

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
Studijní program: Porodní asistence B5349

Dominika Römanová

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

NEPLODNOST
Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Kašová

PLZEŇ 2016

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 20. 3. 2016

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování: Děkuji své vedoucí bakalářské práce Mgr. Lucii Kašové za odborné vedení práce, za ochotu, trpělivost a rady. Dále děkuji své rodině a přátelům za podporu v průběhu celého studia.

Anotace

Příjmení a jméno: Dominika Römanová

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Neplodnost

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Kašová

Počet stran: číslované 58, nečíslované 17

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 56

Klíčová slova: alternativní metody léčby, asistovaná reprodukce, diagnostika, neplodnost, prevence, příčiny, psychosomatika

Souhrn:

Předmětem této práce je neplodnost, která se stává poměrně častým problémem v mnoha českých rodinách. Jedná se o citlivé téma, které je složité nejen z hlediska medicínského a sociálního, ale také z hlediska psychologického. Nejvýznamnějším zdrojem informací v bakalářské práci, byly jak tištěné monografie zabývající se problematikou neplodnosti, tak elektronické články věnující se životnímu stylu, zdraví, psychosociálním ovlivňujícím faktorům nebo například ještě výživě. Plodnost ovlivňuje mnoho složek, nejčastěji to jsou: nezdravý životní styl, stres a v neposlední řadě podle posledních výzkumů dlouhodobé užívání hormonální antikoncepce.

Teoretická část shrnuje fakta o lidské plodnosti a neplodnosti. Zároveň popisuje rizikové faktory a příčiny neplodnosti, stanovení diagnóz, či standardní postupy při léčbě neplodnosti a jejich rizika. Práce se dále zaměřuje na psychosomatiku a nelékařské metody, které lze při léčbě neplodnosti využít.

Praktická část je psána pomocí kvalitativního výzkumu za použití polostrukturovaného rozhovoru. Interview bylo vedeno zcela anonymně se dvěma respondentkami, které se léčily s diagnózou neplodnosti. Vše je zaměřeno především na s plodností související pocity a prožívání žen. V závěru práce jsou shrnuty získané a zanalyzované informace, porovnány s odbornou literaturou a výzkumy.

Annotation

Surname and name: Dominika Růmanová

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Infertility

Consultant: Mgr. Lucie Kašová

Number of pages: numbered 58, unnumbered 17

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 56

Key words: alternative treatment methods, assisted reproduction, diagnosis, infertility, prevention, causes, psychosomatics, ,

Summary: The subject of this thesis is infertility, which is becoming quite a common problem in many Czech families. It is a sensitive subject, which is complicated not only from medical and social points of view, but also in terms of psychology. The most important source of information in this thesis were printed monographs, dealing with infertility problematics, and also electronic articles, devoted to lifestyle, health, and psychosocial influencing factors, or e.g. also to nutrition. Fertility is affected by many factors, the most frequent ones being: unhealthy lifestyle, stress, and, last but not least, according to the latest research, long-term use of hormonal contraceptives.

The theoretical part summarizes facts about human fertility and infertility. It also describes risk factors and causes of infertility, determination of diagnoses, or standard practices in infertility treatment and their risks. The thesis also focuses on psychosomatics and nonmedical methods that can be used in the infertility treatment.

The practical part is based on a qualitative research, using a semi-structured interview. The interviews were conducted anonymously with two female respondents, who had been treated for infertility. Everything is focused mainly on fertility-related emotions and feelings of women. In the conclusion of the thesis, the collected and analysed data are summarized and compared with specialized literature and researches.

OBSAH

Úvod.....	10
1 FYZIOLOGIE PLODNOSTI.....	11
1.1 Ženské pohlavní orgány.....	11
1.2 Menstruační cyklus.....	12
2 Mužské pohlavní orgány	13
2.1 Proces oplození.....	14
2.2 Pravděpodobnost otěhotnění.....	14
3 Neplodnost	15
3.1 Definice, dělení a prevalence.....	15
4 Ženská neplodnost.....	16
4.1 Rizikové faktory	16
4.2 Příčiny ženské neplodnosti	17
4.2.1 Věk	17
4.2.2 Endometrióza	17
4.2.3 Hormonální poruchy	18
4.2.4 Syndrom polycystických vaječníků	18
4.2.5 Poruchy pohlavního ústrojí	18
4.2.6 Vrozená neplodnost.....	18
4.2.7 Psychogenní neplodnost.....	19
4.2.8 Imunologická neplodnost	19
4.3 Stanovení diagnózy.....	19
5 Mužská neplodnost.....	21
5.1 Rizikové faktory	21
5.2 Příčiny mužské neplodnosti.....	22
5.2.1 Stanovení diagnózy	23
6 Standardní postupy při léčbě neplodnosti	24

6.1	Medikamentózní metoda	24
6.2	Chirurgické metody	25
6.3	Metody asistované reprodukce (AR)	25
6.3.1	Arteficiální inseminace (AI).....	26
6.3.2	Přenos gamet do vejcovodů (GIFT)	26
6.3.3	Mimotělní oplodnění (in vitro fertilizace, IVF)	26
6.3.4	Metody TESE, TESA, MESA.....	27
6.4	Rizika.....	28
7	Psychosomatika a neplodnost.....	29
7.1	Psychosomatická podpora při neplodnosti	30
7.1.1	Bodyterapie, bioenergetická cvičení	30
7.1.2	Cvičení Ludmily Mojžíšové.....	30
7.1.3	Akupunktura, akupresura	31
7.1.4	Hormonální jóga.....	31
7.1.5	Homeopatie	31
7.1.6	Fytoterapie.....	32
7.2	Shrnutí teoretické části	33
8	Výzkumná část	34
8.1	Formulace problému a stanovení cíle.....	34
8.2	Cíl výzkumu	34
8.2.1	Dílčí cíle	34
8.2.2	Výzkumné otázky.....	34
8.3	Druh výzkumu a výběr metodiky	35
8.4	Způsob získávání informací.....	36
8.5	Organizace průzkumu.....	36
8.6	Analýza případových studií	37
8.6.1	Rozhovor č. 1: Paní Lucie	37

8.6.2	Rozhovor č. 2: Paní Dana.....	50
8.7	Diskuze	62
8.7.1	Analýza pocitů a prožitků žen při neplodnosti.....	62
8.7.2	Rozbor preferencí léčby neplodnosti.....	63
8.7.3	Identifikace psychosociálních dopadů na ženu trpící neplodností.....	65
8.7.4	Analýza míry informovanosti o léčbě neplodnosti.	66
9	Závěr.....	68
	Seznam literatury.....	69
	Internetové zdroje.....	71
	Seznam příloh.....	74
	Příloha 2 Informovaný souhlas k rozhovoru	75
	Příloha 3 Schéma rozhovoru	76

ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala pro mne velmi zajímavé, a také dle mne závažné téma dnešní doby, a to neplodnost. Dotýká se mnoha životů a stává se celospolečenským problémem. Neplodnost je definována jako neschopnost otěhotnět při pravidelném, nechráněném pohlavním styku po dobu minimálně jednoho roku s vyloučením všech způsobů kontracepce (ŘEŽÁBEK, 2004, s. 12).

Plodnost ovlivňuje mnoho faktorů, nejčastěji nezdravý životní styl, stres a v neposlední řadě podle posledních výzkumů dlouhodobé užívání hormonální antikoncepce.

Nynější moderní a přetechnizovaná doba lidstvu poskytuje nevídané možnosti léčby v oblasti zdraví, avšak páry by se neměly spoléhat pouze na medicínské metody. Je důležité prvotně dbát na prevenci, předcházet těm škodlivým faktorům, kterým mohou. Pokud je u páru diagnostikována neplodnost, dalším krokem bývá zpravidla umělý lékařský zásah, ať už je to hormonální terapie či chirurgický zákrok objasňující nám příčinu tohoto problému. Je s podivem, že všem ženám jsou jako první doporučovány invazivní postupy a ne metody, v rámci konzervativního postupu, podporující přirozené početí. Existuje množství přírodních a přirozených způsobů: cviky, meditace, byliny, atd. Měla by být podpořena odbornou veřejností snaha o využití všech dostupných možností a metod pro posílení přirozeného početí. Postupovat by se tedy mělo „krok po kroku – od nejjednoduššího, po nejsložitější“.

Ve své práci si tedy kladu zásadní otázku: „Jak mohou ženy přistupovat k neplodnosti a jaké preferují způsoby léčby?“

1 FYZIOLOGIE PLODNOSTI

1.1 Ženské pohlavní orgány

Ženskou reprodukční soustavu tvoří tyto hlavní anatomické útvary: pochva, děloha, vejcovody a vaječníky (WILLIAMS, 2008, s. 14).

Pochva je nepárová trubice, sloužící jako ženský kopulační orgán. Na horním konci přechází skrze čípek děložní do dělohy, na dolním konci ústí jako štěrbina poševní do předsíně poševní na povrch těla. Pochva je okolo 9cm dlouhá a až 3cm široká. Je vystlána sliznicí s mnohvrstevným dlaždicovým epitelem (ŠÍPEK, 2008).

Děloha je svalový orgán, tvaru hrušky, sestávající z těla a hrdla děložního. Stěna dělohy je 1-2 cm silná. Směrem dolů do hrdla se dutina zužuje v úzký kanálek, kterým putuje sperma z pochvy do dělohy, opačným směrem odtéká menstruační krev. Děložní sliznice podléhá neustálé přeměně pod vlivem vaječnickových hormonů (HAVRÁNEK, DYKOVÁ, 1964, s. 14)

Vejcovody jsou párový trubicovitý orgán, který je dlouhý 10 až 15 centimetrů. Spojují dělohu s vaječníky a jsou místem, kde dochází za normálních okolností k oplození vajíčka spermií. Konec vejcovodu, který je blíže vaječníku, vybíhá v řasy (fimbrie), které obemykají vaječník a hrají důležitou úlohu při transportu vajíčka směrem k děloze (HAVRÁNEK, DYKOVÁ, 1964, s. 15).

Vaječníky jsou asi 3 až 5 cm velké a nacházejí se na každé straně dělohy. Uzávěrají v nich vajíčka a produkují pohlavní hormony, především estrogeny a progesteron (WILLIAMS, 2008, s 17)

Každá narozená dívka má již při porodu v každém vaječníku kolem 2 miliónů vajíček. Na začátku plodného období každý vaječník obsahuje už jen 100 až 150 tisíc vajíček a do menopauzy dozraje v každém vaječníku přibližně 250 vajíček (ŠÍPEK, 2008).

Pohlavní hormony jsou nezbytně nutnou součástí pohlavního systému. Jsou zodpovědné za funkci a vývoj pohlavních orgánů, sekundárních pohlavních znaků a sexuální chování a citění. **FSH** (folikulo-stimulační hormon) a **LH** (luteinizační hormon) jsou produkovány adenohipofýzou a souvisejí s vývojem a funkcí folikulů a ovulací. **Estrogeny** jsou steroidní hormony, produkovány ovárií. Jejich hlavní funkcí je vývoj primárních i sekundárních pohlavních orgánů, dále ovlivňují fáze menstruačního cyklu.

Progesteron je také steroidní hormon, produkován žlutým tělískem a je nutný pro průběh těhotenství. (HOLIBKOVÁ, 2004).

1.2 Menstruační cyklus

Menstruační cyklus je kontinuální proces hormonálních změn, jejichž vlivem se děložní sliznice připravuje na přijetí oplodněného vajíčka, dochází k ovulaci a posléze k odlučování děložní sliznice, nedojde-li početí. Každý den cyklu dochází ve vaječnicích a na děložní sliznici ke změnám (WILLIAMS, 2008, s. 21).

První den cyklu je první den krvácení. Teoretický modelový cyklus trvá 28 dní, ale tento model platí jen pro část žen a neznamena to, že by byl jediný správný. Za fyziologický se obvykle pokládá cyklus trvající 21-35 dní.

Druhý až šestý den je dobou, kdy se rozhoduje o tom, který z dvaceti až třiceti folikulů připravených ve vaječnicích dokončí svůj vývoj. Také se zvyšuje hladina estradiolu, hormonu, který umožňuje obnovu sliznice děložní po menstruaci.

Sedmý den je už většinou vybrán folikul, ze kterého se nakonec uvolní vajíčko. Ten stále roste a vyrábí stále více estradiolu a tím připravuje sliznici děložní. Zároveň se mění i hlen v hrdle děložním, ten se díky estradiolu stává tažnější a pružnější. Nejvíce estradiolu je těsně před tím, než folikul praskne.

Folikul puká 14. Den. Při puknutí se uvolní vajíčko – tento děj se nazývá ovulace. Fimbrie zachytí vajíčko a řasinkami ho posunují směrem k děloze. Po ovulaci následuje druhá fáze cyklu. Z prasklého folikulu vznikne žluté tělísko, které produkuje estradiol a progesteron, aby se zárodek mohl uhnízdít v děloze. Když k otěhotnění nedojde, žluté tělísko zaniká a tak klesne hladina jím vytvářených hormonů. Za jeden až dva dny se sliznice v děloze odloučí a přichází další menstruace (GALENUS, 2003).

2 MUŽSKÉ POHLAVNÍ ORGÁNY

Hlavními částmi mužských pohlavních orgánů jsou: penis, šourek, předstojná žláza (prostata), varlata a nadvarlata (HAVRÁNEK, DYKOVÁ, 1964, s. 15)

Penis obsahuje tři sloupce houbovitě tkáně, které se během pohlavního vzrušení naplní krví, penis tím zvětší svůj objem, a napřímí se. Tím je připraven k pohlavnímu styku (HAVRÁNEK, DYKOVÁ, 1964, s. 15).

Varlata a nadvarlata jsou umístěna v šourku. Každé varle je uvnitř rozděleno na asi 300 lalůček a v každém z nich jsou svinuty až 4 semenotvorné kanálky. V těchto kanálcích se tvoří spermie. Z každého lalůčku vedou sběrné kanálky, tzv. vývodné kanálky, které ústí do nadvarlete (HAVRÁNEK, DYKOVÁ, 1964, s. 16).

Nadvarle je dlouhá, tlustší, stočená trubice umístěná na zadní části varlete. Z nadvarlete vede chámovod. Chámovody z obou nadvarlat se spojují ve sběrný ejakulační kanálek, který se v předstojné žláze (prostata) napojuje na močovou trubici (HAVRÁNEK, DYKOVÁ, 1964, s. 16)

Spermie se tvoří ze zárodečných buněk (spermatogonie), z nich se tvoří primární spermatocyty, ty se následně přetváří na sekundární spermatocyty a teprve z nich vznikají spermie. Přibližně po 74 dnech jsou spermie z varlat vypuzovány do sběrných kanálků a dozrávají v nadvarleti. Zrání spermií trvá asi 10 dnů. Nadvarle je poměrně dlouhá trubice rozdělená na tři části. Do první části se sbíhají sběrné kanálky z jednotlivých lalůček varlat a plní tedy zejména funkci sběrnou. V další části dochází k dozrání spermií. Poslední část nadvarlete plní funkci zásobní, spermie jsou zde skladovány v poměrně velkém množství připravené k vypuzení. V této části nadvarlete se vyskytují spermatofágy, které vycytávají a likvidují spermie staré 40 dnů. Tím se zvyšuje pravděpodobnost oplodnění.

Produkce spermií a jejich zrání vyžaduje nižší teplotu, než je teplota těla. Proto jsou varlata a nadvarlata umístěna v šourku, kde je teplota o něco nižší. Každou vteřinu jsou semenné kanálky schopny vyprodukovat až 3000 spermií, což znamená produkci asi 250 miliónů spermií za den (GALENUS, 2003).

2.1 Proces oplození

Do klenby poševní je při ejakulaci dopraveno i přes 600 miliónů spermií. K oplození vajíčka je nutná pouze jedna spermie; přesto musí ejakulát obsahovat minimálně 20 miliónů spermií na 1 ml ejakulátu, jinak se pravděpodobnost oplození snižuje. Ejakulát reaguje zásaditě a to napomáhá kompenzovat kyselé prostředí v pochvě, které spermie negativně ovlivňuje. Nejčastějším místem oplození vajíčka je ampulární část vejcovodu. Vajíčko lze oplodnit pouze do 12 hodin po ovulaci. Spermie mohou oplodnit vajíčko 48 až 72 hodin po souloži.

Jakmile první spermie pronikne do vajíčka, změní se vlastnosti jeho obalu a další spermie tak již dovnitř nemohou proniknout.

Každá gameta (spermie i vajíčko) je haploidní, tj. má přesně polovinu genetického materiálu. Po oplození vajíčka spermií je dosaženo standardní (diploidní) množství genetické informace; polovinu ze spermie (od otce) a polovinu z vajíčka (od matky). (ŠÍPEK, 2008).

Šest nebo sedm dnů po ovulaci se embryo zanoří do připravené děložní sliznice. Během několika dnů se začne produkovat tzv. lidský choriový gonadotropin (hCG). Na principu detekce tohoto hormonu jsou založeny těhotenské testy (WILLIAMS, 2008, s 26).

2.2 Pravděpodobnost otěhotnění

V optimálním případě, ve věku dvaceti let, dochází k otěhotnění pouze u 25% párů v jednom menstruačním cyklu. Mezi 25. a 35. rokem je pravděpodobnost otěhotnění přibližně 20% procent. Po 35. roce věku ženy pravděpodobnost otěhotnění prudce klesá a po 40. roce nedosahuje ani pěti procent na jeden menstruační cyklus.

Příčiny malé pravděpodobnosti otěhotnění u člověka nejsou přesně známi. Jednou z teorií je stárnutí vajíček. Vlivem kosmického záření a jiných škodlivin se v nich mohou hromadit mutace, které po oplození vedou ke vzniku neživotaschopného embrya. Oplození pak může proběhnout, ale v děloze se nezahnízdí, nebo se zahnízdí, ale nepokračuje ve svém vývoji a výsledkem je jen několik dnů opožděná menstruace (ŘEŽÁBEK, 2004, s. 17).

3 NEPLODNOST

3.1 Definice, dělení a prevalence

Neplodnost je vždy diagnózou páru, tedy konkrétního muže a konkrétní ženy. Za neplodný se považuje pár v případě, že nedojde k otěhotnění po jednom roce pravidelného nechráněného pohlavního styku.

V české terminologii je *neplodnost* vysvětlena jako *sterilita*. *Infertilita* je neschopnost donosit dítě. Pod pojmem *primární* neplodnost se zahrnují páry, kterým se nikdy nepodařilo otěhotnět. Neplodnost *sekundární* znamená, že žena již těhotná byla, i když těhotenství skončilo třeba potratem nebo bylo ukončeno uměle. (ŘEŽÁBEK, 2014, S.12)

V dnešní době je plánované rodičovství a způsoby ochrany početí nezbytnou součástí životního stylu každého sexuálně aktivního páru ve vyspělém světě. Je běžné odložení mateřství po třicátém roku věku ženy. Tato skutečnost však s sebou přináší jistá rizika. Ve vyspělých zemích, včetně České republiky, je okolo 20% neplodných párů. Udává se, že v 50% se na příčině neplodnosti podílí žena, ve 40% muž. U zbývajících 10% se žádná příčina nenalezne, pak je neplodnost označena jako *idiopatická* (ŠULOVÁ, FAIT, WEISS, 2011, s 284).

„Neplodnost není nemocí v pravém slova smyslu nebo jednotnou diagnózou. Jedná se spíše o soubor poruch, nebo kombinaci poruch obou partnerů, jejichž definujícím příznakem je absence žádoucího početí“ (SLEPIČKOVÁ, 2014, s 22).

4 ŽENSKÁ NEPLODNOST

4.1 Rizikové faktory

Na vině neplodnosti může být zdravotní problém, přesto na plodnost mají vliv i faktory životního stylu a životního prostředí, například elektromagnetická pole a radioaktivita.

Mezi nejčastější faktory ovlivňující plodnost řadíme kouření, alkohol a drogy. Je prokázáno, že kuřákům může trvat otěhotnění až čtyřikrát déle. Kouření totiž znesnadňuje uhnízdění oplozeného vajíčka, jelikož snižuje hladiny hormonu estrogenu. Dále látky obsažené v cigaretovém kouři způsobují předčasný zánik buněk ve vaječníku a předčasný nástup přechodu. Alkohol stejně jako kouření ovlivňuje hladinu hormonů a může narušovat ovulaci (TREWINARD, 2006, s. 109).

Mezi ohroženou skupinu patří i ženy s nadváhou (BMI nad 30), nebo naopak ženy, které nadměrně cvičí a drží přísné diety. Nedostatkem tělesného tuku se snižuje tvorba estrogenu, který je nezbytný pro ovulaci a menstruaci.

Infekce a pohlavně přenosné nemoci jsou u žen i mužů vysoce rizikovým faktorem pro vznik neplodnosti. Neléčené infekce mohou vést ke vzniku srůstů v pánvi a následnému neprůchodu vejcovodů. Chlamydiové infekce je u většiny případů bezpříznaková a zanechává nejhorší následky (M. M. CLARK, C. M. DOHERTY, 2002, s. 16).

V souvislosti s neplodností narůstá i počet studií, které se zaměřují na vliv stresu. Některé uvádějí, že až 30% případů neplodnosti je zapříčiněna právě stresem. Stres u žen narušuje hormonální komunikaci mezi mozkiem a vaječníky, čímž ovlivňuje ovulační cyklus. Dlouhodobý stres může měnit hladiny uvolňování hormonů regulujících dozrávání a uvolnění vajíčka. Navíc u žen pod vlivem stresu dochází ke stažení vejcovodů a dělohy, a to působí na pohyblivost a usazení oplozeného vajíčka (SLIMÁKOVÁ, 2011).

MUDr. Helena Máslová upozorňuje na souvislost mezi hormonální antikoncepcí a neplodností. *„Je důležité si uvědomit, že pokud začne dívka užívat hormonální antikoncepci příliš brzy, může mít časem problémy s otěhotněním. Za těmito problémy může, ale nemusí, být i narušená psychika. Delší užívání HA má rozhodně vliv na*

psychiku.“ Dále uvádí své osobní přesvědčení, že kromě ztráty libida může antikoncepce vést i ke zvýšené emoční labilitě a sklonům k depresím (GRUNDOVÁ, 2015).

4.2 Příčiny ženské neplodnosti

V této kapitole se věnuji nejčastějším možným příčinám ženské neplodnosti. Je potřeba si uvědomit, že u diagnózy *neplodnosti* není možné vždy stanovit přesný důvod. Mnohdy se jedná o kombinaci více faktorů. Asi u 10% se nepodaří, i přes užití nejmodernějších diagnostických postupů, jednoznačně určit příčinu neplodnosti (CHOVANEC, 2002).

„Nejčastější příčinou problémů s otěhotněním ze strany ženy je oligo- či anovulace. Normální růst folikulu s následnou ovulací vyžaduje bezchybné fungování hypothalamo-hypofyzární osy“ (MARDEČIC, 2013, s.21).

4.2.1 Věk

Přímý vztah mezi věkem a plodností je všeobecně dobře znám, přesto většina žen své mateřství z pracovních a kariérních důvodů odkládá. Se zvyšujícím se věkem ženy se snižuje kvalita a počet uvolňovaných vajíček a klesá počet menstruačních cyklů, při kterých dochází k ovulaci. U starších žen je zhoršená kvalita vajíček příčinou vyšší frekvence samovolných potratů (M. M. CLARK, C. M. DOHERTY, 2002, s.17). Optimální věk pro otěhotnění je mezi 20–30 rokem, nejlépe však kolem 25. roku. Plodnost po třicátém roce života začíná klesat, po 35. roce života klesá již velmi strmě (VITALION, 2015).

4.2.2 Endometrióza

Onemocnění je charakterizované atypickým výskytem děložní sliznice mimo děložní dutinu, například ve vaječnicích, vejcovodech a tkáních v okolí. V těchto buňkách, stejně jako v děložní sliznici dochází k cyklickým změnám a krvácení, což vede k chronickým zánětům. Tím může docházet k tvorbě srůstů v pánvi. Postihuje až 40-60% neplodných žen. Mezi příznaky patří bolestivá menstruace, silné krvácení, bolest při ovulaci, pánevní cysty a bolest v zádech (M. M. CLARK, C. M. DOHERTY, 2002, s.18).

4.2.3 Hormonální poruchy

Poruchu neplodnosti je možno hledat i v hormonálních dysfunkcích. Správná hladina hormonů v ženském organismu je nezbytná pro ovulaci, oplodnění a průběh těhotenství. Mezi pět hlavních hormonů, jejichž hladiny se mění v průběhu menstruačního cyklu se řadí FSH, LH, progesteron, estrogen a gonadotropní hormon (GnRH). Nerovnováha kteréhokoliv z těchto hormonů může způsobit poruchu ovulace nebo její zastavení (M. M. CLARK, C. M. DOHERTY, 2002, s.21). Dalšími příčinami hormonální neplodnosti může být porucha funkce štítné žlázy, která ovlivňuje hladiny pohlavních hormonů nebo zvýšená hladina hormonu prolaktinu (THYROID AWARESS, 2006).

4.2.4 Syndrom polycystických vaječníků

Při tomto syndromu je hormonální nerovnováha s nadprodukcí androgenů i estrogenů. Vajíčka se tvoří, ale folikuly na povrchu vaječníků nepraskají. Pro tuto nemoc je typická oligomenorea, či amenorea, zvýšené ochlupení, akné, obezita. Prevalence se odhaduje na 10-15% žen (ŠULOVÁ, FAIT, WEISS, 2011, s 288).

4.2.5 Poruchy pohlavního ústrojí

S děložním čípkem je spojeno až 5% případů neplodnosti. Kvalita hlenu do jisté míry ovlivňuje prostupnost pro spermie. V některých případech se v cervikálním hlenu vyskytují protilátky proti spermiím, které znehybní nebo přímo zabijí spermie. Vady dělohy, ale také různé děložní nádory a myomy způsobují poruchy uhníždění nebo donošení plodu. Předčasné ovariální selhání je další možnou příčinou neplodnosti. Je to stav, kdy dochází ke ztrátě funkce vaječníků před čtyřicátým rokem věku ženy. Jednou z příčin může být genetická dispozice, autoimunitní porucha, radioterapie, či chemoterapie (M. M. CLARK, C. M. DOHERTY, 2002, s.20).

4.2.6 Vrozená neplodnost

Jedním z genetických onemocnění způsobené chromozomální změnou je Turnerův syndrom. Mezi charakteristické znaky patří malý vzrůst, mužský typ postavy, poruchy gonád. Testikulární feminizace je genetické onemocnění vázané na chromozom X. Postižená má ženský fenotyp a karyotyp muže (46, XY). Gonády se vyvíjejí ve varlata,

ženy nemají dělohu a mají krátkou pochvu. Adrenogenitální syndrom se projevuje tím, že postižená je geneticky žena, ale kvůli poruše v metabolismu hormonů nadledvinek je produkován nadbytek androgenů a toto způsobí vývoj vnějšího mužského genitálu. Jde o tzv. ženský preudohermafroditismus. Léčba je založena na podávání hormonů, tzv. substituční terapii, v některých případech se přistupuje i k chirurgické úpravě genitálu (SUŠILOVÁ, 2008).

4.2.7 Psychogenní neplodnost

V některých případech může být neplodnost způsobena orgánovými poruchami, které jsou uvedeny výše. Na druhé straně však stojí často opomíjená příčina neplodnosti a to psychické potíže, jak ze strany ženy, ale i muže. Tématu se podrobněji věnuji v kapitole psychosomatika a neplodnost.

4.2.8 Imunologická neplodnost

Objevuje se velmi zřídka. Celkově jsou jí postižena necelá 2% párů, kterým se nedaří početí. Příčiny spočívají v tvorbě protilátek proti spermiím v organismu ženy, nejčastěji v hlenu v děložním čípku, mohou se vyskytovat i ve vejcovodu či v krevním oběhu. Tyto protilátky spermie zničí nebo znemožní jejich pohyb. Jsou-li u vyšetřovaného páru prokázány protilátky proti spermiím, jedná se o inkompatibilitu partnerů. Při ní nemusí být plodnost s jiným mužem narušena (FREUNDL, 2008, s. 85).

4.3 Stanovení diagnózy

Vyšetření ženy je náročnější a vyžaduje více času než je tomu u vyšetření muže. Postupuje se dle zásady, že se nejdříve žena vyšetří v oblasti, kde je porucha nejpravděpodobnější. Například pokud v anamnéze není nic směrodatného, začne se vyšetřením pohlavních orgánů, průchodnosti vejcovodů nebo zda dochází k ovulaci. Není stanoven přesný a nejsprávnější postup vyšetření, vždy záleží na pracovišti a zkušenostech lékaře (ŘEŽÁBEK, 2004, s. 30).

K odhalení možných příčin neplodnosti je důležitá celková zdravotní anamnéza. Dotazy se týkají osobní a gynekologická anamnézy, předchozích zdravotních problémů a operací, předchozích těhotenství, potratů, užívání návykových látek, infekcí, frekvencí

pohlavních styků a průběhu menstruačního cyklu. K základnímu vyšetření patří odběry na pohlavně přenosné nemoci, jako jsou chlamydie a kapavka, bakteriální vyšetření a kompletní odběry krve. Některým ženám je doporučeno měření bazálních teplot. Tato metoda pomáhá určit, zda dochází k ovulaci (M. M. CLARK, C. M. DOHERTY, 2002, s.25-26).

Mezi základní diagnostické metody patří *ultrazvukové vyšetření*, zaměřující se na dělohu, vaječníky, děložní sliznici, růst folikulů, přítomnost myomů nebo endometriózy. Dále se odebírá krev na stanovení *hormonálního profilu*, ve kterém se vyšetřují nejen hladiny pohlavních hormonů ale i hladiny prolaktinu, hormonů štítné žlázy a testosteronu. Při *genetickém vyšetření* se stanoví karyotyp, v některých případech se provádí i DNA analýza k odhalení mutace. *Imunologické vyšetření* testuje imunologické reakce organismu především proti spermatu. *RTG vyšetření dělohy a vejcovodů* napomáhá k diagnostice malformací děložní dutiny a průchodnosti či neprůchodnosti vejcovodů. Další metodou je *laparoskopie*, často v kombinaci s hysteroskopií. Jde o operační vyšetření prováděné k vyloučení endometriózy, srůstů, myomů a jiných abnormalit (NEPLODNOST.ORG, 2014).

5 MUŽSKÁ NEPLODNOST

„Mužská neplodnost je spojována více se sexualitou a neplodnost implikuje k impotenci. Neplodné ženě je přisuzována psychická labilita, přílišné upnutí na se na touhu po dítěti nebo podvědomé odmítání mateřské role“ (SLEPIČKOVÁ, 2014, s. 29).

5.1 Rizikové faktory

Rizikových faktorů mužské neplodnosti byla determinována celá řada:

Zranění způsobená například při sportech mohou ovlivnit schopnost tvořit spermie. Při úrazech se mohou poškodit varlata nebo vas deferens, což je vývod, který zajišťuje transport spermií z varlete do ejakulačního vývodu. Dále může mít vliv i poranění močového měchýře nebo prostaty.

Infekce jsou celkem častou příčinou mužské neplodnosti. Nejčastěji se jedná o pohlavně přenosné nemoci, kterými jsou chlamydie a kapavka. U chlamydiového onemocnění může dojít ke zjizvení močové trubice, přes kterou prochází sperma. Ve většině případů muž o infekci vůbec neví. Příznaky, mezi které patří výtok z penisu, pálení při močení a oteklá varlata, se projeví jen asi u poloviny mužů. Dále se uvádí příušnice, prodělané v postpubertálním věku, horečnaté choroby, spalničky, infekční mononukleóza nebo zánět jater, varlat, nadvarlat a prostaty (M. M. CLARK, C. M. DOHERTY, 2002, s. 54).

Mezi další rizikový faktor, a v naší společnosti velice rozšířený, je kouření. V porovnání s nekuřáky jsou spermie kuřáků častěji neobvyklého tvaru a nesou genetické poruchy (M. M. CLARK, C. M. DOHERTY, 2002, s. 55-56). Účinek cigaretového kouře na kvalitu spermií umocňuje současná konzumace kávy v množství větším než čtyři šálky za den (MLČOCHOVÁ, 2015).

Návykové látky jako je alkohol a drogy rovněž negativně ovlivňují plodnost. Pravidelná konzumace alkoholu má za následek sníženou tvorbu, koncentraci a pohyblivost spermií. Alkohol snižuje hladinu testosteronu, který se tvoří v Leydigových buňkách ve varlatech a tím dochází ke snížení libida. Také kouření marihuany prudce snižuje hladinu pohlavních hormonů. Kromě toho stejně jako další drogy poškozuje chromozomy a podporuje genetické změny. Stejně tak i anabolika (přípravky podporující

růst svalové hmoty) vedou k poklesu testosteronu, dokonce i ke zmenšení velikosti varlat (HAVELKOVÁ, 2013).

Dalším faktorem je nadměrné teplo, které vede k zahřívání varlat. Pro správný vývin a růst spermií je optimální teplota okolo 32°C. Muži, kteří nosí těsné spodní prádlo, často navštěvují saunu, pracují na klíně s přenosnými počítači, jsou prokazatelně méně plodní.

Dále je třeba zmínit faktory životního prostředí. Zejména pak organofosfáty, které se využívají v zemědělství. Některé pesticidy a herbicidy, které svým působením připomínají účinek estrogenu, ovlivňují produkci spermií. Další rizikové látky jsou těžké kovy, například olovo, kadmium a arsen (M. M. CLARK, C. M. DOHERTY, s. 57).

5.2 Příčiny mužské neplodnosti

Existuje celá řada příčin mužské neplodnosti a mohou se i vzájemně kombinovat. Mezi nejčastější příčiny se řadí poruchy tvorby a vyžívání spermií a poruchy průchodnosti vývodů, kterými sperma prochází. Množství a kvalita spermií jsou základním kamenem mužské plodnosti. Oligospermie je pojem označující snížený počet spermií. Pokud nedochází k tvorbě vůbec, nazývá se tento stav azospermie. Astenospermie je nižší pohyblivost spermií a teratospermie je označení pro morfologické defekty spermií. V mnoha případech se však důvod poruchy tvorby spermií nepodaří přesně určit (M. M. CLARK, C. M. DOHERTY, 2002, s. 57).

Jednou z častých příčin poruchy tvorby spermií je varikokéla, tzv. rozšířené žíly v šourku. Častěji se objevuje na levé straně. Předpokládá se, že rozšířené cévy, ve kterých se městná a hromadí krev, zvyšují teplotu varlat. Už zvýšení teploty o jeden stupeň může mít vliv na tvorbu spermií (ULÉKAŘE, 2012). Příčinou neprůchodnosti vývodního systému může být vasktomie, antikoncepční metoda, při které se operačně podvážou chámovody (ŠULOVÁ, FAIT, WEISS, 2011, s 286).

Někteří muži se mohou narodit s abnormálně změněnou částí reprodukčního systému. Například až u jednoho procenta mužů se vyskytne porucha při sestupu varlat. Pokud se tento stav operačně neléčí, je funkce varlete vážně poškozena. Jako další vrozenou poruchu, způsobující neplodnost lze uvést chybějící chámovod. Mezi genetické poruchy patří Klinefelterův syndrom (stav, kdy je přítomen jeden chromozom X navíc) a

syndrom Sertolliho buněk (stav, kdy nedochází k vývoji spermií). Poruchy imunologické se prokáží až u deseti procent neplodných mužů. Jde o stav, kdy se tvoří protilátky proti spermiím, které se následně shlukují, znemožní se jejich pochyb a poškodí se.

Z dalších příčin neplodnosti lze uvést ejakulační problémy jako je impotence (neschopnost dosáhnout erekce), která může být výsledkem mnoha psychických nebo tělesných potíží a zpětná ejakulace, která se vyskytuje u mužů po poranění páteře, nebo po operaci prostaty.

V neposlední řadě je třeba zmínit, že i některé léky mají vliv na neplodnost. Například antihypertenziva, antipsychotika a chemoterapeutika (M. M. CLARK, C. M. DOHERTY, 2002, s. 59-61).

5.2.1 Stanovení diagnózy

Základním vyšetřením u muže je spermioqram. Hodnotí se (v závorkách jsou uvedeny hodnoty normospermioqramu) objem (2,0-6,0ml), barva (mírně nažloutlá), konzistence (není vazká, tvoří kapky), počet spermií (20mil./ml), stupeň pohyblivosti (A-D), kyselost (7,1-7,8). Dále se počítají procenta porušených spermií, přídatné buňky (krvinky, bakterie). Někdy je součástí i vyšetření protilátek proti spermiím. Před odebráním ejakulátu se doporučuje tří denní pohlavní abstinence. Při patologických hodnotách spermioqramu je doporučeno podrobnější urologické vyšetření, které zahrnuje odebrání anamnézy, vyšetření pohlavních orgánů, hormonální profil, odebrání vzorku tkáně z varlat nebo nadvarlat. Dále se muž odesílá na genetickou konzultaci a genetické vyšetření (ŠULOVÁ, FAIT, WEISS, 2011, s 285).

6 STANDARDNÍ POSTUPY PŘI LÉČBĚ NEPLODNOSTI

V závislosti na zjištěných příčinách neplodnosti, je třeba zvolit vhodný způsob léčby. Záleží však vždy na páru, kam až je ochoten v léčbě zajít. Lékaři mají většinou k dispozici širokou škálu postupů a technik. Neplodní se proto ocitají pod velkým tlakem, cítí se povinni vyzkoušet maximum toho, co jim současná medicína nabízí, a to i za cenu vysokých fyzických, psychických i finančních investic (SLEPIČKOVÁ, 2014, s. 32).

„Léčba neplodnosti nesměřuje k odstranění jejích příčin, ale k jejich obcházení. Kritérium její úspěšnosti není zdraví pacienta, ale dosažení těhotenství“ (SLEPIČKOVÁ, 2014, s. 22).

6.1 Medikamentózní metoda

Nezákladnější a nejčastější je metoda medikamentózní, druh léku je zvolen dle druhu onemocnění. Mezi tři základní medikamentózní terapie při léčbě neplodnosti se řadí: terapie infekce, imunologické neplodnosti a terapie hormonální.

6.1.1.1 Terapie infekce

Jednou příčin neplodnosti mohou být na záněty na reprodukčních orgánech (viz. kapitola příčiny neplodnosti). Zánět na děložním hrdle i v pochvě mají za následek snížení pohyblivosti spermií. Záněty vejcovodů mohou vést až k jejich nenávratné neprůchodnosti. Hormonální nerovnováhu mohou vyvolat záněty vaječnicků. U mužů může infekce způsobit oligospermii až azoospermii. Při léčbě se podávají celkově i místně antibiotika a vitamíny (KONEČNÁ, 2003, s. 55).

6.1.1.2 Terapie imunologické neplodnosti

Základním vyšetřením, prováděným v centru asistované reprodukce, je postkoitální test. Za 6-12 hodin po nechráněném pohlavním styku se provede stěr z děložního čípku, následně se zjistí, zda jsou přítomny protilátky proti spermiím. Pokud se potvrdí imunologická příčina, doporučuje se kondomová terapie (po určitou dobu, než se utlumí imunita proti spermiím) v kombinaci s kortikoidy, v některých případech se přechází k intrauterinní inseminaci (KONEČNÁ, 2003, s. 57).

6.1.1.3 Hormonální terapie

Tato metoda spočívá především v úpravě nepravidelné ovulace a tím i menstruačních cyklů. Dále se využívá v případě plánovaného umělého oplodnění nebo inseminace, při zvýšené hladině prolaktinu a při léčbě endometriózy. Tato léčba je úspěšná u 75% párů, u kterých je neplodnost způsobena hormonální nerovnováhou. Vlivem velké dávky hormonů může být vyvolán takzvaný hyperstimulační syndrom. Nejčastěji se vyskytuje po injekční aplikaci hormonů, méně pak po perorálních preparátech. Projevuje se bolestí břicha, zvětšením obvodu pasu, nauzeou, zvracením (FREUNDL, 2008, s. 114, s. 118, s.120).

V souvislosti s hormonální terapií se ženy často obávají zvýšeného rizika zhoubného onemocnění, doposud ale převažují studie, které vyšší riziko nepotvrzují (M. M. CLARK, C. M. DOHERTY, 2002, s. 38). Podíl má věk a i rodinná anamnéza. Podle Jany Prausové (primářky onkologické kliniky Fakultní nemocnice v Motole) jsou při terapii stimulovány i nádorové buňky, které mají hormonální receptory. *„Podnítí je to k většímu růstu, a proto může rakovina vzniknout. Takže bohužel ano, tam taková příčinná souvislost může být, zvláště pokud se to dělá opakovaně“* (HAB, 2013).

6.2 Chirurgické metody

K chirurgickému zákroku se přistupuje, pokud je potřeba obnovení normálních anatomických poměrů v malé pánvi a vnitřních rodidel (MARDEŠIČ, 2013, s. 31). Mikrochirurgická operace se provádí z důvodu odstranění následků předchozí sterilizace ženských vejcovodů. Úspěšnost této léčby se pohybuje v rozmezí 25-85%, u těchto žen se uvádí zvýšené riziko mimotělního oplodnění. S použitím hysteroskopie nebo laparoskopie se odstraňují myomy, polypy, ložiska endometriózy a vrozené překážky v děloze. Méně užívanou metodou je laparotomie, operace, při které je proveden velký řez na břišní stěně. Indikací může být odstranění větším myomů nebo léčba těžké endometriózy (M. M. CLARK, C. M. DOHERTY, 2002, s. 39).

6.3 Metody asistované reprodukce (AR)

Asistovaná reprodukce je obor medicíny, který pracuje se spermii, vajíčky a embryi mimo tělo člověka, a to s cílem otěhotnění ženy. V České republice se provádí vždy u neplodného páru, tedy muže a ženy. Metody AR mají své indikace a podmínky i

své výhody a nevýhody. Neplatí, že žena s pomocí AR musí otěhotnět vždy, stejně jako neplatí tvrzení, že bez těchto metod sterilitu vyléčit nelze (ŘEŽÁBEK, 2014, s. 13).

„Asistovaná reprodukce příčiny neplodnosti neléčí, ale obchází“ (KONEČNÁ, 2003, s. 68).

V České republice je každoročně provedeno cca 25 000 cyklů mimotělního oplození (IVF). Z celkového počtu narozených dětí je tedy až 5% pomocí IVF. Země Evropské Unie uvádí ročně cca 7-8% dětí po IVF. Například ve Skandinávii se rodí po IVF až 12% dětí. (REPROMEDA, 2016)

6.3.1 Arteficiální inseminace (AI)

Metoda, při které se zavedou spermie do pohlavního ústrojí ženy. Rozlišuje se AIH (arteficial insemination from husband - umělá inseminace od manžela) a AID (arteficial insemination from donor – umělá inseminace od dárce). Spermie jsou před výkonem vyčištěny a zbaveny bakterií a plazmy. Z důvodu vyšší pravděpodobnosti oplodnění se nejčastěji provádí *intrauterinní inseminace (IUI)*, což je vnesení spermií do dělohy. Mimo jiné je možné provést inseminaci do pochvy nebo na děložní hrdlo (ŘEŽÁBEK, 2014, s. 13). Tato metoda bývá první volbou u párů s idiopatickou sterilitou, dále u párů se sníženou plodností muže a v případě cervikálního faktoru sterility. Inseminaci lze provádět buď ve spontánním ovulačním cyklu nebo po hormonální stimulaci (MARDEŠIC, 2013, s. 41).

6.3.2 Přenos gamet do vejcovodů (GIFT)

Metoda zaručuje setkání spermií a vajíčka ve správný čas a na správném místě. Žena nejprve podstupuje hormonální ovariální stimulaci, po které jsou jí odebrána vajíčka. Ty se následně společně se spermii pomocí katetru zavádějí do vejcovodu. Samotné oplození tedy probíhá v přirozeném prostředí. Hodí se pro páry, které s etického důvodu nechtějí podstoupit fertilizaci in vitro (M. M. CLARK, C. M. DOHERTY, 2002, s. 49-50).

6.3.3 Mimetělní oplodnění (in vitro fertilizace, IVF)

Léčba pomocí IVF je nejběžnější metoda AR. Principem IVF je odběr vajíček z vejcovodů ženy po předchozí hormonální stimulaci, jejich oplození s použitím

manželských nebo darovaných spermií v laboratoři, následné sledování vývoje a přenesení vzniklého embrya do dělohy (ŘEŽÁBEK, 2014, s. 13).

IVF se osvědčilo v léčbě neplodnosti u žen s poruchou průchodnosti vejcovodů. U mužů s abnormalitami počtu nebo funkce spermií a u párů s idiopatickou neplodností. Úspěšnost IVF po jednom pokusu se udává okolo 30 až 45%, důležitým faktorem úspěšnosti je především věk ženy. Ženám do devětatřiceti let jsou hrazeny tři pokusy o umělé oplodnění ze zdravotního pojištění, pokud je žena starší, nebo má zájem podstoupit další cykly IVF, hradí si náklady v plné výši (M. M. CLARK, C. M. DOHERTY, 2002, s. 49-50).

Ke zvýšení šance na uhníždění lze využít i metodu *asistovaného hatchingu*, při které se naruší obal embrya pomocí laseru či chemické látky. Takto připravené embryo má dle předpokladu vyšší šanci se uchytit a správně zanořit do sliznice dělohy (ŘEŽÁBEK, 2014, s. 16).

Intracytoplazmatická injekce spermie (ICSI) je podskupinou IVF, kdy se spermie zavede pomocí injekce přímo do vajíčka. Na rozdíl od standardního postupu při IVF, kdy se vajíčko a spermie smíchají s jedné míse. Provádí se pod mikroskopem nejčastěji v případech mužské neplodnosti, kdy se v ejakulátu vyskytuje extrémně snížený počet spermií (ŘEŽÁBEK, 2014, s. 16).

Kryokonzervace gamet a embryí – provádí se zmražením buněk, většinou na 195°C. Je tak možno jejich dlouhodobé skladování před léčbou neplodnosti (ŘEŽÁBEK, 2014, s. 14).

Kryoembryotransfer (KET) – je cyklus s transferem rozmražených embryí uchovaných s předcházejícího cyklu IVF (ŘEŽÁBEK, 2014, s. 15).

6.3.4 Metody TESE, TESA, MESA

Tyto metody jsou doporučovány mužům, u kterých se nevyskytují spermie v ejakulátu i přesto, že se ve varleti tvoří. Příčinou může být vrozený nebo získaný uzávěr kanálků v nadvarleti. Metodou MESA (Microsurgical epididymal sperm aspiration) se získávají spermie z kanálků nadvarlete, metodou TESA (Testicular sperm extraction) z varlete. Nebo se spermie dají získat metodou TESE (Testicular sperm extraction), což je biopsie tkáně varlete. Takto získané spermie se za pomoci ICSI vpraví přímo do vajíčka (M. M. CLARK, C. M. DOHERTY, 2002, s. 67).

6.4 Rizika

Jako každý zákrok do lidského těla, mohou být i metody AR spojeny s určitými riziky.

Mezi nejčastější komplikace patří *hyperstimulační syndrom* (viz. kapitola hormonální léčba), *mnohočetná těhotenství* (vlivem přenesení dvou, výjimečně tří embryí do dělohy), *poranění vaječníku a mimoděložní těhotenství* (ŘEŽÁBEK, 2014, s. 103-107). Při využití ICSI metody je pozorován nárůst výskytu genetických poruch a špatného vývoje dětí (FIALA, 2016).

„U dětí narozených z jednočetných těhotenství po IVF ve srovnání se spontánně počatými dětmi byl zaznamenán lehce zvýšený počet dětí předčasně narozených nebo s nízkou porodní váhou. Počet potratů u žen, které počaly v IVF cyklu je srovnatelný se ženami, které otěhotněly spontánně (jde asi o 12 až 15 %). Procento potrácejících žen však stoupá s věkem ženy. Mírně se zvyšuje riziko potratu po přenosu zamražených embryí,“ uvádí RNDr. Kosařová (LABUDOVÁ, 2013).

Asistovaná reprodukce je na jednu stranu revolučním nástrojem, ale zároveň radikálně odděluje reprodukci od těla a přetváří její význam. Přináší nové možnosti, ale také nová dilemata a nové režimy kontrol. Někteří autoři mluví v souvislosti s reprodukční technologií o narušení jednoty reprodukce a jednoty plodu a matky. Jiní o zpochybnění mužské a ženské sexuální role a dosavadních způsobů vytváření rodiny. Prostřednictvím technik asistované reprodukce vstupují do procesu početí další aktéři. Je to lékařská profese, zahrnující speciální vedení a technické pomůcky, v některých případech jím je také dárce spermie, dárkyně vajíčka nebo pár darující embryo. Dochází tak k rozpojování a překrývání rodičovství biologického (genetického), gestačního (skrze těhotenství), a sociálního (SLEPIČKOVÁ, 2014, s 14).

7 PSYCHOSOMATIKA A NEPLODNOST

Podstatou psychosomatiky je celostní (holistický) pohled na zdraví a nemoc člověka. Takzvaná vědecká medicína předpokládá, že podstatou zdraví i nemoci jsou jen a pouze určité biologické pochody v našem těle. Holistický přístup nepopírá význam biologických změn v lidském organismu, ale poukazuje na jejich podstatnou souvislost s faktory psychickými, sociálními i spirituálními (KONEČNÝ, 2013).

V některých zemích Evropy (např. v Německu a Švýcarsku) je psychosomatická péče samostatným lékařským oborem, který je součástí běžné zdravotní péče. Snaží se o propojení poznatků západní medicíny s principy moderních psychoterapeutických směrů inspirujících se i u východních nauk. V České republice byla psychosomatika zařazena mezi nadstavbové obory až na konci roku 2013 (ROUDNÁ, 2014).

Psychogenní neplodnost, tj. neplodnost způsobená psychickými příčinami, považuje za jednu z možných příčin poruch plodnosti mnoho terapeutů, výzkumníků i pacientů. Obvykle uvádí případy otěhotnění po adopci, otěhotnění po první návštěvě lékaře, dále pak po změně lékaře, po psychoterapii, placeboterapii nebo psychofarmakoterapii. (KONEČNÁ, 2003, s. 27).

Psychické příčiny neplodnosti se dle odborníků dělí na dva hlavní směry, *dynamický a stresový*. V *dynamicky* orientovaných směrech se tvrdí, že ženy, které trpí funkční sterilitou (sterilita, při které není nalezena žádná organická příčina), mají nevědomé úzkosti a nepřátelství týkající se porození dítěte. Může se to projevit tak, že je například ovlivněna funkce vaječnicků nebo je během plodného období potlačen ženin zájem o pohlavní styk. Dalšími faktory mohou být například emoční nezralost, agresivně maskulinní typ, identifikace s hostilní matkou. Nutno dodat, že pro tato tvrzení dosud nejsou žádné objektivní důkazy. (KONEČNÁ, 2003, s. 31) T. Dethefsen v knize *Nemoc jako cesta* říká: „*Nečeká-li žena dítě, ačkoliv si to přeje, buď se tomu nevědomě brání, nebo její přání není poctivě motivováno. Nepoctivou motivací je například snaha udržet si partnera nebo odsunout manželské problémy do pozadí. V takových případech reaguje tělo poctivěji a prozíravěji. Odborným způsobem ukazuje neplodnost muže na strach ze závazku a odpovědnosti*“ (DETHEFSEN, 2011, s. 45). Zastánci *stresového* směru jsou přesvědčeni, že hlavní příčinou neplodnosti je právě stres. Uvádějí případy poruchy cyklu u letušek, při studijním přetížení, odloučení například od domova či změnu termínu ovulace při

plánovaném umělém oplodnění (KONEČNÁ, 2003, s. 31). V tomto případě je, dle mého názoru, složité odlišit následky od příčin. Pokud má například žena problém s přijetím ženské role, může to být následek náročné životní situace.

Neploidnost s sebou přináší dezorganizaci pocitů, mění se vztahy k sobě samému a k okolí. To vše může způsobovat úzkost, napětí, frustraci, emoční stres, partnerskou krizi, strach, atd. Psychická podpora by měla být podstatnou a zásadní součástí každé léčby neplodnosti, nejen celého procesu umělého oplodnění (PODPORA REPRODUKCE, 2010).

7.1 Psychosomatická podpora při neplodnosti

Psychosomatický přístup se od klasické medicíny neodděluje, s lékařskými postupy spolupracuje a vhodně je doplňuje (PODPORA REPRODUKCE, 2010).

7.1.1 Bodyterapie, bioenergetická cvičení

Jedná se o psychotherapeutickou práci s tělem, která vychází z předpokladu, že tělesná a duševní stránka spolu úzce souvisí. Psychotherapeut napomáhá ženě uvědomit si své potíže a vyjádřit se na rovině myšlenkové, ale i tělesné a emoční. Využívají se techniky, které rozvíjí vnitřní pozornost, dech, spontaneitu, hlasové vyjádření tělesných a emočních prožitků, a které napomáhají uvolňovat svalové napětí (BODYTERAPIE, 2015).

7.1.2 Cvičení Ludmily Mojžíšové

Metoda paní Mojžíšové je uznána jako metoda léčby funkční neplodnosti. Někteří zdravotníci ji prosazují jako „metodu první volby“ při léčbě neplodnosti, než se přistoupí k metodám asistované reprodukce. Vychází z předpokladu, že stav a kondice pohybového aparátu má souvislost s vnitřními orgány a jejich správnou funkcí. Při zablokování části páteře může dojít k podráždění nervů a následným křečím například vejcovodů, nebo dělohy. Terapie je tedy založena na reflexním ovlivnění nervosvalového aparátu pánevního dna za použití několika cviků, které ovlivňují vzájemnou polohu bederní páteře, křížové kosti, pánve, kostrče a svalů. Doporučuje se i ženám s artrózou kyčlí, bolestí zad, nepravidelné menstruaci a inkontinenci. Cviky nejsou fyzicky ani časově náročné. Úspěšnost metody se uvádí okolo 30–33 %, je však důležité provádět cviky správně, proto

samotná léčba na počátku zahrnuje několik návštěv u proškoleného fyzioterapeuta (PODPORA REPRODUKCE, 2010).

7.1.3 Akupunktura, akupresura

Obě metody jsou součástí tradiční čínské medicíny, staré několik tisíc let. Cílem je obnovení celkové rovnováhy organismu. Principem metod je stimulace akupunkturního bodu, což je přesně lokalizované místo na povrchu těla, které leží na energetických drahách, tzv. meridiánech. Při stimulaci správné kombinace bodů dochází k ovlivnění určité funkce organismu. Při akupunktuře se využívají speciální jehly na určitou dobu, přičemž se nemusí provádět pouze na těle, ale i v zónách mikrosystémů, mezi které patří například mikrosystém ucha, ruky, nohy. Při akupresuře ke stimulaci dochází hlubokým tlakem prsty na vybraná místa na povrchu těla (PODPORA REPRODUKCE, 2010).

7.1.4 Hormonální jóga

Jóga je cvičení vycházející z tradiční indické filozofie. Využívá pozice, takzvané ásany, které pracují především s protahováním a následným uvolňováním pomocí dechu, na který je kladen velký důraz. Pravidelné cvičení jógy má velmi pozitivní vliv na vitalitu, mysl a psychický stav a imunitu. Přičemž snížení stresu je jedním z hlavních benefitů při léčbě neplodnosti (PODPORA REPRODUKCE, 2010).

Hormonální jóga je systém cvičení určený ženám s poruchou hormonální rovnováhy. Jedná se o sestavu 21 ásan, které na sebe logicky navazují. Prvních pět poloh se zaměřeno na aktivaci (zahřátí), následuje dalších šestnáct a závěrečná relaxace. Mezi jednotlivými polohami se provádí speciální dechové cvičení, které umocňuje celkový účinek. Hormonální jóga se doporučuje i ženám s nepravidelným menstruačním cyklem, bolestivou menstruací, předmenstruačním syndromem, depresemi a při menopauze (SIČOVÁ, 2004).

7.1.5 Homeopatie

Homeopatie je alternativní léčebná metoda používaná přes 250 let. Zabývá se člověkem jako celistvou bytostí. Homeopatika stimulují v těle vlastní uzdravovací

mechanismy. V homeopatii se „podobné léčí podobným“. Znamená to, že pokud určitá látka může způsobit nemoc ve vysokých dávkách, vyléčit ji může v malých dávkách, sotva znatelných. Homeopatický lék stimuluje v těle vlastní uzdravovací mechanismy a tím se navrácí celková rovnováha. Homeopatie dokáže pomoci nejen párům, které mají problém s početím, používá se i k prevenci opakovaných spontánních potratů či eliminaci vrozených vývojových vad, dále se snižuje pravděpodobnost komplikací v těhotenství i u porodu (ULÉKAŘE, 2013).

MUDr. Sorina Soescu z Rumunska léčila pomocí homeopatických léků 134 neplodných párů. Průměrná délka léčení byla 1 rok. Pouze 15 % párů bylo bez výsledku, 15 párů po roce léčbu vzdalo, 2 páry otěhotněly po jiné léčbě a 10 párů se rozešlo. Celková úspěšnost léčby byla 88 % - 119 párů otěhotnělo (NESTRAŠILOVÁ, 2005).

Léčba by měla probíhat pod dohledem zkušeného lékaře-homeopata a to až po komplexním gynekologickém vyšetření. Zvolená léčba je vybrána s ohledem na faktor, od kterého se neplodnost odvíjí. Mezi nejčastěji užívané léky u žen se řadí Pulsatilla, Calcarea carbonica, Sepia, Staphysagria, u mužů pak Lycopodium, Nux vomica, Natrum muriaticum (FORMÁNKOVÁ, 2016).

7.1.6 Fytoterapie

Použití bylin bylo u nás do nedávna prakticky jedinou metodou léčení. V některých kulturách jsou byliny ale i dnes stále základem léčby, například v tradiční čínské medicíně. Použití fytoterapie je velmi různorodé. Byliny se dají použít ve formě čajů, mastí, koupání, kapek a kapslí.

Co se týká plodnosti a ženských potíží celkově, tak bylinky jsou schopny upravit hormonální hladinu v těle, prokrvit, posílit a stimulovat dělohu a ostatní ženské orgány. Mezi nejčastěji užívané patří kontryhel, meduňka, heřmánek, sporýš lékařský, šalvěj, květy jetele, pelyněk pravý, drmek, kopřiva a listy maliníku.

Čaje je možné připravit z jedné byliny, ale častěji se používají namíchané směsi. Některé bylinky se musejí používat delší dobu, než začnou působit jejich účinky (CELOSTNÍ MEDICÍNA, 2010).

7.2 Shrnutí teoretické části

V celé teoretické části této bakalářské práce je hlavním předmětem zájmu neplodnost a metody její léčby, které jsou děleny na alternativní, či lékařské. Je důležité rozčlenit logicky veškeré druhy neplodnosti, aby mohla být správně stanovena diagnóza a na základě pečlivě stanovené diagnózy pak provést příslušnou léčbu. To vše by samozřejmě mohlo být uchopeno jen z lékařského hlediska, avšak jak práce demonstruje, i přirozené metody nejen léčby, ale i prevence, mají své nezastupitelné místo. V některých situacích lze neplodnost léčit neinvazivně a bez chemických preparátů, ať už použitím bylin, cviků, homeopatik, psychoterapeutických sezení či jiné bodyterapie. S jistotou lze však prohlásit, že v práci zmíněné metody, pokud jsou používány správně a v přiměřených dávkách, nemají vedlejší účinky. Do jisté míry by mohli někteří argumentovat jejich placebo efektem, to se ale domnívám, že v případě lékařských zásahů, lze také. Psychika je neskutečně mocná, někdy stačí pouhá změna myšlení, či vnitřního nastavení. Neplodnost v životě ženy i muže je velmi citlivým tématem, se kterým by mělo být taktně, avšak s postihnutým párem otevřeně konzultováno.

8 VÝZKUMNÁ ČÁST

8.1 Formulace problému a stanovení cíle

Téma bakalářské práce Neplodnost jsem zvolila především kvůli jeho aktuálnosti a poměrně častému výskytu v dnešní populaci. Ve výzkumné části bych se ráda věnovala problematice léčby sterility, ovlivňujícího životního stylu a především pak přístupu a postoje žen k takovéto nelehké životní situaci. V práci si kladu zásadní otázku: „Jak ženy přistupují k neplodnosti?“

Je nutné si uvědomit, do jak nelehké životní situace se dostávají nejen ženy, ale i jejich partneři. Je důležité brát ohled na životní tendence a přístupy párů a především, brát jedince z hlediska holistického, to znamená jakožto bytost bio-psycho-sociální. Podpora je nepostradatelným nástrojem péče o rodiny mající problém s plodností.

8.2 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je zhodnocení celkového přístupu žen k neplodnosti a jejich postoji k této diagnóze. V tomto výzkumném bloku se soustředím retrospektivně na psychický stav a prožitky žen během jejich obtíží s otěhotněním. Pokusím se vyzdvihnout pocity a přístup respondentek spojené s problematikou neplodnosti. Fyzické, sociální, emoční a psychické procesy popsané v rozhovorech jsou rozděleny v blocích.

8.2.1 Dílčí cíle

Pro rozsáhlost hlavního cíle jsem zformulovala následující 4 dílčí cíle, což mi umožňuje podrobnější rozbor problematiky. Výzkum je členěn do 4 bloků mapujících pohnutky, emoce a rozhodnutí respondentek.

- Analýza pocitů a prožitků žen při neplodnosti.
- Identifikace psychosociálních dopadů na ženu trpící neplodností.
- Rozbor preferencí léčby neplodnosti.
- Analýza míry informovanosti o léčbě neplodnosti.

8.2.2 Výzkumné otázky

Pro zpracování výzkumné části této bakalářské práce byl důležitý rozbor dílčích cílů na podrobnější výzkumné otázky. Zde jsou vypsány:

- Jaké byly anamnestické údaje respondentek, které by mohly mít vliv na jejich sterilitu?
- Jaké byly kroky k mateřství dotazovaných žen?
- Jaký byl životní styl respondentek?
- Jaká byla motivace žen mít dítě?
- Jaký byl dopad neplodnosti na respondentky a jejich partnerství a rodiny?
- Jaké znaly a preferovaly metody léčby?

8.3 Druh výzkumu a výběr metodiky

Pro sběr a rozbor informací odvíjejících se výše stanovených cílů jsem si vybrala kvalitativní formu výzkumného šetření. Jakožto nástroj pro sběr důkazů jsem si vybrala semistrukturovaný rozhovor.

Rozhovor je přirozeným prostředkem dorozumívání se mezi jedinci, je nepostradatelným nástrojem komunikace. Skrze interview získávají jednotlivci informace a fakta, též je zároveň mohou předávat dál. Rozhovor je založen na principu pokládaných otázek a zodpovězených odpovědí (KUTNOHORSKÁ, 2009, s. 38–39). Pomocí rozhovoru jsem získávala potřebné informace pro vystavení mého výzkumu, odkrývala probíhající psychosociální procesy.

Jako kritérium pro výběr případu jsem si stanovila věkovou hranici respondentek, která zahrnovala rizikovější věk pro otěhotnění, což bylo 30 let a více. Obě vybrané respondentky měly osobní zkušenost s neplodností a jejich obtíže s otěhotněním nebyly starší pěti let, tudíž z jejich strany se jednalo o celkem čerstvou zkušenost. Důležité bylo při výběru respondentek tohoto šetření, aby ani u jedné z nich nebyla stanovena přesná příčina infertility a aby obě respondentky posléze zdárně otěhotněly a porodily. Poslední podmínkou pro výběr dotazovaných žen bylo kontrastní řešení, tedy aby každá z respondentek svůj problém řešila odlišným způsobem – buď medicínsky, či alternativně. Na tomto základě jsem z okruhu několika žen vybrala dvě respondentky, které odpovídaly výše zmíněným kritériím. Každé z žen byl předán k podpisu informovaný souhlas s rozhovorem, jenž je přiložen v příloze.

8.4 Způsob získávání informací

Sběr dat probíhal formou polostandardizovaného rozhovoru s oběma respondentkami zcela anonymně. Interview probíhalo v klidné přátelské atmosféře v několika sezení tak, aby získané informace podaly věrohodné svědectví o přístupu žen k neplodnosti. Rozhovory byly s oběma respondentkami s jejich vědomím a souhlasem nahrány pouze pro účely této bakalářské práce.

8.5 Organizace průzkumu

Šetření probíhalo v březnu 2016 za klidné a přátelské atmosféry v několika schůzkách. Obě respondentky byly diskusi otevřené, avšak respondentka paní Dana byla o něco komunikativnější. Ženám byly pokládány otevřené otázky, které jim umožňovaly odpovídat svobodně a otevřeně dle vlastní vůle a nebyly limitovány žádnými specifickými možnostmi. Díky polostandardizovanému rozhovoru jsem měla možnost dle reakcí žen – ať už těch verbálních, či neverbálních, otevírat témata nová a hlouběji zkoumat daný problém. Sběr informací probíhal za předpokladu zachování anonymity obou respondentek, z toho důvody jim byl předán ještě před začátkem interview informovaný souhlas s rozhovorem do bakalářské práce.

V rozhovoru se s ženami zaměřuji na jejich anamnestické údaje z pohledu biopsychosociálních složek, kde se nezajímám pouze o lékařské informace, nýbrž i vzdělání, zaměstnání, životní přístup a motivace k otěhotnění. V další části rozhovoru pak zjišťuji fakta o snahách o otěhotnění, postupy léčby, pohnutky žen vedoucí je k vybraným možnostem léčeb. Také jsem se zajímala o rodinné a partnerské vztahy žen a o jejich pocity a retrospektivní pohled na události v období problémů s početím.

8.6 Analýza případových studií

V následujících kapitolách lze nalézt přepis rozhovorů s oběma respondentkami členěný chronologicky do několika bloků, který v závěru každé podkapitoly obsahuje shrnutí daného období.

8.6.1 Rozhovor č. 1: Paní Lucie

ANAMNESTICKÉ ÚDAJE:

Kolik Vám je let?

Je mi 35 let.

Jaký je Váš rodinný stav?

Jsem vdaná.

Jaké je Vaše vzdělání a profese?

Doktorské a pracuju na Západočeské univerzitě jako odborný asistent.

Kolik nyní měříte a vážíte?

Vážím šedesát dva kilo a měřím sto šedesát devět centimetrů.

Měla jste velké váhové změny od doby, co jste se snažili o miminko?

Ne, pohybovalo se to okolo těch šedesáti kilo vždycky.

Prodělala jste v dětství nebo v dospělosti nějaká závažnější onemocnění, operace, úrazy?

Operace ani úrazy žádné. Prodělala jsem salmonelózu infekční akorát, jinak nic vážného.

Prodělala jsem nějaké gynekologické onemocnění?

Jediný co, tak chlamydie a ty byly přeléčeny antibiotiky.

Vyskytují se ve Vaší rodině nějaká závažnější onemocnění?

To ano. Moje maminka už má asi třetí rakovinu. Biologického tatínka neznám, tak to nedokážu říct. Ale maminka tu rakovinu a prarodiče taky. Takže hodně onkologická onemocnění.

Jaký je Váš životní styl?

Hmm.... No....

Například jestli sportujete?

Ne. To mě nikdy moc nebralo.

Nebo jestli preferujete nějaký specifický směr ve stravování?

Ne. Jím skoro všechno.

Užíváte nějaké návykové látky?

Kávu, občas alkohol... víno.

Užívala jste někdy hormonální antikoncepci?

Ano.

Jak dlouho?

Asi od svých osmnácti let do dvaceti osmi, takže vlastně deset let.

Jaký to byl typ hormonální antikoncepce?

Normálně prášky.

Když jste přestala užívat hormonální antikoncepci, vnímala jste na sobě nějaké změny?

Asi jsem začala mít větší bolesti při menstruaci. Ta pravidelnost byla asi stejná, plus minus jeden den. A prodloužila se mi. Během braní antikoncepce jsem krvácela tak čtyři dny, hrozná rychlovka a teď to mám i na sedm.

A například nějaké změny nálad?

Ne, tohle já na sobě nějak nepozoruji. Možná, že okolí jo, ale to se spíš zeptejte jich (smích).

Jaké má Váš manžel vzdělání a jaká je jeho profese?

Manžel je zubař.

Měl Váš manžel nějaké vážnější onemocnění, úrazy? Léčí se nyní s něčím?

Manžel měl úraz, poměrně vážný. Zlomený druhý a třetí obratel. Takže je vlastně zázrak, že chodí. (Přemýšlí) Až teď v současné době, ale před Haničkou ani moc ne. Teď v současnosti pořád nemohou přijít na to, co mu je, nějaký virus nebo něco takového. Takže leze pořád po doktorech. Ale před malou nic vážného.

Jaký je životní styl vašeho manžela?

Manžel je hodně aktivní. Na vysoké úrovni sportovec, hraje hlavně házenou. No a co se týče té stravy, tak jí všechno, všežravec.

Jaká byla Vaše motivace mít dítě?

(Dlouhý smích a přemýšlí) Moje motivace mít dítě? Tak to je úplně automatický, ne? Jsem ženská a snad každá ženská chce mít dítě. My jsme to tedy začali zkoušet až před tou třicítkou, bohužel. Do té doby jsem si myslela, jak to všechno půjde snadno. A ono to nešlo. Ale už to tak je, no. Ale dítě jsem chtěla mít vždycky. Nikdy jsem o tom nepochybovala.

Chtěla jste více dítě vy nebo manžel?

My ho chtěli oba dva. Vzali jsme se už před dítětem, takže to nebyla svatba kvůli tomu, že bychom museli.

Měla jste obavy spojené s mateřstvím?

Ano, že to nepůjde. Když to kolem sebe člověk vidí, že opravdu spoustu lidí má ten problém. A zrovna v našem okolí dost je těch párů dost. A nakonec to bylo i u nás, no.

Změnila jste něco na Vašem životním stylu, když jste se snažila otěhotnět?

Ne, asi ne. Možná jsem začala trochu vynechávat kafe, víno.

Respondentka Lucie se nachází v rizikovém věku pro početí, a to 35 let. Vrcholem ženské plodnosti je období mezi 19. a 25. rokem života (ULČOVÁ-GALLOVÁ, LOŠAN, 2013, s. 11). Je šťastně vdaná, socioekonomický status má vysoký. Co se jejího zdravotního stavu týče, nejedná se o případ zatížené osobní, či přímo gynekologické anamnéze. Pouze v rodinné anamnéze se vyskytují často onkologická onemocnění, kterými ale dosavad respondentka netrpěla. Životní styl paní Lucie se dá nazvat průměrným vzhledem k jejím vrstevnicím. Hormonální antikoncepci poměrně dlouho, asi po dobu 10 let. Výrobci hormonálních antikoncepcí však vyvrací negativní vliv antikoncepce po vysazení na plodnost ženy. Po vysazení hormonální antikoncepce na sobě žena pozorovala prodloužení menstruačního cyklu a zároveň menstruaci počala pociťovat jako bolestivou. Jinak změny nálad u ní nenastaly po vysazení antikoncepce. Po dítěti odjakživa toužila a pokládala mateřství za přirozený stav, který zaručeně v jejím případě nastane. Oba s manželem, který žil poměrně aktivní a zdravý život, po dítěti toužili stejnou měrou. Ve svém životním stylu příliš velkou změnu neučinila. Její muž předtím, než se začali pokoušet o dítě, prodělal závažné zranění páteře, což v obou dvou mohlo vyvolat napětí. Respondentka Lucie již od počátku pociťovala obavy, zdali se jí podaří lehce otěhotnět, či nikoli. Je tedy velice dobře možné, že na sterilitě mohl mít podíl i psychický stres a vyčerpání (SLEZÁKOVÁ A KOL., 2007, s. 39).

CESTA ZA DÍTĚTEM

Jak dlouho trvala Vaše cesta za dítětem?

No, ono to zase tak dlouho nebylo v porovnání s někým jiným. Celkem... dva roky.

Po jak dlouhé době jste vyhledali odbornou pomoc?

Já už asi po tři čtvrtě roku snažení šla za svým gynekologem, že se mi to nezdá. Ten mi řekl, že ať čekám aspoň rok, že je to normální do toho roka. Tak jsem si nejdřív řekla, že budeme čekat, ale pak jsem si k tomu studovala nějaký materiály, kde se všude psalo, že nejjednodušší cesta je udělat spermioqram a teprve potom by se mělo zjišťovat, jestli není problém ze strany ženský, což už je takový invazivnější a není to tak jednoduchý. Takže jsem se po tři čtvrtě roce zeptala manžela, jestli je ochoten jít na spermioqram a on, že jo, tak šel.

Takže jste to začali řešit dřív, než Vám bylo doporučeno?

Ano, doporučení na spermioqram jsme neměli, ale ono se to liší jen v tom, že s doporučením to máte zadarmo a bez se platí tisícovka. No, tak já než abych překecávala doktora, tak jsme si to zjistili sami.

Jaký byl výsledek spermioqramu?

No, nebyl úplně drastický (smích). Všechno bylo v normě, akorát tu morfologii měl těsně nad hranicí. Nějakých pět procent. Ale, co jsem si četla, tak ta norma se pořád snižuje. Takže nám řekli, že na otěhotnění to je, ale může to být na dýl, a nebo můžeme zkusit jiné způsoby, jako je inseminace a pak umělé oplodnění.

Jaké byly další postupy?

No s papírem o tom spermioqramu jsem šla za svým gynekologem a domluvili jsme se, že mě rovnou doporučí do toho centra, já už totiž nechtěla čekat. Dal mi na výběr ze dvou. Tak jsem si jedno vybrala a tam jsem šla. Tam mi dělali další vyšetření, jestli není problém u mě.

Jaká vyšetření jste tam podstoupila?

Tak samozřejmě mi nabírali hormony (přemýšlí), různé nemoci a následně mi dělali průchodnost vaječnicků a samozřejmě mi každý měsíc dělali ultrazvuk, aby viděli, jak je na tom děložní sliznice, jestli dorůstá, jestli probíhá ovulace a tak dál. A to je asi všechno. A tam žádný problém zjištěný nebyl.

Jak se postupovalo dál?

Následně jsme podstoupili asi čtyři cykly inseminací. To oni vlastně vyselektují ty nejlepší spermie a dopraví v pravý čas k vajíčku. To tedy nevyšlo ani jednou.

Měla jste mezi jednotlivými inseminacemi přestávku?

Ne, všechno to bylo po měsíci, čtyři měsíce za sebou. No, a potom jsme se tedy domluvili hned ten pátý měsíc, že zkusíme IVF.

Brala jste při inseminacích hormony?

Ne. Vždycky mi jenom píchli něco na vyvolání ovulace. Nevím, co to bylo, asi Pregnyl. Ten se píchá, když je ten folikul nějak velký, těsně před ovulací, do břicha. Během dvaceti čtyř hodin proběhne ta ovulace. Tak, aby se to náhodou neprošvihlo.

Jak probíhalo umělé oplodnění?

No, teď přesně nevím, jestli jsme měsíc čekali, ale asi jo, a šli jsme tedy do umělého oplodnění, do toho krátkého cyklu. To znamená, že vlastně druhý den menstruace jsem si začala píchat do břicha hormony. Nevím, kolik mně jich dali. Já byla v pořádku, takže zvolili ten krátký protokol. Některé ženy si to píchají třeba tři týdny, když mají nějaký vážný problém. Já všehovšudy nějakých jedenáct dní. A následně jsem si musela píchnout injekci, aby ta ovulace jakože neproběhla, aby se mohlo přesně na čas naplánovat to odebrání vajíček, což je zákrok, asi patnácti minutový, v celkové anestezii, kdy se píchne jehla a ty vajíčka se nasají. To se odnese do laboratoře. Já měla celkově v pořádku devět zralých vajíček. (Přemýšlí) Následně ten den dal muž spermie, vybraly se ty nejlepší a oplodnily se ty vajíčka. Po tom zákroku se tam asi dvě hodiny leží. Přišel za mnou embryolog a řekl, že teda máme devět vajíček a ptal se, jestli je chceme oplodnit a museli jsme podepsat souhlas. Podařilo se oplodnit osm vajíček, jedno ne. No a poslali mě domů, že si mám zavolat za tři dny, aby mi řekli, jak se ta vajíčka vyvíjí. Tak jsem tam volala a myslím, že dvě ta vajíčka zahynula. Takže jsme jich měli šest. (Přemýšlí) Oni se to snaží vždycky dostat co nejdál, až do té fáze blastocysty, což je ta prodloužená kultivace. No... a pak už jsem si měla volat po dni. A ve chvíli, kdy ten embryolog usoudí, že to je ta nejlepší fáze, jsem měla být připravená přijet, aby mi ty embrya zavedli. No, takže jsem volala další den a dohodli jsme se, že to zkusíme, až do šestého dne, do stadia blastocysty, což má prý největší pravděpodobnost uchycení. To se nakonec povedlo jen dvěma vajíčkům. Tak jsem tam jela a zavedli mi to. To samo o sobě nic není...jen to tam vloží. Takže jedno zavedli a druhé jsme si nechali zmrazit. Měla jsem si zavádět Utrogestan, což je hormon, který žena vylučuje, když je těhotná... na lepší uchycení. (Přemýšlí) Následně jsem asi za čtrnáct dní měla přijet na náběry, aby zjistili, jestli jsem těhotná nebo ne. Já jsem to ale zjistila už doma, asi desátý den, normálně z testu. Takže nám to vyšlo hned na poprvé.

Jak jste snášela braní hormonů během cyklu umělého oplodnění?

Úplně normálně. Nebylo to vůbec nic hrozného. Trochu mě bolelo břicho, ale s tím jsem byla seznámená. Prostě to k tomu patří.

Byly Vám předepsány nějaké léky, hormony?

Jednu dobu jsem si píchala heparin na ředění krve, prvních pár... asi... no... já totiž asi sedmý týden těhotenství měla odlétat za bratrem do ciziny, což bylo už dlouhodobě naplánovaný, tak před tím letem a po letu jsem byla na heparinu, aby náhodou nedošlo k nějakým problémům. No a pak do konce třetího měsíce jsem si pořád zaváděla Utrogestan. A potom už nic. Jediné, co nám doporučili, když jsem po IVF, bylo lepší genetické vyšetření, ten Prenascan, který už na začátku vyloučil asi pět základních genetických poruch a vlastně určil i pohlaví dítěte. Jinak jsem žádné problémy neměla. Nebylo mi ani blbě, celé těhotenství úplně nádhera.

Jaký postup pro Vás byl nejméně příjemný?

Asi ten odběr vajíček. Je to už trochu bolestivé. Dostala jsem tedy čípek na bolest a ještě doma nějaký ibalginy. Je to jako hodně silná bolest při menstruaci. (Přemýšlí) Na ty injekce si člověk zvykne, ty vůbec nebolí.

Jak probíhal porod?

Porodila jsem asi pět dní před termínem, takže prostě na čas. Odtekla mi plodová voda, snad kýbl, dva (smích). Tak jsme jeli do porodnice a tam tedy došlo k něčemu, což jsem do teď moc nepochopila. Mě to asi nikdo pořádně nevysvětlil. Byla jsem na příjmu, a jak mi vyteklo hodně vody, což se asi tak často nestává, tak se mi nějaká blána přichlípнула, nevím, nerozuměla jsem tomu. A doktorka řekla, že to musí zase odchlípnout. Tak se ve mně začala hrabat a to bylo šíleně bolestivé a hodně jsem při tom krvácela. No a po tom se jim Hanička ztratila z monitoru. Ne, že by se nějak hnula. Bylo slyšet, jak se to srdíčko hodně zpomaluje. Tak tam začali pobíhat, což byl hodně, hodně ošklivý zážitek v mém životě. Následně mi řekli, ať si lehnu na druhý bok a po chvíli se to zlepšilo. Pak mi dali infuzi a pochopila jsem, že v ní je oxytocin, aby to šlo všechno rychleji. Nevím, jak by to bylo bez něj, ale byl to děsný fofr. Dostala jsem první kontrakci za dvacet minut, druhou za deset minut, třetí za pět minut... během chvíle jsem byla otevřená a za další chvíli byla malá venku.

Respondentka Lucie se léčila s manželem lékařsky a po dobu 2 let se neúspěšně snažili o početí. Svého gynekologa navštívila po ¾ roku snažení, který jim navrhl

spermiogram, pokud by neotěhotněla do mezní lhůty 1 roku. Na základě vyšetření pak bylo zjištěno, že ze strany manžela jsou ve spermiogramu trochu zhoršené morfologické podmínky, které by mohly mít efekt na úspěšnost otěhotnění, neměly být však natolik závažné, aby byly neměnnou a trvalou příčinou infertility ze strany muže. Žena byla pravidelně kontrolována na USG i hormonálně, podstoupila 4 cykly inseminací hned po sobě, nakonec po 5 měsíčním snažení přistoupili s mužem k umělému oplodnění. Podstoupila hormonální přípravu k oplození, došlo k odběru celkem 9 vajíček, kdy do stádia blastocysty se dostala pouze 2 vajíčka. Ještě po aplikaci paní Lucie užívala Utrogestan pro podporu těhotenství a po 10 dnech zjistila, že IVF zákrok byl úspěšný. Užívání hormonů snášela poměrně dobře, kromě bolestí břicha na sobě žádné jiné účinky nepozorovala. Po oplození užívala Heparin a nadále Utrogestan, jinak celé těhotenství popisovala jako krásné a bezproblémové. Mám dojem, že respondentka se svým mužem velmi věřili medicíně, podstoupili i vyšetření v Prenascanu pro odhalení genetických vad u dítěte. Žena příliš nedbala své vnitřní intuice, která je důležitá i pro rozvoj vlastního tělesného a duševního zdraví (LOJKOVÁ, 2012). Porod začal spontánně, avšak s četnými lékařskými zásahy, které ale respondentka nevnímá jako ryze negativní. Znovu musím zmínit svůj dojem absolutní důvěry ženy a jejího muže v lékaře a techniku.

VLIV LÉČBY NA VZTAHY

Jak se k celé situaci stavil manžel?

To byste se musela zeptat jeho (smích). Tak hrozně statečně, z mého pohledu. Prostě v dnešní době tenhle problém není moc výjimečný. Nějak to nedal na sobě znát a dokonce mě i mnohokrát šokoval, že o tom dokázal mluvit i před okolím. Snažil se vyhýbat se tvrdému alkoholu a všechny ty věci, které nejspíš mají vliv na spermie. A ono je dneska těžké se tomu vyhnout, co si budeme povídat (smích). Jako když máte partu a chodíte s nimi večer, že jo. Byla jsem svědkem toho, že odmítal tvrdý alkohol, dokonce bral i nějaký vitamíny.

Takže jste z jeho strany cítila snahu?

Určitě. Ten jeho přístup k tomu byl poměrně hezký.

Jak se celé situaci stavělo vaše okolí, rodina?

Tak oni to moc nevěděli. Respektive, věděli až po nějaké době, že nám to nejde, že navštěvujeme centrum asistované reprodukce. Pak se i zpětně dozvěděli, co jsme všechno

podstupovali. Nikdo neřekl nic. Ale v té době, jako termíny a tak, to jsme jim neříkali. Nechtěla jsem, aby se mi na to někdo ptal, aby s tím počítali nebo něco takového. (Přemýšlí) Jako rodina je tady v tomhle v pohodě. (Přemýšlí) Jenom tchýně to asi nemohla moc přijmout. Jakože jsem si vyslechla, že už nejsem nejmladší a že jsme se měli snažit už dřív a ta antikoncepce a tak dále. Ale to byly takové letmé narážky. Nic kvůli čemu by se nám narušily vztahy.

Vnímáte, že by se během té doby změnil vztah mezi Vámi a manželem?

(Přemýšlí) Asi... asi k lepšímu.

Bylo to z Vašeho pohledu náročnější pro Vás nebo pro manžela?

Já...jako to je těžké, no. Já třeba hodně ventiluji emoce, muž ne. Bylo vidět, že mu je líto, že to nevyšlo. Říkal, že ho to mrzí, ale dál se o tom nebavil. Zatímco já o tom mluvila víc, uronila jsem i nějaké slzy. Jako z mého pohledu já jsem vůbec neváhala do toho umělého oplodnění jít, protože já už to prostě psychicky hrozně potřebovala. A když se nedaří a teďka nejvíc mě masíruje okolí, jako ty otázky ani tak ne, na to člověk odpoví, ale ty kamarádky, u kterých člověk ví, že ve stejnou dobu začaly a už mají třeba roční dítě. Najednou si člověk uvědomuje, že těm ostatním, kterým to jde hned, tak ani neví, co mají. (Přemýšlí) My se teď snažíme o druhé a zase nám to nejde. A už se snažíme rok. A shodou okolností jsem jednou otěhotněla přirozeně, ale potratila jsem, ale povedlo se to.

Jak je to dlouho, co jste přirozeně otěhotněla?

No, hned jak jsem přestala kojit Haničku, asi rok po porodu. Vyšlo nám to hned na poprvé, ale asi čtrnáct dní poté jsem začala krváčet. Ale testy jsem měla pozitivní. Takže jsme si řekli, že to jde a že to budeme zkoušet dál. Tak jsme čekali a skoro rok nic. Tak jsme se rozhodli, že tam zkusíme dát to zmražené embryo, jak jsme tam měli, ale to nevyšlo. Já pak koukala na statistiky, jsem totiž matematik, hodně dám na čísla, že když je ta kryokonzervace, tak ta schopnost se uchytit se hodně snižuje. U běžného IVF je ta pravděpodobnost okolo čtyřiceti procent a u těch zmražených už jen dvacet pět procent. Tak zase nemůžu chtít, aby nám obě vyšly na poprvé (chvilí mlčí, dívá ze z okna, slzy v očích). No, v současné době jsem po dvou inseminacích. Tedy teď čekám, jak dopadne ta druhá. Ale myslím si, že to nedopadlo. No, takže jsme už s manželem domluvení, že půjdeme znova do IVF. Akorát, že teď je takové blbé období, že všude jsou nemocní a chřipky a manžel se necítí zrovna dobře, má zimnice a začal brát antibiotika a mně je nejspíš dají taky, protože se podobné stavy objevují i u mě. Takže tím se to vlastně celé posouvá. Volala jsem doktorovi do centra a ten řekl, že minimálně dva měsíce odklad. A

navíc, jak má manžel ty virové a vysoké CRP, tak se to projevilo na těch spermiích. Byl nedávno na spermioqramu a ta morfologie je asi na třech procentech a přitom ještě před dvěma měsíci měl ten spermioqram úplně v pořádku. Takže my se musíme dát do kupy hlavně fyzicky. (Přemýšlí) Už bych chtěla být hrozně těhotná, protože nechci, aby byl mezi dětma velký věkový rozdíl.

Jaký byl/je Váš názor na asistovanou reprodukci?

Můj názor je, že když ta ženská dítě chce, opravdu po něm touží, tak nekouká nalevo ani napravo. A samozřejmě...mam kamarádku, která se snaží šest let a ta prostě do umělka nepůjde i za cenu, že bude bezdětná. To nepochopím. Ona je taková ta přírodní žena, všechno bio a tak dál.... Její argument je, že ty hormony, které do sebe člověk napíchá, jsou hrozný svinstva a že to způsobuje rakovinu. Já říkám, že to je možný, ale dneska tu rakovinu dostane každý třetí z něčeho jiného. Pro mě není důvod, říkat si, že z toho budu mít rakovinu a proto být bezdětná. Protože vím, že můžu pít vodu z vodovodu a za pár let mi řeknou, že je plná pesticidů a že z toho mám rakovinu ledvin. Ale je to její rozhodnutí, já to akceptuju, ale nechápu. (Přemýšlí) Já jsem rozhodnutá jít do toho znovu. My se vůbec netajíme tím, že máme Haničku z umělého oplodnění. Vůbec s tím nemáme problém. Bohužel je to dneska standart. Nemyslím, že by to mělo být něco k hanbě.

Lucie vyjadřuje vděk a obdiv svému manželovi, který se během léčby jejich neplodnosti pokoušel zdržet nezdravých pochutin a alkoholu především, dokonce užíval vitamíny. Její muž o problému s otěhotněním neměl zábrany hovořit i se svým okolím, což respondentka Lucie velmi oceňuje. Muž se jí pokoušel být podporou a přístup k jejich snažení popisuje jako hezký. Své problémy, ačkoli její muž neměl problémy o tomto hovořit veřejně, jen tak s rodinnou a blízkým okolím nesdíleli. Alespoň ne od začátku, o událostech, které nastaly, se jejich okolí doslechlo až později. Lucie s manželem nechtěli být vystaveni tlaku a zvědavosti ze strany svého okolí. Když se pak jejich okolí a rodina o jejich obtížích dozvěděly, reakce si nechaly pro sebe, snad jen ze strany tchýně pocítovala Lucie určité tiché výčitky, především co se věku a dlouhodobého užívání hormonální antikoncepce týče. Celkově hodnotí jejich rodinné a přátelské vztahy pořád stejně stabilní a neměnné. Pouto mezi ní a jejím mužem udává jako lepší a silnější. Sama popisuje, že pro ni nejhorší bylo vidět její vrstevnice, které přišly do jiného stavu bez větších obtíží na

rozdíl od ní. Lucie vyjadřovala touhu o problému hovořit a rozebírat, ventilovala své emoce, na rozdíl od jejího muže, který vyjádřil lítost a dále se již k tomuto nevyjadřoval.

To odpovídá stereotypizaci pohlavních rolí, kdy ženy jsou častěji emocionálnější, hůře dokážou své emoce ovládat a pomáhá jim sdílení svých obtíží a mluvení. Muži naopak nepláčou, jsou sebejistí, racionální a schopni sebeovládání (RATISLAVOVÁ, 2008, s. 10).

Je zajímavé, že Lucie během rozhovoru prozradila přehnanou touhu po IVF, neboť další čekání na dítě pro ni bylo nemyslitelné – možná až příliš lpěla na nutnosti otěhotnět. I nyní po porodu své dcery Haničky se pokoušeli s manželem o dítě. Sice otěhotněla, avšak potratila. Z rozhovoru vyplývá, že Lucie má až nezdravou a urputnou snahu přijít do jiného stavu formou IVF i navzdory jejich aktuálně nevyhovujícímu zdravotnímu stavu. Vysvětluje to nutností udržet minimální věkový rozdíl mezi dětmi. Sami si s mužem nyní vytváří hranice a psychické stresory. Je celkem možné, že samo tělo jim vysílá signály, aby si odpočinuli, oni se však drží svého plánu. IVF oplození chápe jako standardní metodu početí v dnešní době a nesouhlasí s odpůrci hormonálních léceb. Dle ní je možnost mít dítě silnější, než obavy z hormonů a jimi způsobené rakoviny.

PŘÍSTUP RESPONDENTKY K NEPLODNOSTI

Znáte i jiné metody, které je možno využít při léčbě neplodnosti?

Jo... znám. Třeba metodu Mojžíšové. Bylinky.

Zkusila jste některé z nich?

No, byla jsem na rovnání kostrče, což nebyl moc příjemný zážitek. Ale to bylo asi jen tak, že člověk zkoušel všechno. Když je problém někde jinde, tak tohle nepomůže... Ted' zkoušíme bylinky, ale jestli mají nějaký pozitivní vliv, to nedokážu přesně říct, protože se to tluče s tím, jak jsme nemocní. Ale už je bereme nějakých čtvrt roku.

Jaká si myslíte, že byla příčina Vaší neplodnosti?

Myslím, z mojí strany hlavně, že v tom hrála velkou roli psychika. V tom měla tchýně bezesporu pravdu, že taky ten můj věk, ale jako hlavně si myslím, že jsem byla psychicky bloklá. Hodně jsem to prožívala, byla jsem tip člověka, který tu svoji bolest.... no, nemohla jsem vidět maminy s kočárkama a tak. Obklopovala jsem se bezdětnými lidmi. (Přemýšlí) Mam kamarádku, která nemohla sedm let otěhotnět a ta to měla zase úplně naopak. Ona ty děti vyloženě vyhledávala. To jsem nechápala, pro mě by to bylo

sebetryznění. Každý je jiný, ale opravdu jsem to psychicky blbě snášela, když to pak nešlo a hlavně když to lidem okolo šlo. To je takové to porovnávání. Zpětně si říkám, že jsou ženy, kterým to pravdu dlouho nejde, a děti nakonec nemají. U nás ta šance byla dost vysoká. Manžel měl dobré výsledky, u mě se taky nic nenašlo. Možná, kdyby se šlo více do hloubky, tak by se ta příčina našla, ale to já nedokážu říct. (Přemýšlí) Moc si přeju další a mrzelo by mě, kdyby to nevyšlo, ale asi to není tak hrozný, když už jedno dítě mám.

Přemýšlela jste někdy o adopci?

Byla o tom úvaha, ale manžel řekl, že se o tom vůbec nechce bavit, že vlastní dítě budeme mít. Řekl mi dopředu, že na nic takového by nepřistoupil a že nemá smysl se vůbec o tom bavit a dál se tím trápit. Takže dál už jsme si to nepřipouštěli. (Přemýšlí) Když by už vážně byla nouze, tak bych preferovala darované vajíčko nebo spermii, aby aspoň na půl bylo naše. Já se ale bojím genů, protože vím, že spousta věcí je fakt daných geneticky. Myslím si ale, že manžel by do toho nešel.

Co Vám podle Vás nejvíce pomohlo?

(Smích) Centrum asistované reprodukce. (Přemýšlí) A hlavně, když se věci daly do pohybu. Já chápu, že to je fenomén dnešní doby a ten můj gynekolog měl pravdu. Ženský jsou zvyklí mít všechno hned a najednou zjistí, že ta příroda to má jinak. A mě třeba hrozně deptalo čekat z měsíce na měsíc, nevědět, kde je zakopaný pes a jestli to je, protože se to ještě nepovedlo, a nebo jestli v tom je něco vážnějšího a potřebujeme pomoc. A hodně mě naštvalo, když mi gynekolog řekl, ať ještě vydržím ten čtvrt rok. Ale mě ten čtvrt rok přišla moc dlouhá doba. Já mám ráda, mít věci ve vlastních rukou a proto jsem manžela poslala na ten spermiogram dřív, aby se to už začalo nějak hýbat. A pak v tom centru asistovaný reprodukce se už každý měsíc něco dělo. Vyšetření, inseminace, sice to nevyšlo, ale byla nějaká akce.

Jak teď vnímáte zpětně tuto zkušenost? Uvědomila jste si něco?

(Smích) Nic jsem si na ní neuvědomila. (Přemýšlí) Jsou páry, které tahle zkušenost rozpojila. Nás to s manželem opravdu stmelilo, i když přiznávám, že není moc příjemné hlídat si ovulaci a podle toho mít sex. Je to strašný, ale bez toho to nejde. Takové to, že už to není zábava, ale že by měli mít sex, protože je vhodná doba na otěhotnění. Tak někoho to od sebe oddálí a někoho naopak spojí. Nás to spojilo. Je to společný problém, jednou jsme se vzali a tak to budeme spolu řešit. (Přemýšlí) Setkala jsem se taky s názorem, že když my dva spolu nemůžeme mít děti, tak hold k sobě nepatříme, že prostě nejsme typy, které by měly spolu být, jakože když spolu nemůžeme mít děti přirozeně, tak ta příroda to tak

nechce. To je prostě totální blbost. Prostě dneska...je to, jak to je. My jsme spolu sedm let, máme úžasný vztah, nevidím důvod, proč bychom neměli být spolu. (Přemýšlí) Asi jsem si uvědomila, což je všeobecně známé, že tu přírodu jen tak někdo...(trochu se zarazila) respektive my jsme jí, dá se říci, podvedli, ale... že někdy ta příroda nechce a nic s tím neuděláte. V dnešní době je fakt každý zvyklý mít všechno hned. Dát si cíl a dělat věci, které k tomu vedou, ale s tím těhotenstvím to tak není, ani se zdravím, vlastně (Přemýšlí) Ale já věřím, že se nám to druhé taky povede, sice taky umělkem, ale povede. Umí hezké děti, hlavně divoké (smích).

Z rozhovoru s Lucií jsem měla pocit, že alternativní medicíně příliš neholduje, pouze ji zkusila na doporučení svého okolí a protože byla zoufalá. Sama zná určité alternativní metody na podporu plodnosti, například bylinky a cviky dle Mojžišové, sama podstoupila narovnání kostrče, které jí nebylo vůbec příjemné. Jak sama zmiňuje, pokud je problém jinde než v daném orgánu, alternativní metody nezaberou. Svou neplodnost přičítá částečně psychice, stejně tak jako její tchyně. Brala si velmi osobně svůj nezdar otěhotnět, vyhýbala se párům s dětmi a naopak se snažila stranit jakémukoli impulsu z okolí, který by jí připomínal její bezdětnost. Bezdětnost jako taková může být silně sociálně stigmatizující. Může sebou přinášet velké množství negativních projevů, dokonce může narušit i partnerský vztah, což se naštěstí v případě Lucie nestalo (SLAVÍK A KOL..., 2012, s. 108).

Lucie uvažuje nad tím, že i přes dobré výsledky vyšetření nemusí být u ní či muže vše v pořádku. Podotýká, že možná kdyby podstoupili podrobnější vyšetření, diagnózu by našli. Respondentka prozradila, že o adopci se jednou bavila se svým mužem, který to však kategoricky zavrhl, od té doby toto téma neotevřeli. Sama Lucie však říká, že nad touto skutečností jednu dobu uvažovala, problém by však byl s přístupem muže. Další variantou pro ni bylo použití darovaného oocytu či spermie. Vyjadřuje však obavy spojené s odmítnutím tohoto způsobu ze strany jejího manžela.

Dle toho, co nadále v rozhovoru Lucie říká, vyplývá, že je velmi dominantní a racionální člověk, který nemá trpělivost a vše chce mít hned, což zmínil i její gynekolog. Lucie nedokázala vydržet tlak a počkat, sama si začala koordinovat proces oplození. Jakmile převzala roli „režiséra“, měla pocit, že situaci má pevně v rukou, ulevilo se jí.

Nedokázala se přirozeně odevzdat situaci a šla si tvrdě za svým, Chyběla tu jakákoli propojenost s jejím ženstvím a intuicí. Kromě IVF jí tedy nejvíce pomohlo její vlastní direktivní jednání.

Z interview je patrné, že Lucie hodnotí IVF kladně a retrospektivně na něm nenachází žádné nové pocity, názory, které by již nezmínila. Domnívám se, že i druhé dítě plánuje mít formou IVF, sama se tak v závěru vyjadřuje a myslím si, že v jejím případě je na vině psychické nastavení její plodnosti. Je o tom přesvědčená, že jinak to už nepůjde, pouze formou IVF. Nedává tomu volný průběh, chce mít dítě co nejrychleji a tato forma je pro ni zdá se nejoptimálnější.

8.6.2 Rozhovor č. 2: Paní Dana

ANAMNESTICKÉ ÚDAJE

Kolik Vám je let?

Je mi 36 let.

Jaký je Váš rodinný stav?

Jsem už deset let vdaná.

Jaké je Vaše vzdělání a profese?

Vystudovala jsem vysokou školu a učím angličtinu. A dodělávám si dálkově ergoterapii.

Kolik nyní měříte a vážíte?

Měřím 178 cm a vážím 65 kilo.

Měla jste velké váhové změny od doby, co jste se snažili o miminko?

Před tím jsem vážila tak 60kilo, ale žádný extrémní výkyvy jsem neměla.

Prodělala jste v dětství nebo v dospělosti nějaké závažnější onemocnění, operace, úrazy?

V dětství asi nic závažného, taková ta klasika. V roce 2005 jsem měla zánět ledvinové pánevičky. Ale závažnějšího nic.

Prodělala jste nějaké gynekologické onemocnění?

No, akorát jsem měla občas záněty, mykózy.

Vyskytují se ve Vaší rodině nějaká závažnější onemocnění?

V rodině? Taky nic závažného. Mami má štítnou žlázu, sníženou funkci. A táta mého manžela má cukrovku.

Jaký je Váš životní styl?

Před chvílí jsem dojedla šlehačku (smích). No jinak, teď se snažím trochu cvičit. Nejím moc maso a snažím se asi celkově jíst zdravě. Hodně jsem omezila smažený a jím hodně zeleniny. Ale dělá mi problém sladké, hlavně čokoláda.

Užíváte nějaké návykové látky?

Ne. Občas si dám víno, když jdeme se známými, ale nepřeháním to.

Užívala jste někdy hormonální antikoncepci?

Když jsem byla hodně mladá, tak asi půl roku. Ale od té doby, co se známe s manželem tak ne.

Jaký to byl typ hormonální antikoncepce?

Prášky.

Proč jste jí vysadila?

No, prostě jsem nechtěla. Je to chemické a přišlo mi to zbytečné.

Jaké má Váš manžel vzdělání a jaká je jeho profese?

Manžel má taky vysokoškolské vzdělání a taky učí angličtinu.

Měl Váš manžel nějaké vážnější onemocnění, úrazy? Léčí se nyní s něčím?

Je zdravý. A že by měl nějaké závažné úrazy, toho si nejsem vědomá. Možná, když byl malý.

Jaký je životní styl vašeho manžela?

No, hraje hokej, ale nic na vysoké úrovni. Jezdí na kole a hodně chodíme na procházky. Snaží se se mnou jíst zdravě, ale určitě to nedodržuje, tak jako já. Maso jí normálně. Občas alkohol a zakouří si, když jde někam ven, asi jako každý chlap. No a asi jeho velká neřest je sladké. Na tom ujždíme oba (smích).

Jaká byla Vaše motivace mít dítě?

Tak my jsme dítě plánovali. (Přemýšlí) Chtěla jsem mít dítě. Cítila jsem... protože je to hezký. Je to poslání ženy. Každá žena by si to měla splnit. (Přemýšlí) Já mám v mém životě určité cíle, které si jakože postupně splňuji, od mlada. No, a tohle vlastně bylo to poslední, co bych měla splnit... jakože z toho ženského hlediska. A hlavně si myslím, že život by byl bez dětí smutný. Třeba kdyby se mi to nepodařilo, tak já bych uvažovala o adopci. A taky si myslím, že jsem chtěla i něco předat tomu světu tady.

Měla jste obavy spojené s mateřstvím?

Asi možná. Nebo spíš já byla naopak přesvědčená, že mě to půjde rychle. Jako to otěhotnění. Protože, co se týče zdraví, tak já právě že nikdy žádné vážné problémy neměla a hlavně jsem taky nebrala dlouhodobě antikoncepci. Měla jsem i přesně menstruaci. Přesně jsem věděla, kdy mám ovulaci. Poznala jsem to na sobě. Všechno bylo pravidelně, žádné problémy. Takže já byla přesvědčená, že to půjde hned. (Přemýšlí) A jako co se týče mateřství, tak jsem se trochu bála. Člověk si uvědomuje, že tam bude nějaké omezení a hlavně v tom prostředí, ve kterém jsem vyrostla. Já jsem neměla vůbec dobrý vztah se svojí mamkou, jestli to s tím tedy souvisí. Tak jsem pochybovala o tom, jestli budu dobrá máma, hlavně kdyby se mi narodila holčička. Hodně jsem nad tím přemýšlela, no, abych třeba neopakovala to, co dělala moje máma mně. Takže s dcerou by tam byla větší nejistota. Nakonec mám tedy chlapečka. Nejistota tam byla taky, ale abych z toho měla nějaký velký strach, to ne. To až spíš potom, když se to jednou nepovedlo, tak že už se to pak vůbec nepovede. Spíš postupně, jak ten člověk jde a na začátku nic, tak jsem byla i ráda, že to ještě nevyšlo, protože jsem potřebovala dodělat školu, barák a spoustu mých známých taky

ještě děti neměla. Celkově se ta věková hranice mít dítě posunula a ta třicítka se nějak moc neřeší. Až pak, v těch třiceti dvou, to bylo horší.

Chápu správně, že jste měla větší obavy spojené s narozením dcery?

Ano. Nad tím jsem hodně přemýšlela. Já nad tím přemýšlím i teď, protože bych ráda měla druhé dítě. Ale že bych vyhledala nějakého psychologa, to ne. To spíš, kdyby to přišlo, tak bych si asi něco načetla. Řešila bych to až potom, když bych cítila, že je ten strach moc velký. Asi je špatný, že to tak říkám, ale je to prostě tak.

Změnila jste něco na Vašem životním stylu, když jste se snažila otěhotnět?

Na začátku ne. V té době nebyla ani moje, ani manželova životospráva ukázková. Jedli jsem hodně smažené věci, pizzy, těstoviny. Chodili jsme hodně s přáteli, takže i ten alkohol možná hrál roli, ale v té době jsem tomu přikládala takovou hodnotu. Až potom, když jsme byli u jednoho pana doktora, který nám doporučil jíst hodně ryby, hlavně mě, jak jsem nejedla to maso. Pak jsme ten jídelníček začali postupně celý upravovat.

Respondentce Daně je 36 let, tudíž i ona se nachází za hranicí optimálního věku pro početí. Je vdaná, vysokoškolsky vzdělaná a dálkově studuje. Kromě zánětu ledvinné pánvičky z roku 2005 žádná závažnější onemocnění neprodělala, a ani její rodinná anamnéza není nijak vážně zatížena, snad jen hypofunkcí štítné žlázy u její maminky. Dana se snaží nyní žít zdravě, cvičí, omezuje alkohol a přepalované tuky, i když na začátku snahy o miminko tomu tak nebylo. Důležitost zdravého jídelníčku potvrzují i různé vědecké výzkumy (ŽENSKÁ NEPLODNOST, 2016). Hormonální antikoncepci užívala jen velmi krátkou dobu, asi půl roku, dokud nepotkala svého muže, který je zdravý. I on se snaží žít aktivně a zdravěji, i když nezdravé potraviny ze svého jídelníčku zcela nevyřadil. Paní Dana si dítě společně s mužem přáli, Dana to pokládala za jakýsi úděl a poslání žen a také toužila po sobě zanechat nějaký odkaz. Nelpěla jen na představě biologického mateřství, uvědomovala si i možnost adopce. Předpokládala, že s otěhotněním nebude mít žádné obtíže, neboť cítila, že je zdravá a nemá žádné zdravotní problémy. Zpočátku měla obavy z mateřství, především z toho, kdyby se jí narodila dcera. Bála se, že by opakovala chyby své vlastní matky, což v ní vyvolávalo strach. I ona v době snahy o otěhotnění procházela stresujícím obdobím a sama nakonec v rozhovoru přiznala, že byla ráda, že se jí zprvu podařilo hranici mateřství posouvat dál. Řekla bych, že sama si zprvu možná vytvořila určitý blok.

CESTA ZA DÍTĚTEM

Jak dlouho trvala Vaše cesta za dítětem?

Celkově necelé čtyři roky.

Po jak dlouhé době jste vyhledali odbornou pomoc?

Tak po roce. On vlastně i gynekolog s tím začne něco dělat až po roce. Tak to jsem šla hned.

Jak probíhala Vaše první návštěva u gynekologa?

Tak já už jsem se mu zmínila tak půl roku předtím, že bychom chtěli mimino. Pak jsem přišla a řekla, že se pořád nic neděje. Tak nás poslal na genetiku. (Přemýšlí) Ještě mi vlastně odebíral krev na hormony a dělalo se mi vyšetření na štítnou žlázu. Pak mě ještě odeslal na genetické vyšetření a vyšetření nějakých protilátek, kvůli tomu se prý taky nedaří otěhotnět. No a pak byl na radě manžel.

Jaký byl další postup?

Manžel šel na spermogram, plus mu taky dělali genetické vyšetření. Pak jsme šli společně do ordinace, kde nám lékař oznámil, že výsledky spermogramu jsou na hraně normy. Tak manželovi dali vitamín E a ještě nějaké vitamíny a měli jsme přijít za tři měsíce znovu. Já šla hned potom ke svému gynekologovi, on je hrozný pesimista, a když se podíval na ty výsledky, tak řekl, že to nemá cenu a že nám rovnou napíše doporučení do centra asistované reprodukce. Já jsem řekla, že ne, že to zkusíme zatím bez umělých zásahů. A on mi úplně v klidu řekl, že stejně neotěhotním. Takže být to na něm, tak mě hned pošle do centra asistované reprodukce, možná i vzhledem k mému věku. No, takže manžel bral ty vitamíny a za tři měsíce jsme tam šli znovu. Kde mu řekli, že na spermogramu není vidět žádná změna. Jako, že to není úplně nejhorší, ale je to pořád na hraně. Tak jsme se s manželem domluvili, že ještě půl roku počkáme a pak, že to tedy začneme řešit. A ani za ten půl rok nic, tak jsme se objednali do centra asistované reprodukce. Tam s námi pan doktor udělal základní pohovor a zase manželovi dělali spermogram a to mě dost překvapilo, protože měl o dost lepší výsledky, než na tom minulém. Což mě přišlo i divné, protože to byla vážně velká změna. Mně ještě udělali kultivaci a dohodli jsme se na inseminaci.

Jaký měla inseminace průběh?

Já jsem vlastně ještě před tím byla na vyšetření, kde zjišťovali jestli ovuluji a tak. A to všechno bylo v pořádku. Takže to byla inseminace bez hormonů, protože u mě nebyla zjištěna chyba. Ještě mi dali nějakou injekci, manžela poslali do kabinky. No... a já jsem

tam pak šla, doktor mi to tam vložil a nechali mě tam asi dvacet minut ležet. Pak jsem šla domů a čekalo se. A nic. Dostala jsem menstruaci. Ale už pár dní předem jsem věděla, že nejsem těhotná. Jak znám to svoje tělo, tak jsem si vždycky říkala, že bych to cítila, třeba by se mi točila hlava. Já i před menstruací špiním, takže jsem to prostě poznala.

Jaký byl další postup?

Pak se asi hned za dva měsíce dělala další inseminace. Ta taky nevyšla. Tak mi doktor řekl, jestli chci jít na vyšetření vaječnicků a dělohy, na tu hysteroskopii. Tam bylo taky všechno v pořádku. Což byla dobrá zpráva, že tam není nic bloklý. Mě hlavně nikdy ani dole nebolelo. Pak jsem podstoupila další inseminaci, ale tentokrát hormonální. To už se mi ale úplně nezdálo, protože vím, že když jsem přišla na tu kontrolu vajíček, tak jsem tam měla tři, z toho dvě, prý, byly malé a z jednoho vznikla přerostlá cysta. Takže mě v hlavě blesklo, že to normální vajíčko, které tam přirozeně roste, se pod vlivem hormonů zbláznilo a ty dvě tam vůbec nemají být. No, ale stalo se. A stejně to nedopadlo. A začali mi říkat, že mám nárok na šest inseminací, ale že už je doba, kdy doporučují umělé oplodnění. Docela na mě tlačili. Ale já řekla, že ne.

Proč jste odmítla?

Já se na to ještě necítila. Pro mě to byla úplně nejkrajnější varianta. Ještě nenadešel ten čas. Možná ta moje touha nebyla tak silná. Já silně věřila tomu, že to nějakým způsobem přijde, přirozeně. Ale ta inseminace mi nevalila, to je vlastně jen takový technický sex.

Jak jste to řešili dál?

Ještě jsem podstoupila jednu, čtvrtou inseminaci. Neúspěšně. Řekla jsem doktorům, že umělé oplodnění zatím nechci. Tak jsme jeli domů. No... a za pár týdnů jsem dostala od známé kontakt na jednoho pana doktora v Praze, ke kterému chodila, a podařilo se jí otěhotnět, i když jí její doktor řekl, že vůbec nemá šanci, protože měla endometriózu. Tak jsem si ho našla na internetu. Hodně mě přesvědčilo, že byl doktor, gynekolog. Takže super. Pak jsem četla dál, že využívá alternativní metody a má úspěchy. Tak jsem mu zavolala. On se mi podrobně vyptával na zdravotní stav, co všechno jsme podstoupili, jaké byly výsledky a tak dál. Následně jsme se domluvili, že mi pošle čaje a všechno mi vysvětlil. Ty čaje jsme měli pít tři měsíce. Vyšlo to na ty tři měsíce tři tisíce. To mě nepřišlo tak hrozné. Jeden čaj byl pro mě, druhý pro manžela a třetí společný. Já si pak ještě doobědnávala čaj na močák. Každý ten čaj se jinak připravoval a měl se pít po douškách celý den. Pak jsme se hodně bavili o vlivu stravy na plodnost, doporučil nám přestat jít

vepřové, kuřecí a hovězí maso a jíst jen ryby, často. Na to kladl velký důraz a celkově dodržovat zásady zdravé stravy, hodně zeleniny a ovoce. (Přemýšlí) No a takhle jsme to drželi ty tři měsíce. No a pak mě to nedalo a zaplatili jsme si spermogram. A to jsem se nestačila divit. Jestli na tom posledním spermogramu měl čtyřicet milionů, tak na tomhle vyšlo nějakým sto padesát milionů spermií. A i se zlepšila pohyblivost. Takže výsledek tam byl. A já měsíc na to otěhotněla. Nedostala jsem menstruaci a testy byly pozitivní. Ale já jsem se necítila těhotná. Říkala jsem si, že jsem těhotná, ale nic na sobě nepocítuji. Vůbec mi nebylo špatně a to mi bylo divné. Tak jsem šla ke gynekologovi, ten mi těhotenství potvrdil, ale když jsem tam šla znovu, tak mi řekl, že se to pomalu vyvíjí, že to vůbec nevidí dobře. (Přemýšlí) Mohl zareagovat jinak...mě k sobě hnal každý týden. Jednou to bylo dobré, podruhé špatné. Byla jsem hodně pod stresem, velká nejistota. (Přemýšlí) Pak přestalo ťukat srdíčko, tak mě poslal do nemocnice. Nejhorší asi byl pohled na obrazovku, když mě vyšetřovali. Tam bylo to miminko vidět. Už bylo poměrně velké, byl to asi desátý týden. Ale nemůžu říci, že jsem z toho byla na zhroucení, protože já jsem byla ve finále ráda, že se to vůbec povedlo. A když jsem přijela domů, tak jsem ještě navíc dostala zánět, takže horečka, bolesti břicha, hodně křeče do konečnicku. Takže jsme jeli znova do nemocnice, dostala jsem antibiotika a ležela ještě dva týdny doma. Tak to jsem si říkala... jsem po potratu a ještě dostanu zánět, vevnitř. To jsem nikdy neměla. To jsem měla hodně strach, jestli vůbec budu moct mít děti.

A po této zkušenosti jste stále pokračovala v užívání čajů?

Ano, to jsem si objednávala nové. Volala jsem panu doktorovi. Manžel je měl pít stále a já měla mít chvíli pauzu. V nemocnici mi totiž řekli, že po tom potratu se tak půl roku nemáme snažit. To jsem se zděsila. Půl roku? Vždyť mi bude za chvíli třicet pět! Tak jsem si pak o tom četla na internetu a každý tvrdí něco jiného. Gynekoložka mi pak řekla, že alespoň tři měsíce. Tak jsme počkali. Užívali jsme čaje, dodržovali životosprávu. Ten potrat byl v únoru a v červnu jsme se začali snažit znovu. No... a povedlo se to hned na potřetí. Ale je pravda, že to už jsme na tom opracovali intenzivně, to jsem zapomněla říct. Když byla ovulace, tak prostě několikrát denně. Dávala jsem si i nohy nahoru (smích). (Přemýšlí) Šla ke gynekologovi a ten mi to potvrdil. A pak mi začalo být konečně špatně. To pro mě bylo dobré znamení, to bylo to ONO, já vím, že to zní divně, ale já to tak fakt vnímala.

Měla jste strach v souvislosti s prodělaným potratem?

No, asi trochu ano. Já si pořád říkala, že se na to nesmím moc upnout. Na začátku, když to bylo potvrzené jen z testu, jsem jela na kole takovou štreku a řekla jsem si, že jestli to tam má být, tak se to tam udrží. (Přemýšlí) Já si byla vnitřně jistá, že se to udrží. Ted' už ano. Ale strach tam byl. Ale úplně jsem tomu uvěřila, až když jsem cítila pohyby a jak se mi zvětšovalo břicho.

Jak probíhalo těhotenství?

Dobry, všechno super. Asi jen ty nevolnosti, zvracení. Jinak jsem do poslední chvíle pracovala. Byla jsem hodně aktivní.

A porod?

Porod taky, hrozně rychlý. Asi po mamce (smích).

Jaký byl/je Váš názor na asistovanou reprodukci?

Jako neříkám, je to určitě dobrá věc, když se někdo snaží otěhotnět dlouho a fakt nemůže. Myslím si, že pak je ta žena schopná cokoliv. Ze začátku jsem si taky říkala, že umělé oplodnění ne, raději bych adoptovala. Byla jsem proti tomu dost vysazená. Říkala jsem si, že je to zásah, je to nepřirozený, je to něco proti přírodě. Já věřím tomu, že věci jsou tak, jak mají být. A vždy to tak v mém životě bylo. A když se něco nedělo, tak se to nedělo pro mé dobro. A hlavně ta hormonální léčba, hormony do těla, potom heparin. Ty děti z toho, to nikdo neví, jaký to má dopad. Vždyť to je teprve od sedmdesátých let. Prostě je to nepřirozený. Ale ted' vím, že bych to taky podstoupila, šla bych do toho, ale až po té pětatřicítce.

Přemýšlela jste někdy o adopci?

Jo, přemýšlela jsem o ní hodně. Možná bych jí upřednostnila před IVF, ale manžel by to nechtěl. On byl docela i proti tomu umělému oplodnění. Ale myslím si, kdyby to vážně nešlo, tak je pak člověk schopný podstoupit cokoliv.

Respondentce Daně trvalo přijít do jiného stavu necelé 4 roky. Svého gynekologa navštívila asi půl roku po marném snažení se, který ji vyšetřil a poslal i s mužem na genetická vyšetření. U Danina muže vyšly hraniční hodnoty spermiogramu, proto Danin gynekolog ne příliš profesionálně zamítal alternativnější léčbu v podobě vitamínů a nedával páru naděje na přirozené otěhotnění. Okamžitě navrhoval návštěvu IVF centra, což se ale neslučovalo s filozofií Dany. Ke zlepšení nedošlo, proto se společně s manželem dohodli na půlroční pauze a poté se teprve vypravili do IVF centra. Překvapivé bylo

zlepšení spermioqramu, což by se dalo i možná přičíst snížené psychické zátěži u muže, neboť v toto období se manželé vyvarovali stresujícím vyšetřením a čekání. Opět zde narážím na psychiku silně působící stresové faktory – například nátlak a pocit nutnosti za každou cenu počít dítě (SLEZÁKOVÁ., 2007, s. 39). Posléze Dana podstoupila i hysteroskopické vyšetření, které neodhalilo žádný organický problém. Také zkusila inseminace, kdy první úspěšná nebyla a další hormonální také ne. Dana měla nepříjemné pocity z užití hormonů, nepokládala to za tělu přirozené. Věřila svému tělu a věřila, že samo tělo ví, jak má fungovat. Dana popsala také psychický tlak ze strany zdravotníků, kteří ji nutili do IVF, i když ještě zcela nevyčerpala možnosti inseminace. Uvažovala, že možná ještě nebyla zralá na tento krok, necítila se silná na tak krajní řešení. Díky přítelkyni dostala kontakt na jednoho nejmenovaného lékaře gynekologa z Prahy, který podporoval alternativní medicínu. Manželský pár po dobu tří měsíců užíval speciální bylinné přípravky, díky kterým došlo k fatálnímu zlepšení spermioqramu u manžela, čímž opět narážime na význam zdravé výživy v plodnosti.

Vliv toxinů a infekčních ložisek – autoři se zmiňují i o vlivu umělých hormonů, mohou mít za následek vznik funkční neplodnosti, kdy se nepodaří lékařům určit diagnózu (VESELÁ, 2009). Daně se podařilo posléze úspěšně otěhotnět, avšak sama přiznává, že si nepřipadala těhotná, spíše prázdná a již od počátku gravidity věděla, že je něco špatně. Věřila své intuici. Nakonec o dítě přišla v 10. týdnu gravidity a její zdravotní stav byl zkomplikován pooperační infekcí, což v ní vyvolalo strach o svou plodnost. Nikdy netrpěla na takovéto onemocnění a svůj reprodukční trakt shledávala do té doby zdravým. Po několika měsíční pauze v otěhotnění a stálém užívání bylinných čajů se Daně podařilo otěhotnět. Sama na sobě začala pozorovat klasické těhotenské příznaky, což v ní vyvolávalo klid a důvěru v těhotenství. Paradoxně věděla, že takhle je vše správně. Dana na rozdíl od první respondentky Lucie více naslouchala svému tělu.

Celé těhotenství prožívala dost aktivně, i když trpěla emésou, za kterou ale byla věčná, neboť pro ni to byl skrytý signál dobře probíhajícího těhotenství. Domnívám se, že tyto nevolnosti klidně mohly být psychosomatického rázu, kdy matka mohla tímto způsobem demonstrovat přebytek stresu, obav o dítě a úspěšnost gravidity (RATISLAVOVÁ, 2008, s. 39). Její názor na IVF byl nejprve dost razantní, tuto léčbu pokládala za krok proti přírodě, stejně tak i hormonální léčbu a nízkomolekulární heparinizaci. Dle jejích slov dochází k narušení přirozených pochodů těla, s čímž

souhlasím. Sama pak uznala, že adopci brala v potaz, ovšem manžel tuto cestu odmítal. Sama Dana zpětně hodnotí možnost podstoupit IVF jako krajní řešení, které ona neodsuzovala nikdy a do jisté míry jej chápala, sama by ji však podstoupila až v případě nouze jedině po 35. roku věku. Vždy věřila v to, že co se má stát, stane se a z nějakého dobrého důvodu. Porod udala jako rychlý a bez komplikací jako tomu bylo u její matky.

VLIV LÉČBY NA VZTAHY

Jak se k celé situaci stavil manžel?

No, manžel...(dlouho přemýšlí) Já do něj moc nevidím. On to asi tak neprožíval jako já. Ten to vždycky odkýval a šel na ten spermogram. Akorát po tom potratu za mnou přišel a hodně smutně se jen díval. To, si myslím, nesl hodně těžce. Jako staral se o mě, to ano. A když jsem otěhotněla, obejmul mě a byl rád. (Přemýšlí) Myslím si, že ze začátku to ale nechtěl tak hodně, jako já, že na to nebyl ještě úplně připravený. Nedávno mi řekl, že to přišlo, až když on opravdu chtěl, že to bylo akorát. Dostavěli jsme těsně předtím dům, takže možná i proto. Se přiznal, že ani ty čaje nepil pravidelně, že to někdy i vylíval. Ale ráno a večer ho pil, to musel přede mnou (smích).

Bylo to z Vašeho pohledu náročnější pro Vás nebo pro manžela?

Pro mě.

Vnímáte, že se během té doby změnil vztah mezi Vámi a manželem?

Určitě. Hodně se posílil.

Jak se k celé situaci stavělo vaše okolí, rodina?

No, já o tom mluvila jen s pár lidmi, jako v té době, co se nedařilo. Hodně psychicky mi pomáhaly kamarádky. S rodinou jsem o tom moc nemluvila, jen s babičkou, které to bylo hodně líto. Ale cítila jsem podporu. Ale pak, když vám pořád někdo říká...vyzkoušej tohle a tamto, tak už jsem pak byla dost otrávená. Jak říkám, každý člověk to prožívá jinak. A ten první rok jsem to moc neřešila, až pak. Ale nikdy jsem nebyla úplně zoufalá.

Dana popisuje svého muže jako člověka, do kterého příliš nevidí a sama zmiňuje, že emoce skrýval často. Sám dokonce sabotoval bylinnou léčbu a nakonec se Daně přiznal, když úspěšně otěhotněla, že až teď to byl ten správný čas, protože sám začal chtít. Do té doby na otcovství nebyl připraven, naopak respondentka Dana po dítěti velmi toužila. Celý

proces těhotnění pro ni byl těžší než pro muže. Svůj vztah s mužem popisuje jako vztah posílený touto těžkou zkušeností. Sama o svých problémech hovořila pouze s nejbližšími přítelkyněmi a pak akorát s babičkou, sama se snažila vyvarovat přílišnému tlaku a různým doporučením ze strany jejího okolí, vyčerpávalo ji to. Dále se k tomuto tématu nevyjádřila a já na ni nechtěla nijak tlačit.

PŘÍSTUP RESPONDENTKY K NEPLODNOSTI

Znáte i jiné metody, které je možno využít při léčbě neplodnosti?

Tak ty bylinky, metodu Ludmily Mojžíšové, relaxační masáže, pak polohy. Změna stravy určitě. No a četla jsem i o hormonální józe. (Přemýšlí) Taky si myslím, že je hodně důležité je být psychicky v pohodě. Třeba zvířata neotěhotní, když jsou ve stresu. (Přemýšlí) Pak, když ten jeden to dítě chce víc a ten druhý ani tak ne, to všechno má podle mě vliv, v tom případě asi nemusí být úplně zbytečné vyhledat psychologickou pomoc. A čas, dát tomu prostě čas. (Přemýšlí) Taky je podle mě hodně důležité udělat vyšetření, jestli si ty dva sednou chemicky, to nedělá každý doktor. Na to byl právě ten společný čaj, abychom si s manželem sedli. (Přemýšlí) Jo! A byla jedna věta, na kterou jsem byla vysloveně alergická ... Nesmíš na to myslet! Tomu se přece nejde vyhnout.

(Doplnila) Dorneova metoda.

Zkusila jste některé z nich?

Bylinky....(Přemýšlí) a pak jsem podstoupila, někdy v průběhu inseminací, metodu rovnání kostrče. Myslím, že se to jmenuje Dornova metoda, při které mi pan fyzioterapeut masíroval kostrč. Tam jsem byla dvakrát. Nejdřív mi jí masírováním narovnal a pak jsem šla na kontrolu. Trochu mi ta kostrč potom bolela, ale myslím, že to ničemu nepomohlo. No... a ten poslední rok jsem chodila hodně na reiki masáže, tak možná i to mělo vliv. (Přemýšlí) A ještě jsem zapomněla, že když jsem otěhotněla podruhé, tak jsem před tím začala používat gel, který upravuje prostředí v pochvě.

Jaký postup pro Vás byl nejméně příjemný?

Rovnění kostrče. To bylo dost nepříjemné, hlavně jsem se i styděla.

Jaká si myslíte, že byla příčina Vaší neplodnosti?

(Dlouho přemýšlí) No, nebyl ten správný čas, alespoň ne pro manžela. Já to tedy vidím svýma očima, nevím, jak se na to dívá on. Třeba na to nebyl připravený, až když se tomu otevřel, tak to vyšle. Ale může to být jen souhra náhod.

Co Vám podle Vás nejvíce pomohlo?

Kombinace všeho. Kombinace bylinek, stravy a asi i toho gelu (smích)... prostě všeho.

Jak teď vnímáte zpětně tuto zkušenost? Uvědomila jste si něco?

Potvrdilo se mi, že mám dát na vlastní intuici a že jsem jednala dobře, když jsem hned nešla na umělé oplodnění, že jsem jednala dobře. Jsem ráda, že jsem počkala. (Přemýšlí) To je otázka, nad kterou bych musela hodně přemýšlet. Opravdu za tu dobu bylo hodně pocitů, směs pocitů. (Přemýšlí) Třeba se mi hodně ukázalo, jací jsou lidé, jestli na mě myslí, nemyslí. (Přemýšlí) I náš vztah si prošel zkouškou, byl to nápor. Nemyslím teď na psychiku, ale co se týká té intimní stránky. Asi hodně párů, když nejsou úplně stabilní, ten sex na povel nemusí dát. (Přemýšlí) I to umělé oplodnění. To jsem taky na začátku byla silně proti a pak jsem si připustila, že bych do toho byla ochotná jít, zkusit to, ale až po tom, co bych si byla jistá, že jsem vyzkoušela všechno.

Dana přistupovala na rozdíl od respondentky Lucie k neplodnosti tolerantněji a otevřeněji. Naopak projevila větší znalost alternativní léčby a pomůcek, jež by jí pomohly vyřešit její problémy s neplodností. Respondentka užívala bylinné přípravky, změnila stravovací návyky. Zná cviky Ludmily Mojžíšové, Dornovu metodu, relaxační masáže, polohy, hormonální jógu. Je toho názoru, že základní stavebním kamenem k úspěšnému oplodnění je určitě vyrovnaná a harmonická psychika, i když sama měla určitou averzi vůči doporučení „Nemysli na to“. Z rozhovoru vyplývá, že Dana by se nebránila ani psychoterapeutickému sezení, dostatku času na otěhotnění bez stavění zbytečných limitů. Také je otevřená lékařskému vyšetření, které je podle ní také velmi důležitým nástrojem k úspěšnému oplození. Je otevřená všem možnostem. Dana podstoupila léčbu bylinnou kúrou stejně jako její muž, což bylo zmíněno v předchozích pasážích. Také podstoupila Dornovu metodu rovnání kostrče, ale ta dle jejích slov valný efekt neměla. Zkoušela i rekaxační masáže. Když Dana otěhotněla podruhé, užívala také speciální gel na úpravu vnitřního poševního prostředí, dle ní poslední dvě zmíněné a bylinné čaje mohly mít poštovní vliv na její plodnost. Jako nejméně příjemnou a asi nejvíce ponižující terapií pro ni byla právě Dornova metoda. Dana zmiňuje důležitost sladění obou partnerů pro rodičovství, neboť pokud jeden z nich nechce dítě, pak není správný čas pro založení rodiny, což pokládá za možnou příčinu jejich obtíží. Dispozice pro dítě je dána i

psychosociálně. To znamená, že pokud by byla založena rodina, jeden z partnerů není připraven na to být rodičem, mohlo by rodičovství představovat zátěž. Dítě by nebylo dostatečnou hodnotou, dokonce by byla možnost i manželské krize (SLAVÍK A KOL., 2012, s. 108–109).

Paní Dana uvádí, že nelituje toho, že nepodstoupila IVF. Je ráda, že věřila své intuici, dala všemu dostatek času a vyčkala. IVF neodsuzuje, zpětně uznává, že i ona nad tím dokonce jeden čas uvažovala, především při vyšší psychické zátěži a intenzivním smutku z nezdaru. Pro ni je IVF krajním nouzovým řešením, ke kterému by se uchýlila až po 35. roku poté, co by vyčerpala všechny ostatní možnosti. Přemýšlela i nad adoptí, kterou ale její muž stejně jako IVF příliš nevítal.

8.7 Diskuze

Pro tuto bakalářskou práci jsem si zvolila téma neplodnosti pro jeho bohužel poslední dobou velkou rozšířenost. Je čím dál častějším problémem párů zakládajících rodiny. Ženám se buď nedaří otěhotnět vůbec, či opakovaně prodělávají samovolné potraty. Ve své práci si za cíl podrobněji zkoumat přístup žen k neplodnosti, také se zajímám o jejich preference léčby, neboť není mnoho výzkumů a děl, která by se tímto zabývala. Fertilita ženy i muže jsou ovlivněny mnoha faktory, jsou to například: životní styl a strava, pohyb, psychické rozpoložení, zdravotní stav, či hormonální antikoncepce, k čemuž se dále podrobněji vyjádřím níže.

8.7.1 Analýza pocitů a prožitků žen při neplodnosti

Pokud bychom se podívaly blíže na analýzu pocitů a prožitků žen, musíme si shrnout psychický a rodinný stav žen. Obě dotazované ženy byly v rizikovém věku nad 30 let, primigravidy a primipary, kdy se začaly pokoušet o své první dítě. Byly vysokoškolsky vzdělané ona i jejich partneři. Respondentka Lucie nežila zprvu příliš zdravým životním stylem, naopak Dana se zdravý životní styl zajímala více. Mohlo se to odrážet i na filosofii jejich života a přístupu k otěhotnění. Dana více lpěla na své ženské intuici a tělu, naopak Lucie byla více racionálně založený člověk, kterému vyhovovala konzultace s lékaři. Pokud žena dostatečně nevěří své intuici, dochází k přenosu negativních emocí na tělo, může to vyvolávat problémy s plodností a další zdravotní komplikace postihující právě reprodukční trakt ženy. Nutnost posílení vnitřního ženství, své intuice a víry ve své tělo, jakou měla právě paní Dana, dokazuje i Lucie Kupcová, jež se spiritualitou a ženstvím zabývá. Dle ní jsou děloha a orgány spojené s ní citlivé na stres, ke kterému pokud dochází, výsledkem může být právě neplodnost (KUPCOVÁ, 2013).

Z rozhovoru jasně vyplývalo, že obě ženy se nacházely ve stabilním šťastném manželství a děti si přáli i jejich muži. Pouze manžel respondentky Dany si dítě zprvu nepřál, až postupem času právě v době, kdy se jim podařilo otěhotnět. Domnívám se, že ohledně přístupu k neplodnosti a těhotenství měl Danin manžel ambivalentní pocity a bál se ztráty své pozice v rodině. Možná mohl mít pocit, že na dítě není zralý, jen přece se jedná o velkou životní změnu a roli, kterou již nejde zvrátit. Pokud partnerky mužů otěhotní, v počátku je zcela běžné, že muži mohou pociťovat obavy z nastalé situace, míním, že to byl případ i Danina manžela. Proto podvědomě odmítal představu rodičovství

a sabotoval bylinnou léčbu (RATISLAVOVÁ, 2008, s. 46). Dana s tímto faktem byla posléze seznámena a absolutně to respektovala. Sama uznala, že z psychologického hlediska nejistota manžela mohla mít blokuující účinek na jejich otěhotnění. Je dobře možné, že její manžel ještě nedošel v tu dobu do fáze, kdy byl připraven být rodičem, avšak ze strany společnosti i své ženy pociťoval nátlak stát se otcem.

Lucie i Dana si dítě přály. Pokládaly to za přirozenost každé ženy. Pouze Dana měla strach z transgeneračního přenosu určitých výchovných metod, které dělala její matka na své dceři – Daně. Proto si více přála zpočátku chlapce. Zde je vidět, že po stránce psychické probíhaly určité vztahové problémy se svou matkou, které očividně neměla Dana vyřešené. Z toho důvodu se domnívám, že by bylo nejprve vhodné vyřešit vztahy mezi Dana a její matkou. Matky své dcery formují, ony od nich přebírají vzorce chování, nápodobou se cvičí v budoucích rolích a každá matka nevědomky ovlivňuje budoucí život své dcery, neboť matky určují vztahy jejich dcer a jejich vztahy jim pak pomáhají určovat život (Novák, 2008, s. 9). I zde totiž mohl vzniknout vnitřní neodůvodněný strach z mateřství. Proto byla Dana ráda nejprve, že mateřství stále odsouvala za hranici 30 let.

Respondentka Lucie v úvodu rozhovoru zmínila zarážející fakt. A to, že od počátku měla pocit, že otěhotnění bude komplikované. Navíc její muž prodělal závažný úraz. V Lucii to mohlo vyvolat vnitřní obavy a podvědomě se mohla mateřství vyhýbat, což ale nesesedělo s jejím časovým rámcem, kdy byla rozhodnuta do určitého období svého života otěhotnět. Domnívám se, že to mohlo u Lucie vyvolat i stresovou frustraci, neboť proti své vnitřní vůli bojovala za to stát se matkou, protože společensky stanovená doba k těhotenství již nastala. Taková to negativní stimulace způsobí v těle hormonální změny, do presu se může dostat i partner. Stresem je posléze vyvolána porucha funkce těla. Vinou vyčerpání pak může dojít k fixaci poruchy, která se nakonec může stát organickým postižením (CIMICKÝ, 2009, s. 85-86). Obě respondentky shodně naznačily, že byly ve stresovém období.

8.7.2 Rozbor preferencí léčby neplodnosti

Kontrastní rozdíl nastal v otázce řešení neplodnosti. Respondentka Lucie absolutně důvěřovala lékařům, naopak nedůvěru chovala k alternativním postupům. Od počátku si přála rychle otěhotnět a IVF pokládala za nejpravděpodobnější cestu za těhotenstvím, což

se opakuje i v současnosti, kdy se pokouší s mužem již o druhé dítě. Má důvěru v moderní medicínské postupy.

Druhá respondentka Dana se na rozdíl od Lucie bránila do poslední chvíle IVF a aplikaci hormonů, neboť to pokládala za akt proti přírodě. IVF vnímala spíše jako krajní řešení, ke kterému by se uchýlila až po vyčerpání všech dostupných možností. Naopak Lucie vnímala IVF jako nejoptimálnější řešení.

Myslím, že přístup a vnitřní naladění obou respondentek do určité míry přispívalo k průběhu léčby. Luciina přehnaná touha po dítěti byla určitě ovlivněna očekáváním společnosti, ale její netrpělivý, direktivní přístup k diagnostice, jednosměrné zaměření na lékařskou pomoc ve mne vyvolává dojem neočekávání. Věřila pouze v úspěch IVF.

Jak píše Křivohlavý ve své knize, pacienti často navštěvují lékaře v momentě, kdy svůj zdravotní problém nemohou či nechtějí řešit sami, a očekávají od diagnostika potvrzení jejich domněnek a odpovídající léčbu. Zmiňuje, že postoj pacientka nesmírně ovlivňuje průběh celé terapie (KŘIVOHLAVÝ, 2002, s. 61). Myslím, že Lucie je toho do jisté míry důkazem.

Dana s Lucií shodně uvádějí, že o adopci v jeden moment uvažovali. Zde došlo k podobné shodě mezi jejich muži. Ani jeden z nich adopci nevítal jako vhodné řešení. Lucčin muž ji zamítl kategoricky, Danin muž ji také nepodporoval, ale Dana u něj nevyvracela možnost změny. Ani možnosti darování oocytu či spermií se nesečkala s nadšením. Je vidět, že muži pudově lpí na svém potomstvu a není jim zcela po chuti představa výchovy cizího dítěte, které nebude mít jejich genetickou výbavu, což dokládá i množství literatury a výzkumů. Konkrétně se jedná o myšlenku odlišnosti dítěte od jednoho z rodičů. Dle výzkumů je při výchově nevlastního dítěte vyšší riziko destabilizace manželství a páry často vykazují nižší spokojenost s rodinným životem. Taktéž děti ovlivněny například adoptí pocítují určitou frustraci a vědí, že je něco jinak, než by mělo být. To často vede k předčasnému odloučení od rodiny a osamostatnění se (NOVÁK, 2008, s. 105).

8.7.3 Identifikace psychosociálních dopadů na ženu trpící neplodností

V této části byl trochu problém v rozboru psychosociálních dopadů u respondentky Dany, při rozhovoru byla zdrženlivější. Každopádně shodně s Lucií uvádí, že po partnerské stránce je tato situace s jejich muži stmelila více. Partneři figurovali jako jedinci podpůrní a chápaví, avšak ani jeden z nich nevyjadřoval příliš emoce a své vnitřní citové projevy neměli zapotřebí prezentovat veřejně tak jako jejich ženy Dana a Lucie. Opět se zde odvolávám na význam stereotypních rolí, kdy muži na základě mužského archetypu a výchovy nejsou zvyklí o svých emocích hovořit a sdílet je s ostatními lidmi, jako to dělávají ženy. Jsou racionální, ovládají se.

Lidské emoce jsou propojeny se sociálním světem, který ovlivňuje lidské prožívání, výchovou a učením od ostatních dochází k osvojování určitých vzorců chování a prožívání. (SLAMĚNÍK, 2011, s. 21)

Oba páry popisovaly své manželství jako harmonické a milující. Lucie sama podotýká, že si nemyslí, že neplodnost u páru je signálem, že by spolu tyto dva lidé neměli mít děti, protože se k sobě nehodí. Naopak je přesvědčená o tom, že jejich manželství by i tuto zkoušku ustálo. Proto zásadně nesouhlasím s tvrzením, že dětmi nenaplněné manželství nemůže být zcela šťastné a kompletní, jako tvrdí Bañares a Miras ve své knize (2006, s. 90).

Ani jedna z respondentek si nepřála však své problémy s plodností řešit s širší veřejností, pouze s blízkými přítelkyněmi, neboť čím více lidí o problému vědělo, tím větší tlak obě pociťovaly. Lucie dokonce omezila kontakt se svými přáteli, kteří již potomstvo měli, aby se vyvarovala sebetrýznění. Vždy měla tendenci se porovnávat s těmito matkami, hledala chyby u sebe a je možné, že v ní byla vyvolávána i žárlivost a závist, což je přirozená reakce. Svým způsobem se Lucie začala sociálně izolovat, což určitě mělo dopad na mezilidské vztahy.

Sociální izolace je forma osamocení se, které přestává být přirozené a prospěšné. Styk s určitou skupinou lidí (v tomto případě to byly Lucčiny vrstevnice s dětmi), může působit jako stresující faktor, který je zdrojem zvýšeného napětí, lítosti, bezmoci, trápení se až deprese. Z tohoto důvodu se jedinec takovým to kontaktům obezřetně vyhýbá, aby se vyvaroval takovým to negativním impulsům. Problém však nastává v momentě, kdy podléhá přílišné samotě, v ten moment se z osamocení stává sociální izolace. Člověk zpřetrhává kontakty s určitou skupinou lidí, vyhýbá se socializaci. I v této situaci může dojít k negativním stavům – i lítosti, strachu, depresím. Ideální je náprava krok za krokem,

kdy se jedinec pozvolna opětovně vystavuje přítomnosti stresových faktorů v podobě kontaktu se skupinou, které se zprvu stranil (PRAŠKOVÁ, 2007, s.36–37).

Z hlediska odborného a empatického přístupu nedoporučuji, aby se cíleně zcela odváděla pozornost od problému. Tím, že ženy budeme nutit, aby na své potencionální mateřství a nezdary nemyslely, jejich problém nevyřešíme, naopak ženy můžeme popudit. Mohou mít pocit nepochopení, nízkého prahu empatie. Nejvhodnější metodou se domnívám je tichá, taktní doprovodná a podpurná role v jejich cestě za mateřstvím. Toto mi potvrzuje i rozbor rozhovorů s oběma respondentkami.

Souhlasím s představou psychoterapie jakožto léčby doplňkové, nikoli kauzální. Neplodnost je psychickou zátěží pro pár, ne vždy může být příčina odstraněna, ale psychoterapie pomáhá zlepšit psychický stav a postoj k takovéto situaci neplodným párům. Stres nastartován specifické hormonální pochody, mění sekreci stresových hormonů, které ovlivňují hypotalamo-hypofyzární osu, která má hlavní podíl na plodnosti žen, mužů. Tuto domněnku podporuje i Čepický, cituji: „*Terapie psychogenní neplodnosti je čistě somatická – a velmi úspěšná. Psychoterapie chápaná jako léčba neplodnosti je nesmysl a znamená jen ztrátu času (po třicítce to může být ztráta času, která rozhodne o tom, že žena už sterilní zůstane)*“ (ČEPNICKÝ, 2011). Pouze podotýkám, že pokud se žena naučí přijmout sebe sama, vyřešit své vnitřní problémy, omezit stres, je vždy blíž k úspěšnému vyléčení. Nelze léčit tělo bez ducha.

8.7.4 Analýza míry informovanosti o léčbě neplodnosti.

Obě dvě respondentky měly určité povědomí o alternativních léčbách a shodně obě respektovaly metody moderní medicíny, i když Lucie o něco více. Bohužel ani jedna z respondentek nevykazovala vysoké povědomí a zkušenosti s alternativními metodami. Několik jich znaly, Dana jich zkusila o něco více, avšak například v návaznosti na mou teoretickou část ani jedna z žen nezkusila léčbu homeopatiky. Ta je přitom široce rozšířená a poměrně dobře dostupná, navíc bez vedlejších účinků (NESTRAŠILOVÁ, 2005)

Stejně tak ani jedna z nich nezkusila akupresuru či akupunkturu. Jediná respondentka Dana vyjádřila náklonnost k psychoterapii, načež Lucii tato možnost ani nenapadla. Význam psychoterapie v případě psychogenní neplodnosti je velký. Může

pomoci odstranit hluboko zakořeněné bloky související s infertilitou a sterilitou (HASSOVÁ, 2010).

V některých případech může mít vliv na neplodnost i dlouhodobé užívání hormonální antikoncepce, jak demonstruje Helena Máslová. Udává, že může být příčinná souvislost mezi dlouhodobým užíváním hormonální antikoncepce a neplodností, neboť vlivem hormonů dochází k narušení přirozené cykličnosti žen (GRUNDOVÁ, 2015). Na základě rozhovorů se ženami nelze jednoznačně určit, zdali tomu tak opravdu bylo například v případě respondentky Lucie, která hormonální antikoncepci užívala od svých 18 let po dobu 10 let.

9 ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se pokusila podrobněji rozebrat neplodnost a přístup žen k takovéto situaci. Zajímala jsem se, jak o jejich prožitky a pocity, tak i jejich povědomí a zkušenosti s různými typy léčeb. Pomocí zahraničních a českých publikací a článků se mi podařilo sestavit teoretické schéma charakteru neplodnosti, jeho druhy a metody léčby. Stejně tak i psychosomatická medicína má svou nezaměnitelnou roli v této zdravotní problematice. Veškerá fakta jsem se pokusila logicky seřadit. Za zmínku stojí i užití alternativních metod léčby, i prevence. Teoretická část práce je vystavěna na množství odborných článků a vědeckých i učebních publikací. Jako poměrně náročné sledávám dohledávání odborných a erudovaných článků a výzkumů zabývajících se přirozenými metodami léčby neplodnosti.

Na základě výzkumu, který jsem zvolila jako kvalitativní, jsem pomocí polostandardizovaného rozhovoru podrobila analýze 2 respondentky, kdy každá měla zkušenost s neplodností a oběma se podařilo nakonec úspěšně otěhotnět a porodit alespoň jedno dítě. Zajímala jsem se především o jejich přístup k neplodnosti. Sledovala jsem kontrasty jejich povah a životního přístupu. Obě dvě vítaly možnost lékařské péče, avšak potvrdila jsem si, že i alternativními metodami lze dosáhnout úspěšného výsledku – otěhotnění. Také jsem zjišťovala, jaký je přístup jejich manželů k této věci. Oba dva stáli o biologické dítě a adopci odmítali, což pro mne bylo do jisté míry překvapující.

Obě ženy znaly metody alternativní léčby, avšak žena, jejíž životní styl byl více přirozený a ne na moderní techniku a lékařství zaměřený, znala a sama vyzkoušela vícero alternativních metod pro podporu plodnosti. Z rozhovoru jsem zjistila, že psychická pohoda a eliminace stresových faktorů přispívají k lepší plodnosti. To mi potvrdilo i množství výzkumů a publikací.

Díky této práci jsme měla možnost podrobněji zkoumat problematiku neplodnosti a prožívání žen i jejich partnerů. Důležité je, aby nebyl na mladé neplodné páry vyvíjen nátlak ze strany společnosti a lékařů. Naopak tichá podpora a pochopení jsou přínosnější, než neustále opakující se a bohužel postupem času čím dál tím víc stresující rady.

SEZNAM LITERATURY

BAÑARES, Juan Ignacio, MIRAS, Jorge. *Manželství a rodina*. 1. vyd. Pardubice: Axis, 2014. ISBN: 978-80-903864-9-5

CIMICKÝ, Jan. *Usměvavý Buddha*. 1. vyd. Praha: Baronet, 2009. ISBN: 978-80-7384-193-5

DETHLEFSEN, Thorwald, DAHLKE, Ruediger. *Nemoc jako cesta*. 1.vyd. Praha: Triton, 2011. ISBN: 978-80-7387-449-0

DOHERY, Maud, CLARK, Melanie Morrissey. *Léčba neplodnosti, podrobný rádce neplodným párům*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2006. ISBN 80-251-0771-X

FAIT, Tomáš. *Antikoncepce*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2012. ISBN 978-80-7345-280-3

FREUNDL, Günter. *Chceme mít miminko*. 1.vyd. Praha: Vašud, 2008. ISBN 978-80-7236-603-3

GALLOVÁ-ULČOVÁ, Zdenka, LOŠAN, Petr. *Neplodnost – útok imunity*. 2. vyd., aktualizované, doplněné. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN: 978-80-247-4555-8

HAVRÁNEK, František, DYKOVÁ Helena. *Neplodné manželství*. 1.vyd. Praha: SZdN, 1964. ISBN 08-104-64

KONEČNÁ, Hana. *Na cestě za dítětem*. 1.vyd. Praha: Academia, 2003. ISBN 80-200-1055-6

KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie 1. Díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN: 978-80-247-3875-8

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN: 80-247-0179-0

LOJKOVÁ, Daniela. *Získejte rovnováhu těla, mysli, duše a ducha*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN: 978-80-247-2268-9.

MARDEČIČ, Tonko. *Diagnostika a léčba poruch neplodnosti*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4458-2

NOVÁK, Tomáš. *Vztah matky a dcery*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2076-0

NOVÁK, Tomáš. *Vztah otce a syna*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2079-1

PRAŠKOVÁ, Hana. *Asertivitou proti stresu – 2., přepracované a doplněné vydání*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN: 978-80-247-1697-8

RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o., 2008. ISBN: 978-80-254-2186-4.

ŘEŽÁBEK, Karel. *Léčba neplodnosti*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-1010-2

SLAMĚNÍK, Ivan. *Emoce a interpersonální vztahy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN: 978-80-247-3311-1

SLAVÍK, Milan a kol. *Vysokoškolská pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN: 978-80-247-4054-6

SLEPIČKOVÁ, Lenka. *Diagnóza: Neplodnost: sociologický pohled na zkušenost nedobrovolné bezdětnosti*. 1.vyd. Praha: Slon, 2014. ISBN 978-80-7419-140-4

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kolektiv. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III: Gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN: 978-80-247-2270-2.

ŠULOVÁ, Lenka, FAIT, Tomáš, WEISS, Petr. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. 1.vyd. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN978-80-7345-238-4

TREWINNARD, Karen. *Jak přirozeně otěhotnět: možnosti, jak zvýšit šance na přirozené početí*. 1.vyd. Brno: Computer Press, 2006. ISBN 80-251-0764-7

WILLIAMS, Christopher. *Nejrychlejší cesta k přirozenému početí*. 1. vyd. Praha: Práh, 2008. ISBN 978-80-7252-221-7

INTERNETOVÉ ZDROJE

BODYTERAPIE. *Psychoterapie zaměřená na tělo* [online]. © 2015 [cit. 20. 12. 2015]. Dostupné z <http://www.bodyterapie.cz>

CELOSTNÍ MEDICÍNA. *Bylinky podporující plodnost* [online]. Publikováno 28.04.2010 [cit. 28. 12. 2015]. Dostupné z <http://www.celostnimediceina.cz/bylinky-podporujici-plodnost.htm>

FIALA, Radovan. *IVF (in vitro fertilizace)* [online]. © 2016 [cit. 17. 12. 2015]. Dostupné z <http://www.zenska-neploinnost.cz/ivf-in-vitro-fertilizace>

VESELÁ, Iva. Detoxikace před těhotenstvím [online]. Publikováno 2. 4. 2009 [cit. 3. 4. 2016]. Dostupné z: <http://www.bio-life.cz/clanky/deti-a-maminky/detoxikace-pred-tehotenstvim.html>

FORMÁNKOVÁ, Kateřina. *Homeopatie řeší i problémy s neplodností* [online]. Publikováno 17. 2. 2011 [cit. 30. 12. 2015]. Dostupné z <http://mladazena.maminka.cz/scripts/detail.php%3Fid=505851>

GALENUS. *Pohlavní soustava ženy* [online]. Publikováno 23. 3. 2003 [cit. 2. 12. 2015]. Dostupné z <http://galenus.cz/clanky/zdravi/rozmnozovani-pohlavi-zena>

GRUNDOVÁ, Nora. *Psychogynekoložka o neplodnosti a nemocech, za které si můžeme sami*. [online]. Publikováno 7.2.2015 [cit. 22. 12. 2015]. Dostupné z http://relax.lidovky.cz/psychogynekolozka-o-neploinnosti-a-nemocech-za-ktete-si-muzeme-sami-1-cast-1qa-/zdravi.aspx?c=A150205_102359_In-zdravi_ape

HAB, Petr. *Lékaři: Mezi umělým oplodněním a rakovinou prsu může být souvislost* [online]. Publikováno 24. 9. 2013 [cit. 10. 1. 2016]. Dostupné z <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/1073472-lekari-mezi-umelym-oplodnenim-a-rakovinou-prsu-muze-byt-souvislost>

HASSOVÁ, Ilona. *Psychická podpora* [online]. © 2010 [cit. 18. 12. 2015]. Dostupné z <http://www.podporareprodukce.cz/psychicka-podpora>

HAVELKOVÁ, Michaela. *Důvody mužské neplodnosti* [online]. Publikováno 22.07.2013 [cit. 20. 12. 2015]. Dostupné z <https://fertilomat.com/cs/duvody-muzske-neploinnosti>

CHOVANEC, Stanislav. *Příčiny a diagnostika neplodnosti*. [online]. Publikováno 7.5.2002 [cit. 5. 12. 2015]. Dostupné z <http://www.ivf-zlin.cz/24794-priciny-a-diagnostika-neploinnosti>

KONEČNÝ, Martin. *O psychosomatice* [online]. Publikováno 17. 9. 2013 [cit. 17. 12. 2015]. Dostupné z <http://psychosomatika.net/index.php/psychopolopaticky/73-o-psychosomatice>

KUPCOVÁ, Lucie. *Podpořte zdraví své dělohy a vraťte do života ženskost!* [online]. Publikováno 5. 9. 2013 [cit. 3. 4. 2016]. Dostupné z: <http://www.kondice.cz/2013/09/podporte-zdravi-sve-delohy-a-vratte-do-zivota-zenskost/>

LABUDOVÁ, Zuzana. *Štěstí ze zkumavky: Znáte dobře rizika umělého oplodnění?* [online]. Publikováno 12. 12. 2013 [cit. 18. 12. 2015]. Dostupné z <http://www.maminka.cz/clanek/stesti-ze-zkumavky-znate-dobre-rizika-umeleho-oplodneni>

MLČOCHOVÁ, Eva. *Kouření a neplodnost u mužů a žen* [online]. © 2015 [cit. 8. 12. 2015]. Dostupné z http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zdravi/neplodnost/309-koureni-a-neplodnost-u-muzu-a-zen.html

NESTRAŠILOVÁ, Lucie. *Mají neplodné páry naději?* [online]. Publikováno 2. 5. 2005 [cit. 28. 12. 2015]. Dostupné z <https://svethomeopatie.cz/cs/28-maji-neplodne-pary-nadeji>

PODPORA REPRODUKCE. *Cvičení Ludmily Mojžíšové* [online]. © 2010 [cit. 20. 12. 2015]. Dostupné z <http://www.podporareprodukce.cz/psychosomaticka-podpora/fyzioterapie>

LABUDOVÁ, Zuzana. *Štěstí ze zkumavky: Znáte dobře rizika umělého oplodnění?* [online]. Publikováno 12. 12. 2013 [cit. 18. 12. 2015]. Dostupné z <http://www.maminka.cz/clanek/stesti-ze-zkumavky-znate-dobre-rizika-umeleho-oplodneni>

REPROMEDA. *Umělé oplodnění: metody* [online]. © 2016 [cit. 11. 12. 2015]. Dostupné z <http://www.repromeda.cz/poskytovana-pece/diagnostika-a-lecba-neplodnosti/umele-oplodneni-metody>

ROUDNÁ, Veronika. *Co je psychosomatika* [online]. © 2012 - 2014 [cit. 17. 12. 2015]. Dostupné z <http://www.pexis.cz/psychosomatika/co-je-psychosomatika>

SIČOVÁ, Monika. *Tantra-jóga a neplodnost* [online]. Publikováno 26. 8. 2004 [cit. 20. 12. 2015]. Dostupné z <http://mohendzodaro.cz/tantra-joga-a-neplodnost-977>

SLIMÁKOVÁ, Margit. *Neplodnost? Vážná nemoc, nebo jen nerovnováha v organismu?* [online]. Publikováno 20. 7. 2011 [cit. 5. 12. 2015]. Dostupné z <http://www.margit.cz/neplodnost>

SUŠILOVÁ, Lenka. *Neplodnost a asistovaná reprodukce* [online]. Publikováno 18.4.2008 [cit. 6. 12. 2015]. Dostupné z https://is.muni.cz/th/173927/pedfb/Neplodnost_a_asistovana_reprodukce.pdf

ŠÍPEK, Antonín. *Pohlavní orgány ženy* [online]. Publikováno 1.5.2010 [cit. 1. 12. 2015]. Dostupné z <http://www.genetika-biologie.cz/pohlavni-organy-zeny>

THYROID AWARENESS. *How thyroid hormones impact female fertility* [online]. Publikováno 12. 3. 2006 [cit. 6. 12. 2015]. Dostupné z <http://thyroidweek.org/en/thyroid-and-fertility-html-html/how-thyroid-problems-impact-female-infertility>

ULÉKAŘE. *Homeopatie může pomoci v léčbě neplodnosti* [online]. Publikováno 1. 10. 2013 [cit. 20. 12. 2015]. Dostupné z <http://www.ulekare.cz/clanek/homeopatie-muze-pomoci-v-lecbe-neplodnosti-12917>

ULÉKAŘE. *Varikokéla, ryze mužský problém* [online]. Publikováno 14.12.2012 [cit. 20. 12. 2015]. Dostupné z <http://www.ulekare.cz/clanek/varikokela-ryze-muzsky-problem-16303>

VESELÁ, Iva. *Detoxikace před těhotenstvím* [online]. Publikováno 2. 4. 2009 [cit. 3. 4. 2016]. Dostupné z: <http://www.bio-life.cz/clanky/deti-a-maminky/detoxikace-pred-tehotenstvim.html>

VITALION. *Neplodnost žen*. [online]. © 2015 [cit. 5. 12. 2015]. Dostupné z <http://nemoci.vitalion.cz/neplodnost-zen>

ŽENSKÁ NEPLODNOST. *Vyvážená strava jako podmínka ženské plodnosti*. [online]. 2016 [cit. 3. 4. 2016]. Dostupné z: <http://www.zenska-neplodnost.cz/novinky/vyvazena-strava-jako-podminka-zenske-plodnosti-1012>

Seznam příloh

Příloha 1 Informovaný souhlas k rozhovoru

Příloha 2 Schéma rozhovoru

Příloha 2 Informovaný souhlas k rozhovoru

NEPLODNOST

STUDENT

Dominika Römanová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
kristina.castova@gmail.com

VEDOUCÍ BP:

Mgr. Lucie Kašová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
lkasova@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je zhodnocení přístupu žen k neplodnosti a formám její léčby.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Příloha 3 Schéma rozhovoru

Schéma rozhovoru (polo-strukturovaný)

Anamnestické údaje:

- Kolik Vám je let?
- Jaký je Váš rodinný stav?
- Jaké je Vaše vzdělání a profese?
- Kolik nyní měříte a vážíte?
- Měla jste velké váhové změny od doby, co jste se snažili o miminko?
- Prodělal jste v dětství nebo v dospělosti nějaké závažnější onemocnění, operace, úrazy?
- Prodělal jste nějaké gynekologické onemocnění?
- Vyskytují se ve Vaší rodině nějaká závažnější onemocnění?
- Jaký je Váš životní styl?
- Užíváte nějaké návykové látky?
- Užívala jste někdy hormonální antikoncepci?
- Jaký to byl typ hormonální antikoncepce?
- Proč jste jí vysadila?
- Jaké má Váš manžel vzdělání a jaká je jeho profese?
- Měl Váš manžel nějaké vážnější onemocnění, úrazy? Léčí se nyní s něčím?
- Jaký je životní styl vašeho manžela?
- Jaká byla Vaše motivace mít dítě?
- Měla jste obavy spojené s mateřstvím?
- Chápu správně, že jste měla větší obavy spojené s narozením dcery?
- Změnila jste něco na Vašem životním stylu, když jste se snažila otěhotnět?

Cesta za dítětem:

- Jak dlouho trvala Vaše cesta za dítětem?
- Po jak dlouhé době jste vyhledali odbornou pomoc?
- Jak probíhala Vaše první návštěva u gynekologa?
- Jaký byl další postup?
- Jaký měla inseminace průběh?

- Jaký byl další postup?
- Proč jste odmítla?
- Jak jste to řešili dál?
- A po této zkušenosti jste stále pokračovala v užívání čajů?
- Měla jste strach v souvislosti s prodělaným potratem?
- Jak probíhalo těhotenství?
- A porod?
- Jaký byl/je Váš názor na asistovanou reprodukci?
- Přemýšlela jste někdy o adopci?

Vliv léčby na vztahy:

- Jak se k celé situaci stavil manžel?
- Bylo to z Vašeho pohledu náročnější pro Vás nebo pro manžela?
- Vnímáte, že se během té doby změnil vztah mezi Vámi a manželem?
- Jak se k celé situaci stavělo vaše okolí, rodina?

Přístup respondentky k neplodnosti:

- Znáte i jiné metody, které je možno využít při léčbě neplodnosti?
- Zkusila jste některé z nich?
- Jaký postup pro Vás byl nejméně příjemný?
- Jaká si myslíte, že byla příčina Vaší neplodnosti?
- Co Vám podle Vás nejvíce pomohlo?
- Jak teď vnímáte zpětně tuto zkušenost? Uvědomila jste si něco?