růstu.<sup>52</sup>

#### 5.2.1 Psychologické příčiny neplodnosti

Jako psychosomatická bývá označována sterilita bez zjevné organické příčiny, tato je často nazývána také nevysvětlitelnou. Čistě psychogenní neplodnost by měla být definována přítomností specifických faktorů (traumatické zážitky, patologické rodinné vztahy, apod.). Psychologická komponenta však hraje velkou roli i u organických poruch, ať už jako jejich příčina, paralelně působící faktor nebo následek. I čistě psychický problém se musí změnit na určitý fyzický problém, který je poté bezprostřední příčinou neplodnosti.<sup>53</sup>

---

<sup>51</sup> BERAN, Jiří. *Základy komunikace s nemocným*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova, vydavatelství Karolinum, 1997. 72 s. ISBN 80-7184-390-3

<sup>52</sup> KONEČNÁ, Hana. *Na cestě za dítětem. Dvě malá křídla*. 1. vydání. Praha: Academia., 2003, 317 s. ISBN 80-200-1055-6

<sup>53</sup> MATĚJŮ, Ivana – WEISS, Petr – URBÁNEK, Václav. Psychologické příčiny neplodnosti. In: *Československá psychologie*. Roč. 49, č.3 (2005)

„V posledních letech je hlavní úloha psychických faktorů v etiologii neplodnosti přisuzována psychosociálnímu stresu. Fakt, že stres negativně ovlivňuje plodnost u zdravých jedinců a u sterilních zhoršuje výsledky léčby, lze považovat za nepopiratelný.“<sup>54</sup>

Při stresu dochází k poruchám menstruace a ovulace, u mužů k poklesu počtu spermií ve spermioqramu. Stejně tak ovlivňuje psychosociální stres i výsledek léčby sterility, která už samotná je považována ze stresující faktor.

Úzkost a stres negativně ovlivňují také sexuální život partnerů, dochází k narušení sexuální apetence, a tím dochází ke snížení počtu pohlavních styků potřebných pro zdárné otěhotnění.

O vlivu stresové příčiny svědčí i to, že po jeho odstranění často dochází ke graviditě, někdy i spontánní, a to i u párů dlouhodobě léčených pro neplodnost. Stejný vliv má adopce. U mnoha párů došlo po adopci dítěte k nečekanému těhotenství.<sup>55</sup>

### **5.2.2 Psychologické důsledky neplodnosti**

Pro většinu populace představuje dítě cosi důležitého a nepostradatelného. Důsledkem nesplnění této základní biologické a sociální funkce je psychosociální stres projevující se ve třech rovinách – tělesné, psychické a interpersonální. Dle různých zdrojů se některé z těchto problémů vyskytují u 25 – 60 % sterilních párů.

Stejně tak negativně se mohou projevit negativní zkušenosti spojené s léčbou neplodnosti na prožívání těhotenství. Úzkost a deprese není způsobená pouze tím, že se ženy více obávají o své těhotenství, které vzniklo až po dlouhém usilování, ale i tím, že tato těhotenství mívají objektivně více komplikací a jsou spojena s vyššími perinatologickými riziky.

Specifický problém představují vícečetná těhotenství, vyskytující se po metodách asistované reprodukce až ve 33 %. Taková těhotenství s sebou přinášejí i vyšší rizika spojená s nezralostí a nízkou porodní hmotností plodů. Nemalým problémem je také psychická a emoční zátěž, která je na rodiče po porodu kladena. Pokud rodiče nejsou na tuto situaci dostatečně připraveni, pak zvláště u těch, kteří ještě žádné dítě nemají, může dojít ke zklamání a stresu. U trojčat se velmi vážným problémem ukázalo být narušení

---

<sup>54</sup> KORYNTOVÁ, D. Psychosomatika sterility. In: *Moderní gynekologie a porodnictví*. Roč. 11, č.4 (2002), s. 635

<sup>55</sup> Tamtéž, s. 636

vazby matky na děti, fyzické vyčerpání, sociální izolace rodičů, manželský nesoulad a přetížení domácnosti.<sup>56</sup>

Psychologické důsledky, které s sebou sterilita přináší, se mohou projevit i v sexuálním životě páru. Často je to změna sebeobrazu, snížení sebeúcty a vlastní ceny. Neplodní lidé si tak mohou připadat společensky a sexuálně neatraktivní, což vede ke snížení zájmu o sex, snížení sexuálních funkcí a schopnosti užívat si vlastní sexuality. Velkým problémem také je, že sex je prováděn na povel, s ohledem na plodné dny, a přestává být potěšením a stává se úkolem a povinností.<sup>57</sup>

Celkové psychologické důsledky neplodnosti jsou popsány v kapitole 4.2 Psychický dopad neplodnosti na kvalitu života.

### **5.3 Mužský a ženský pohled na problematiku neplodnosti**

Z většiny dosud provedených studií vyplynulo, že ženy z neplodných partnerství vnímají tuto životní situaci citlivěji než muži. Ženy jsou úzkostnější, deprimovanější, hostilnější, mají snížené sebevědomí a hůře se sebehodnotí. Také se u nich projevuje více kognitivních a psychiatrických symptomů. Cítí se za sterilitu odpovědnější než muži, dokonce i v párech, kde byla příčina neplodnosti prokázána na straně partnera. Ženy jsou také více motivované k léčbě.

Při zkoumání reakcí partnerů na jednotlivé fáze léčby bylo prokázáno, že muži i ženy reagují obdobným způsobem, u mužů je však tato reakce méně intenzivní. Stejně tak i psychické dopady byly u žen pocíťovány výrazněji.

Rozdíly mezi pohlavími byly nalezeny nejen v míře, ale i způsobu prožívání neplodnosti a její léčby. Ženy hledají psychickou oporu v rodině a okolí, muži jsou aktivnější ve své práci či zálibách. Muži mají více problémů s proječováním svých pocitů navenek, úzkost spíše potlačují, je u nich proto větší riziko ke vzniku psychosomatických onemocnění. Tím jsou často ženy překvapeny a zklamány, připadá jim, že muži společný problém málo prožívají.

Při srovnání frustrace v jednotlivých oblastech života nebyly shledány žádné výrazné rozdíly mezi pohlavími. V případech gynekologické příčiny sterility byly větší problémy s úzkostí a depresí a pocity viny u žen, u dvojic s andrologickou příčinou nebyl shledán

---

<sup>56</sup> Tamtéž, s. 636-637

<sup>57</sup> MATĚJŮ, Ivana – WEISS, Petr – URBÁNEK, Václav. Psychologické důsledky neplodnosti. In: *Československá psychologie*. Roč. 49, č.3 (2005)

žádný rozdíl. V podstatě lze tedy shrnout, že pocit zodpovědnosti za neplodnost snáší hůře žena než muž, ať už je příčina jakákoliv.<sup>58</sup>

Z výpovědí žen a mužů v knize Hany Konečné *Na cestě za dítětem. Dvě malá křídla...* vyplývají zajímavé skutečnosti o vnímání situace:

U mužů se objevují snahy o utajení neplodnosti, případně popření situace, pocity hněvu, životní porážky. Z výpovědí se také zdá, že muži neprožívají „ztrátu dítěte“ tak intenzivně jako ženy, možná je to tím, že dítě není pro žebříček životních hodnot muže tak důležité jako pro ženu, možná je to jen tím, že muži neumí tak vyjadřovat emoce jako ženy, sami o tom nemají potřebu mluvit.

Otázkou tedy je, jestli menší intenzita prožívání není jen zdánlivá tím, že muži o tématu prostě nehovoří. Proto se zdá, že se jich tolik nedotýká. Je také známo, že faktorům otcovství je věnováno méně pozornosti než mateřství. U neplodných párů se každý spíše pozastaví nad tím, jak situaci prožívá žena, co nenaplněné mateřství, ale na otce se málokdo ptá. Na něm je „jen“ početí, žena musí ještě zajistit vývoj a porod potomka. Náročnost léčby neplodnosti si ale muži uvědomují stejně jako ženy a snaží se zmírňovat její tíhu, která je z větší části na ženě. Jezdí s ní na lékařská vyšetření, shání informace, drží kontrolu nad situací, hledí do budoucnosti, nepochybují...

„Pro ženu je na celé situaci nejhorší, že dítě schází...

A co je na situaci nejhorší pro muže?

**Bezmocně přihlížet, jak se trápí jeho žena!**<sup>59</sup>

## 5.4 Využití psychoterapie v léčbě neplodnosti

Psychoterapie je svébytným oborem, který léčí především psychické poruchy a psychické projevy jiných onemocnění. Odstranění či zmírnění těchto poruch spočívá především v cíleném využití slovního i neverbálního projevu. Správně provedená psychoterapie by měla být prováděna odborníkem, vyškoleným klinickým psychologem.

V současné době je psychoterapie obecně praktikována spíše jako léčení neuróz a hraničních psychických stavů, je zde velmi málo klinických psychologů, kteří dokážou

---

<sup>58</sup> KORYNTOVÁ, D. a kol. Úzkost a deprese před in vitro fertilizací – muži a ženy reagují různě podle příčiny neplodnosti. In: *Česká gynekologie*. Roč. 66, č. 1 (2001)

<sup>59</sup> KONEČNÁ, Hana. *Na cestě za dítětem. Dvě malá křídla*. 1. vydání. Praha: Academia., 2003, 317 s. ISBN 80-200-1055-6, s. 117-121

provádět diagnostiku a psychoterapii psychicky relativně normálních, avšak somaticky nemocných pacientů.

Velmi nebezpečné je poskytování tzv. pseudopsychoterapie odborným somatickým lékařem. Toto může nastat, pokud si je lékař vědom, že jeho somatická terapie není úplná anebo se setká s jistými psychickými problémy u svého pacienta. Tato psychoterapie pak může probíhat jakousi formou laické psychoterapie, která se může někdy podobat i pouhému chlácholení a utěšování. V tomto případě však pacient většinou pozná neodbornost a může si na jejím základě upravit i svou celkovou představu o lékaři, který jinak jistě je dobrým odborníkem v somatické oblasti.

Možným řešením tedy je, aby ve výcviku lékařů byly do souboru jejich znalostí a dovedností zahrnuty i znalosti a dovednosti psychologické (psychologická diagnostika a psychologická terapie somaticky nemocných pacientů) s cílem provedení komplexní somatické a psychologické diagnostiky a léčby.<sup>60</sup>

Při léčení neplodnosti může kromě medicínských způsobů léčby pomoci právě i psychoterapie. Psychoterapii lze rozdělit na terapii kauzální, která se v léčbě sterility příliš neuplatňuje, a na terapii podpůrnou, která se jeví být velmi užitečnou. Pomocí kauzální psychoterapie může u psychogenních sterilít dojít k odbourání vnitřních konfliktů bránících otěhotnění. Podpůrná psychoterapie může u ostatních typů sterilít pomoci redukovat úzkost. Právě ta může ovlivňovat u žen i mužů hladiny hormonů, u mužů ovlivňovat kvalitu spermogramu. Zvládání úzkosti je vhodné i pro léčbu stresu, který naopak ze sterility pramení. Zlepšením psychiky může dojít ke zvýšení šance na otěhotnění.

Psychoterapie neplodného páru má jistá pravidla: Je třeba komunikovat s celým párem, oba partnery vtáhnout do řešení, ať už je příčina neplodnosti na jakékoliv straně. Tím nedojde k pocitu viny či ostrčení. Je třeba zmírnit pocity bezmoci a čekání, které sterilitu doprovázejí. Pacienty je třeba povzbudit k aktivnímu přístupu k léčbě a respektovat jejich pocity, pochybnosti a nejistoty.

Výsledky výzkumů zabývajících se účinností psychoterapie v léčbě neplodnosti však nejsou jednotné a zatím nelze jednoznačně potvrdit, že by psychologická intervence měla výraznější vliv na pravděpodobnost početí.

---

<sup>60</sup> KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing spol. s.r.o., 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0



„Hlavním úkolem psychoterapeuta se tak stává pomoc neplodným párům zvládnout emocionální stres doprovázející vyšetření a léčbu, racionálně zvážit alternativní řešení, případně unést fakt dlouhotrvající či definitivní bezdětnosti. Psychoterapeut se tak stává jakýmsi průvodcem páru při zvládnání úskalí bezdětnosti.“<sup>61</sup>

---

<sup>61</sup> MATĚJŮ, Ivana – WEISS, Petr. Psychoterapie při léčbě neplodnosti. In: *Česká a slovenská psychiatrie*. Roč. 100, č. 2 (2004), s. 85

## **6 Empirická část**

### **6.1 Cíl empirické části**

Cílem empirické části bylo pokusit se zjistit kvantitativní metodou dotazníku nejčastější psychosociální změny u neplodných párů, jaký vliv má neplodnost na jejich soukromý a pracovní život, zda jim přináší nějaké výrazné problémy, ať již po psychické, zdravotní, sociální nebo finanční stránce.

Dalším cílem výzkumného šetření bylo pokusit se objasnit, jakou zátěž pocítují ženy a muži při diagnostických a léčebných výkonech spojených s neplodností, jakým způsobem vnímají přístup zdravotnického personálu, jak a kým jsou informováni a zda jim jsou nabízeny i alternativní metody léčby a psychologická pomoc

### **6.2 Popis vzorku respondentů**

Respondenty byli neplodní lidé bez ohledu na pohlaví, věk či dosažené vzdělání. Vzorek byl získán na základě dobrovolnosti respondentů.

Výzkum byl proveden u klientů Centra reprodukčního zdraví Pronatal Arleta IVF MUDr. Jiřího Doležala v Kostelci nad Orlicí, v ordinacích některých dětských lékařů ve Dvoře Králové nad Labem a u několika neplodných párů v mém okolí. Zároveň jsem tyto páry požádala, aby zkontaktovaly své „neplodné“ známé.

### **6.3 Použitá metoda**

Ke sběru dat byla zvolena empirická metoda dotazníkového šetření. Protože není vytvořen žádný standardizovaný dotazník k problematice neplodnosti, vytvořila jsem vlastní dotazník (viz. příloha č. 5).

Dotazník byl vytvořen v elektronické podobě a spolu s průvodním textem umístěn na soukromých webových stránkách.

Respondentům byly v ordinacích předkládány kartičky s průvodním textem, kde byl vysvětlen záměr práce a odkaz na webové stránky, kde byl dotazník zveřejněn. Originální znění tohoto textu je uvedeno v příloze č. 6.

V dnešní době jsem totiž předpokládala, že většina mladých lidí ovládá práci s internetem a bude tedy pro všechny strany snazší, aby se respondenti seznámili se zněním dotazníku v klidu svého domova a vyplnili jej bez toho, že by museli zpět do ordinace vracet vyplněné papírové formuláře. Sestřičkám v centru Pronatal Arleta a v ordinacích

jsem tak přidala práci pouze s rozdělením průvodních textů, nebyly již ale zatíženy výběrem a shromažďováním vyplněných dotazníků.

Data z vyplněných formulářů byla ukládána do excelového souboru pro účely dalšího statistického zpracování.

Dotazník byl anonymní, obsahoval 26 otázek. Na 25 otázek respondenti odpovídali a 26. otázka byla „volná“, nabídla jim, v případě jejich potřeby, možnost vyjádřit se k problematice svými slovy.

Vzhledem k elektronickému zadání nemohu hodnotit návratnost dotazníku. Jediným zhodnotitelným faktem je, že ač byl dotazník směřován na páry a snažila jsem se oslovit oba partnery, návratnost od žen byla více než 3× vyšší než od mužů (viz. kapitola 6.5 Interpretace dat, otázka č. 1)

## 6.4 Pilotní studie

Ještě před definitivním zveřejněním dotazníku byla provedena pilotní studie. Vytvořená prozatímní podoba dotazníku byla rozdána dvanácti neplodným párům s žádostí o vyplnění a připomínky. Zajímalo mne, jak jsou pro respondenty pokládány otázky srozumitelné, zda jsou jednoznačné, zda jim některé otázky nepřipadají příliš citlivé. Respondenti měli možnost vyjádřit se, zda jim některé otázky připadají zbytečné, anebo zda jim otázky k některým tématům nechybí. Velmi důležité pro mne bylo to, zda jsou respondenti ochotni odpovědět na všechny položené otázky.

Na základě připomínek respondentů a studia dalších dostupných materiálů o problematice byl dotazník mírně upraven a předložen respondentům k vyplnění. Doplněny byly otázky č. 4 „*Jak dlouho usilujete (jste usilovali) o vlastní dítě?*“, č. 5 „*Za jak dlouho jste se se svým problémem obrátili na lékaře?*“, č. 6 „*Kolikrát jste již podstoupili jednotlivé metody asistované reprodukce?*“ a č. 7 „*Máte již vlastní dítě?*“, dále byly sjednoceny otázky o tom, komu se partneři se svými problémy svěřili a s jakými reakcemi se setkali (nynější otázka č. 20 „*Komu jste se se svým problémem svěřil/a?*“ a ot. č. 21 „*Setkal/a jste se s nějakou z těchto reakcí?*“).

## 6.5 Interpretace dat vyplývajících z výzkumu

### Otázka č. 1: Pohlaví?

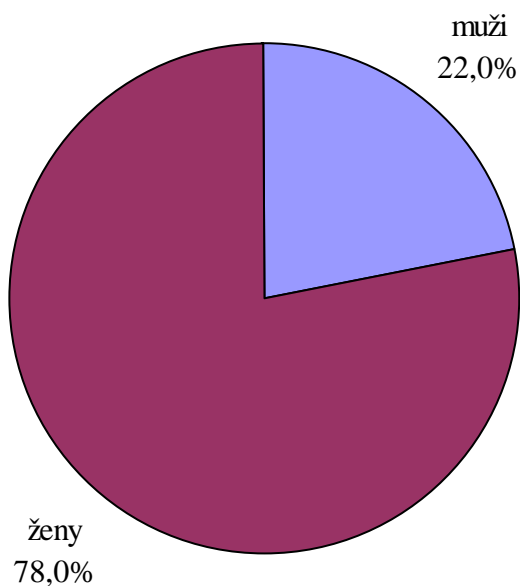
Uvedené studie se zúčastnilo celkem 168 respondentů, z čehož bylo 131 (78 %) žen a pouze 37 (22 %) mužů.

Je mi velmi líto, že se nepodařilo oslovit větší počet mužů a že údaje tak tedy nebudou zastoupeny zhruba stejným poměrem mužů a žen.

**Tabulka 1: Rozdělení respondentů podle pohlaví**

Pohlaví	Počet	% z celkového počtu respondentů
muži	37	22,0
ženy	131	78,0

**Graf 1: Rozdělení respondentů podle pohlaví**



## Otázka č. 2: Věk?

Nejčastější věkovou skupinou respondentů byla skupina mezi 30 a 39 lety včetně – 101 respondent (60 %).

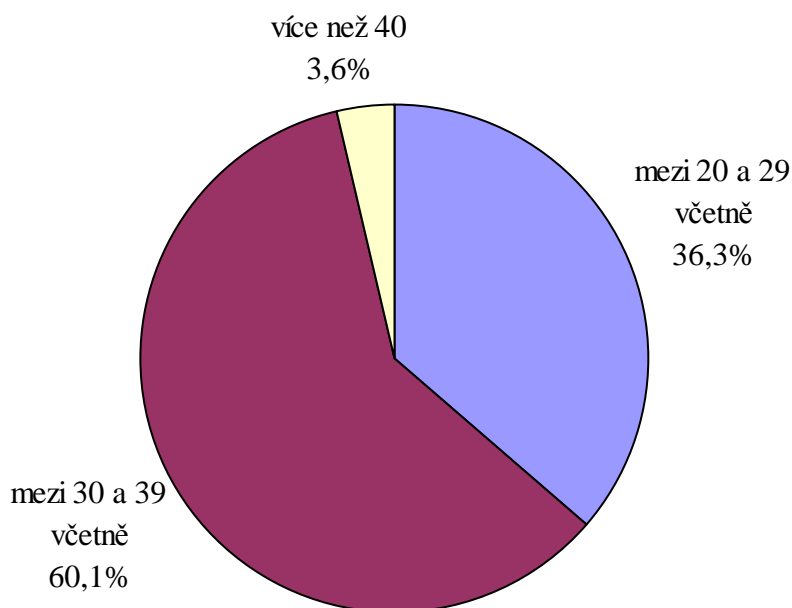
Poté následovala skupina mezi 20 až 29 let včetně – 61 respondent (36 %).

Do skupiny nad 40 let se zařadilo pouze 6 (4 %) respondentů.

**Tabulka 2: Rozdělení respondentů podle věku**

Věková skupina	Počet	% z celkového počtu respondentů
mezi 20 a 29 včetně	61	36,3
mezi 30 a 39 včetně	101	60,1
více než 40	6	3,6

**Graf 2: Rozdělení respondentů podle věku**



### Otázka č. 3: Příčina neplodnosti je na straně...?

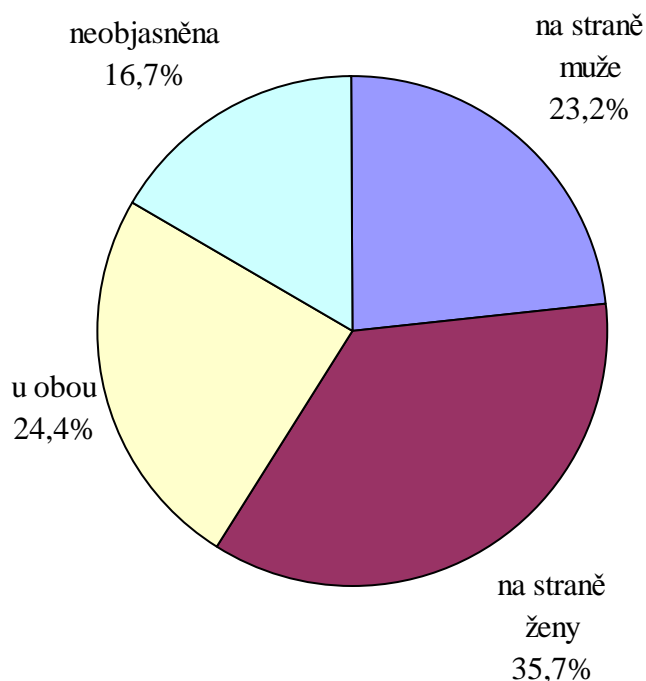
V 60 (36 %) případech byla uvedena příčina neplodnosti na straně ženy. 41 (24 %) respondent uvedl příčinu neplodnosti na straně obou partnerů a 39 (23 %) na straně muže. Ve 28 případech (17 %) nebyla příčina objasněna.

Nejčastěji uvedenou lékařskou diagnózou byl tubární faktor (29, 17 % případů) spolu s poruchami kvality či pohyblivosti spermií (taktéž 29, 17 %), následovala porucha imunity (11) a polycystická ovária (10).

**Tabulka 3: Určení příčiny neplodnosti**

Příčina neplodnosti je:	Počet	% z celkového počtu respondentů
na straně muže	39	23,2
na straně ženy	60	35,7
u obou	41	24,4
neobjasněna	28	16,7

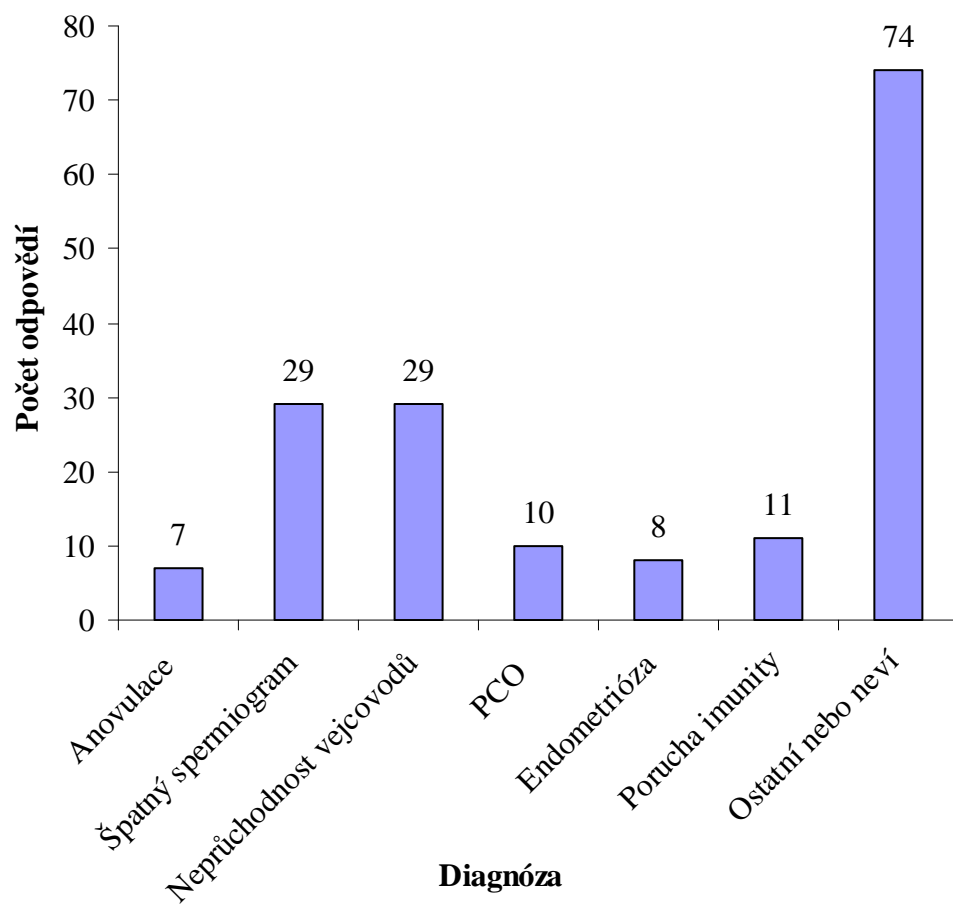
**Graf 3: Určení příčiny neplodnosti**



**Tabulka 4: Diagnóza příčiny neplodnosti**

Diagnóza	Počet	% z celkového počtu respondentů
Anovulace	7	4,2
Špatný spermioqram	29	17,3
Neprůchodnost vejcovodů	29	17,3
PCO	10	6,0
Endometrióza	8	4,8
Porucha imunity	11	6,5
Ostatní nebo neví	74	44,0

**Graf 4: Diagnóza příčiny neplodnosti**



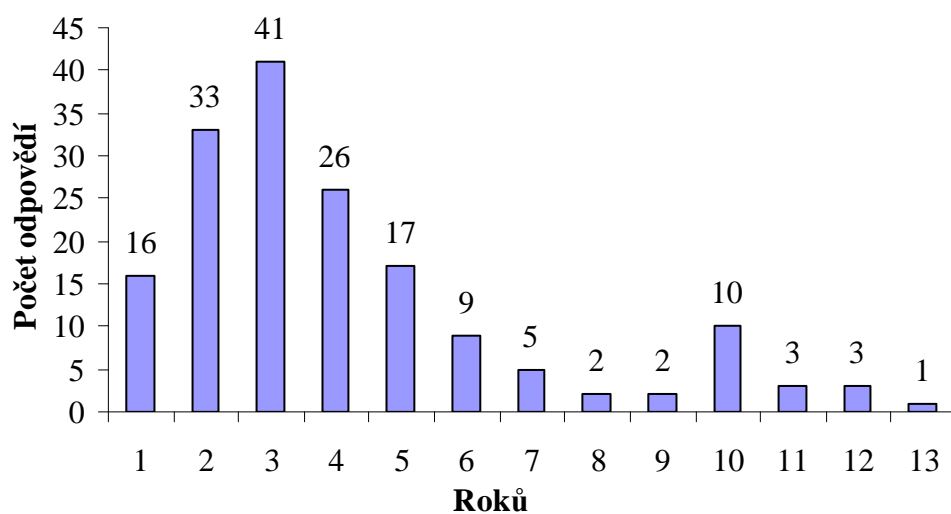
#### Otázka č. 4: Jak dlouho (kolik let) usilujete (jste usilovali) o vlastní dítě?

Nejdelší doba usilování o dítě byla uvedena 13 let (1 odpověď), nejvíce respondentů (41, tj. 24 %) se o dítě pokoušelo 3 roky. Průměrná doba snažení je 4,16 roku.

**Tabulka 5: Doba usilování o početí vlastního dítěte**

Kolik let?	Počet	% z celkového počtu respondentů
1	16	9,5
2	33	19,6
3	41	24,4
4	26	15,5
5	17	10,1
6	9	5,4
7	5	3,0
8	2	1,2
9	2	1,2
10	10	6,0
11	3	1,8
12	3	1,8
13	1	0,6
<b>Průměr</b>	<b>4,16 roku</b>	

**Graf 5: Doba usilování o početí vlastního dítěte**





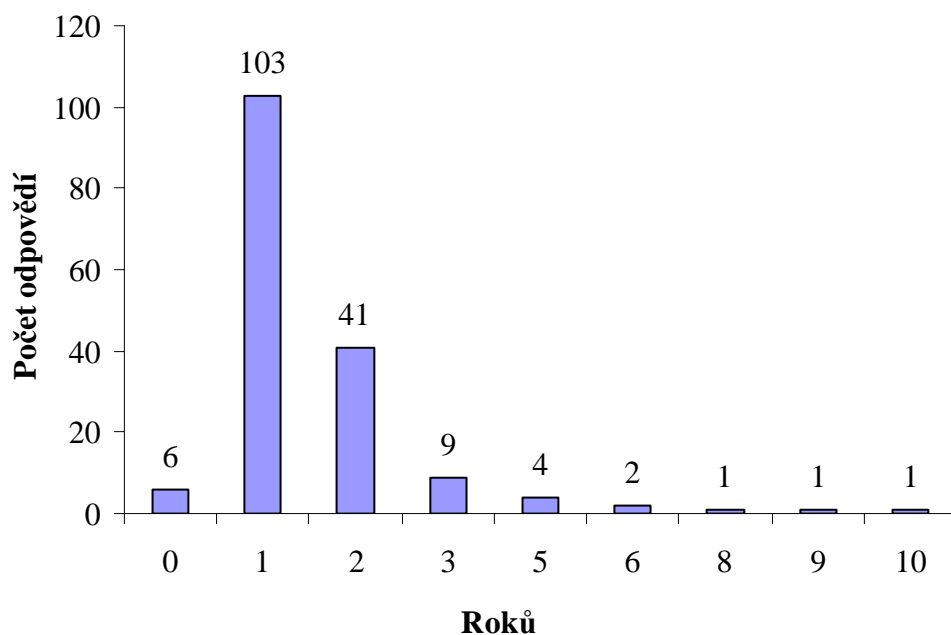
### Otázka č. 5: Za jak dlouho (za kolik let) jste se obrátili se svým problémem na lékaře?

Většina respondentů (103, tj. 61 %) se na lékaře obrátila hned po 1 roce snažení o početí. 6 respondentů se na lékaře obrátilo ihned, 1 až po 10 letech. Průměrná doba, za kterou se respondenti obrátili na lékaře byla 1,61 roku.

**Tabulka 6: První návštěva u odborného lékaře**

Za kolik let?	Počet	% z celkového počtu respondentů
0	6	3,6
1	103	61,3
2	41	24,4
3	9	5,4
5	4	2,4
6	2	1,2
8	1	0,6
9	1	0,6
10	1	0,6
<b>Průměr</b>	<b>1,61 roku</b>	

**Graf 6: První návštěva u odborného lékaře**



### **Otázka č. 6: Kolikrát jste již podstoupili jednotlivé metody asistované reprodukce?**

Jednoznačně nejvíce lidí podstoupilo metodu asistované reprodukce IVF s embryotransferem (ET) – 130, tj. 77 %, dále to byla intrauterinní inseminace (IUI) – 95, což je 57 % dotázaných a poté kryoembryotransfer (KET) – 55, 33 % respondentů. Cyklus IVF bez přenosu embryí podstoupilo 24 respondentů, nativní cykly 13 a jiné (nespecifikované) metody 14 respondentů.

Průměrně nejvícekrát podstoupily ženy inseminaci 3,29×, poté kryoembryotransfer (KET) 2,40×, jiné metody 2,27× a embryotransfer (ET) 2,05×.

**Tabulka 7: Podstoupené metody asistované reprodukce**

Metoda	Kolik lidí podstoupilo	% z celkového počtu respondentů	Kolikrát průměrně podstoupeno?
Inseminace	95	56,5	3,29
Nativní cykly	13	7,7	1,53
IVF bez přenosu embryí	24	14,3	1,29
IVF – ET	130	77,4	2,05
IVF – KET	55	32,7	2,40
Jiné	14	8,3	2,27

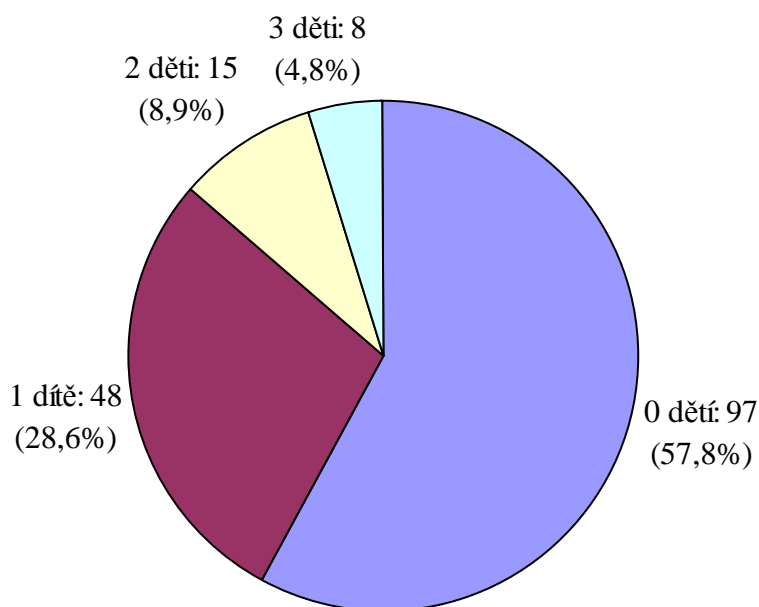
### Otázka č. 7: Máte již vlastní dítě? Pokud ano, kolik?

97 (58 %) respondentů stále nemá vlastní dítě. Většina (48, tj. 29 %) má 1 dítě, 8 (5 %) respondentů má 3 děti. 15 (9 %) respondentů má 2 děti. Průměrný počet je 0,61 dítěte.

**Tabulka 8: Počet vlastních dětí**

Počet dětí	Počet odpovědí	% z celkového počtu respondentů
0	97	57,8
1	48	28,6
2	15	8,9
3	8	4,8
<b>Průměr</b>	<b>0,61 dítěte</b>	

**Graf 7: Počet vlastních dětí**



**Otázka č. 8: Z uvedených diagnostických metod ohodnoťte ty, které jste podstoupili, známkou jako ve škole.**

Známkuje podle toho, jaký dopad měly na Váš celkový tělesný i psychický stav:

**1** – nepocítuji žádný dopad      **2** – mírné změny stavu      **3** – střední dopad  
**4** – velké negativní změny      **5** – velmi výrazné negativní změny stavu

Jednotlivá ohodnocení konkrétních metod dle negativního dopadu na tělesný a psychický stav nabízí následující tabulka. Objektivita ohodnocení dané metody byla závislá na počtu respondentů, kteří danou metodu podstoupili. U žádné z hodnocených metod nebyl průměrně prokázán výrazný negativní dopad. Nejhorší průměrné ohodnocení získaly invazivní metody (hysterosalpingografie a laparoskopické vyšetření).

**Tabulka 9: Oznámkování dopadu jednotlivých diagnostických metod**

Metoda	Počet udělených známek					Průměrná známka
	1	2	3	4	5	
Odběr anamnézy	98	14	12	3	1	1,40
Odběry krve	133	15	3	2	0	1,18
Gynekologické vyšetření	93	28	9	0	1	1,38
Stěry z pochvy	89	25	13	0	0	1,40
Ultrazvukové vyšetření	97	27	4	0	1	1,30
Urologické vyšetření	15	13	11	2	1	2,07
Vyšetření spermogramu	44	18	16	6	2	1,88
Diagnostika ovulace	75	21	11	2	0	1,45
Imunologické vyšetření	67	17	13	2	0	1,49
Genetické vyšetření	68	20	8	1	4	1,54
Laparoskopické vyšetření	17	24	25	6	10	2,61
Hysteroskopie	23	14	12	2	5	2,14
HSG (hysterosalpingografie)	6	8	7	3	7	2,90
Mikroabraze	8	3	4	0	0	1,73
Hormonální testy	80	14	5	1	1	1,31
Potní test	4	0	0	0	0	1,00
Jiné	1	0	0	0	0	1,00

**Otázka č. 9: Z uvedených léčebných metod ohodnot'te ty, které jste podstoupili, známkou jako ve škole.**

Známkuje podle toho, jaký dopad měly na Váš celkový tělesný i psychický stav:

**1** – nepocít'uji žádný dopad      **2** – mírné změny stavu      **3** – střední dopad  
**4** – velké negativní změny      **5** – velmi výrazné negativní změny stavu)

Jednotlivá ohodnocení konkrétních metod dle negativního dopadu na tělesný a psychický stav nabízí následující tabulka. Objektivita ohodnocení dané metody byla závislá na počtu respondentů, kteří danou metodu podstoupili. U žádné z hodnocených metod nebyl průměrně prokázán výrazný negativní dopad. Nejhorší průměrné ohodnocení získala hormonální léčba, laparoskopie a chirurgická léčba, z metod IVF potom preimplantační diagnostika, odběr oocytů a metody s použitím darovaných oocytů a spermií.

**Tabulka 10: Oznámkování dopadu jednotlivých léčebných metod**

Metoda	Počet udělených známek					Průměrná známka
	1	2	3	4	5	
Hormonální léčba	13	32	42	15	7	2,75
Imunologická léčba	15	17	13	2	1	2,10
Stimulace ovulace k přirozené snaze o početí	24	29	32	2	1	2,17
Nativní cykly – inseminace, IVF atd.	21	26	17	6	5	2,31
Laparoskopie	17	22	25	7	7	2,55
Protizánětlivá léčba	12	8	1	0	0	1,48
Chirurgická léčba	6	7	13	8	8	3,12
Psychoterapie	3	4	2	0	1	2,20
Inseminace	45	21	14	5	0	1,75
IVF – ET	26	21	25	7	7	2,55
IVF – KET	14	15	11	2	3	2,10
IVF – ICSI	42	21	20	10	3	2,07
IVF – PK	43	11	14	7	2	1,88
IVF – AH	38	5	4	3	0	1,44
IVF – PGD	4	4	4	0	4	2,75
IVF – odběr oocytů	14	20	32	13	8	2,78

IVF – použití darovaných oocytů	14	20	32	13	8	2,78
IVF – použití darovaných spermií	3	1	2	2	1	2,67
IVF – MESA	3	1	1	0	0	1,60
IVF – TESE	2	1	1	0	0	1,75
Jiné	0	0	1	0	0	3,00

### Otázka č. 10: Podstoupili jste v rámci léčby neplodnosti některé doplňkové metody léčby?

Do této otázky jsem zahrnula nejen metody čistě alternativní, ale i metody „doplňkové“ (např. psychoterapie, cvičení dle metody Ludmily Mojžíšové, lázeňská léčba aj.). Na otázku odpovědělo kladně velmi mnoho respondentů. Jistě je to i z důvodu, že v tíživé situaci je člověk ochoten podstoupit vše, co by mu mohlo pomoci. Nejčastěji využili respondenti vitamíny a potravinové doplňky – 130 odpovědí, poté fytoterapii (byliny a čaje) – 103 odpovědi. 52 respondentů cvičili dle Metody Ludmily Mojžíšové, 25 jich využívalo jiné rehabilitační metody a cvičení. Žádný z respondentů nevedl, že by absolvoval hypnózu.

**Tabulka 11: Podstoupené doplňkové metody léčby**

Metoda	Počet	% pro danou metodu z celkového počtu respondentů
Vitamíny a potravinové doplňky	130	77,4
Byliny, čaje	103	61,3
Metoda L. Mojžíšové	52	31,0
Cvičení, rehabilitace	25	14,9
Homeopatie	23	13,7
Lázně	22	13,1
Diety	18	10,7
Akupunktura, akupresura	14	8,3
Psychoterapie	6	3,6
Hypnóza	0	0,0
Jiné	7	4,2

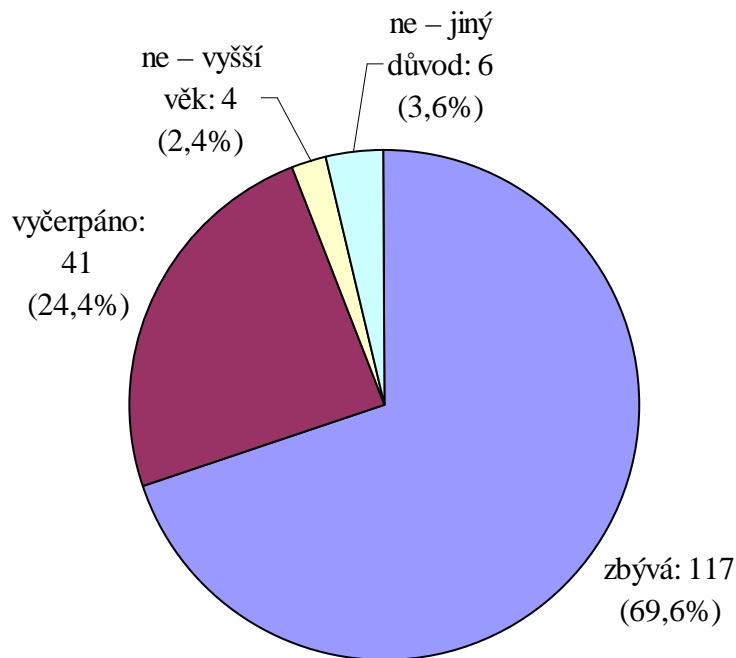
### Otázka č. 11: Zbývá Vám ještě pokus hrazený pojišťovnou?

117 (70 %) respondentů má ještě nárok na léčebný cyklus hrazený pojišťovnami, 41 (24 %) respondent již své pokusy vyčerpал, 4 respondenti již nemají nárok na hrazení pojišťovnou z důvodu věku ženy vyššího než je 39 let. Jiný důvod uvedlo 6 respondentů.

**Tabulka 12: Pokus hrazený pojišťovnou**

Zbývá pokus?	Počet	% z celkového počtu respondentů
Ano – zbývá	117	69,6
Ne – vyčerpáno	41	24,4
Ne – vyšší věk	4	2,4
Ne – jiný důvod	6	3,6

**Graf 8: Pokus hrazený pojišťovnou**



**Otázka č. 12: Máte představu, jakou částku hradí zdravotní pojišťovny na jeden cyklus asistované reprodukce (léky, výkony apod.) a jakou částkou se podílíte vy osobně (doplatky za léky, nadstandardní výkony apod.)?**

Představa o tom, jak léčbu neplodnosti hradí zdravotní pojišťovny se poměrně liší. Nejnižší cena, kterou na tento dotaz respondenti uvedli bylo 5 000,- Kč, nejvyšší 100 000,- Kč za jeden cyklus léčby. (Průměrně 36 400,- Kč).

Rozdílné jsou i udané doplatky, které respondenti za svoji léčbu zaplatili. Tyto částky se pohybují od 0 do 60 000,- Kč za jeden cyklus, průměrně 19 200,- Kč. Za celkovou léčbu se tyto doplatky pohybují od 0 do 300 000,- Kč, průměrně 53 900,- Kč.

**Tabulka 13: Představa respondentů o úhradě léčby pojišťovnami a jejich vlastní doplatky**

	Úhrada pojišťovnou (na jeden cyklus)	Doplatek pacienta (na jeden cyklus)	Kolik jste celkem zaplatili (za všechny cykly)
Nejnižší udávaná částka	5 000,- Kč	0,- Kč	0,- Kč
Nejvyšší udávaná částka	100 000,- Kč	60 000,- Kč	300 000,- Kč
Průměrná částka	36 400,- Kč	19 200,- Kč	53 900,- Kč



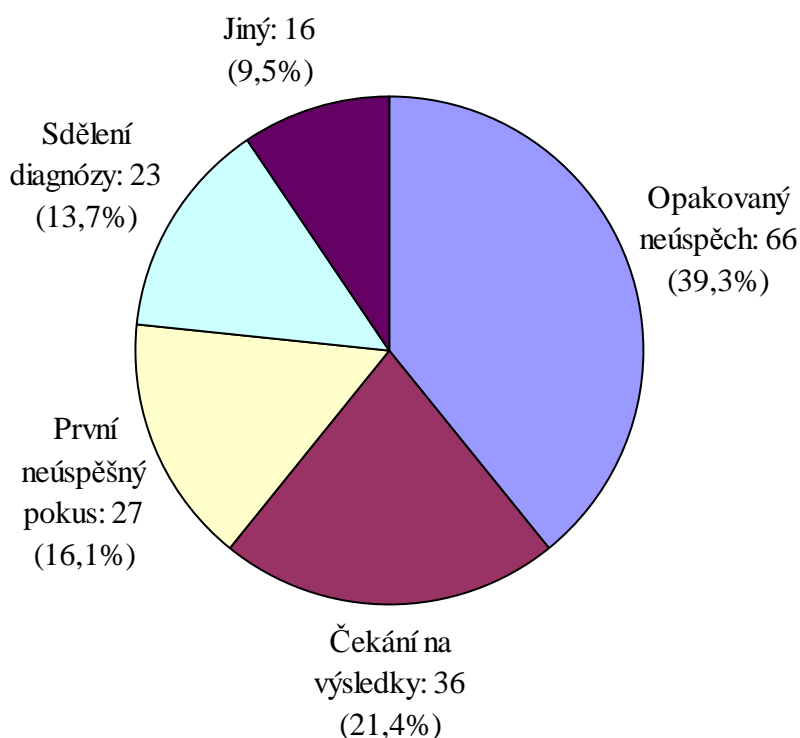
### Otázka č. 13: Který z momentů celé léčby neplodnosti byl pro Vás osobně nejhorší?

Za nejhorší na celé léčbě považovali respondenti opakovaný neúspěch (66 odpovědí, 39 %), na dalším místě bylo uváděno stálé čekání, které celou situaci provází (36 odpovědí, 21 %). Dále byl jako nejhorší moment uveden první neúspěšný pokus (27×, 16 %) a poté sdělení diagnózy (23×, 14 %).

**Tabulka 14: Nejhorší moment léčby**

Nejhorší moment	Počet	% z celkového počtu respondentů
Opakovaný neúspěch	66	39,3
Čekání na výsledky	36	21,4
První neúspěšný pokus	27	16,1
Sdělení diagnózy	23	13,7
Jiný	16	9,5

**Graf 9: Nejhorší moment léčby**



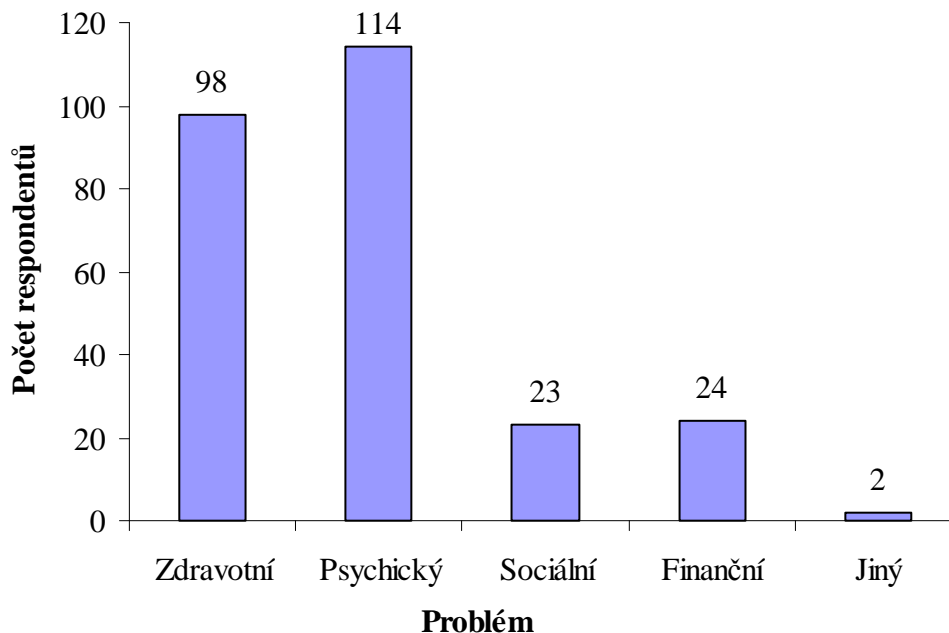
### Otázka č. 14: Naši neplodnost jsem pociťoval/a jako problém?

Dle tohoto výzkumu pociťovali respondenti neplodnost nejčastěji jako psychický problém (114, tj. 68 %), dále jako zdravotní problém (98, tj. 58 %). Jako finanční problém pociťovali svoji neplodnost 24 respondenti (14 %) a jako sociální problém 23 respondenti (14 %). 2 respondenti pociťovali neplodnost jako jiný problém, který nespecifikovali.

**Tabulka 15: Vlastní vnímání neplodnosti**

Problém	Počet	% z celkového počtu respondentů
Zdravotní	98	58,3
Psychický	114	67,9
Sociální	23	13,7
Finanční	24	14,3
Jiný	2	1,2

**Graf 10: Vlastní vnímání neplodnosti**



**Otázka č. 15: Které nežádoucí účinky jste při léčbě neplodnosti (všechny diagnostické i léčebné výkony) zaznamenal/a?**

Z nežádoucích účinků, které byly respondentům předloženy k ohodnocení, zde vypisují 5 nejčastěji zaznamenaných. Nejčastějším pociťovaným nežádoucím účinkem byla ve 46 % bolest (78 případů), dále pak ve 44% zvýšení hmotnosti (73 případů), ve 35 % poruchy sexuální apetence (51× ve smyslu snížení a 8× ve smyslu zvýšení), 50× respondenti uvedli nevolnost a 49× bolest hlavy. V následující tabulce jsou zaznamenány všechny hodnocené nežádoucí účinky.

**Tabulka 16: Pozorované nežádoucí účinky při léčbě neplodnosti**

Nežádoucí účinky	Počet	% z celkového počtu respondentů
Bolest	78	46,4
Zvýšení hmotnosti	73	43,5
Snížení chuti na sex	51	30,4
Nevolnosti	50	29,8
Bolesti hlavy	49	29,2
Motání hlavy	44	26,2
Zvýšení chuti k jídlu	35	20,8
Zácpa	13	7,7
Zvracení	11	6,5
Snížení chuti k jídlu	8	4,8
Průjem	8	4,8
Zvýšení chuti na sex	8	4,8
Snížení hmotnosti	2	1,2
Jiné	10	6,0

**Otázka č. 16: Které nežádoucí emocionální dopady jste při léčbě neplodnosti (všechny diagnostické i léčebné výkony) zaznamenal/a?**

Z nežádoucích emocionálních dopadů pocítovali respondenti nejčastěji bezmocnost (127×). Dále se objevoval strach (95×) a úzkost (89×), výkyvy nálad (94×), podrážděnost 85× a únava 70×. V následující tabulce jsou zaznamenány všechny hodnocené nežádoucí emocionální dopady.

**Tabulka 17: Pozorované emocionální dopady při léčbě neplodnosti**

Emocionální dopad	Počet	% z celkového počtu respondentů
Bezmocnost	127	75,6
Strach	95	56,5
Výkyvy nálad	94	56,0
Úzkost	89	53,0
Podrážděnost	85	50,6
Únava	70	41,7
Obviňování	57	33,9
Závistivost	38	22,6
Zloba	37	22,0
Nesnášenlivost	27	16,1
Jiné	7	4,2

### Otázka č. 17: Kým jste byli poučeni o výše uvedených vedlejších nežádoucích účincích léčby?

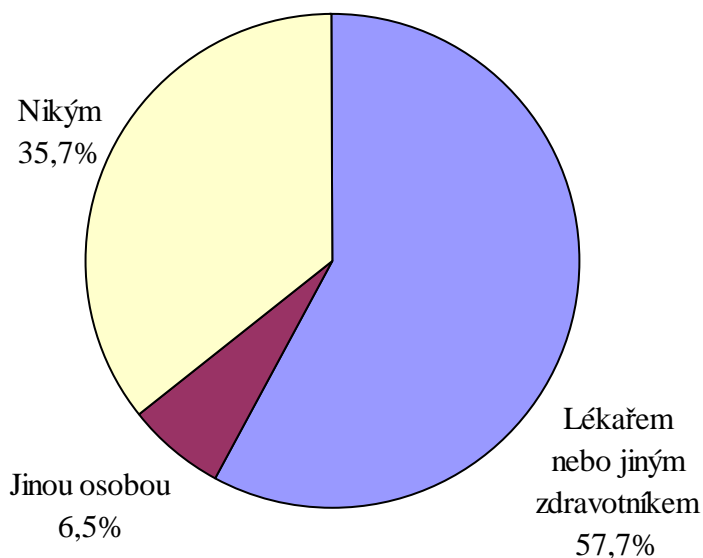
Pouze 89 (53 %) respondentů uvedlo, že je lékař v CAR upozornil na možné vedlejší účinky léčby. Dalších 17 respondentů bylo na možné nežádoucí účinky upozorněno obvodním gynekologem a 13× na ně upozornila sestra v CAR. 11 respondentů získalo tyto informace od jiných osob (známí a lidé z internetové diskuse). 60 (36 %) respondentů nebylo o možných vedlejších účincích léčby poučeno nikým!

Respondenti měli možnost označit i více osob, kterými byli poučeni.

**Tabulka 18: Poučení o nežádoucích účincích**

Poučení kým?	Počet	% z celkového počtu respondentů
Lékařem v CAR	89	53,0
Obvodním gynekologem	17	10,1
Sestrou / porodní asistentkou v CAR	13	7,7
Jinou osobou	11	6,5
Nikým	60	35,7

**Graf 11: Poučení o nežádoucích účincích**



### **Otázka č. 18: Jaké byly Vaše osobní prožitky při těhotenství a narození dítěte u někoho z rodiny či známých?**

V této otázce byly respondentům nabídnuty různé negativní i pozitivní prožitky a pocity, ze kterých měli vybrat ty, které prožívali při těhotenství někoho ze svého okolí (respondenti mohli označit i více odpovědí). V 96 případech (57 %) respondenti svým blízkým jejich těhotenství přáli, ale ve 48 případech (29 %) jim ho záviděli a ve 41 případech (24 %) měli dokonce chuť se s nimi nestýkat, ovšem stýkali se i nadále. Pouze v 1 případě byly tyto styky ukončeny. V 83 případech (49 %) toto těhotenství v okolí prohloubilo vlastní bezmocnost respondenta a v 63 případech (38 %) vyvolalo stavy beznaděje.

**Tabulka 19: Nejčastější osobní prožitky při těhotenství a narození dítěte v rodině či u známých**

Prožitky	Počet	% z celkového počtu respondentů
Přál/a jsem jim to	96	57,1
Vlastní bezmocnost	83	49,4
Stavy beznaděje	63	37,5
Závist	48	28,6
Chuť nestýkat se s nimi, ale zůstali jsme v kontaktu	41	24,4
Ukončení kontaktů s nimi	1	0,6

### **Otázka č. 19: Kdy jste pocítil/a zlepšení svého psychického stavu?**

Zlepšení stavu pocítili respondenti zejména při možnosti internetové diskuse s ostatními nemocnými – 57 (34 %) odpovědí. 39 (23 %) respondentů pocítilo zlepšení svého psychického stavu po zdařeném pokusu a porození dítěte, 20 (12 %) respondentů nepocítilo zlepšení svého psychického stavu nikdy. 12 (7 %) respondentům pomohlo, když osobně poznali jiný neplodný pár.

**Tabulka 20: Zlepšení psychického stavu**

Pocit zlepšení:	Počet	% z celkového počtu respondentů
Po internetové diskusi	57	33,9
Po zdařeném pokusu	39	23,2
Nikdy	20	11,9
Při seznámení se s jiným párem	12	7,1
Po získání podrobných informací od personálu CAR	9	5,4

### Otázka č. 20: Komu jste se se svým problémem svěřil/a?

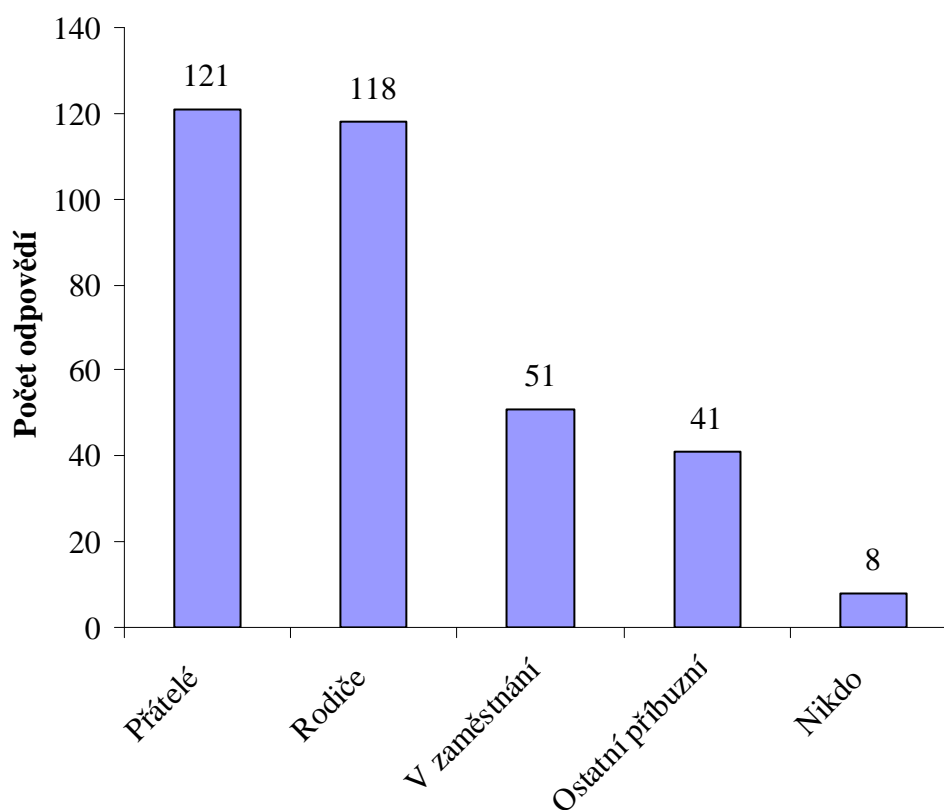
121 respondent (72 %) se svěřil se svými problémy s neplodností přátelům, 118 (70 %) rodičům a 41 (24 %) ostatním příbuzným. Poměrně hodně respondentů (51, 30 %) se svěřilo o problému v zaměstnání a pouze 8 (5 %) respondentů se nesvěřilo nikomu.

Respondenti mohli do odpovědi uvést i více osob, kterým se svěřili.

**Tabulka 21: Kdo o neplodnosti věděl**

Komu jste se svěřili?	Počet	% z celkového počtu respondentů
Přátelům	121	72,0
Rodičům	118	70,2
V zaměstnání	51	30,4
Ostatním příbuzným	41	24,4
Nikomu	8	4,8

**Graf 12: Kdo o neplodnosti věděl**





### **Otázka č. 21: Setkal/a jste se s některou z těchto reakcí?**

V této otázce jsem respondentům předložila různé reakce okolí, se kterými se mohli setkat (příp. i více reakcí). Naštěstí se většina dotazovaných setkala s kladnými reakcemi okolí: 123× podpora, 114× pochopení, 56× rada a 55× pomoc. 3× byly uvedeny jiné pozitivní reakce.

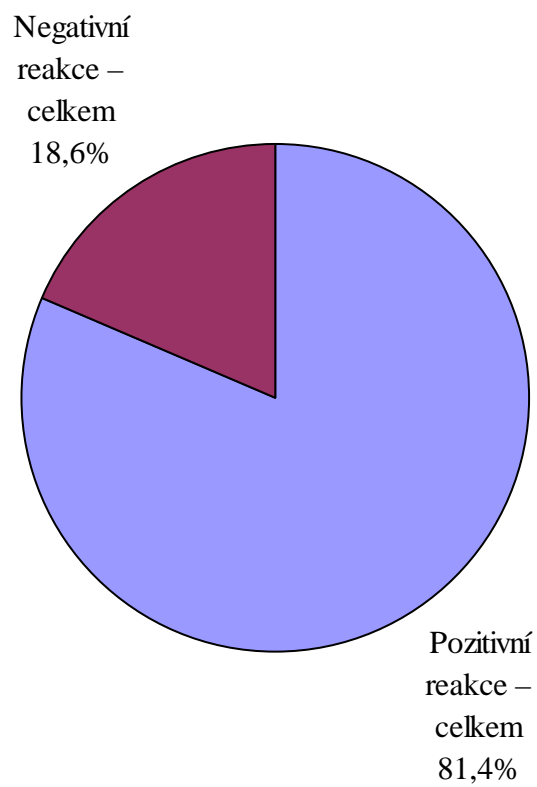
Nejčastěji uváděnou negativní reakcí bylo 31× nepochopení, dále 28× pomluvy, 14× škodolibost, 4× naschvály a 3× byly uvedeny jiné negativní reakce.

V grafu jsou pro srovnání uvedeny kumulativní údaje za všechny pozitivní a negativní reakce, které respondenti uváděli.

**Tabulka 22: Reakce okolí na Vaši neplodnost**

Reakce	Počet	% ze všech respondentů
Pochopení	114	67,9
Podpora	123	73,2
Pomoc	55	32,7
Rada	56	33,3
Jiné pozitivní reakce	3	1,8
Nepochopení	31	18,5
Naschvály	4	2,4
Pomluvy	28	16,7
Škodolibost	14	8,3
Jiné negativní reakce	3	1,8

**Graf 13: Reakce okolí na Vaši neplodnost**



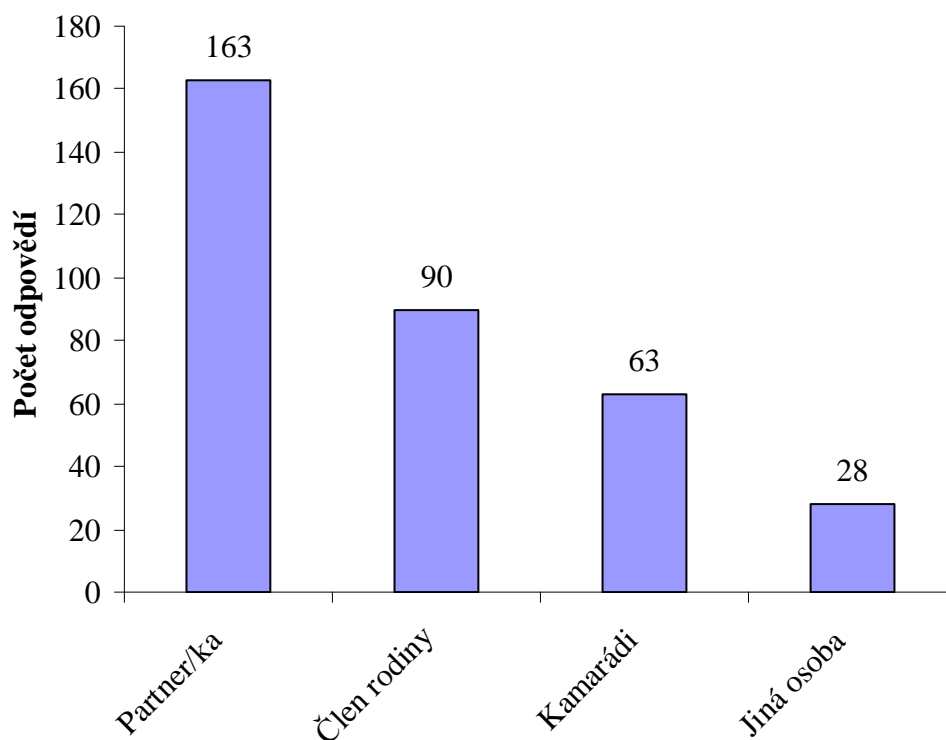
**Otázka č. 22: Která osoba Vám je (byla) při léčbě neplodnosti největší oporou? Pokud na první místo uvedete partnera, napište i další osoby, pokud takové existují!**

Jako největší opora byl/a respondenty jednoznačně označen/a partner/ka (163), dále rodina (90) a poté kamarádi (63). Respondenti mohli uvést až 3 osoby, které považovali za svoji největší oporu.

**Tabulka 23: Největší opora**

Největší opora	Počet	% z celkového počtu respondentů
Partner/ka	163	97,0
Člen rodiny	90	53,6
Kamarádi	63	37,5
Jiná osoba	28	16,7

**Graf 14: Největší opora**



### Otázka č. 23: Byla Vám nabídnuta možnost navštívit psychologickou poradnu?

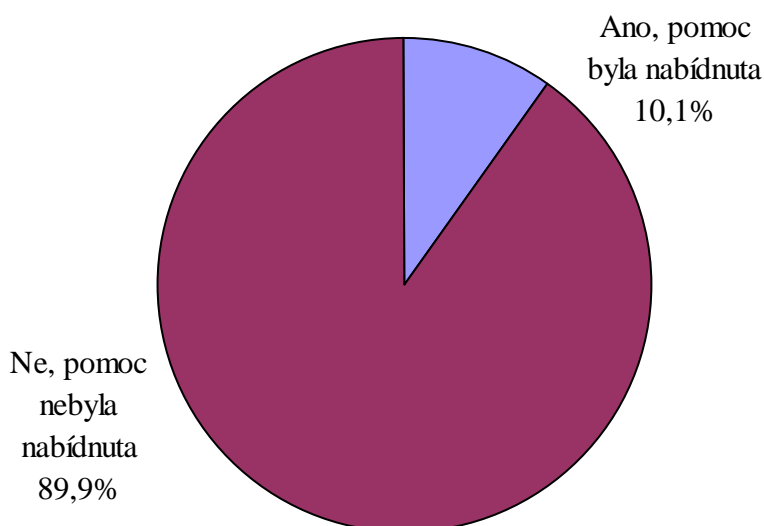
Z odpovědí respondentů na tuto otázku jednoznačně vyplývají nedostatky ve využívání této metody v léčbě neplodnosti. 151 (90 %) respondentovi nebyla tato možnost vůbec nabídnuta! Z toho ale 18 respondentů psychologickou poradnu vyhledalo bez doporučení. Pouze v 17 případech (10 %) byla respondentům psychologická pomoc nabídnuta. A z toho jen jeden respondent tuto možnost využil a zároveň udává, že to bylo přínosné.

Tím, kdo možnost využití psychologické poradny nabízel, byl 6× lékař v CAR, 1× sestra v CAR a 1× obvodní gynekolog. Další respondenti neuvedli, kdo jim tuto možnost nabídl.

**Tabulka 24: Nabídnutí psychologické pomoci**

Nabídka psychologické pomoci	Počet	% z celkového počtu respondentů
<b>Ano.</b> Pomoc byla nabídnuta.	17	10,1
<b>Ne.</b> Pomoc nebyla nabídnuta.	151	89,9

**Graf 15: Nabídnutí psychologické pomoci**



**Otázka č. 24: U jednotlivých zdravotnických pracovníků ohodnoťte známku jako ve škole, jak jste pocívali jejich zájem o Vás. Měli na Vás dost času, mohli jste se ptát, svěřit, podpořili Vás, nabídli i psychickou podporu, „byli zde v tuto chvíli jen pro Vás“...?**

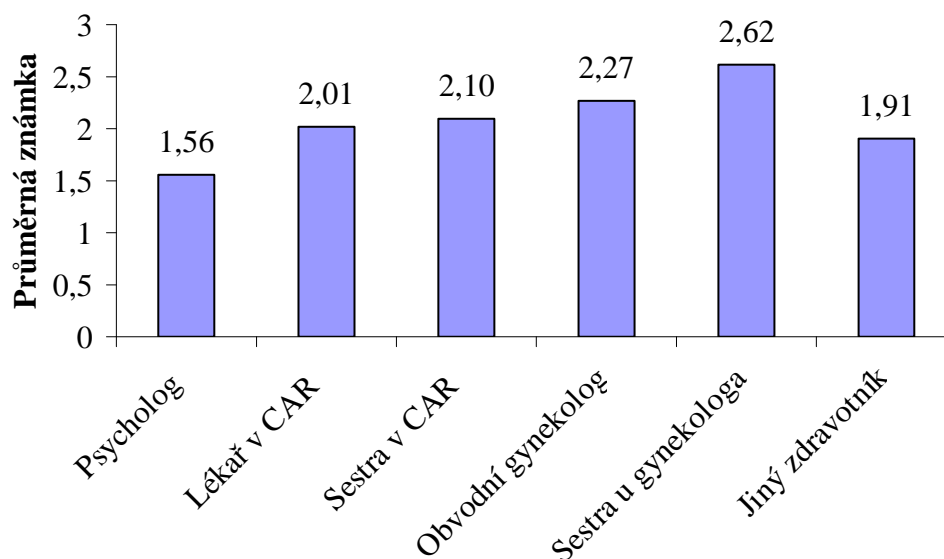
Respondenti známkovali jednotlivé zdravotnické pracovníky podle toho, jak pocívali jejich zájem o sebe a svou neplodnost. Nejlepší průměrné hodnocení (1,56) získal psycholog (kterého ale hodnotilo pouze 9 respondentů), dále to byl jiný zdravotník (1,91) – nejčastěji byl uváděn např. lékař na akupunkturu, homeopat aj.

Lékař v CAR získal průměrnou známku 2,01 a sestra v CAR 2,10. O něco hůře byli hodnoceni obvodní gynekologové (2,27) a sestry u obvodních gynekologů (2,62).

**Tabulka 25: Oznámkování jednotlivých zdravotnických pracovníků**

Zdravotník	Průměrná známka
Psycholog	1,56
Lékař v CAR	2,01
Sestra v CAR	2,10
Obvodní gynekolog	2,27
Sestra u obvodního gynekologa	2,62
Jiný zdravotník	1,91

**Graf 16: Oznámkování jednotlivých zdravotnických pracovníků**



### **Otázka č. 25: Pociť/a jste při léčbě neplodnosti nějaké změny v partnerském vztahu?**

U této otázky byly respondentům také nabídnuty určité možnosti odpovědí, z nichž respondenti označovali ty, které pociťovali (příp. i více možností).

78× respondenti označili posílení vztahu, 75× větší důvěrnost a blízkost s partnerem. 43× pociťovali respondenti pocity sebeobviňování, 40× uvedli problémy při pohlavním styku s partnerem a 28× neshody s partnerem.

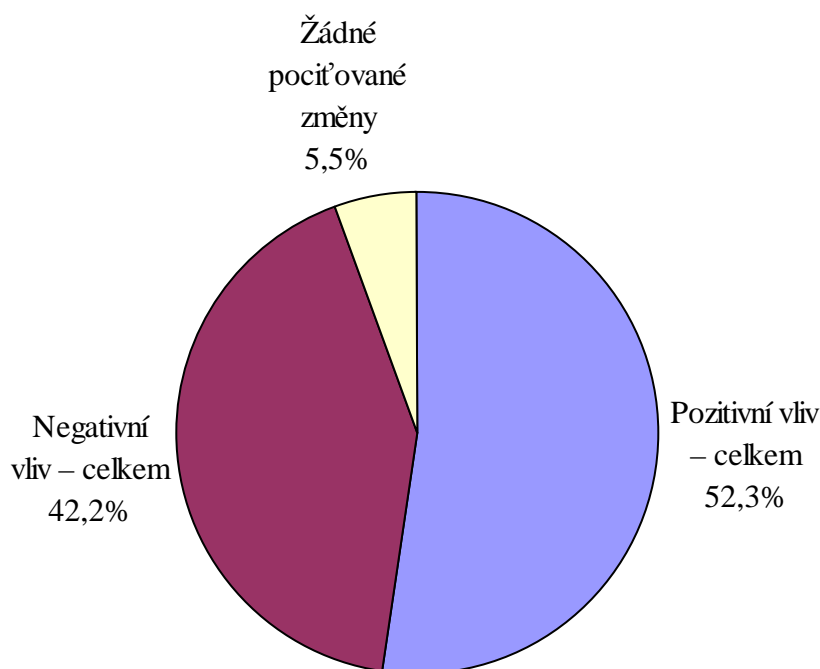
Jako „obecně pozitivní“ hodnotilo vliv neplodnosti na partnerský vztah 38 respondentů, jako „obecně negativní“ 16 respondentů a 20 respondentů uvedlo, že neplodnost neměla na jejich partnerský vztah vůbec žádný vliv.

V grafu jsou pro srovnání uvedeny kumulativní údaje za všechny pozitivní a negativní vlivy, které respondenti uváděli.

**Tabulka 26: Změny v partnerském vztahu**

Pociťovaný vliv neplodnosti	Počet	% z celkového počtu respondentů
Obecně pozitivní vliv	38	22,6
Posílení partnerského vztahu	78	46,4
Větší důvěrnost a blízkost	75	44,6
Obecně negativní vliv	16	9,5
Neshody s partnerem	28	16,7
Problémy při pohlavním styku	40	23,8
Rozchod	3	1,8
Obviňování sebe	43	25,6
Obviňování partnera	15	8,9
Odcizení	9	5,4
Nepociťuji žádné změny	20	11,9

**Graf 17: Změny v partnerském vztahu**



**Otázka č. 26: Pokud se chcete vyjádřit k problematice vlastními slovy, napište nám, prosím, zde:**

Celkem se slovně vyjádřilo 46 respondentů (27,4 % z celkového počtu), z toho 6 mužů (19,4 % z celkového počtu odpovídajících mužů) a 40 žen (29,2 % z celkového počtu odpovídajících žen).

V této volné otázce jsem neočekávala tak mnoho odpovědí. Byla jsem až překvapena, kolik respondentů mělo potřebu se vyjádřit. Jsem tomu ale velmi ráda, protože i to ukazuje na to, že neplodní lidé jsou vděční za každého „naslouchajícího“, za každou možnost se vypovídat, postesknout si...

Ke zhodnocení této otázky lze shrnout nejčastější názory respondentů a citovat některé nejzajímavější názory. Z úcty k respondentům a jako vyjádření díky za jejich ochotu ke spolupráci uvádím větší část jejich zajímavých připomínek, neboť mi připadají přínosné.

Citáty jsou doslovné, pouze gramaticky opravené, není v nich provedena žádná změna a nevyjadřují mé vlastní názory. Jsou zapsány chronologicky tak, jak byly uloženy po vyplnění respondentem, nikoliv podle častosti či jiného klíče. Za citát vždy uvádím, zda tento výrok napsala žena nebo muž.

Nejčastěji respondenti sdělovali názor, že tato situace je velice obtížná a ze strany veřejnosti těžko pochopitelná, nebo měli pocit, že veřejnost tento problém ani moc nezajímá. „Kdo nezažil, nepochopí“ (11×).

Stejně často respondenti poukazovali na omezené financování léčby ze strany „státu“, tedy z veřejného zdravotního pojištění, pozastavovali se nad počtem hrazených cyklů a vyjadřovali nespokojenost s tímto postupem, často ve srovnání s jinými skupinami nemocných. Uváděli, že léčba je nepříznivě finančně zasáhla (11×).

Častým steskem respondentů bylo i to, že si připadali nedostatečně poučení ze strany lékaře, vážla komunikace se zdravotnickým personálem, nebyla jim vysvětlena problematika. Často měli pocit, že jsou jen číslem, že vše jde na běžícím pásu. Nezřídka také vyslovili zklamání nad tím, že nikde neexistuje souhrnný seznam CAR spolu s jejich výsledky (10×).

Na dalším místě se objevuje radost nad tím, že metody IVF vůbec existují a přinášejí tak neplodným jedinou naději na dítě (6×).

Stejně tak často zmiňovali respondenti vliv psychiky, ať již na neplodnost, jako negativní ovlivnění kvality jejich života, ale i pozitivní vliv radostné události na další život (6×).

Další názory byly spíše ojedinělé, týkaly se nepřítomnosti či nedoporučení psychologa, problematiky adopce, pocitů bezmoci a beznaděje, které celá situace přináší, apod.

#### CITÁTY RESPONDENTŮ:

*„Léčba neplodnosti (a vše, co s tím souvisí) je velice náročná psychicky i finančně. Veřejnost, bohužel, má o této problematice zkreslené představy. Nalézt pochopení a podporu v širším okolí je takřka nemožné. Lidé si myslí, že umělé oplodnění je zárukou úspěchu, že to vychází všem napoprvé. Veřejnost si také myslí, že je celá léčba hrazená ze zdravotního pojištění, což vůbec není pravda. Mnoho lidí se také diví, proč tolik investovat do potenciálních vlastních dětí, když jsou dětské domovy plné. Takový názor ale mívají ti, kterým se podařilo počít dítě hned po vysazení antikoncepce. Myslím si, že by se o umělém oplodnění mělo více mluvit a hlavně uvádět věci na pravou míru. Děkuji za dotazník a přeji hodně štěstí!“ (žena)*



„Mrzí mě, že problematika neplodných párů je tak málo v podvědomí ostatních lidí. Dále mě opravdu štve, že stát hradí částečně jen 3 pokusy a kdejakému feťákovi se hradí vše od A až do Z. Přitom my chceme přivést na svět človíčka, který bude pro společnost prospěšný. Myslím si, že my všichni, co si projdeme tou dlouhou cestou za miminkem, se budeme snažit tomu dítěti dát vše a maximálně se mu věnovat.“ (žena)

„Je to strašná bezmoc a nikomu nepřeji co zažívám já i manželka skoro 10 let...“ (muž)

„Pochopit neplodnost mohou jen páry se stejným problémem. Pro všechny ostatní to je jen malý problém. My jsme byli rozhodnutí zkusit i darovaná embrya nebo adopci, ale okolí to odsuzovalo, i moji rodiče. Prostě málokdo, kdo neprošel neplodností, nedokáže pochopit tu beznaděj.“ (žena)

„Problém s neplodností je opravdu velmi zvláštní, co se týká partnerských či manželských vztahů. Zasahuje poměrně dost do života těch dvou lidí, ale i přesto se domnívám, že pokud si sebe vzájemně partneři váží, dají se všechny překážky společně překonat. Snad to nevyzní, jako fráze, ale já to tak cítím a musím říct, že můj partner mi velmi pomáhá, hlavně psychicky. To, že je se mnou při každé návštěva CAR, mi hodně dodává sílu a víru, že se i na nás někdy to štěstí usměje.“ (žena)

„Bohužel vidím laxnost v přístupu lékařů k problematice jednotlivých párů a k další fázi vývoje plodu (sledování).“ (muž)

“Největší bolestí a hořkou zkušeností je vidět plakat ženu nad ztrátou budoucího potomka...” (muž)

„Popravdě řečeno, nedá se moc dobře popsat to, čím si procházíme. Člověka to hodně změní, svým způsobem zestárne – v myšlení a taky zesmutní. Nikomu bych nic podobného, čím jsme si prošli, nepřála.“ (žena)

„Neplodnost je nemoc a měla by být plně hrazena pojišťovnou !!!!!“ (žena)

„Pochádzam zo Slovenska a na Slovensku sa aj liečim. Liečime sa 5 rokov a doterajšia liečba nás stála vrátane liekov, poplatkov v CAR, dopravy a ubytovania cca 130 000 Sk, na rozdiel od Vás nám už poisťovňa na 4 cyklus nepripláca. Čo sa týka znášania: stimulácie, prebiehala bez väčších problémov, oveľa horšie som zvládala neúspechy, hlavne bezmocnosť nad vlastnou neschopnosťou zmeniť osud. Najťažšie je to celé po psychickej a neskôr aj po finančnej stránke.“ (žena)

„Myslím že by se konečně měl problémem neplodnosti někdo začít zabývat. Vzhledem k tomu, že tento problém trápí v současné době každý třetí pár. Myslím že nebude stačit obviňování TV NOVA z prospěchu a finančního obohacování za léky které zbudou po některém hrazeném cyklu IVF. Záměrně píšu po některém protože ve většině případů léky nezbydou a naopak se musí velice draze platit.“ (žena)

„Největší problém vidím v tom, že po prvních vyšetřeních nás lékaři neinformovali a jen povzbuzovali do dalšího snažení, přesto, že nám bylo již 32 let. O 3 roky později jsme se ze zdravotní dokumentace dozvěděli skutečný stav věci a byli šokováni.“ (žena)

„Je to moc dlouhá cesta, ale i přes veškeré starosti mě i mému manželovi hodně dala a teď jsme moc šťastni!“ (žena)

„Nejhorší je vyrovnat se s faktem, že jediná možnost jak mít vlastní dítě, je IVF. Všechny více či méně příjemné úkony už pak člověk podstupuje skoro rád, protože vysněné mimi se pomyslně blíží. Myslím si ale, že by automatickou součástí první návštěvy CAR měl být i pohovor s psychologem. Ten by pak také rozhodl, zda je další návštěva nutná nebo ne. Sama jsem žádného psychologa nevyhledala, neměla jsem žádné doporučení a jen tak k někomu jsem nechtěla. Ale jeho pomoc by mi jistě pomohla.“ (žena)

„Nejtěžší je vybrat správný CAR, není podle čeho porovnávat. Každý uvádí trochu jiné údaje.“ (žena)

„Snažím se podporovat manželku a užívat si hezkých chvil v životě, i když nemáme děti. Adopce se trochu obávám.“ (muž)

„Po 6 pokusech IVF, mě zarazil přístup u 6. pokusu, že nepoužili prodlouženou kultivaci i když jsem si ji jako samoplátce hradila a zavedli embrya po 72 hodinách, osmibuněčná. V sanatoriu ... jsem se cítila jako na běžícím pásu a zapomněli mi na kortikoidní injekce. Teď navštěvuji CAR .... Ale i tam je velký zájem a začíná to být jako běžná rutina.“ (žena)

„Jsem šťastná, že IVF existuje. Máme po něm již tříletého syna a je to můj smysl života...“ (žena)

„Je to boj, ale my jednou určitě zvítězíme.“ (žena)

„Kdo to nezažil, nikdy to nemůže pochopit!“ (žena)

„Myslím si, že úroveň zařízení je dost různá. Bez kamarádky lékařky, která mi pomohla se orientovat, bych to nesla mnohem hůře“. (žena)

*„Rád bych uvedl, že bych řadu věcí při léčbě neplodnosti snášel mnohem líp, kdyby mi byly včas podávány úplné informace. Například vyšetření urologem bylo pro mě stresující, ale jen proto, že se mnou lékař prakticky vůbec nekomunikoval.“ (muž)*

*„Celkově pro mě byla léčba neplodnosti (hlavně IVF) nepříjemná záležitost bez pozitivního výsledku. Po dvou letech léčby v CAR jsem se rozhodla pro alternativní metody + lázně a psychologa, které mi sice při 3. IVF nepomohly, ale po dalším půlroce se dostavilo přirozené otěhotnění. Po aplikaci alternativních metod jsem cítila úlevu na svém stavu, hlavně psychickém a vztah s partnerem se začal vylepšovat. Nyní jsem v 16. týdnu těhotenství a po krevních testech se rozplynuly obavy, že by se miminku mohlo něco stát. Teprve poté jsem si uvědomila, že je vše na dobré cestě a optimismus převládl.“ (žena)*

*„Myslím si, že je důležité se o toto téma zajímat, ale kdo to neprožije, stejně to nemůže nikdy pochopit. Je to neskutečný nápor na nervy a velké výkyvy nálady, radosti, doufání a naopak někdy pocity beznaděje a neúspěchu. Stále si myslím, že i když jsme ve vyspělé společnosti, je stále moc lidí, kteří o tomto nemají potuchy. A ani nechtějí chápat a nechápou to, že má někdo takové problémy. Je to někdy nekonečný boj, ale stále doufám, že se jednou všem, co se o to pokoušejí, podaří. Protože takhle silné páry si to zaslouží a budou jednou úžasnými rodiči. A hlavně si budou vážit daru života a nikdy nezapomenou, co je to za dar, mít vlastní dítě.“ (žena)*

*„Léčba je velice nákladná, jak psychicky, tak finančně. Proto je mi neustálým trnem v oku léčba narkomanů a alkoholiků, kterým stát plně hradí jejich léčbu. Tito lidé si za svou závislost mohou sami, neplodné páry bohužel ne. Proto si myslím, že by měla být větší podpora ohledně financí od státu a ze zdravotnictví. Dále by se měl zvýšit počet pokusů o umělé oplodnění státem hrazené. Pokusy 3× za život jsou žalostně málo. Bohužel kdo tento problém nezažil, neuvěří.“ (žena)*

*„Vzhledem k velkým finančním nákladům na neplodné páry či chcete-li jedince je zde nedostatečná podpora ze strany zdravotního systému. (Myšleno hrazení pouze tří kompletních cyklů a 1× léků.) Léčba neplodnosti není rozmarem jedince. Jedná se o nemoc, kterou on sám může těžko ovlivnit. A v době, kdy je takto postiženo daleko více jedinců, by pojišťovny měly vzít toto v úvahu a léčbu poskytnout – třeba i se stávajícími doplatky. Mnoho lidí při řešení neplodnosti neváhá tyto nemalé prostředky investovat. To je dnes, myslím, hlavním problémem při léčbě neplodnosti.“ (žena)*

*„Je to velká zátěž po stránce psychické i finanční. Zdravotní určitě také, ale já jsem podstoupila ‚jen‘ léčbu darovanými oocyty, takže negativní účinky hormonální léčby mě*

minuly. Na druhou stranu mám problémy jako po přechodu, musím brát hormonální substituci. Když mi doktor řekl diagnózu, moc jsem se styděla. Nevěděla jsem jak to říct partnerovi. Bylo mi teprve 25. Mám pocit, že tohle téma je dost tabu, ale týká se to čím dál více lidí. Dost nás pobouřila reportáž na NOVĚ ze 4. 11. 2007, kde z nás dělali překupníky léků a vyznělo to tak, že máme plně hrazené 3 pokusy a ještě na nich vyděláváme. O tom, jakou bolest pocítují ženy i muži, se nikdo nezmínil. Můžu sama za sebe říct, že jsem probřečela spoustu nocí i dnů. V dubnu se nám narodil chlapeček, jsem šťastná a na minulost si moc nevzpomenu, už to nebolí. Už se cítím ‚normálně‘ a nemám pocit, že nás všichni z okolí zkoumají, proč ještě nemáme dítě. Naštěstí u mě to nebylo tak okaté, protože jsem byla mladá. Chceme ještě další dítě, ale finančně na to teď nemáme.“ (žena)

„Neplodnost by měla být ze strany státu a tedy zdravotních pojišťoven mnohem více podporována a financována. Mít jen 3 pokusy (a to jen z části hrazené) a potom nemáte nárok na dítě, když to nejde přirozeně, je velmi kruté. Když máte zlomenou nohu, taky vám zdravotník neřekne: ‚Jen 3× vám ji dáme do sádky a potom máte smůlu, nebo si to celé zaplaťte.‘ Málo se o neplodnosti mluví a ti, kterých se to přímo netýká, vůbec netuší čím páry procházejí. Často se setkávám s lítostí a s nepochopením problému.“ (žena)

„Měli jsme štěstí na vstřícné a chápající okolí jak v prostředí zdravotnickém, tak v okruhu našich přátel. Psychika je velmi důležitým faktorem. V našem případě byl 1. pokus IVF úspěšný, máme zdravou a krásnou holčičku. Všechno na světě za to stojí! Přeji všem ženám a nastávajícím maminkám hodně štěstí a pozitivní energie.“ (žena)

„Teprve po narození dvojčat jsem pochopila, že jsem na tom psychicky byla velice špatně, po porodu se mi vše upravilo – zmizela anovulace a amenorea, nepotřebuji zatím žádnou hormonální podporu cyklu. Psychika se těch neúspěších podílela asi hodně.“ (žena)

„Až jsme si požádali o adopci a všechno hodili za hlavu, otěhotněla jsem úplně přirozeně. Strašnou roli hraje psychika, ale nemyslet na to prostě nejde...“ (žena)

## 7 Diskuse

Hlavní cíle, které jsem si stanovila v úvodu práce, byly splněny. Domnívám se, že dotazníkovým šetřením se mi podařilo nahlédnout do situace neplodných párů. Respondenti nastínili, jaké dopady měla či má neplodnost na jejich životy. Situace poměrně značně ovlivnila jejich život po psychické a tělesné stránce, někteří respondenti pocítili i určitou sociální izolaci a finanční tíseň. Mnoho neplodných zažívá pocity bezmoci, beznaděje, strachu, úzkosti a jsou podráždění.

Výzkumným šetřením se poměrně přesně podařilo charakterizovat negativní dopad jednotlivých diagnostických a léčebných metod, využití psychologické pomoci a alternativních metod léčby. Částečně byla také zmapována oblast celkové informovanosti neplodných jedinců a to, jak, kým a v jakém rozsahu jsou informováni zdravotnickým personálem.

Je třeba podotknout, že výsledky, ke kterým jsem došla, nejsou a nemohou být zcela objektivní. Nejdůležitější závěry, které se problematiky „Dopad neplodnosti na kvalitu života párů“ v souvislosti se stanovenými cíli týkají, jsou tyto:

Přestože literatura se o tělesných dopadech neplodnosti příliš nezmiňuje (viz kapitola 4.3 Tělesný dopad neplodnosti na kvalitu života), v mém výzkumu bolest jednoznačně „zvítězila“. V otázce č. 15: „*Které nežádoucí účinky jste při léčbě neplodnosti zaznamenala/a?*“ byla respondenty ze všech nabídnutých možných nežádoucích účinků označena nejčastěji právě bolest (ve 46,4 %), dále pak zvýšení hmotnosti, bolesti hlavy, nevolnosti a poruchy sexuální apetence – 30 % respondentů uvedlo, že u nich došlo ke snížení chuti na sex, u 5 % respondentů došlo ke zvýšení chuti na sex.

Dle odpovědí na otázku č. 14 pociťovalo nejvíce respondentů svoji neplodnost jako psychický problém, teprve potom jako zdravotní problém, poté jako problém finanční a sociální problém. Jako nejhorší psychický moment léčby byl v otázce č. 13 označen opakovaný neúspěch léčby. Tato situace nejhůře ovlivnila psychiku 40 % respondentů. V pozorovaných emocionálních dopadech (podle otázky č. 16) se objevovala bezmocnost, strach, výkyvy nálad, podrážděnost, obviňování, zloba... Tento výčet jasně napovídá, že psychická situace neplodných lidí je velmi složitá. Tyto negativní emocionální dopady musejí výrazným způsobem ovlivňovat životní pohodu, tzv. well-being, a tím celkovou kvalitu života těchto osob.

Velmi výraznou roli hrají v léčbě neplodnosti finance. Toto zjištění vyplynulo nejen z odpovědí respondentů na mé otázky, ale je podpořeno i studiem dostupné literatury. Dle platné legislativy je ženě hrazen cyklus umělého oplodnění nejvíce 3× za život. Tím se rozumí maximálně 4 monitorované cykly se stimulací a v rámci nich nejvíce 3 cykly s přenosem embryí ve věku 18 – 39 let. Výklad zákona je v ohledu nejvyššího věku 39 poměrně nejasný, věkový limit si mohou různá CAR a různé zdravotní pojišťovny vykládat různě. Mnohé pojišťovny si vykládají limit 39 let tak, že žena nesmí dosáhnout 39. narozenin – tedy 38 let + 364 dní. Jiné naopak za věk 39 let považují ještě 39 let a 364 dní. Pak se většina žen, které již dovršily věk 39 let, a nemají stále vyčerpaný všechny hrazené cykly, na rok přehlásí k té zdravotní pojišťovně, která léčbu ještě hradí. Nejasnost a benevolence je poněkud zarážející, když si uvědomíme, že se jedná o výklad zákona o veřejném zdravotním pojištění. Z veřejného zdravotního pojištění je při léčbě neplodnosti hrazeno také jen určité množství léků. (Viz kapitola 3.6 Úhrada léčby neplodnosti z veřejného zdravotního pojištění). Léčebný cyklus je v takovém případě sice „hrazen“ z pojištění, ale určité metody, přestože doporučené lékařem, jsou považovány za nadstandardní. Tyto metody si pak hradí neplodný pár sám, anebo je nutná velká finanční spoluúčast páru. (Viz příloha č. 1 Orientační ceny doplateků ze strany pacienta). Poměrně vysoké jsou i doplatky za některé léky. Také v případě, že ženě hrazené léky ke stimulaci nestačí, musí si další hradit v plné výši. I když tedy žena ještě splňuje podmínky pro úhradu léčby pojišťovnou, většinou je nutná určitá investice. Pokud již žena přesáhne věkový limit, vyčerpá všechny hrazené cykly léčby, nebo z jiného důvodu nemá nárok na úhradu zdravotní pojišťovnou, je investice do léčby značná. Dle odpovědí respondentů na otázku č. 12 se cena za léčbu v jednom cyklu pohybovala od 0 do 60 000,- Kč, průměrně 19 200,- Kč, což je přibližně průměrná mzda v České republice. Za celkovou léčbu zaplatili respondenti od 0 do 300 000,- Kč, průměrně 53 900,- Kč. Toto jasně napovídá, že finanční stránka léčby neplodnosti má velký vliv na kvalitu života neplodných párů.

V druhé fázi reformy zdravotnictví ministra Julínka je předložen návrh novely zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Podle tohoto návrhu novely má být údajně cyklus IVF ženě poskytnut pouze jedenkrát za život. Podle dostupných informací je však v současné době projednání návrhu zákona prozatím odloženo. V případě, že tato novela bude v tomto znění schválena, budou výrazným způsobem ovlivněny životy mnoha neplodných párů. Ti, kterým se početí nepovede v prvním (a jediném) hrazeném cyklu, budou muset zvážit své finanční možnosti a teprve podle nich budou moci podstoupit další léčbu.

Jedním z dalších dosažených cílů praktické části bylo pokusit se zjistit metodou dotazníku nejčastější psychosociální změny u neplodných párů, jaký vliv má neplodnost na jejich soukromý a pracovní život.

Vážným sociálním problémem se ukázalo být, když se v okolí dlouho neplodného páru objevila těhotná příbuzná nebo kamarádka. V odpovědích na otázku č. 18: *Jaké byly Vaše osobní prožitky při těhotenství a narození dítěte u někoho z rodiny či známých?*“ respondenti ve 29 % uvedli, že v takových případech se u nich objevila závist a nechut' se s ní stýkat. Jeden z respondentů dokonce uvedl, že se s přáteli, kteří čekali miminko, přestal stýkat. Toto těhotenství v okolí většinou prohloubilo vlastní pocity bezmoci a beznaděje respondentů, přesto jim ho, ve většině případů (více než 57 %), přáli.

Na otázku č. 20: *„Komu jste se se svým problémem svěřil/a?“* většina respondentů odpověděla, že se s tímto problémem svěřila rodičům, přátelům, někteří se svěřili i v zaměstnání. Pouze 8 respondentů (necelých 5 %) se o své neplodnosti nikomu nesvěřilo. Ti, kteří se svěřili, se většinou setkali s pozitivními reakcemi svého okolí.

V otázce č. 22 měli respondenti měli uvést jednu až tři osoby, které jim byly při léčbě neplodnosti největší oporou. Jak jsem předpokládala, tak jako největší oporu uvedli respondenti svého partnera/ partnerku (v 97 %). Samozřejmě je to dáno tím, že právě partner/ka je tou osobou, které se celá situace nejvíce dotýká. Jako další uvedli respondenti rodiče a různé další rodinné příslušníky.

Na otázku č. 25: *„Pocítil/a jste při léčbě neplodnosti nějaké změny v partnerském vztahu?“* uvedli 1 muž a 2 ženy, že se kvůli situaci kolem neplodnosti rozešli se svým partnerem.

Na ovlivnění pracovního nasazení a vztahů v zaměstnání jsem se ve svém dotazníku téměř nezaměřila, proto nemohu hodnotit, zda neplodnost má vliv i na pracovní oblast života.

Cesta za miminkem je mnohokrát velmi dlouhá, avšak ne vždy úspěšná. Z odpovědí na otázku č. 6: *„Kolikrát jste již podstoupili jednotlivé metody asistované reprodukce?“* vyplývá, že ani opakovaná léčba nemusí zaručovat úspěch. Jedna žena podstoupila 10× inseminaci a 3× embryotransfer, jiná 6× embryotransfer a 7× transfer zmrazených embryí, obě bohužel bez úspěchu. V otázce č. 4 o délce snažení o početí byla jako nejdelší doba, po kterou se respondenti snažili o početí dítěte, 13 let. Takto dlouho se o otěhotnění pokoušela 1 žena z mého vzorku. Na lékaře se o pomoc obrátila již po dvou letech neúspěšné snahy. Velmi dlouhá doba snažení vedla k úspěšnému konci, žena uvedla, že má

1 dítě. Druhou nejdelší dobou snažení bylo 12 let. Jednalo se o 3 případy, vždy o ženy. Tyto ženy vyhledaly lékařskou pomoc po poměrně dlouhé době – po 5, 8 a 10 letech. Ani jedna z těchto žen dítě nemá!

### **Neplodní však nesmějí při své cestě za úspěchem nikdy ztratit naději!**

Na základě otázky č. 7: „*Máte již vlastní dítě? Pokud ano, kolik?*“ jsem zjistila, že celkem 168 respondentů má celkem 81 dětí. Samozřejmě nejsou započítány stejné děti muže a ženy z jednoho páru. Ale 97 respondentů dítě stále nemá, naproti tomu 8 respondentů má 3 děti.

Velmi mne mrzí, že mi odpovědělo málo mužů. Z odpovědi na otázku č. 1: „*Pohlaví?*“ jasně vyplývá převaha žen (ze 168 respondentů bylo 131, tj. 78 % žen a pouze 37, tj. 22 % mužů). A to i přesto, že jsem sestřičky v ordinacích požádala, aby kartičku s odkazem na dotazník předaly každému z neplodných partnerů. Skutečně je mi velmi líto, že se mi nepodařilo oslovit více mužů a že tedy odpovědi obou pohlaví nejsou zastoupeny zhruba poloviční měrou. Možná je to tím, že žena celou situaci prožívá více intenzivně a potřebuje si o ní „popovídat“. Spíše se ale domnívám, že muži se výzkumu neúčastnili z toho důvodu, že nemají tak velkou potřebu se o svém problému šířit, nebo ho dokonce chtějí tajit. Možná i proto, že jsou více pracovně vytíženi. Tato nerovnováha zastoupení poměrně dobře odráží i teoretické informace o odlišnostech vnímání celé situace muži a ženami, viz kap. 5.3 Mužský a ženský pohled na problematiku neplodnosti.

V dalším z cílů, který jsem si stanovila, jsem se pokusila zjistit, jak a kým jsou klienti informováni a zda jim jsou nabízeny i alternativní metody léčby a psychologická pomoc. V této oblasti jsem zjistila poměrně významné nedostatky:

U otázky č. 17: „*Kým jste byli poučeni o výše uvedených vedlejších účincích léčby?*“ uvedlo 60 (36 %) respondentů z celkových 168, že nebyli nikým upozorněni na možné vedlejší nežádoucí účinky léčby. Dalších 11 jich uvedlo, že na tyto účinky sice upozorněni byli, ale jinou osobou, kterou nebyl zdravotnický pracovník. V podstatě tedy 71 osob (což je 42 %) ze 168 odpovídajících nemělo od svého lékaře či sestry v CAR, případně od svého obvodního gynekologa či jeho sestry vůbec žádné informace o vedlejších účincích léčby.

Ještě větší procento respondentů v tomto vzorku odpovědělo záporně na otázku č. 23: „*Byla Vám nabídnuta možnost navštívit psychologickou poradnu?*“. Ze 168 dotázaných byla psychologická pomoc nabídnuta pouze 17 respondentům. Ve 151 případech (téměř v 90 %) nebyla psychologická pomoc doporučena. Přitom psychoterapie (viz kapitoly



4.2 Psychický dopad neplodnosti na kvalitu života a 5.4 Využití psychoterapie v léčbě neplodnosti) by se mohla podílet na zlepšení psychické situace neplodných lidí, a tím na zlepšení jejich celkové situace. Je ovšem otázkou, zda by nabídka psychologické pomoci respondenty k návštěvě psychologické poradny motivovala. Protože z těch 17, kterým nabídnuta byla, navštívil psychologickou poradnu jen jeden dotázaný.

Posledním hodnoceným faktorem byl přístup zdravotnického personálu k neplodným klientům. Respondenti měli jednotlivým zdravotnickým pracovníkům udělit známku jako ve škole. V otázce č. 24 hodnotili, zda měli možnost k dotazům, zda byly respektovány jejich názory, zda se mohli svěřit se svými obavami a jaký pocítovali ze strany personálu zájem o jejich vlastní osobu. Průměrně nejlepší známku získal psycholog (1,50), lékař v CAR dostal známku 2,01 a sestra v CAR 2,10. O něco hůře byli hodnoceni obvodní gynekologové (2,27) a sestry u obvodních gynekologů (2,62).

V případě zájmu zdravotníků o své klienty nemám pocit, že by dvojka byla dobrou známkou. Bohužel jsem podobný výsledek očekávala, avšak doufala jsem, že mnou provedený výzkum toto mé očekávání rozptýlí. Oproti výsledkům jsem se však domnívala, že sestry budou hodnoceny lépe než lékaři, což se nepotvrdilo.

Obecně lze říci, že jako zdravotničtí pracovníci na všech úrovních bychom se měli zamyslet nad výsledky tohoto výzkumu. Měli bychom podávat více informací a poskytovat klientům více prostoru pro jejich dotazy a stesky, celkově zlepšit svoje chování k nim...

Některé otázky z mého výzkumu byly porovnány s některými otázkami z podobného výzkumu Mgr. Kubcové. Tento její výzkum byl proveden v rámci diplomové práce v roce 2004:

KUBCOVÁ, Šárka. *Problematika neplodnosti v partnerském vztahu*. Diplomová práce obhájená na Pedagogické fakultě Univerzity Hradec Králové v r. 2004. 151 s. Depon in: Archiv Univerzity Hradec Králové.

Mgr. Kubcová zkoumala vzorek 65 respondentů, 29 (tj. 44 %) mužů a 36 (tj. 56 %) žen.

V mém vzorku bylo celkem 168 respondentů, ale pouze 37 (tj. 22 %) mužů a 131 (tj. 78 %) žen. Domnívám se, že větší počet respondentů v mém vzorku je podmíněn elektronickým zadáním dotazníku a možností vyplnit dotazník v klidu, doma.

Dle mého mínění má ale tento způsob zadání vliv i na to, že mi odpovídalo poměrně málo mužů. Pokud by respondenti vyplňovali dotazníky např. v CAR při čekání v čekárně, pravděpodobně by počet mužů a žen byl zhruba poloviční, jako v případě Mgr. Kubcové.

Kvůli velmi nepříznivému poměru mužů a žen jsem nevyhodnocovala otázky zvlášť dle pohlaví tak, jako to dělala Mgr. Kubcová ve svém výzkumu.

Další porovnávanou otázkou bylo: „*Jak dlouho usilujete (jste usilovali) o vlastní dítě?*“ (otázka č. 4). Ve vzorku respondentů, který jsem zkoumala, byl nejkratší dobou 1 rok, nejdelší dobou 13 let. Nejvíce lidí o dítě usilovalo po dobu 3 let. Průměrná doba byla 4,16 let.

Ve vzorku Mgr. Kubcové byl nejkratší dobou také 1 rok, nejdelší dobou však 16 let. I v tomto případě byla nejpočetněji zastoupenou skupinou ta, která usilovala o dítě 3 roky. Průměrná doba byla 4,49 let.

Dále jsem se snažila porovnat, za jak dlouho se respondenti se svým problémem obrátili na lékaře (otázka č. 5).

Někteří respondenti v mém vzorku se na lékaře obrátili ihned (tedy po 0 letech), nejdelší doba bylo 10 let. Nejvíce respondentů navštívilo lékaře po 1 roce neúspěchů. Průměrná doba je 1,61 roku.

Mgr. Kubcová ve svém dotazníku rovněž pokládala párům podobnou otázku. Nejkratší doba, po které se její respondenti obrátili na lékaře, byla 1 rok, nejdelší taktéž 10 let. Ženy se obrátily na lékaře nejčastěji již po 1 roce, muži naopak až po 3 letech. Průměrná doba je 3,11 let, což je doba téměř dvojnásobná oproti mému výzkumu.

Poslední hodnocenou otázkou je otázka vlivu neplodnosti na partnerský život (otázka č. 25).

Z výsledků Mgr. Kubcové jednoznačně plyne pozitivní vliv celé situace na partnerský život neplodných lidí. Na její otázku: „*Cítíte, že situace kolem neplodnosti Vašemu vztahu něco vzala, nebo naopak dala?*“ odpovědělo 100 % žen a 84 % mužů, že jim situace kolem neplodnosti něco dala, pouze 16 % mužů uvedlo, že jim něco vzala.

Moje otázka nebyla takto jednoznačně formulována a ani závěry tedy nejsou tak jednoznačné. V podstatě lze ale shrnout, že situace měla na partnerský vztah častěji kladný vliv (52 %), ve 42 % uvedli respondenti negativní vliv a 6 % udalo, že situace jejich partnerský život nijak neovlivnila.

Porovnání výsledků z těchto dvou mírně odlišných výzkumů přineslo poměrně srovnatelné výsledky. Jediné, čeho se mi nepodařilo dosáhnout tak, jak jsem si představovala, bylo získání dostatečného počtu mužů.

Někteří respondenti v době, kdy mohli dotazník na webových stránkách vyplnit, vyjádřili zájem o výsledky výzkumu. Slíbila jsem jejich zveřejnění po obhájení bakalářské práce na stejných webových stránkách. V současné době, kdy práci teprve píši, jsem již dostala několik „upomínek“ na zveřejnění výsledků.

## Závěr

V teoretické části jsem se soustředila na shrnutí dosavadních informací o neplodnosti, metodách asistované reprodukce, o ovlivnění kvality života neplodností v různých složkách a dále o psychologii neplodnosti a možného využití psychoterapie.

Neplodnost je nemoc, která je definována jako neschopnost otěhotnět během jednoho roku pravidelného nechráněného pohlavního styku. Touto nemocí trpí celosvětově stále více párů. V České republice se předpokládá, že je to asi 10 – 15 %, některé prameny uvádějí až 25 % párů.

Neplodnost výrazným způsobem ovlivňuje kvalitu života neplodného páru. Navenek tento pár může vypadat jako spokojený, zdravý, finančně zajištěný, s vlastním bydlením a pracovním velmi úspěšný, uvnitř ale prožívá nemalá strádání. Nikdo v okolí, pokud není seznámen se situací, nepředpokládá, že jeden nebo oba partneři jsou nemocní, prožívají těžké psychické vypětí při diagnostických výkonech, léčbě, čekání na výsledky a ještě horší situaci při neúspěchu léčby. Ten navenek „zdravý, krásný pár“, který má díky oboustranné kariéře, nenarušené mateřstvím, určitě i hodně finančních prostředků, může být na pokraji svých finančních možností kvůli nákladné nebo opakované léčbě... A případná izolace neplodného páru od přátel s malými dětmi není (jak by se mohlo zdát) projevem toho, že pár děti nemá rád, když je sám nemá. Je to spíše obrana, nutnost nedráždit své city pobytem s těhotnou kamarádkou či s malým dítětem.

Nikdo, kdo podobnou situaci neprožil sám nebo spolu se svými blízkými, nemůže pochopit, jaká strádání s sebou přináší a jak se odráží na kvalitě života. A i ten, kdo „prožíval“ jen z povzdálí, nikdy nepozná... Čím delší je doba neúspěchů, tím horší může celá situace být.

Z výzkumu, který jsem na toto téma provedla, vyplývá, že mnoho neplodných nemocných má výrazné psychické a finanční problémy a pociťuje i poměrně výrazný zdravotní dopad. Naštěstí se však ukázalo, že neplodní dostávají od svého okolí podporu, pomoc a setkávají se celkově spíše s pochopením. Ovšem někteří respondenti uvedli, že se setkali i s nepochopením, naschvály, škodolibostí a pomluvami.

Neplodnému páru může pomoci to, že si někdo nezaujatě a nekriticky vyslechne jeho příběh, ale nebude jej hodnotit, nebude pár odsuzovat ani litovat. Pokud se veřejnost bude o problematiku neplodnosti zajímat, budou jí známy všechny její aspekty vč. finančního a sociálního, tak si lépe představí trápení, která neplodný pár zažívá a tím mu lépe pomůže

překonat úskalí celé situace. Každý tak bude moci být lepší oporou neplodnému člověku ve svém okolí. Sice tím nebude zmírněn ani fyzický ani psychický negativní dopad neplodnosti na kvalitu života neplodného jedince, ve finanční oblasti mu nikdo také nejspíš nepomůže, ale určitě to může pomoci ovlivnit jeho sociální situaci a začlenění do společnosti vrstevníků, kteří děti mají.

Další část tohoto výzkumu byla zaměřena na informovanost nemocných ze strany zdravotníků. Ukázalo se, že mnoho nemocných má problémy již při výběru CAR, nevědí, podle čeho se orientovat a jak vybírat. Dalším zjištěným nedostatkem je nízká informovanost nemocných o diagnostických výkonech, léčbě, nežádoucích účincích této léčby, není jim nabízena psychologická pomoc jako jedna z alternativ léčby. Celkově mají neplodní dojem, že na ně a jejich dotazy nemá personál moc času. Několikrát byl dokonce zmiňován pocit komerce.

Tato oblast výzkumu by pro nás, zdravotníky, měla být velmi podnětná a měla by nás donutit k malému zamyšlení nad vlastním chováním k pacientům. Podáváme jim vždy dostatek všech informací dle svých kompetencí? Dáváme prostor otázkám klientů? Odpovídáme na ně? Řešíme skutečně jejich individuální situaci? Najdou v nás nemocní oporu?

Věřím, že každý z nás si na tyto a podobné otázky odpoví, zamyslí se nad svými odpověďmi a podle nich přizpůsobí své chování (nejen) k neplodným párům.

Problém neplodnosti je v současné době stále rozšířenějším a bylo by proto vhodné o něm více informovat veřejnost. Pokud by se lidé více zajímali o tuto problematiku, neodsuzovali by striktně všechny neplodné manžele ve svém okolí a možná by došlo i k protestům proti nové, zatím neschválené, novele reformy zdravotnictví. Ta předkládá návrh na snížení úhrady léčebných cyklů asistované reprodukce ze tří na jeden. Pokud vláda návrh schválí v tomto znění, přibude párů, které zůstanou bezdětné, protože si další léčbu nebudou moci finančně dovolit.

Nikdo z nás neví, kdy on sám či někdo z jeho blízkých bude tuto léčbu potřebovat a nikdo neví, zda pro něho bude za takových podmínek dostupná. V léčbě této nemoci jsou stanoveny určité limity, které pravděpodobně budou ještě zpřísněny. A může se stát, že se dočkáme podobných omezení i pro další nemoci. Zajímejme se proto všichni o náš zdravotní systém a financování léčby z našeho pojištění.

## Anotace

- Autor:** Hana Tomášková
- Instituce:** Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové  
Oddělení ošetřovatelství
- Název práce:** Dopad neplodnosti na kvalitu života párů
- Vedoucí práce:** Mgr. Eva Vachková
- Počet stran:** 94
- Počet příloh:** 6
- Rok obhajoby:** 2008
- Klíčová slova:** neplodnost, kvalita života, asistovaná reprodukce, psychosomatické ovlivnění, biopsychosomatický model nemoci

Bakalářská práce shrnuje dosavadní poznatky o problematice neplodnosti, obsahuje obecné vymezení pojmů „neplodnost“, „asistovaná reprodukce“, „kvalita života“, „psychologie nemoci“ v souvislosti s výskytem nežádoucích psychických, fyzických, sociálních a ekonomických faktorů, které se podílejí na kvalitě života párů, a v krátkosti nastiňuje právní úpravu tohoto problému v České republice.

Základem empirické části bylo dotazníkové šetření, provedené především u klientů Centra reprodukčního zdraví Pronatal Arleta IVF v Kostelci nad Orlicí. Toto šetření bylo zaměřené na problematiku neplodnosti a její vliv na kvalitu života dotazovaných neplodných párů.

This bachelor's thesis outlines existing information on the topic of infertility, defines the terms “infertility”, “assisted reproduction”, “quality of life” and “psychological aspect of the disease” in context with the unpleasant mental, physical, social and economic factors, that partake in the quality of couple's lives. It also summarizes the legal policies of this problem in the Czech Republic.

The empirical part of this thesis was based on a survey, given mainly to clients of the center of reproduction Pronatal Arleta IVF in Kostelec nad Orlici. This survey focused on the problems of infertility and its impact on the quality of life of infertile couples.

## Seznam použitých informačních zdrojů a literatury

- [1] *Alternativní medicína. Možnosti a rizika.* Kolektiv autorů. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o. 1995, 208 s. ISBN 80-7169-151-8
- [2] BAŠTECKÝ, Jaroslav – ŠAVLÍK, Jiří – ŠIMEK, Jiří. *Psychosomatická medicína.* Praha: Grada Avicenum. 1993. 363 s. ISBN 80-7169-031-7
- [3] BERAN, Jiří. *Základy komunikace s nemocným.* 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova, Vydavatelství Karolinum, 1997. 72 s. ISBN 80-7184-390-3
- [4] DOENGES, Marillyn E. – MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry.* 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8
- [5] *Florence – elektronický časopis moderního ošetrovatelství,* [online] URL: <<http://www.florence.cz/>>
- [6] JANSSEN, O. E. et al. *Mood and sexual function in polycystic ovary syndrome.* [online]. *Semin. Reprod. Med.* 2008 Jan; 26(1):45-52. URL: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18181082>>, [cit.2008-03-25]
- [7] KONEČNÁ, Hana. *Na cestě za dítětem. Dvě malá křídla.* 1. vydání. Praha: Academia., 2003, 317 s. ISBN 80-200-1055-6
- [8] KONEČNÁ, Hana. Potíže s otěhotněním jako zátěžová situace. In: *Reprodukční zdraví: co dělat, aby člověk měl děti, když a až je bude chtít mít.* České Budějovice: Jihočeská univerzita. 2005.
- [9] KORYNTOVÁ, D. a kol. Úzkost a deprese před in vitro fertilizací – muži a ženy reagují různě podle příčiny neplodnosti. In: *Česká gynekologie.* Roč. 66, č. 1 (2001)
- [10] KORYNTOVÁ, D. Psychosomatika sterility. In: *Moderní gynekologie a porodnictví.* Roč. 11, č.4 (2002)
- [11] KOUKOLA, Bohumil. MAREŠ, Jiří. *Psychologie zdraví a kvalita života.* Sborník přednášek. Brno, MSD, spol. s.r.o., 2006, 162 s. ISBN 80-86633-66-7
- [12] KOZIEROVÁ, Barbara – ERBOVÁ, Glenora – OLIVIERIOVÁ, Rita. *Ošetrovatelstvo 1.a 2.* Martin: Osveta, 1995, 1474 s. ISBN 80-217-0528-0
- [13] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing spol. s.r.o., 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0
- [14] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví.* 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2
- [15] KUBCOVÁ, Šárka. Neplodnost partnerský vztah neničí. In: *Psychologie dnes.* Roč. 10, č. 10 (2004)
- [16] KUBCOVÁ, Šárka. *Problematika neplodnosti v partnerském vztahu.* Diplomová práce obhájená na Pedagogické fakultě Univerzity Hradec Králové v r. 2004. 151 s. Depon in: Archiv Univerzity Hradec Králové

- [17] KUBCOVÁ, Šárka. Vliv neplodnosti na kvalitu partnerského vztahu. In: *Gynekolog*. Roč. 14, č.3 (2005)
- [18] LINHART, Petr. Ženské reprodukční zdraví. In: *Reprodukční zdraví: co dělat, aby člověk měl děti, když a až je bude chtít mít*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 2005. ISBN 80-7040-765-4
- [19] MARDEŠIČ, Tonko. *Neplodnost*. 1. vydání. Praha: Makropulos, 1996. 78 s. ISBN 80-86003-01-9
- [20] MAREŠ, Jiří. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno, MSD, spol. s.r.o., 2006, 228 s. ISBN 80-86633-65-9
- [21] MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství. I.díl – Systémový přístup*. 1.vydání. Praha: Karolinum, 2002, 187 s. ISBN 80-246-0429-9
- [22] MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství. II.díl – Systémový přístup*. 1.vydání. Praha: Karolinum, 2002, 160 s. ISBN 80-246-0428-0
- [23] MATĚJŮ, Ivana – WEISS, Petr. Psychoterapie při léčbě neplodnosti. In: *Česká a slovenská psychiatrie*. Roč. 100, č. 2 (2004)
- [24] MATĚJŮ, Ivana, WEISS, Petr, URBÁNEK, Václav. Osobnostní a párové charakteristiky mužů a žen ze sterilních manželství. In: *Česká gynekologie*. Roč. 69, č.1 (2004)
- [25] MATĚJŮ, Ivana, WEISS, Petr, URBÁNEK, Václav. Psychologické příčiny neplodnosti. In: *Československá psychologie*. Roč. 49, č.2 (2005)
- [26] MRÁZEK, Milan. *Léčba neplodnosti*. Profem. Opava: Profem Publishing s.r.o., ISSN 1214-7168. 2004/6
- [27] *Neplodnost – internetový server*, [online] URL: <<http://www.neplodnost.cz/web/verejnost/>>
- [28] RODGERS, A. K. – FALCONE, T. *Treatment strategies for endometriosis*. PMID: 18201147 [PubMed - in process]. URL: <[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18201147?ordinalpos=14&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18201147?ordinalpos=14&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum)>, [cit.2008-03-25]
- [29] ROZTOČIL, Aleš, a kol.. *Vybrané kapitoly z gynekologie a porodnictví. I. část – gynekologie*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1994. 246 s. ISBN 80-7013-167-5
- [30] ROZTOČIL, Aleš, a kol.. *Vybrané kapitoly z gynekologie a porodnictví. II. část – porodnictví*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1994. 301 s. ISBN 80-7013-182-9
- [31] ROZTOČIL, Aleš, a kol.. *Vyšetřovací metody v porodnictví a gynekologii*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. 179 s. ISBN 80-7013-255-8
- [32] ŘEZÁBEK, Karel. *Léčba neplodnosti*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1996. 104 s. ISBN 80-7169-707-9



- [33] STRUSKOVÁ, Olga – NOVOTNÁ, Jarmila. *Metoda Ludmily Mojžíšové. Cesta k přirozenému otěhotnění*. 3. dotisk. Praha: Ivo Železný, nakladatelství a vydavatelství spol. s. r. o., 2003. 163 s. ISBN 80-237-3771-6
- [34] SVOBODA, Luděk. *Neplodnost: podrobné vylíčení příčin a následků neplodnosti u muže a ženy vzhledem k životu rodinnému*. Praha: R. Storch, 1901. 115 s. ISBN 80-86003-01-9
- [35] *The Pain of Infertility*. [online]. Adoption help and guidance from the nation's leading adoption magazine.  
URL: <<http://www.theadoptionguide.com/parents/articles/pain-of-infertility>>, [cit.2008-03-25]
- [36] TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 185 s. ISBN 80-7013-324-4
- [37] ULČOVÁ-GALLOVÁ, Zdenka. *Neplodnost – útok imunity*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 141 s. ISBN 80-247-1493-0

## Seznam použitých zkratek

AH	asistovaný hatching
AID	arteficiální inseminace od dárce
aj.	a jiné
apod., ap.	a podobně
AR	asistovaná reprodukce
atd.	a tak dále
CAR	centrum asistované reprodukce
cca	přibližně
č.	číslo
Dg. (dg.)	diagnóza
Dr.	doktor
ED program	program darovaného oocyty (vajíčka)
ET	embryotransfer
FSH	folikulostimulační hormon
GnRH	gonadotropní uvolňovací hormon
hCG	humánní choriový gonadotropin
hMG	lidský menopauzální gonadotropin
HRQL	kategorie kvality života aplikovaná ve zdravotnictví
ICSI	intracytoplazmatická injekce spermií
IU	mezinárodních jednotek, mezinárodní jednotka
IUI	intrauterinní inseminace
IVF	in vitro fertilizace, oplodnění ve zkumavce
Kč,–	Korun českých
KET	kryoembryotransfer
kol.	kolektiv
LH	luteinizační hormon
LHRH	hormon uvolňující luteinizační hormon
LUF	luteinizovaný neprasklý folikul
MESA	mikrochirurgický odběr spermií z nadvarlete

Mgr.	magistra, magistr
mj.	mimo jiné
ml	mililitr
MUDr.	lékař, doktor medicíny
např.	například
odst.	odstavec
OHSS	ovariální hyperstimulační syndrom
OPU	odběr vajíček
ot.	otázka
PCOS	syndrom polycystických ovárií
PGD	preimplantační genetická diagnostika
PK	prodloužená kultivace
příp.	případně
resp.	respektive
roč.	ročník
s.	strana, stran
Sb.	sbírky
TESE	získání spermií z kanálků varlete
tt	týden těhotenství
tzv.	tak zvaný
UZ	ultrazvuk
vyš.	vyšetření
WHO	světová zdravotnická organizace
ZP	zdravotní pojišťovna, zdravotní pojištění

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Rozdělení respondentů podle pohlaví.....	44
Tabulka 2: Rozdělení respondentů podle věku.....	45
Tabulka 3: Určení příčiny neplodnosti .....	46
Tabulka 4: Diagnóza příčiny neplodnosti.....	47
Tabulka 5: Doba usilování o početí vlastního dítěte .....	48
Tabulka 6: První návštěva u odborného lékaře.....	49
Tabulka 7: Podstoupené metody asistované reprodukce .....	50
Tabulka 8: Počet vlastních dětí.....	51
Tabulka 9: Oznámkování dopadu jednotlivých diagnostických metod.....	52
Tabulka 10: Oznámkování dopadu jednotlivých léčebných metod.....	53
Tabulka 11: Podstoupené doplňkové metody léčby .....	54
Tabulka 12: Pokus hrazený pojišťovnou .....	55
Tabulka 13: Představa respondentů o úhradě léčby pojišťovnami a jejich vlastní doplatky .....	56
Tabulka 14: Nejhorší moment léčby.....	57
Tabulka 15: Vlastní vnímání neplodnosti.....	58
Tabulka 16: Pozorované nežádoucí účinky při léčbě neplodnosti.....	59
Tabulka 17: Pozorované emocionální dopady při léčbě neplodnosti .....	60
Tabulka 18: Poučení o nežádoucích účincích.....	61
Tabulka 19: Nejčastější osobní prožitky při těhotenství a narození dítěte v rodině či u známých.....	62
Tabulka 20: Zlepšení psychického stavu .....	63
Tabulka 21: Kdo o neplodnosti věděl .....	64
Tabulka 22: Reakce okolí na Vaši neplodnost .....	65
Tabulka 23: Největší opora.....	67
Tabulka 24: Nabídnutí psychologické pomoci .....	68
Tabulka 25: Oznámkování jednotlivých zdravotnických pracovníků .....	69
Tabulka 26: Změny v partnerském vztahu .....	70

## Seznam grafů

Graf 1:	Rozdělení respondentů podle pohlaví.....	44
Graf 2:	Rozdělení respondentů podle věku.....	45
Graf 3:	Určení příčiny neplodnosti .....	46
Graf 4:	Diagnóza příčiny neplodnosti.....	47
Graf 5:	Doba usilování o početí vlastního dítěte .....	48
Graf 6:	První návštěva u odborného lékaře.....	49
Graf 7:	Počet vlastních dětí.....	51
Graf 8:	Pokus hrazený pojišťovnou .....	55
Graf 9:	Nejhorší moment léčby.....	57
Graf 10:	Vlastní vnímání neplodnosti.....	58
Graf 11:	Poučení o nežádoucích účincích.....	61
Graf 12:	Kdo o neplodnosti věděl .....	64
Graf 13:	Reakce okolí na Vaši neplodnost .....	66
Graf 14:	Největší opora.....	67
Graf 15:	Nabídnutí psychologické pomoci .....	68
Graf 16:	Oznámkování jednotlivých zdravotnických pracovníků .....	69
Graf 17:	Změny v partnerském vztahu .....	71

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1: Orientační ceny doplatků ze strany pacienta za jednotlivé výkony

Příloha č. 2: Citace zákona č. 227/2006

Příloha č. 3: Právní úprava asistované reprodukce v ČR – další související právní předpisy

Příloha č. 4: Indikace léčby metodou IVF a doporučený minimální standard pro správnou praxi a vykazování výsledků

Příloha č. 5: Originální znění elektronického dotazníku

Příloha č. 6: Průvodní text k dotazníku

## Přílohy

### Příloha č. 1: Orientační ceny doplatků ze strany pacienta za jednotlivé výkony:

Tyto doplatky se však mohou v poměrně širokém rozmezí lišit podle jednotlivých center asistované reprodukce:<sup>62</sup>

Cyklus IVF pro samoplátce	22 500 Kč
Nekompletní cyklus IVF	
přerušný před punkcí vaječnicků	990 Kč
přerušný po punkci vaječnicku bez získaných vajíček	7 950 Kč
přerušný kvůli neoplození vajíček	11 600 Kč
Léky potřebné ke stimulaci	
Rekombinantní gonadotropiny 900 IU, doplatek pro pojištěnkyně	2 000 Kč
Rekombinantní gonadotropiny 900 IU pro samoplátkyně	9 000 Kč
Močové čištěné hMG 750 IU pro pojištěnkyně	700 Kč
Močové čištěné hMG 750 IU pro samoplátkyně	6 200 Kč
Výkony nehrazené ze zdravotního pojištění	
Asistovaný hatching na 2 embrya	3 000 – 6 000 Kč
ICSI na 2 vajíčka	4 000 – 10 000 Kč
Prodloužená kultivace nad 48 hod.	2 000 – 7 000 Kč
Zamražení nadbytečných embryí + skladování 1 rok	1 500 – 5 000 Kč
Zamražení spermií + skladování 1 rok	1 000 – 3 000 Kč
Rozmražení embryí a jejich transfer (KET)	2 500 – 6 000 Kč
MESA, TESE	9 000 – 15 000 Kč
Dárcovství gamet	
Dávka spermií dárce	500 – 2 000 Kč
Darované vajíčko	5 000 – 15 000 Kč
Cyklus stimulace a odběru dárkyně pro samoplátkyně	30 000 – 50 000 Kč
PGD	
Preimplantační genetická diagnostika	10 000 – 27 500 Kč

<sup>62</sup> [http://www.neplodnost.cz/web/verejnost/uhrada/nehrazene\\_vykony/](http://www.neplodnost.cz/web/verejnost/uhrada/nehrazene_vykony/) dne 13.3.2008

## **Příloha č. 2: Citace zákona č. 227/2006**

Zákonem č.227/2006 Sb. o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech a o změně některých souvisejících zákonů byla s účinností od 1.6.2006 mimo jiné provedena novelizace zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu.

Tato novela zákona č. 20/1966 Sb. přináší potřebnou a zdravotnickými zařízeními i pacienti dlouho očekávanou právní úpravu asistované reprodukce.

Asistovanou reprodukci mohou provádět zdravotnická zařízení na základě souhlasu uděleného Ministerstvem zdravotnictví.

Zákon definuje asistovanou reprodukci jako postupy a metody, při kterých dochází k manipulaci se zárodečnými buňkami nebo s embryi, včetně jejich uchovávání, a to za účelem léčby neplodnosti ženy nebo muže.

Těmito postupy a metodami jsou:

- a) odběr zárodečných buněk
- b) umělé oplodnění ženy, a to:
  1. oplození vajíčka spermií mimo tělo ženy
  2. přenos embrya do pohlavních orgánů ženy, nebo
  3. zavedení zárodečných buněk do pohlavních orgánů ženy.

Asistovanou reprodukci podle písm. b) lze provést na základě písemné žádosti ženy a muže, kteří hodlají léčbu podstoupit (neplodný pár), jestliže je ze zdravotních důvodů málo pravděpodobné nebo zcela vyloučené, aby žena otěhotněla přirozeným způsobem, nebo jestliže existuje prokazatelné riziko přenosu geneticky podmíněných nemocí nebo vad. Tato žádost musí obsahovat souhlas muže s provedením umělého oplodnění ženy, který musí být opakovaně vysloven před každým umělým oplodněním ženy. Žádost nesmí být starší než 24 měsíců a je součástí zdravotnické dokumentace ženy.

Za neplodný pár nelze pro účely léčby považovat muže a ženu mezi nimiž je příbuzenský vztah vylučující podle zákona o rodině uzavření manželství. Neplodný pár tedy nemohou tvořit předci a potomci nebo sourozenci. Totéž platí o příbuzenství založeném osvojením, pokud osvojení trvá.

Asistovanou reprodukci je možné provést u ženy v plodném věku, jestliže provedení asistované reprodukce nebrání její zdravotní stav. Za posouzení zdravotní způsobilosti příjemkyně odpovídá lékař, který tuto asistovanou reprodukci provádí.



Lékař provádějící odběr zárodečných buněk a lékař provádějící umělé oplodnění je povinen před provedením těchto výkonů osoby, jimž mají být tyto výkony provedeny, poučit o povaze těchto výkonů, možných zdravotních rizicích a o všech okolnostech souvisejících s asistovanou reprodukcí.

Pro účely asistované reprodukce lze podle zákona použít zárodečné buňky poskytnuté dárce, který netvoří neplodný pár. Darovat vajíčka pro účely asistované reprodukce může žena ve věku od 18 do 35 let. Darovat spermie může muž ve věku od 18 do 40 let. K oplození vajíčka nesmí být použity spermie, o nichž je známo, že pocházejí od muže, který je příbuzným v řadě přímé nebo sourozencem, strýcem, bratrancem nebo dítětem bratrance nebo dítětem sestřenice ženy, jejíž vajíčko se k metodě asistované reprodukce použije, anebo příjemkyně. Dárce nesmí být osoba zbavená způsobilosti k právním úkonům nebo osoba s omezenou způsobilostí k právním úkonům.

Dárce také musí zároveň s vyslovením souhlasu s provedením výkonu asistované reprodukce vyslovit souhlas s použitím zárodečných buněk pro umělé oplodnění a se získáním embryonálních kmenových buněk z nadbytečného embrya, které vzniklo z jeho zárodečné buňky, k výzkumu podle zvláštního právního předpisu upravujícího výzkum na lidských embryonálních buňkách ( zák.č. 227/2006 Sb.).

Zdravotnické zařízení, ve kterém se asistovaná reprodukce provádí je povinno zajistit zachování anonymity dárce a neplodného páru a anonymity dárce a dítěte narozeného z asistované reprodukce. Stejnou anonymitu je povinen zachovat i každý zdravotnický pracovník, který se o této skutečnosti dozvěděl.

Nová právní úprava dále stanoví, že při asistované reprodukci smí být u jedné příjemkyně oplozeno jen tolik vajíček a přeneseno do pohlavních orgánů ženy jen tolik embryí, kolik je podle současného stavu lékařské vědy zapotřebí k pravděpodobně úspěšnému navození těhotenství. Zárodečné buňky a embrya vytvořená pro účely asistované reprodukce mohou být použita pouze pro umělé oplodnění. Pokud při umělém oplodnění příjemkyně nejsou použita všechna embrya vytvořená ve prospěch neplodného páru, lze je uchovat a použít pouze pro další léčbu tohoto páru s výjimkou, kdy neplodný pár prohlásí, že embrya nehodlá použít pro další umělé oplodnění a vysloví souhlas, aby nadbytečná embrya byla použita k umělému oplodnění jiné ženy nebo výzkumné účely podle zvláštního právního předpisu.

Novela zákona dále výslovně zakazuje použití postupů asistované reprodukce pro účely volby pohlaví budoucího dítěte s výjimkou případů, kdy použitím postupů asistované

reprodukce lze předejít vážným geneticky podmíněným nemocem mendlovského typu s vazbou na pohlaví dítěte, které jsou neslučitelné s postnatálním vývojem dítěte, výrazně zkracují život, způsobují časnou invaliditu nebo jiné vážné zdravotní postižení nebo podle současných znalostí nejsou vyléčitelné.

Novela zákona dále zřizuje Národní registr asistované reprodukce, ve kterém mají být zpracovávány údaje potřebné pro identifikaci ženy, které bylo provedeno umělé oplodnění, osobní anamnéza ženy, které bylo provedeno umělé oplodnění, údaje související s jejím zdravotním stavem a diagnostické údaje související s provedením umělého oplodnění, údaje o zdravotním stavu muže, u kterého byl proveden odběr zárodečných buněk za účelem umělého oplodnění a údaje potřebné pro identifikaci zdravotnického zařízení, které provedlo asistovanou reprodukci. Po uplynutí 20 let od roku předání osobních údajů do registru budou tyto údaje anonymizovány.

Novela zákona obsahuje též zmocňovací ustanovení pro Ministerstvo zdravotnictví, aby vyhláškou podrobně upravilo některé potřebné otázky např. seznam nemocí, vad a stavů vylučujících zdravotní způsobilost dárce, důvody genetických vyšetření embrya, personální, věcné a technické požadavky na zdravotnická zařízení provádějících postupy a metody asistované reprodukce atd. Tato vyhláška zatím nebyla vydána.

Zákon dále obsahuje důležitou novelu zákona č. 94/1963 Sb. o rodině, která stanoví, že nesvědčí-li domněnka otcovství manželů matky ani nebylo otcovství k dítěti určeno souhlasným prohlášením rodičů, považuje se za otce dítěte počatého umělým oplodněním muž, který dal k umělému oplodnění ženy souhlas, to však neplatí, pokud by se prokázalo, že žena otěhotněla jinak.

Nová právní úprava výslovně umožňuje, aby asistovaná reprodukce byla poskytována i nesezdaným párům. Naopak nadále není možné při léčbě použít institut tzv. náhradní matky, která by pro genetickou matku dítě odnosiла, ani není možné adresně darovat zárodečné buňky či embrya, neboť zákon trvá na přísné anonymitě dárce a příjemců i dárce a dítěte narozeného z asistované reprodukce.

Nová právní úprava tak přináší komplexní úpravu asistované reprodukce, která nahradila nedostatečnou, neúplnou a roztržitou právní úpravu tohoto dynamicky se rozvíjejícího oboru zdravotní péče.<sup>63</sup>

---

<sup>63</sup> Neplodnost – internetový server, [online] URL: <http://www.neplodnost.cz/web/verejnost/uhrada/legislativa/> [cit.2008-03-12]

### **Příloha č. 3: Právní úprava asistované reprodukce v ČR – další související právní předpisy:**

- Zákon č.227/2006 Sb., o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech a o změně některých souvisejících zákonů
- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
- Úmluva o právech dítěte (Sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí č. 104/1991 Sb.)
- Úmluva o lidských právech a biomedicíně (č. 96/2001 Sb. m. s.) + dodatkový protokol (č. 97/2001 Sb. m. s.)
- Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině
- Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník
- Listina základních práv a svobod (č. 2/1993 Sb.)
- Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů
- Zákon č. 301/2000 Sb., o matrikách, jménu a příjmení
- Etický kodex České lékařské komory<sup>64</sup>

---

<sup>64</sup> Neplodnost – internetový server, [online] URL:  
<http://www.neplodnost.cz/web/verejnost/uhrada/legislativa/> [cit.2008-03-12]

## **Příloha č. 4: Indikace léčby metodou IVF a doporučený minimální standard pro správnou praxi a vykazování výsledků**

### **Indikace léčby metodou IVF:**

Léčba IVF je přesně indikována u absolutního tubárního faktoru neplodnosti, ovariální sterility refrakterní na medikamentózní terapii, relativního tubárního faktoru refrakterního na jinou terapii, pánevní endometriózy, imunologického faktoru neplodnosti refrakterního na medikamentózní terapii, stavů vyžadujících darování oocyty, syndromu LUF (luteinizovaného neprasklého folikulu), u jinak neřešitelného mužského faktoru neplodnosti a u stavů klasifikovaných jako idiopatická sterilita po vyčerpání obvyklých diagnostických postupů.

### **Doporučený minimální standard pro správnou praxi:**

*Základní charakteristika:* Centrum asistované reprodukce tvoří klinický úsek a laboratoř. Oba úseky úzce spolupracují. Pracoviště poskytuje superkonsiliární péči neplodným párům s následujícími příčinami sterility: absolutní tubární faktor neplodnosti, relativní tubární faktor refrakterní na jinou terapii, pánevní endometrióza, imunologický faktor sterility refrakterní na medikamentózní terapii, stavy vyžadující darování oocyty, ovariální sterilita refrakterní na medikamentózní terapii, jinak neřešitelný mužský faktor neplodnosti a stavy klasifikované jako idiopatická sterilita po vyčerpání obvyklých diagnostických postupů.

*Podmínky pro zdravotnické činnosti:* Monitorované ovariální cykly u ženy se stimulací, aspirací oocytů a s přenosem embryí. Příprava spermií pro inseminaci.

*Dispoziční požadavky:* Stavebně oddělená klinická ambulance, zákrokový chirurgický operační sálek a laboratoře (místnosti pro provádění spermioqramů a přípravu spermií pro inseminaci, místnost pro práci s oocyty a embryi, místnost způsobilá pro práci s tekutým dusíkem. Speciální požadavky jsou kladeny na propojení laboratorní a klinické části.

Klinická část je zajišťována na sálku pro odběrové a transferové procedury, který je vybaven ultrazvukovým přístrojem a vaginální sondou.

Pro možnost řešení komplikací asistované reprodukce je zajištěna smluvní návaznost na lůžkové zařízení s operačním sálem oprávněné k poskytování akutní péče v oboru gynekologie a porodnictví.

Pro dokumentaci, registraci a zpracování dat je vyčleněna samostatná místnost.

### **Doporučený minimální standard pro vykazování výsledků:**

Zdravotnická zařízení, která provádějí zdravotní výkony asistované reprodukce, musí vykazovat výsledky do národního registru asistované reprodukce a musí prokázat minimální počet 200 monitorovaných IVF cyklů za jeden rok a minimální úspěšnost 10 % těhotenství ukončených porodem na cyklus s transferem.

*Komplementární požadavky:* dostupnost anesteziologa, smluvně zajištěná biochemická, hematologická a hormonální laboratoř, nepřetržitá dostupnost UZ vyšetření.

*Personální požadavky:* Odborným zástupcem je gynekolog se specializací II.stupně, který má zkušenosti s gynekologickou endokrinologií, vaginální sonografií a endoskopií. Musí mít nejméně dvouletou praxi v oblasti asistované reprodukce a praktické zkušenosti odpovídající požadavkům European Board and College of Obstetricians and Gynaecologists: 1 000 ošetřených sterilních párů, 100 monitorovaných cyklů s indukcí ovulace, 100 intrauterinních inseminací, 100 výkonů z oblasti chirurgie reprodukce, 300 ultrazvukových vyšetření v souvislosti se sterilitou, 200 samostatně provedených IVF cyklů.

Vedoucí embryolog: vysokoškolské biologické nebo lékařské vzdělání, nejméně dvouletá praxe v oblasti biologie reprodukce, samostatné provedení 200 IVF cyklů.

Laborant/ka: úplné středoškolské vzdělání pro práci zdravotní laborantky, nejméně 6měsíční praxe v manipulaci s biologickým materiálem, praktická laborantská zkušenost se 100 IVF cykly.

*Přístrojové požadavky:*

Laboratoř: kultivační box, laminární box, stereomikroskop, inverzní mikroskop, kryokonzervační zařízení, centrifuga, mikromanipulátor.

Klinická část: ultrazvukový přístroj s vaginální sondou, aspirační zařízení pro odběr oocytů s nastavitelným podtlakem.

*Technické požadavky:* Připojení chirurgického sálu a základních přístrojů v embryologické laboratoři na náhradní zdroj elektrické energie.<sup>65</sup>

---

<sup>65</sup> Neplodnost – internetový server, [online] URL:  
[http://www.neplodnost.cz/web/verejnost/uhrada/uhrada\\_ZP/](http://www.neplodnost.cz/web/verejnost/uhrada/uhrada_ZP/) [cit.2008-03-12]

## Příloha č. 5: Originální znění elektronického dotazníku

### Elektronický dotazník - vyplňte, prosím, pečlivě všechny položky!

[Zpět na úvodní stránku se stručnými pokyny k vyplnění dotazníku](#)

1. \*Pohlaví:  muž  žena
2. \*Věk:  méně než 30 let  30-39 let  40 a více let
3. \*Příčina neplodnosti je:  na straně ženy  na straně muže  u obou partnerů  
 neobjasněna

(pokud znáte, uveďte lékařskou diagnózu: )

4. \*Jak dlouho (kolik let) usilujete (jste usilovali) o vlastní dítě?
5. \*Za jak dlouho (za kolik let) jste se obrátili se svým problémem na lékaře?
6. Kolikrát jste již podstoupili jednotlivé metody asistované reprodukce?

- Inseminace  x
- Nativní cykly  x
- IVF - bez přenosu embryí  x
- IVF - ET  x
- IVF - KET  x
- Jiné:   x  
  x

7. \*Máte již vlastní dítě? Pokud ano, kolik?  NE  1  2  3 a více
8. Z uvedených diagnostických metod ohodnoťte ty, které jste podstoupili, známkou jako ve škole.  
Známkujte podle toho, jaký dopad měly na Váš celkový tělesný i psychický stav:

(1 - nepocítuji žádný dopad 2 - mírné změny stavu 3 - střední dopad 4 - velké negativní změny 5 - velmi výrazné negativní změny stavu)

	1	2	3	4	5	nehodnoceno
Odběr anamnézy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odběry krve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gynekologické vyšetření	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stěry z pochvy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultrazvukové vyšetření	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urologické vyšetření	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vyšetření spermogramu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostika ovulace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Imunologické vyšetření	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Genetické vyšetření	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laparoskopické vyšetření	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hysteroskopie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HSG (hysterosalpingografie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mikroabrazie (získání vzorku endometria)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hormonální testy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potní test	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jiné: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**9. Z uvedených léčebných metod ohodnoťte ty, které jste podstoupili, známkou jako ve škole.**

**Známkuje podle toho, jaký dopad měly na Váš celkový tělesný i psychický stav:**

**(1 - nepocítuji žádný dopad 2 - mírné změny stavu 3 - střední dopad 4 - velké negativní změny 5 - velmi výrazné negativní změny stavu)**

	1	2	3	4	5	nehodnoceno
Hormonální léčba	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Imunologická léčba	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stimulace ovulace k přirozené snaze o početí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nativní cykly - na inseminace, IVF atd.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laparoskopie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Protizánětlivá léčba	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chirurgická léčba (endometriososa, cysty, myomy, rozrušení srůstů...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychoterapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Metody asistované reprodukce:</b>						
Inseminace	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IVF - ET	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IVF - KET	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IVF - ICSI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IVF - PK (prodloužená kultivace)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IVF - AH (asistovaný hatching)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IVF - preimplantační diagnostika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IVF - odběr oocytů (vajíček)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IVF - použití darovaných oocytů (vajíček)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IVF - použití darovaných spermií	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IVF - MESA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

IVF - TESE

Jiné:

**10. Podstoupili jste v rámci léčby neplodnosti některé alternativní metody léčby?**

- byliny, čaje
- akupunktura, akupresura
- hypnóza
- cvičení, rehabilitace
- metoda L. Mojžíšové
- homeopatika
- diety
- psychoterapie
- lázně
- vitamíny a potravinové doplňky

Jiné:

11. **\*Zbývá Vám ještě pokus hrazený pojišťovnou?**  ANO  NE, máme již vyčerpány všechny hrazené cykly  NE, z důvodu vyššího věku než pojišťovnou uznaných 39 let

NE, jiný důvod:

12. **Máte představu, jakou částku hradí zdravotní pojišťovny na jeden cyklus asistované reprodukce (léky, výkony apod.) a jakou částkou se podílíte vy osobně (doplatky za léky, nadstandardní výkony apod.)?**

Úhrada pojišťovnou (na jeden cyklus)

 Kč

Doplatek pacienta (na jeden cyklus)

 Kč

Kolik jste přibližně zaplatili za léčbu neplodnosti **celkem** (za všechny cykly a výkony, včetně léků)

 Kč

13. **Který z momentů celé léčby neplodnosti byl pro Vás osobně nejhůřší?**

- sdělení diagnózy
- užívání / aplikace léků
- stimulace na metody asistované reprodukce
- diagnostické výkony
- léčebné výkony



- čekání na výsledky
  - první neúspěšný pokus
  - opakovaný neúspěch
  - rozhodnutí o adopci dítěte
  - rozhodnutí o použití darovaných vajíček či spermií
  - rozhodnutí o ukončení pokusů o otěhotnění a smíření se s bezdětností
- jiný:

**14. Naši neplodnost jsem pociťoval/a jako problém?**

- zdravotní
- psychický
- sociální
- finanční

Jiný:

**15. Které nežádoucí účinky jste při léčbě neplodnosti (všechny diagnostické i léčebné výkony) zaznamenal/a?**

- bolest
- zvýšení chuti k jídlu
- snížení chuti k jídlu
- zvýšení hmotnosti
- snížení hmotnosti
- průjem
- zácpa
- motání hlavy
- zvýšení chuti na sex
- snížení chuti na sex
- nevolnosti
- bolesti hlavy
- zvracení

Jiné:

16. Které nežádoucí emocionální dopady jste při léčbě neplodnosti (všechny diagnostické i léčebné výkony) zaznamenal/a?

- strach
- úzkost
- únava
- výkyvy nálad
- nesnášenlivost
- podrážděnost
- závistivost
- obviňování
- zloba
- bezmocnost

Jiné:

17. Kým jste byli poučeni o výše uvedených vedlejších nežádoucích účincích léčby?

- lékařem v CAR
- sestrou / porodní asistentkou v CAR
- obvodním gynekologem
- sestrou / porodní asistentkou u obvodního gynekologa
- nezávislou porodní asistentkou, dulou atd.
- nikým

Jinou osobou:

18. Jaké byly Vaše osobní prožitky při těhotenství a narození dítěte u někoho z rodiny či známých?

- závist
- zloba
- vlastní bezmocnost
- chuť nestýkat se s nimi, ale zůstali jsme v kontaktu
- ukončení kontaktů s nimi
- stavy beznaděje
- deprese

- psychická labilita
- radost
- přál/a jsem jim to
- zvýšení vlastní naděje na dítě
- možnost odreagování se s jiným dítětem

Jiné:

**19. Kdy jste pocítil/a zlepšení svého psychického stavu?**

- po získání podrobných informací od personálu CAR
- po získání podrobných informací u obvodního gynekologa
- když jsem poznal/a osobně jiný neplodný pár
- po absolvování lázeňské léčby
- po zdařeném pokusu a narození dítěte
- při těhotenství či narození dítěte ve Vašem okolí
- při možnosti diskuse s jinými neplodnými páry (např. internetová diskuse apod.)
- po kontaktu psychologa
- po adopci dítěte
- nikdy

jindy:

**20. Komu jste se svým problémem svěřil/a?**

- rodičům
- ostatním příbuzným
- přátelům
- v zaměstnání
- nikomu

Jiné osobě:

**21. Setkal/a jste se s některou z těchto reakcí?**

- pochopení
- podpora

- pomoc
- rada

Jiné pozitivní reakce:

- nepochopení
- naschvály
- pomluvy
- škodolibost

Jiné negativní reakce:

22. \*Která osoba Vám je (byla) při léčbě neplodnosti největší oporou? Pokud na první místo uvedete partnera, napište i další osoby, pokud takové existují!

1.
2.
3.

23. \*Byla Vám nabídnuta možnost navštívit psychologickou poradnu?

- ANO a psychologická pomoc mi pomohla
- ANO, ale psychologická pomoc mi nepomohla
- ANO, ale poradnu jsem nenavštívil/a
- NE, návštěva poradny mi nebyla nabídnuta
- NE, ale poradnu jsem vyhledal/a sám/sama

(pokud byla tato možnost nabídnuta, kým? )

24. U jednotlivých zdravotnických pracovníků ohodnoťte známkou jako ve škole, jak jste počítávali jejich zájem o Vás.

Měli na Vás dost času, mohli jste se ptát, svěřit, podpořili Vás, nabídli i psychickou podporu, "byli zde v tuto chvíli jen pro Vás"…?

(1 - výborný zájem 2 - dobrý zájem 3 - dostatečný zájem 4 - nedostatečný zájem 5 - absolutní nezájem)

	1	2	3	4	5	nehodnoceno
Lékaři v CAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sestry / porodní asistentky v CAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obvodní gynekolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sestra / porodní asistentka u obvodního gynekologa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nezávislá porodní asistentka, dula

Psycholog

Jiný zdravotník

Jiné:

**25. Pocítil/a jste při léčbě neplodnosti nějaké změny v partnerském vztahu?**

pozitivní vliv

negativní vliv

nepocítuji žádné změny

neshody s partnerem

problémy při pohlavním styku s partnerem

rozchod

obviňování sebe

obviňování partnera

posílení partnerského vztahu

větší důvěrnost a blízkost

odcizení

Jiné:

**26. Pokud se chcete vyjádřit k problematice vlastními slovy, napište nám, prosím, zde:**

Odeslat vyplněný dotazník

Vymazat dotazník

## **Příloha č. 6: Průvodní text k dotazníku**

Vážená paní, vážený pane,

Jmenuji se Hana Tomášková a studuji 4. ročník oboru Ošetrovatelství na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Jako téma své závěrečné bakalářské práce jsem si zvolila: „Dopad neplodnosti na kvalitu života párů“.

Dovoluji si Vás proto požádat o vyplnění dotazníku, který je součástí této práce. Dotazníky jsou zcela anonymní a výsledků bude použito pouze pro mou bakalářskou práci a ke zkvalitnění péče o neplodné páry. Po provedení statistického zpracování budou vyplněné dotazníky zničeny.

Vzhledem k zaměření práce na páry, prosím – pokud je to možné – o vyplnění oba partnery.

Předem Vám velice děkuji za Vaši ochotu a spolupráci a přeji mnoho štěstí v životě.

Hana Tomášková

Pokyny pro vyplňování:

Dotazník obsahuje 26 otázek. Správné odpovědi zatrhněte.

U některých otázek budete vypisovat známku podle návodu popsaného u otázky.

V případě dotazů mne můžete kontaktovat e-mailem.