Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Lucie Vinterová, DiS

Psychické prožívání neplodnosti a asistované reprodukce z pohledu neplodného jedince

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Blanka Tollarová, Ph.D.

Praha 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 12. května 2015 Lucie Vinterová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Blance Tollarové, Ph.D., za její odborné vedení a cenné rady.

OBSAH

ABSTRAKT 9

ÚVOD 10

TEORETICKÁ ĆÁST 11

1 NEPLODNOST 11

1.1 Definice neplodnosti 11

1.2 Rizikové faktory neplodnosti u žen 12

1.2.1 Věk 12

1.2.2 Negativní faktory životního stylu 13

1.2.3 Pohlavně přenosné nemoci 13

1.2.4 Psychosociální faktory 13

1.3 Příčiny ženské neplodnosti 14

1.3.1 Hormonální poruchy a poruchy funkce vaječníků 14

1.3.2 Endometrióza 15

1.3.3 Děložní příčina 15

Nevysvětlitelná sterilita 15

1.4 Příčiny mužské neplodnosti 16

1.4.1 Poruchy pohlavní aktivity 16

1.4.2 Poruchy imunity 17

1.4.3 Mechanické příčiny neplodnosti muže 17

1.5 Lékařské vyšetření při neplodnosti ženy a muže 18

1.5.1 Lékařské vyšetření ženy 18

1.5.2 Lékařské vyšetření muže 19

2 ASISTOVANÁ REPRODUKCE 20

2.1 Metody asistované reprodukce 20
2.1.1. Intauterinní inseminace (IUI) 20
2.1.2 In vitro fertilizace – IVF 21
2.1.3. IntraCytoplasmatic Sperm Injection (ICSI) 23
2.1.4. Další metody asistované reprodukce 23
2.2. Dárcovství 24
2.2.1. Dárcovství spermií 24
2.2.2. Dárcovství vajíček 25
3 ETICKÉ PROBLÉMY ASISTOVANÉ REPRODUKCE 26
3.1 Status embrya 26
3.2 Sex-selekce 27
3.3 Právo na genetickou a právní identitu 27
3.4 Náhradní matky 27
4 PSYCHICKÉ DOPADY NEPLODNOSTI 28
4.1 Reakce na neplodnost 28
4.2 Psychické prožívání neplodnosti u žen 30
4.3 Psychické prožívání neplodnosti u mužů 31
4.4 Prožívání neúspěchu AR 32
4.5 Prožívání úspěchu léčby 32
4.6 Copingové strategie v procesu Asistované reprodukce 32
4.7 Ukončení léčby 32
5 KOMUNIKACE - VZTAH LÉKAŘ - PACIENT 33
5.1 Role lékaře 33
5.2 Role pacienta 34
5.3 Vztah lékař pacient 34
5.3.1 Koluze 35

5.3.2 Přenos a protipřenos 35
5.4 Komunikace a spolupráce 36
5.4.1 Komunikace 36
5.4.2 Spolupráce 38
EMPIRICKÁ ČÁST 40
6 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍL 40
7 FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK 41
8 METODOLOGICKÝ RÁMEC 41
9 METODA SBĚRU DAT 41
10 VÝZKUMNÝ SOUBOR 43
11 VÝBĚR VÝZKUMNÉHO SOUBORU 44
11.1 Charakteristika jednotlivých respondentek 45
12 PŘEDVÝZKUM 46
13 SBĚR DAT 46
14 INTERPRETACE A ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT 47
14.1. Analýza interview 47
15 VÝSLEDKY ANALÝZY 50
15.1 Analýza případové studie Aleny 51
15.1.1. Alena – Vynořená témata pro oblast Prožívání 51
15.1.2. Alena – Vynořená témata pro oblast Komunikace Lékař Pacient 53
15.1.3. Alena – Vynořená témata pro oblast Strategie zvládání AR 55
15.1.4. Alena – Shrnující příběh 57
15.2 Analýza případové studie Michaela 60
15.2.1. Michaela - Vynořená témata pro oblast Prožívání 60
15.2.2. Michaela – Vynořená témata pro oblast Komunikace vztah Lékař Pacient 61
15.2.3. Michaela - Vynořená témata pro oblast Strategie zvládání AR 62

15.3.4. Michaela – Shrnující příběh 63
15.4 Analýza případové studie Mariana 65
15.4.1. Mariana - Vynořená témata pro oblast Prožívání 65
15.4.2. Mariana – Vynořená témata pro oblast Komunikace vztah Lékař Pacient 68
15.4.3. Mariana - Vynořená témata pro oblast Strategie zvládání AR 69
15.4.4. Mariana – Shrnující příběh 70
15.5 Analýza případové studie Renata 73
15.5.1. Renata - Vynořená témata pro oblast Prožívání 73
15.5.2. Renata – Vynořená témata pro oblast Komunikace vztah Lékař Pacient 75
15.5.3. Renata - Vynořená témata pro oblast Strategie zvládání AR 77
15.5.4. Renata – Shrnující příběh 78
15. 5 Shrnující tabulky 81
15.5.1 Souhrnná tabulka významných témat napříč případy Prožívání AR 81
15.5.2 Souhrnná tabulka významných témat napříč případy Komunikace Lékař Pacient 82
15.5.3 Souhrnná tabulka významných témat napříč případy Strategie zvládání situace AR 83
16 Diskuse výsledků 84
17 ZÁVĚR 89
18 LITERATURA 90
19 PŘÍLOHY 93

ABSTRAKT

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak žena prožívá neplodnost, jak prožívali proces asistované reprodukce, komunikaci s personálem centra asistované reprodukce a vztah se svým okolím, rodinou a přáteli.

Diplomová práce odpovídá na tři výzkumné otázky: *Jak jedinci prožívají asistovanou reprodukci? Jaké používají jedinci copingové strategie k zvládání stresu spojeného s asistovanou reprodukcí? Jak jedinci prožívají přístup zaměstnanců center asistované reprodukce a komunikace s nimi?*

Vzhledem k zvolenému tématu prožívání neplodnosti, jsem zvolila typ kvalitativního výzkumu na případové studii. Jako základní strategii pro výběr výzkumného souboru jsem zvolila prostý účelový (záměrný) výběr prostřednictvím center asistované reprodukce. Pro analýzu a interpretaci dat jsem zvolila metodu zakotvené teorie. Ke sběru dat jsem si vybrala metodu polostrukturovaného interview.

Výsledky kvalitativního výzkumu přinesly poznání v porozumění prožívání neplodnosti. Nabyté poznatky přispějí k většímu empatickému pochopení pacientů a jejich partnerů v jejich nelehkém období života ze strany zdravotníků a lékařů, kteří pracují v centrech asistované reprodukce. Výstupem jsou doporučení pro lékaře a personál v komunikaci s pacienty.

Klíčová slova: asistovaná reprodukce, neplodnost, prožívání, komunikace

ABSTRAKT

The aim of this dissertation was to find out how does a woman experience infertility and how do women experience the process of assisted reproduction, comunication with the personel in the centres of reproductive medicine, relationships with their surroundings, family and friends.

This dissertation answers three main questions: How does a person experiences asisted reproduction? What kind of copying strategies they use to overcome the stress connected with assisted reproduction? How does an individual experience approach and communication skills of the personel of a centres of reproductive medicine.

According to chosen topic of experiencing infertility I have chosen a qualitative research method in the form of case study. Basic strategy for sample selection was purposive (judgemental) sampling through centre of reproductive medicine. I have chosen grounded theory method for the data analysis. Standardized interview was made with every participant.

Findings of this qualitative research brings the understanding to person experiencing infertility. Those findings will contribute to more empathy understanding to patiens and their partners during hard time in their life from health care profesionals working in centrs of reproductive medicine. The facts that emerged from this research forms a recommendation on communication with patient for health care professionals.

Key words: asisted reproduction, infertility, experience, communication

ÚVOD

Neplodnost a sterilita je společenský fenomén, který má v dnešní době stále více narůstající tendenci a týká se čím dál tím více širší populace. Samotné zjištění, že nejsme schopni přirozeného početí a reprodukce, ovlivní celý náš další život. Změní se prožívání, vnímání sám sebe a partnera, rodiny i okolí.

Diplomová práce se zaměřuje na téma neplodnost a proces asistované reprodukce. Za cíl jsem si dala pochopit, jak jedinec prožívá neplodnost a asistovanou reprodukci, jak vnímá svého partnera, rodinu a okolí.

Přínos výzkumu spatřuji v porozumění prožívání neplodnosti, a využití poznatků z analýzy k empatickému pochopení pacientů, zdravotníků a lékařů, které pracují v centrech asistované reprodukce, k zefektivnění pomoci těmto pacientům a jejich partnerům v jejich nelehkém období života. Výstupem by se mělo stát doporučení pro lékaře a personál v komunikaci s pacienty.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část obsahuje témata jako neplodnost, definice neplodnosti, rizikové faktory neplodnosti u žen, příčiny neplodnosti, stručně zde jsou popsány lékařská vyšetření. Dále se v teoretické části věnuji asistované reprodukci a popisuji zde metody léčby neplodnosti, zmiňuji i etické problémy, které asistovaná reprodukce přináší. V závěru teoretické části se zabývám psychickými dopady neplodnosti, emocionálními reakcemi na neplodnost, psychickým prožívání neplodnosti z pohledu ženy i muže.

Empirická část obsahuje výzkumný problém, který jsem zaměřila na pochopení prožívání jedince v procesu asistované reprodukce a prožívání komunikace s personálem centra asistované reprodukce. V diplomové práci jsem se zaměřila na prožívání ženy. Pro realizaci výzkumného záměru jsem zvolila typ kvalitativního výzkumu na případové studii, která je nejvhodnější pro hlubší pochopení prožívání jedince. V diskusi jsem shrnula výsledky výzkumu a diplomovou práci jsem ukončila závěrem.

TEORETICKÁ ĆÁST

1 NEPLODNOST

„*Smířit se se svou neplodností a přijmout ji, je pro většinu párů jedním z největších problémů. Většina z nás dospěje a automaticky předpokládá, že může mít děti. Věříme, že schopnost přivádět děti na svět, vychovávat je, je naším základním právem a jsme často zklamaní a zranění, když je nám toto právo odepřeno naší neschopností počít*“ (Doherty&Clark,2006:13). Odhaduje se, že každý pátý pár v reprodukčním věku má potíže s otěhotněním.

1.1 Definice neplodnosti

Neplodnost a sterilita je společenský fenomén, který má v dnešní době stále více narůstající tendenci a týká se čím dál tím více větší části naší populace. Obecně lze definovat neplodnost jako sníženou nebo chybějící schopnost zplodit potomka. Podle definice světové zdravotnické organizace (WHO) je neplodnost chápána jako stav, kdy žena i přes pravidelný nechráněný styk s frekvencí 2x týdně do jednoho roku neotěhotní. V současné době postihuje neplodnost 15-20% populace. Neplodnost je ale označována též jako nemoc 21. Století, osobní životní krize či stresující životní zkušenost, biologická nedostatečnost, psychosomatický problém, nebo pomsta přírody (Doherty&Clark 2006).

Podle Dohertyové a Clarkové (2006) neplodnost rozdělujeme na primární a sekundární. „*Primární neplodnost zahrnuje páry, kterým se nikdy nepodařilo otěhotnět“*. Párům, kterým se nedaří počít po jednom roce nechráněného pohlavního styku, se doporučuje vyhledat lékařskou pomoc. Ženy nad 35 let s nepravidelnou menstruací by měli taktéž vyhledat odbornou pomoc dříve, hlavně pokud se u nich projeví i jiné rizikové faktory neplodnosti.

„Sekundární neplodnost je definována jako neschopnost počít po předchozím otěhotnění (ať už zakončeném porodem, interrupcí nebo potratem.) Některé páry trpí primární a posléze i sekundární neplodností“ (Doherty&Clark 2006:14).

Nevysvětlitelná neplodnost je stanovena ve chvíli, kdy se vyloučí všechny ostatní příčiny neplodnosti. Lékař neplodnému páru ve většině případů poradí podstoupení umělého

oplodnění metodou IVF (In vitro fertilizace). Naději na otěhotnění má statisticky vzato 40% – 60% neplodných párů s touto diagnózou.

1.2 Rizikové faktory neplodnosti u žen

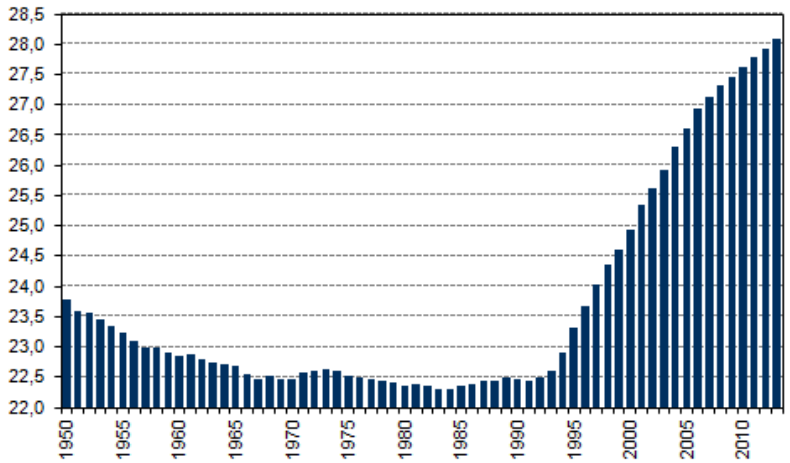
V této části kapitoly budeme probírat převážně faktory, které ovlivňují plodnost. Mezi tyto faktory řadíme např. věk, výživu, pohlavní aktivitu, negativní vlivy prostředí atd.

1.2.1 Věk

Věk ženy patří mezi nejdůležitější faktor ovlivňující ženskou plodnost. Linhart (2005) uvádí jako nejideálnější věk ženy pro otěhotnění mezi 20. – 30. rokem, ideálně však kolem 25. roku. Fertilní potenciál ženy začíná po 30. roce života klesat, po 35. roce již tato tendence vykazuje prudký pád.

V dnešní době začíná čím dál tím více žen odkládat své těhotenství do pozdějšího věku z důvodu své profesní kariéry, studiu, cestování atd. Tato tendence je patrná z grafu č. 1, kdy se průměrný věk ženy při narození prvního dítěte posunul přes hranici 28 let. S věkem ženy může přibývat komplikací, které plodnost ženy ohrožují, např. pokles menstruačních cyklů, děložní abnormality, klesá sexuální aktivita (Linhart, 2005). U ženy ve vyšším věku, která otěhotní přirozenou cestou, mohou nastat daleko častěji komplikace, jako jsou preeklampsie, zánět žil, krevní sraženiny, gestační diabetes mellitus, je zde vyšší riziko potratu v důsledku chromozomálních poruch embrya (Šilhová, Stejskalová,2006).

Graf č.1: Průměrný věk žen při narození 1. dítěte v letech 1950 - 2013



Zdroj: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/prumerny_vek_zen_pri_narozeni_1_ditete_v_letech_1950_2013

1.2.2 Negativní faktory životního stylu

Negativní faktory životního stylu jako je např. kouření, mohou zvýšit rizika mimoděložního otěhotnění, dále mohou snížit plodnost, znesnadnit uhnízdění již oplodněného vajíčka. Ženám kuřačkám trvá otěhotnění až pětkrát déle než ženám, které nekouří.

Negativní vliv na plodnost byl prokázán i u alkoholu, kdy se vědci domnívají, že „*alkohol by mohl zasahovat přímo do procesu ovulace a transportu vajíčka"(Williams, 2008:162).* Ženskou plodnost může ovlivnit i vysoký příjem kofeinu, proto se ženám v období snažení se doporučuje omezení kofeinu. Reprodukční funkce si může žena poškodit i extrémní fyzickou zátěží. Pokud u toho dojde k výrazné redukci tělesné tuku, může žena přestat ovulovat. Tvorba hormonu estrogenu se může snížit vlivem nedostatku tělesného tuku. U ženy může nastat anovulace, opožděná či velmi slabá menstruace.

Mezi zevní škodlivé vlivy, které působí na ženskou plodnost, patří také olovo, radioaktivní záření, pesticidy atd.

1.2.3 Pohlavně přenosné nemoci

Prvotní příčinou neplodnosti jsou pohlavně přenosné choroby. Mezi nejčastější patří kapavka, chlamydiové infenkce atd. Pohlavní nemoci pokud nejsou léčeny se často mohou rozvinout u žen v pánevní zánětlivou nemoc (PID pelvic inflammatory diasease). PID vede ke vzniku srůstů v pánevní oblasti a může poškodit i vejcovody. Vejcovody jsou poté pro vajíčko zcela neprůchodné.

1.2.4 Psychosociální faktory

Většina žen, které chtějí plánovaně otěhotnět, bývají často úzkostlivé. Začínají si pravidelně zapisovat svůj měsíční cyklus, sledují si bazální teplotu, po svém partnerovi vyžadují pohlavní styk v plodných dnech atd. Chování se mění z přirozeného na naprogramované, což způsobuje napětí mezi partnery, konfliktní situace. Tyto situace pak mohou mít za následek vynechání ovulace, menstruace apod. Pomoci zde může cílená psychologická terapie, relaxační techniky, zaměření se na jinou cílenou aktivitu.

1.3 Příčiny ženské neplodnosti

Příčin neplodnosti u žen je několik, některé ovlivnit můžeme, jiné však v důsledku dnešní doby, vrozených nemocí, životního prostředí ovlivnit nelze. Hlavní příčiny ženské neplodnosti může rozdělit na hormonální, imunní a mechanické.

1.3.1 Hormonální poruchy a poruchy funkce vaječníků

Vyvážená hladina pohlavních hormonů je v ženském organismu důležitá pro ovulaci, oplodnění a těhotenství. Ovulace, uvolnění vajíčka, je způsobeno změnami hladin pěti hormonů, jejichž hladiny rostou a klesají v průběhu menstruačního cyklu. (Doherty, 2006).

- FSH (folikulostimulační hormon), který je produkován hypofýzou. Tento hormon stimuluje růst folikulů ve vaječníku.
- LH (luteinizační hormon) taktéž produkován hypofýzou, zodpovídá za uvolnění zralého vajíčka z folikulu.
- GnRH (gonadotrpin releasing hormon) podporuje uvolňování FSH a LH do krevního oběhu. Vytváří se v mozku.
- Estrogen – tento hormon produkují vaječníky a spolu s progesteronem se podílí na přípravě děložní výstelky
- Progesteron – tvoří se až po ovulaci, připravuje děložní výstélku k přijetí embrya a pomáhá udržovat těhotenství

Narušení rovnováhy těchto hormonů může v ženském organismu způsobovat poruchu ovulace nebo její zástavu. Lékař se při vyšetření vždy vyptává na průběh a pravidelnost menstruačního cyklu, vyšetří se krev pacientky, bazální teplota a provede se ultrazvukové vyšetření. Výsledkem je zjištění, zdali u pacientky k ovulaci dochází, či nikoliv.

Až 40% neplodných žen má hormonální poruchu spočívající v nedostatečné činnosti vaječníků, které jsou ve velmi těsném vztahu s ostatními hormonálními, nervovými i imunologickými podněty (Ulčová-Gallová, 2006). Za hormonální nedostatečnost můžeme považovat tvz. syndrom polycystických ovarií, kdy pacientky trpící tímto onemocněním mají obvykle větší hmotnost, bez menstruace, více ochlupené. Jejich vaječníky jsou obklopené mnohačetnými dutinami s vyplněnou tekutinou. Vaječníky jsou centrálně řízeny hypotalamo-hypofyzárním systémem. Jedna z příčin neplodnosti u žen může být, když se nevytvoří žluté tělísko na vaječníku, protože nedošlo k ovulaci. Poruchy ovulace zahrnují oligo-ovulaci, anovulaci, poruchy luteální fáze. Neplodnost pramenící z oblasti vaječníků

může způsobit i radioaktivní záření, některé nádory nebo záněty okolních orgánů (zánět vejcovodů, děložní dutiny atd.) Ulčová-Gallová,2006.

Častou hormonální poruchou při neplodnosti bývá zvýšená hladina prolaktinu (hyperprolaktinémie). Hormon prolaktin se vytváří v hypofýze, vyskytuje se jak u žen tak i u mužů. Hlavní jeho funkcí je příprava prsní žlázy ke kojení.

1.3.2 Endometrióza

Endometrióza je onemocnění, kdy buňky děložní sliznice (endometrium) se nacházejí mimo dělohu. Ložiska endometriózy se může nacházet kdekoliv na těle, na pokožce, ve střevech, v lymfatických uzlinách atd. *„V závažnějších případech mohou tato ložiska vytvářet rozsáhlé cysty, pevné srůsty, které mohou způsobit i poškození vejcovodů“ (Mardešič, 1996).* Novotný (1997) uvádí, že jednou z teorií možných příčin vzniku endometriózy je zpětný odtok krve a buněk endometria během menstruace z děložní sliznice. Žena s endometriózou má zvýšenou hladinu mikrofágů v děložním hlenu, které zabraňují spermiím pronikat k vaječníkům. Může dojít i k mimoděložnímu těhotenství, kdy oplodněná vajíčka se mohou uhnízdit mimo dělohu, ve vejcovodech nebo v jiných tkáních.

1.3.3 Děložní příčina

K opakovaným potratům či ke sterilitě mohou vést různé abnormality dělohy a děložního hrdla. Nejčastější příčinou potratů a sterility jsou vrozené vady dělohy. Jedná se o tvz. výskyt septa v normálně tvarované děloze. Lékaři tuto vadu nejčastěji zjišťují v různých modifikacích. Výsledkem je malformovaná děloha s malou kapacitou dutiny děložní. Plod nemá dostatečný prostor pro rozvoj, nejčastěji ve druhém trimestru těhotenství pak hrozí potrat. Tato vada může být i příčinou sterility, jelikož negativně ovlivňuje implantaci oplodněného vajíčka.

Nevysvětlitelná sterilita

Nevysvětlitelná sterilita není diagnozou, jedná se o symptomy poruchy reprodukčního procesu. Tyto symptomy se dosud lékařům běžnými diagnostickými metodami nepodařilo odhalit. Příčinou tvz. nevysvětlitelné sterility mohou být např. hormonální poruchy (tvz. syndrom defektních ovocytů,), poruchy funkcí spermií, poruchy funkcí vejcovodů atd. Jestliže lékaři nedokáží odhalit příčinu neplodnosti, hovoříme o tvz idiopatické sterilitě.

1.4 Příčiny mužské neplodnosti

V dnešní době počet neplodných mužů neustále roste. Pokles mužské plodnosti postihuje muže mezi 20 až 30lety. Během 70 let, se snížila průměrná koncentrace spermií ze 120 miliónů na mililitr na 40 miliónů/ml. (Ulčová-Gallová, 2006). Na kvalitu ejakulátu mají negativní vliv tyto faktory:

- Vysoké teploty působící na varlata způsobné horkými koupelemi, sauna, sedavé zaměstnání, nošení těsného oblečení. Pro správný vývoj spermií je nutné, aby teplota varlat byla vždy o 2 ºC nižší než je běžná tělesná teplota (Ulčová-Gallová,2006).
- Užívání léků, které mají za následek snížení ejakulace a erekce – antidepresiva, antipsychotika (Doherty, 2006).
- Kouření, alkohol, užívání kokainu, marihuany atd.
- Pohlavně přenosné nemoci jako je AIDS, syfilis, chlamydie atd.
- Nadměrný stres
- Vývojové vady varlat např.: atrofie, porucha sestupu varlat

Mužská neplodnost může mít získané nebo vrozené příčiny. Nejčastějšími příčinami mužské neplodnosti jsou poruchy pohlavní aktivity, poruchy vytváření spermií ve varlatech, varikokéla, hormonální nebo imunologické příčiny neplodnosti, nádory a jejich léčba chemoterapií či radioterapií (Ulčová-Gallová a Lošan, 2013).

1.4.1 Poruchy pohlavní aktivity

Nejčastější příčinou mužské neplodnosti je tvz. impotence muže (impotendia coeundi), kdy muž nedosáhne ztopoření penisu, erekce, muž není schopen pohlavního styku. Když se současně projeví i porucha spermatogeneze, hovoříme o impotentia generandi. Zde je možný pohlavní styk, avšak je přerušení transport spermií.

Impotence může mít několik příčin:

- Neurologické
- Psychické
- Metabolické
- Jako následek užívání léků např. antidepresiva

1.4.2 Poruchy imunity

Jednou z možných příčin mužské neplodnosti jsou imunologické příčiny, které se podílejí na neplodnosti páru v 30-50% (Ulčová-Gallová, 2006). Autoimunitní reakce na vlastní spermie se může objevit při zánětu varlat nebo prostaty, po chirurgických zákrocích, při cukrovce atd. V evropské populaci mužů jsou nejčastějším typem protilátky, které jsou směřované proti hlavičkám, krčkům a bičíkům spermií, díky kterým pak se spermie shlukují, málo se pohybují, nemohou prostoupit přes hrdlo děložní a setkat se s vajíčkem. Dalšími druhy protilátek jsou např.: protilátky znemožňující a zastavující pohlavní buňky muže, protilátky poškozující části hlaviček spermií tvz. protilátky spermicytotoxické (Ulčová-Gallová a Lošan, 2013).

1.4.3 Mechanické příčiny neplodnosti muže

Vasektomii (Sterilizaci) muže, definujeme jako zabránění plodnosti u muže, aniž by byly odstraněny nebo poškozeny pohlavní žlázy. Jedná se o nejbezpečnější antikoncepční metodu, která zabrání transportu spermií při ejakulaci do pochvy. Znovu spojení chámovodů je v budoucnu možné, avšak nelze zaručit úspěšnost plodnosti. Lékaři uvádějí, že pokud dojde k znovu spojení chámovodů do 2 let od zákroku, je zde více jak 50% předpoklad početí dítěte (Novotný, 1997).

1.5 Lékařské vyšetření při neplodnosti ženy a muže

V průběhu léčby neplodnosti přijde pár do kontaktu s multidisciplinárním týmem odborníků z oborů gynekologie, andrologie, endokrinologie, imunologie, sexuologie, genetiky, psychologie atd. Nejčastěji jako první požádá o pomoc žena svého gynekologa.

1.5.1 Lékařské vyšetření ženy

Při diagnostice neplodnosti se u ženy provádí celá řada testů. Zjišťuje se celkový zdravotní stav ženy, dědičné dispozice, prodělané onemocnění, operativní zákroky, užívané léky včetně antikoncepce, životní styl, strava, prostředí ve kterém žena žije (Doherty, Clark 2006). Lékař se dále ženy zeptá, zdali měl někdo z rodiny problémy s otěhotněním, potraty. Optá se na pravidelnost cyklu, informace o pohlavním životě ženy, atd. Při gynekologickém vyšetření je pozornost věnována nejprve na vyšetření zevních a vnitřních rodidel, orgánů malé pánve. Gynekolog provede stěry pro laboratorní vyšetření např. stěr z děložního čípku pro cytologické vyšetření a odběr sekretu děložního hrdla, čímž lze odhalit přítomnost infekce (Mardešič, 1996).

K diagnoze příčin neplodnosti u ženy provádí gynekolog také postkoitální test. Toto vyšetření sleduje počet a přežívání spermií v hlenu děložního hrdla za 6-8 hodin po pohlavním styku. Je velmi důležité, aby bylo prováděno v období těsně před očekávanou ovulací, protože jen tehdy jsou pro spermie v tomto prostředí optimální podmínky (Madešič, 1996).

Ke zjištění ovulace se používá histologie vzorku endometria. Vzorek tkáně se mikroskopickým vyšetřením odebere z děložní sliznice, která citlivěji reaguje na hormonální děje. Tímto vyšetřením lze zjistit, zda došlo k uvolnění vajíčka a vzniku žlutého tělíska (Mardešič, 1996).

Vyšetření vnitřních rodidel se provádí u žen, u kterých jsou prokazatelné běžné ovulační cykly. Je známo několik metod, které se všechny provádějí v celkové anestezii.

Při Hysterosalpingografii se děloha a vejcovody naplní kontrastní látkou a snímkují se rentgenem. (Konečná, 2009)

Hysteroskopie je endoskopická metoda, která umožňuje přímé pozorování děložní dutiny. Děložní dutina se naplní plynem CO_2, lékař do děložní dutiny poté zavede optický přístroj a prohlíží hrdlo, děložní dutinu a ústí vejcovodů. Nejčastěji se tato metoda používá k zobrazení patologických útvarů v děloze. Společně s hysteroskopií se provádí laparoskopie.

Laparoskopie nám umožňuje vizuální kontrolu břišních a pánevních orgánů. Je prováděna jako diagnostický, nebo jako chirurgický výkon, např: při endometrióze, při poruchách funkcí vaječníků, neprůchodnosti vejcovodů atd. (Konečná, 2009).

1.5.2 Lékařské vyšetření muže

Mezi základní vyšetření plodnosti muže patří tvz. spermiogram. Toto vyšetření se provádí po 3-4 dnech pohlavní abstinence. U ejakulátu se hodnotí jeho celkový dojem, barva, konzistence, doba zkapalnění, pohyblivost a počet spermií. Počítají se procenta porušených spermií, ph atd. (Ulčová-Gallová, 2006). Za hranici normálního nálezu se dnes považuje přítomnost min. 40% spermií hodnocených druhým stupněm pohyblivosti. Zjišťuje se procento abnormálních, odchylných forem zárodečných buněk. Některé andrologické laboratoře navíc provádějí určení hladiny cukru, zinku a hormonů jako je testosteron nebo inhibin a pH. (Ulčová-Gallová, 2006).

Tabulka č. 1 nám ukazuje porovnání výborných výsledků spermiogramu oproti jeho dolní hranici normy. (Řežábek, 2008).

Tabulka č. 1: Porovnání výborných výsledků spermiogramu a srovnání s jeho dolní hranicí

	Výborný výsledek	**Dolní hranice normy**
Objem ejakulátu	2,5 – 3,5ml	1,5ml
Koncentrace spermií	40 – 120 miliónů/ml	20 milionů/ml
Procento pohyblivých spermií	Více než 60%	Více než 50%
Kvalita pohyblivosti	a-b (vynikající nebo alespoň pomalý dopředný pohyb)	b (alespoň pomalý dopředný pohyb)
Procento defektních spermií	Nejvýše 30%	Nejvýše 50%

Zdroj: Řežábek, 2008. s.25

Mezi další vyšetřovací metody muže patří vyšetření moči. Toto vyšetření může odhalit i některé jiné choroby, které narušují plodnost muže např. cukrovka, chronické onemocnění ledvin (Mardešič, 1996). Biopsii varlete muž podstupuje tehdy, pokud je to nebytně nutné. Odeberou se malé částečky tkáně z varlat pro mikroskopické vyšetření, které nám může odhalit tvorbu spermií, její narušení (Mardešič, 1996).

2 ASISTOVANÁ REPRODUKCE

Asistovaná reprodukce je souhrn postupů, využívajících k dosažení těhotenství laboratorní ošetření zárodečných buněk (spermií, oocytů) a embryí.

Díky technickému pokroku se nyní mimotělní oplodnění používá nejen při neprůchodnosti vejcovodů, ale též při sterilitě z důvodu nepřítomnosti protilátek, endomentriózy, sterilitě z mužských příčin a i při sterilitě z neznámých příčin (Řežábek, 2008).

2.1 Metody asistované reprodukce

Metody umělého oplodnění zahrnují moderní technologické postupy, při kterých jsou vajíčka odebírána z vaječníků, oplodněna mimo ženské tělo a potom zavedena do dělohy (Doherty, 2006). Mezi metody asistované reprodukce patří IUI, IVF, ICSI, TESA, TESE, MESA, ZIFT, GIFT.

2.1.1. Intauterinní inseminace (IUI)

Intauterinní inseminace (IUI) je metodou asistované reprodukce, „*při které je za účelem oplodnění zavedeno partnerovo nebo darované sperma do pochvy, dělohy nebo vejcovodů"(* Doherty&Clark,2006:44*)*. Tuto léčebnou metodu volíme v jednoduchých případech, kdy ženy nemají problémy s průchodností vejcovodů, mají pravidelnou ovulaci a jejich partner má normální či snížený počet pohyblivých spermií, je tudíž možné předpokládat přirozený způsob oplodnění (Mrázek, 2010). Jestliže se ženě nepodaří otěhotnět přirozeným způsobem a spermiogram muže vykazuje jisté odchylky, doporučí se páru Intaurerinní inseminace. Cílem je dosáhnout co největší koncentrace spermií v ampulární části vejcovodu. Úspěšnost IUI dle odborníků se pohybuje v rozmezí od 10% do 20%.

2.1.2 In vitro fertilizace – IVF

In vitro fertilizace je základní metodou mimotělního oplodnění (Řežábek, 2004). Tato metoda se osvědčila zejména v léčbě neplodnosti u žen s poruchou průchodnosti vejcovodů, u mužů s abnormalitami počtu nebo funkcí spermií (Doherty, 2006).

Skládá se ze sedmi fází: stimulace růstu folikulů léky, sledování účinku léků, odběru vajíček z vaječníku, odběru a přípravy spermií, přidáním spermií k vajíčku, kontrole růstu zygoty v embryo, embryotransfer a hormonální podporu (Řežábek, 2004).

Stimulace růstu folikulů

Ke zvýšení naděje na těhotenství se na začátku potřebuje pět až sedm folikulů. V průběhu přirozeného cyklu však ženě ve vaječníku dozrává jen jediný folikul. Aby folikulů dorůstalo více, musí se na začátku cyklu zvýšit hladinu FSH – folikulostimulačního hormonu v krvi ženy. Pacientce je podáván FSH injekčně (Fostimon, Menogon, Puregon atd.) nebo může být podáván klomifen (Gravosan, ClomHexal atd.), který zvýší tvorbu FSH v podvěsku mozkovém ženy. Podáním injekce hCG nastane poslední fáze dozrání vajíčka. (Řežábek, 2004).

Sledování účinku léků

Sledování růstu folikulů provádí lékař ultrazvukem, dále stanovením hormonálních hladin. Při sledování růstu folikulů ultrazvukem se měří jejich průměr a zaznamenává se. Lékař dle nálezu stanoví další dávku hormonů. Jakmile folikuly dorostou do správné velikosti – cca 18 milimetrů, přistupuje se k odstartování jejich dozrání. Proces dozrání vajíček trvá 36 -40 hodin.(Řežábek, 2004).

Odběr vajíčka z vaječníku

Ve vaječnících rostou folikuly a v nich se připravují vajíčka. Těsně před tím, než folikuly puknou a uvolní se vajíčka, provede odborník pod ultrazvukovou kontrolou napíchnutí každého z nich a jehlou zavedenou přes pochvu z něj odsaje všechnu tekutinu. S touto tekutinou se dostane do jehly také vajíčko (Řežábek, 2004).

Přidání spermií k vajíčku

Sperma se získá mastrubací od partnera. Získané spermie před podáním k vajíčkům důkladně odborník vyčistí a promyje. K vajíčkům vždy přidává několik desítek tisíc spermií, tím zvýší šanci na oplodnění. Do každého vajíčka pronikne jen jedna spermie. Po přidání spermií k vajíčku se vše uloží do termostatu, kde je vzduch obohacen kysličníkem uhličitým, je zde stálá udržovaná teplota a bez přístupu světla zde dojde k oplodnění. (Řežábek, 2004).

Kontrola růstu

Přibližně za 16 – 18 hodin po přidání spermií si vše odborník prohlédne pod mikroskopem. Když jsou vajíčka správně oplodněná, nalezne uvnitř každého vajíčka dva kulovité útvary. Jsou to chromozomy připravené ke spojení – jedno prvojádro je mateřské (pochází z vajíčka), druhé je otcovské (pochází ze spermie). (Řežábek, 2004).

Embryotransfer

Embrya nasaje odborník do katétru a zavede jej do dělohy pochvou a hrdlem děložním. Výkon je bezbolestný, trvající cca 5 minut. Do dělohy se přenáší většinou embrya dvě, ostatní se zmrazují. (Řežábek, 2004).

2.1.2.1. Komplikace IVF

Hyperstimulační syndrom

K hyperstimulačnímu syndromu dochází tehdy, když při stimulaci růstu folikulů jich vyroste až příliš. Průměrně očekáváme na každé straně osm folikulů, při hyperstimulačním syndromu jich může být v každém vaječníku až dvacet. Projevuje se bolestivostí vaječníků, jejich zvětšením a zvětšením břicha. Tyto potíže začínají nejdříve druhý den po odběru vajíček punkcí a trvají přibližně dva týdny. Lze jemu předcházet podáváním nižší dávky léků ke stimulaci.

Mnohačetné těhotenství

Mnohačetné těhotenství vznikne při přenosu více jak jednoho embrya do dělohy. Pro ženu je daleko větší zátěží, může hrozit i předčasný porod. Jsou-li v děloze více jak tři plody, těhotenství je udržitelné max. do 32 týdne. Lékaři se dnes snaží zavádět pouze dvě embrya do dělohy.

Mimoděložní těhotenství

Mimoděložní těhotenství je každé těhotenství, které se uchytilo a roste mimo dělohu, nejčastěji ve vejcovodu. V případě prasknutí vejcovodu, pacientka pociťuje silné bolesti v podbřišku, bledne z důvodu krvácení z vejcovodu do břicha, slabý pulz, omdlévá. Je nutné co nejrychleji dovést do nemocnice a operovat.

Zrušení cyklu

Nerostou-li folikuly po zvolené dávce hormonů, nebo došlo-li k předčasnému vzestupu hormonu LH nebo progesteronu, většinou nezbývá než stimulaci v daném cyklu ukončit, aniž by došlo k odběru vajíček – cyklus tvz. zrušíme.

2.1.2.2. Kryoembryotransfer

Zmrazování embryí se provádí v přístroji, který pomalu, po několik hodin snižuje teplotu. Embrya jsou zde ve speciálním roztoku, a po zamrazení se uchovávají při teplotě kapalného dusíku. Lze jej takto uchovat i několik desetiletí.

2.1.3. IntraCytoplasmatic Sperm Injection (ICSI)

Metoda ICSI se používá v případě, když je v ejakulátu malý počet spermií, nebo když spermie jsou nepohyblivé. Při této metodě je spermie vpravena speciální injekční jehlou do vajíčka. Tato metoda není v ČR hrazena pojišťovnou. (Řežábek, 2008).

2.1.4. Další metody asistované reprodukce

Následující metody používáme při řešení mužské neplodnosti. Při metodách MESE (Microchirugical Epididymal Sperm Aspiration) a TESE (Testicular Sperm Ectraction) jsou spermie chirurgicky získané z varlete nebo z nadvarlete muže (Řežábek. 2008). Metoda PESA (Percutaneous SPerm Aspiration) spočívá v nasátí spermií přes kůžu šourku (Řežábek, 1999).

2.2. Dárcovství

2.2.1. Dárcovství spermií

Dárcovství spermií zahrnuje získávání, „*uskladnění a použití spermií darovaných anonymním dárcem buď metodou umělé inseminace (IUI), nebo techniky IVF. S darovanými spermiemi bývá úspěšnost oplození vyšší, neboť darované sperma je podrobně vyšetřeno na pohyblivost, počet a tvar spermií. Dárce je rovněž pečlivě vyšetřen na genetické odchylky, pohlavně přenosné nemoci, HIV, hepatitidy a cystickou fibrózu*“ (Doherty&Clark,2006:52).

V České republice partnerský pár, u kterého je plánována metoda darovaného spermatu, uvede do dotazníku vlastnosti budoucího otce (barva vlasů, očí, výška, hmotnost, krevní skupina), centra reprodukční medicíny pak dle těchto údajů vybírají vhodného dárce.

Sperma od dárce se používá jen tehdy, když manžel pacientky žádné spermie nevytváří. Jiným důvodem může být geneticky přenosná nemoc manžela. (Řežábek, 2004). Dárci jsou zdraví muži, kteří se dobrovolně přihlásili k darování spermatu. Při první návštěvě v centru asistované reprodukce se dárci udělá vyšetření tvz. spermiogram. Výsledek musí být dobrý či vynikající. Poté následuje genetické vyšetření a stanovení kryotypu, krevní skupina a RH faktor. Velká pozornost je věnována zajištění bezinfekčnosti spermatu. Provádějí se vyšetření na přítomnost kapavky, syfilis, žloutenky typu B, C. Pozornost je také věnována vyloučení přenosu infekce HIV. Všechno sperma od dárce je hluboce zmražené a uchovávané při teplotě kapalného dusíku – 196 stupňů Celsia. Zmrazování spermatu se provádí ve směsi s látkami, které umožní spermiím tento proces přežít. Nejdůležitější z nich je glycerol, který se přidává ke spermatu tak, aby výsledná koncentrace byla osm procent (Řežábek, 2004).

Pro některé páry je ale možnost použití darovaných spermií jedinou příležitostí jak dosáhnout narození dítěte, který je alespoň částečně biologicky vlastní. Dvojice si musí své pocity ujasnit předem, páru je v průběhu léčby doporučeno navštívit odborníka – psychologa. (Doherty, 2006).

2.2.2. Dárcovství vajíček

Darování vajíček zahrnuje získaná vajíčka od dárkyně, jejich oplození buď spermatem partnera neplodné ženy, nebo spermatem dárce. Embryo se poté zavede do dělohy neplodné ženy. U embryí, které se hned nepoužijí, může neplodný pár dát svolení k zamražení, čímž je neplodnému páru do budoucna umožněno, aby potomci byly geneticky spřízněni.

Darovaná vajíčka v České republice pocházejí od anonymní zdravé ženy, ve věku od 20 do 33let. Dárkyně by měla mít minimálně středoškolské vzdělání s maturitou, dobrý zdravotní stav. Nejlépe po porodu. Anonymní dárkyně podstupuje sérii laboratorních a genetických vyšetření. Vajíčka od dárkyně získáme ve stimulovaném cyklu.

Dle Řeháčka můžeme rozdělit skupiny žen na dvě, od kterých získáme darovaná vajíčka:

1. Jsou to ženy, které jsou požádané svými kamarádkami, aby darovali vajíčka. Vzhledem k nutnosti zachování anonymity nedostává však žena vajíčka od té dárkyně, kterou si sama přivedla.
2. Dále jsou to ženy, které po stimulaci k IVF mají velký počet vajíček. Pokud pacientka dá písemný souhlas, může část svých vajíček darovat pacientce zařazené na čekacím listu.

Vajíčka se musí nejpozději do 16 hodin po odběru oplodnit. Po oplodnění vajíček v laboratoři se kontroluje jejich vývoj pod mikroskopem, poté přeneseme do dělohy příjemkyně. Můžeme provést i tvz. přímý transfer nezmrazených embryí. Výhodou zde je téměř dvojnásobná naděje na těhotenství, neboť embrya tak nejsou vystavena zátěži zmrazováním a rozmrazováním. Příjemkyně musí být v okamžiku přijetí vajíček ve správné fázi cyklu, která se zabezpečuje podáváním hormonů (Řeháček, 2004).

Darování vajíček umožňuje dosažení těhotenství ženám v kterémkoliv věku. Úspěšnost těhotenství s použitím darovaných vajíček u žen, které byly starší 40 let byla až 70%, a tak tato metoda poskytuje alternativu ženám, které prodělaly závažné onemocnění vaječníků atd.

3 ETICKÉ PROBLÉMY ASISTOVANÉ REPRODUKCE

Dle statistik zůstává v hospodářsky vyvinutých evropských zemích až 20% manželství nedobrovolně bezdětných. Pomocí reprodukční medicíny můžeme těchto 20% snížit až na 4%. Je to velký úspěch, který mnoha manželstvím přinese radost a štěstí, na straně druhé sebou nese i různé problémy. Asistovaná reprodukce pomáhá neplodným párům k oplození. Oproti přirozenému oplození vznik embrya však probíhá mimo tělo ženy. O osudu embrya tak již nerozhoduje pouze žena, ale i odborníci center asistované reprodukce. Asistovaná reprodukce tedy vnáší do světa mnoho etických a právních problémů.

3.1 Status embrya

Embryo je jedna z mnoha prvních fází ontogenetického vývoje mnohobuněčného organismu. U člověka toto období je od 2 do 1O týdne intrauterinního vývoje. V diskusích, týkajících se statusu osoby, převládají dva názory – Ontologický personalismus a Empirický funkcionalismus.

Ontologický personalismus, který zaručuje člověku tu nejvyšší ochranu a úctu, související s jeho důstojnosti a to od jeho počátku až do jeho přirozeného konce. Tento přístup považuje již i zygotu zcela v souladu s vědeckým poznáním v oboru embryologie a molekulární biologie za počáteční stadium člověka. Zygota představuje kombinovaný systém, jednotku, jež nemůže být redukována na kvantitativní součet dvou subsystémů (oocytu a spermie). Její další vývoj směřuje k dosažení vzniku kompletního lidského organismu a proto si již i zygota zaslouží respekt a ochranu. Embryo je osobou už jen proto, že je lidské. Ač není dosud schopné projevovat určité vlastnosti (např. vůli, vnímavost) má již vše vloženo ve formě biogenetické informace ve své přirozenosti a pomocí nepřerušeného teologicky zaměřeného procesu dosáhne plnosti uskutečněním těchto možností.

Empirický funkcionalismus není ve svých zásadách zcela jednolitý. Gradualisté tvrdí, že rozvíjející se embryo postupně získává stále větší a větší hodnotu a že lidskou bytostí se teprve stává. Všichni se ale shodují v tom, že ač se jedná o embryo lidské, není nutné přiznávat mu status osoby, a to ani v potenciálním smyslu. Osoba se z něj možná po určité době vyvine, dle některých ani novorozené dítě ještě není osobou. Zastánci uvedeného

pojetí jsou redukcionisty: přiznávají lidské bytosti status osoby jen na základě určitých vlastností nebo funkcí.

Spor o status lidské osoby v biogenetice je velmi dobře zpracován také českými autory (Slabý, 2000), kteří vysvětlují i vývoj pojmu osoba od starověku až do současnosti. Dospívají k názoru, že empirické pojetí lidské osoby není schopno vysvětlit původ její důstojnosti ani jejich přirozených práv.

3.2 Sex-selekce

Česká republika se připojila svým podpisem k evropským zemím schvalujícím tvz. Bioetickou konvenci Rady Evropy – Dohoda o ochraně lidských práv a důstojnosti lidské bytosti ve vztahu k využití biologie a medicíny. V bodě IV/14 této dohody se říká:"Není přípustné používat techniky lékařsky asistované reprodukce s cílem výběru pohlaví budoucího dítěte, s výjimkou situací, kdy se má zabránit vzniku závažné dědičné choroby, vázané na pohlaví". Naproti tomu MUDr. Lachman ve svém článku doslova navrhuje, aby se metody determinace pohlaví mohly provádět u „stabilních párů", které již mají jedno dítě.

3.3 Právo na genetickou a právní identitu

U některých neplodných párů nelze při metodách asistované reprodukce použít jejich vlastní vajíčka nebo spermie. Jestliže však použijeme darované vajíčko nebo spermie, zbavujeme tak partnera biologického rodičovství. Dítě, které se tedy narodilo z umělého oplodnění kde byl zploditel dárce, ztrácí tak možnost znát svého biologického zploditele.

3.4 Náhradní matky

Asistovaná reprodukce dala vzniku tvz. fenoménu náhradních matek. V České republice provádí léčbu neplodnosti za pomocí náhradních matek např. Reprofot. O tom, zda-li se náhradní matka využije či nikoliv, rozhoduje výhradně lékař, který je na tuto problematiku specializovaný. Léčba, při které se využívá náhradní matka je hrazena z veřejného pojištění.

4 PSYCHICKÉ DOPADY NEPLODNOSTI

Neplodnost je vnímána jako náročná životní situace, která do partnerství přináší stres a nejistotu. Stres ovlivňuje schopnost početí u ženy, ale také průběh těhotenství a samotný porod. „Stres, který se při léčbě sterility vyskytuje, se projevuje ve třech základních rovinách: somatické, psychické a interpersonální. Podle různých zdrojů se vyskytují psychické potíže při léčbě u 25% - 60% sterilních párů. Více než polovina sterilních žen (dle dotazníku SCL-90-R) vykazuje hodnoty, které se pokládají za známku psychiatrické patologie“ (Čepický,1999). Dle Koryntové (2002) mnohé výzkumy, které se zabývali tvz. idiopatickou neplodností dospěly k závěru, že příčina neplodnosti je psychického původu. V 80 letech byly psychologické studie zaměřeny na reakce neplodného páru, kdy reakce byly hlavně spojeny se ztrátou, frustrací, zklamáním a izolací (Sobotková, 2001). Dále se studie zaměřovaly na způsob vyrovnávání se s procesem asistované reprodukce. Dnešní výzkumy se více zaměřují na psychickou odolnost páru (Daly,1999; Walsh,2008). „Neplodné páry často pociťují velkou nejistotu z jejich budoucnosti, nejsou schopni plánování“ (Sobotková, 2001:124). V partnerském vztahu nastávají tak situace, kdy zdravý partner viní toho druhého z jeho sterility, vytýká mu nemožnost přirozeného početí vlastního dítěte. (Sobotková, 2001).

4.1 Reakce na neplodnost

V průběhu procesu léčby neplodnosti se setkáváme s charakteristickými emocionálními jevy jako jsou panika a odmítnutí, hněv, pocity viny, smutek, deprese a další. (Ratislavová, Kašová, 2009). Prožívání neplodných párů dle Elisabeth Kubler-Rossové můžeme rozčlenit do několik fází:

Panika a odmítnutí

Některé ženy, když zjistí, že jsou neplodné tak zpanikaří, nechtějí tomu věřit, odmítají tuto skutečnost. Odmítnutí je běžná reakce mysli. Postupem času žena tuto skutečnost přestane odmítat, a nastane fáze přijímaní pravdy. Jestliže však žena svůj pocit odmítnutí nepřekoná, hrozí zde neschopnost uvědomit si realitu a odklání vyhledání odborné pomoci.

Vyhledání léčby je známka toho, že se žena se svou dignozou smířila, avšak pocit odmítnutí se může dostavit i při léčbě. Vtíravá myšlenka „nebudu mít nikdy děti“ může v mysli ženy zůstat natrvalo. Pochopení léčby mnohdy odstraní paniku. Když se nepodaří zjistit důvod neplodnosti, bývají ženy v tomto období zranitelné. Při neúspěchu léčby se mohou nahromadit pocity zklamání a pochybnosti. (Doherty&Clark 2006)

Hněv

Tento pocit při léčbě neplodnosti pociťují ženy i muži. „Někdy se zlobí na sebe a na své tělo, jindy směřují svůj hněv na partnera nebo na sebe za to, že odkládali založení rodiny, začátek léčby, nebo že si nenašli toho pravého odborníka dříve. Jindy se zlobí na okolí, příbuzné, přátelé, kteří rodí děti s neobyčejnou lehkostí“ (Doherty&Clark,2006). Hněv je vrozená reakce na nějakou silnou překážku, dostaví se nejčastěji v průběhu cesty při dosahování cíle, když se něco nedaří. Silnější formou je vztek – někdy až stav zuřivosti. Vondráček V. obecně hovořil o tvz. Afektu zlobném, pro který existují tyto tři výrazy: hněv, zlost, vztek. Hněv tak pokládáme za emoci, afekt za vztek. Situace, které vyvolávají hněv, paří mezi náročné životní situace, jako je v našem případě neplodnost. (Nekonečný, 2000). Zloba, která je usazena po delší dobu uvnitř člověka, může vést až k depresi. (Kastová, 2000).

Pocit viny

U léčby neplodnosti se často setkáváme právě s pocitem viny. Neplodní lidé si často pokládají otázku, kdo za jejich trápení může, hledají vinu ve svém životě, procházejí si v hlavě, co vše v minulosti mohli udělat špatně. Některé ženy přisuzují neplodnost umělému přerušení gravidity, kterou v minulosti podstoupili. Pokud kyretáž proběhla bez komplikací, potrat ve většině případů nemá přímou souvislost s neplodností ženy. Dle Kastové (2000) v případě, že se dostaví tyto sebeobviňující myšlenky, mohou pomoci psychoterapie.

Hirsche M. odlišuje „*vědomí viny a pocit viny*“. Pocit viny doprovází lítost, a vyvíjí se z vědomí viny. Pocit viny vyplývá z lidské psychiky a lidského života samotného.

Závist

U jedince, který podstupuje léčbu neplodnosti, se tento pocit dostaví vždy, když v okolí někdo z blízkých otěhotní. Těžko se jedinec v průběhu léčby neplodnosti může radovat z této radostné události, když jemu samotnému se to stále nedaří. Už jen sdělí od své nejbližší kamarádky, že čeká miminko, může u tohoto jedince vyvolat pocit smutku, viny, lítosti. Někteří jedinci se často uchylují k samotě, přestávají se stýkat s ostatními, protože pociťují závist, bolest a nedokáží se s tím smířit. Doherty,Clark (2006) říkají, že za tyto pocity se na sebe zlobit nemůžeme.

Smutek

Neplodné páry v proběhu snažení se o miminko zažívají smutek, protože stále dítě nepřichází. *„Není to smutek, který zažíváme při ztrátě někoho blízkého, ale z toho, že se nám nepodaří naplnit své sny. I když se jedná o ztrátu velmi iluzorní, ve své podstatě je velmi reálná“*. (Doherty&Clark 2006:72). Jedná se hlavně o situace, kdy dochází k neúspěšnému pokusu AR.

Partnerský pár tak smutní na něčím, co vlastně nikdy neměli, nad ztrátou dítěte. Jsou smutní, protože nemohou naplnit své sny, stále ženě nepřichází vysněné těhotenství.

Přijetí

Po fázích zloby, smutku a odmítání nastává fáze přijetí, smíření se s diagnozou neplodnosti. Neplodný pár ještě může pokračovat v léčbě neplodnosti ještě nějakou dobu, i přes neúspěšné pokusy, nebo se postupně začne zajímat o adapci, případně se neplodný pár rozhodne pro život bez dětí. (Kelnarová a Matějková,2009)

4.2 Psychické prožívání neplodnosti u žen

Na začátku léčby neplodnosti je pro ženu důležitá otázka míry touhy stát se matkou. Kašová a Rastislavová (2009) uvádějí, že u většiny žen, procházejících léčbu neplodnosti, je touha po dítěti silná. Esistují však i výjimky, kdy dle zkušenosti lékařů jsou zaznamenány i případy, kdy žena po úspěšné léčbě neplodnosti požádala o umělé přerušení těhotenství. Dle výzkumů je žena v procesu reprodukce více aktivnější než muž. Dle

Slepičkové (2009:185) „žena vystupuje jako režisérka léčby, zatímco mužova role je popisována jako pasivní“.

Dle Daniluka (1998) ženy svou neplodnost prožívají jako selhání, neschopnost být matkou. Souther (2002) se svými kolegy zjistil, že ženy, které jsou neplodné, mají až o 35% větší riziko vzniku psychické poruchy než je tomu u žen plodných. Výzkum Cousineua, Domara (2007:295) uvádí zjištění, že depresivní syndrom se projeví až u 54% neplodných žen. Dále z výzkumu vyplynulo, že úroveň distresu je srovnatelná u neplodných žen jako u žen s rakovinou. Yuzepe a Newton (1990) ve svých studiích zjistili, že u žen se v procesu reprodukce více projevuje úzkost až deprese než u mužů.

Před začátkem samotné léčby je pár svým lékařem vždy poučen o léčbě, jejích úskalích i finanční náročnosti. Žena si v procesu léčby prochází velkými emocionálními změnami, střídají se jí nálady, je často podrážděná, někdy to může zajít až do stavu deprese. Tyto stavy jsou důsledkem hormonální léčby, psychického rozpoložení ženy při čekání na úspěšnost oplození. (Rastislavová a Kašová, 2009). Slepičková (2009) ve svém výzkumu uvádí, že ženy uvádějí za nejvíce stresující metodu IVF, období čekání na zprávu, zdali došlo k úspěšnému otěhotnění po zavedení embrya. Toto období trvá až dva týdny.

4.3 Psychické prožívání neplodnosti u mužů

U muže neplodnost je také příčinou stresu, i když prožívá svou neplodnost odlišně. Muži svůj stav skrývají před svými blízkými, nedávají najevo své emoce, trpí uvnitř sebe. Nejvíce citlivý okamžik je pro muže odběr spermatu z důvodu vyšetření. Muž zde pociťuje strach z výsledku vyšetření, z možné neplodnosti z jeho strany. Dle Slepičkové (2009) ochota muže podrobit se tomuto vyšetření pro ženu znamená, že její muž chce spolupracovat a podílet se společně s ní při léčbě neplodnosti. Dle Konečné (2003) to že se muži za svou neplodnost stydí, je dáno postojem společnosti. Sebevědomí muže bývá narušeno, vznikají komunikační bariéry i mezi partnery. Slepičková (2009) uvádí, že muž si přeje být ženě oporou, chránit ji, ale neví, jak jí pomoci, jak tento problém řešit. V léčbě neplodnosti je muž ženě velkou oporou, je ochoten ji pomáhat s aplikací hormonálních injekcí, pomáhá s domácností. Dle Slepičkové (2009) v partnerském vztahu mohou vyvstat problémy ve chvíli, kdy muž si neví rady s plačtivostí své ženy, se změnami nálad, s její podrážděností. Je to pro něj bolestné, uzavírá se do sebe, přestává komunikovat, mohou se u něj objevit i potíže psychosomatické. Výzkum Slepičkové (2009) dokazuje, že nejtěžší

při léčbě neplodnosti bývá pro muže konforntace s emočními projevy své ženy. Bolvin (1998) při svém výzkumu s kolegy zjistil, že muži prožívají ICSI s podobným emočním stresem jako jejich ženy.

4.4 Prožívání neúspěchu AR

V případě neúspěchu léčby žena prožívá pocity, jako zdravá žena při potratu. V tomto období žena potřebuje podporu od svého partnera, rodiny, truchlí, v danou chvíli pro ni naděje na dítě skončily. Emocionálními průvodními jevy jsou pocity beznaděje, zoufalství, pocit viny a smutku (Konečná, 2003). Domar a Cousineaur (2007) došly ke zjištění, že v případě neúspěšného zakončení IVF trpělo po roce a půl přes 60% žen a přes 44% mužů depresí.

4.5 Prožívání úspěchu léčby

Jestliže dojde k úspěšnému oplodnění, žena pociťuje velmi silnou vazbu k budoucímu dítěti, plánuje, začíná snít, těší se na porod svého vysněného dítěte. Balen (1996) uvádí, že při úspěchu léčby dochází u žen ke snížení úzkostlivých stavů.

4.6 Copingové strategie v procesu Asistované reprodukce

Podle výzkumů, které provedl Edelmann a Barlett (1994), neplodné páry, které vztoupí do procesu asistované reprodukce jsou psychicky odolní, jsou připraveni na léčbu, jejich míra úzkosti se neodlišuje od zkoumaného běžného vzorku. Tento výzkum také ukázal, že do procesu léčby vstupují neplodné páry, kde je vyšší partnerská soudržnost a odolnost páru vůči nepříznivým životním situacím. Edelmann pozoroval u párů, které vstoupily do procesu asistované reprodukce, že používají strategii přímého jednání.

Výběr strategie při zvládání stresu v průběhu léčby neplodnosti se u žen a mužů odlišuje. Ženy oporu vyhledávají u přátel, kamarádek, vstupují do diskusí na internetu, kde sdílí své prožívání s ostatními ženami. Muži se svými pocity nesvěřují ostatním, aktivněji se zapojí do svého koníčku, nebo déle zůstává v práci (Sobotková, 2001).

4.7 Ukončení léčby

O ukončení samotné léčby zatím stále rozhoduje lékař nebo neplodný pár, neexistuje žádná norma nebo zákon, které by podmínky ukončení léčby stanovily. Jestliže ukončení léčby navrhne lékař, pro pár je to velmi psychicky náročná situace. Neplodný pár je v situaci,

kdy už neexistuje pro něj možnost početí vlastního dítěte, ocitá se tak na rozcestí v rozhodování se o bezdětnosti nebo adopce (Konečná, 2003).

„Ačkoli jsou pokroky v lékařství vítané, protože přinášejí účinnější pomoc trpícím, přetrvává obava, že na rozdíl od technického pokroku v diagnoze a terapii se často nevěnuje odpovídající pozornost oblasti psychologie a komplexního přístupu k lidské osobnosti, a že tato oblast dokonce často musí ustoupit do pozadí před technickými aspekty.“(Rotter, 1999:11)

5 KOMUNIKACE - VZTAH LÉKAŘ - PACIENT

V následující kapitole se blíže seznámíme s rolí lékaře a pacienta, s jejich vzájemnými očekáváními. Vztah mezi lékařem a pacientem v centrech asistované reprodukce je určován hlavně vzájemným očekáváním a mírou naplňování těchto očekávání oběma stranami. Situace v centrech asistované reprodukce jsou velmi specifické v tom, že pacienti – neplodný pár sem přicházejí ve chvíli, kdy není naplněno jejich očekávání mít přirozenou cestou své vytoužené miminko, a očekávají tedy od lékaře pomoc, nalezení cesty k vytouženému miminku. Do vztahu mezi lékařem a neplodným párem a jejich komunikace vstupuje diagnosticko léčebný proces, prostředí, v němž se léčba odehrává, i přístup dalšího personálu CAR.

5.1 Role lékaře

Profese Lékař – doktor je nejen u nás, ale i ve světě hodnocena velice pozitivně. Od lékaře je a byla očekávána obětavost, měl by být vždy k dispozici, když pacient potřebuje jeho pomoc (historický základ toto očekávání má v minulosti, kdy byly tvz. rodinný lékaři). V posledních letech se role lékaře změnila, spíše je vnímám jako „odborník“ v dané své specializaci, pacienti od něj očekávají hlavně aktivitu v procesu uzdravování, pochopení pro svůj problém, zdravotní stav. Nejvíce však od lékaře pacienti očekávání rychlou a bezbolestnou pomoc.

Co očekává pacient od lékaře?

- Zvýšený zájem o svoji osobu
- Rychlé vyřešení problému (pomoc)
- Podporu ze strany lékaře (důležitá je pro pacienta informovanost, důvěra v lékaře, že se může na něj plně spolehnout)

- „milosrdnou lež“ při špatné prognóze
- Aktivitu v procesu uzdravování
- Pochopení svého trápení

Pacient si lékaře váží, zároveň se ho obává. Úcta a obavy z lékaře jsou reálné, jelikož pacient je na lékaře závislý a je mu vydán tvz.“na jeho milost a nemilost“.

5.2 Role pacienta

Člověk se stává pacientem ve chvíli, kdy onemocní. Když přijde nemoc nebo problém, v životě pacienta se mnoho změní, vztah k sobě samému, vztah k partnerovi, k rodině, k okolí. K jeho roli „pacienta“ dle Vymětala J. patří neodmyslitelně podřízenost a trpná pasivita. Trpná pasivita dnes je z pohledu lékařů brána jako nežádoucí, a po pacientovi se vyžaduje aktivita, plná spolupráce při léčbě. K roli pacienta taktéž patří touha se uzdravit.

Co očekává lékař od pacienta?

- Podřízenost
- Vděčnost
- Plnou spolupráci
- Sdílení všech důvěrných informací (duševní a pohlavní onemocnění, pohlavní aktivita, rodinné vztahy…), že se nechá vyšetřit i v těch nejintimnějších oblastech

5.3 Vztah lékař pacient

Lékaři často považují za samozřejmost, že pacient „vydrží“ bolestivé manipulace, podrobí se úkonům, které mohou být pro pacienta rizikové. Vzájemný vztah mezi lékařem a pacientem může být utvářen i jejich osobním svérázem. Oba mohou být depresivní, unavení, mohou mít na základě svých minulých zkušeností sklon k podezíravosti, nedůvěře. Lékaři subjektivně často upřednostňují pacienty se shodnými os. charakteristikami a méně často pacienty komplementární. V lékařské profesi je velmi

důležité sebepoznání, které vynikne v souvislosti s následujícími vlivy, jež jsou koluze, přenos a protipřenos.

5.3.1 Koluze

Představme si vztahovou situaci, kdy lékař má nutkavou snahu určovat, ovládat, prosazovat se a překračuje tak své kompetence (pacientům vstupuje v otázkách do jejich osobního života, žádá plnou poslušnost) což některým pacientům může zcela vyhovovat. Jestliže se však tento lékař potká s pacientem, který jeho snahu nepřijme, vznikne zde konflikt, napětí, a zhorší se péče o pacienta.

Pravděpodobný původ tohoto neuvědomovaného sklonu je v dětství, kde se rodí naše způsoby očekávání a sociálního reagování. Přinášíme si je až do dospělosti, kde dále hovoříme o tvz. přenosu a protipřenosu.

5.3.2 Přenos a protipřenos

Nejčastějším vztahovým problémem mezi lékařem a pacientem je přenos a protipřenos. Přenos označuje situaci, kdy pacient na lékaře přenáší dřívější vztahové zkušenosti. Autoři Hartl, Budka (1993) říkají, že přenos znamená přenášení emočních vztahů a zkušeností z minulosti do vztahů současných. V lékařské praxi se vžil pro přenos ze strany lékaře na pacienta název protipřenos. Rozeznáváme tři základní typy protipřenosu, který se projevují v myšlení a prožívání:

1. pozitivní – výrazně zde převažuje sympatie, radost, láskyplná náklonnost
2. negativní – je zde přítomen hněv, podezíravost, zklamání, strach
3. ambivalentní – projevují se výše uvedené pozitivní a negativní

Bohužel tyto fenomény mohou silně narušit vztah mezi lékařem a pacientem, pokud lékař o tom není obeznámen. Závěrem bych ráda zdůraznila, že ve vztahu mezi lékařem a pacientem se projevuje důležitá tendence a lidská potřeba – touha po přijetí a uznání. Pacienti, které procházejí léčbou neplodnosti prožívají nejistotu, obavy a strachy, a proto

potřebují bezpečí a jistotu, kterou ve vztahu s lékařem hledají a očekávají. Vztah mezi lékařem a pacientem se neustále v průběhu léčby vyvíjí, proto velmi záleží na vzájemné komunikaci mezi oběma stranami.

5.4 Komunikace a spolupráce

Lidská společnost představuje síť vztahů mezi lidmi. Přirovnáme-li jí k síti rybářské, pak uzly představují lidi a provázky či lana vztahy mezi nimi. Ale co to vlastně je, toto lanoví v lidském světě? Jedna odpověď je, že je to komunikace.

(Argyle a Toner, 1979)

5.4.1 Komunikace

Watzlawick, Beavinová a Jackson (1999), autoři kalifornské paloaltské školy, charakterizovali lidskou komunikaci jako „médium pozorovatelných manifestací lidských vztahů“ . Je klíčovou součástí „provázků v síti“ (viz motto), ne vždy viditelnou, ale většinou registrovatelnou a analyzovatelnou. Podle těchto autorů má každá komunikaci svou psychologickou či vztahovou rovinu. (Vybíral, 2000).

Komunikace je tedy procesem realizovaným ve vztahu a prostřednictvím vztahu.

Zpravidla probíhá tak, že lékař dominuje (určuje téma rozhovoru) a pacient se podřizuje a přizpůsobuje. Komunikačně zdatný lékař mívá komunikační výměny pod kontrolou a znejišťuje ve chvíli, kdy pacient se stává aktivním a má snahu určovat průběh rozhovoru a jeho obsah. Ta nejdůležitější základní potřeba pacienta je touha po informacích. Pacient chce znát svou diagnosu, příčiny svých zdravotních obtíží, její průběh léčby. Pacient si potřebuje v sobě vytvořit jakousi „představu“ o vzniku a druhu svého onemocnění a moci je pak zařadit do svého života.

Nejčastěji právě tato situace vyvolává mezi lékařem a pacientem nespokojenost, pacienti často mívají dojem, že je lékař dostatečně neinformuje a lékaři naopak mají pocit, že pacienti ne zcela přesně jim odpovídají na jejich dotazy, jejich informace jsou pak zkreslené a vzniká tak nedorozumění, což má za následek, že pacient přestává lékaři důvěřovat, s léčbou a péči je nespokojen, nespolupracuje a případně odchází na jiné pracoviště asistované reprodukce.

Přístup personálu a komunikace v Centru asistované reprodukce

Neplodný pár nebo žena se nejprve do centra asistované reprodukce objedná emailem nebo telefonicky k první konzultaci. Po sjednání schůzky a první konzultaci je žena přijata do ambulantní péče lékaře, který navrhne vhodnou strategii léčby. Lékař doporučí vyšetření, které v průběhu následujících dnů pacient podstoupí např. odběry krve, folikulometrii, hysterosalpingografii, imonologii, endokrinologii, někdy lékař doporučí i návštěvu psychologa, který je jako odborník na lidskou duši v procesu léčby neplodnosti taktéž velmi důležitý. Při další návštěvě lékař shrne všechny výsledky z vyšetření. Jestliže se u páru při vyšetření nezjistila žádný anatomická odchylka a nenašli se žádné překážky oplodnění, je páru doporučena intrauterinní inseminace (IUI) při které se vpraví vyčištěné spermie přes děložní hrdlo do dělohy za pomocí speciálního katetru. Při tomto úkonu se zavádí sperma od partnera nebo se použije sperma od dárce. Inseminace se provádí bez nutnosti stimulace ovulace. Inseminace se v případě neúspěchu opakuje 2x-3x. Pokud i třetí pokus je neúspěšný, lékař pacientku či neplodný pár informuje o další metodě IVF. Pacientce je navržen nový plán léčby, který je zanesen do protokolu. Pacientka sebou domů dostává tvz. stimulační plán, podle kterého se musí řídit v doma (jedná se o aplikaci hormonálních podkožních injekcí, nebo spreje do nosu atd.). Podobný stimulační plán zůstává v kartě pacientky, kam se budou zapisovat pravidelné kontroly, ultrazvuky folikulů, atd. Jakmile folikuly dozrají, pacientka je objednána k výkonu oocyty pick up (OPU). Pacientka se ráno dostaví s partnerem, který odevzdá své sperma embryologům, odpoledne již pacientka může odejít domů. Sestra pacientku o všem poučí, vysvětlí jí celý postup operace a následně ji vysvětlí aplikaci injekcí nebo užívání léků, a podepíší spolu písemný souhlas k operaci v celkové anestesii, a poučení o aplikaci anestezie. Po všech formalitách sestra změří pacientce tlak, puls, zapíše se váha a výška pacientky. Dále pacientka si navlékne speciální bílé punčocháče prevence tromboembolie. Tým na operačním sále je složen z embryologa, anesteziologa, gynekologa, anesteziologické a gynekologické sestry. Folikuly se odsají speciální IVF jehlou, vše se kontroluje pod ultrazvukem. Odsáté folikuly se dají do speciální vyhřáté zkumavky a předají se embryologovi, který je dále zpracovává. Po výkonu je pacientka probuzena a odvezena do tvz. dospávacího pokoje, kde je následně znovu přeměřen tlak ,puls a sleduje se celkový stav pacientky. Po dvou až třech hodinách může pacientka vstát z lůžka, může se najíst a napít. Gynekolog poté pacientku navštíví, sdělí jí potřebné informace a pacientka je poté

propuštěna do domácí péče s partnerem. Doporučuje se druhý den ráno zavolat do centra asistované reprodukce, kontaktovat embryologa a informovat se, kolik oocytů bylo oplodněno, kdy bude proveden transfer embryí.

Transfer embryí zpět do dělohy pomocí speciálního katetru se provádí u 2 denní embrya. Pacientka po transferu setrvá hodinu až dvě na lůžku, poté může odejít domů. Asi za tři týdny je proveden kontrolní ultrazvuk a odběry krve pro zjištění hcg. Jestliže naměřené hodnoty hcg jsou vyšší, pacientka je těhotná. Proběhne ještě 2x kontrolní ultrazvuk v centru asistované reprodukce a poté je pacientka svěřena dále do péče svému gynekologovi.

Přístup k neplodným párům

Pracovníci center asistované reprodukce by měli mít empatický a psychologický přístup ke klientům/pacientům, které centrum navštíví za účelem pomoci k vytouženému cíli. U pacientek, které mají problémy s neplodností, se dostavuje ztráta jistoty, sebedůvěry, klidu a opory v rodině. Projevuje se deprese, hněv, dostavuje se pocit viny a zloby. Neplodný pár se tak může uzavírat před rodinou a přáteli do samoty. Neplodné ženy mývají často pocit viny, že nedokáží uspokojit svého partnera, mají obavy ze ztráty, dostavují se myšlenky, že zklamaly sebe i partnera. Některým párům je v procesu léčby doporučeno, aby si podali žádost o adopci. V některých centrech asistované reprodukce se stalo zvykem, že neplodný pár, který podstupuje v centru léčbu, jestliže otěhotní, přinese do centra fotografii narozeného dítěte. Ty jsou pak umístěny na nástěnky, které lemují stěny v recepci, a působí pozitivně na další neplodné páry, které teprve na své vysněné miminko čekají.

5.4.2 Spolupráce

Spolupráce pacienta s lékařem by měla být výsledkem vzájemného vztahu mezi oběma. V odborné literatuře se tak setkáváme s výrazem compliance. Je velice žádoucí ve směru pro léčbu aktivita pacienta, který by měl být aktivním subjektem péče.

Nejčastější důvody špatné spolupráce pacienta:

1. velká asymetrie vztahu
2. dlouhé čekání pacienta na ošetření
3. neochota lékaře hovořit s pacientem (jeho partnerem)

4. lékař užívá nadměrně odbornou terminologii
5. lékař neumožňuje dialog
6. lékař vyvolává v pacientovi pocit provinění
7. nerespektuje stav pacienta
8. komunikační bariéry (např. lékařské žargony, handicap pacienta atd.)

Orientovaný model na pacienta vychází z koncepce vztahu mezi lékařem a pacientem. Tento model je založen na vzájemné úctě a spolupráci. Vzniká zde tak mezi lékařem a pacientem osobní vztah, kdy lékař pacientovi naslouchá, zajímá se taktéž o jeho subjektivní stránku neplodnosti. Pacient se zde aktivně podílí na své léčbě, komunikace je zde přátelská, emfatická, nedirektivní, zajímající se taktéž o vazby na rodinu a okolí. Pacient od počátku vztahu musí mít dojem, že je v chápavém, bezpečném prostředí, avšak pro výsledek své léčby musí být aktivní.

Orientovaný model na lékaře a nemoc v našich podmínkách dle Vymětala J. výrazně převažuje. Lékař je direktivní, velice stručně pacienta informuje, není zde navázán osobní vztah, racionální přístup, lékař pacientovi minimálně naslouchá, pacient je zde „objektem“ péče. (Vymětal, 2003).

EMPIRICKÁ ČÁST

6 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍL

Neplodnost a sterilita je společenský fenomén, který má v dnešní době stále více narůstající tendenci a týká se čím dál tím více větší populace. Samotné zjištění, že nejsme schopni přirozeného početí a reprodukce, ovlivní celý náš další život. Změní se prožívání, vnímání sám sebe a partnera, rodiny i okolí (Doherty&Clark, 2006).

Pro zpracování svého výzkumu jsem si vybrala téma neplodnost a proces asistované reprodukce. Výzkumný problém jsem zaměřila na pochopení prožívání jedince v procesu asistované reprodukce a prožívání komunikace s personálem centra asistované reprodukce. V diplomové práci jsem se zaměřila na prožívání ženy. Pro realizaci výzkumného záměru jsem zvolila případovou studii, která je nejvhodnější pro hlubší pochopení prožívání jedince.

Ve své diplomové práci jsem si dala za cíl pochopit, jak jedinec prožívá neplodnost a asistovanou reprodukci, jak vnímá svého partnera, rodinu a okolí.

Současná léčba neplodnosti se zabývá zdokonalováním mimoděložních technik oplodnění a opomíjí se psychický faktor. Výzkumy v této oblasti v zahraničí prováděli Cousineau & Domar, 2008) u nás se tímto typem výzkumu zabývali Hašková H. a Konečná H.. Bylo zde zjištěno, že proces umělého oplodnění je pro neplodný pár velice silným stresorem. Ženy často při neúspěchu reagují úzkostí, frustrací až depresí, v páru jsou pak častěji vyvolané konflikty.

Přínos výzkumu spatřuji v porozumění prožívání neplodnosti, a využití poznatků z analýzy k empatickému pochopení pacientů, zdravotníků a lékařů, které pracují v centrech asistované reprodukce, k zefektivnění pomoci těmto pacientům a jejich partnerům v jejich nelehkém období života. Výstupem by se mělo stát doporučení pro lékaře a personál v komunikaci s pacienty.

7 FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

Na základě stanoveného výzkumného cíle jsem si formulovala následující výzkumné otázky:

1. Výzkumná otázka

Jak jedinci prožívají asistovanou reprodukci?

2. Výzkumná otázka

Jaké používají jedinci copingové strategie k zvládání stresu spojeného s AR?

3. Výzkumná otázka

Jak jedinci prožívají přístup zaměstnanců CAR a komunikaci s nimi?

8 METODOLOGICKÝ RÁMEC

Vzhledem k fenoménu prožívání neplodnosti, kterou zkoumám ve své diplomové práci, jsem se rozhodla zvolit typ kvalitativního výzkumu. Dle Miovského (2006), tam kde je obtížně kvantifikovatelná interpretace fenoménů, je vhodné volit kvalitativní přístup.
Straus, Corbinová, (1999) uvádějí, že pokud zkoumáme zkušenost s určitým fenoménem, pokud chceme porozumět jevu, o kterém toho moc nevíme, použijeme kvalitativní přístup.
Pro analýzu a interpretaci dat jsem zvolila metodu zakotvené teorie (Straus, Corbinová, 1999). Hendl (2008) říká, že zakotvená teorie je nejvhodnější pro oblasti výzkumu, které jsou velice málo teoreticky zpracované.

9 METODA SBĚRU DAT

Ke sběru dat jsem si vybrala metodu polostrukturovaného interview. Výhodou polostrukturovaného interview je především to, že dokáže eliminovat nevýhody obou zbývajících variant nestrukturovaného a plně strukturovaného interview a vytěžit současně maximum z jejich výhod. Podle Miovského (2006) je velkou výhodou také možnost pokládat doplňující otázky i u odpovědí, které účastník dává na pevně strukturované otázky (tj. když mu klademe otázky v pevně daném pořadí se striktně závaznou formou). Ferjenčík (2000) uvádí, že kvalita získaných dat při polostrukturovaném interview je závislá hlavně na pozici výzkumníka, na jeho způsobu kladení otázek. Před samotnou

realizací polostrukturovaného interview jsem si stanovila seznam témat, kterých jsem se chtěla v interview dotknout. Tento seznam měl zajistit, abych probrala všechny důležité témata, a na nic jsem při interview neopomněla. Miovský(2006) předem stanovená témata a otázky považuje za jádro interview. Odpovědi na konkrétní otázky byly závislé na typu respondentky, na její osobní zkušenosti s neplodností, na její ochotě vyprávět svůj vlastní příběh.

Polostrukturovaný interview jsem složila z několika okruhů:

- Plánování početí
- Prožívání asistovaná reprodukce
- Komunikace s CAR
- Vztah s partnerem
- Vztah s okolím
- Vztah s rodinou

Cílem bylo zjistit, jak žena prožívá neplodnost, prožívali proces asistované reprodukce, komunikaci s personálem centra asistované reprodukce a vztah se svým okolím, rodinou a přáteli.

10 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Výzkumný soubor se skládal z žen, které mají přímou zkušenost s asistovanou reprodukcí, daná žena má za sebou více jak jeden neúspěšný pokus o umělé oplodnění a plánuje podstoupit další. Nolas (2011) říká, že ve výzkumu dle zakotvené teorie můžou být všichni respondenti, kteří mají s tímto zkoumaným fenoménem vlastní zkušenost. Ve výzkumném souboru máme celkem čtyři ženy, které si prožili proces asistované reprodukce.

Pro výběr vhodných respondentů k realizaci interview jsem si stanovila následující kritéria

Nyní bych ráda shrnula kritéria, které jsme si pro výzkumný soubor určila:

- pohlaví ženské
- žena má přímou zkušenost s procesem asistované reprodukce
- žena má za sebou více jak jeden neúspěšný pokus umělého oplodnění a plánuje podstoupit další
- žena v době, kdy si procházela procesem asistované reprodukce byla ve svazku partnerském.

Pro samotný výběr příběhu respondenta do výzkumného souboru jsem si stanovila následující kritérium:

- Získaný příběh, který respondent vyprávěl, je po obsahové stránce saturován významy, které pomohou k naplnění výzkumného cíle.

11 VÝBĚR VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Po stanovení kritérií výzkumného souboru jsem dále přemýšlela o způsobu výběru. Miovský (2006) uvádí, že strategie a metody výběru daného vzorku se v kvalitativním výzkumu vzájemně doplňují a kombinují. Vzhledem k citlivému tématu této studie jsem musela počítat s menší ochotou žen se do studie zapojit.

Jako základní strategii pro výběr výzkumného souboru jsem zvolila prostý účelový (záměrný) výběr prostřednictvím center asistované reprodukce. Jednalo se centra asistované reprodukce Sanatorium Pronatal Nord a Stellart. Domluvila jsem si schůzku s Vedoucími pracovníky center asistované reprodukce, představila jsem jim svoji studii a požádala je o spolupráci při vyhledávání respondentek. Vedoucí pracovníci pověřili jako kontaktní spolupracující osoby své zdravotní sestry, které vytipovali respondentky a já je následně mohla oslovit.

Celkem si mi podařilo oslovit 9 respondentek. S nahráním rozhovoru a zapojením se do mé studie souhlasilo pouze šest respondentek, zbylé tři oslovené respondentky nakonec odmítly rozhovory použít. Ze souboru šesti zbylých rozhovorů jsem pro samotný výzkum vybrala jen čtyři, které nejvíce splňovali mnou stanovená kritéria významové saturovanosti obsahu.

Další kritérium výběru výzkumného souboru byl založen na vlastním zájmu aktivně se výzkumu účastnit. Respondentky na základě informačního letáku v centru asistované reprodukce měly tak možnost oslovit spolupracující osobu – v mém případě zdravotní sestru. Letáky byly k dispozici celkem 90 dnů, spolupracující zdravotní sestru oslovila pouze jedna respondentka. Jelikož za aktivní podílení se na studii jsem nenabídla žádnou finanční odměnu, respondentka zdarma se podílet na studii odmítla.

Všichni účastníci výzkumu podepsali informovaný souhlas se správou osobních údajů a dodržení anonymity a mlčenlivosti.

11.1 Charakteristika jednotlivých respondentek

- *Respondentka Alena*

Alena je 36 let, manželovi je 43 let. Spolu žijí již přes deset let, dosud oba bezdětný, o miminko se pokoušejí déle jak 3 roky. Alena má vystudovanou pedagogickou fakultu, pracuje jako teta v Klokánku. Manžel pracuje jako farmaceutický reprezentant u zahraniční společnosti. U Aleny byly zjištěny cysty na vaječníkách, srůsty a neprůchodnost vejcovodů, později byly odstraněny zcela. Dvakrát sháněli dárkyni vajíček.

- *Respondentka Michaela*

Michaela je 36 let, jejímu manželovi 39 let. Manžel má již dvě děti z předchozího manželství. Michaela má vystudovanou vysokou školu humanitního směru, pracuje jako vedoucí sociálních pracovníků v neziskové organizaci. Manžel pracuje jako obchodní ředitel v nadnárodní společnosti. Michaele byly zjištěny špatné vejcovody, které byly operativně odebrány. Dále trpěla chronickým zánětem vaječníků. Mají za sebou již druhý neúspěšný pokus IVF.

- *Respondentka Mariana*

Marianě je 38 let, jejímu manželovi 41 let. Spolu jsou již 7 let. Mariana má vystudovanou střední školu obchodní s maturitou, pracuje jako administrativní pracovnice v rodinné firmě, manžel je vyučen, pracuje u stavební firmy jako vedoucí čety. Mariana od počátku nemenstruovala pravidelně, asi jen 3x za rok. Byl u ní diagnostikován syndrom PCO nejtěžšího stupně. Poté byly s manželem odeslány do centra asistované reprodukce. Po stimulaci vaječníků syndrom OHSS, nastalo selhání plíce – Hydrothorax, kritický stav. Přesto i nadále se s manželem nevzdali a pokračovali dále v cestě za vytouženým miminkem. Mariana podstoupila 8 pokusů IUI, 3 IVF, 8 KET. Mariana byla ke konci dubna 2015 v šestém týdnu těhotenství.

- *Respondentka Renata*

Renatě je 35 let, s přítelem je krátce. Renata vystudovala gymnázium, pracuje jako asistentka. Přítel je v evidenci úřadu práce. Renaty zdravotní stav je dobrý, u přítele byl

zjištěn horší spermiogram. Jelikož se zatím nepodařilo oplodnění spermatem partnera, uvažují o dárci.

12 PŘEDVÝZKUM

Než jsem započala samotný výzkum, dala jsem si za cíl ověřit, zdali okruhy, otázky, které budu klást respondentkám, jsou jasné, a respondentky budou podněcovat k vyprávění svého příběhu. Samotný předvýzkum jsem tedy započala na své dlouholeté kamarádce, která se sama potýká s fenoménem neplodnosti. Interview probíhala v jejich rodinném domě, při šálku dobré kávy a malého občerstvení. Po ukončení interview jsem se dotazovala, zdali otázky byly srozumitelné, na její vlastní pocity z celého interview. Na základě diskuse jsem některé otázky upravila.

13 SBĚR DAT

Získávání dat probíhalo od května do září 2014. Respondentky jsem kontaktovala telefonicky nebo emailem, abych jim představila svůj výzkum. Dále jsem si ověřila, zdali respondentka odpovídá kritériím pro výzkum, pokud ano, tak dalším krokem bylo seznámení s metodou a cíli výzkumu. S respondentkami byl tímto způsobem smluven termín schůzky a místo setkání. Volbu místa setkání jsem ponechala na respondentkách, jelikož se dle mého názoru jedná o velice citlivé téma. Tři rozhovory probíhaly přímo u respondentek v jejich domově, jeden rozhovor probíhal v kavárně.

Před zahájením interview jsem se představila, znova jsem respondentku seznámila se svým výzkumem, odpověděla jsem na případné dotazy. Před nahrávání interview jsem dala podepsat respondentkám písemný informovaný souhlas, ujistila jsem je, že interview ani přepisy nebudou použity pro jiné účely, než jen pro účely této studie. Dále bylo přislíbeno, že identita respondentek zůstane v anonymitě, jména budou ve studii změněna, nahrávky a přepisy budou po ukončení studie zničeny. Interview bylo nahráváno na diktafon a délka interview u jednotlivých respondentek byla různá. Průměrná délka rozhovoru byla 40 minut. Jako metodu ke sběru dat jsem si vybrala polostrukturované interview, všem respondentkám jsem pokládala stejné otázky. Pořadí otázek jsem přizpůsobila vyprávění respondentky, kladla jsem doplňující otázky. Interview jsem započala otevírací otázkou. Cílem bylo navození příjemné atmosféry a odstranění nervozity z interview. Dále jsem respondentkám kladla připravené otázky. Dle doporučení Ferjenčíka (2000), jsem interview prokládala krátkými projevy zájmu a porozumění (rozumím, chápu, hm…). Při

pocitu, že respondentka nerozumí formulaci otázky, znovu jsem otázku opakovala, nebo parafrázovala. Dále jsem při delší rozpravě shrnovala, abych si ověřila, zdali jsem správně situaci pochopila. Používala jsem převážně otázky otevřené. Po ukončení interview byl vypnut diktafon, poděkovala jsem respondentkám za jejich ochotu a odvahu, a chvilku jsme společně ještě neformálně strávili.

14 INTERPRETACE A ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT

V této kapitole se budu věnovat analýze dat, které jsem získala prostřednictvím interview s respondentkami a pomocí metody zakotvené teorie.

14.1. Analýza interview

Analýzu jsem zahájila přepsáním všech interview, které jsem měla nahrány na diktafon. Text, který byl doslovně přepsán, jsem vložila do šablony, kterou jsem si předem připravila. Šablona byla připravena na vel. archu A4, orientovaného na výšku , rozdělenou na tři sloupce. Celý přepis jsem znovu přečetla a odstranila jsem pro mou studii bezvýznamné pasáže, které by v celé analýze působily jako rušivý element. Přepsané jsem je dále analyzovala pomocí metody otevřeného kódování. Tuto metodu jako jeden z typů kódování používá metoda zakotvené teorie (Strauss, Corbinová,1999).

Celou analýzu jsem si opakovaně četla, třikrát až sedmkrát a snažila jsem se získat první dojem z celého příběhu. Dala jsem si za cíl pochopit celkové prožívání respondenta, jak vnímá celé toto téma, jak prožívá danou zkušenost. Dále jsem se zaměřila na významy, které se vztahovaly k určitým kategoriím, které by odpovídaly na mé výzkumné otázky. Dalším krokem bylo vytváření komentářů, zachycení toho, co v daném textu respondentka sděluje.

V průběhu otevřeného kódování jsem odhalovala určitá témata, které jsem mezi sebou porovnávala a rozdělovala si je do jednotlivých kategorií (Hendl,2008; Strauss, Corbinová,1999).

Mezi získanými kategoriemi jsem následně začala hledat souvislosti ve smyslu axiálního kódování. Snažila jsem se najít mezi získanými kategoriemi souvislosti s kontextem,

v kterém se nacházejí, jak jsou mezi nimi interakce, jak se vzájemně podmiňují a ovlivňují a k jakým copingovým strategiím vedou. Hledala jsem vlastnosti a zaznamenávala jsem jejich dimenzionální umístění každé situace, události (Strauss, Corbinová, 1999). Z těchto vztahů jsem vytvořila paradigmatický model znázorněný do diagramu. Použití tohoto modelu mi umožnilo systematicky o údajích přemýšlet.

Celá analýza byla časově velice náročná, neustálé opakované čtení textu, doplňování dalších a dalších komentářů. Ukázku otevřeného kódování představuji v tabulce č. 3.

Tabulka č. 3 Ukázka otevřeného kódování

Alena

46	doktoři neřeknou, prostě vám nasadí hormony	Vztek, malá informovanost od
47	a děj se vůle boží, chcete dítě, tak mlčte.	lékařů, odevzdání se jim, strach
48	Přístup toho mladého pana doktora z	z vyptávání se lékaře
49	byl hrozné, cítila jsem se hrozně, prostě chci	Hrozný přístup lékaře
50	dítě tak musím mlčet, Ale já jsem se nedala,	Zákaz vyptávání se. Podvolení se
51	na dalším sezení jsem se ozvala, chtěla jsem	Vzdor, Nevzdala se, ozvala se,
52	vědět přesně co bude dál, když mi nasadí léky	chtěla vědět přesně, co ji čeká
53	tak jaké jsou vedlejší účinky, jsem člověk ne	Nejsem věc, číslo
54	nějaké číslo. Takže mne pak dali k paní	Možnost změny lékaře
55	doktorce, která to vám řeknu, měla zcela jiný	Ženský přístup k pacientovi
56	přístup. Zde bylo přesně vidět, že ženy jsou	Empatie, pocit pochopení, vcítění
57	více empatické, dokáží nás ženy více	Bezcitnost lékařů mužů
58	pochopit, co prožíváme, a ne jako ti bezcitní	
59	doktoři. No to jsem asi odbočila, promiňte	
60	...takže hmmm přesunuly mne k jiné paní	Ochota lékaře vysvětlovat
61	doktorce, a ta mi mimo jiné sdělila, že se mi	

V tabulce č. 4 je ukázka vyvstalých témat otevřeného kódování

Tab. 4. Vyvstalé témata otevřeného kódování.

STRATEGIE PACIENTA Podvolení se/ nezdolnost	Podvolení se,	bolestivé	49/2 78/2 75/2 82/2 352/6 99/3	prostě chci dítě tak musím mlče moc chtěla, musela jsem tedy mlčet A pokud chceme dítě, musí to tak být zase jen sklopíte oči Musíte věřit a oddat se každému doktorovi
	Smíření	Těžké	121/3	nakonec jsem se s tím musela smířit
	Izolace	Těžce snesitelná	128/3 159/3 188/3 49/2	S manželem poslední dobou moc nemluvíme celé měsíce moc o tom se mnou nemluvil jen ticho, nemluvíme o tom spolu Poslední týdny ani nechce chodit ven

Když jsem si zpracovala všechny vyvstalé témata otevřeného kódování, začal se mi postupně v hlavě rýsovat příběh každé respondentky v procesu asistované reprodukce. Takový to příběh jsem se následně snažila zpracovat do jednoduchého schématu vzájemných vazeb, které vyvstaly z analýzy mezi jednotlivými tématy.

15 VÝSLEDKY ANALÝZY

Pro jednotlivé případy

a. Charakteristika respondenta
b. Vynořená témata pro oblast Prožívání AR
c. Vynořená témata pro oblast Komunikace lékař pacient
d. Vynořená témata pro oblast Strategie zvládání situace AR
e. Příběh
f. Schéma

Pro všechny případy

a. Souhrnná tabulka významných témat napříč případy pro oblast Prožívání AR
b. Souhrnná tabulka významných témat napříč případy pro oblast Komunikace lékař pacient
c. Souhrnná tabulka významných témat napříč případy pro oblast Strategie zvládání situace AR

15.1 Analýza případové studie Aleny

Aleně je 36 let, manželovi je 43 let. Spolu žijí již přes deset let, dosud oba bezdětný, o miminko se pokoušejí déle jak 3 roky. Alena má vystudovanou pedagogickou fakultu, pracuje jako teta v Klokánku. Manžel pracuje jako farmaceutický reprezentant u zahraniční společnosti. U Aleny byly zjištěny cysty na vaječníkách, srůsty a neprůchodnost vejcovodů, později byly odstraněny zcela. Dvakrát sháněli dárkyni vajíček.

15.1.1. Alena – Vynořená témata pro oblast Prožívání

PROŽÍVÁNÍ	**Vlastnost**	**Dimenze**	**Řádek/ strana**	**Výrok**
	Odevzdání se		70/2	*Vše jsme museli podstoupit znova*
			83/2	*Jste v rukou lékařů*
	Zoufalství	Tíha	101/3	*Je těžký toužit po tom*
	Beznaděj	hrozný	83/2	*Propukne ve vás beznaděj*
	Lítost		112/3	*Jen brečím, zvládám to špatně*
	Podvolení se		49/2	*Prostě chci dítě tak musím mlče*
			78/2	*Moc chtěla, musela jsem tedy mlčet*
			75/2	*A pokud chceme dítě, musí to tak být*
	Zmaření		70/2	*Vše jsme museli podstoupit znova*
	Vyčerpání		105/3	*Hodně nás to psychicky vyčerpalo*
	Zklamání		88/2	*Tak se to takhle všechno zkazí*
	Tíhy a těžkosti		100/3	*Je to těžký, moc těžký*
			106/3	*Situaci s manželem špatně zvládáme*
			161/3	*Je to těžký, nic nevyčítá*
	Prázdnoty		104/3	*My stále nic*
	Nutnosti		98/3	*Jediná šance jak mít*

			152/3	*Musím to vydržet, je to moje jediná šance*
			165/3	*Musíme se snažit za každou cenu*
	Vztek		44/1	*Naštvalo mne, že vám…*
			188/4	*..ani nechce chodit ven…*
	Pocit viny		84/2	*Nevím, nechápu to, nikdy jsem se s něčím takovým neléčila*
			86/2	*Nevím, kde jsem udělala, chybu*
			89/2	*Pořád v sobě hledám odpovědi*
	Odosobnění		52/2	*Jsem člověk, ne nějaké číslo*
			338/6	*Připadala jsem si u nich jako nějaká věc*
	Znechucení		76/2	*Byla jsem znechucená*
	Závist		206/4	*Skoro všichni naši kamarádi mají děti*

15.1.2. Alena – Vynořená témata pro oblast Komunikace Lékař Pacient

KOMUNIKACE LÉKAŘE	Vlastnost	Dimenze	Řádek/ strana	Výrok
KOMUNIKACE LÉK.	informování (o léčbě,)	Nedostatečné	44/1	*Že vám k tomu nic doktoři neřeknou*
	sdělování (diagnózy, prognózy,)	přímé	60/2	*Sdělila, že se mi netvoří žádná vlastní vajíčka,*
	doporučování	direktivní	34/1	*Že mám podstoupit ještě jednu operaci*
	potvrzování		31/1	*Kde mi mimo jiné potvrdili*
	Přikazování			
STRATEGIE KOM.	Odlehčování Ujišťování Vcítění se Milé vřelé vystupování		33/1 33/1	*Není zas tak hrozné* *Gynekolog ujišťoval*
POTŘEBA	Pochopení	Větší	56/2	*Dokáží nás ženy více pochopit, co prožíváme*
	Empatie	více	337/6	*Pochopení co prožíváme*
			55/2	*Ženy jsou více empatické,*
	Informování		336/6	*Chybí mi tam u nich ta empatie*
			50/2	*Chtěla jsem vědět přesně, co bude dál*
	Vysvětlení Smyslu, proč		114/3	*Vyhledat blogy, diskuse.*
			84/2	*Nevím, nechápu to, nikdy jsem se s něčím takovým neléčila*
			86/2	*Nevím, kde jsem udělala chybu*
			89/2	*Pořád v sobě hledám odpovědi*
			93/3	*Myslím si, že velký vliv na to má i psychika*
	Důvěra		334/6	*Té doktorce důvěřovala více*
	Vstřícnost		339/6	*Hrozně milá*

PŘÍSTUP	Jen jeden lékař	Vhodnější	328/6	*Kdyby po dobu umělého oplodnění byl přítomen jen jeden doktor*
	Nutno vše opakovat	Nepříjemnost	332/6	*Střídali se, a mne to vadilo*
			333/6	*Každému pak vykládáte to samé*
		Ztráta času	334/6	*Než se dostanete dál, ztráta času*
	Důvěra v lékaře		335/6	*Té doktorce důvěřovala více*
	Vytvoření si vztahu		338/6	*K té doktorce jsem si vytvořila vztah*
	Vstřícnost, ochota		339/6	*Byla hrozně milá*
			340/6	*Jsem se cítila dobře*
			345/6	*Opravdu moc milá paní*
	Vysvětlení		341/6	*Vše vysvětlila, u ní jsem to hned pochopila*

15.1.3. Alena – Vynořená témata pro oblast Strategie zvládání AR

STRATEGIE PACIENTA	**Vlastnost**	**Dimenze**	**Řádek/ strana**	**Výrok**
	Podvolení se,	bolestivé	49/2	*Prostě chci dítě tak musím mlče*
			78/2	*Moc chtěla, musela jsem tedy mlčet*
			75/2	*A pokud chceme dítě,*
			82/2	*Musí to tak být*
			352/6	*Zase jen sklopíte oči*
			99/3	*Musíte věřit a oddat se každému doktorovi*
	Smíření	Těžké	121/3	*Nakonec jsem se s tím musela smířit*
	Izolace	Těžce snesitelná	128/3	*S manželem poslední dobou moc nemluvíme celé měsíce moc o tom*
			159/3	*Se mnou nemluvil*
			188/3	*Jen ticho, nemluvíme o tom spolu*
			49/2	*Poslední týdny ani nechce chodit ven*
	Vzdor		77/2	*Jsem se nedala, na dalším sezení jsem se ozvala*
	Přemáhání se	bolestivé	152/3	*Musela jsem se hodně držet* *musím to vydržet, je to moje jediná šance*
		Těžké	80/2	*Když jsem se ptala proč, jak je to možné tak prý neví*
		Těžké	84/2	*Musíte jim věřit*
	Věřit lékaři		95/3	*Ale já ho nechci vzdát*
			97/3	*Ale nechceme to vzdát*
	Bojování		153/3	*Jednou to skončit musí*
	Dodávání naděje		50/2	*Chtěla jsem vědět přesně co*
	Nezdolnost		80/2	*Když jsem se ptala proč, jak je to možné tak prý*

				neví
	Hledání informací		114/3	*Sednout k počítači, k internetu a vyhledat blogy, diskuse*
			102/3	*Kamarádky, které prostě to malé hned mají*
	Porovnávání		104/3	*A my stále nic*

15.1.4. Alena – Shrnující příběh

Paní Alena začala řešit svou touhu po dítěti ve svých 33 letech, kterou jsme hodnotili jako slabou (*14-15/1 Pak jsme se tedy rozhodly, že vzhledem k věku tedy budeme mít miminko*…) Zjištění neplodnosti (*29/1 ...zjistili mi velký počet cyst na vaječníkách…, 38/1 ... takže mi je vzali oba*…) vedlo k **nutnosti** problém řešit asistovanou reprodukcí. Alena vnímá celou LÉČBU jako **nutnost** *(30/1 ...že jsem musela na AR…, 49/2 ...prostě chci mít dítě, tak musím…)* k dosažení svého cíle mít dítě volí strategie **smíření** se s celou situací formou **odevzdáním se** (*70/2 ...vše jsme museli podstoupit znova…, 82/2 ...zase jen sklopíte oči…)* do rukou lékařů (*83/2 ...jste v rukou lékařů.*.). LÉČBU vnímala jako **nezbytnou proceduru**, jako **manipulaci** ze strany lékařů (*31/1… a musela jsem na operaci…, 45/1 ...prostě vám nasadí hormony…, 38/1 ... takže mi je vzali oba…)*, které **se musí podvolit** *(87/2 ...moc jsem chtěla, musela jsem proto mlčet…),* aby dosáhla svého cíle.

Převládající POCITY vyvolané LÉČBOU jsou: **vztek, zoufalství, beznaděj, tíha, lítost, zklamání a vyčerpání** *(83/2 ...propukne ve vás beznaděj…, 88/2 ...tak se to všechno zkazí…, 112/3 ...jen brečím, zvládám to špatně…, 100/3 ...je to těžký, moc těžký…, 105/3 ...hodně nás to psychicky vyčerpalo…).*

COPINGOVÉ STRATEGIE, které Aleně pomáhaly zvládnout těžkou situaci byly **dodávání si naděje**, občas se musela **přemáhat a povzbuzovat** se (*77/2 ...musela jsem se hodně držet…, 95/3 ...ale já to nechci vzdát…., 97/3 ...nechceme to vzdát…*), aby vše nevzdala. Snažila se **najít smysl** tomu, co musela podstoupit (89/2 …pořád v sobě hledám odpovědi…).

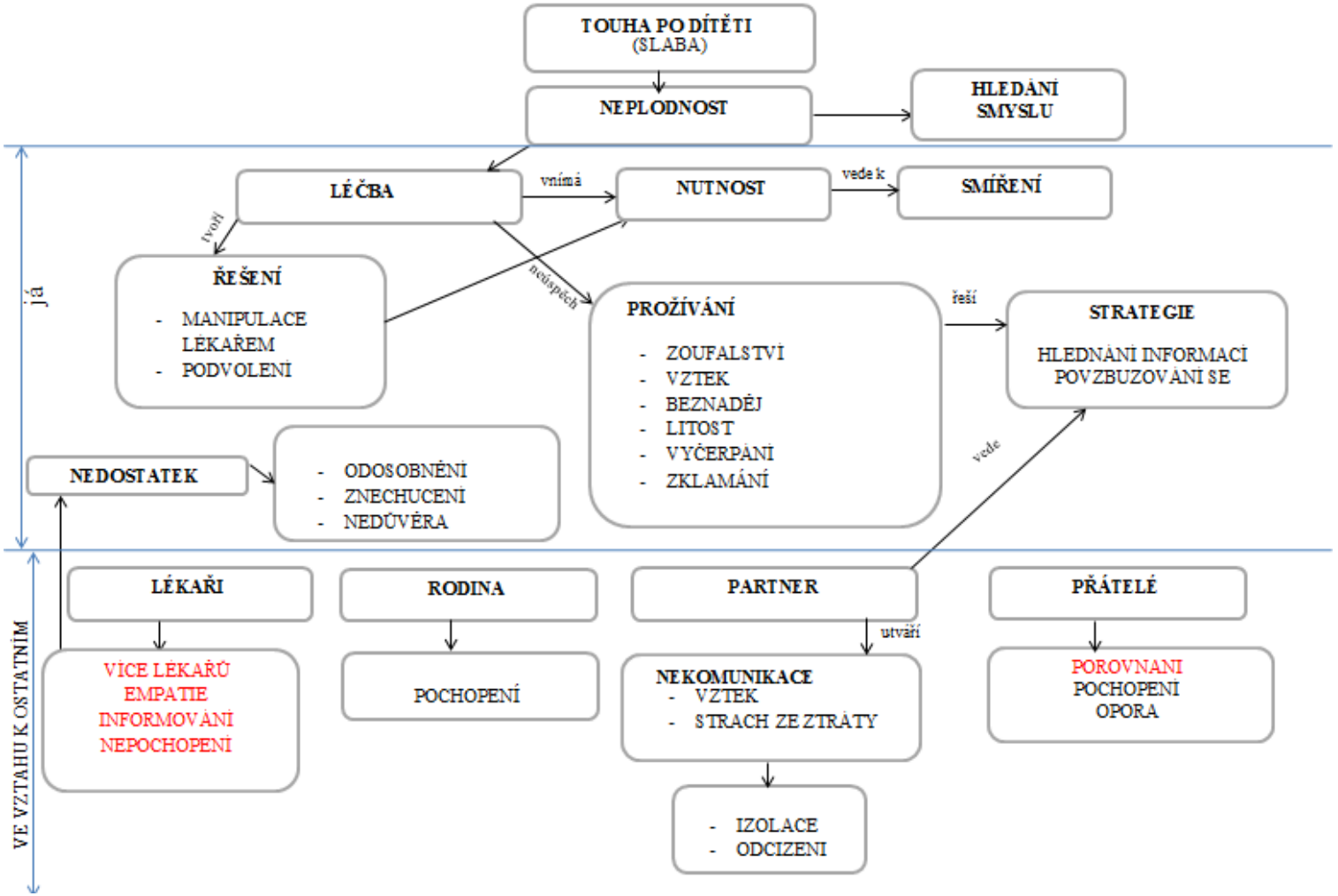
Ve vztahu K LÉKAŘŮM a komunikaci s nimi se **cítí jako nějaká věc** (52/2 …jsem člověk ne nějaké číslo…) a byla z celého procesu **znechucená** (76/2 …byla jsem znechucená…). Od LÉKAŘŮ očekávala **více empatie** a **pochopení** (56/2 …*ženy jsou více empatické, dokáží nás ženy více pochopit…),* **více informací** o všem, co se bude dít (*44/1 ...že vám k tomu doktoři nic neřeknou…, 50/2 ...chtěla jsem vědět přesně, co bude dál…*), jak se má chovat. Jako negativní faktor léčby vnímala i střídání lékařů. Takové chování lékařů v ní vyvolávalo pochybnosti, vztek (*44/1 ...naštvalo mě, že vám lékaři nic neřeknou…, 77/2 ...musela jsem se hodně držet* …) a **ztrátu důvěry** *(84/2 ...musíte jim věřit…, ...)*. Jako copingovou strategii na nedostatek informací od lékařů používala aktivní **vyhledávání informací na netu (***114/3 ...vyhledat blogy, diskuse na internetu…***).** Po

celou dobu léčby prožívá **pocit viny** a zaobírá se otázkami Proč já? Co jsem udělala špatně? (84/2 …nechápu to, nikdy jsem se s ničím takovým neléčila…, 86/2 …nevím, kde jsem udělala chybu…, 89/2 …pořád v sobě hledám odpovědi…).

Situaci zvládala jen díky **opoře** RODINY A PŘÁTEL, kde hledala a nacházela **pochopení** *(314/5 ...všichni nám to přejí..., 318/5 ...ptají se...).,* ale současně byli její přátelé původem **porovnávání** se a zdrojem **závisti** *(206/4 ...skoro všichni naši kamarádi mají děti...)*.

Ve vztahu s PARTNEREM prožívala **vztek na nechápání partnera** (188/4 …ani nechce chodit ven…, 194/4 …měli jsme dost velkou krizi…) a **strach ze ztráty partnera (**185/4 … *Vždycky může nějakou potkat, a odejít, je to těžké..., 203/4 ...dát mu šanci najít si jinou....)*. Důvody, které vedli k **odcizení a izolaci** Aleny od partnera.

Graf č. 1: Schéma Alena



15.2 Analýza případové studie Michaela

Michaele je 36 let, jejímu manželovi 39 let. Manžel má již dvě děti z předchozího manželství. Michaela má vystudovanou vysokou školu humanitního směru, pracuje jako vedoucí sociálních pracovníků v neziskové organizaci. Manžel pracuje jako obchodní ředitel v nadnárodní společnosti. Michaele byly zjištěny špatné vejcovody, které byly operativně odebrány. Dále trpěla chronickým zánětem vaječníků. Mají za sebou již druhý neúspěšný pokus IVF.

15.2.1. Michaela - Vynořená témata pro oblast Prožívání

PROŽÍVÁNÍ	**Vlastnost**	**Dimenze**	**Řádek/ strana**	**Výrok**
POCITY	Touha po dítěti	Silná	10/1	*Toužila jsem po dítěti, po miminku, stále jsem přemlouvala partnera*
	Naděje		34/1	*protože pan doktor to říkal a já jsem mu věřila*
	Zklamání		35/1	*když se nám to pak nepovedlo, tak to na mne hrozně padlo*
	Nedůvěra		70/2	*od té doby jim nevěřím, nikomu,*
	Dehumanizace odosobnění		71/2 133/3	*Je to jen byznys a mají tam bordel* *sestry jsou neosobní, nepříjemné*

15.2.2. Michaela – Vynořená témata pro oblast Komunikace vztah lékař pacient

KOMUNIKACE LÉKAŘE	Vlastnost	Dimenze	Řádek/ strana	Výrok
KOMUNIKACE LÉK.	informování (o léčbě,)	dostatečné	30/1 131/3	*Všechno nám vysvětlil* *Jsou k vám milý, vše vám na první návštěvě vysvětlí, nakreslí, atak*
	sdělování (diagnózy, prognózy,)	strohé	16/1 134/4	*Doktor mi stroze oznámil při vizitě* *Ať si šetříme dost, že nás to bude dost stát*
	doporučování		15/1	*Tam mi doporučili operaci*
	chaos v komunikaci		63-69/2	*Volali, že se podařilo Oplodnit jen tři a mám přijet na transfer. Asi po dvou hodinách mi volal někdo jiný, že jezdit nemám….* *potom zase volal někdo jiný, kde jsme, že jsem měla tam být na tom transferu*
	Ujišťování		34/1	*Protože pan doktor to říkal a já jsem mu věřila*
	Milé vřelé přivítání		28/1	*Schůzka byla příjemná, pak doktor nám podal ruku*
	Doporučení		20/1	*Doporučili nám nějaké centrum asistované reprodukce*
	Spokojenost		31/1	*Odcházela jsem spokojená*

15.2.3. Michaela - Vynořená témata pro oblast Strategie zvládání AR

STRATEGIE	**Vlastnosti**	**Dimenze**	**Řádek/ strana**	**Výrok**
STRATEGIE PACIENTA	Utajování		115/3	*Nikdo o tom vůbec neví, nemluvíme o tom*
	Izolace		118/3	*Moc se s nikým nestýkáme.*
	Opora	nedostatečná	116-118/3	*Mám pocit, že možná by byl raději, kdybychom byli bezdětný a měl by klid*

15.3.4. Michaela – Shrnující příběh

Paní Michaela toužila po dítěti již od počátku vztahu s manželem, kterého musela k dítěti přemlouvat. Její **touhu po dítěti** jsme vyhodnotili jako **silnou** (*10/1 …toužila jsem po dítěti, po miminku…*). S tím, že má potíže s početím zjistila po více jak roce snažení se o dítě, kdy ji gynekolog stroze oznámil, že má špatné vejcovody (*16/1 …doktor mi stroze oznámil…*). Aby mohli s manželem počít, byla jim doporučena asistovaná reprodukce (*19/1 …doporučili nám nějaké centrum AR…).*

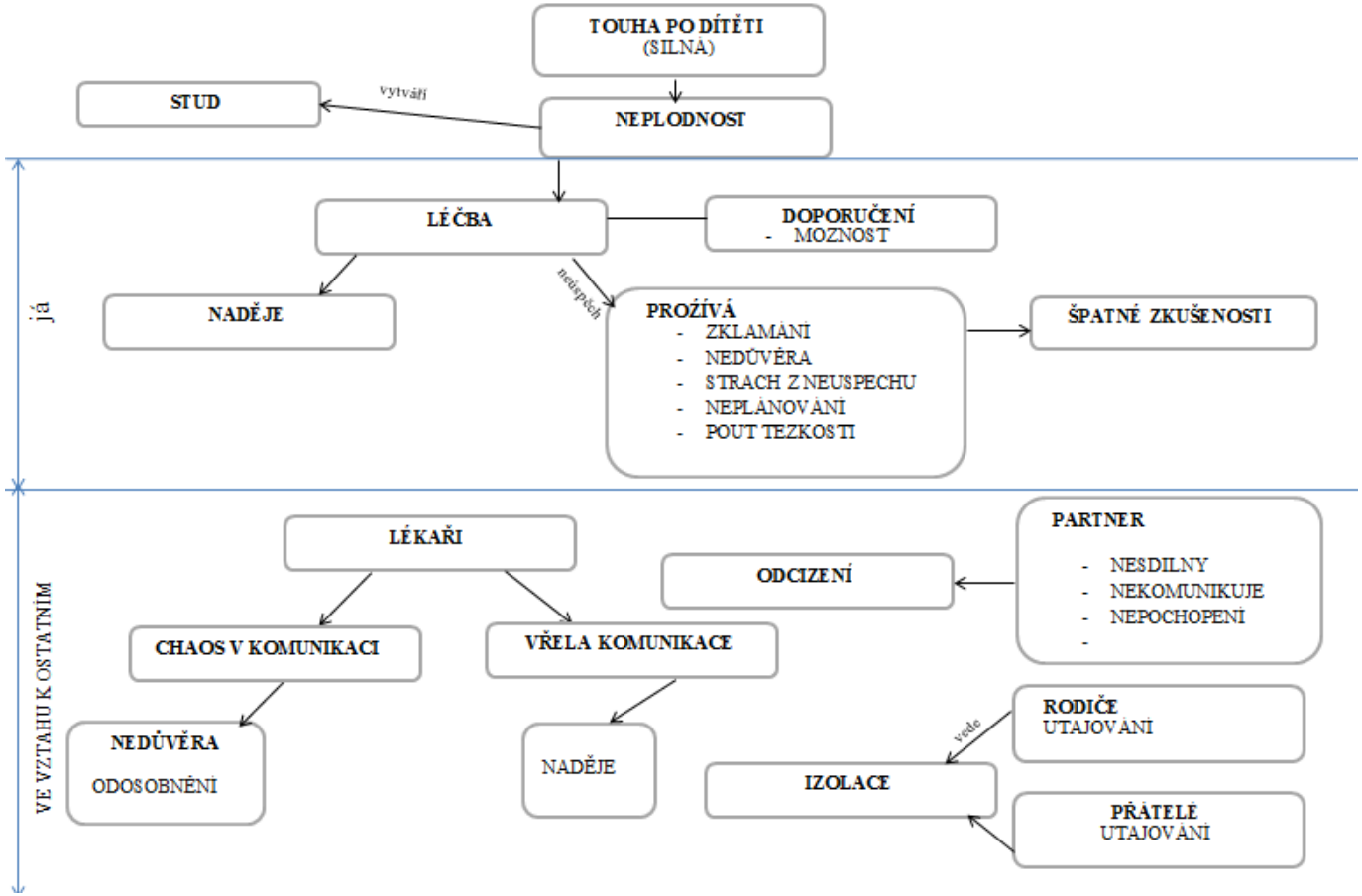
V LÉČBĚ viděla Michaela velkou **naději** (*32/1 …brala jsem to jako hotovku, že to vyjde…, 34/1 …protože pan doktor to říkal…)* a **věřila**, že se jí otěhotnět podaří. O to větší prožívala **zklamání**, když se to nepodařilo (*35/1 …když se nám to pak nepovedlo, hrozně to na mě padlo…*).

KOMUNIKACE s LÉKAŘI na prvním setkání na klinice vzbudila v Michaele pocit, že je na správném místě, měla **důvěru** a byla celkově **spokojená** (*131-2/3 …jsou k vám milý, vše vám na první návštěvě vysvětlí, nakreslí a tak…, 28/1 … schůzka byla příjemná, pan doktor nám podal ruku…., 31/1 …odcházela jsem spokojená…*). Ale následný **chaos v komunikaci** mezi lékaři a pacientem (*63-69/2 …že se podařilo oplodnit jen tři a mám přijet na transfer. Asi po dvou hodinách mi volal někdo jiný, že jezdit nemám, že tam žádné oplodněné najednou není. Druhý den mi zase volal někdo jiný, kde jsme, že jsem měla tam být na tom transferu, že na nás čekají…*) způsobil **ztrátu důvěry** (*70/2 od té doby jim nevěřím nikomu…, 71/2 …je to jen byznys, mají v tom bordel*). To mělo jako následek **opadnutí zájmu** v léčbě pokračovat (*75/2 …jsem ztratila chuť v léčbě pokračovat…*). Celkově můžeme napsat, že si Michaela odnesla z CAR **špatnou zkušenost** a jen obtížně bude získávat důvěru i k jiným CAR.

Ve vztahu s PARTNEREM Michaela **nepociťovala** žádnou **oporu,** naopak měla pocit, že byl rád, že jim to nevyšlo (*116-118/3 …mám pocit, že možná by byl raději, kdybychom byli bezdětný a měl by klid…).* Ve vzájemné komunikaci byl **partner uzavřený** a **nesdílný** a neviděl nutnost AR podstupovat (*102/3 …je ticho, někdy je to s ním těžký…, 98/3 …nechápal, proč musíme tohle všechno podstupovat…*).

Před RODINOU a PŘÁTELI o svém trápení **nemluvili**, raději vše **tajili** než by se někomu svěřili (*115/3 …nikdo o tom vůbec neví, nemluvíme o tom..*). To vedlo k jejich izolaci od ostatních (*118/3 …moc se s nikým nestýkáme…).*

Graf č. 2 Schéma Michaela



15.4 Analýza případové studie Mariana

Marianě je 38 let, jejímu manželovi 41 let. Spolu jsou již 7 let. Mariana má vystudovanou střední školu obchodní s maturitou, pracuje jako administrativní pracovnice v rodinné firmě, manžel je vyučen, pracuje u stavební firmy jako vedoucí čety. Mariana od počátku nemenstruovala pravidelně, asi jen 3x za rok. Byl u ní diagnostikován syndrom PCO nejtěžšího stupně. Poté byly s manželem odeslány do centra asistované reprodukce. Po stimulaci vaječníků syndrom OHSS, nastalo selhání plíce – Hydrothorax, kritický stav. Přesto i nadále se s manželem nevzdali a pokračovali dále v cestě za vytouženým miminkem. Mariana podstoupila 8 pokusů IUI, 3 IVF, 8 KET. Mariana byla ke konci dubna 2015 v šestém týdnu těhotenství.

15.4.1. Mariana - Vynořená témata pro oblast Prožívání

POCITY	Naděje		150/4	*Stále jsem doufala, to dítě pro mne bylo tak moc důležité*
	Nenormální, méněcenná		134/4	*Se bála, toho že by si o mne myslel, že jsem cvok*
			159/4	*Cítila jsem se necelá, jak kdybych byla rozbitá*
			163/4	*Cítila jsem se prostě neúplná*
	Touha mít dítě (být normální)		151/4	*Chtěla jsem chodit venku s kočárkem, chovat malé*
	Trest	hrůza	70/2 84/2	*Bože bylo to hrozné....brečela jsem*
	Nespravedlnost		198/4	*Je to nespravedlivé, když nějaká támhle*
	Prázdna (ztráty)		88/2 148/4	*Stále tam bylo prázdno* *Po každém potratu ztrátu*
	Nesmíření se	Těžké	35/1	*No velmi těžce, začínali jsme s léčbou hormony*

				nedokázala bych žít bez dítěte
	Nejistota	Těžká	41/1 93/3	*Reakce byly buď žádné, anebo přehnané,* *Nevěřila jsem, že se to podaří*
	Zkoušení		35/1 40/1	*Začínali jsme s léčbou* *Přišly pokusy pomocí*
	Odosobnění		175/4 175/4	*Chovali se tam k nám tak nějak tabulkově* *Na běžícím pásu...nelidsky*
	Zklamání	Odcizení neúnosné	142/4 78/2	*A to mu nemůžu zapomenout* *Manžel to tenkrát hrozně špatně nesl*
	Těžkost	Obtíž	50/2	*Je to pro mě hodně těžké*
	Bolest	Nesnesitelná	46/1 147/4	*Špatně se mi o tom mluví, promiňte* *Hodně jsme prožívali bolest*
	Touha	Silná	82/2 86/2	*Tak moc jsem po něm toužila* *Tak moc jsem tam chtěla mít to malé*
EMOCE	Vztek (frustrace)		87/2	*Přesto jsem stále nemohla*
	Strach ze smrti	Neúnosný	58/2 79/2 90/3	*Zkolabovala jsem u toho* *Měl o mne strach* *Jsem prožívala hrozný nepopsatelný strach*
	Strach z neúspěchu		93/3	*Bála jsem se, nevěřila jsem, že se to podaří*

	Smutek		118/3	*Bylo mi hrozně smutno*
	Závist	silná	83/2 118/3	*Záviděla jsem ostatním* *Jsem se u nich necítila dobře, myslím u těch, co měli dítě*

15.4.2. Mariana – Vynořená témata pro oblast Komunikace vztah lékař pacient

KOMUNIKACE LÉKAŘE	Vlastnost	Dimenze	Řádek/ strana	Výrok
KOMUNIKACE LÉK.	informování (o léčbě,)	Nedostatečné	172/4	*Že nám pořádně nic neřeknou*
		technické	173/4	*Že mluví tak odborně*
	sdělování (diagnózy, prognózy,)	přímé	24/1	*Že bych se měla začít soustředit na reprodukci*
	doporučování	direktivní	11/1	*Že bych se měla začít soustředit na reprodukci*
			26/1	*Bylo nám doporučeno, pokud chceme mít děti*
	Přesměrování		23/1	*Dostala jsem od lékaře kontakt na specialisty*
			38/1	*Následně jsme byli přesměrování do centra AR*
STRATEGIE KOM.	Odlehčování		33/1	*Není zas tak hrozné*
	Ujišťování		33/1	*Gynekolog ujišťoval*
	Střed pozornosti	Milé chování	177/4	*Sestřičku, byla fakt milá, pořád se tam kolem nás točila*
LÉČBA	Zkouška		31/1	*Přišlo rozhodnutí zkusit AR*
			35/1	*Začínali jsme s léčbou*
			40/1	*Přišly pokusy pomocí*

15.4.3. Mariana - Vynořená témata pro oblast Strategie zvládání AR

STRATEGIE	**Vlastnosti**	**Dimenze**	**Řádek /strana**	**Výrok**
STRATEGIE PACIENTA	Izolace		121/3 122/3	*Jsem se vyhýbala návštěvám* *Vyhýbala jsem se kontaktu s lidmi*
	Zkoušení	hrozné	45/1	*Bylo to hrozné období*
	Rozhodování	těžké	80/2	*Rozhodovali o tom že se vším praštíme*
	Ujišťování se	Těžký	85/2	*Stále jsem si sahala na bříško*
POTŘEBA	Pochopení ostatních	Větší	108/3	*Otec to nechápal*
	Informování	více	173/4	*Že nám pořádně nic neřeknou*
	Nesdílnost manžela	(odcizení) (Lítost)	141/4 142/4 145/4	*Manžel ten byl, ale řekl mi to až později.* *Tenkrát se mi s tím nesvěřil* *Nevím proč mi to neřekl*
	Opory od manžela	Dostatečná (sblížení)	99/3 102/3	*Je zlatíčko, v té době stál při mne* *Ale přesto stál stále při mne*
	Opora od rodiny	Dostatečná (sblížení)	108/3 113/3	*Hodně mi byla nablízku maminka* *S maminkou nás ta situace hodně sblížila*
PŘÍSTUP	Dobrý pocit	Milé chování	168/4	*Sestřičky tam byly moc milý*
	Hledání vysvětlení	více	172/4	*Manžel si stěžoval pořád na to, že nám pořádně nic neřeknou*

15.4.4. Mariana – Shrnující příběh

Mariana po více jak ročním vztahu začala s manželem toužit po dítěti, její **touhu** jsme vyhodnotili jako **silnou** (*82/2 …tak moc jsem po něm toužila…, 86/2 …tak moc jsem tam chtěla mít to malé…, 150-151/4*), ale hned od prvopočátku se Mariana setkala s komplikacemi a přirozené početí u ní bylo vyloučeno. Lékaři jim proto doporučili asistovanou reprodukci, jestli vůbec chtějí otěhotnět.

Její LÉČBA se pro ni stala jedním **velkým zkoušením** (*31/1 … Přišlo rozhodnutí zkusit AR…, 40/1 …přišly pokusy pomocí…)* Každý pokus prožívala s velkým **strachem** jak **z neúspěchu** (*93/3 …bála jsem se, nevěřila jsem že se to podaří…)* tak **strachem ze smrti** (*58/2 …zkolabovala jsem u toho, 90/3 …jsem prožívala hrozný strach…).* A jednotlivé **neúspěchy** se staly pro Marianu **velmi těžkým a bolestivým** obdobím (*51/2 … je to pro mě hodně těžké…, 147/4 …hodně jsme prožívali bolest…*). Každý nezdařený pokus v ní vyvolával čím dál tím větší **nejistotu**, že by se to mohlo podařit (*93/3 …nevěřila jsem, že se to podaří…*) **pocit prázdnoty a ztráty** (*88/2 …stále tam bylo prázdno…, 148/4 …po každém potratu ztrátu…*). V jistých momentech, už byla vše tak **neúnosné**, že se rozhodovala léčbu ukončit (*80/2 …rozhodovali jsme se, že se vším praštíme…).*

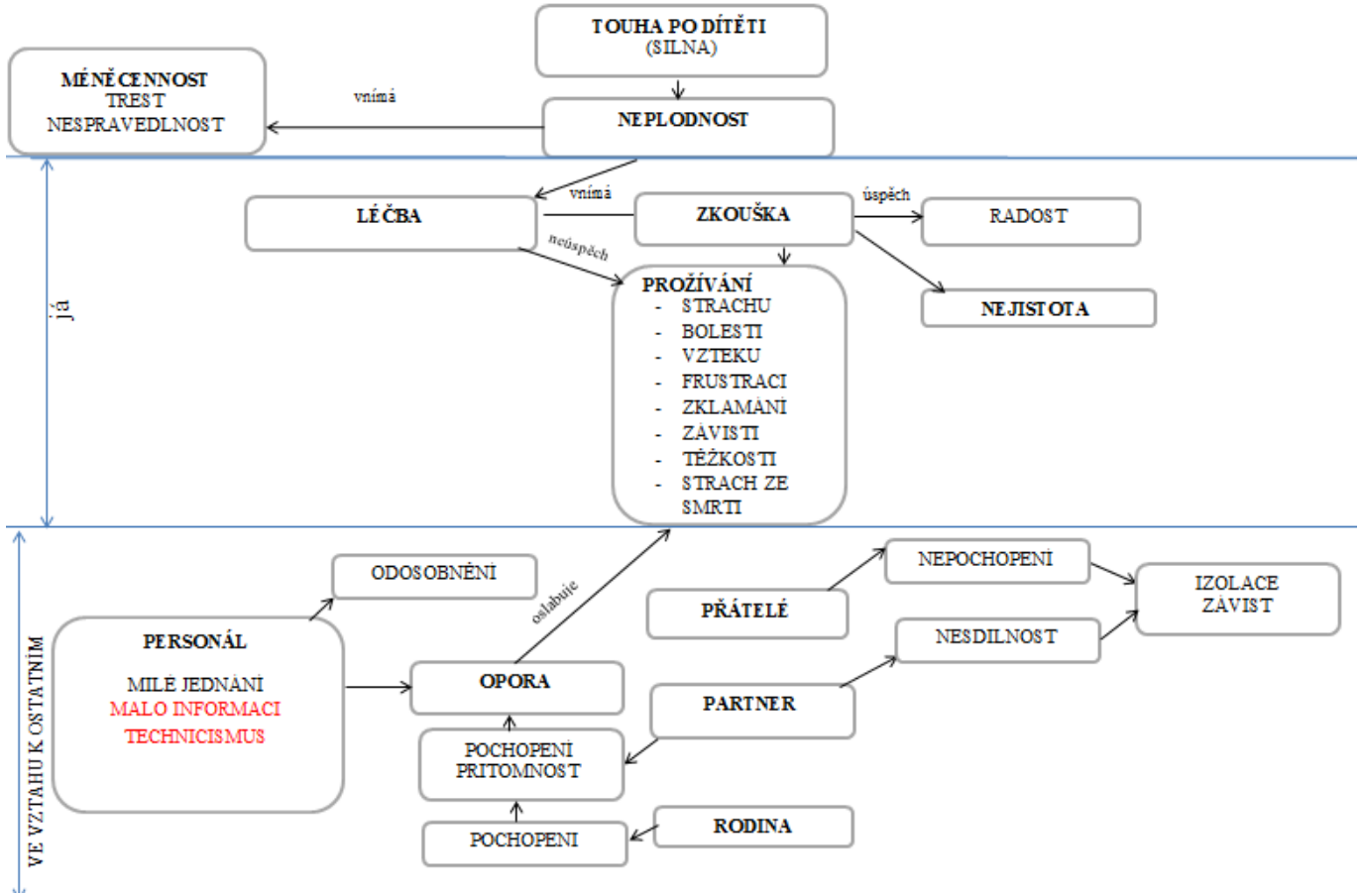
Samotnou NEPLODNOST a nutnost podstoupit všechnu tuhle náročnou léčku prožívala jako velkou **nespravedlnost a trest** (*198/4 …je to nespravedlivé, když nějaká támhle…*) a hledala sama v sobě odpovědi. Cítila se **méněcenná, nenormální a odlišná** od svého okolí (*159/4 …cítila jsem se necelá, jako kdybych byla rozbitá…, 163/4 …prostě neúplná…).* Stále však doufala, že se jim otěhotnět podaří (*150/4 …stále jsem doufala…)* **naděje**, živená její silnou touhou po dítěti (*36/1 …nedokázala bych žít bez dítěte…, 82/2 …tak moc jsem po něm toužila…)* a oporou ve svém okolí.

Velkou **oporu** nacházela ve svém **partnerovi** (*99/3 …je zlatíčko, v té době stál při mne, 102/3 …přesto stál při mne…*) a **v rodině** (*108/3 hodně mi byla na blízku maminka,*
113/3 …s maminkou nás ta stuace hodně sblížila…). Mrzela ji však **nesdílnost manžela** ve svých pocitech *(142/2 …tenkrát se mi s tím nesvěřil, 145/4 …nevím, proč mi to neřekl…).*

Od PŘÁTEL a ostatních lidí se však **izolovala** (*121-122/3 …vyhýbala jsem se návštěvám, …kontaktu s lidmi…*) a prožívala **silnou závist** vůči lidem co měli děti (*83/2 …záviděla jsem ostatním, 118/3 …necítila jsem se dobře, u těch co měli dítě…*).

Ve vztahu k PERSONÁLU CAR a komunikaci s nimi pociťovala jako vřelou a milou (*177/4 …sestřička byla fakt milá, pořád se kolem nás točila…)* což jí dávalo i **pocit pochopení**. V kontaktu s lékaři však pociťovala určitou odměřenost, které v ní vyvolával pocit **odosobnění, odlidštění** (*175/4 …chovali se k nám tak nějak tabulkově, …na běžícím pásu nelidsky…*) asi hlavně z důvodu **nedostatečného vysvětlování** situace a **informování** (*173/4 …že nám pořádně nic neřeknou…).*

Graf č. 3 – Schéma Mariana



15.5 Analýza případové studie Renata

Renatě je 35 let, s přítelem je krátce. Renata vystudovala gymnázium, pracuje jako asistentka. Přítel je v evidenci úřadu práce. Renaty zdravotní stav je dobrý, u přítele byl zjištěn horší spermiogram. Jelikož se zatím nepodařilo oplodnění spermatem partnera, uvažují o dárci.

15.5.1. Renata - Vynořená témata pro oblast Prožívání

PROŽÍVÁNÍ	**Vlastnost**	**Dimenze**	**Řádek/ strana**	**Výrok**
	Nutnost AR		29/1	*Doktor nás poslal do CAR*
	Rutina		52/2	*Řekla vám, ať se posadíte, a bylo*
	Lítost			
	Obava z partnerovi reakce		106/3	*Měla jsem obavu, jak to řeknu partnerovi, že má jít na vyšetření*
			109/3	*Měla jsem strach z jeho reakce*
			112/3	*Při rozhovoru s ním, to ze mne vše spadlo*
	Otevřená komunikace		111/3	*Byl hodně milý a vstřícný*
	Pocit jednoty		116/3	*Nebyla jsem na to už sama, měla jsem jeho*
			196/5	*Uklidnilo mě to, nebyla jsem jediná*
	Jistota		139/4	*Musí to vyjít na první pokus, proč taky ne*
			142/4	*Nepočítala jsem s neúspěchem*
	Optimismus		143/4	*Věřila jsem, že to vyjde*
			147/4	*Byla jsem ve skvělé náladě*
			153/4	*Byla jsem šťastná, šla jsem na transfer*
			171/4	*Hlavu vzhůru, příště to vyjde*
			173/4	*Stále věříte, že se to podaří*
			188/5	*Stále si říkám, že se to*

				musí povést
	Zklamání		167/4	*Nepodařilo se, přišlo velké zklamání*
	Obviňování		170/4	*Co jsem udělal špatně*
	Nepříjemnost		301/5	*Bylo nepříjemné, když se na vše vyptávají*
	Opora matky		316/6	*Když se nám to nepodařilo, uklidňovala mě*

15.5.2. Renata – Vynořená témata pro oblast Komunikace vztah lékař pacient

KOMUNIKACE LÉKAŘE	Vlastnost	Dimenze	Řádek/ strana	Výrok
	informování (o léčbě,)	Vřelé	30/1	*Vstupní osobní pohovor s lékařem, který nám vše vysvětlil*
	sdělování (diagnózy)		21/1	*Zjistili, že nemá nejlepší spermiogram,*
	doporučování		22/1	*Doktor mu doporučil vitamíny*
	Vysvětlování	Dostatečné	32/1	*Vysvětlil, co nás bude čekat*
		nedostatečné	75/2	*Nepodal mi žádné vysvětlení*
	Vřelá	Je oporou	43/1	*Vlídně nás přijala*
			44/1	*Povídala si s námi*
			45/1	*Hodně mi to pomáhalo*
			46/2	*Ten vlídný milý přístup*
			50/2	*Dokázala nás, mě tím podpořit*
	Chápající		47/2	*Máte pocit, že vás chápou, čím vším si procházíte*
	Nemožnost sdílet		54/2	*Sedíte a čekáte, nemáte si s kým promluvit*
	technicismus		56/2	*Lékař, si jede tou svou odbornou řečí*
	bezcitná		71/2	*Mi sdělil dost neurvale*
			64/2	*Že se to nepodařilo, nám sdělili na chodbě před dalšími páry*
	Nadřazenost		76/2	*Trval si na svém a nehodlal se se mnou o tom bavit*

			88/2 90/3	*Stále si stál za svým* *Že prý tomu nerozumím*
	Nepřiznání omylu		87/2	*Měl otevřenou jinou kartu, ale nepřiznal to*
	Odcizení		58/2	*Přístup byl hodně cizí*
	Reference	Lepší, kladné	97/3 98/3	*Reference na ně byly o dost lepší* *Kamarádka na ně měla jen chválu*

15.5.3. Renata - Vynořená témata pro oblast Strategie zvládání AR

STRATEGIE PACIENTA	**Vlastnost**	**Dimenze**	**Řádek/ strana**	**Výrok**
	Změna centra		78/2 91/3	*Tak jsme šli jinam* *To byl důvod proč jsme odešli*
	Hledání příčin		168/4 169/4	*Ptáte se, proč se to nepovedlo,* *Kde se stala chyba*
	Hledání zkušeností jiných		190/5 192/5 194/5	*Hledala jsem na internetu* *Hodně ženských tam psalo* *Chce to trpělivost, pak se to stalo*

15.5.4. Renata – Shrnující příběh

Renata dlouho po dítěti netoužila, až se svým současným partnerem, s kterým se po roce vztahu rozhodli, že chtějí miminko (*15/1…že bychom rádi miminko…)* a její **touhu** po dítěti jsme vyhodnotili jako **silnou** (*154/4 …moc jsem chtěla miminko…).* Po delším neúspěšném snažení hledali příčinu a zjistili u manžela horší spermiogram a bylo jim **doporučeno** nějaké centrum asistované reprodukce (*29/1… doktor nás poslal do centra asistované reprodukce…).*

Počátek LÉČBY prožívala jako **nutnost**, ale současně s velkou **nadějí** a **optimismem** (*143/4 …věřila jsem, že to vyjde…, 153/4 … byla jsem šťastná, šla jsem na transfer…, 171/4, 173/4, 188/5*), že bude mít dítě.

Léčbu vnímala jako něco úplně **normálního** a **přirozeného** díky probíhající KOMUNIKACI, **milému** a **vřelému** přivítání personálu a lékaře (*43/1 …vlídně nás přijala…, 44/1 …povídala si s námi…, 50/2 …dokázala mě tím podpořit…),* cítila se **pochopena** ve svém údělu (*47/2 …máte pocit, že vás chápou, čím vším si procházíte….),* lékař bych ochotný a vše Renatě a partnerovi vysvětlil (*30/1 …s lékařem, který nám vše vysvětlil…, 32/1 …vysvětlil, co nás bude čekat…*). **Pocit pochopení** se rozplynul se změnou lékaře, který na první dojem působil **bezcitně** (*71/2 …sdělil mi dost neurvale…),* hovořil příliš **odbornou řečí** (*56/2 …lékař si jede tou svou odbornou řečí….)* a i nová sestra neměla dostatek **empatie** (*64/2 …že se to nepodařilo, nám sdělila na chodbě před dalšími páry…*). To vedlo ke **ztrátě důvěry** a nakonec až ke **změně centra**. Hlavním důvodem byl omyl, kterého se lékař dopustil a **nepřiznal svou chybu** (*87/2 …měl otevřenou jinou kartu, ale nepřiznal to…*) a jeho **nadřazenému** chování (*76/2 …trval si na svém a nehodlal se se mnou o tom bavit…., 88/2 stále si stál za svým…).*

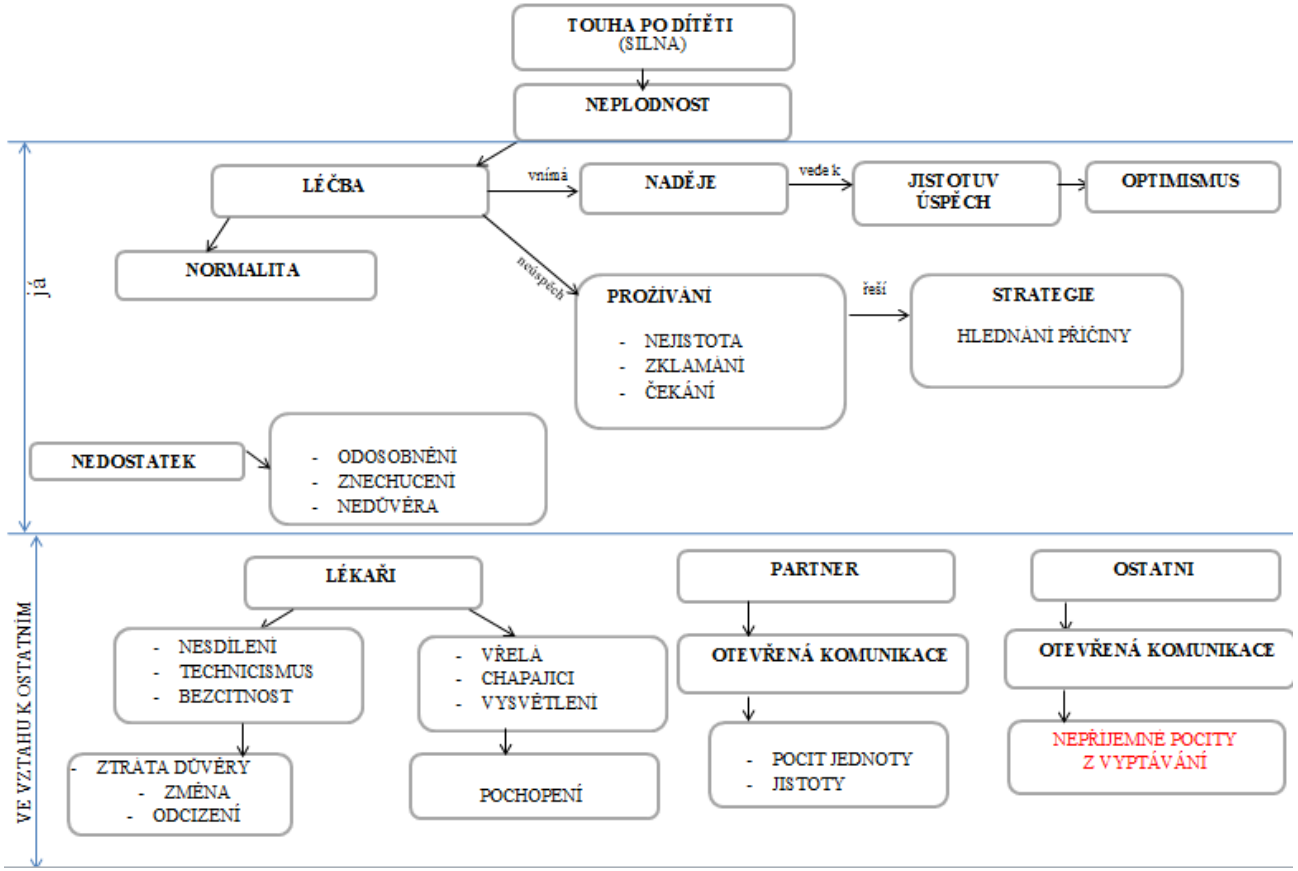
NEÚSPĚCH léčby Renata prožívala s pocitem velkého zklamání (*167/4 …nepodařilo se, přišlo velké zklamání…),* za nejhorší období v průběhu léčby považovala **čekání** na výsledek (*152/4 …bylo pro mne nejhorší období, to čekání…).*

Odpovědi na neúspěch Renata hledala v **racionalizaci** a **hledání příčin**, proč se to nepovedlo (*168/4 …ptáte se, proč se to nepovedlo…169/4 …kde se stala chyba…)* s následným **obviňováním** sama sebe (*170/4 …co jsem udělala špatně…).*

KOMUNIKACE s partnerem nejdříve vázla z důvodu obav Renaty z reakce partnera na nutnost podrobit se vyšetření (*106/3 …měla jsem obavu, jak to řeknu partnerovi…, 109/3 …měla jsem strach z jeho reakce…),* ale po odhodlání si s ním **promluvit otevřeně**, z ní všechen strach opadl (*112/3 …při rozhovoru s ním , to ze mne vše spadlo…., 111/3 …byl hodně milý a vstřícný…).* Nalezená komunikace s partnerem v ní probudila **pocit jednoty a opory** (*116/3 …nebyla jsem na to už sama, měla jsem jeho…).* **Oporu** našla i ve své matce, která ji uklidňovala (*316/6 …když se nám to nepodařilo, uklidňovala mě…).*

Ve vztahu k PRÁTELŮM **otevřená komunikace** o svém problému vedla nejen k obdržení opory, ale přinášela s sebou i **nepříjemný** pocit z **vyptávání** (*301/6 …bylo nepříjemné, když se na vše vyptávají…*).

Graf č. 4 Schéma Renata



15. 5 Shrnující tabulky

V následujících tabulkách shrnu hlavní významná témata

15.5.1 Souhrnná tabulka významných témat napříč případy Prožívání AR

Témata	Alena	Michaela	Mariana	Renata	Objevuje se aspoň ve ¾ případech
Odevzdání se	X				
Zoufalství	X				
Beznadej	X				
Lítost	X			X	
Podvolení se	X				
Zmaření	X				
Vyčerpání	X				
Zklamání	X	X	X	X	X
Tíha a těžkost	X		X		
Prázdnota	X		X		
Nutnost	X			X	
Vztek	X		X		
Pocit viny	X				
Odosobnění	X	X	X		X
Znechucení	X				
Závist	X		X		
Naděje		X	X	X	X
Nenormální méněcennost			X		
Trest			X		
Nespravedlnost			X		
Nesmíření					
Nejistota			X		
Bolest					
Strach			X	X	
Smutek			X		
Nedůvěra		X			
Obviňování				X	

15.5.2 Souhrnná tabulka významných témat napříč případy Komunikace Lékař Pacient

Témata	Alena	Michaela	Mariana	Renata	Objevuje se aspoň ve ¾ případech
Informování	X	X	X	X	X
Sdělování	X	X	X	X	X
Doporučování	X	X	X	X	X
Ujišťování		X			
Chaos v komunikaci		X			
Chápající kom.				X	
Technicismus				X	
Vřelá komunikace		X		X	
Bezcitná kom.				X	
Odlehčování			X		
Ujišťování			X		
Střed pozornosti			X		

15.5.3 Souhrnná tabulka významných témat napříč případy Strategie zvládání situace AR

Témata	**Alena**	**Michaela**	**Mariana**	**Renata**	**Objevuje se aspoň ve ¾ případech**
Utajování		X			
Izolace	X	X	X		X
Opora	X	X			
Rozhodování			X		
Zkoušení			X		
Ujišťování			X		
Změna centra				X	
Hledání informací	X		X	X	X
Podvolení se	X				
Smíření	X				
Vzdor	X				
Přemáháni se	X				
Bojování	X				
Povzbuzování	X				
Porovnávání	X				

16 Diskuse výsledků

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak žena prožívá neplodnost, jak prožívali proces asistované reprodukce, komunikaci s personálem centra asistované reprodukce a vztah se svým okolím, rodinou a přáteli. Chtěla jsem pochopit, jaké pocity zažívá žena při procesu asistované reprodukce, jaké používá copingové strategie k zvládání stresu spojeného s asistovanou reprodukcí.

V následujících řádcích budu odpovídat na tři výzkumné otázky: *Jak jedinci prožívají asistovanou reprodukci? Jaké používají jedinci copingové strategie k zvládání stresu spojeného s asistovanou reprodukcí? Jak jedinci prožívají přístup zaměstnanců center asistované reprodukce a komunikace s nimi?*

Z analýzy jsem vytvořila několik významných témat, které jsem vložila do tabulky a vyhodnotila jsem, jak často se objevují u konkrétních případů.

Výzkumná otázka č.1 - Jak jedinci prožívají asistovanou reprodukci?

Významná témata, které se nejčastěji objevovaly napříč všemi případy pro téma prožívání asistované reprodukce, byly následující: *zklamání, odosobnění, naděje, strach, lítost, tíha a těžkost, vztek.*

Významné téma, které se objevilo u všech případů, bylo téma **Zklamání.** Neúspěch léčby prožívaly respondentky s pocitem zklamání: Renata říkala (*167/4…nepodařilo se, přišlo velké zklamání ….)*, Michaela vypovídá (*35/1 … když se nám to pak nepovedlo, hrozně to na mne padlo….*), Alena sděluje (*88/2 … tak se to všechno zkazí…).*

Pocity lítosti, zklamání, zoufalství, beznaděje lze označit jako depresivní. Depresivní prožívání můžeme charakterizovat jako neschopnost ovlivnit pocity smutku, lítosti, které se často projevují pláčem. Zklamání je přirozenou reakcí na zmařené očekávání. Všechny ženy vnímají asistovanou reprodukci jako naději na otěhotnění a splnit si své přání mít vlastní dítě. Většinou si ani nepřipouští, že by umělé oplodnění mohlo dopadnout neúspěchem nebo takovou informaci vytěsňují optimismem. Silná touha po dítěti je vždy doprovázena naději a jistotou v úspěch a v případě neúspěchu pomáhá jedinci se znova zvednout a pokračovat dál v pokusech o otěhotnění. Některé z žen i uváděli, že vnímají asistovanou reprodukci jako zkoušku nebo pokoušení se o něco, co si přejí a budou bojovat dokud to půjde. Lékaři a sestry, kteří sdělují špatné právy, by

měli být připraveni na zvládání emocí smutku a lítosti svých pacientů a psycholog v centru měl pomáhat zpracovat takové emoce, aby se nepřehouply v depresi.

Dalším vynořeným tématem byl **pocit strachu**. Mariana prožívala každý pokus s velkým strachem jak z neúspěchu (*93/3 .. bála jsem se, nevěřila jsem, že se to podaří..)* tak strachem ze smrti *(58/2…zkolabovala jsem u toho, 90/3…jsem prožívala hrozný strach..)* u Renaty byl strach z reakce partnera na nutnost podrobit se vyšetření *(106/3…měla jsem strach z jeho reakce..*), Alena prožívala strach z možné ztráty partnera (*185/4…Vždycky může nějakou potkat, a odejít, je to těžké….,)*Neplodný jedinec má tendence obětovat vztah, dát partnerovi volnost, možnost nového vztahu, kde partner naplní svůj cíl mít dítě, Alena (*203/4 ..dát mu šanci najít si jinou..).*

Strach je nedílnou emocí, která léčbu doprovází. Strach ze samotného úkonu, strach z neúspěchu, strach ze smrti, ze ztráty partnera, obavy, které by psycholog centra měl umět probrat tyto pocity s klienty a posilovat důvěru a pocit bezpečí. Klienti často o svém strachu s ostatními nehovoří a drží si ho uvnitř, protože mají pocit nepochopení.

Dalším vynořeným tématem ve vztahu k prožívání byla **závist.** Neplodné ženy pociťují závist vůči kamarádkám, které jsou těhotné nebo již mají miminko. Silnou závist vůči lidem co měli děti prožívala Mariana (*83/2 ...záviděla jsem ostatním, 118/3 necítila jsem se dobře u těch, co měli dítě…*) a Alena (*206/4…skoro všichni naši kamarádi mají děti*…). Začneme závidět, když vnímáme, že naše snažení nepřináší kýžený výsledek a vidíme v ostatních.

Respondentky prožívají při léčbě neplodnosti nejčastěji zklamání z neúspěchu, pocity lítosti, strachu a závisti. Je pro ně těžké se potkávat s těhotnými kamarádkami, kterým těhotenství závidí, a proto raději se jich straní, přerušují kontakty. V případě, že respondentky neměly psychickou oporu v partnerovi nebo v rodině, své trápení snášely hůře.

Výzkumná otázka č. 2 - Jaké používají jedinci copingové strategie k zvládání stresu spojeného s asistovanou reprodukcí?

Další mojí výzkumnou otázkou jsem chtěla zjistit, jaké copingové strategie k zvládání stresu spojeného s asistovanou reprodukcí používají neplodní jedinci, v našem případě

ženy. Z analýzy případů se objevovali tyto témata: *Izolace a oddálení od partnera, opora, hledání zkušeností jiných.*

Michaela o svém trápení s rodinou a přáteli nemluvila, raději vše s partnerem tajili (*115/3…nikdo o tom vůbec neví, nemluvíme o tom….).* To je vedlo k jejich **izolaci** od ostatních (*118/3….moc se s nikým nestýkáme…)*, Mariana se také od přátel a ostatních lidí izolovala (*121-122/3…vyhýbala jsem se návštěvám, kontaktu s lidmi..),* Alena zase prožívala vztek na nechápání partnera, což vedlo k odcizení a izolaci od něj.

Izolace je jednou z copingových strategií uniku, kterou používáme, když situace, ve které se nacházíme, je pro nás nepříjemná a nevíme si rady, jak ji řešit. Izolace žen od svého okolí, je výsledkem nedostatečné komunikace se svým okolím, které nedokáže pochopit prožívání neplodné ženy. Stud za svou situaci, pocitu „rozbití", strachu.

Další téma, které vyvstalo z analýzy, bylo **hledání informací** Jako copingovou strategii na nedostatek informací od lékařů používaly respondentky aktivní vyhledávání informací na netu Alena (*114/3 …vyhledat blogy, diskuse na internetu…),* Renata říká (*190/5…hledala jsem na internetu..,),* Mariana hledala informace, protože měla pocit nedostatečného vysvětlování situace a informování *(173/4…že nám pořádně nic neřeknou…).*

Hledání odpovědí je strategií na nedostatečné informování ze strany lékařů, možnosti probrat své pocity a prožívání s někým, kdo Vás chápe, kdo má podobnou zkušenost, hledání alternativních cest jak si splnit svůj sen.

Copingové strategie zvládání náročné životní situace, které posilují psychickou odolnost a naději neustoupit od svého cíle a překonat překážky, pomáhaly např. Aleně zvládnout tuto těžkou situaci, **dodávání si naděje**, někdy **přemáhání** a **povzbuzování se**, aby vše nevzdala. Snažila se najít **smysl** v tom, co musela podstoupit.

Výzkumná otázka č. 3 - Jak jedinci prožívají přístup zaměstnanců center asistované reprodukce a komunikace s nimi?

Ve vztahu k personálu centra asistované reprodukce a komunikaci s nimi pociťovala Mariana jako **vřelou a milou** (*177/4…sestřička byla fakt milá, pořád se kolem nás*

točila…). U Michaeli první setkání na klinice vzbudilo v ní pocit, že je na správném místě, měla **důvěru v personál** a celkově byla **spokojena** (*131-2/3 …jsou k vám milý, vše vám na první návštěvě vysvětlí, nakreslí a tak…, 28/1..schůzka byla příjemná, pan doktor nám podal ruku…*). Díky milé a vřelé komunikaci personálu (*43/1..vlídně nás přijala…, 44/1..povídala si s námi…, 50/2 ..dokázala mne tím podpořit…)* vnímala Renata léčbu jako něco úplně **normálního** a **přirozeného**. Cítila **se pochopena** ve svém údělu (*47/2 máte pocit, že vás chápou, čím vším si procházíte…*), lékař byl ochotný a Renatě a jejími partnerovi vše vysvětlil (*32/1…vysvětlil, co nás bude čekat…).* **Pocit pochopení** se však rozplynul se změnou lékaře, který na první dojem působil **bezcitně** (*71/2…sdělil mi dost neurvale…),* hovořil příliš **odbornou řečí** (*56/2..lékař si jede tou svou odbornou řečí…)*a i nová sestra neměla dostatek empatie (*64/2…že se to nepodařilo, nám sdělila na chodbě před dalšími páry…*). To vedlo ke **ztrátě důvěry** a v případě Renaty ke **změně centra asistované reprodukce.** Alena se ve vztahu k lékařům a komunikaci k nim **cítila jako nějaká věc** (*52/2…jsem člověk, ne nějaké číslo…)*a byla z celého procesu **znechucená** (*76/2…byla jsem znechucená..).* Od lékařů očekávala více **empatie** a **pochopení** (*56/2…ženy jsou více empatické, dokáží nás více pochopit…*), více informací o všem, co se bude dít *(44/1..že vám k tomu nic neřeknou…,50/2…chtěla jsem vědět přesně, co bude dál…).* U Michaely **chaos v komunikaci** ní a personálem způsobil **ztrátu důvěry** (*70/2..od té doby nevěřím nikomu…).* Michaela si díky chaosu v komunikaci v centru asistované reprodukce odnesla velmi **špatnou zkušenost**, a jen obtížně bude získávat důvěru v jiných centrech asistované reprodukce.

Ve vztahu k personálu centra asistované reprodukce a komunikaci s nimi bylo pro respondentky důležitá vřelá a milá komunikace, která navozuje pocit pochopení, přijetí, počáteční důvěru v personál a celkovou spokojenost. Z rozhovorů lze také usuzovat, že jak je velmi důležité, aby se respondentky v centrech asistované reprodukce cítily pochopeny ve svém údělu, dostaly dostatečné informace o léčbě, o postupech, které je čekají. Respondentky by rovněž uvítaly, kdyby lékaři s nimi hovořili bez zbytečného technicismu, měly dostatek empatie a pochopení pro jejich trápení.

Z odpovědí na výzkumnou otázku **Jak jedinci prožívají přístup zaměstnanců center asistované reprodukce a komunikace s nimi** vyvstávají možná doporučení:

- Positivní první dojem - vřelé a milé uvítání, které dokáže v pacientovi vzbudit pocit, že je na správném místě
- Sdělovat informace jazykem pacienta, empaticky naslouchat (povzbuzovat, objasňovat, parafrázovat, zrcadlit pocity pacientů, ujišťovat, shrnovat)
- Efektivní zpětná vazba
- Empatie, pochopení

17 ZÁVĚR

Cílem diplomové práce Psychické prožívání neplodnosti a asistované reprodukce z pohledu neplodného jedince bylo zjistit, jak žena prožívá neplodnost, jak prožívali proces asistované reprodukce, komunikaci s personálem centra asistované reprodukce a vztah se svým okolím, rodinou a přáteli.

Výsledky kvalitativního výzkumu by měly přispět k poznání v porozumění prožívání neplodnosti, k většímu empatickému pochopení pacientů a jejich partnerů v jejich nelehkém období života ze strany zdravotníků a lékařů, kteří pracují v centrech asistované reprodukce.

Výsledky výzkumu poukazují na to, že ženy, které podstupují léčbu, prožívají velké emoční změny. Respondentky prožívaly při léčbě neplodnosti nejčastěji zklamání z neúspěchu, pocity lítosti, strachu a závisti. Je pro ně těžké se potkávat s těhotnými kamarádkami, kterým těhotenství závidí, a proto raději se jich straní, přerušují kontakty. V případě, že respondentky neměly psychickou oporu v partnerovi nebo v rodině, své trápení snášely hůře. Copingové strategie, které pomáhaly respondentkám zvládnout tuto těžkou situaci byly dodávání si naděje, někdy přemáhání a povzbuzování se, aby vše nevzdaly a došly k vytouženému cíli. Snažily se najít smysl v tom, co musely podstoupit. Ve vztahu k personálu centra asistované reprodukce a komunikaci s nimi bylo důležité, aby respondentky pociťovali vřelou a milou komunikaci, která u nich vzbuzuje pocit, že jsou na správném místě, mají důvěru v personál a byly celkově spokojeni. Z rozhovorů lze také usuzovat, že je velmi důležité, aby pacientky v centrech asistované reprodukce se cítily pochopeny ve svém údělu, dostaly dostatečné informace o léčbě, o postupech, které je čekají. Respondentky by rovněž uvítaly, kdyby lékaři s nimi hovořili bez zbytečného technicismu, měly dostatek empatie a pochopení pro jejich trápení.

18 LITERATURA

Boivin, J. and Takefman, J.E. *Stress level across stages of in vitro fertilisation in subsequently pregnant and nonpregnant women*. *Fertil. Steril*., 64**,** 802–810.

Cousineum T.,M.,Domar,A.D. *Psychological impact of Fertil.Clinical obstrecticts and gyneacology*,2,295-308

Čepický,P. *Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví*, Moderní gynekologie a porodnictví,8,1999, 162-250

Doherty,C.&Clark, M. *Léčba neplodnosti: podrobný rádce pro neplodné páry*, Brno: Computer Press, 2006, ISBN 80-251-0771-X

Edelman, R.J., Barlet, H. *Coping strategies and psychological adjustment of couples presenting for IVF*, Journal of psychosomatic research, 38, 355-364

Edelmann,R.J., Conolly,K.J. *Psychological state and psychological strain in realtion to fertility*, Journal of Community and Applied Social Psychology, 8, 303-311

Ferjenčík, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši.* Praha: Portál, 2000, ISBN 978-80-7367-815-9

Hartl, P., Budka, J., *Psychologický slovník*, Praha 1, 1993, ISBN 978-80-7367-569-1

Hendl, J. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2008,ISBN 978-80-7367-485-4

Janoušek, J. Rozhovor a dotazník. In J. Janoušek a kol., *Metody sociální psychologie* (1986). Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

Kastová, V. *Krize a tvořivý přístup k ní: Typy životních Krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*, Praha: Portál, 2000, ISBN 80-717-8365 -X

Kelnarová, J. a Matějková,E. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*, Praha: Grada, 2009, ISBN 978-802-4728-315

Konečná,H. *Na cestě za dítětem:dvě malá křídla*.Vyd. 1. Praha: Academica,2009, ISBN 80-200-1055-6

Koryntová, D. *Psychosomatika sterility, Moderní gynekologie a porodnictví*, 2002, roč.11, č. 4, s 635-638.

Lachman M.: *Distribuce pohlaví ve společnosti a možnost ovlivnění pomocí asistované reprodukce*, Prakt. Lék. 78, 1998, č. 9, str. 462-464

Macků, F.,*Gynekologie*. 2.přeprac. vydání Praha: Univerzita Karlova, Vydavatelství Karolinum, 1996, ISBN 80-718-4294-X

Marděšič, T.*Neplodnost*, Praha: Makropolus,1996, ISBN 80-860-0301-9

Miovský, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, ISBN 80-247-1362-4

Mrázek, M. *Umělé oplodnění*, Praha:Triton 2010, Odborná léčba v moderní medicíně, ISBN 80-725-4413-6

Nekonečný, M., *Lidské emoce*, Academie, 2000, ISBN 80-200-0763-6

Novotny, P.P. *Co dělat při neplodnosti*, Praha:Pragma,1997,ISBN 80-720-5494-5

Rastislavová, K. a Kašová, L. *Psychosomatický doprovod při léčbě sterility v centrech asistované reprodukce*, Zdravotnické študie II, 2009, č.2, ISSN 1337-723X

Rotter, H. Důstojnost lidského života, Praha, Vyšehrad, 1999, ISBN 80–7021–302–7

Řežábek, K. *Léčba neplodnosti*, 4.aktualizované vydání, Praha:Grada,2004,ISBN 978-80-247-2103-3

Řežábek, K. *Asistovaná reprodukce*, Praha, Maxdorf, 2008, ISBN 978-80-7345-154-7

Řežábek, K. *Léčba neplodnosti, aneb co dělat když chceme dítě*, 1. Vydání, Praha:Grada, 1999, ISBN 80-7169-707-9

Slepičková,L. *Neplodnost jeho a neplodnost její*:*Genderové aspekty asistované reprodukce*, Sociologický časopis, Praha:Sociologický ústav AVČR, 2009, roč. 45, ISSN 0038-0288

Sobotková, I. *Psychologie rodiny*, Praha:Portál, 2001,ISBN 80-717-8559-8

Strauss,A., Corbinová,J. *Základy kvalitativního výzkumu:Postupy a techniky metody zakotvené teorie*, Brno:Podávané ruce, 1999, ISBN 80-85834-60-X

Šilhová,L., Stejskalová,J. *Matkou ve vyšším věku:vliv věku na plodnost ženy a na příběh těhotenství*,Brno:Computer Press, 2006, ISBN:80-251-0987-9

Ulčová-Gallová, Z. *Útok imunity*, Praha:Grada, 2006, ISBN 80-247-1493-0

Vybíral, Z., *Psychologie lidské komunikace*, Portál s.r.o., Praha 2000, ISBN 978-80-7367-387-1

Vondráček, V., *Afekt vzteku*, Praha, 1949,Thomayerova sbírka přednášek a rozprav z oboru lékařského ; č. 272, seš. 11/1949,

Vymětal,J. *Lékařská psychologie*, Praha:Portál, 2003, ISBN 80-7178-740-X

Watzlawick,P., Beavin,J.H., Jackson, D.D., *Pragmatika lidské komunikace*, Konfrontace, Hradec Králové, 1999,ISBN 978-80-87325-001

Williams, CH. *Nejrychlejší cesta k přirozenému početí*, Praha:Práh, 2008, ISBN 978-80-7252-221-7

Yuzppe, A.A., Brown, S.E., *Psychological charakteristice of IVF participants*. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 159,269-274

19 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Projekt diplomové práce

Příloha č.1 - Projekt diplomové práce

1 Formulace a vstupní diskuse

Neplodnost a sterilita je společenský fenomén, který má v dnešní době stále více narůstající tendenci a týká se čím dál tím více větší populace. Samotné zjištění, že nejsme schopni přirozeného početí a reprodukce, ovlivní celý náš další život. Změní se prožívání, vnímání sám sebe a partnera, rodiny i okolí (Doherty&Clark, 2006).

Pro zpracování svého výzkumu jsem si vybrala téma neplodnost a proces asistované reprodukce. Výzkumný problém jsem zaměřila na pochopení prožívání jedince v procesu asistované reprodukce a prožívání komunikace s personálem centra asistované reprodukce.

V diplomové práci jsem se zaměřila na prožívání ženy. Pro realizaci výzkumného záměru jsem zvolila případovou studii, která je nejvhodnější pro hlubší pochopení prožívání jedince. Ve své diplomové práci jsem si dala za cíl pochopit, jak jedinec prožívá neplodnost a asistovanou reprodukci, jak vnímá svého partnera, rodinu a okolí.

Centra asistované reprodukce jsou převážně nestátní zdravotnická zařízení, zabývající se především komplexní diagnostikou a léčbou neplodnosti. Pracoviště nabízí pacientům všechny dostupné metody moderní reprodukční medicíny a mimotělního oplodnění. Některá centra asistované reprodukce v České republice zahrnula do své specializované péče i poradenské a psychoterapeutické intervence. Smyslem této činnosti je nejen klienty informovat o možnostech psychologické podpory během léčby, ale i cílená podpora a pomoc v průběhu léčby. Tato cílená podpora a pomoc ovlivňuje nejen psychický, ale i celkový zdravotní stav klientů ve smyslu zlepšení jak osobního tak i partnerského života. Psycholog pomůže klientům zpracovat informace z prožívající zkušenosti, klient zde má prostor k vyjádření svých pocitů a obav, které nedokáže sám s partnerem vyřešit. Nabízí se zde prostor, kde se klient (pár či jednotlivec se) bude moci postavit tváří v tvář svým přáním, očekáváním, požadavkům, strachu a zklamání.

V životě ženy a muže nastane okamžik, kdy oba zatouží po dítěti. Některým párům se to podaří hned a jiným se to dlouhou dobu nedaří. V okamžiku, kdy ale zjistíme, že nejsme schopni početí, dochází u neplodného páru k celkovému přehodnocení životních hodnot. Neplodnost je proto považována za stresující situaci.

Matějček (1992) říká, nedochází-li však u manželů delší dobu k plánovanému otěhotnění, nastávají často stresové situace, které se mohou nepříznivě odrážet na jejich manželském souladu. Období lékařského vyšetřování, léčení, opakované pokusy o umělé oplodnění ženy i beznadějné pokusy o získání vhodného dítěte do adopce se odráží na zhoršené kvalitě sexuálního soužití a vede k pochybnostem o smyslu manželství a citového vztahu, pocitům viny či deprese s obavami o osud manželství.

Pokud manželé nemohou mít děti, můžeme zde pozorovat dva typické způsoby psychického řešení takové situace. Jeden způsob řešení takové situace je „bezdětnost“ a přijmutí skutečnosti svého biologického selhání. Druhý způsob řešení takovéto situace je nevzdávání se potřeby rodičovství a hledání uspokojení náhradním (alternativním) způsobem. Přijímají tedy za vlastní cizí dítě, ať již formou pěstounské péče, nebo adopce.

2 Teoreticko – metodologické východisko

Vzhledem k fenoménu prožívání neplodnosti, kterou zkoumám ve své diplomové práci, jsem se rozhodla zvolit typ kvalitativního výzkumu. Dle Miovského (2006), tam kde je obtížně kvantifikovatelná interpretace fenoménů, je vhodné volit kvalitativní přístup.

Straus, Corbinová, (1999) uvádějí, že pokud zkoumáme zkušenost s určitým fenoménem, pokud chceme porozumět jevu, o kterém toho moc nevíme, použijeme kvalitativní přístup.

Pro analýzu a interpretaci dat jsem zvolila metodu zakotvené teorie (Straus, Corbinová, 1999). Hendl (2008) říká, že zakotvená teorie je nejvhodnější pro oblasti výzkumu, které jsou velice málo teoreticky zpracované.

Ke sběru dat jsem si vybrala metodu polostrukturovaného interview. Výhodou polostrukturovaného interview je především to, že dokáže eliminovat nevýhody obou zbývajících variant nestrukturovaného a plně strukturovaného interview a vytěžit současně maximum z jejich výhod. Velkou výhodou je také možnost pokládat

doplňující otázky i u odpovědí, které účastník dává na pevně strukturované podněty (Miovský, 2006). Za účelem sběru dat si vytvořím scénář témat, kterých se budu chtít během interview dotknout, abych získala odpovědi na výzkumné otázky.

Položila jsem si následující výzkumné otázky:

1. Výzkumná otázka

Jak jedinci prožívají asistovanou reprodukci?

2. Výzkumná otázka

Jaké používají jedinci copingové strategie k zvládání stresu spojeného s AR?

3. Výzkumná otázka

Jak jedinci prožívají přístup zaměstnanců CAR a komunikaci s nimi?

2.1. Výzkumné metody

Pro zodpovězení výzkumných otázek jsem si zvolila kvalitativní výzkumný design. Jedná se o typ kvalitativního výzkumu formou případové studie. Jako metodu analýzy dat použiji metodu zakotvené teorie. Metodu sběru dat použiji polostrukturované interview. Výzkumný soubor se bude skládat z žen, které mají přímou zkušenost s asistovanou reprodukcí, daná žena má za sebou více jak jeden neúspěšný pokus o umělé oplodnění a plánuje podstoupit další.

3 Literatura

DOHERTY,C.M., CLARK,M.M. *Léčba neplodnosti,* Brno, Computer Press, 2006

HAŠKOVÁ, H. *Fenomén neplodnosti,* Praha, Slon, 2009

KONEČNÁ,H. *Cesta za dítětem,* Praha, Academia, 2003

MATĚJČEK, Z. *Dítě a rodina,* Praha, SPN, 1992

MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu,* Praha, Grada, 2006

NEKONEČNÝ, M. *Lidské emoce,* Praha, Academia, 2000

NOVOTNÝ, P. P. *Co dělat při neplodnosti,* Praha, Pragma, 1997

ŘEŹÁBEK, K. *Léčba neplodnosti,* Praha, Grada, 2004

SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*, Praha, Portál, 2001

STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie.*, Brno, 1999

ŠVAŘÍČEK, R., et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál*, 2007

..