

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Bakalářská práce

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky

Neplodnost v 21. století a její řešení
Infertility of the 21th century and it's solution

Hana Příbylová

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jaroslava Hanušová, Ph.D.

Studijní program: Specializace v pedagogice (B7507)

Studijní obor: Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání – základy společenských věd se zaměřením na vzdělávání (dvouoborové studium)

2015

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Neplodnost v 21. století a její řešení vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

17.7. 2015 v Praze

.....

Podpis

Tímto bych ráda poděkovala především vedoucí mé práce paní PhDr. Jaroslavě Hanušové, PhD. za její odborné rady a ochotu při zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat respondentkám, které byly tak laskavé a podělily se o svůj životní příběh a umožnily mi tak realizovat praktickou část práce. A v neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině, která spolu se mnou vše sdílela, za podporu a trpělivost.

ANOTACE:

Problematika neplodnosti je aktuální téma, každý šestý pár, který se rozhodne mít děti, se s touto problematikou setkává. Tato bakalářská práce se snaží podat souhrnný přehled možných východisek. Nejprve se věnuje objasnění pojmu neplodnosti (u mužů i u žen), příčin neplodnosti a možnosti vyšetření neplodnosti (zahrnující i problematiku imunologickou). Zaměřuje se na různé možnosti řešení problému: formy léčby neplodnosti, zejména asistovanou reprodukci a její různé modifikace. Velmi diskutované řešení je surogační mateřství, které je podrobněji rozpracováno. A nakonec i možnost osvojení, což je pro mnohé ukončení neúspěšné léčby. Výzkumná část si klade za cíl popsat a analyzovat jednotlivé případy žen, které jsou nuceny řešit daný problém; jakou možnost zvolily či volí s ohledem na zdravotní stav, životní postoj, víru a finanční možnosti. Výstupem praktické části je formulace rad a doporučení pro ženy, které se s neplodností setkávají či v budoucnu budou nuceny tento problém řešit.

KLÍČOVÁ SLOVA:

neplodnost, příčiny neplodnosti, asistovaná reprodukce, IVF, osvojení, surogační mateřství

ANNOTATION:

Problems with infertility is very actual theme, each sixth couple, which decide to have children, deal with the problem of infertility. This bachelor thesis makes efforts to give a summary of possibility. At first there is a clarification of infertility (both the men's one and the women's one), causes of sterility and possibility of screening infertility (including immunology issues). The thesis is focused on various opportunity of solution the problem: form of treatment infertility, especially assisted reproduction and its various modifications. Very discussed solution is surrogate maternity, which is elaborated. And at last the opportunity of adoption, which is for many people the end of unsuccessful treatment. The research part is aimed at describe and analyse individual case of women, who are forced to deal with given problem, which opportunities the women choose or chose (with respect to state of health, life attitude, faith and financial opportunities). The conclusion of research part is formulation of advices and recommendations to women centend with sterility or to women who wil be forced to solve this problem.

KEYWORDS:

Sterility, causes of sterility, assisted reproduction, IVF, adoption, surrogate maternity

Obsah

1	Úvod	8
A)	TEORETICKÁ ČÁST.....	10
2	Neplodnost.....	10
2.1	Ženská neplodnost.....	10
2.1.1	Anatomie ženských pohlavních orgánů.....	11
2.1.2	Příčiny ženské neplodnosti	12
2.1.3	Vyšetřovací metody ženy	15
2.1.4	Léčba ženské neplodnosti.....	17
2.2	Mužská neplodnost	20
2.2.1	Anatomie mužských pohlavních orgánů	20
2.2.2	Příčiny mužské neplodnosti	21
2.2.3	Vyšetřovací metody muže	23
2.2.4	Léčba mužské neplodnosti.....	23
2.3	Léčba neplodnosti páru - metody asistované reprodukce	24
2.3.1	IVF – mimotělní oplodnění (in vitro fertilizace).....	25
2.3.2	Inseminace	27
2.3.3	Dárcovství.....	28
2.3.4	Surogátní mateřství	30
2.3.5	Možné komplikace a rizika asistované reprodukce	33
2.3.6	Finanční stránka asistované reprodukce	35
2.4	Psychické dopady (neúspěšné léčby) neplodnosti	36
2.5	Jiná řešení neplodnosti.....	37
2.5.1	Osvojení a pěstounství	37
2.5.2	Bezdětnost.....	38
2.6	Etické otázky související s neplodností	38
B)	PRAKTICKÁ ČÁST.....	41
3	Kvalitativní výzkum	41

3.1	Cíle a výzkumné otázky praktické části	41
3.2	Metodika výzkumu	42
3.2.1	Nástroj výzkumu.....	42
3.2.2	Popis cílové skupiny	42
3.3	Výsledky rozhovorů	43
3.4	Analýza výsledků rozhovorů z praktické části.....	53
3.5	Diskuze a doporučení	57
4	Závěr.....	63
5	Seznam použitých informačních zdrojů	65
6	Seznam příloh	67

1 Úvod

„Pouze život, který žijeme pro ostatní, stojí za to“

Albert Einstein

Většina z nás automaticky předpokládá, že může mít děti. Odvozujeme si jakési právo, mít vlastní potomky a jsme velmi zklamáni, když nám je toto právo odepráno. Je to záležitost nesmírně citlivá, troufám si říci i bolestivá. Otěhotnět a donosit zdravé dítě je pro mnohé věc samozřejmá, o kterou se nemusí nijak zvláště snažit. Logicky následuje po rozhodnutí muže a ženy mít dítě, paradoxně pro mnohé tato záležitost vznikne bez předchozího rozhodnutí a stává se nečekanou komplikací, mnohdy i nechtěnou, a na druhé straně, pro mnohé je to meta takřka nedosažitelná.

Touha po dítěti a nemožnost otěhotnět není v žádném případě fenomén moderní doby. Ovšem nárůst jednotlivých případů je znepokojující. Každý šestý pár, který se rozhodne mít děti, se s touto problematikou setkává. V dnešní společnosti existují různé varianty řešení tohoto problému, do jisté míry je ovšem téma neplodnosti ve společnosti stále tabu. Lidé trpící problémy tohoto typu si připadají méněcenní a setkávají se s problémy v různých rovinách života. Na druhé straně dnes mají neplodné páry mnohem více možností se léčit, řešit svůj problém. Volba určité možnosti je jen na jejich rozhodnutí, za které si nesou následky (zdravotní, sociální, finanční atd.).

Na výběr tohoto tématu mělo vliv několik faktorů. V mém soukromém životě je to především záliba v medicínské problematice, zejména v oblasti lidské reprodukce, ve které je stále spousta nezodpovězených otázek. Je zde patrný obrovský pokrok a rozvoj vědy, ale stále je zde určitý faktor, který odhalen nebyl, jakési tajemství, proč se někdy otěhotnět daří a jindy ne. V rámci studia jsem se s danou problematikou seznámila a zaujala mě natolik, že jsem se rozhodla zvolit téma neplodnosti pro mou bakalářskou práci.

Cílem teoretické části práce je ucelený přehled příčin neplodnosti na základě studia vědecké literatury. Možnosti vyšetření, různá řešení problému, počínaje léčbou - rehabilitační, farmakologickou, chirurgickou, přes asistovanou reprodukci, surogační mateřství a konče

adopcí. Dotknout se dané problematiky v různých rovinách: biologicko- medicínských, sociálně-ekonomických, psychologických a etických.

V druhé, praktické části práce, jsou zařazeny rozhovory s jednotlivými ženami, které se setkaly s tímto problémem. Druhá část práce, na základě výpovědi žen, si klade za cíl, zjistit zda se u jednotlivých žen objevilo zatížení v rodině, jaký vliv má jejich rodinná i osobní anamnéza na současný stav. Dalším dílčím cílem je zjistit spokojenost s lékařskou péčí, popřípadě pojmenovat její nedostatky. Další otázkou je psychický stav žen a odraz neplodnosti na jejich partnerství (manželství). Zabývá se problémy, se kterými se neplodné ženy potýkají a co je v jejich volbě řešení neplodnosti nejvíce ovlivnilo. Posledním dílčím cílem je snaha o zformulování rad pro ženy, které se v budoucnu budou potýkat se stejným problémem.

A) TEORETICKÁ ČÁST

2 Neplodnost

Oplodnit ženu, otěhotnět a donosit zdravé dítě záleží na mnoha aspektech, okolnostech a neskutečně složitých procesech v těle ženy a muže. Současná medicína dokáže pomoci většině neplodných párů. „A přesto ve vyspělých zemích včetně České republiky zůstává v současné době přibližně 20-25 % párů nedobrovolně bezdětných, přičemž z velmi hrubého odhadu lze usuzovat, že z poloviny se na poruchách plodnosti podílí žena, ze 40 % muž a z 10% oba současně. Podle dalších odhadů, tentokrát světové zdravotnické organizace (WHO), se dokonce uvádí, že problémy s plodností se objevují nově asi u dvou milionů párů ročně.“ (Ulčová - Gálová, 2013, str. 11).

V souvislosti s neplodností je třeba také uvést, že velmi významný faktor je věk, a to především věk ženy. Současný fenomén - odsouvání mateřství po 30. roku věku ženy (přičemž schopnost otěhotnět rapidně klesá po 35. roce) - zvyšuje výskyt sterility. U člověka je otěhotnění poměrně málo pravděpodobné (uvádí se kolem 25 % ve věku 20 let, 16% ve věku 25-30 let a po 40. roku je to 5%). U muže nehraje věk tak významnou roli (Řežábek, 2002).

2.1 Ženská neplodnost

Neplodnost definujeme jako neschopnost v průběhu jednoho roku počít dítě při pravidelném nechráněném pohlavním styku. Hovoříme o primární neplodnosti (těm, kterým se nepodařilo nikdy otěhotnět) a sekundární neplodnosti (neschopnost otěhotnět po předchozí graviditě, nezáleží však na tom, jak byla zakončena, zda šlo o potrat či porod zdravého dítěte). V české literatuře se setkáváme s pojmy sterilita a infertilita. „Sterilitou označujeme stav, kdy žena při pravidelném pohlavním styku nejméně dvakrát do týdne neotěhotní do jednoho roku. Infertilitou označujeme stav, kdy žena otěhotní, ale plod nedonosí do porodu – tedy potratí. V anglické literatuře se termínem „infertility“ označuje neplodnost všeobecně, tedy i nemožnost otěhotnět, a speciální termín pro neschopnost donošení neexistuje.“ (Roztočil, 2011, str. 224).

2.1.1 Anatomie ženských pohlavních orgánů

Ženské pohlavní orgány jsou uloženy v dutině malé pánve – pelvis minor. Základní dělení ženských pohlavních orgánů představuje rozdělení na vnitřní – organa genitalia feminina interna a zevní - organa genitalia feminina externa pohlavní orgány. Mezi vnitřní řadíme vaječník – ovarium, vejcovod – tuba uterina a dělohu – uterus. Mezi zevní pak velké a malé stydké pysky – labia majora pudendi a labia minora pudendi, topořivá tělesa – corpus cavernosum clitoridis, bulbus vestibuli a vestibulární žlázy – glandulae vestibulares majores et minores, v příloze 1 je zařazeno schéma ženských pohlavních orgánů. Komunikaci mezi vnitřními a zevními pohlavními orgány zprostředkovává pochva – vagina (Roztočil, 2011).

Vaječník je párový orgán, vejčitého tvaru, velikosti švestky, který řadíme ke žlázám s vnitřní sekrecí. Jeho vzhled i velikost se značně liší věkem ženy. Ve vaječniku se vlivem hormonů podvěsku mozkového - hypofýzy (nadřázená žláza) tvoří dva významné pohlavní hormony- estrogen a progesteron. Ve vaječniku také dozrávají ženské pohlavní buňky - vajíčka – oocyty. V korové vrstvě dozrávají vajíčka v Graafových folikulech, které se po ovulaci (prasknutí folikulu a uvolnění vajíčka spolu s folikulární tekutinou) přemění na žluté tělísko. Počet vajíček je omezený (vytvořila se již v pátém měsíci nitroděložního vývoje). U novorozeného děvčátka je uloženo ve vaječnicích asi 400 tisíc nezralých vajíček, jejich počet se postupně redukuje a během pohlavní zralosti dozraje asi 400 vajíček. K vaječniku je obrácen zřasený, rozšířený začátek vejcovodu (Machová, 2002).

Vejcovod je párová dutá trubice dlouhá 10 – 15 cm. Ve stěně vejcovodu je svalová vrstva, vrstva řasinek, které napomáhají pohybu vajíčka směrem do dělohy. Zde dochází k nejčastějšímu oplodnění vajíčka spermií. Vejcovod ústí do dělohy (Machová, 2002).

Děloha je nepárový dutý orgán, tvarem připomínající hrušku, s hmotností 50 g. Její velikost i tvar opět závisí na věku a stavu ženy (v těhotenství dosahuje její hmotnost až 1 000 g). Horní konec nazýváme dno děložní, uvnitř je dutina děložní, která je směrem dolů zakončena zúženým děložním hrdlem, jehož dolní část je nazývána děložní čípek. Stěna děložní obsahuje hladké svalstvo, dutina děložní je pokryta sliznicí – *endometriem*. V období zralosti prodělává cyklické změny v souvislosti s činností vaječníků (menstruace). V děloze probíhá vývoj plodu (Machová, 2002).

Pochva je nepárový dutý orgán, dlouhý asi 10 cm, místem kopulačním, výstelka pochvy též prodělává změny v souvislosti s činností vaječníků (Machová, 2002).

Ovariální cyklus je pravidelně se opakující 28 denní děj, který je znázorněn na obrázku v příloze 2, při kterém v Graafových folikulech dozrávají vajíčka a tvoří se ženské pohlavní hormony - estrogyeny. Roste děložní sliznice. Když folikul praskne - ovulace, vyplaví se vajíčko spolu s tekutinou do břišní dutiny, kde je zachyceno nálevkovitými výběžky vejcovodu. Graafův folikul se přemění na žluté tělísko a začne produkovat hormon zvaný progesteron. Pokud dojde k oplození uvolněného vajíčka, je produkce progesteronu z dočasné endokrinní žlázy, jakou je žluté tělísko, nesmírně důležitá pro udržení vzniklého těhotenství (později jeho funkci přebírá placenta), které zastavuje menstruační cyklus. V opačném případě 24. den začne zanikat a klesá jeho produkce hormonů, 28. den se dostaví menstruace. Žluté tělísko nezanikne v případě, že embryo vyšle signál, že je přítomno a to prostřednictvím hormonu hCG (human Chorionic Gonadotropin). Tento cyklus je řízen nadřazenou žlázou předního laloku podvěsku mozkového – *adenohypofýzy*. Konkrétně hormony gonadotropními: folikulostimulační hormon (FSH) a luteinizační hormon (LH). Ze znalostí fyziologické funkce rozmnožovacího systému se vychází při léčbě jejich poruch (Řežábek, 2002).

2.1.2 Příčiny ženské neplodnosti

Problematika příčin ženské neplodnosti zahrnuje celou řadu faktorů, které se navzájem mohou kombinovat. Příčiny neplodnosti u ženy jsou psychické (6%), příčiny v oblasti pochvy (1 %), příčiny v oblasti děložního těla (5 %), hrdla (1%), problémy s vaječníky (40 %), s vejcovody (20%), imunologické příčiny neplodnosti (11%), psychické příčiny (6%), další příčiny – obezita, nezdravý životní styl atd. (5%). 9 % případů tvoří ženy, u kterých lékaři nejsou schopni odhalit příčinu neplodnosti. V praxi se občas setkáváme se zcela izolovanými příčinami neplodnosti, jak jsou podrobně uvedeny výše. Většinou jsou v kombinaci s druhými (Ulčová-Gálová, 2013).

Psychogenní příčina neplodnosti může být zcela izolovaná nebo součástí ostatních příčin. Mnohé ženy, kterým se nedaří otěhotnět, se stávají úzkostné. Sledování cyklu, cílený sex v plodných dech a zklamání, když se dostaví menstruace. Často až neurotické chování ženy vede k nesouladu v partnerství, problémům v práci. U ženy také může dojít k narušení menstruačního cyklu, popřípadě hormonální nerovnováze, díky těžké životní situaci (např. úmrtí v rodině) (Ulčová-Gálová, 2013).

Vedle psychických příčin, které lidé mají tendenci podceňovat, existuje celá řada dalších příčin, které mají fyzický podklad, pro mnohé pacienty lépe uchopitelné.

V oblasti poševní se můžeme setkat s různými nepravidelnostmi anatomického charakteru, které jsou řazeny k vývojovým vadám. Velká část žen, které jsou ošetřované kvůli neplodnosti, mívá časté gynekologické záněty. Poševní prostředí je kyselé (pH 3,7- 4,5), ochrana před choroboplodnými zárodky, oproti tomu u děložního hrdla je hlen v období ovulace prostředí alkalické (pH 7,4- 8,1), podobně jako ejakulát. Pokud nenastává ovulace, nemění se nepřátelské kyselé prostředí v pochvě na přátelské u hrdla děložního. I zánět v tomto místě má nepříznivý vliv na plodnost ženy a to i např. v podobě fagocytózy spermií bílými krvinkami (Ulčová-Gálová, 2013).

Až 5% žen je neplodných díky vadě (popř. vadám) v oblasti dělohy. Nacházíme různé anomálie tvaru, dvojitou děložní stěnu či přepážkou v děloze (septem). Také předchozí záněty či provedené potraty mohou mít za následek srůsty na stěně děložní. Dále se jedná o různé myomy (nezhoubné nádory) či polypy (výchlípky sliznice děložní). V neposlední řadě také v souvislosti s poruchou menstruačního cyklu - nedostatečné vystýlání děložní sliznice, a tudíž neschopnost uchytit oplozené vajíčko (Roztočil, 2011).

Vejcovody jsou častým místem, kde dochází ke splynutí vajíčka a spermie. Neprůchodnost vejcovodů (srůsty vzniklé například prodělaným zánětem, mohou být přítomny na jednom nebo na obou vejcovodech, uzávěr může být úplný, kdy možnost otěhotnět je vyloučená, či částečný, kdy šance na otěhotnění je podstatně snížena a navíc s rizikem mimoděložního těhotenství) (Doherty, 2006).

Syndrom polycystických vaječníků (PCOS) je nejčastějším důvodem hormonálních poruch u žen v produktivním věku. Zhruba 10-15 % populace žen trpí PCOS a bývá častou příčinou neplodnosti. Mezi příznaky řadíme nepravidelnou menstruaci, neplodnost, zvýšené ochlupení, obezitu, poruchu inzulínové rezistence (Roztočil, 2011).

Souhra endokrinního, nervového a imunologického systému je důležitá pro činnost vaječníků a tím i celého hormonálního cyklu. Ať už se jedná o neuvolněné vajíčko z Graafova folikulu či nevytvoření žlutého tělíska. Příčiny mohou být různé, ať už porucha centrálního řízení (hypotalamo - hypofyzárního systému), či snížená funkce štítné žlázy nebo cukrovka (Roztočil, 2011).

Další dvě příčiny neplodnosti nemají svou podstatu přímo souvislou s ženskými pohlavními orgány, přesto se vyskytují u neplodných žen poměrně často.

V souvislosti s imunologickou příčinou (podílí se v 11 % na neplodnosti žen) hovoříme například v případě, že si žena vytváří protilátky proti spermiím nebo proti samotnému

oplozenému vajíčku, nebo proti embryu. Žena také může trpět některou z forem autoimunitního onemocnění např. systémový lupus (Ulčová-Gálová, 2013).

Obtížně diagnostikovatelné onemocnění, o kterém jsou ženy málo informovány, je endometrióza. Toto onemocnění postihuje 40 – 60 % neplodných žen. Jedná se o patologický stav, kdy jsou různě po těle přítomny buňky výstelky děložní sliznice. Silná, bolestivá menstruace, bolesti v zádech, bolest při pohlavním styku, pánevní cesty aj. jsou typickými příznaky. Endometrióza může např. způsobit srůsty na vaječnicích a tím je učinit neprůchodnými (Doherty, 2006).

Pohlavně přenosné choroby představují stále velké riziko i ve vyspělých zemích. Ať už jde o kapavku, chlamydiové infekce, virová onemocnění aj. Chlamydiová infekce je nemocí, která často nemá žádné příznaky, ale zanechává neblahé následky, např. vznik neplodnosti až ve 20 % (Doherty, 2006).

Životní styl ovlivňuje schopnost reprodukce. Je znám negativní vliv kouření na vznik mimoděložního těhotenství, alkohol snižuje šanci otěhotnět na 50%, zvýšená konzumace kofeinu, i nevyvážený přísun vitamínů může negativně ovlivnit plodnost. Cvičení, přísná dieta, extrémní štíhlost mohou způsobit, že žena přestane menstruat, tuková tkáň má vliv na produkci hormonu estrogeneru, zrovna tak má na neplodnost vliv i obezita (Doherty, 2006).

Dokonalá a nesmírně složitá souhra pěti hlavních ženských pohlavních hormonů je základem pro plodnost. Gonadotropní hormon - vytvářen v mozku, řídí produkci LH, FSH, folikulostimulační hormon (FSH) – produkován adenohipofýzou a stimuluje růst folikulů ve vaječniku, luteinizační hormon (LH) – zodpovídá za uvolňování zralého vajíčka z folikulu, hormon adenohipofýzy, estrogen – hormon vaječníků, zodpovědný za druhotné pohlavní znaky a za vystýlání děložní sliznice a progesteron – zodpovídá za přípravu děložní sliznice k přijetí embrya a nezbytný pro prvních 12. týdnů těhotenství (Machová, 2002).

Předčasné ovariální selhání. Jedná se o ukončení funkce vaječníků před 40. rokem života, ke kterému může dojít z mnoha důvodů, např. chemoterapie, radioterapie, dědičná dispozice, autoimunitní poruchy (Doherty, 2006).

V neposlední řadě zde také hraje roli genetika, kdy příčinou neplodnosti může být odchylná genetická výbava, tzv. karyotyp (Mrázek, 2003). Např. syndrom Mayer-Rokitansky-Küster-Hauserův (neboli MRKH) syndrom, kdy se žena narodí bez dělohy, někdy též bez pochvy a vejcovodů. Ženy však mají funkční vaječnicku, takže se rozvinou druhotné pohlavní znaky a ženy produkují svá vlastní vajíčka. K odhalení postižení dochází většinou kolem 16 roku

života, kdy se dívka nedostaví menstruace (Ve Švédsku má šanci otěhotnět žena s transplantovanou dělohou, online). Mezi další genetické onemocnění, která ovlivňují plodnost ženy, patří Leidenská mutace. Jedná se o dědičné onemocnění, kdy dochází k mutaci genů, je ovlivněna srážlivost krve, přičemž jedinec má sklon k tvorbě krevních sraženin, zvláště pak v těhotenství, kdy se mohou vyskytnout i jiné komplikace, které zapříčiní potrat či předčasný porod (Trombofilie a trombóza, online).

Rozdíl v příčinách primární a sekundární neplodnosti je minimální, důležitou roli zde hraje čas. Jsou nemoci, které se plynutím času horší (endometrióza, chlamydiová infekce). Samotný věk pacientky také hraje významnou roli, různé události v čase (úrazy, výměna partnera). Sekundární neplodnost může být také důsledkem předchozího těhotenství, užívání léků atd. Určitou roli zde hraje i náhoda či štěstí, kdy problém byl již přítomen, ale ženě se podařilo v předchozí době otěhotnět (Doherty, 2006).

2.1.3 Vyšetřovací metody ženy

Vždy je nutné provádět vyšetření u obou partnerů. Je nesmyslné vystavit ženu mnoha vyšetřením bez současného vyšetření muže. Existuje několik metod a záleží na uvážení lékaře, kterou zvolí. Lékař vždy začíná anamnézou a celkovým vyšetřením, dále se užívá ultrazvukové vyšetření, hormonální vyšetření, měření bazální teploty, sledování ovulace z moči, postkoitální test, kymoinsuflace (profouknutí vaječnicků).

Anamnéza a celkové vyšetření. Především se soustředíme na počet dosud narozených či počatých dětí, délku neplodnosti, prodělané operace, závažné choroby, užívané léky. Cílené dotazy na zneužívání návykových látek, frekvenci pohlavního styku, obtíže při pohlavním styku, menstruační cyklus (frekvence, intenzita), alergie. Součástí je i klasické gynekologické vyšetření, které vyloučí různé anatomické anomálie. Lékař zjistí krevní tlak, výšku a váhu. Důležité je také zjistit, v jakém prostředí se žena pohybuje, zda není vystavena nadměrnému stresu, či různým chemickým či fyzikálním vlivům, kterými jsou toxické látky, záření (Roztočil, 2011).

Ultrazvukové vyšetření, v dnešní době zcela běžný způsob vyšetření. Pomocí ultrazvuku jsou lékaři schopni zjistit počet Graafových folikulů v ováriích (ultrazvukové folikulometrie) a zjistit stav endometria. Ultrazvuk se provádí tzv. vaginální sondou, v leže na zádech. Zcela bezpečně lze diagnostikovat syndrom polycystických ovárií, endometriální polypy, myomy, cysty. Jde o vyšetření neinvazivní, výsledky jsou ihned k dispozici (Doherty, 2006).

Hormonální vyšetření bez znalosti fáze cyklu, ve kterém se žena nachází, nemá žádnou vypovídající hodnotu, proto je dobré ji použít jako doplňkové vyšetření k ultrazvukovému, tím získat hormonální profil cyklu. Sledují se hladiny prolaktinu (hormon předního laloku hypofýzy, jehož nadbytek způsobuje neplodnost, nepravidelnost menstruace), tyreostimulačního hormonu (poruchy štítné žlázy mohou rovněž ovlivnit plodnost), folikulostimulačního hormonu, luteinizačního hormonu a stanovení hladiny progesteronu (Machová, 2002; Roztočil, 2011).

Sledování bazální teploty je vyšetření, které si může žena provádět sama doma, zjistit přibližnou dobu ovulace a tím zvýšit šanci na otěhotnění při správném načasování pohlavního styku. Někdy tuto metodu může doporučit i lékař. Metoda vyžaduje každodenní ranní měření, předtím než vstane z postele. Teplota se zaznamenává od prvního dne menstruace. Při uvolnění vajíčka dojde ke zvýšení teploty o 0,3-0,4 stupně Celsia, zhruba 12. – 15. den cyklu vlivem zvýšené hladiny progesteronu. Je zapotřebí 2-3 měsíců k získání představy, kdy žena ovuluje, přesnost metody je asi 90%. Žena ovšem nesmí mít zvýšenou TT z jiných důvodů např. nachlazení, zánět (Řežábek, 2002). Přesnější než tato metoda jsou testy na předvídaní ovulace z moči, testy jsou k dostání v lékárnách a jsou založeny na sledování hladiny LH hormonů, která stoupá v období ovulace. Je to metoda nákladnější než měření bazální teploty. Ovulaci lze zjistit i ze slin, protože i složení slin se během ovulace mění (konkrétně obsah soli), pomocí mikroskopu, který je v Čechách k dostání za 300 Kč, si žena sama sleduje složení slin, a tím i odvozuje ovulaci (Doherty, 2006).

Postkoitální test neboli test interakce spermií s cervikálním hlenem je nebolestivé, jednoduché vyšetření, kdy je injekční stříkačkou odebrán vzorek hlenu z hrdla děložního po pohlavním styku (doporučená doba 3 - 15 hodin). Již jedna spermie pod mikroskopem prokazuje průchodnost hlenu pro spermie (Roztočil, 2011).

Průchodnost vejcovodů je možné vyšetřit různými metodami. Nejšetnější, prováděná ambulantně a poměrně spolehlivá, je kymoinsulface. Spočívá v profouknutí tub plynem (nejčastěji kyslíčkem uhličitým), kanyla se zavede přes děložní hrdlo do dutiny děložní a sleduje se průtok a tlak zavádějícího plynu. Nelze však spolehlivě určit, který vejcovod je popřípadě neprůchodný. Hysterosalpingografie je vyšetření prováděné pomocí kontrastní látky, dříve hojně užívaný rentgen v dnešní době nahrazuje ultrazvuk. Kontrastní látku zavedeme stejným způsobem jako u kymoinsulface do dutiny děložní a sledujeme pomocí přístroje, jak látka prochází vejcovody. Toto vyšetření je poměrně nákladné a ne příliš spolehlivé, užívá se málokdy. Laparoskopie komplexně vyšetří celý vnitřní genitál, pomáhá

odhalit srůsty, ložiska endometriózy atd. Stejně jako u předchozích vyšetření se zavádí tekutina (fyziologický roztok, modře zbarven- tzv. Patent blau) a zavedenou optikou přes dutinu břišní (malý řez pod pupkem) se sleduje mimo jiné i průchodnost vaječníků. Výhodou je nejúplnější vyšetření a možnost operačního zákroku např. odstranění srůstů (nutnost zavést ještě dvěma vpichy operační nástroje). Nevýhodou je nutnost narkózy a pobyt v nemocnici, existuje zde také vyšší riziko poranění (Roztočil, 2011).

Ostatní vyšetřovací metody, jako např. vaginální cytologie, biopsie endometria, tažnost a vzhled cervikálního hľenu aj., jsou užívány spíše jako pomocné. Nejpřínosnější v dnešní době je ultrazvukové vyšetření doplněné o přesné hladiny hormonů v krvi (Roztočil, 2011).

Algoritmus vyšetření ženské neplodnosti

Kdy vyhledat odborníka je základní otázka. Ženy do 35 let po jednom roce nechráněného pravidelného pohlavního styku (2-3x týdně), nad 35 let po 6 měsících. Pokud žena v minulosti prodělala 3 a více samovolných potratů, žena, která má nepravidelný menstruační cyklus (Doherty, 2006). „Základní vyšetření sterilního páru provedeme během jednoho menstruačního cyklu, nepočítaje první návštěvu. Při první návštěvě se provede anamnéza obou partnerů, která nás může velmi rychle přivést k diagnóze. Dále je nutné celkové vyšetření ženy (hmotnost, výška, ochlupení, prsy...), ověření normální morfologie genitálu včetně ultrazvukového vyšetření, stanovení hladiny prolaktinu, TSH, vyšetření na přítomnost infekcí (mikrobní obraz poševní, chlamydie, gonorea, HIV). U muže provedeme spermioqram.“ (Roztočil, 2011, str. 230).

Sledováním jednoho úplného cyklu, při kterém se kombinují různé vyšetřovací metody, získáme informace pro další léčbu. Během cyklu pacientka podstoupí odběry krve (sledování hladiny hormonů), několik ultrazvukových vyšetření (růst folikulů a endometria), postkoitální test v termínu ovulace. Následně lékař navrhne způsob léčby či doplňková vyšetření (Roztočil, 2011).

2.1.4 Léčba ženské neplodnosti

S ohledem na výsledky vyšetření lékař volí různé způsoby léčby (medikace pacientky, operativní řešení problému, vhodná metoda asistované reprodukce nebo lékař může doporučit rehabilitace či lázně).

Anovulace (nepřítomnost ovulace, žena buď vůbec vajíčka neutváří, nebo je neuvolňuje) je v ČR častou příčinou sterility ženy při dobré ovariální zásobě, nebo nálezu polycystických

ovárií, projevuje se poruchami menstruačního cyklu. Pokud je základní morfologický nález ženy normální, v anamnéze nejsou nalezeny zřejmé příčiny neplodnosti, na ultrazvuku je dobrá ovariální zásoba či syndrom polycystických vaječníků a je dobrý spermioqram, indikuje se bez dalšího vyšetření tříměsíční medikamentózní léčba klomifenem, je nenáročná a velmi účinná, přílišná pozitivní reakce na léčbu je nežádoucí- riziko vícečetného těhotenství. Problém polycystických vaječníků lze řešit i chirurgicky u některých žen, efekt je však krátkodobý asi jeden rok (Roztočil, 2011).

Při nedostatečné produkci FSH a LH hormonů (např. při těžkém diabetu, mentální anorexii, nefunkčnosti hypofýzy atd.) je možné nasadit synteticky vyráběné hormony a nahradit tím zcela činnost hypofýzy. Důležité je sledovat i hladinu prolaktinu a následně upravit vzniklé odchylky (Řežábek, 2002).

U ovariálního vyčerpání volíme vhodnou metodu asistované reprodukce, neboť ve vaječniku nejsou folikuly a současná medicína neumí tento problém řešit (Roztočil, 2011).

Poruchy menstruačního cyklu v různé fázi (porucha folikulárního růstu) a problémy s ovulací v různé fázi zrání folikulu (syndrom neprasklého folikulu) řešíme podáváním chybějících hormonů (nejčastěji FSH, LH, hCG aj.). Léčba pomocí FSH hormonu je šetrnější, ale také nákladnější než u léčby klomifenem, který má bohužel antiestrogenní účinek na endometrium (Roztočil, 2011).

Neprůchodnost vejcovodů lze řešit operací (závisí na rozsahu poškození), operace se provádějí pod mikroskopem, jsou velmi náročné na zkušenosti operátora. Může být také poškozen řasinkový epitel, kterým je vejcovod vystlán, a tím ani chirurgický zásah problém neplodnosti neřeší a pro ženu skýtá naději vhodná metoda asistované reprodukce (Řežábek, 2002). V současné době se často přistupuje k odstranění neprůchodných vejcovodů, ve snaze eliminovat nežádoucí a pro ženu nebezpečné mimoděložní těhotenství (Ventruba, 2013).

Ložiska endometriózy se odstraňují většinou laparoskopicky a pokud nedojde k otěhotnění, lze přistoupit k asistované reprodukci. Patologie endometria jsou těžko diagnostikovatelnou a těžko léčitelnou poruchou (Roztočil, 2011).

Při přítomnosti protilátek proti spermiím v těle ženy se doporučuje nějakou dobu (3, 6, 12 měsíců) užívat při pohlavním styku kondom, u některých žen došlo k významnému poklesu hladiny protilátek. U většiny pacientek se kombinuje i s imunosupresivní léčbou. Přetrvávající imunologický problém je indikací pro vhodnou metodu asistované reprodukce.

U žen s protilátkami proti vajíčku se pomocí imunosuprese potlačuje tvorba protilátek proti vlastní buňce (Ulčová-Gálová, 2013).

Ženám, kterým je děloha odebrána z důvodu závažné nemoci nebo se jim děloha nevyvine (vrozená absence dělohy, např. Mayer-Rokitansky-Küster-Hauserův syndrom, též MKRH syndrom), se do budoucna otevírá nová možnost řešení neplodnosti. K říjnu loňského roku byla děloha transplantována pouze 11 ženám na světě (např. v roce 2012 byly ženám dělohy úspěšně transplantovány ve Švédsku). V říjnu loňského roku porodila zdravého syna žena po transplantaci dělohy, jde o světové prvenství, které se odehrálo ve Švédsku. Ženě byl diagnostikován syndrom MKRH. Pacientka otěhotněla metodou IVF (kryoembryotransfěr, vajíčka odebrána před transplantací), po celou dobu těhotenství musela užívat imunosupresiva, porod byl proveden císařským řezem ve 31. týdnu z důvodu preeklampsie (vysoký krevní tlak), dítě i matka jsou v pořádku (Narodilo se první dítě u ženy po transplantaci dělohy na světě, online).

Lékař také může ženě doporučit lázně – balneoterapie. Souhrn několika léčebných postupů pod lékařským dozorem po dobu několika týdnů. Existují různé metody např. rašelinné tampóny (metoda aplikovaná např. ve Františkových lázních) v kombinaci s rašelinovou koupelí, mají účinek chemický, tepelný a mechanický. Jako druhý příklad - diatermie, což je léčebné užití vysokofrekvenčních proudů, kdy dochází k lepšímu prokrvení v hloubce tkání, má protikřečový účinek na hladké svalstvo, metoda hojně užívaná v gynekologii (Konečná, 2003).

Metoda Ludmily Mojžíšové

Metoda Ludmily Mojžíšové je určena pouze k léčbě tzv. funkční ženské sterility (tj. neplodnosti s poruchou funkce – například při spazmech některých svalů) bez poškození struktur tkání a orgánů. Např. neprůchodnost vejcovodů (u psychicky labilnějších žen se lze setkat s poruchou rytmického smršťování svaloviny vejcovodu, až jejich křečovitým dočasným uzávěrem – spasmou), hypoplazie dělohy, neboli nedostatečně vyvinutá děloha, která je malá, štíhlá s úzkým hrdlem. Funkční ženská sterilita může být způsobena poruchou postavení pánve a jejich jednotlivých částí – lopaty kosti kyčelní, kosti křížové a kostrče, což vede k asymetrii pánve a nerovnoměrnému napínání a zkracování jednotlivých vazů a svalů. Tím dochází k dráždění nervů, které se v této oblasti nachází a následně špatným informacím do svalů, které mohou způsobit také dysfunkci vejcovodů. Metoda se využívá i jako podpůrná

léčba při absolvování asistované reprodukce, využít ji lze i pro pacienty s jinými problémy, než je schopnost otěhotnět (Strusková, 2007).

2.2 Mužská neplodnost

V minulosti byla neplodnost považována za spíše ženský problém, navíc mnoho mužů zaměňuje plodnost s mužností či potenci. Ve skutečnosti je velmi málo neplodných mužů impotentních. Vlivem narušeného sebevědomí muže majícího problémy s plodností může být narušen i sexuální život partnerů (Doherty, 2006).

2.2.1 Anatomie mužských pohlavních orgánů

U mužů se pohlavní orgány dělí dle umístění na vnitřní a zevní. K vnitřním orgánům patří varle – testis, nadvarle – epididymis, chámovod – ductus deferens a přestojná žláza – prostata. K zevním orgánům řadíme močovou trubici – urethra masculina, pyj – penis a šourek – scrotum, jednoduché schéma mužských pohlavních orgánů je zařazeno v příloze 3 (Machová, 2002).

Varlata jsou párovou pohlavní žlázou vějířitého tvaru, uloženou v šourku mimo dutinu břišní, citlivou na vysokou tělesnou teplotu. Jsou vyplněna mnohonásobně stočenými semenotvornými kanálky, ve kterých se po celý život tvoří mužské pohlavní buňky - spermie, meziprostor vyplňují Leydigovy buňky (produkce testosteronu). 75 dní je doba zrání spermie (spermatogeneze), což je nepřetržitý proces, řízený hypofyzárně folikulostimulačním hormonem a testosteronem. Spermie se vytváří v těle muže denně v počtu desítek miliónů. Rozlišujeme hlavičku, krček a bičík, jejichž pomocí jsou spermie schopny samostatného pohybu (Machová, 2002).

Do nadvarlete vstupují zralé spermie, shromažďují se zde a vystupují do chámovodu, což je asi 40 cm, dlouhý kanálek prostupující tříselným kanálem, který ústí do močové trubice, procházející prostatou, do něhož ústí semenné váčky, které jsou párové a dodávají sekret přispívající k životnosti spermií (Machová, 2002).

Zdravý ejakulát složen ze spermií a sekretů nadvarlat, semenných váčků a prostaty. V 1ml by měl obsahovat cca 100 miliónů spermií. Při jedné ejakulaci se uvolňuje asi 2-5 ml ejakulátu (Machová, 2002).

Penis slouží k transportu spermií do pochvy ženy, součástí jsou tři topořivá tělesa, jejichž dutinky se plní krví a penis tuhne (Machová, 2002).

Šourek je kožní vak, ve kterém jsou umístěny varlata, nadvarlata a je zde počátek chámovodu (Machová, 2002).

Podobně jako u žen menstruační cyklus je tvorba spermií hormonální proces řízen gonadotropními hormony, které produkuje hypothalamus. Ten stimuluje produkci folikulostimulačního hormonu (FSH) a luteinizačního hormonu (LH), působící na funkci varlat. FSH stimuluje tvorbu spermií v Sertolihových buňkách, LH ovlivňuje tvorbu testosteronu v Leydigových buňkách. Pohyblivost získávají spermie v kanálcích nadvarlete (Konečná, 2003).

2.2.2 Příčiny mužské neplodnosti

Ve společnosti nadále přetrvává podvědomí, že plodnost je záležitostí spíše žen, navíc mnoho mužů zaměňuje plodnost a mužství, paradoxně málokterý neplodný muž má problémy s potenci. Neplodnost je pro mnohé muže velmi citlivá záležitost, proto je obzvláště důležitá důvěrná komunikace mezi partnery a mít na paměti, že více jak polovina mužské neplodnosti se dá léčit (Doherty, 2006).

Existují rizikové faktory, které ovlivňují mužskou neplodnost. Řadíme k nim kouření (ovlivňuje genetickou výbavu spermií a jejich tvar), pohlavně přenosné choroby (i u mužů jsou rizikové chlamydiové infekce, které mohou probíhat bez příznaku, ale zanechat trvalé následky), používání návykových látek, nadměrné teplo, stres, expozice toxickým a chemickým látkám. Také potraviny s nadměrným obsahem stabilizátorů a potravin, v nichž jsou zbytky ženských pohlavních hormonů (estrogenů). Některé druhy léků ovlivňují plodnost muže (Doherty, 2006).

K dalším příčinám mužské neplodnosti řadíme zranění pohlavních orgánů, torzi varlat, poruchy tvorby a zrání spermií, kryptorchismus, anatomické anomálie varlat, varikokéla, hormonální příčiny, dědičné zatížení, imunologické poruchy, erektilní dysfunkce a zpětnou ejakulaci.

Zranění, při kterém došlo přímo k poranění pohlavního orgánu muže, nebo při poranění míchy, kdy je ovlivněna ejakulace. Rovněž poranění močového měchýře může mít negativní vliv na plodnost muže (Řezábek, 2002).

Torze varlat, je patologický stav, kdy dojde k otočení varlete v šourku, jedná se o velmi bolestivé onemocnění, doprovázené otokem. Velmi důležitou roli hraje čas (nejlépe do

dvanácti hodin od otočení), neboť otočením se zastaví přívod krve k varleti a je nutný operační zásah. Torzí nejčastěji trpí mladiství (Doherty, 2006).

„Existuje celá řada příčin mužské neplodnosti, nejčastějšími jsou poruchy tvorby a vyzrávání spermií a poruchy průchodnosti vývodů, kterými prochází sperma.“ (Doherty, 2006, str. 57).

U spermií posuzujeme jejich kvalitu a množství. Nízký počet spermií označujeme pojmem oligospermie, nízká pohyblivost je nazývána astenospermie, teratospermie jsou morfologické defekty spermií, které jsou znázorněny v příloze 4. Stav nazývaný azospermie neboli nepřítomnost spermií v ejakulátu, může mít více příčin. Ve varlatech se sice spermie vytvářejí, ale ve vývodných cestách je překážka, pro kterou nemohou opustit organismus. Na vině může být vrozená vývojová vada (zcela chybějící chámovody a semenné váčky), nebo zranění, infekce či vasktomie, což je chirurgické podvázání chámovodů (Kubíček, 1997).

Varlata během nitroděložního vývoje sestupují tříselným kanálkem do šourku, pokud se tomu tak nestane (kryptorchismus), je zapotřebí chirurgického zákroku do 2. roku věku chlapce. U některých mužů mohou být na vině malá (hypoplastická) varlata, zakrnělá (atrofická) varlata jako důsledek prodělané infekce příušnic. Varikokéla je rozšíření žilní pleteně v oblasti varlat, kterou trpí až 15 % mužů, z toho 40 % má sníženou plodnost, pravděpodobně zvýšením teploty v oblasti šourku (Doherty, 2006).

Stejně jako u žen, může být na vině hormonální příčina, opět se současně provádí vyšetření hormonů štítné žlázy. Nedostatečnost hormonů podvěsku mozkového není však častou příčinou neplodnosti mužů, asi 2 % (Ulčová-Gálová, 2013).

Jistou roli může hrát i dědičnost, nízký počet spermií může mít souvislost s přítomností abnormálního chromozomu Y (20% mužů s chybějícími spermiemi v ejakulátu). Klinefelterův syndrom je stav, kdy je přítomen jeden chromozom X navíc, což může způsobit malá varlata a ojedinele i zvětšená prsa. Syndrom Sertolliho buněk, v průběhu fetálního vývoje nedošlo k vytvoření Leydigových buněk, které jsou stěžejní pro tvorbu spermií, na vině může být, jak dědičnost, tak může být na vině expozice chemickým látkám (včetně chemoterapie) či záření (Kubíček, 1997).

Imunologické poruchy se vyskytují asi u 10 % neplodných mužů. Tělo produkuje protilátky proti vlastním buňkám a ty znemožní následné oplodnění např. tím, že se spermie v ejakulátu shlukují (aglutinace). Nebo může být v ejakulátu přítomno mnoho bílých krvinek, které přímo poškozují vlastní spermie, hovoříme pak o buněčné imunitě (Ulčová-Gálová, 2013).

Erektivní dysfunkce, příčinou může být např. nedostatečné krevní zásobení topořivých těles, poranění míchy, psychické faktory, cukrovka, onemocnění srdce, užívání antidepresiv (Řežábek, 2002).

Zpětná ejakulace je porucha směru semene při orgasmu, místo ven z penisu, dochází k jeho vstříknutí zpět do močového měchýře. Vyskytuje se u 2 % neplodných mužů, na vině je ochabnutí nervu ve svalu, který uzavírá vstup do močového měchýře. Vyskytuje se u mužů s cukrovkou, roztroušenou sklerózou či po poranění páteře, vliv mohou mít i léky, užívané na snížení krevního tlaku (Doherty, 2006).

2.2.3 Vyšetřovací metody muže

Stejně jako u žen se provádí anamnéza a základní vyšetření zahrnující otázky ohledně sexuálního života (délka nechráněného styku, objem semen), předchozího otcovství, prodělaných nemocí a úrazů, užívání léků atd. Mimo jiné je proveden odběr krve (zjištění hormonálních hladin), kontrola moči, vyšetření pohlavních orgánů a stěžejním vyšetřením je rozbor vzorku semene (spermii a seminální tekutiny). Sleduje se objem semene, pod mikroskopem je určeno množství, morfologie a pohyblivost spermii, složení seminální tekutiny. Před odběrem semene je nutná 3 - 5 denní sexuální abstinence. Odběr se provádí pomocí masturbace a následné ejakulace do sterilní nádoby v místě zařízení, kde je vyšetření prováděno, tím je zajištěna eliminace vlivů, které mohou nastat při převozu spermat. Po dohodě ovšem je možno získat vzorek doma, či při pohlavním styku do speciálních kondomů (Konečná, 2003).

Vyšetřením pohlavních orgánů muže se zabývá specialista – urolog, který má k dispozici různé diagnostické metody. Vyšetření pohmatem – odhalí varikokélu, ultrazvukové vyšetření – např. vývojové a morfologické abnormality, vyšetření moči po předchozí ejakulaci pomůže prokázat zpětnou ejakulaci (Doherty, 2006).

2.2.4 Léčba mužské neplodnosti

Když lékař diagnostikuje problém, navrhne možná řešení a je na zvážení pacienta, pro které se rozhodne (ať už s ohledem na náboženské vyznání, po dohodě s partnerkou atd.). Součástí léčby může být operativní řešení, hormonální léčba, užívání léků, rehabilitace. Specifická je léčba erektilní dysfunkce, kdy je možné užít elektrostimulace. I mužům může lékař doporučit rehabilitační cvičení metodou Ludmily Mojžíšové, protože má pozitivní vliv na tvorbu spermii.

Operace varikokély je možno provádět třemi způsoby. Tradiční metodou (nevýhodou je poměrně dlouhou dobu trvající rekonvalescence a vyšší pravděpodobnost recidivy), mikrochirurgickým zákrokem, nebo „balónkovou okluzí“ (nafouknutý balónek ucpe postiženou žílu). Popřípadě se může pár rozhodnout, že muž operaci nepodstoupí a zvolí si vhodnou metodu asistované reprodukce (Doherty, 2006).

Hormonální léčba spočívá v užívání předepsaných léků, doporučuje se zdravý životní styl, omezení alkoholu, kouření a doplnění výživy o vitamíny E a C (Doherty, 2006).

Léčba zpětné ejakulace spočívá v podávání běžného léku, který se užívá při nachlazení a zvyšuje svalové napětí v postiženém místě. Pokud je tento způsob neúčinný, přistupuje se k laboratornímu oddělení spermií od moči a následnému použití spermií zvolenou metodou asistované reprodukce (Konečná, 2003).

Jednou z možností léčby poruch imunity (např. přítomnost protilátek v seminální tekutině), je podávání kortikoidů, které nebývá moc úspěšné, ale i zde je možnost řešit tento problém pomocí vhodné metody asistované reprodukce (Ulčová-Gálová, 2013).

Poruchy ejakulace je možno řešit za pomoci stimulace penisu vibrátorem či elektrostimulací, užíváno většinou u mužů s poraněním míchy. Takto získané sperma se dá využít k inseminaci (Doherty, 2006).

I mužům může lékař doporučit rehabilitační cvičení metodou Ludmily Mojžíšové, protože má pozitivní vliv na tvorbu spermií (Strusková, 2007).

2.3 Léčba neplodnosti páru - metody asistované reprodukce

V případech, kdy selžou jednotlivé léčebné metody muže či ženy nebo v případech, kdy medicína nedokáže diagnostikovat důvod neplodnosti páru, nebo kdy medicína nedokáže páru pomoci dostupnými metodami, může lékař doporučit metody asistované reprodukce. Je na zvážení páru, jakou metodu si zvolí. Jedná se o různé metody asistované reprodukce, kam patří i surogátní mateřství. Tyto metody sebou přináší různá rizika, která podstupuje pacient na vlastní odpovědnost.

Metody asistované reprodukce jsou velkým převratem v léčení neplodnosti. První takto počaté dítě se narodilo v Anglii v roce 1978, v ČR se zásluhou nedávno zesnulého prof. MUDr. Ladislava Pilky, DrSc., narodilo takto počaté dítě již o čtyři roky později, v roce 1982 (Konečná, 2003).

„Metody asistované reprodukce představují takové postupy, při nichž se v rámci léčby neplodnosti manipuluje s lidskými pohlavními buňkami (spermii a vajíčky).“ (Mrázek, 2003, str. 17).

Mezi metody asistované reprodukce řadíme mimotělní oplodnění (IVF), inseminaci, surogátní mateřství.

2.3.1 IVF – mimotělní oplodnění (in vitro fertilizace)

„Nejběžnější metodou asistované reprodukce je IVF – metoda, která se osvědčila zejména v léčbě neplodnosti u žen s poruchami průchodnosti vejcovodů, u mužů s abnormalitami počtu nebo funkce spermií a u páru s nevysvětlitelnou neplodností. Principem IVF je získání vajíček z vaječníků ženy a jejich oplození s použitím manželových nebo darovaných spermií v laboratoři.“ (Doherty, 2006, str. 46).

V laboratoři se pracuje jak se spermii, tak s oocyty, jejichž získání je velmi složité, a proto má tato metoda poměrně krátkou historii (r. 1978). V ČR se umožňuje sezdaným párům pracovat s darovanými spermii či vajíčky dle diagnózy páru. Uvádí se, že úspěšnost center v ČR je 30 až 40 % určující faktor je věk ženy (Konečná, 2003).

IVF začíná hormonální stimulací, dle individuálního plánu (všeobecně se užívá hyperstimulace vaječníků gonadotropiny za současného blokování hypofýzy). Během jednoho cyklu dojde k uvolnění několika vajíček (2 – 20). Hormony jsou podávány injekčně, průběh ovulace je sledován pomocí ultrazvuku. Odběr folikulární tekutiny s oocyty se provádí většinou přes pochvu v krátkodobé narkóze (36 -38 hodin po poslední injekci), tentýž den se odebírají i spermie (dle posledních studií je vhodná i hormonální stimulace muže majícího problémy s plodností). V laboratoři se pak získaná vajíčka a speciálně upravené spermie vloží do speciální nádoby a sleduje se případné oplodnění, které je znázorněno na obrázku přílohy 5. V případě kladného výsledku se embrya kultivují 2 – 4 dny, vyobrazeno v příloze 6 a v počtu 1-3 se přenesou skrz hrdlo děložní do dutiny děložní (ET – transfer embrya do dělohy). Zbylá kvalitní embrya se zmrazí (zákonná povinnost s ohledem na etickou otázku věci a na příští možné využití bez nutnosti hormonální stimulace a opětovného odběru vajíček z ovárií). Zároveň ženě podáváme hormony pro podporu uhnízdění oplozeného vajíčka (Roztočil, 2011).

Pro úplnost uvádím metody GIFT a ZIFT, které se dnes používají zřídka. První metodou je metoda GIFT (přímý přenos gamet do vejcovodů), při které lékař (za současné hormonální

stimulace ženy) zavede v celkové narkóze zralé pohlavní buňky (ženské i mužské) do vejcovodů ženy tak, aby byl postup, co nejvíce podoben přirozenému oplodnění. Lékař však nedokáže říci, zda ke skutečnému oplození dojde. Nebo se lékař může rozhodnout pro metodu ZIFT, který se od metody GIFT liší tím, že se přenáší již oplodněné vajíčko, k přenosu dochází dříve než u IVF. V počátečním stádiu se lépe může dařit embryím ve vejcovodu. Zygoty (buňky, které vznikly oplozením vajíčka spermii) přirozeně sestupují do dělohy, kde se připravuje výstelka děložní. Metoda je dražší a více invazivní než IVF a její užívání je na ústupu (Doherty, 2006).

Intracytoplazmatická injekce spermii - ICSI

Jedná se o moderní laboratorní techniku (první dítě narozeno v roce 1993), která se provádí pomocí mikromanipulačního zařízení (jehož fotografie je uvedena jako příloha 7) ve spojení s technikou IVF. Podstatou je zavedení jediné spermie přímo do jednoho vajíčka, za účelem oplodnění, pod mikroskopem pomocí speciálních skleněných mikropipet, jak je viditelné v příloze 8. Tato metoda je vhodná pro muže s nízkou pohyblivostí nebo koncentrací spermii, získáním spermii z varlete či nadvarlete (Řežábek, 2002).

Normální tvar a pohyb nejsou zárukou zralosti spermie, která souvisí se schopností navázat se na povrch vajíčka. Metoda PICS (intracytoplazmatická injekce preselektované spermie) vybírá spermie, které tuto schopnost vykazují (spermie, které se navážou na speciální vrstvu, se následně vyselektují), následně jsou použity k oplodnění získaných vajíček metodou ICSI. PICS zlepšuje výsledky léčby. Metoda je indikována párům, kde vznikl nízký počet oplozených vajíček po klasické ICSI, při snížených hodnotách spermioqramu a při nedostatečném vývoji embryí v předchozích pokusech (Ventruha, 2013).

Jinou mikromanipulační technikou, která zvýší šance na ujetí oplozeného vajíčka je asistovaný hatching (AH). Jedná se o techniku, kdy je narušen obal vajíčka (zona pellucida) před jeho přenesením do dělohy, což je znázorněno na obrázku v příloze 9. Nedojde-li k uvolnění embrya z tohoto obalu, jeho uhníždění v děloze vážne. U žen nad 37 let se užití této techniky doporučuje vždy (Mrázek, 2003).

Preimplantační genetická diagnostika – PGD

„PGD je metoda umožňující genetickým vyšetřením jedné nebo dvou buněk (blastomer) odebraných z vyvíjejícího se embrya odhalit genetické abnormality budoucího plodu. Po tomto vyšetření lze k transferu do dělohy vybrat pouze embrya bez genetické zátěže. Jedná se

o metodu časné prenatalní diagnostiky, která je vázána na techniky umělého oplození.“ (Ventruba, 2013, str. 13).

1-2 buňky odebrané z embrya ve stádiu 8-10 buněk, jež jsou vyobrazeny v příloze 10, (odběr nijak nenaruší případný pozdější vývoj vzhledem k tomu, že každá tato buňka sama je schopna vývoje v celého jedince), se podrobí genetickému vyšetření. Toto genetické vyšetření ovšem nedokáže 100% vyloučit veškeré možné genetické poruchy (Ventruba, 2013).

V současné době nejpřesnější forma PGD je tzv. preimplantační genetický screening (PGS), který je založen na principu mikročipové technologie a dokáže zkontrolovat všechny chromozomy člověka přítomny v jedné buňce. Toto vyšetření je doporučováno párům, kde je zvýšená genetická zátěž v rodině, či vyšší věk ženy, nebo při neobjasněných dřívějších potratech. Pokud dojde k otěhotnění ženy, doporučuje se během těhotenství podstoupit odběr plodové vody – amniocentéza (Ventruba, 2013).

2.3.2 Inseminace

Metoda spočívá v umělém zavedení spermií do pochvy, děložního čípku. Vzhledem k poměrně snadnému získání spermií od muže, jsou zaznamenány první pokusy o inseminaci již v roce 1780. Tuto metodu lékař volí, pokud sperma obsahuje dostatečný počet spermií, žena trpí např. anatomickými poruchami čípku či funkčními poruchami cervikálního hlenu, ale i u idiopatické neplodnosti (jedna z méně finančně náročných možností). Pomocí ultrazvuku se monitoruje ovulace, a tím je zajištěno správné načasování. U některých žen je třeba hormonální stimulace k zajištění ovulace. Úspěšnost této metody je 10 – 15 % v závislosti na příčině neplodnosti daného páru (Doherty, 2006).

S ohledem na pokrok medicíny i tato metoda prošla jistým vývojem, pro vyšší pravděpodobnost otěhotnění je možné užít metodu intrauterinní inseminace (IUI). Zavedení suspenze spermií (tzn. po promytí od seminální plazmy) do dutiny děložní, (pomocí tenké gumové cévky přes cervikální kanál), což je mnohem efektivnější metoda než umělá inseminace. Pravděpodobnost otěhotnění se blíží přirozené cestě. Využívá se např. u žen, které mají přítomny protilátky v poševním hlenu. U žen, které ovulují, je zákrok načasován pomocí ultrazvuku, pro zvýšení pravděpodobnosti správného načasování, v některých případech lékař aplikuje hCG (Roztočil, 2011).

Chirurgický odběr spermií

U mužů, v jejichž ejakulátu se nevyskytují spermie a léčba není úspěšná, se volí chirurgický odběr spermií zahrnující metody TESA, MESA a TESE.

Odběr spermií z varlete TESA či nadvarlete MESA. Odběr se provádí ambulantně v místním znecitlivěním, tenkou jehlou se nasají spermie přímo z varlete či nadvarlete. Indikujeme u mužů, kterým chybí spermie v ejakulátu. Dále pak postupujeme vhodnou metodou IVF (Řežábek, 2002).

Odběr tkáně z varlete TESE se provádí v místním znecitlivění řezem na šourku. Tkáň je laboratorně vyšetřena a pomocí mikromanipulačních technik jsou získané spermie použity k oplodnění vajíčka metodou ICSI (Řežábek, 2002).

2.3.3 Dárcovství

Dárcovství pohlavních buněk je velmi citlivé téma v oblasti reprodukce. Z pohledu nemocného páru je to často jediná možnost, jak mít alespoň částečně biologicky vlastního potomka. Dvojice si musí vše ujasnit předem a mnohdy je na místě vyhledat odborníka. Mnohem jednodušší je darování mužských než ženských pohlavních buněk. Obecně platí, že dárci musí být zdraví (i geneticky, negativní testy na HIV, hepatitidu B, C, syfilis), neužívat drogy, léky i nikotin. V ČR je dárcovství anonymní (Ulčová-Gálová, 2013).

V ČR pocházejí darovaná vajíčka od zdravé ženy do věku 35 let (ideálně alespoň po jednom porodu). Dárkyně je vždy vyšetřena, podstupuje laboratorní a genetická vyšetření. Darování vajíček zahrnuje získání vajíčka od dárkyně, jejich oplození a zavedení embrya do dělohy neplodné ženy. Dárkyně musí podstoupit hormonální stimulaci, některá centra vyžadují, aby již žena vlastní děti měla a další neplánovala. Velmi kontroverzní je darování vajíček středoškolačkami či mladými bezdětnými ženami, byť jejich mládí zvyšuje pravděpodobnost úspěšnosti, ale vzhledem ke způsobu získávání ženských pohlavních buněk mohou ohrozit svou plodnost do budoucna. Centra asistované reprodukce se snaží vybrat takovou dárkyni, která má alespoň částečně shodné fyzické charakteristiky (barva očí, vlasů) s příjemkyní. Přijetí darovaných vajíček je řešením pro ženy, které prodělaly různá závažná onemocnění vaječníků, popřípadě se u nich dostavila předčasná menopauza. Na vině také může být vážná genetická porucha, kdy lékař nedoporučí mít biologické potomky. Darování vajíček umožňuje otěhotnět ženám v podstatě v jakémkoliv věku. Je zde 60 -70 % pravděpodobnost otěhotnění u žen starších 40- ti let, podmínkou ovšem je mít dělohu se sliznicí schopnou embrya přijmout

(žena se hormonálně stimuluje). V ČR si manželský pár doplácí na tento úkon 5 000 – 10 000 Kč (Doherty, 2006).

Dárcovství zahrnuje získání, uskladnění a použití spermií darovaných anonymním dárcem metodami IUI nebo IVF. Bývá označováno jako AID - Artificial Insemination from Donnor (arteficiální inseminace od dárce). Vhodný dárcce je muž ve věku 25 – 40 let. V ČR manželské páry, které se rozhodnou použít sperma dárce uvádí fyzické charakteristiky budoucího otce a centrum asistované reprodukce pak vybírá sperma vhodného dárce. Dalším rozhodujícím faktorem je také Rh faktor dárce a příjemce. Manželský pár žádné informace o dárci nemá. K této metodě páry přistupují, když se nepodařilo získat vlastní spermie muže všemi dostupnými metodami (v současné době je těchto případů stále méně díky rozvoji metod asistované reprodukce), dále pak pokud je muž přenašečem závažného genetického onemocnění, či prodělal onkologickou léčbu bez předchozího zmrazení vlastních spermií (v současné době málo pravděpodobné). Pokud žena netrpí neplodností, volí se metoda IUI, hrazena zdravotním pojištěním (příplatek za darované spermie je 500 - 1500 Kč), úspěšnost otěhotnění dosažena obvykle po třech až čtyřech cyklech (Doherty, 2006).

Pár, který podstoupí IVF, může některá získaná embrya darovat. Často se tomu děje v případech, kdy se páru podařilo léčbu dovést do zdárného konce a získaná embrya již nepotřebují. Pokud se získá v cyklu IVF více embryí, než se zavádí do dělohy, zmrazí se. Můžou být popřípadě použity v dalších cyklech, či je může pár darovat – také anonymně. Embrya se opět uchovávají v kapalném dusíku a mohou se uchovávat v kryobance až několik desítek let. Po rozmrazení je třeba počítat s tím, že jich zhruba polovina nepřežije. Naděje na těhotenství po kryoembryotransferu (KET) – přenos rozmrazených embryí do dělohy, je o něco nižší, než po přenosu nemražených embryí (Řežábek, 2002).

Kryokonzervace

Kryokonzervace je proces šetrného zmrazení materiálu (embryí, oocytů, spermií, testikulární tkáně, ovariální tkáně). U pacientů se provádějí různá laboratorní vyšetření, testuje se HIV, hepatitida B, C, syfilis. V případech, kdy je pacientovi diagnostikováno onkologické onemocnění, je dobré zvážit možnost zmrazení pohlavních buněk, zvláště pak, když nemá uzavřenou otázku vlastní reprodukce, ještě před vlastním léčbou (radioterapií či chemoterapií). Zmrazování vajíček je technicky problematičtější než zmrazování spermií i embryí. Cílem zmrazování embryí je uchovat embrya vzniklá při metodách mimotělního oplození v případech, kdy vznikne více embryí, než se převádí do dělohy. Dále se tato metoda

užívá v programu dárcovství (vajíček i embryí). V případě vzniklých nepředvídatelných obtíží (technických, zdravotních, organizačních) během IVF cyklu. Při vzniku hyperstimulačního syndromu u pacientky podstupující IVF, kdy se čeká na úplné zklidnění vaječnicků, předchází se tak možným komplikacím. Embrya jsou mražena pomocí dusíku. Skladování embryí může být ukončeno jen na základě písemné žádosti obou partnerů (Ventruba, 2013).

2.3.4 Surogátní mateřství

Surogátní neboli náhradní mateřství či institut tzv. matky hostitelky je právně, psychologicky, sociálně i eticky velmi složitý fenomén. Surogátním mateřstvím se rozumí metoda, kdy žena hostitelka donosí dítě budoucím rodičům. Rozlišujeme dva typy: tradiční (částečné) a gestační (úplné). V současné době se setkáváme spíše s druhým typem náhradního mateřství - do dělohy náhradní matky se přenese embryo, kdy je metodou IVF oplodněno vajíčko spermií budoucích rodičů. Potomek tedy nese plnou genetickou výbavu svých budoucích rodičů a matka hostitelka opravdu „pronajímá“ pouze dělohu a předem souhlasí s následnou adopcí. U tradiční formy je genetická výbava zděděná částečně (po otci), protože vajíčko je darováno matkou hostitelkou. Oplodnění proběhne mimotělně. Domluva mezi budoucími rodiči a matkou hostitelkou je také, jako u předchozí formy, že žena po porodu dá dítě k adopci. Je samozřejmě možné, že mimo vajíčka - jsou darované i spermie, tato varianta je však v praxi nejméně častá (Hessová, 2008).

Náhradní mateřství není záležitostí posledních desetiletí, již v Bibli a to v knize Genesis je zmínka o rodičích objednatelích – Abraham a Sára, kterým dítě odnosi služky (biologickým otcem je Abraham), ale děti jsou považovány za potomky Abrahama a Sary. Ve středověku se tato metoda využívala především ve vyšších společenských vrstvách, kvůli zachování rodu (Stará, 2012).

O surogátním mateřství tedy hovoříme až s rozvojem metod asistované reprodukce, zvláště pak mimotělního oplodnění a faktu, že se na zplození potomka podílejí až tři lidé. Muž, od kterého pochází sperma, žena, která daruje vajíčko a žena, která odnosi a porodí dítě zplozené ve zkumavce (Smolíková, 2009).

Dle mezinárodní organizace gynekologie a porodnictví (FIGO) - doporučení z roku 2008 - je tato metoda asistované reprodukce přípustná pouze z medicínské indikace (u žen, kterým byla ze zdravotních důvodů odebrána děloha nebo u žen, kterým se děloha nevyvinula či proti těhotenství hovoří vážná kontraindikace), v žádném případě ne ze sociálních důvodů. Vždy je třeba respektovat přání náhradní matky, její autonomii včetně rozhodnutí o jejím těhotenství, i

když to bude v rozporu s názorem pověřujícího páru. V žádném případě by se institut matky hostitelky neměl stát komerční záležitostí (zvýšené riziko vlivu žen z bohatých poměrů na ženy z chudších poměrů). V praxi je třeba respektovat zákony dané země, popřípadě, pokud zákon tuto problematiku nepostihuje, využít nezávislou právní poradu a uzavřít smlouvu. FIGO upřednostňuje úplnou suregátnost, vzhledem k větší možnosti vzniku citového vztahu v případě částečné suregátnosti. Zároveň doporučuje udělat maximum pro snížení rizika vícečetného těhotenství (v praxi transfer pouze jednoho embrya), neboť vícečetné těhotenství sebou nese vyšší rizika pro matku i budoucí děti (Pilka, 2009).

Podíváme-li se na postoje světových náboženství a feminismu k surogátnímu mateřství, pak feministky oceňují, že surogátní mateřství dává možnost osvobodit se od tradiční biologické role. Kritizují ovšem fakt „pronájmu ženského těla“, kde chápou ženské tělo jako věc vhodnou k obchodu, což vnímají jako nástroj k posilování útlaku žen. Křesťanství vkládá zážrak plození do rukou Božích, a tudíž zde jsou metody asistované reprodukce zapovězeny, zvláště pak u stoupců Římsko-katolické církve. Judaismus se řídí tím, co je zakázáno v Tóře a vše ostatní je dovoleno. Tóra samozřejmě asistovanou reprodukci nezakazuje. Ani Islamismus se nestaví k této problematice, tak odmítavě, neboť pokud považujeme neplodnost za nemoc, Alláh k ní dává vždy i lék. Sperma ovšem nesmí pocházet od dárce. Lze říci, že většina církví (kromě Římsko-katolické) přijímá tuto metodu, pokud je použita k léčení neplodných manželských párů (Pilka, 2009).

Právní úpravy surogátního mateřství

Některé státy již zákonně upravují náhradní mateřství. Tento institut je povolen v Indii, na Ukrajině, v Rusku a v Izraeli (vyžaduje, aby se jednalo o manželský pár a náhradní matka byla stejné víry jako zadávající pár, dle zásad judaismu. Každá uzavřená smlouva musí být schválena speciální komisí). V USA podléhá tato zákonná úprava do správy jednotlivých států a tak se výrazně v jednotlivých státech liší (v New Yorku je tato forma mateřství zakázána, naopak státy Texas a Florida ji za jistých podmínek povolují). Ve Velké Británii je podmínkou genetická vazba alespoň k jednomu z budoucích rodičů, do šesti měsíců od porodu musí být podána žádost o adopci a v rodném listě figuruje i náhradní matka. V Řecku a některých státech Austrálie je zakázána jakákoliv finanční náhrada (Pilka, 2009).

Indie a Ukrajina se dají označit za země, kde kvete těhotenský byznys. Na Ukrajině se náhradními matkami mohou stát ženy ve věku 18 - 35 let s jedním dítětem, svobodné (u vdaných nutný souhlas manžela) a ženy si mohou vydělat až milión českých korun, zároveň

však se musí podrobit psychologickým a zdravotním vyšetřením, celá záležitost je právně ošetřena. V Indii je povolen tento byznys od roku 2002 a právě indické ženy jsou využívány bohatými páry z USA a západní Evropy (Stará, 2010).

Státy Evropy, jakými jsou Francie, Německo, Slovensko (zákon z roku 2005), Španělsko a Švýcarsko, zákonně zakazují náhradní mateřství (Stará, 2010).

V našem právním řádě není surogátní mateřství nijak zvlášť upraveno, není definováno ani zakázáno. Jedinou zmínkou je § 804 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, účinný od 1.1.2014. „Osvojení je vyloučeno mezi osobami spolu příbuznými v přímé linii a mezi sourozenci. To neplatí v případě náhradního mateřství.“ (Náhradní mateřství, online).

Náš právní řád, tedy počítá s tím, že tato skutečnost se v praxi odehrává, dále ji však neupravuje, ale ani nezakazuje. Podle článku 2 Listiny základních práv a svobod, může každý činit, co není zákonem zakázáno (Pilka, 2009).

I tato zákonná úprava je však pro mnohé páry stěžejní, vzhledem k tomu, že dle zákonné úpravy účinné do roku 2013, bylo nemožné osvojení dítěte mezi blízkými příbuznými. Dle nového občanského zákoníku tedy může např. sestra či matka odnosit dítě ženě, která toho není schopna. Stále ovšem platí dle paragrafu § 775, že „matkou dítěte je žena, která dítě porodila“ (Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník).

Ročně se asi 15 žen stane náhradními matkami. Dohoda mezi manželi - budoucími rodiči a náhradní matkou je v praxi často taková, že jako otec se uvede do rodného listu muž z manželského páru, jako matka je uvedena žena, co dítě porodila, ta se po porodu vzdá rodičovských povinností a práv a umožní biologickým rodičům osvojení, děje se tomu tak, pokud je náhradní matka svobodná. V případě, že je provdaná, nejrychlejší cestou je osvojení i ze strany budoucího otce. Do rodného listu dítěte se tedy uvádí jako otec partner náhradní matky, neboť popření otcovství manželem (on je zákonným otcem) náhradní matky a následné určení otcovství může být velice zdlouhavý proces. Rychlejší je tedy proces osvojení budoucími rodiči, kdy se náhradní matka i její manžel po porodu vzdají svých rodičovských práv a povinností (Stará, 2010).

Problémy nastávají, když jedna ze stran nedodrží dohodu. Nastat může situace, kdy objednatelský pár odmítne dítě převzít (dítě je např. mentálně postižené), nebo náhradní matka odmítne dítě předat z důvodu vzniklé psychické vazby k nově narozenému dítěti, nebo požaduje po objednatelském páru větší odměnu. V Belgii se stal případ, kdy náhradní matka poskytla dítě páru, který nabídl větší obnos peněz. Problematika odměny za odnošení dítěte je

velmi složitá, na jedné straně se vyskytuje takový extrém jako „těhotenský byznys“ (např. situace na Ukrajině), na druhé straně je náhradní mateřství psychicky, fyzicky i finančně náročný proces a jistá finanční kompenzace má své opodstatnění (Smolíková, 2009).

Při realizaci náhradního mateřství vyvstává řada problémů. Alespoň některým z nich by se dalo předcházet, pokud by měly oporu v právním řádu (Stará, 2010).

2.3.5 Možné komplikace a rizika asistované reprodukce

Techniky a metody asistované reprodukce, ostatně jako každý lékařský zákrok, s sebou nesou určitá rizika, mezi ně řadíme mnohočetná těhotenství, spontánní potrat, mimoděložní těhotenství, ovariální hyperstimulační syndrom – OHSS.

Mnohočetná těhotenství

Mnohočetné těhotenství je přítomnost dvou a více plodů v děloze. Přestože mnohé pacientky podstupující léčbu neplodnosti uvítají tuto situaci, je třeba si uvědomit, že vícečetná těhotenství s sebou nesou různá rizika. Jak riziko předčasného porodu – pro novorozence pak riziko rozvinutí dětské mozkové obrny, mentální retardace, či poruchy zraku, tak i větší riziko pro matku během těhotenství (vyšší riziko poporodního krvácení, preeklampsie – vysoký krevní tlak během těhotenství), ale i následnou péči o víceročata, zahrnující například i ekonomické problémy početné rodiny. Šance na vznik mnohočetného těhotenství je při léčbě neplodnosti metodami asistované reprodukce (včetně IVF) asi 25x vyšší než při přirozeném otěhotnění. V současné době, kdy se metody IVF natolik zdokonalily, se v případě dobré kvality přenášených embryí, doporučuje přenos pouze jednoho, maximálně dvou embryí. Při metodě IVF má lékař pevně v rukou počet embryí, která zavádí do dělohy, u jiných metod tomu tak není (např. při vyvolání ovulace). Je třeba si uvědomit, že přenos více embryí není zárukou donošení a porození zdravých dětí, ba naopak. S tím souvisí dodatečné snížení počtu dětí v děloze (selektivní redukce). Tento výkon se provádí mezi 10. a 12. týdnem těhotenství a situace se projednává individuálně, záležitost je eticky velmi problematická (Doherty, 2006; Ventruba, 2013). Redukce se provádí tak, aby byla, co nejšetrnější k ostatním zárodkům v děloze (riziko ztráty celého těhotenství je asi 5 %). Tenkou jehlou pod kontrolou ultrazvuku vstříkne lékař do jednoho z plodových vajec tekutinu, které embryo usmrtí. Plodové vejce zůstane v děloze, někdy se vstřebá a někdy se dá nalézt až při porodu, jako zjizvená tkáň plodových obalů. Redukce se provádí u troj a více četného těhotenství tak, aby zůstaly dvě živá. Redukce plodů může proběhnout i samovolně asi 30%, z nichž většina nese genetické

zatížení (Řežábek, 2002). Rozhodnutí pro provedení redukce je nesmírně složité a konečné rozhodnutí je vždy na pacientce.

Spontánní potrat

Každé těhotenství, i spontánní, je spojeno s rizikem samovolného potratu. Uvádí se, že každé šesté těhotenství končí samovolným potratem a dojde k němu ze 3/4 do 12. týdne těhotenství. Při léčbě neplodnosti je žena více sledována a o svém těhotenství ví mnohem dříve než ženy, které se neléčí a vlastní, předčasně spontánně ukončené těhotenství je jí mnohdy utajeno (Roztočil, 2008). Přesto se zdá, že u žen, které mají problémy s otěhotněním, dochází k potratům častěji. Rizikovým faktorem je také věk pacientky, abnormální genetická výbava plodu, imunologické a hormonální problémy, děložní abnormality, nedostatečnost děložního hrdla, endometrióza, infekce (zarděnky, chlamydie). Na udržení těhotenství má také nemalý vliv zdravý životní styl (včetně vyloučení alkoholu a cigaret). U žen, které podstoupily IVF, je také nutná stimulace hormonů do 12. týdne těhotenství, dokud tuto funkci nepřebírá placenta. U pacientek, které se léčí pro neplodnost, je často velmi obtížné překonat prodělaný potrat po psychické stránce, na pozitivní výsledek testu čeká často velmi dlouhou dobu. Je nutné dopřát si čas a někdy je i vhodné léčbu přerušit (Doherty, 2006).

Mimoděložní těhotenství

Jako mimoděložní těhotenství (ektopická gravidita) je označováno každé, které se vyvíjí mimo dělohu. Pokud se při IVF zavádí více, jak jedno embryo do těla pacientky, je riziko mimoděložního těhotenství 3 – 5 %, vzhledem k tomu, že je to život ohrožující stav (zvláště pak, když dojde k vnitřnímu krvácení) je třeba, aby žena byla po IVF řádně ultrazvukově vyšetřena a možné mimoděložní těhotenství bylo vyloučeno. Při IVF je také riziko vzniku heterotropické gravidity, kombinace děložního a mimoděložního těhotenství (asi 1 %), mnohonásobně vyšší než při spontánním těhotenství. Ženy s chirurgickým výkonem na vaječnicích jsou nejrizikovější skupinou (Roztočil, 2008).

Ovariální hyperstimulační syndrom - OHSS

Jedná se o bouřlivou reakci vaječníků na prodělanou hormonální stimulaci. I při pečlivém sledování léčebného cyklu se vyskytuje v 1 % případů. Projevuje se bolestmi v podbříšku, nevolností, dále pak volnou tekutinou v břiše. Jedná se o nejzávažnější komplikaci hormonální stimulace. Dělí se na mírný a závažnější stupeň, přičemž závažnější mohou být

provázeny rozvratem vnitřního prostředí, poruchou srážlivosti krve. Vzhledem k závažnosti projevů může být OHSS indikací k ukončení těhotenství (Roztočil, 2008).

2.3.6 Finanční stránka asistované reprodukce

„Zdravotní pojišťovny hradí základní výkony u třech cyklů IVF s přenosem embryí, za podmínky přenosu pouze jednoho embrya v prvních dvou cyklech ještě cyklus čtvrtý. Důležitou podmínkou u ženy postupující umělé oplodnění je věk 22 – 39 let, při oboustranné neprůchodnosti vejcovodů je dolní hranice snížena na 18 let.“ (Ceník umělého oplodnění, online).

Některé výkony, které zvyšující úspěšnost IVF, pojišťovna nehradí, např. prodloužená kultivace embryí a dále mikromanipulační metody - zavedení spermie do vajíčka (ICSI = intracytoplasmatická injekce spermie), výběr zralé spermie metodou PICSI, monitorování embryí, asistovaný hatching. Program dárcovství také není hrazen zdravotní pojišťovnou (darované vajíčko, darovaná spermie, darované embryo) (Ceník umělého oplodnění, online).

Pro představu, jak je nákladná léčba neplodnosti metodami asistované reprodukce, následuje přehled cen vybraných zákroků asistované reprodukce. Výše úhrady se liší dle konkrétního pracoviště, proto jsou uvedené ceny u vybraných zákroků pouze orientační:

Inseminace	1 200 – 2 000 Kč
IVF cyklus přerušovaný před odběrem oocytů	990 Kč
IVF cyklus bez oplození	13 000 Kč
IVF cyklus s přenosem embryí	26 000 Kč

Výkony nehrazené zdravotní pojišťovnou, které významně ovlivňují úspěšnost pokusu:

Asistovaný hatching	3 500 – 3 800 Kč
Prodloužená kultivace embryí	2 500 – 4000 Kč
ICSI – intracytoplasmatická injekce spermií	2 000 - 3 500 Kč
PICSI – výběr zralé spermie pro ICSI	5 000 – 11 000 Kč
Kryokonzervace embryí	3 000 – 4000 Kč

Preimplantační genetická diagnostika	8 000 – 10 000 Kč
Chirurgický odběr MESA/TESE	11 000 – 20 000 Kč
Dávka spermií dárce	2 000 – 3 500 Kč
Transfer darovaných embryí	26 000 – 36 000 Kč
Náhradní mateřství (doplatek cyklu)	36 000 Kč

(Ceník umělého oplodnění; Ceník asistované reprodukce; Ceník služeb nehrazených pojišťovnou; Ceník výkonů asistované reprodukce, online).

Je zřejmé, že celý proces je nesmírně nákladný, zvláště když pár vyčerpá tři pokusy a stále se nedočká těhotenství. Dále je třeba uvést, že žena neustále podstupuje návštěvy u lékaře, často musí zvolit pracovní neschopnost, aby byla schopna dostat různým přípravám na vyšetření atd.

2.4 Psychické dopady (neúspěšné léčby) neplodnosti

„Nenaplňující se rodičovství, léčba poruch plodnosti i procesy vedoucí k adopci jsou psychicky velmi náročné životní situace. Navíc porucha plodnosti je tradičně považována za zvláštní nemoc, pohlíží se na ni spíš než jako na nemoc jako na neschopnost, nechtění či trest a nějaké provinění. Tato stigmatizace s sebou přináší pochybnosti o sobě jako o plnohodnotném a schopném člověku.“ (Konečná, 2003, str. 92)

První reakcí na zjištění vlastní neplodnosti bývá odmítnutí, což je běžná reakce psychiky na bolestivou skutečnost. Člověk pak vyslechne a v praxi aplikuje všechny zaručené babské rady, jak otěhotnět. Je ovšem nutné toto stádium překonat, pravdu si připustit a vyhledat odbornou pomoc, v opačném případě se vyskytuje postížený riziku zhoršení původní diagnózy a nutné náročnější léčby. Dalším stádiem bývá hněv, často se pacienti zlobí na sebe, své tělo, někdy i na partnera, často pak následuje pocit viny, snaží se ji hledat ve své minulosti, vnímají svou neplodnost jako trest za své chování apod. I toto stádium je třeba překonat. Závist a smutek se také obvykle dostaví u lidí, kteří prodělávají náročnou léčbu neplodnosti. Velmi nepříjemná je situace, kdy se nedaří určit příčinu neplodnosti a pacientka prodělává jeden neúspěšný cyklus léčby za druhým (Doherty, 2006).

Vyrovnat se s vzniklou situací je velmi individuální záležitost, v zásadě platí, že situaci člověk snáší mnohem lépe, pokud má dostatek informací (konzultovat s lékařem všechny dotazy), netrestat se ba naopak, udržovat se v dobré náladě, je pro léčbu plodnosti rozhodující.

Důležité je pokračovat v normálním životě, nedopustit, aby se téma těhotenství stalo ústředním tématem života, což je velmi těžké. Často si pár plánuje život dle menstruačního cyklu. Vzhledem k tomu, že psychická pohoda je pro léčbu stěžejní, je dobré vyhýbat se situacím, ve kterých se pacienti necítí příjemně (např. křtiny), připravit se na dotazy, které mohou být nepříjemné (Doherty, 2006).

Velkému tlaku je také vystaveno manželství neplodného páru. Žena, která podstupuje léčbu - její chování bývá velmi často ovlivněno rozbouřenou hladinou hormonů, vyrovnává se s případným potratem. Muž, který se cítí neschopný, bezmocný. Vždy je důležitá komunikace mezi partnery. Zásadou je, že podstoupit léčbu musí oba partneři dobrovolně a mohou ji kdykoliv ukončit (Konečná, 2003).

Doporučení odborníků zní:

- 1) Stanovit si dobu léčby – např. po šesti měsících zvážíme adopci.
- 2) Předem si stanovit maximální délku hovoru, kterou bude pár denně tomuto tématu věnovat (vyhne se tak neustálému probírání situace dokola, postupování tématu všemi situacemi v životě).
- 3) Vést si deník, kde si pacienti zaznamenávají pocity během léčby. Zapisovat si radostné události v životě.

Neúspěšná léčba může vést u pacientů k rozvinutí deprese, kdy je na čase vyhledat odborníky. Příznaky deprese jsou únava, nespavost, ztráta zájmu o koníčky, neschopnost rozhodnout se (Doherty, 2006).

2.5 Jiná řešení neplodnosti

V momentě, kdy se pár rozhodne pro ukončení léčby, což bývá pro mnohé z nich velmi bolestivé, protože se v podstatě vzdávají šance mít biologicky vlastní dítě, je na řadě zvážit možnosti, jak řešit danou situaci.

2.5.1 Osvojení a pěstounství

Jedním ze způsobu, jak se stát rodičem (i po právní stránce) je adopce (osvojení), kdy pár přijímá cizí dítě za vlastní. K tomu je třeba souhlas biologických rodičů nebo zákonných zástupců. V případě, že biologičtí rodiče nejeví o dítě zájem prokazatelně 3 měsíce, jejich souhlas není vyžadován. Osvojené dítě přejímá příjmení rodičů a vstupuje do příbuzenských vztahů osvojené rodiny, osvojitelé přebírají rodičovskou odpovědnost, o osvojení rozhoduje soud na návrh osvojitele (o osvojení mohou zažádat manželé nebo jednotlivci). Dále jsou

osvojitelé povinni dítě informovat o osvojení nejpozději do zahájení školní docházky. Nelze osvojit dosud nenarozené dítě a dítě v přímé příbuzenské linii (vyjma náhradního mateřství) (Doherty, 2006; Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník).

Ne každé dítě je ovšem vhodné k adopci, takové děti je možné si vzít do pěstounské péče. Základní rozdíl mezi adoptí a pěstounskou péčí je, že biologičtí rodiče zůstávají zákonnými zástupci dítěte, k pěstounské péči není třeba souhlasu biologických rodičů, na péči přispívá stát. Úskalí této formy péče je, že nemusí být trvalého charakteru a dítě může být vráceno do své biologické rodiny, pokud soud uzná, že je to v nejlepším zájmu dítěte. Pěstounská péče může být kdykoliv ukončena na žádost pěstouna. Pěstoun zastupuje dítě v běžných záležitostech, o mimořádných záležitostech rozhoduje zákonný zástupce, popřípadě soud. Pěstoun nemá k dítěti vyživovací povinnost (Doherty, 2006).

2.5.2 Bezdětnost

Vzhledem k tomu, že adopce či pěstounství s sebou nesou různá úskalí, některé páry se rozhodnou pro bezdětnost. To však není překážkou prožít plnohodnotný život. V současné době se objevuje fenomén bezdětnosti, kdy lidé tento stav volí dobrovolně. Mezi mladými narůstá tolerance vůči této volbě a rodičovství mladí lidé nevidí jako jedinou plnohodnotnou náplň života. Obecně klesá preference rodičovství a také počet dětí. Zatímco naši rodiče si kladli otázky typu – kolik dětí mít?, nastupující generace neví, zda je vůbec mít (Hašková, 2009). Tím, že se mění postoj společnosti k otázce rodičovství, klesá i tlak okolí na páry, které děti mít nemohou. Jinými slovy bezdětný pár není již ojedinělou výjimkou.

2.6 Etické otázky související s neplodností

„Člověk na cestě za dítětem totiž obvykle hledá všechny dostupné prostředky, jak svého cíle dosáhnout a v tu chvíli většinou moc nepřemýšlí o možných následcích, psychických, sociálních či právních.“ (Konečná, 2007, str. 191).

Člověk toužící po dítěti ve své bezmoci dokáže využít všech prostředků bez ohledu na dopady svých rozhodnutí. Život se podobá tunelu, na jehož konci je zdrojem světla jediné – mít dítě. Kolotoč vyšetření, měření bazální teploty, ovulace, menstruace a znovu vyšetření a stále dokola. Existuje mnoho etických otázek v souvislosti s léčbou neplodnosti, jejich odpověď není jednoznačná, liší se s ohledem na odlišnosti kultur, náboženského vyznání atd.

Nutno říci, že oblast medicíny, která se zabývá asistovanou reprodukcí, je jeden z nejprogresivněji se vyvíjejících lékařských oborů, čelí několika etickým dilematům. Pokrok

v medicíně nabízí párům mnohé možnosti řešení své bezdětnosti, je správné je všechny využít?

Na světě žije spousta sirotků, mnozí z nich umírají hladem a na tom samém světě se také vynakládá spousta prostředků na léčbu neplodnosti. Na první pohled je odpověď jasná, ale nutno říci, že medicína dává naději lidem mít geneticky vlastní potomky, ne každý pár je schopen vychovávat adoptované dítě. Nutno také říci, že spousta opuštěných dětí na jedné straně planety a neplodné páry na druhé straně planety k sobě najdou cestu jen vzácně. Důvodem je finanční nákladnost, složitá právní problematika a v neposlední řadě i odlišné socio-kulturní prostředí (Řežábek, 2002).

Další oblastí je dárcovství genetického materiálu (vajíček, spermií) a zachování anonymity dárců. Studie zkoumající postoje veřejnosti uvádějí, že veřejnost je dárcovství nakloněna, názory se různí na anonymitu dárcovství (zda uplatnění práva dítěte znát své rodiče mu přinese do budoucna více užtku než problémů), finanční kompenzaci dárcovství, apod. (Hessová, 2008).

Při asistované reprodukci vznikají embrya mimo tělo matky, vznikají nadpočetná embrya, která zamrazujeme, morální a právní postavení embrya je nesmírně složitá oblast vyvolávající spoustu otázek. Naprosto nepřijatelné je klonování embryí, snaha odchovat lidský plod v děloze jiného savce, výběr pohlaví budoucího dítěte (přípustné pouze v případě, kdy má být zabráněno dědičnému onemocnění), neetický je také výzkum na embryích. Z hlediska vědy je však nutné tento výzkum provádět, jeví se jako nutné pro další pokrok, proto byl zaveden termín preembryo – je to embryo maximálně 14 dnů staré, na kterém je možné přísně pro vědecké účely provádět výzkum vedoucí k prospěchu ostatních spermií (Řežábek, 2003).

Nadpočetná embrya a jejich následná kryokonzervace, popřípadě dodatečná redukce plodů v děloze se provádí vždy se souhlasem pacienta (odpovědnost je tedy na pacientech), rozhodnutí pro mnohé pacienty přináší neřešitelné životní dilema. Zdravotníci dodržují závazné postupy při manipulaci s nimi, ale rozhodnutí o jejich osudu vždy záleží na pacientovi (Konečná, 2003).

V souvislosti s embryi je nutno uvést, že zatímco embryo počaté přirozenou cestou nacházející se v těle matky patří výhradně matce, embrya vznikající při technice IVF patří stejně otci jako matce. O jejich osudu rozhodují oba. V případě neshod názorů se postupuje v zájmu případného výboje embrya, náleží tomu, kdo mu umožní vyvinout se v člověka (Řežábek, 2003).

Lékaři jsou vždy vázáni lékařskou etikou, etické komise jsou zřizovány při zdravotnických zařízeních, jejich usnesení jsou brána jako doporučení, jak postupovat v dané situaci (Řežábek, 2003).

Mezinárodní právní dokument zabývající se touto problematikou je Úmluva o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně, kterou ČR podepsala v roce 1998 (Konečná, 2003).

B) PRAKTICKÁ ČÁST

3 Kvalitativní výzkum

Praktická část se soustředí na zmapování života čtyř respondentek, které se potýkaly během svého života s neplodností. Vzhledem k této skutečnosti byl zvolen kvalitativní výzkum, který umožňuje popis konkrétních případů.

3.1 Cíle a výzkumné otázky praktické části

V praktické části práce jsou zařazeny rozhovory s jednotlivými ženami, které se setkaly ve svém životě s problémem neplodnosti.

Hlavním cílem práce je, na základě výpovědi žen, zanalyzovat postup při řešení neplodnosti jednotlivých žen.

Dílčím cílem č. 1 je zjistit, zda existuje u oslovených žen souvislost mezi osobní a rodinnou anamnézou a neplodností.

Druhým dílčím cílem je zmapovat spokojenost s lékařskou péčí, popřípadě pojmenovat její nedostatky.

Třetím dílčím cílem je rozebrat volbu řešení neplodnosti u jednotlivých žen.

Čtvrtým dílčím cílem je pojmenovat problémy, se kterými se neplodné ženy potýkají, co je v jejich volbě řešení neplodnosti nejvíce ovlivnilo.

Pátý dílčí cíl zjišťuje psychický stav žen a odraz neplodnosti na jejich partnerství (manželství).

Posledním dílčím cílem je získat rady pro ženy, které se v budoucnu budou potýkat se stejným problémem.

Hlavní výzkumná otázka zní: Jaký je postup při řešení neplodnosti u konkrétních žen?

Výzkumná otázka č. 1: Má osobní a rodinná anamnéza vliv na neplodnost jednotlivých žen?

Výzkumná otázka č. 2: Jak jsou spokojeny respondentky s lékařskou péčí, která jim je poskytována při léčbě neplodnosti?

Výzkumná otázka č. 3: Co ovlivnilo volbu řešení v léčbě neplodnosti u jednotlivých žen?

Výzkumná otázka č. 4: S jakými problémy se potýkají oslovené ženy, které se potýkají s problémem neplodnosti?

Výzkumná otázka č. 5: Jak se problém s neplodností odrazil na psychickém stavu respondentek a na jejich manželství / partnerství?

Výzkumná otázka č. 6: Lze formulovat všeobecně platnou radu pro ženy potýkající se s neplodností?

3.2 Metodika výzkumu

Tato kapitola je věnována popisu výzkumného nástroje a charakteristice zkoumaného souboru.

3.2.1 Nástroj výzkumu

V této bakalářské práci je jako výzkumný nástroj použit strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Každý rozhovor byl se souhlasem respondentek nahráván a všechny respondentky byly informovány o skutečnosti, že rozhovor je anonymní.

Základní rozhovor s ženami potýkajícími se s neplodností (koncept) byl doplněn o otázky vyplývající ze situace nutné pro povzbuzení respondentek či ujasnění informací při vlastní realizaci rozhovoru s ohledem na cíle práce. Rozhovor byl koncipován do devíti oblastí – identifikační údaje, osobní a rodinná anamnéza, neplodnost, lékařská péče, řešení neplodnosti, problémy přicházející v souvislosti s neplodností, psychické rozpoložení, partnerství (manželství), rady ostatním. V každé oblasti byly položeny podotázky týkající se dané části, celkem 33 otázek. Návrh rozhovoru je zařazen jako příloha 11.

Součástí rozhovorů byla i technika nekontrolovaného pozorování.

3.2.2 Popis cílové skupiny

Respondentky, které byly vybrány pro praktickou část bakalářské práce, jsou čtyři ženy ve věku 37 – 42 let, které ve svém životě řešily problém s plodností. Příčina neplodnosti u dotazovaných žen stejná není, stejně jako není totožný jimi zvolený postup řešení neplodnosti. Všechny ženy mají stálého partnera a žijí v kraji Vysočina.

3.3 Výsledky rozhovorů

V této části práce jsou uvedeny parafrázované výpovědi respondentek, proloženy doslovnými citacemi vypovídajících žen. Součástí bakalářské práce je CD Rom s nahrávkami jednotlivých rozhovorů. V úvodu je popsáno datum a místo, kde rozhovor probíhal, základní informace o respondentce.

Respondentka Helena

Rozhovor s Helenou byl veden 10. 3. 2015 u respondentky doma, v ničím nerušené místnosti. Rozhovor trval 8 minut a byl se souhlasem respondentky nahráván. Helena žije v domě, s manželem adoptovala 2 děti. Helena působí velmi klidným, vyrovnaným dojmem.

Identifikační údaje:

Heleně je 38 let, má středoškolské vzdělání ukončené maturitou. V současné době je na mateřské dovolené. Je vdaná 12 let, jedná se o první manželství, žije na vesnici. Na otázku, zda je věřící, respondentka uvádí: „Zatím ne.“

Osobní a rodinná anamnéza:

V dětství neprodělala žádné závažné onemocnění, první menstruace se nedostavila, proto navštívila v čerstvých 17 letech lékaře s matkou, byla jí diagnostikována „vrozená vývojová vada, Rokitanský – Küster syndrom“, byla odkázána na specializované pracoviště do Prahy, kde podstoupila plastickou operaci v 18 letech. V současnosti se s ničím neléčí. V 18 letech začala se sexuálním životem, měla 8 sexuálních partnerů a v sexuálním životě problémy nemá.

Její matka ji porodila v 19 letech jako první dítě, maminka problémy s plodností neměla, má ještě dvě sestry, jedna již děti má (problémy s plodností neměla), druhá je „zatím bezdětná“.

Helena příčinu své neplodnosti zná (Mayer-Rokitansky-Küster-Hauserův syndrom, též MKRH syndrom). O dítěti začala uvažovat v souvislosti s prvním partnerem, ovšem o těhotenství se prakticky pokoušet nemůže.

Lékařská péče:

Helena se léčila v Praze pouze po dobu plastické operace, s lékařskou péčí byla spokojena, nic ji nepřekvapilo. Na otázku, co jí chybělo ze strany ošetřujícího lékaře?: „Tak v 18- ti letech jsem asi nejvíce potřebovala psychologickou podporu, odbornou pomoc psychologa a ta mi nabídnuta nebyla.“

Řešení neplodnosti:

Helena s manželem zvolila jako řešení neplodnosti adopci, jako jedinou možnost. Na otázku, zda uvažovali o náhradním mateřství? Odpověděla: „Uvažovala, ale z hlediska legislativy jsme to zamítli. V Čechách to není ošetřeno, což jsme vnímali jako problém.“

Problémy přicházející v souvislosti s neplodností:

Helena neuváděla žádné problémy, se kterými by se potýkala v souvislosti s neplodností, se svým okolím svůj stav nerozebírala, „s nikým jsem to neřešila, přišlo mi to hodně osobní.“ Na celé její situaci bylo pro Helenu nejtěžší, zjištění v 17 letech, že nebude mít nikdy dítě. Na otázku, zda se s tím srovnala, odpověděla: „ano, postupem času, trvalo to delší dobu, ale už je to...(odmlka) v pořádku.“

Psychické rozpoložení:

V souvislosti s neplodností Helena necítí nějakou změnu ve svém životě, jako zlomové vnímá pouze období mezi 17. a 18. rokem, nevnímá ovšem, že by ji tento problém změnil. Po překonání skutečnosti, že nebude mít vlastní děti, už žádný problém nevnímá.

Ostatním ženám by poradila neupínat se tolik na daný problém, věnovat se sobě, manželovi...

Partnerství – manželství:

Své manželství Helena ohodnotila za jedna před adopcí i během procesu, který adopce obnáší, její problém s neplodností se, dle jejích slov, na manželství neprojevil. V současné době ovšem své manželství hodnotí za tři, vyskytly se jiné problémy.

Rady ostatním:

„Navštívit psychologa, nebát se pomoci z této strany, nebát se o problému mluvit i s okolím.“
Na svém postupu v léčbě neplodnosti by nic neměnila.

Respondentka Ilona

Rozhovor s Ilonou byl veden 16. 3. 2015 u respondentky v bytě, kde jsme byly samy. Rozhovor trval 8 minut a byl se souhlasem respondentky nahráván. Ilona žije v panelovém domě, se svým manželem. Ilona působila velmi příjemně, ovšem bylo patrné, že celá věc jí trápí.

Identifikační údaje:

Iloně je 38 let, má středoškolské vzdělání. Je vdaná, s prvním manželem žije již 8 let. Ilona je věřící.

Osobní a rodinná anamnéza:

V dětství (v 7. třídě ZŠ) prodělala operaci slepého střeva, tomu předcházela akutní bolest břicha, která byla způsobena i prasklou cystou na vaječniku. První menses se dostavila v 11 letech, jiné problémy neměla. V současné době svůj zdravotní stav hodnotí jako velmi dobrý, trápí jí ovšem časté mykózy a dvakrát již prodělala konizaci děložního čípku. Se sexuálním životem začala v 16 letech, měla 10 partnerů a problémy nemá.

Narodila se jako druhé dítě, její matce bylo 27 let, Ilona má o 4 roky staršího bratra. Mezi Ilonou a bratrem matka prodělala spontánní potrat. Bratr má tři děti, problém s plodností neměl.

O dítěti začala Ilona uvažovat ve 30 letech, rok se pokoušeli o dítě bez odborné pomoci, poté po krátké léčbě u svého gynekologa, přešla k odborníkovi. Léčí se již osm let, byla již třikrát těhotná, vždy po IVF, 2x potratila, jednou měla mimoděložní těhotenství. Jako příčinu neplodnosti Ilona uvádí: „Srůsty na vejcovodech, je tam vlastně ta konizace děložního čípku dvakrát, trpím mykózami a samovolně se mi neuvolňují vajíčka během menstruace.“ Mimo to podstoupila 5x IUI. Po mimoděložním těhotenství na základě laparoskopického vyšetření, lékaři přistoupili k odebrání neprůchodných vaječníků, aby předešli dalším mimoděložním těhotenstvím.

Lékařská péče:

U specialisty se léčí již 6 let, s péčí lékaře je spokojena, „pan doktor se snaží ženám pomoci“, podporou je pro Ilonu i zdravotní sestra u lékaře. Pan doktor s Ilonou probírá veškeré možnosti a ochotně zodpovídá její otázky.

Řešení neplodnosti:

Jako řešení si Ilona vybrala metody asistované reprodukce (5x IUI a 3krát IVF), které podstoupila v centru asistované reprodukce v Jihlavě. Těhotná byla třikrát vždy po IVF, „bohužel to nedopadlo“. O adopci neuvažuje.

Problémy, přicházející v souvislosti s neplodností:

Jako problém v souvislosti s neplodností respondentka uvádí, jednak finanční stránku - vzhledem k tomu, že již vyčerpala tři pokusy IVF hrazené zdravotní pojišťovnou, bude si následující plně hradit. Dále pak jako problém uvádí: „Je to nepříjemný, když se setkávám se spolužačkami, které mají děti nebo, když se jde na slučák nebo ... a stejně starý spolužáci a ptají se mě: proč pořád ještě nemám dítě? Tak to je nepříjemný. Dotazy okolí nebo rodiny, proč ještě nemáme děti, tak to je nepříjemný.“ Jako největší problém Ilona označila: „...připadám si neplnohodnotná, že každé má ty dvě děti, takovej ten průměr a já vlastně si připadám neplnohodnotná, že jsem ty děti nepřivedla na svět, nezapadám do společnosti, něčím vybočuju, že ty děti nemám.“

Psychické rozpoložení:

Ilona uvádí, že problém s neplodností ji velmi změnil život. Do třiceti let řešila kariéru (společenskou prestiž, dobrý plat), zatímco teď je pro ni největší prioritou dítě. Zaměstnání opustila v souvislosti s nutnými návštěvami lékařů, plně se soustředí na léčbu, kariéru přestala řešit. Na otázku: čeho se nejvíc bojíte? „Že zůstanu bez dětí, že zůstanu sama, že neprožiju ten život bez toho dítěte, že nevidím svoje dítě vyrůstat...“

Ostatním ženám by doporučila neodkládat těhotenství na pozdější věk, věnovat se i něčemu jinému – pěstovat koníček, nemyslet jen na možné těhotenství, obklopovat se empatickými lidmi.

Partnerství – manželství:

Své manželství by ohodnotila stupněm číslo 1- před snahou otěhotnět, během léčby prodělali krize – hlavně po druhém nezdařeném pokusu po IVF, kdy manžel chtěl léčbu ukončit, viděl jak je to ničí, Ilonu trápí a chtěl zvolit jinou možnost (adopci), Ilona ovšem trvá na svém a touží po vlastním potomku: „...mám našetřeno na dvě umělá oplodnění, chci dítě, které je naše.“

Jako největší problém pro manžela Ilona označila sex, přesně naplánovaný. „sex na povel, to už nechtěl.“

Rady ostatním:

Ilona by nenechávala mateřství až na třicet let a k odborníkovi by šla dříve než za rok, co se páru nedaří otěhotnět, jako odborníka, kterého by doporučila, uvedla svého ošetřujícího lékaře, věnujícího se dané problematice a centrum asistované reprodukce v Jihlavě.

Nezapomenout si budovat vztah s manželem, „neodmítat ho, myslet na něj, aby si nepřipadal jako stroj, že ho člověk pouze využívá k tomu, aby nás oplodnil, ale že má taky city, ale není to jako úkol, teď mě tady oplodniš...“

Ilona uvádí, že pokud by mohla něco změnit: „určitě bych chtěla začít dřív...“

Respondentka Martina

Rozhovor s Martinou byl veden 1. 4. 2015, u respondentky v domě, kde jsme byly samy. Rozhovor trval 10 minut a byl se souhlasem respondentky nahráván. Martina žije v rodinném domě, se svým manželem a dvěma dětmi. Martina byla velmi příjemná, tichá.

Identifikační údaje:

Martině je 40 let, vyučila se jako prodavačka, v současné době pracuje v domově pro seniory. Absolvovala kurz pečovatelky. Je vdaná (první manželství) 19 let. Žije na vesnici. Není věřící.

Osobní a rodinná anamnéza:

V dětství netrpěla žádným závažným onemocněním, prodělala běžné dětské onemocnění. Menstruovat začala ve 12 letech. V 16 letech byla hospitalizovaná pro dlouhotrvající a intenzivní krvácení během menstruačního cyklu, léčeno pomocí léků, bez chirurgického zákroku.

Současný zdravotní stav je dobrý, respondentka se léčí se štítnou žlázou, bere léky na vysoký krevní tlak a správnou činnost srdce.

V minulosti prodělala jednou mimoděložní těhotenství, konizaci děložního čípku, vzhledem k nálezu papilomavirů. Jiné operace nepodstoupila.

Martina začala se sexuálním životem v 16 letech, během svého života měla 6 partnerů, žádné problémy v sexuální oblasti neuvádí.

Respondentka se narodila jako první a jediné dítě, matka ji měla ve 24 letech, před ní prodělala samovolný potrat. Matka je dlouhodobě hospitalizována v psychiatrické léčebně se schizofrenií.

Respondentka uvádí, že důvod své neplodnosti nezná, s manželem podstoupili vyšetření a oba jsou v pořádku. O dítěti začali uvažovat v roce 1998. O dítě se pokoušeli čtyři roky. Na otázku zda byla již někdy těhotná? Odpověděla: „Ano 4x. Jednou po umělém oplodnění - o

to miminko jsem přišla – samovolný potrat, jednou mimoděložně – to jsem málem přišla o život já a pak dvakrát spontánně, z toho mám dvě zdravé děti, paradoxně jsem přišla do jiného stavu, až když jsem se přestala léčit a měla jiné problémy a starosti – poprvé jsem se starala o nemocného tatínka a podruhé jsem otěhotněla právě po prodělaném mimoděložním těhotenství, když mi pan doktor řekl, že bych měla být ráda, že mám jedno dítě a nehrát si se zdravím, bylo mi 34 let.“

Lékařská péče:

Na otázku: U jakého specialisty se léčíte a jak dlouho? Martina odpověděla: „Chodila jsem ke svému gynekologovi, ten mě odkázal do centra asistované reprodukce na Praze 9 v Hloubětíně.“ S péčí zvoleného lékaře je spokojena, uvádí, že měla dostatek informací, ze strany ošetřujícího lékaře ji nic nepřekvapilo a neuvádí nic, co by jí chybělo, nebo co by uvítala. „Vyšli mi vstříc i kvůli tomu, že jsem se bála schizofrenie, takže mě vlastně odeslali na genetický testy.“

Řešení neplodnosti:

Na dotaz: Jakou cestu jste si vybrala v léčbě neplodnosti? Zdůvodněte.

Metody asistované reprodukce – respondentka reaguje slovy: „Protože jsme s manželem oba byli v pořádku, nechtěli jsme se vzdát možnosti mít vlastní děti, teda spíš manžel po něm hodně toužil. Třikrát jsem podstoupila inseminaci, jednou umělé oplodnění, před druhým pokusem mi ovšem vyšla špatně cytologie - nález papilomavirů a musela jsem podstoupit konizaci děložního čípku, do toho mi onemocněl tatínek a na celý problém jsem zapoměla a najednou jsem byla těhotná a porodila zdravého chlapečka.“ Adopci manžel odmítal.

Problémy přicházející v souvislosti s neplodností:

Jako problém respondentka vnímala reakce okolí: „štvaly mě věčné otázky okolí, kdy už do toho praštíme a vy ještě nemáte...“

Jako nejtěžší na celé situaci vnímala respondentka okamžik, kdy potratila po IVF a její švagrová oznámila rodině, že je těhotná.

Psychické rozpoložení:

Na otázku, jak se projevuje (projevoval) problém neplodnosti ve Vašem životě? Změnil se Váš život v této souvislosti? Respondentka odpovídá:

„Věčné počítání plodných a neplodných dnů, upnuli jsme se na to, že budeme čekat dítě a vše tomu podřídili.“

Nejvíce se Martina bála, že těhotenství nebo porod bude fungovat jako spouštěcí faktor schizofrenii, kterou trpí její matka.

Problém s neplodností změnil její pohled na svět. „V roce 1997 jsme začali stavět, bylo mi 23 a odkládali jsme těhotenství na dobu, až dostavíme dům, těšili jsme se do domečku, kupovali věci, plánovali...a když jsem nemohla otěhotnět, tak jsem se z toho moc netěšila, nepřišlo mi to důležité...“

Ostatním ženám by radila, aby na problém nemyslely, soustředily se na jiné věci a ono to přijde samo.

Partnerství – manželství:

Své manželství hodnotí ve všech obdobích jedničkou. Manžel jí byl v době, kdy řešili problém s neplodností, největší oporou. Jejich manželství bylo tímto problémem utuženo. Jako nejtěžší věc pro manžela respondentka uvádí všechna vyšetření, které manžel podstoupil.

Rady ostatním ženám, které v budoucnu čeká problém s neplodností:

Respondentka ženám, které se budou v budoucnu potýkat s neplodností, radí – „hlavně na to nemyslet“. Martina byla spokojená, jak s ošetřujícím lékařem, tak i s centrem asistované reprodukce, v jejichž péči byla a doporučila by je. „Horší bylo, když byl pokus po IVF neúspěšný, ale s tím se musí vyrovnat každý sám.“

Ženy by dle Martiny neměly zapomenout: „Hlavně na ty ostatní běžné věci, radosti i starosti, protože život...prostě na život, nežít jen od menstruace k menstruaci a počítat si plodné a neplodné dny.“

Poslední otázku (Udělala byste něco jinak, kdybyste se teď ocitla na začátku léčby neplodnosti?) Martina zodpovídá těmito slovy: „Říkala nám tenkrát manželova maminka, když jsme žili jen stavbou domu, ať už raději pracujeme na dítěti, mně bylo 24 a manželovi 29, že nám s dítětem pomůže, aby pak nebylo pozdě, na její slova bohužel došlo. Vzhledem k tomu, že ale vše dopadlo dobře, tak je těžké říkat, co bych změnila.“

Respondentka Michaela

Rozhovor s Michaelou byl veden 1. 6. 2015 u respondentky v domě, kde jsme byly samy. Rozhovor trval 22 minut a byl se souhlasem respondentky nahráván. Michaela žije v rodinném domě, se svým přítelem. Michaela byla velmi usměvavá, působila vyrovnaným, klidným dojmem.

Identifikační údaje:

Míše je 37 let, má středoškolské vzdělání s maturitou, pracuje jako asistentka. Není vdaná, žije s přítelem, vztah trvá již 11, 5 roku. Žije s partnerem v domku na malém městě. Na otázku, zda je věřící, Michaela odpovídá: „Ne úplně v tom smyslu, jak se to dneska všeobecně asi bere, že věřící jako náboženství, že bych uznávala, ale jsem věřící...věřím v takovou nějakou svou filosofii.“

Osobní a rodinná anamnéza:

V dětství žádné vážné onemocnění neprodělala, jen běžné dětské nemoci. První menstruace se dostavila ve 12 letech, v dětství žádné gynekologické problémy neměla.

V současnosti se cítí zdravá, uvádí: „Měla bych se léčit se štítnou žlázou, mám jí zvětšenou, funkce je normální, jsem atopický exematik, nosím brýle, jinak docela dobré...vlastně, když jsme byli na různých vyšetřeních, tak mi zjistili tzv. Leidenskou mutaci, což je horší skrz srážlivost krve, mám vlastně sklony k tomu...“. 9 měsíců brala léky na základě špatného výsledku imunologického vyšetření, nyní má výsledky testů v pořádku.

V 16 letech začala respondentka se sexuálním životem, počet partnerů uvádí 7, žádné problémy v této oblasti nemá.

Narodila se jako druhé dítě své matce ve věku 23 let, matka problémy s plodností neměla. Má bratra, ten má jedno dítě, problémy s plodností nemá.

O dítěti Michaela začala uvažovat v 31 letech a dosud se pokouší o dítě. Michaela již těhotná jednou byla, v 8. týdnu samovolně potratila.

Lékařská péče:

Momentálně se neléčí u žádného specialisty, navštěvovala 1 rok centrum asistované reprodukce na Vysočině. Na otázku, zda byla spokojena s péčí lékaře, odpovídá: „Já mám k lékařům všeobecný distanc, takže jo i ne. Jako lidsky byl hrozně fajn, i vysvětlil věci, ale

uvítala bych, kdyby vysvětlil trochu víc, aby mi třeba řekl i o těch vedlejších účincích léků, které jsem brala, mám na mysli hlavně při hormonální stimulaci...“

Jinak ji ze strany ošetřujícího lékaře nic nechybělo, nic ji nepřekvapilo. Prostředí se jí jevilo jako příjemné.

Dále ale uvádí, že neměla dostatečné informace o vedlejších účincích hormonální léčby a jejího vlivu na ostatní orgány. „Nevím, jestli bych do toho šla, kdybych ty informace měla. Já jsem neměla žádné komplikace, ale na dost dlouho mě to rozhodilo a z té doby pochází mé problémy jaterního charakteru, různé vyrážky a trávicí problémy. Do té doby jsem to neměla.“

Řešení neplodnosti:

S přítelem Michaela zvolila asistovanou reprodukci jako metodu řešení neplodnosti, jednou podstoupila IVF a 5x IUI, léčba obnášela hormonální stimulaci a vzhledem k Leidenské mutaci bylo nutné podávat i injekce na ředění krve. Těhotná byla jednou, a to přirozenou cestou, asi půl roku poté, co léčbu ukončila.

O adopci s manželem několikrát mluvili, zatím na ni nemá Michaela odvalu, nedospěla k ní, navíc rodina z přítelovy strany s adoptí nemá dobrou zkušenost. O náhradní matce neuvažovali, o té možnosti ví... „ale tak daleko jsem nedošla, já to takhle v sobě prostě nemám, jako to mateřství, já bych jako chtěla dítě, neumím si představit, že budu bezdětná, pořád tomu ještě věřím, přesto, že mi je, kolik mi je, vnitřně cítím, že se to povede, ale taky vnitřně cítím, že to má být přirozeně, já to nechci touhle umělou cestou...“

Problémy přicházející v souvislosti s neplodností:

Respondentka vnímá léčbu jako finančně náročnou, pro jejich rodinný rozpočet, vzhledem k nadprůměrným výdělům, však nezatěžující. Lékařskou péči jako problém nevnímá a ve svém okolí se neseťkala s negativními ohlasy.

Nejtěžší na celé situaci odvislé od neplodnosti vnímá vlastní psychiku: „...nesrovnávat se s ostatními, prožít si všechny ty fáze...proč zrovna já...tak jako srovnat se sám se sebou a ukočírovat to partnerství...“

Psychické rozpoložení:

Tím, že Michaela nemůže přijít do jiného stavu přirozenou cestou, začala si shánět různé informace. „Tím se mi de facto rozšířily obzory...docela jsem vděčná za tu situaci, které u mě nastala, dozvěděla jsem se spoustu věcí sama o sobě.“ Sama o sobě říká, že je fatalista, „ ty

věci, co mě v životě potkávají, mě potkávají z nějakého důvodu, abych se něco naučila, neberu to rozhodně jako nějakou kletbu...“

Nejvíce se bojí, že nevyužije všechny možnosti, aby otěhotněla. Na druhou stranu vnímá, že existují i jiné možnosti, jako je například osvojení a adopce.

Vhledem k tomu, že je stále v procesu očekávání se necítí kompetentní formulovat radu, vnímá to jako individuální záležitost. Ale důležité je, dle Michaely se odreagovat, neizolovat se od lidí, které děti mají. Ačkoliv tyto tendence jednu dobu měla, protože to pro ni bylo bolestivé, „byla u mě fáze, kdy jsem viděla kočárek, hrkly mi slzy do očí.“

Partnerství – manželství:

Michaela hodnotí své partnerství stupněm 2 před léčbou neplodnosti, při léčbě neplodnosti 1-, současně své partnerství hodnotí 1.

Problém s neplodností její vztah posílil, stmelil, „je zatím ale kus práce, neměli jsme to zadarmo.“ Michaela řešila i vztah k sexu, aby se nestal plánovanou záležitostí, ale k tomu u nich nedošlo, i když jí to napadlo.

Pro partnera bylo dost těžké respektovat Michaeliny výkyvy nálad, propady, když se nezadařilo oplodnění.

Rady ostatním ženám, které v budoucnu čeká problém s neplodností:

Michaela se necítí kompetentní radit, vnímá to jako vysoce individuální záležitost, záleží na typu osobnosti, jaký způsob odreagování mu vyhovuje. „Řekne se neplodnost, ale já to takhle v sobě asi nemám, mateřství u mě nebylo silně rozvinuté...věřím tomu, že jsou ženy, které po mateřství touží 300 x víc než já...já nevím, jestli můžu někomu radit, já pro to zas nedělám vše, znám ženskou, která byla 17x na umělém oplodnění, to já prostě nikdy neudělám...mám to v hlavě nastavený jinak...takže nevím, co bych mohla radit.“

Žádného odborníka ani instituci by nedoporučila, centrum, které navštěvovala by 100 % nedoporučila, z posbíraných informací si myslí, že existují i lepší centra asistované reprodukce.

Na otázku, na co by ženy neměly zapomenout během léčby neplodnosti, odpovídá: „Žít jako taky pořád takovej normální život, úplně tomu nepropadnout, což je ale klišé, které slyšíš všude...i když je to důležitá součást života, neudělat z toho střed bytí...aspoň pro mě to byla cesta do pekel, i já jsem měla takové období, kdy neexistovala nic jiného než IVF a tyhle věci, pak jsem přišla na to, že tudy cesta nevede.“

Kdyby byla na začátku léčby neplodnosti, nešla by na tolik IUI, přišlo jí to zbytečné, vzhledem k mizivé šanci na otěhotnění. Hormonální stimulaci nesnášela dobře.

3.4 Analýza výsledků rozhovorů z praktické části

Následující tabulky jsou shrnutím odpovědí respondentek, obsahují stěžejní informace získané od dotazovaných žen. Odpovědi jsou řazeny do jednotlivých tabulek utvořeny na základě dílčích cílů a výzkumných otázek.

Tabulka č. 1 – identifikační údaje

dotazované respondentky	respondentka Helena	respondentka Ilona	respondentka Martina	respondentka Michaela
věk	38	38	40	37
stav	vdaná	vdaná	vdaná	svobodná
vzdělání, zaměstnání	středoškolské – ukončeno maturitou, mateřská dovolená	středoškolské – ukončeno maturitou, nezaměstnaná	vyučena, pečovatelka v domě pro seniory	středoškolské vzdělání – ukončeno maturitou, asistentka
místo bydliště	vesnice	město	vesnice	město
věřící	ano	ano	ne	ano

Tabulka č. 2 – Osobní a rodinná anamnéza

dotazované respondentky	respondentka Helena	respondentka Ilona	respondentka Martina	respondentka Michaela
prodělané nemoci v dětství	běžné dětské nemoci	operace slepého střeva	běžné dětské nemoci	běžné dětské nemoci
první menstruace - věk	X	12	11	12
gynekologické problémy v dětství	ne	prasklá cysta na vaječniku	jedenkrát hospitalizována s dlouhotrvající menstruací	ne
současný zdravotní stav	dobrý, MKRH syndrom	dobrý, časté mykózy	dobrý, léčí se se štítnou žlázou a vysokým krevním tlakem	dobrý, zvětšená štítná žláza, atopická ekzém, Leidenská mutace

dotazované respondenty	respondentka Helena	respondentka Ilona	respondentka Martina	respondentka Michaela
prodělané nemoci, operce	plastika pochvy	konizace děložního čípku 2x, odebrání vejcovodů	konizace děložního čípku	žádné
věk, kdy začala se sexuálním životem	18 let	16 let	16 let	16 let
počet partnerů	8	10	6	7
věk matky při porodu respondentky	19 let	27 let	24 let	23 let
problémy s neplodností u matky	ne	proděla jeden samovolný potrat	proděla jeden samovolný potrat	ne
počet sourozenců	2	1	0	1
problémy s neplodností u sourozenců	ne	ne	x	ne
věk, kdy jste začala uvažovat o dítěti	X	30 let	24 roků	31 let
doba, kterou se pokoušíte (pokoušela) o těhotenství	X	8 let	4 roky	6 let
počet těhotenství	X	2	4	1

Tabulka č. 3 – Lékařská péče

dotazované respondenty	respondentka Helena	respondentka Ilona	respondentka Martina	respondentka Michaela
příčina neplodnosti	MKRH syndrom	neprůchodnost vejcovodu, přirozeně nedochází během menstruace k ovulaci	nezjištěna	nezjištěna, měla imunologický problém, ale ten se podařilo léky potlačit
šetřující lékař – gynekolog, Specialista	oddělení plastické chirurgie v Praze	centrum asistované reprodukce v Jihlavě	centrum asistované reprodukce v Praze	centrum asistované reprodukce na Vysočině
spokojenost s lékařskou péčí	ano	ano	ano	ano
dostatek informací od lékařů	ano	ano	ano	ne
nedostatek ze strany lékařů	psychologická podpora	ne	ne	informace o vedlejších účincích hormonální léčby

Tabulka č. 4 – Řešení neplodnosti

dotazované respondentky	respondentka Helena	respondentka Ilona	respondentka Martina	respondentka Michaela
metody asistované reprodukce	zvažováno surogátní mateřství – zavrhnuto kvůli neupravené legislativě v ČR	5 x IUI 3 x IVF – tři těhotenství, 2 potraty, 1 mimoděložní	3 x IUI 1 x IVF – těhotenství, potrat	5 x IUI 1 x IVF
adopce	ano- dvě děti	ne – respondentka odmítá	ne – manžel odmítal	ne – špatná zkušenost v rodině
bezdětnost	ne	ano, nedobrovolná	ne	ne
jiné			3x těhotná, 2 děti, 1 mimoděložní těhotenství	

Tabulka č. 5 – Problémy, přicházející v souvislosti s neplodností

dotazované respondentky	respondentka Helena	respondentka Ilona	respondentka Martina	respondentka Michaela
finanční problémy	ne	ano, již vyčerpány tři pokusy IVF hrazené pojišťovnou	ne	ano
nevyhovující lékařská péče	ne	ne	ne	ne
okolí – předsudky, otázky	ne	ano	ano	ne
největší problém z pohledu respondentky	zjištění v 17 letech neschopnosti mít vlastní děti	pocit méněcennosti, tlak společnosti	okamžik, kdy se dozvěděla o švagřině těhotenství, bezprostředně po jejím potratu	vlastní psychika

Tabulka č. 6 – Psychické rozpoložení

dotazované respondentky	respondentka Helena	respondentka Ilona	respondentka Martina	respondentka Michaela
projevy neplodnosti v životě - změny	neuvádí	změna žebříčku hodnot (dříve upřednostnila kariéru)	změna žebříčku hodnot (dříve orientace na materiální statky)	sebepoznání
největší strach – v souvislosti s neplodností	skutečnost, že nebude mít vlastní děti – časem překonala	bezdětnost	strach ze schizofrenie – dědičnost, těhotenství jako startující faktor	nevyužití všech dostupných metod
největší trápení – v souvislosti s neplodností	zlom 17 – 18 let, kdy byl diagnostikován MKRH syndrom	pocit osamění	bezvýchodnost situace – počítání plodných a neplodných dní	výčitky, že neudělala maximum
rada pro ostatní - jak se odreagovat	věnovat se sobě, manželovi	pěstovat koníček, obklopovat se empatickými lidmi	rozptýlit se, soustředit se i na jiné věci	neizolovat se od lidí, co děti mají. Neuzavírat se do sebe.

Tabulka č. 7 – Partnerství - manželství

dotazované respondentky	respondentka Helena	respondentka Ilona	respondentka Martina	respondentka Michaela
před léčbou neplodnosti	1	1	1	2
během léčby neplodnosti	1 – i během procesu, který adopce obnáší	3 – krize po neúspěšných pokusech	1 – opora v manželovi	1- opora v manželovi
po léčbě neplodnosti	3 – vyskytují se jiné problémy	léčba neukončena	1	1
konkrétní problém v manželství kvůli neplodnosti	ne	ano – plánování sexu	opak – manželství neplodností utuženo	léčba jejich vztah utužila.
problém v manželství díky neplodnosti pro manžela	ne	ano – plánovaný sex, zoufalství a trápení manželky po nezdařených pokusech.	vyšetření, které manžel podstupoval během léčby neplodnosti.	nálady Michaely, psychické zoufalství po neúspěšných pokusech.

Tabulka č. 7 – Rady ostatním ženám, které v budoucnu čeká problém s neplodností

dotazované respondentky	respondentka Helena	respondentka Ilona	respondentka Martina	respondentka Michaela
nápad - připomínka, co by mohlo pomoci ostatním	navštívit psychologa	neodkládat mateřství na pozdější věk, včas se začít léčit	nemyslet jen na těhotenství	individuální záležitost
doporučení instituce, odborníka	ne	centrum asistované reprodukce v Jihlavě	centrum asistované reprodukce v Praze	ne
na, co by ženy neměly během léčby zapomenout	na sebe a na manžela	budovat si vztah s manželem	na běžný život.	žít běžný život.
možnost změnit cokoliv zpětně během léčby neplodnosti	neměnila by nic	začala by s plánováním dětí dříve	začala by s plánováním dětí dříve	nepodstoupila by tolik IUI

3.5 Diskuze a doporučení

Neplodnost je jedno slovo skrývající spoustu bolesti, otázek, problémů a v neposlední řadě také příčin. Vzhledem ke komplexní charakteristice celé problematiky není v mezích bakalářské práce realizovat rozsáhlý výzkum, který by odpovídal rozsahu existujících příčin neplodnosti. Jednotlivé příčiny se mohou prolínat či kombinovat a bohužel se v běžné praxi stává, že ani moderní diagnostické metody příčinu neplodnosti páru neodhalí. V rámci této bakalářské práce byl realizován kvalitativní výzkum se čtyřmi ženami potýkající se s neplodností.

Hlavním cílem práce je, na základě výpovědí žen, zanalyzovat postup při řešení neplodnosti jednotlivých žen.

Hlavní výzkumná otázka: Jaký je postup při řešení neplodnosti u konkrétních žen?

Odpověď na hlavní výzkumnou otázku není jednoznačná, ženy volí postup řešení neplodnosti s ohledem především na stanovenou diagnózu, dále pak musí zohlednit své finanční možnosti a dostupné metody léčby, přání partnera. Jak uvádí Konečná: „Cesta za dítětem je téměř vždy cestou dvou lidí, kteří mají odlišné prožívání a vědění.“ (Konečná 2003, str. 41). Respondentka Helena byla ve své volbě postupu ovlivněna též naším právním zákonem, dostatečně neupravující surogátní mateřství. Hessová jako možnou situaci uvádí, že náhradní

matka si vytvoří k porozenému dítěti citovou vazbu a odmítne dítě budoucím rodičům odevzdat a zákon pak stojí jasně na straně rodičky, neboť matkou je žena, která dítě porodila (Hessová, 2008).

Hlavní cíl byl naplněn a hlavní výzkumná otázka zodpovězena.

Dílčím cílem č. 1 je zjistit, zda existuje u oslovených žen souvislost mezi osobní a rodinnou anamnézou a neplodností.

Výzkumná otázka č. 1: Má osobní a rodinná anamnéza vliv na neplodnost jednotlivých žen?

Při analýze osobní anamnézy se u dvou respondentek, Ilony a Martiny, vyskytovaly již problémy v dětství, přičemž u respondentky Ilony byly závažného charakteru, kdy vzniklé srůsty na vejcovodech po operaci slepého střeva jsou jednou z příčin její neplodnosti, dvě respondentky, Ilona a Martina, prodělaly konizaci děložního čípku, která může mít vliv na udržení následného těhotenství. Jak je uvedeno v odborné literatuře, asi 5 % všech případů neplodnosti je způsobeno právě problémy s děložním čípkem (Doherty, 2006). Dvě respondentky, Martina a Michaela, mají problémy se štítnou žlázou, která jak známo může ovlivnit plodnost ženy (Doherty, 2006). Respondentka Helena má vrozenou vývojovou vadu, která ji absolutně neumožňuje být těhotná. Respondentka Michaela trpí dědičným onemocněním, které mimo jiné může zapříčinit komplikace v těhotenství i samovolný potrat, jako příčinu své neplodnosti ji však neuvádí. Problémy s plodností se u ostatních členů rodiny respondentek nevyskytovaly.

Dílčí cíl č.1 byl naplněn a první výzkumná otázka zodpovězena.

Druhým dílčím cílem je zmapovat spokojenost s lékařskou péčí, popřípadě pojmenovat její nedostatky.

Výzkumná otázka č. 2: Jak jsou spokojeny respondentky s lékařskou péčí, která jim je poskytována při léčbě neplodnosti?

S lékařskou péčí byly respondentky převážně spokojeny s těmito výhradami:

Respondentka Helena by uvítala odbornou psychologickou pomoc, zvláště pak po prodělané operaci a s ohledem na věk (17 let), která ji však ve zdravotnickém zařízení nabídnuta nebyla. Když vezmeme v úvahu nezvratnost jejího stavu a věk, kdy se o své vývojové vadě dozvěděla, byla psychologická pomoc žádoucí.

Respondentka Michaela postrádala informace ze strany lékaře, zvláště pak o vedlejších účincích hormonální léčby.

Na druhou stranu respondentka Martina oceňuje ochotu lékařů pomoci jí překonat strach ze schizofrenie, kdy vnímala těhotenství a porod jako spouštěcí faktor nemoci, kterou trpí její matka.

Informace, příjemné prostředí a především vztah s lékařem jsou důležité při léčbě všech onemocnění, včetně neplodnosti. Jak uvádí Řežábek, během léčby neplodnosti podstupují pacienti mnohá vyšetření a jsou nuceni dodržovat určité postupy, čím informovanější pacienti jsou, tím je lepší spolupráce s lékaři a tím je větší naděje na úspěšnou léčbu (Řežábek, 2002).

Druhý dílčí cíl se podařilo naplnit a druhou výzkumnou otázku zodpovědět.

Třetím dílčím cílem je rozebrat volbu řešení neplodnosti u jednotlivých žen.

Výzkumná otázka č. 3: Co ovlivnilo volbu řešení v léčbě neplodnosti u jednotlivých žen?

Zvolené řešení neplodnosti nejvíce ovlivnila příčina neplodnosti jednotlivých žen, respondentka Helena zvolila adopci, možnost mít geneticky vlastní potomky je v jejím případě možná pouze prostřednictvím náhradní matky, kterou s manželem po úvaze zavrhlí. Ostatní respondentky (Ilona, Martina, Michaela) volily metody asistované reprodukce, přičemž všechny podstoupily hormonální stimulaci, IUI a IVF, dvě prodělaly mimoděložní těhotenství (respondentka Ilona a Martina). Volba metody asistované reprodukce je u respondentek ovlivněna touhou po geneticky vlastním potomku.

Třetí dílčí cíl byl naplněn a třetí výzkumná otázka zodpovězena.

Čtvrtým dílčím cílem je pojmenovat problémy, se kterými se neplodné ženy potýkají, co je v jejich volbě řešení neplodnosti nejvíce ovlivnilo.

Výzkumná otázka č. 4: S jakými problémy se potýkají oslovené ženy, které se potýkají s problémem neplodnosti?

Jako problémy přicházející s neplodností označily respondentky finanční nákladnost (Ilona a Michaela), stejně jako uvádí Dr. Doherty: „Léčba sterility je nákladná téměř pro každého pacienta.“ (Doherty, 2006, str. 35). Problém s lidmi v okolí žen, neustálé otázky narážející na věk a bezdětnost (respondentka Ilona a Martina). Tímto tématem se zabývá i publikace Dr. Doherty, která uvádí, že pro lidi v okolí neplodného plánu je často těžké vžít se do situace nemocných, protože je často jako nemocné nevnímají, pak zdánlivě nevinná otázka, kdy už budete mít dítě, může ranit (Doherty, 2006). Dr. Doherty jako řešení nabízí seznámit své okolí se vzniklou situací, stejným způsobem se s tím vyrovnala i respondentka Helena. Naproti tomu respondentka Michaela radila neizolovat se od rodin s dětmi, i když to bolí a Dr.

Doherty oproti tomu uvádí vyhýbat se situacím, které jsou bolestivé v souvislosti s přáteli s dětmi (Doherty, 2006).

Čtvrtý dílčí cíl se podařilo splnit a čtvrtou výzkumnou otázku zodpovědět.

Pátý dílčí cíl zjišťuje psychický stav žen a odraz neplodnosti na jejich partnerství (manželství).

Výzkumná otázka č. 5: Jak se problém s neplodností odrazil na psychickém stavu respondentek a na jejich manželství - partnerství?

I s ohledem na rozdílné sociální zázemí respondentek se jako největší problém dá označit jejich vlastní psychika (pocit méněcennosti, strach z budoucnosti, samoty, otázky typu: udělala jsem maximum?). Vyrovnat se s různými životními situacemi, které jim život přináší. Respondentka Michaela vnímá problém s neplodností jako výzvu, příležitost k hluboké sebereflexi. Dvě ženy, Ilona a Martina, uvádí odklon od materiálního založení a uvědomění si skutečných hodnot v životě, o pomíjivosti materiálních statků. Ke stejnému závěru dochází i lékařka Dr. Doherty, která se ve své praxi setkává s lidmi řešící problémy s početím, uvádí, že si pacienti projdou různými psychickými změnami, které je poznamenají na celý život. Jako hlavní emoci zmiňuje strach (Doherty, 2006).

Vyrovnat se se skutečností, že nikdy nebudu mít vlastní dítě. Strach, který pociťuje každý, kdo podstupuje léčbu neplodnosti. Nejméně o této skutečnosti hovořila žena, jejíž stav je nezvratný. Jistota, že těhotná nebude, přišla do jejího života jako tvrdá rána, ale časem se s tímto faktem vyrovnala, adoptovala dvě děti a s problémem se vyrovnala. Oproti tomu dvě respondentky, které stále doufají a v období menstruace občas propadají zoufalství, jsou problémem pohlceny mnohem intenzivněji a na mnohem delší dobu.

Co se týče partnerství, tak ženy shodně uvádějí, nezapomenout na manžela, jako na člověka, partnera. Dva vztahy respondentek (Martiny a Michaely) byly díky problému s neplodností utuženy, manžel jim byl oporou, jedna respondentka (Ilona) uvádí během léčby problémy s partnerem, který chtěl léčbu po druhém nezdařeném pokusu ukončit, jejich vztah byl negativně ovlivněn i v sexuální oblasti plánováním pohlavního styku. Před tímto fenoménem varuje i Řežábek ve své publikaci (Řežábek, 2002), oproti tomu Konečná uvádí, že i oblast lidské sexuality prochází různými etapami ve vztahu muže a ženy, tudíž plánovat sex v době léčby není posedlostí ženy, ale nutnou součástí léčby (Konečná, 2003). S tím souvisí i otázka ukončení léčby, rozhodnutí je nesmírně obtížné, ale mnohdy znamená i úlevu z věčného kolotoče (Doherty, 2006). Mnoho párů uvádí, že dítě přišlo, až ve chvíli, kdy léčbu ukončili a

začali s něčím novým, např. adopce, pořízení psa (Konečná, 2003), což je i případ respondentky Martiny.

Pro partnery žen (Ilony a Michaely) bylo velmi těžké snášet nálady a zoufalství žen (mimo jiné zapříčiněny i hormonální stimulací), zvláště pak po nezdařených pokusech během léčby. Manžel respondentky Martiny vnímal vyšetření neplodnosti jako nepříjemné. Léčba neplodnosti má bezesporu vliv na manželství – partnerství, do popředí vystupuje žena, jako ta, které se léčba týká, muž v této situaci figuruje jako opora. Ostatně toto uvádí i Konečná, odlišné vnímání problému, jiný způsob vyrovnání se s vzniklou situací, může mezi dvěma způsobit odcizení. Důležitá je komunikace a dobrovolná účast při léčbě neplodnosti (Konečná, 2003).

Pátý dílčí cíl se podařilo naplnit a pátou výzkumnou otázku zodpovědět.

Posledním čili šestým dílčím cílem je získat rady pro ženy, které se v budoucnu budou potýkat se stejným problémem.

Výzkumná otázka č. 6: Lze formulovat všeobecně platnou radu pro ženy potýkající se s neplodností?

Na základě výzkumu lze zformulovat tyto rady a doporučení pro ženy potýkající se s neplodností:

Neodkládat mateřství na pozdější dobu. Jak známo věk je jeden z hlavních faktorů, který ovlivňuje plodnost především ženy. V odborné literatuře se uvádí, že je 25 % pravděpodobnost otěhotnění v jednom cyklu, což platí pro ženy kolem 20. roku života. Po 30. roku klesá a ve věku čtyřiceti let už dosahuje pouze 5 % na jeden menstruační cyklus (Řežábek, 2002).

Věnovat se sobě, partnerovi, pěstovat koníčky, scházet se s přáteli a informovat je o svém problému, neuzavírat se do sebe, neizolovat se během léčby neplodnosti. Nepěstovat si bolest a smutek, zejména pak proto, že úzkost může vést k hormonálním změnám a tím je šance na otěhotnění menší (Řežábek, 2002).

Žít normální život. Léčba neplodnosti nevyžaduje žádná zvláštní omezení (Řežábek, 2002). Žít normální život též kvůli sobě, partnerovi. Neplodnost není trest, ani kletba, jak uvedla respondentka Michaela, je to příležitost k osobnímu růstu a k sebepoznání, ke splnění nějakého úkolu daného osudem. „Pokud někdy vidí nějaký smysl své cesty za dítětem, pak jí vnímá jako příležitost k osobnímu růstu...“ (Konečná, 2003).

Nestydět se vyhledat psychologickou pomoc. Zvláště pak, když neúspěšná léčba vede k rozvoji těžké deprese (Doherty, 2006).

4 Závěr

Jen to je ztracené, čeho se sami vzdáte.

G.E. Lessig

Neplodnost je stav označovaný jako nemoc, nemoc moderní doby. V dnešní společnosti existují různé varianty řešení tohoto problému, do jisté míry je ovšem téma neplodnosti ve společnosti stále tabu, lidé trpící problémy tohoto typu, si připadají méněcenní, setkávají se s problémy v různých rovinách života. Neplodnost je ovlivněna mnoha faktory, které se kombinují a prolínají a je v moci samotných nemocných, některé z nich eliminovat, ovlivnit. Mám na mysli zdravý životní styl a zlovyky negativně ovlivňující plodnost, především kouření, alkohol. Existují ale faktory, které vlastním chováním ovlivnit nemůžeme, pak spoléháme na lékaře, moderní diagnostické metody a různé metody řešení vlastní neplodnosti. Oblast asistované reprodukce skýtající naději všem, kteří nemohou z různých důvodů mít vlastního potomka přirozenou cestou, se rozvíjí velmi rychlým tempem, poskytuje útěchu a naději všem nemocným, ale vyvolává spoustu otázek a etických dilemat jak odborné, tak široké veřejnosti. Stále jsou páry, kterým ani moderní medicína pomoci nedokáže. Nežádka tyto páry pak otěhotnění přirozenou cestou poté, co se vlastně vzdají naděje a soustředí se na jiné věci.

V teoretické části bakalářské práce je vypracován ucelený přehled problematiky neplodnosti. Část je věnována anatomii ženských a mužských pohlavních orgánů, dále pak jsou popsány příčiny neplodnosti, vyšetřovací metody a možnosti léčby, jak ženy, muže, tak páru. Podrobněji je vypracována kapitola surogačního mateřství, která je poměrně novodobým a velmi diskutovaným fenoménem, kdy nový občanský zákoník je k tomuto způsobu řešení problému velmi skoupý, vychází z předpokladu, že se v ČR již praktikuje, ale nedefinuje jej. V práci jsou zmíněny psychické dopady neúspěšné léčby a etické otázky vznikající v souvislosti s neplodností. Teoretická část si kladla za cíl podat ucelený přehled o problematice neplodnosti, cíl byl splněn.

Praktická část je věnována kvalitativnímu výzkumu čtyř respondentek, s nimiž byl veden strukturovaný rozhovor, umožňující analýzu jejich života spojeného s řešením problému neplodnosti. Všechny cíle empirické části bakalářské práce byly splněny a výzkumné otázky

zodpovězeny, což je podrobněji rozpracováno v kapitole diskuze a doporučení. Nejproblematictější oblastí se ukázala být vlastní psychika jednotlivých žen, srovnat se se skutečností, že mám problém s početím, že existuje i možnost, že léčba bude neúspěšná. Hlavním cílem bylo analyzovat postup jednotlivých žen při řešení neplodnosti. Volba postupu řešení neplodnosti se ukázala být jako velmi individuální záležitost, kde se promítá jak příčina neplodnosti, tak finanční možnosti, osobnost ženy a její sociální zázemí a v neposlední řadě také manželství – partnerství. Podrobnější analýze rozhovorů se věnuje jedna z kapitol práce.

Jako stěžejní se jeví nutnost nezapomenout žít život, obyčejný, ale plhodnotný, i bez dětí...alespoň zatím...

5 Seznam použitých informačních zdrojů

Ceník asistované reprodukce [online]. [cit. 2015-02-02]. Dostupný z :
<<http://www.gennet.cz/ceniky/>>

Ceník služeb nehrazených pojišťovnou [online]. [cit. 2015-02-03] Dostupný z :
<<http://www.pronatal.cz/cs/pacienti/Cen%C3%ADk%20slu%C5%BEeb%20nehrazen%C3%BDch%20poji%C5%A1%C5%A5ovnou/>>

Ceník umělého oplodnění [online]. [cit. 2015-02-02]. Dostupný z :
<<http://www.ivfbrno.cz/cenik-umeleho-oplodneni/t1043>>

Ceník výkonů asistované reprodukce [online]. [cit. 2015-02-03] Dostupný z :
<<http://sanus.cz/cs/centrum-asistovane-reprodukce-lecba-neplodnosti-umele-oplodneni/pardubice/cenik/>>

DOHERTY, C. Maud a CLARK, Melanie Morrissey. 2006. *Léčba neplodnosti: podrobný rádce pro neplodné páry*. Vyd. 1. Brno: Computer Press. 121 s. ISBN 80-251-0771-X.

HAŠKOVÁ, Hana. 2009. *Fenomén bezdětnosti*. Vyd.1. Praha: Slon. 264 s. ISBN 978-80-7419-020-9

HESSOVÁ, Jitka, KROUPOVÁ, Lenka. 2008. *Asistovaná reprodukce-etická úskalí a názory veřejnosti*. Sestra, roč. 18, č. 10, s. 35-37. ISSN 1210-0404

KONEČNÁ, Hana. 2003. *Na cestě za dítětem: dvě malá křídla*. Vyd.1. Praha: Academia. 318 s. ISBN 80-200-1055-6

KUBÍČEK, Vladimír. 1996. *Mužská infertilita a erektilní dysfunkce*. Vyd.1. Praha: Galén. 148 s. ISBN 80-85824-39-6

MACHOVÁ, Jitka. 2002. *Biologie člověka pro učitele*. Vyd.1. Praha: Karolinum. 269 s. ISBN 80-7184-867-0

MRÁZEK, Milan. 2003. *Umělé oplodnění I*. Vyd.1 Praha: Triton. 62 s. ISBN 80-7254-413-6

Náhradní mateřství [online]. [cit. 2015-02-03] Dostupný z :
<<http://www.stejnarodina.cz/nahradni-materstvi.html>>

Narodilo se první dítě u ženy po transplantaci dělohy na světě [online]. [cit. 2015-02-04] Dostupný z :
<<http://www.nemocnice-horovice.cz/novinky/narodilo-se-prvni-dite-u-zeny-po-transplantaci-delohy-na-svete-736>>

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

ROZTOČIL, Aleš a kol. 2011. *Moderní gynekologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. xviii, 508 s. ISBN 978-80-247-2832-2.

ROZTOČIL, Aleš a kol. 2008. *Moderní porodnictví*. Vyd.1. Praha: Grada, 2008. 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

ŘEŽÁBEK, Karel. 2002. *Léčba neplodnosti. 2., aktualizované vydání*. Praha: Grada. 104 s. ISBN 80-247-0187-1

SMOLÍKOVÁ, Kateřina. 2009. Institut matky hostitelky. *Zdravotnictví a právo*, roč. XIII, č.11, s. 6-9.

ISSN 1211-6432

STARÁ, Ivana. 2010. Právní a etická otázka pronájmu dělohy. *Právo a rodina*, roč. 12, č. 4, s. 19-24. ISSN 1212-866X

STRUSKOVÁ, Olga a NOVOTNÁ, Jarmila. *Metoda Ludmily Mojžíšové: cesta k přirozenému otěhotnění, 10 cviků pro fyzické a duševní zdraví*. Praha: XYZ, 2007. 151 s. ISBN 978-80-87021-68-2.

ULČOVÁ-GALLOVÁ, Zdenka, LOŠAN, Petr. 2013 *Neplodnost, útok imunity*. Vyd. 2. Praha: Grada. 149 s. ISBN 978-80-247-45555-8

Ve Švédsku má šanci otěhotnět žena s transplantovanou dělohou [online]. [cit. 2015-05-02]. Dostupný z : <<http://sestricka.com/ve-svedsku-ma-sanci-otehotnet-zena-s-transplantovanou-delohou>>

Trombofilie a trombóza [online].[cit. 2015-06-15]. Dostupný z : <<http://www.leiden.cz/trombofilie-a-tromboza> >

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném a účinném znění

VENTRUBA, Pavel a kol. Průvodce léčbou poruch plodnosti: informační příručka programu asistované reprodukce. 1. vyd. Brno: Gynekologicko-porodnická klinika Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, 2013. 28 s. ISBN 978-80-210-6343

6 Seznam příloh

Příloha 1 - Ženské pohlavní orgány

Příloha 2 - Schéma ovariačního cyklu

Příloha 3 - Mužské pohlavní orgány

Příloha 4 - Nepravidelné tvary spermií

Příloha 5 - Detail spermie pronikající obalem vajíčka

Příloha 6 - Dvojbuněčné embryo 24 – 48 hodin po oplození

Příloha 7 - Mikromanipulační zařízení užívané při různých metodách asistované reprodukce

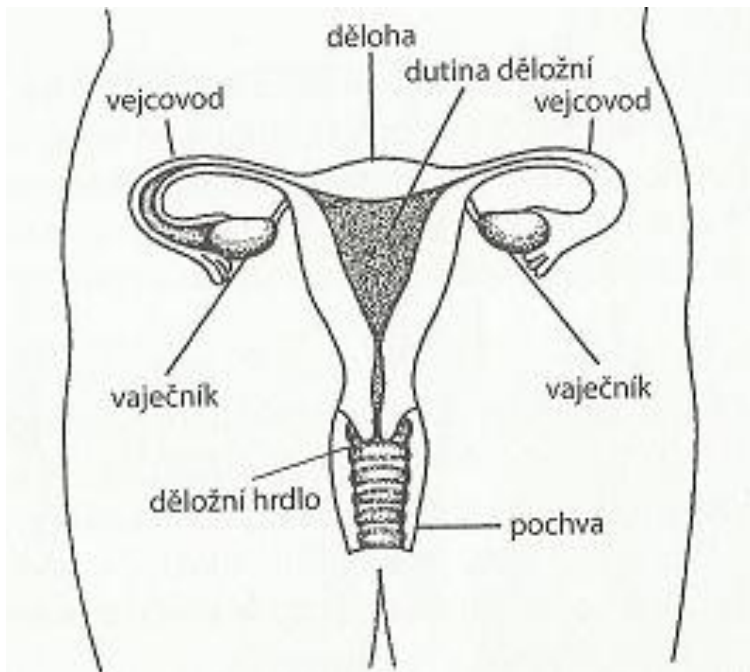
Příloha 8 - ICSI – introcytoplasmatická injekce spermie

Příloha 9 - AH- asistovaná hatching

Příloha 10 - Osmibuněčné embryo 72 hodin po oplození

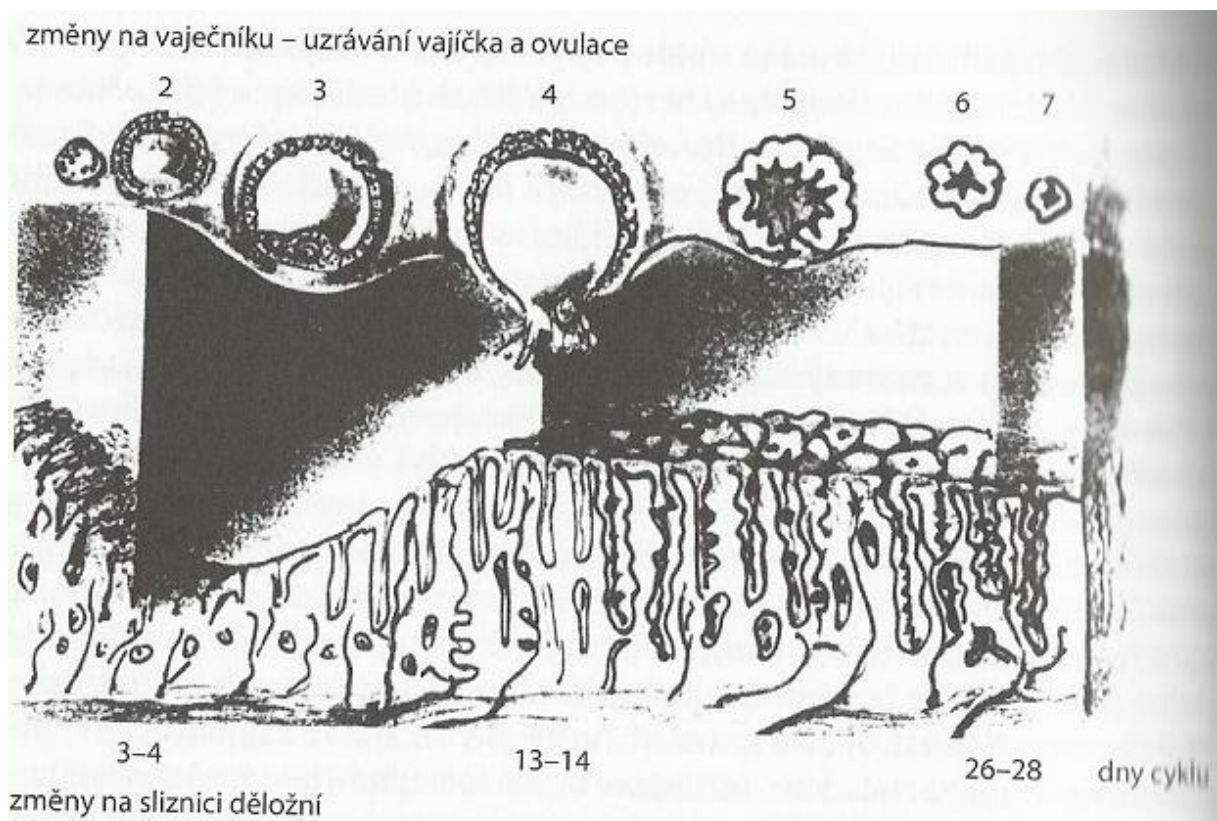
Příloha 11 - Návrh rozhovoru

Příloha 1- Ženské pohlavní orgány 2013



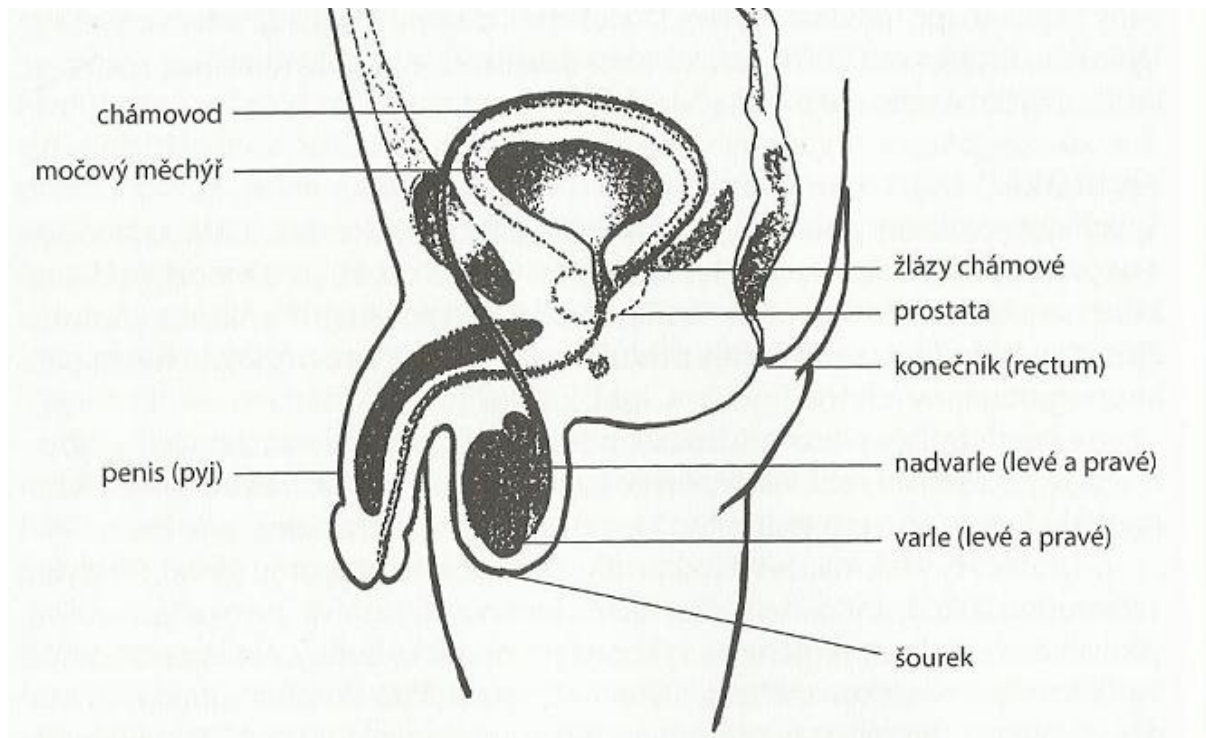
Zdroj: Ulčová-Gálová, 2013

Příloha 2 - Schéma ovariálního cyklu 2013



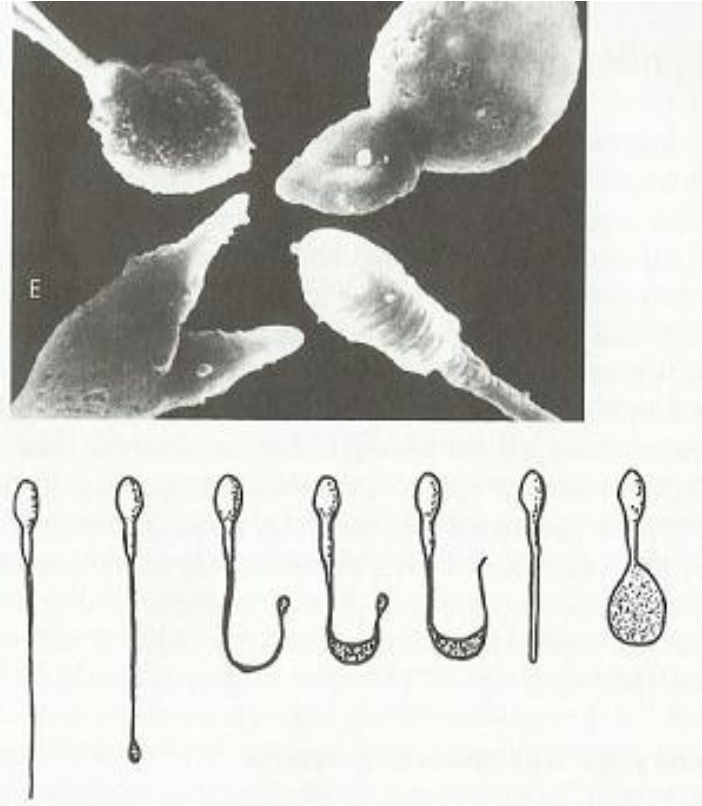
Zdroj: Ulčová-Gálová, 2013

Příloha 3- Mužské pohlavní orgány 2013



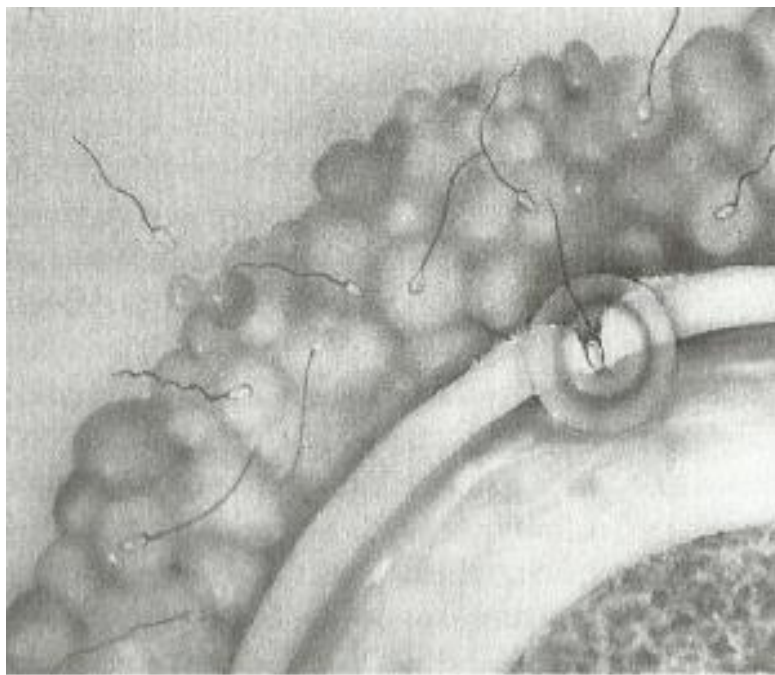
Zdroj: Ulčová-Gálová, 2013

Příloha 4 - Nepravidelné tvary spermíí 2013



Zdroj: Ulčová-Gálová, 2013

Příloha 5 - Detail spermie pronikající obalem vajíčka 2013



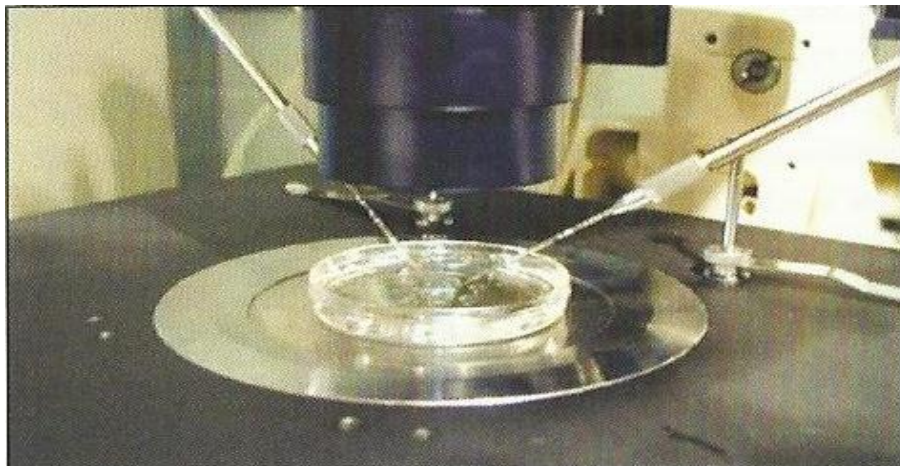
Zdroj: Ulčová-Gálová, 2013

Příloha 6 - Dvojbuněčné embryo 24 – 48 hodin po oplození 2006



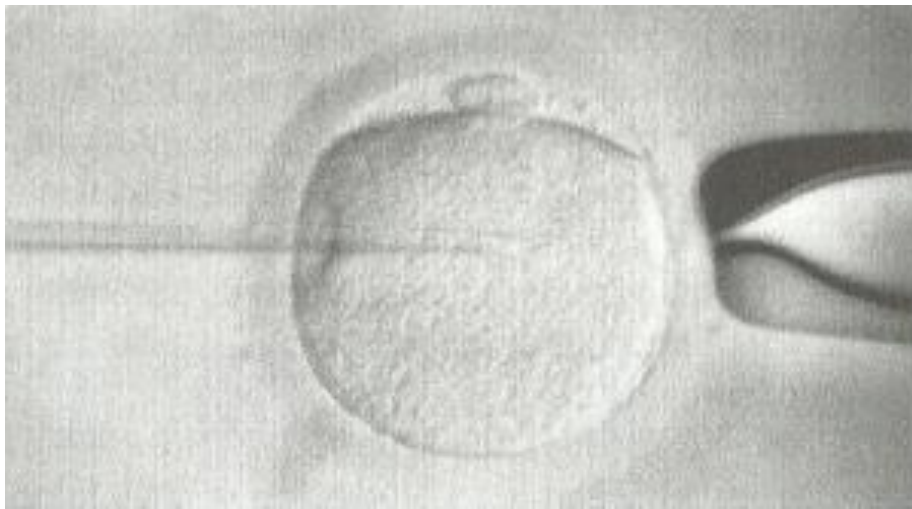
Zdroj: Doherty, 2006

Příloha 7 - Mikromanipulační zařízení užívané při různých metodách asistované reprodukce
2013



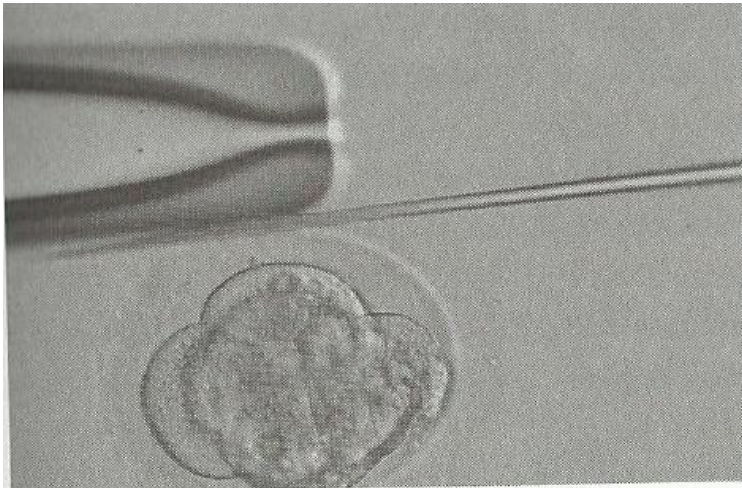
Zdroj: Ventruba, 2013

Příloha 8 - ICSI – introcytoplasmatická injekce spermie 2013



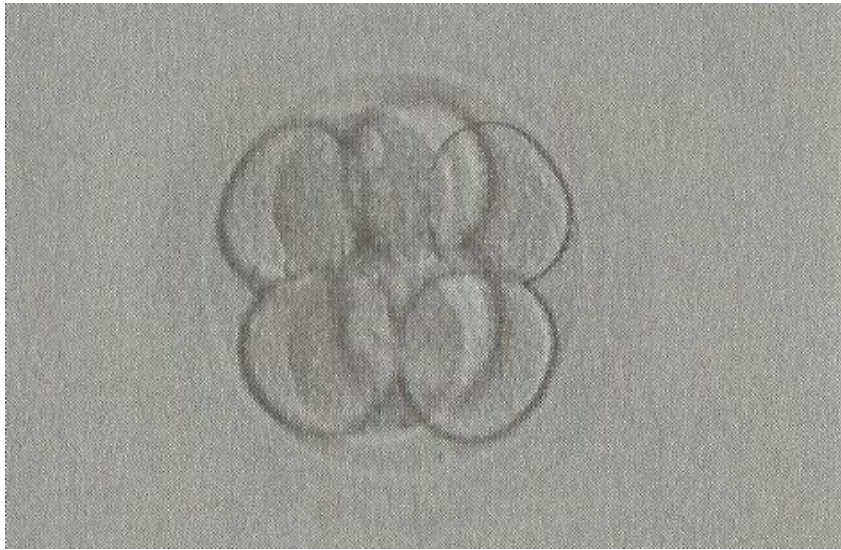
Zdroj: Ulčová-Gálová, 2013

Příloha 9 - AH- asistovaná hatching 2006



Zdroj: Doherty, 2006

Příloha 10 - Osmibuněčné embryo 72 hodin po oplození 2006



Zdroj: Doherty, 2006

Příloha 11- Návrh rozhovoru

Rozhovor s ženami potýkající se s neplodností

A) Identifikační údaje

- 1) Věk
- 2) Vzdělání, zaměstnání
- 3) Rodinný stav – jak dlouho trvá partnerství, je první?
- 4) Kde žijete? – vesnice, město
- 5) Jste věřící?

B) Osobní a rodinná anamnéza

- 6) Dětství – prodělané nemoci, první menses, gynekologické problémy?
- 7) Zdravotní stav – prodělané nemoci
- 8) Kdy jste začala se sexuálním životem, počet partnerů, nějaké problémy?
- 9) V kolika letech Vás měla Vaše matka? Kolikáté dítě? Měla Vaše matka problémy s plodností?
- 10) Sourozenci? Mají děti? Měli oni nějaké problémy s plodností?
- 11) V kolika letech jste začala uvažovat o dítěti?
- 12) Jak dlouho se pokoušíte (jste se pokoušela) o těhotenství?
- 13) Byla jste již těhotná?

C) Lékařská péče

- 14) Znáte příčinu své neplodnosti?
- 15) U jakého specialisty se léčíte (jste se léčila) s neplodností a jak dlouho?
- 16) Jste (byla jste) spokojena s péčí zvoleného lékaře?
- 17) Máte (měla jste) dostatečné informace od svého lékaře?
- 18) Překvapilo Vás něco ze strany ošetřujícího lékaře?
- 19) Co byste uvítala, co Vám chybí (chybělo) během léčby ze strany ošetřujícího lékaře?

D) Řešení neplodnosti

- 20) Jakou cestu jste si vybrala v léčbě neplodnosti? Zdůvodněte.
 - a. Metody asistované reprodukce
 - b. Adopce
 - c. Bezdětnost
 - d. Jiná možnost, uveďte.

E) Problémy, přicházející v souvislosti s neplodností

21) S jakými problémy se potýkáte (jste se potýkala) v souvislosti s neplodností?

- e. Finanční problémy
- f. Nevyhovující lékařská péče
- g. Okolí – předsudky, otázky
- h. jiné, uveďte

22) Co je (bylo) pro Vás na celé situaci odvislé od neplodnosti nejtěžší?

F) Psychické rozpoložení

23) Jak se projevuje (projevoval) problém neplodnosti ve Vašem životě? Změnil se Váš život v této souvislosti?

24) Je tu nějaký problém, věc, které se nejvíc bojíte (jste se bála) v souvislosti s neplodností?

25) Je něco, co Vás dříve trápilo a teď to vnímáte jako malichernost v souvislosti s léčbou neplodností?

26) Co byste poradila ženám, které v budoucnu čeká podobný problém (neplodnost). Jak se odreagovat? Čím si nelámat hlavu?

G) Partnerství - manželství

27) Jak byste hodnotila své manželství (partnerství) na stupnici od 1 – 5 (1 nejlepší, 5 nejhorší)

- a. před tím, než se u Vás objevily problémy s neplodností,
- b. při léčbě neplodnosti,
- c. po vyřešení problému s neplodností?

28) Odrazil se problém s neplodností v manželství (partnerství)? V čem konkrétně?

29) Existuje (existoval) pro Vašeho manžela nějaký problém, který byste označila za největší, během léčby?

H) Rady ostatním ženám, které v budoucnu čeká problém s neplodností

30) Máte nějaký nápad, připomínku, která by dle Vašeho názoru, mohla pomoci ostatním, které se budou potýkat s neplodností?

31) Doporučila byste někoho (odborníka, instituci), na něž se mohou obracet ti, co řeší nebo budou řešit problémy s neplodností?

32) Na co by ženy neměly zapomenout při léčbě neplodnosti?

33) Udělala byste něco jinak, kdybyste se teď ocitla na začátku léčby neplodnosti?
Uveďte.