

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Renáta Hanzlíčková

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

ZKUŠENOSTI ŽEN S ASISTOVANOU REPRODUKČÍ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Kristina Janoušková Ph.D.

PLZEŇ 2021

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Renáta HANZLÍČKOVÁ**
Osobní číslo: **Z18B0007P**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Téma práce: **Zkušenosti žen s asistovanou reprodukcí**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS.
- Popsat metodiku praktické části.
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
- Dodržet citační normu.
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce.

Rozsah bakalářské práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

- ŘEŽÁBEK, Karel. *Asistovaná reprodukce*. 3. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf, [2018]. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-553-8.
- MRÁZEK, Milan. *Umělé oplodnění*. V Praze: Triton, 2003. Odborná léčba v moderní medicíně. ISBN 80-7254-413-6.
- MARDEŠIČ, Tonko. *Diagnostika a léčba poruch plodnosti*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4458-2.
- ELDER, Kay, Doris J. BAKER a Julie A. RIBES. *Infections, Infertility, and Assisted Reproduction*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press, 2005. ISBN 978-05-218-1910-7.
- ŘEŽÁBEK, Karel. *Léčba neplodnosti*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2008. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2103-3.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Kristina Janoušková, Ph.D.**
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2019**
Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2021**



PhDr. Lukáš Štich, MBA
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2021

Prohlášení

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

V Plzni dne 31.3.2021



vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Hanzlíčková Renáta

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Zkušenosti žen s asistovanou reprodukcí

Vedoucí práce: PhDr. Kristina Janoušková Ph.D.

Počet stran – číslované: 64

Počet stran – nečíslované: 27

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 54

Klíčová slova: neplodnost, léčba, asistovaná reprodukce, IVF, rizika asistované reprodukce

Souhrn:

Bakalářská práce je zaměřena na zkušenosti žen s IVF. Je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se věnuje neplodnosti, metodám asistované reprodukce, rizikům asistované reprodukce, roli porodní asistentky v centru asistované reprodukce, psychickým dopadům neplodnosti, a nakonec financování asistované reprodukce. V teoretické části jsou informace a poznatky získané z odborné literatury a internetových zdrojů. Praktická část analyzuje prožívání žen, které nemohou otěhotnět, a které prochází procesem IVF. Obsahuje vyhodnocení výzkumného šetření, které probíhalo formou polostrukturovaných rozhovorů se třemi participantkami. V závěru práce jsou shrnuty získané informace, které jsou porovnány s odbornou literaturou a výzkumy, dále doporučení pro praxi, limity práce a sebereflexe výzkumníka.

Abstract

Surname and name: Hanzlíčková Renáta

Department: Ošetrovatelství a porodní asistence

Title of thesis: Experience of woman with assisted reproduction

Consultant: PhDr. Kristina Janoušková Ph.D.

Number of pages – numbered: 64

Number of pages – unnumbered: 27

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 54

Keywords: infertility, treatment, assisted reproduction, IVF, risks of assisted reproduction

Summary:

The bachelor thesis is focused on the experience of woman with IVF. It is divided into theoretical and practical part. It is divided into theoretical and practical part. The theoretical part deals with infertility, methodical assisted reproduction, risk preaching of assisted reproduction, the role of the midwife in the center of assisted reproduction, the psychological effects of infertility and finally the financing of assisted reproduction. The theoretical part contains information and knowledge obtained from professional literature and Internet sources. The practical part analyzes the experience of women who cannot get pregnant and who are going through the IVF process. It contains an evaluation of the research survey, which took place in the form of semi-structured interviews with three participants. At the end of the work are summarized the information obtained, which is compared with the literature and research, as well as recommendations for practice, work limits and self-reflection of the researcher.

Předmluva

Těhotenství je jedna z nejkrásnějších fází života ženy. Ovšem ne každá žena může otěhotnět přirozenou cestou a je nutné, aby podstoupila umělé oplodnění. Toto období je pro ženu velmi psychicky, ale i fyzicky vyčerpávající. Mnohdy má i negativní důsledky na partnerský vztah. Asistovaná reprodukce může způsobit i řadu komplikací, které může ovlivnit následné těhotenství a psychiku ženy.

Cílem bakalářské práce je zjistit jaké zkušenosti mají ženy s asistovanou reprodukcí. Zajímalí jsme se o psychický stav participantek od zjištění diagnózy neplodnosti až po těhotenství. Dále jsme se věnovali příčinám neplodnosti, průběhu IVF, míru podpory ze strany partnera, vlivu neplodnosti a IVF na vztah mezi partnery, vztahu s porodními asistentkami a v neposlední řadě průběhu těhotenství.

Použili jsme kvalitativní výzkumné šetření prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s vybranými participantkami.

Poděkování

Děkuji Ph.Dr. Kristině Janouškové Ph.D. za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji osloveným participantkám za jejich čas, a hlavně ochotu sdílet náročnou část jejich života. V neposlední řadě chci poděkovat mé rodině, která mě velmi podporovala.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	13
SEZNAM TABULEK	14
SEZNAM ZKRATEK	15
ÚVOD.....	16
TEORETICKÁ ČÁST	18
1 NEPLODNOST	18
1.1 Rizikové faktory ženské neplodnosti	18
1.1.1 Kouření, alkohol a drogy	18
1.1.2 Cvičení a diety	18
1.1.3 Obezita.....	19
1.1.4 Psychické faktory	19
1.1.5 Pohlavně přenosné nemoci	19
1.2 Příčiny neplodnosti ženy.....	19
1.2.1 Nedožívání vajíčka	19
1.2.2 Endometrióza.....	20
1.2.3 Protilátky proti spermím.....	20
1.2.4 Anovulace.....	20
1.2.5 Věk.....	20
1.2.6 Hormonální poruchy.....	21
1.3 Příčiny neplodnosti muže.....	21
1.3.1 Porucha spermií	21
1.3.2 Varikokéla	21
1.3.3 Návykové látky.....	21
1.3.4 Teplo.....	22
1.3.5 Dědičné a vrozené poruchy	22
1.4 Vyšetření neplodnosti muže.....	22
1.4.1 Anamnéza	22
1.4.2 Spermigram	22
1.4.3 Fyzikální vyšetření genitálu.....	23
1.4.4 Hormonální a bakteriologické vyšetření.....	23
1.4.5 Genetické vyšetření	23
1.5 Vyšetření neplodnosti ženy.....	23
1.5.1 Anamnéza	23
1.5.2 Ovariální rezerva	24
1.5.3 Vyšetření průchodnosti vejcovodů	24

1.5.4	Laparoskopické vyšetření.....	24
1.5.5	Vyšetření děložní dutiny.....	24
1.6	Léčba neplodnosti ženy.....	25
1.6.1	Anovulace.....	25
1.6.2	Tubární neostomie.....	25
1.7	Nefarmakologická léčba při neplodnosti.....	26
1.7.1	Metoda Ludmily Mojžíšové.....	26
1.7.2	Hormonální jóga.....	26
1.7.3	Fytoterapie.....	26
1.7.4	Homeopatie.....	27
2	METODY ASISTOVANÉ REPRODUKCE.....	28
2.1	Intrauterinní inseminace.....	28
2.2	In vitro fertilizace.....	28
2.2.1	Ovariální stimulace.....	29
2.2.2	Odběr vajíček a přidání spermií k vajíčku.....	29
2.2.3	Kontrola růstu zygoty v embryu.....	29
2.2.4	Embryotransfer.....	30
2.3	Mikromanipulační techniky.....	30
2.3.1	Intracytoplazmatická injekce spermií.....	30
2.3.2	Intracytoplazmatická injekce proselektované spermie.....	31
2.4	Darování gamet.....	31
2.4.1	Dárcovství spermií.....	31
2.4.2	Dárcovství oocytů.....	31
2.5	Kryokonzervace spermií, oocytů a embryí.....	32
2.5.1	Kryokonzervace spermií.....	32
2.5.2	Kryokonzervace oocytů.....	32
2.5.3	Kryokonzervace embryí.....	32
2.6	Surogátní mateřství.....	33
3	RIZIKA ASISTOVANÉ REPRODUKCE.....	34
3.1	Spontánní potraty.....	34
3.2	Vícečetné těhotenství.....	34
3.3	Mimoděložní těhotenství.....	34
3.4	Ovariální hyperstimulační syndrom.....	35
3.5	Tromboembolie.....	36
3.6	Poranění po odběru oocytů.....	36
4	TĚHOTENSTVÍ PO ASISTOVANÉ REPRODUKCI.....	37
4.1	Role porodní asistentky.....	38

5 PSYCHICKÉ DOPADY NEPLODNOSTI.....	40
6 FINANCOVÁNÍ ASISTOVANÉ REPRODUKCE.....	42
PRAKTICKÁ ČÁST	43
7 FORMULACE PROBLÉMU	43
8 CÍL A ÚKOLY PRÁCE	43
8.1 Hlavní cíl.....	43
8.2 Dílčí cíle.....	43
9 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY	44
10 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	44
11 METODIKA VÝZKUMU.....	44
12 ORGANIZACE VÝZKUMU	45
13 ZPRACOVÁNÍ DAT	46
14 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	47
14.1 Rozhovor č.1 – Paní Terež	47
14.1.1 První videohovor	47
14.1.2 Druhý videohovor.....	54
14.2 Rozhovor č.2 – paní Monika	57
14.3 Rozhovor č.3 – paní Kateřina.....	65
DISKUZE.....	72
14.4 Analýza psychického stavu žen při neplodnosti	72
14.5 Analýza prožitků žen při procesu IVF	73
14.6 Jaký je vztah mezi porodní asistentkou a ženou podstupující IVF	75
14.7 Jak ovlivnila neplodnost a asistovaná reprodukce vztah mezi ženami a jejich partnery 75	
14.8 Jak ženy prožívají těhotenství po IVF.....	76
Doporučení pro praxi.....	77
Limity práce.....	78
Sebereflexe výzkumníka	78
ZÁVĚR.....	79
SEZNAM LITERATURY	81
INTERNETOVÉ ZDROJE.....	82
KVALIFIKAČNÍ PRÁCE.....	85
SEZNAM PŘÍLOH	87
PŘÍLOHY	88
Příloha A – Hodnoty výborných výsledků spermioqramu ve srovnání s jeho dolní hranicí	88
Příloha B – Prodloužená kultivace	88
Příloha C – Embryotransfer.....	89

Příloha D – Intracytoplazmatická injekce spermií	89
Příloha E – Typy mimoděložního těhotenství	90
Příloha F – Informovaný souhlas	91

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Prodloužená kultivace	88
Obrázek 2: Embryotransfer	89
Obrázek 3: Intracytoplazmatická injekce spermií	89
Obrázek 4: Typy mimoděložního těhotenství	90

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Hodnoty výborných výsledků spermiogramu ve srovnání s jeho dolní hranicí 88

SEZNAM ZKRATEK

PCOS	Syndrom polycystických ovarií
GnRH.....	Gonadotropin relasing hormon
FSH.....	Folikulostimulační hormon
PCR.....	Polymerázová řetězová reakce
AFC	Antral follicle count
LH.....	Luteinizační hormon
IVF.....	In vitro fertilizace
LSK.....	Laparoskopie
HSG	Hysterosalpingografie
AR.....	Asistovaná reprodukce
IUI.....	Intrauterinní inseminace
PGD	Preimplantační genetická diagnostika
PGT.....	Preimplantační genetické testování
ET	Embryotransfer
ICSI.....	Intracytoplazmatická injekce spermií
PICSI	Intracytoplazmatická injekce proselektované spermie
PRL.....	Prolaktin
OHSS	Ovariální hyperstimulační syndrom
hCG.....	Choriongonadotropinový hormon
CB.....	Celková bílkovina
PAS.....	Porodní asistentka
BMI.....	Body mass index

ÚVOD

Má bakalářská práce je zaměřena na asistovanou reprodukci, protože v současné době se zvyšuje počet párů, které mají problém s neplodností, ať už je to muž či žena. Jeden z důvodů je, že ženy v dnešní době upřednostňují vzdělání, kariéru, chtějí si plnit své sny, chtějí cestovat nebo hledají toho správného partnera a těhotenství oddalují. Plodnost berou jako samozřejmost. Většina žen si neuvědomuje, že se zvyšujícím věkem plodnost klesá. Ale přibývají i mladé páry, které mají problém počít dítě přirozenou cestou. Nejčastějším příčinami neplodnosti bývá porucha ovulace nebo neprůchodnost vejcovodů. Jsou zde ale i jiné faktory, které mohou způsobovat neplodnost a těmi jsou kouření, alkohol, požití drog či nevhodný životní styl. Neplodnost může být způsobena i psychicky.

Porodní asistentky jsou právě ty, s kterými neplodný pár sdílí nejen v centru asistované reprodukce, ale i v gynekologické ambulanci, své problémy. Jsou součástí důležitých fází života ženy. Do těchto fází patří například těhotenství, porod nebo právě neplodnost a její léčba. Porodní asistentky se podílejí na péči o neplodné ženy. Z toho důvodu by měla mít porodní asistentka přehled o tom, jak žena neplodnost prožívá a jaké pocity jí provází při asistované reprodukci. V těchto situacích by měly ženám poskytnout podporu.

Asistovaná reprodukce je jeden z oborů medicíny, která se neustále zlepšuje a vyvíjí. Mezi nejznámější metody asistované reprodukce lze zařadit intrauterinní inseminaci, což je aplikace spermií do těla ženy nebo in vitro fertilizace, kdy se mimotělně oplodní vajíčka spermií a následuje embryotransfer, kdy se embryo přeneso do dělohy ženy.

Toto téma jsem si vybrala i z toho důvodu, že přibývá přátel kolem mě, které mají problém otěhotnět přirozenou cestou a využívají právě asistovanou reprodukci. Jako studentka porodní asistence se při praxi setkávám běžně s ženami, které musely podstoupit asistovanou reprodukci, aby otěhotněly.

Cílem této bakalářské práce je zjistit, jak ženy prožívají skutečnost, že jsou neplodné. Zajímá mě, jak celý proces asistované reprodukce probíhá. V praktické části bakalářské práce jsem se věnovala metodě IVF. Zajímalo mě, jak tento proces ženy prožívají a jaký dopad to má na jejich psychiku a partnerský vztah. Zaměřuji se i na průběh a prožívání těhotenství v jednotlivých trimestrech po IVF. Informace jsem získávala pomocí polostrukturovaných rozhovorů.

Informace, které jsou v této bakalářské práci, jsem získávala nejvíce z knih a internetových článků. Odbornou literaturu jsem si opatřila ve Studijní a vědecké knihovně v Plzni a v knihovně Fakulty zdravotnických studií v Plzni.

TEORETICKÁ ČÁST

1 NEPLODNOST

Pár považujeme za sterilní v případě, že nedojde k otěhotnění při pravidelném nechráněném styku po dobu jednoho roku. Při vyšetření pro neplodnost je třeba u ženy zohlednit věk, protože se zvyšujícím věkem plodnost klesá. U žen nad 35 let se tedy nečeká jeden rok, ale vyšetření podstupuje dříve. (ŘEŽÁBEK 2018, s.12) Sterilita se dělí na primární a sekundární. Jako primární označujeme neplodnost v případě, že žena nebyla nikdy těhotná. Jako sekundární se definuje neplodnost, jestliže předcházelo jedno nebo více těhotenství. V české literatuře se můžeme setkat s pojmy sterilita a infertilita. Infertilita znamená, že žena otěhotní, ale není schopna donosit plod. V anglické literatuře infertilita znamená neschopnost otěhotnět i neschopnost donosit plod. Z 35-45 % je příčina sterility na straně ženy, z 30-40 % na straně muže. Z 20 % je příčina neplodnosti u obou partnerů současně. U 10 % párů se není možné zjistit příčinu sterility. (ŘEZÁČOVÁ 2018, s. 62,63)

1.1 Rizikové faktory ženské neplodnosti

1.1.1 Kouření, alkohol a drogy

Do určité míry může kouření, alkohol a drogy neplodnost ovlivnit. Kouření má vliv na hormonální hladiny, což způsobuje ženskou neplodnost. Zvyšuje riziko mimoděložního těhotenství. Cigaretový kouř také způsobuje předčasný zánik buněk ve vaječníku.

Alkohol má rovněž negativní vliv na ženskou plodnost. Studie ukazují, že popíjení snižuje šance otěhotnění až o 50 %.

V době, kdy se snaží žena otěhotnět je vhodné omezit i přísun kofeinu. Některé studie dokázaly, že kofein může mít také vliv na ženskou plodnost. (DOHERTY, 2006, s.15)

1.1.2 Cvičení a diety

Fyzická zátěž rovněž může mít vliv na reprodukční funkce. Při velké fyzické zátěži či přísné dietě dochází k redukci tělesné váhy, která může způsobit, že žena ztratí ovulaci. Také může dojít ke snížení tvorby estrogenu, který je důležitý pro menstruaci. Může dojít až k tomu, že se z vaječníku neuvolňují vajíčka a žena může mít opožděnou či slabou menstruaci. (DOHERTY, 2006, s.16)

1.1.3 Obezita

Obezita v jisté míře může také ovlivnit plodnost ženy. Nadměrný tuk vytváří látky, které mají negativní vliv na vaječníky a vajíčka a může mít špatný vliv na průběh těhotenství. Obezita negativně ovlivňuje tvorbu hormonů a způsobuje poruchy ovulace a menstruace. Společně s obezitou se často vyskytuje vysoký krevní tlak a cukrovka. Tyto potíže mohou způsobit zhoršení schopnosti těla dodat látky dítěti pomocí placenty. U obézních žen je i vyšší riziko potratů a předčasných porodů. Při císařském řezu se ženy často setkávají s horším průběhem hojení jizvy. Některým ženám s velmi vysokým BMI se doporučuje nejdříve zhubnout, než se začne se samotnou léčbou. (MOJEZDRAVÍ, 2020)

1.1.4 Psychické faktory

Důležité je, aby žena během snažení o dítě, byla v psychické pohodě, protože dlouhodobý stres může způsobit ztrátu ovulace. Stres má vliv na hladinu hormonů. Může způsobit anovulaci nebo vést k tomu, že žena přestane mít menstruaci. V jedné studii bylo prokázáno, že stres z neplodnosti je rovna stresu pacientek, které mají rakovinné onemocnění. Často se ženám doporučuje relaxace jako je meditace či jóga. Tyto relaxační metody mohou do určité míry ženám a párům vyrovnat se s neplodností.

1.1.5 Pohlavně přenosné nemoci

Pohlavně přenosné nemoci jsou v dnešní době nejčastější příčinou neplodnosti. Pokud se některé infekce neléčí včas, mohou se rozvinout do pánevní zánětlivé nemoci. Ta může způsobit srůsty hlavně v oblasti vejcovodů a vaječníky se stávají neprůchodnými. Jednou z těchto nemocí je například Chlamydiová infekce. Je to tzv. „tichá infekce“. U většiny žen totiž probíhá bez příznaků. U jedné pětiny žen se infekce rozvine v pánevní zánětlivou nemoc, která vede k neplodnosti až v 20 %. Dále může způsobit mimoděložní těhotenství či bolesti v pánevní oblasti. (DOHERTY, 2006, s.16)

1.2 Příčiny neplodnosti ženy

1.2.1 Nedožívání vajíčka

Nedožívání vajíčka je jedna z nejčastějších příčin neplodnosti v ČR. V dnešní době není problém tuto příčinu vyléčit.

Jedním z důvodů, proč vajíčko nedožívá, je **syndrom polycystických ovarií** – PCOS. Ženy trpící PCOS mají zvýšené ochlupení, které je typické pro muže, např. na bradě, na prsou i na břiše. Ženy často přibývají na váze a trpí nepravidelným menstruačním

krvácením. Vaječníky produkují více hormonů – androgeny – tyto hormony nacházíme spíše u mužů. Léčba PCOS spočívá v podání léků, kterými se zvýší hladina hormonu FSH.

Další příčinou nedozrání vajíčka může být **psychická porucha – anorexie**. Tělo se tímto chrání, protože v případě těhotenství by mohlo dojít k vyčerpání organismu. (ŘEŽÁBEK 2018, s. 28,29)

1.2.2 Endometrióza

Endometrióza je nemoc, při které se buňky sliznice děložní (endometria) nacházejí mimo dutinu děložní. U endometriózy mohou vznikat endometroidní léze, které mají vliv na funkci vejcovodů a ničí ovariální tkáň. Příznakem endometriózy je silná bolest, která je spojena s menstruací. S léčbou neplodnosti se doporučuje začít co nejdříve, vzhledem k možné devastaci ovariální tkáně. (ŘEZÁČOVÁ 2018, s. 85)

1.2.3 Protilátky proti spermii

Protilátky mohou být ve vejcovodu nebo přítomny v hlenu hrdla děložního, a tak se mužské pohlavní buňky (spermie) nemohou dostat k vajíčku, protože jsou ve vejcovodu ničeny. Ženské tělo reaguje na mužské pohlavní buňky jako na cizí, a to způsobí jejich ničení. Vhodnou léčbou je podání kortikoidů, kdy se sníží tvorba protilátek, a proto se doporučuje mít po dobu 3 měsíců chráněný pohlavní styk, kdy se spermie nedostávají do těla ženy. Pokud se tato léčba nevede, je vhodné využít jedné z metod asistované reprodukce – IVF. (ŘEŽÁBEK 2018, s. 32,33)

1.2.4 Anovulace

Dalším nejčastějším problémem s těhotenstvím může být anovulace. Správné fungování hypothalamo-hypofyzo-ovariální osy je velmi důležité, aby docházelo k normálnímu růstu folikulů a následné ovulaci. Nejdůležitější úlohu zde hraje hypothalamus. Z hypothalamu je pulzativně vylučován nativní gonadotropin-releasing hormon (GnRH) a to hlavně z nukleus arcuatus, následně se dostává do adenohipofýzy k buňkám produkujícím gonadotropiny. Dále je produkován folikulostimulační hormon a luteinizační hormon. Tyto dva hormony zajišťují fyziologickou folikulogenezi. Špatné fungování hypothalamo-hypofyzo-ovariální osy vede ke špatnému růstu folikulů a následné ovulaci.

1.2.5 Věk

Dalším faktorem, který ovlivňuje plodnost ženy je věk. V současné době většina žen oddaluje těhotenství. Po narození mají ženy několik milionů vajíček, ale stárnutím dochází k redukci počtu vajíček. Po třicátém roku má žena ve vaječnících kolem 300 000 vajíček.

Stárnutím dochází i ke snížení kvality vajíček ve vaječnicích ženy. Nejplodnější období ženy je mezi dvaceti a třiceti lety věku.

1.2.6 Hormonální poruchy

Mezi důležité ženské hormony patří folikulostimulační hormon (FSH), luteinizační hormon (LH), estrogen, progesteron a gonadotropin releasing hormon (GnRH). Správné hladiny jsou velmi důležité, a z toho důvodu mají vliv na průběh menstruačního cyklu, ovulaci, oplodnění a průběh těhotenství. Hladiny hormonů se dají zjistit vyšetřením krve. (DOHERTY, 2006, s.17,21)

1.3 Příčiny neplodnosti muže

1.3.1 Porucha spermií

Příčinou neplodnosti muže může být porucha spermatogeneze – vývoj mužských pohlavních buněk, tedy spermií. Dále může dojít k absenci spermií v ejakulátu (azoospermie), ke snížení koncentrace spermií v ejakulátu (oligospermie), snížení pohyblivosti spermií (astenospermie, patologické hodnoty morfologie (teratospermie), snížená pohyblivost i počet spermií (oligoastenospermie), ke snížení počtu spermií pod 1 milion spermií na ml ejakulátu (kryptospermie), nepřítomnost ejakulátu (aspermie), mrtvá spermie (nekrospermie), přítomnost leukocytů v ejakulátu (pyospermie) a další různé kombinace. (ŘEZÁČOVÁ 2018, s.250-251)

1.3.2 Varikokéla

Varikokéla je jedna z nejčastějších příčin neplodnosti muže. Při varikokéle dochází k rozšíření žil v šourku. V mužské populaci trpí varikokélou kolem 15 % mužů, z toho 40 % z nich má sníženou plodnost. (DOHERTY,2006, s.57) Nejčastěji se objevuje na levé straně. Při této poruše se krev hromadí v žilách a neodtéká od varlat směrem k břichu. Krev ve varleti se drží déle a dochází k jejímu oteplení, což má negativní vliv na tvorbu spermií. Dále může zpomalovat průtok krve varletem nebo jeho zmenšení. (ULÉKAŘE, 2012)

1.3.3 Návykové látky

Návykové látky jako jsou drogy, kouření a alkohol mají také negativní vliv na plodnost muže. Při užívání drog dochází ke snižování hladiny pohlavních hormonů a tvorbě spermií, a to platí i při kouření marihuany. Při pravidelné konzumaci alkoholu klesá pohyblivost spermií a snižuje se jejich tvorba.

1.3.4 Teplo

Varlata jsou velmi citlivá, a to i na vysoké teploty. Vyhovující teplota je kolem 32°C. Z toho důvodu se mužům nedoporučují časté návštěvy sauny nebo horké koupele. Rovněž se nedoporučuje těsné spodní prádlo a dlouhé sezení (např. dálková řidiči). (HAVELKOVÁ, 2013)

1.3.5 Dědičné a vrozené poruchy

Zde rozlišujeme poruchy jako jsou kryptorchismus, chybějící chámovod nebo chromozomální postižení.

Kryptorchismus je porucha, při které nedochází k sestupu varlat do šourku. Kryptorchismus může být buď jednostranný nebo oboustranný. Kryptorchismus představuje dvě rizika. Jedno z nich je riziko nádorového postižení testis, které je 20x vyšší než u ostatní mužské populace a druhé představuje riziko neplodnosti, která je zjištěna u 30 % případů jednostranného postižení a v 70 % u oboustranného. (WEISS, 2010, s.140,142)

U mužů s poruchou spermiogeneze stoupá procento **chromozomálních postižení**. Přičemž u těch z nich, kteří mají spermie s koncentrací do 10 milionů na ml ejakulátu je chromozomální příčina zjištěna až v 11 %.

Pokud se muž narodí s **chybějícími chámovody** na obou stranách, může být nositelem genu cystické fibrózy. Cystická fibróza je vážné onemocnění, a proto by měli být podrobováni vyšetřením. (DOHERTY, 2006, s. 59)

1.4 Vyšetření neplodnosti muže

1.4.1 Anamnéza

Další důležitou součástí vyšetření muže je sběr anamnézy, kde se hlavně ptáme na proběhlé nemoci, operace, sexuálně přenosné choroby, užívané léky, případně na obtíže během pohlavního styku např. impotence či anejakulace. Dále se posuzuje celkový zdravotní stav, součástí je i obezita, kachexie, užívání drog a nikotinismu. (ROZTOČIL 2011, s.226)

1.4.2 Spermigram

Základním vyšetřením plodnosti je spermigram. Muž by před absolvováním tohoto vyšetření neměl mít 3 až 5 dní mít pohlavní styk či masturbovat. Následně by se měl dostavit na vyšetření, kde se získají masturbací spermie z ejakulátu. Muž je poslán do vyhrazené místnosti, která je zvukově izolovaná, vybavená umyvadlem a pornografickými motivy. Pracoviště také umožňují doprovod, aby muže doprovázela jeho žena. Sperma lze přinést také

z domova, ale v tomto případě se musí uchovávat ve speciální nádobě a nesmí se odebrat z prezervativu. Prezervativ může obsahovat látky, které usmrcují spermie. K vyšetření spermií musí dojít maximálně do jedné hodiny od odběru a teplota nesmí přesáhnout 24°C. Po odběru spermatu dojde přibližně za 30 minut k jeho zkapalnění, následně je promíchán a může být provedeno vyšetření – spermigram.

Při spermigramu se jako první změří objem, a pak je část spermatu přenesena pod mikroskop, tam se spočítá počet spermií v 1 ml. Dále se určuje pH, hodnotí se pohyblivost a přítomnost bílých krvinek. Pokud by se bílé krvinky vyskytovaly ve spermiích, mohlo by to značit zánět. Nakonec se hodnotí morfologie spermií, tedy jaký mají vzhled a tvar. Vadné spermie mohou mít dva bičíky, velkou nebo malou hlavičku, nebo dvě hlavičky apod

Po jednom vyšetření není možné učinit definitivní závěr o plodnosti muže. Z toho důvodu je vhodné udělat alespoň jedno další vyšetření v rozmezí 1 měsíce. (ŘEŽÁBEK 2018, s.24-25, 66-70)

1.4.3 Fyzikální vyšetření genitálu

Fyzikální vyšetření může provést jakýkoliv lékař. Cílem tohoto vyšetření je zjištění abnormalit. Lékař vyšetřuje velikost a turgor varlat. Vyšetření se zaměřuje i na vyloučení varikokély a posouzení malformace penisu.

1.4.4 Hormonální a bakteriologické vyšetření

Pokud jsou výsledky spermigramu patologické, vyšetřují se hladiny prolaktinu, gonadotropinů a testosteronu. Následuje vyšetření hladiny leukocytů ve spermigramu, pokud je hladina vysoká bude provedeno kultivační vyšetření.

1.4.5 Genetické vyšetření

V některých případech u azoospermie je nutné provést karyotyp a PCR vyšetření CFTR genu. Mutace tohoto genu způsobuje cystickou fibrózu a důležité je také vyloučení Klinefelterova syndromu. Vyšetření není nutné, pokud je u muže prokazatelná tvorba spermií ve varleti.

1.5 Vyšetření neplodnosti ženy

1.5.1 Anamnéza

Stejně tak jako u muže nejprve dochází i u žen k odběru podrobné anamnézy. Poté následuje vyšetření, kde se zjišťuje přítomnost sexuálně přenosných chorob. Dále odběr krve na vyšetření hormonů ženy, hepatitida B, HIV, krevní skupina atd. Provádí se i cytologie

cervixu a vyšetření prsů, kde se může vyskytnout nádor. (ŘEZÁČOVÁ 2018, s.100-101) Posuzuje se celkový zdravotní stav ženy, obezita, tělesná výška a měří se krevní tlak a zjišťuje se, zda žena užívá nějaké drogy a jaké užívá léky. (ROZTOČIL 2011, s.228)

1.5.2 Ovariální rezerva

Jako další se vyšetřuje ovariální rezerva, což je počet sekundárních folikulů reagujících na hormon FSH. K vyšetření se využívá ultrazvuk a sledují se folikuly o velikosti 2-6 mm, tzv antral follicle count – AFC). Během vývoje ženy se množství těchto folikulů mění. Do 20 let ženy jich můžeme na každém ovariu vidět kolem dvaceti, ve 30 letech jich je kolem 10 a ve 40 letech tři a méně. Tento počet se reflektuje při stanovení správné dávky hormonů pro ovariální stimulaci. Je důležitý také při určení hormonů LH, FSH a estradiolu. Pro nejlepší stanovení bazálních hormonů se využívá 2.den cyklu. (ŘEŽÁBEK 2018, s.74-75)

1.5.3 Vyšetření průchodnosti vejcovodů

Toto vyšetření patří mezi základní vyšetření. Pokud má žena neprůchozí vejcovody snižuje se šance přirozeného oplodnění a jediným řešením je IVF. Existuje několik metod, ale nejpoužívanější metodou je ultrazvukové vyšetření s kontrastní látkou. Vyšetření probíhá nejčastěji pomocí pěny, kterou se vyplní vejcovody a pomocí ultrazvuku se sleduje průchodnost.

Průchodnost je pro oplodnění velice důležitá, protože právě ve vejcovodech se střetává vajíčko se spermií, dochází k oplození a následně oplozené vajíčko putuje do dělohy. V případě neprůchodnosti může dojít k extrauterinnímu těhotenství. Porucha vejcovodů může být způsobena záněty, srůsty nebo endometriózou. (EUROPE IVF, 2020)

1.5.4 Laparoskopické vyšetření

Laparoskopie (LSK) je zákrok, kdy se vstupuje do břišní dutiny pomocí ostrých nástrojů s průměrem kolem 10 mm „naslepo“. Patří mezi méně používané invazivní metody při zjišťování příčin neplodnosti. Nejčastěji se využívá v případech, kdy se očekává ovarektomie, myomektomie, pingektomie atd. Vyšetření se provádí v celkové anestezii a břišní dutina se naplní CO₂.

1.5.5 Vyšetření děložní dutiny

Nejprve se provádí základní ultrazvukové vyšetření vaginální sondou, pomocí které se sledují patologie. Vyšetření se provádí na začátku cyklu, kdy je nízká děložní sliznice. Pokud se potvrdí nějaká patologie či je nějaké podezření následuje většinou hysteroskopie.

Dalším možným vyšetřením je hysterosalpingografie (HSG), kdy se naplní děloha rentgen-kontrastní látkou. Díky kontrastní látce vidíme velikost dělohy a případné defekty. V současné době se využívá spíše ultrazvukové vyšetření místo HSG.

1.6 Léčba neplodnosti ženy

Po vyšetření ženy následuje léčba. Důležité je odebrat anamnézu, provést ultrazvukové vyšetření a hormonální vyšetření.

1.6.1 Anovulace

Jak už bylo výše uvedeno, nejčastější příčinou neplodnosti je **anovulace**. Pokud má žena nepravidelný menstruační cyklus a všechna ostatní vyšetření jsou v pořádku, podává se ženě klomifen, který užívá 3 měsíce. Rizikem může být vznik vícečetného těhotenství, proto se nejdříve podává nižší dávka, a to 50mg/den od 5. do 9. dne cyklu. Pokud nedojde k růstu folikulů nebo k ovulaci, podává se vyšší dávka, konkrétně 100–150 mg/den.

1.6.1.1 Stimulace folikulárního růstu

Stimulace folikulárního růstu se využívá pro léčbu anovulace, a to z důvodu panhypopituitarismu nebo při polycystických ovarii, ale také i při metodách IVF. Podstatou je zvýšení hladiny folikulo-stimulačního hormonu. Tato léčba má za účel růst 1-2 folikulů.

Pro zvýšení hladiny FSH se využívají antiestrogeny, což je výše zmíněný klomifen anebo tamoxifen, který se podává v dávce 10-40 mg/den. Tyto léky se podávají pouze u žen, které mají normální hladinu estrogenů nebo gonadotropinů či sníženou hladinu gonadotropinů, což je typické pro syndrom polycystických ovarii. Po této léčbě většinou dochází k růstu 1 až 3 folikulů.

Hladina FSH v krvi se také dá zvýšit podáním exogenních gonadotropinů. Důležité je sledovat léčbu pomocí ultrazvuku, protože může dojít prudké reakci. Gonadotropiny se podávají při neúspěšné léčbě antiestrogeny nebo při hypogonadotropní anovulaci. (ROZTOČIL 2011, s.232-233) Ženy, které trpí syndromem polycystických ovarii s inzulínovou rezistencí se podávají perorální antidiabetika, které mohou snížit hladinu androgenů a následně se může „nastartovat“ ovulační cyklus.

1.6.2 Tubární neostomie

Při tubární neostomii je většinou malá pravděpodobnost přirozeného početí a vysoké riziko vzniku mimoděložního těhotenství. Po této operaci často dochází k uzávěru

vejcovodů. V dnešní době se tubární neostomie spíše nedělá, protože se využívají metody asistované reprodukce a poškozené vejcovody se odstraňují před IVF. (WEISS 2011, s.312)

1.7 Nefarmakologická léčba při neplodnosti

1.7.1 Metoda Ludmily Mojžíšové

Metoda Ludmily Mojžíšové je rehabilitační metoda, se kterou přišla zdravotní sestra Ludmila Mojžíšová. Patří mezi úspěšné metody v léčbě ženské funkční sterility.

Metoda je založena na šetrné mobilizaci páteře, žeber a kloubů. Důležité je také uvolnění a protažení zkrácených svalů, a naopak posílení oslabených svalů. Cvičit by žena měla každý den.

Indikací k léčbě metodou Ludmily Mojžíšové je ženská funkční neplodnost. Může pomoci i při opakovaných potratech, neprůchodnosti vejcovodů, bolestech zevních pohlavních orgánů, obrácené děloze, klimakteriu, retroverzi dělohy, obstrukci či inkontinenci u žen. Metoda však může být použita i při funkčních vertebrogenních potížích, artróze kyčlí, bolestech kostrče a při skolióze u dětí do patnácti let. (GYNCENTRUM, 2015)

1.7.2 Hormonální jóga

Hormonální jóga je cvičení, které může pomoci ženám s hormonálními poruchami. Hormonální jógu sestavila známá jógová terapeutka Dinah Rodrigues. (BAVLŠÍKOVÁ, 2017, s.70)

Tato hormonální jógová terapie působí na tělo celostně. Neodděluje tělo a mysl a působí v několika úrovních. Na tělesné úrovni napomáhá správnému držení těla, posiluje svaly, tvaruje tělo a posiluje kosti. Na fyziologické úrovni aktivuje tvorbu hormonů, na psychické úrovni pomáhá zvládat stres, odstraňuje ženám depresi a emoční problémy spojené s menopauzou. Na poslední energetické úrovni aktivuje žlázy tvořící hormony a přináší duševní pohodu. (RODRIGUES, 2014, s.68-69)

1.7.3 Fytoterapie

Bylinky byly prakticky do nedávna jedinou léčebnou metodou. V některých kulturách jsou dokonce i v současné době základem léčby.

Co se týče plodnosti, tak bylinky mají vliv na hormony v těle. Dokážou upravit hormonální hladinu v těle, prokrvit, posílit a stimulovat hladinu dělohy a ostatní orgány. Často je užívá např. meduňka, která má vliv na menstruační bolesti, dále

sporýš lékařský, který zlepšuje funkci vaječnicků a ovlivňuje činnost dělohy a kontryhel, která se doporučuje na všechny ženské problémy včetně neplodnosti.

Často se užívají v podobě čajů. Čaje je vhodné pít nalačno. Některé čaje by se měli pít pravidelně nějakou dobu, aby měly správné účinky. (CELOSTATNIMEDICINA, 2010)

1.7.4 Homeopatie

Homeopatie patří mezi alternativní léčebné metody. Patří k bezpečným metodám a hodí se i k ovlivnění neplodnosti. Léčba homeopatií spočívá v tom, že se podává malá dávka určité látky, která způsobuje nemoc.

Na neplodnost může pomoci například Silica, která posiluje imunitní systém, Sabina, která je nápomocná při častých potratech, dále Sepia, která má vliv na nepravidelnou menstruaci, a nakonec Phosphorus a Aurum, který uvolňuje stres a úzkosti. (ŽENSKÁ-NEPLODNOST, 2010)

2 METODY ASISTOVANÉ REPRODUKCE

„Asistovanou reprodukcí se rozumí metody a postupy, při kterých dochází k odběru zárodečných buněk, k manipulaci s nimi, ke vzniku lidského embrya oplodněním vajíčka spermií mimo tělo ženy, k manipulaci s lidskými embryi, včetně jejich uchování, a to za účelem umělého oplodnění ženy.“ (Zákon č. 373/2011 Sb., str. 4802)

2.1 Intrauterinní inseminace

Intrauterinní inseminace patří mezi nejméně invazivní metody AR. První vědeckou zprávu publikoval Edvard Hom v roce 1799. Obsahem zprávy byl postup, jak Edvard Hom aplikoval sperma do pochvy jeho ženy. V roce 1866 James Marion Sims popsal intrauterinní inseminaci pomocí speciální stříkačky, kde se povedlo oplodnit jednu ženu, ale u dalších 55 žen bylo otěhotnění neúspěšné. Od této doby byl zaznamenán velký vývoj postupů léčby neplodnosti i diagnostických postupů.

V dnešní době je intrauterinní inseminace jednou z nejpoužívanějších metod asistované reprodukce v léčbě infertility. Patří mezi neinvazivní metody a je pro ženy bezpečná. IUI je hrazená pojišťovnou, a proto patří mezi nejlevnější metody.

Během procesu dochází k aplikaci spermií partnera katetrem přes pochvu do dělohy, a to během ovulace a bez zvláštních úprav. Úspěšnost se pohybuje kolem 7 %.

Tato metoda se využívá v případech, kdy se předpokládá přirozený způsob oplodnění, to znamená u žen, které mají průchozí alespoň jeden vejcovod, mají pravidelnou ovulaci a jejich partner má normální počet spermií.

IUI se rozděluje na dvě skupiny, a to na arteficiální homologní inseminaci a na arteficiální inseminaci s dárce. V prvním případě dochází k oplodnění spermiemi partnera, a v druhém případě se využívají spermie darované. (ŘEZÁČOVÁ 2018, s.130-132)

2.2 In vitro fertilizace

In vitro fertilizace (IVF) je nejběžnější metodou asistované reprodukce. Při této metodě dochází k odběru vajíčka i spermií a pracuje se s nimi v laboratorních podmínkách. Dále se sleduje vývoj i přenesení embrya do dělohy ženy. IVF se využívá v případech, kdy má žena neprůchodné vejcovody nebo u párů, kdy nelze zjistit příčina neplodnosti. (DOHERTY, 2006, s. 46)

IVF metoda se skládá z několika fází. První fáze je stimulace růstu folikulů pomocí léku, poté se sleduje účinek podaných léků a podle reakce se upravuje jejich dávka, dále se podává ženě hormon, který zahájí poslední fázi zrání vajíček ženy. Následuje odběr vajíček z vaječníku. Při další fázi dochází k odběru a přípravě spermií, které jsou následně přidány k vajíčku. Předposlední fází je kontrola vývoje zygoty v embryu a kontrola růstu embrya a konečnou fází metody IVF je embryotransfer – přenos embrya do děložní dutiny.

2.2.1 Ovariální stimulace

V přirozeném cyklu ženy dozrává ve folikulu pouze jedno jediný vajíčko, k tomu dochází během ovulace – 14. den cyklu. Ke zvýšení počtu a kvality vajíček se podává folikulostimulační hormon (FSH) na začátku menstruačního cyklu. Folikulostimulační hormon je aplikován injekčně, podává se Menogon, Fostimon atd. nebo se podává klomifen, který zvyšuje tvorbu FSH v podvěsku mozkovém. (ŘEŽÁBEK 2018, s.57-58)

2.2.2 Odběr vajíček a přidání spermií k vajíčku

Růst folikulu je sledován ultrazvukovým vyšetřením a odběrem krve na stanovení hladiny hormonů. Při správné velikosti folikulů, což je 18 mm, je ženě, která podstupuje IVF, podáván hormon a tím je zahájeno jejich dozrávání. Vajíčka dozrávají přibližně 36-40 hodin. Těsně před tím, než dojde k prasknutí folikulu a uvolnění vajíček se vajíčka odeberou pomocí tenké jehly. Jehla je zaváděna přes pochvu a celý výkon je kontrolován pomocí ultrazvuku. Zákrok je prováděn v krátké částečné narkóze nebo místním znecitlivěním a trvá přibližně 30 minut. V době odběru vajíček se odebírá i sperma. Sperma je buď od partnera nebo od dárce. Získává se masturbací z ejakulátu většinou ve zdravotnickém zařízení. Před podáním spermií k vajíčku jsou spermie nejdříve vyčištěny a promyty. Spermie jsou k vajíčkům buď přidány nebo přímo vpraveny do vajíčka. Aby se zvýšila šance na oplodnění, podává se k vajíčku několik tisíc spermií, ale do každého vajíčka vnikne pouze jedna spermie. Vajíčka se spermatem jsou přes noc uložena v termostatu, kde je stálá teplota a neproniká zde světlo. Po 15. – 18. hodinách jsou vajíčka pod mikroskopem kontrolovány, zda došlo k jejich oplození.

2.2.3 Kontrola růstu zygoty v embryu

Pokud došlo k oplození vajíček spermii, lze vidět pod mikroskopem uvnitř každého vajíčka dva kulovité útvary. Tyto útvary jsou chromozomy, kdy jedno jádro pochází z vajíčka, je mateřské, a druhé pochází ze spermie, je otcovské. Kultivace trvá přibližně 3-6 dnů. (ŘEŽÁBEK 2018, s.58,59) Pokud kultivace trvá déle jak 3 dny, je to tzv. prodloužená kultivace. V průběhu prodloužené kultivace je možné provést preimplantační genetickou

diagnostiku (PGD) na buňce nebo shluku buněk z embrya biopsií v 3. nebo 5. den jejich vývoje po oplození. (FERTICARE 2021)

2.2.3.1 Preimplantační genetické testování

Preimplantační genetické testování je metoda, která slouží k vyšetření embrya. Cílem je vyloučení genetické abnormality vyvíjejícího se embrya. Oba nebo jeden z rodičů může být přenašečem choroby jako je např. cystická fibróza, spinální muskulární atrofie nebo hemofilie. Odběr buněk pro PGT se provádí 5.den po oplodnění, tedy ve stádiu blastocysty. Vyšetřují se pouze ta embrya, která se správně vyvíjí. Výhodou vyšetření je, že se do dělohy přenesou pouze zdravá embrya, tím se snižuje riziko narození nemocného dítěte nebo umělého přerušení těhotenství při zjištění postižení plodu v průběhu těhotenství. (SENATORIUM HELIOS 2021; GENNET 2021; CAR BRNO 2021)

2.2.4 Embryotransfer

Embryotransfer je přenos embryí do dělohy. Embrya se přenáší nejdříve 2. den od odběru a nejpozději do 6. den. Přenos embrya se provádí v gynekologické poloze. Přenos probíhá pomocí katetru, do kterého je nasáno embryo a následně je zavedeno přes pochvu a hrdlo děložní do dělohy. Důležité je, aby žena nezačala krvácet, protože krvácení může zabránit nidaci. Většinou se přenáší do dělohy 2 embrya a zbytek se zmrazuje. Tento výkon je jednoduchý a bezbolestný. Aby se podpořil vývoj děložní sliznice, podává se po přenosu embrya ženě progesteron. Těhotenský test je vhodný provést nejdříve 14. den po embryotransferu. Po ET je až 50 % žen těhotných. (ŘEŽÁBEK 2018, s.59; 113,114)

2.3 Mikromanipulační techniky

Při mikromanipulační technice se využívá mikromanipulační zařízení. Pracuje se s vajíčky a spermii nebo embryi pomocí mikroskopu a pipet. (VENTRUBA 2013, s.8)

2.3.1 Intracytoplazmatická injekce spermií

Intracytoplazmatická injekce spermií (ICSI) je metoda, kdy se spermie pomocí injekce vpraví přímo do vajíčka ženy. Výkon se provádí pod mikroskopem. Aby se neponičila struktura vajíčka, musí se spermie nejdříve znehybnit a poté se píchnout do vajíčka. (ŘEŽÁBEK 2018) Některé oocyty, které se získají mohou být nekvalitní, nejsou tedy schopné oplození a následného vývoje. Podle získaného množství kvalitních vajíček se odvíjí počet oplození. (VENTRUBA 2013, s.8) Tato metoda se využívá v případě, kdy je diagnostikována neplodnost muže, kvůli sníženému počtu spermií. Tato metoda není hrazena zdravotní pojišťovnou. (ŘEŽÁBEK 2018)

2.3.2 Intracytoplazmatická injekce proselektované spermie

Intracytoplazmatická metoda proselektované spermie (PICSI) je metoda, která se provádí před ICSI. Při této metodě se využívá schopnost spermie navázat se na vajíčko, proto je důležitá zralost spermie. Díky této metodě se vyberou zralé spermie a úspěšnost léčby je vyšší. PICSI se provádí, pokud v předchozích cyklech docházelo ke špatnému vývoji embrya, při astenoteratospermii, anebo pokud došlo k nízkému počtu oplozených vajíček po metodě ICSI. (ŘEZÁČOVÁ 2018, s.373; VENTRUBA 2013, s.8)

2.4 Darování gamet

2.4.1 Dárcovství spermií

Pokud se po opakovaných cyklech IVF stále nedaří ženě otěhotnět, nebo pokud je muži zjištěna azoospermie, patospermie či nějaké genetické onemocnění, je také jednou z možností otěhotnění pomocí darovaných spermií. V době odebrání dárcovských spermií je důležité vyšetření dárce na sexuálně přenosné choroby, tedy hlavně HIV, hepatitis B a C a syfilis. Pokud jsou výsledky pozitivní, není možné odebrané spermie použít. Dále se při odběru spermií vyšetřuje moč či sperma na přítomnost Chlamydia Trachomatis. Odebrané spermie se nechají zmrazit na dobu 6 měsíců. Poté se opět provede vyšetření dárce a pokud jsou výsledky negativní, až poté lze spermie použít k oplodnění vajíčka. Další možné vyšetření, které lze provést je např. vyšetření na Rh faktor, malárie nebo cytomegalovirus.,

2.4.2 Dárcovství oocytů

Stejně jako při odběru spermií se musí při odběru vajíčka vyšetřit dárkyně na HIV, hepatitidy B a C a lues. Pokud jsou vyšetření negativní, mohou se oocyty ihned použít pro asistovanou reprodukci na rozdíl od spermií. Darované oocyty využívají ženy, které mají anovulaci, jejíž příčiny jsou např. infekce, galaktosemie, idiopatická příčina, předchozí chirurgický zákrok, revmatoidní artritida nebo autoimunitní hemolytická anemie.

Doporučuje se, aby dárkyně vajíčka nebyla starší 35 let. Musí mít normální nálezy hladin FSH, PRL a LH a také mít normální nález genetického vyšetření. (WEISS a kol. 2011, s.323,324)

Darování vajíček, ale i spermií, je v České republice zcela dobrovolné a bezplatné. Naprostou samozřejmostí je anonymita mezi příjemkyní a dárkyní.

2.5 Kryokonzervace spermií, oocytů a embryí

Kryokonzervace je zmrazení na teplotu kapalného dusíku. Využívá se pro uchování buněk pro použití do budoucna. Takto uchovávané buňky vydrží několik let. Velký vliv na buňky má rozmrazování a zmrazování. Při zmrazování může dojít k precipitaci proteinů a k potrhání buněčných membrán. Aby se buňka neohrozila mohou se přidat kryoprotektiva např. dimethylsulfoxid, glycerol, sacharóza, propandiol, proteiny. Tyto látky umí zamezit vzniku krystalů, které mohou buňku potřhat během zamrazování. Další možností je velmi pomalé zamrazování, tzn. 0,05-0,3°C za minutu nebo naopak velmi rychlé, tzv. vitrifikaci (200-2000°C za sekundu).

Zmrazování se provádí pomocí tenkých trubiček tzv. pejet. Jejich průměr je 1-2 mm a délka 100-200 mm. Pejety jsou uloženy v termoskách (kryokontejnerech), ve kterých je kapalný dusík, a proto mají pejety vždy správnou teplotu.

2.5.1 Kryokonzervace spermií

Při rozmrazování a zmrazování většinou přežije polovina spermií z celkového počtu. Po rozmrazení lze spermie použít, nejdříve však musí být spermie promyty. Následně se provádí intrauterinní inseminace. Pokud je počet spermií nízký nebo je jejich kvalita špatná, provádí se intracytoplazmatická injekce spermií do oocytu.

2.5.2 Kryokonzervace oocytů

Kryokonzervace vajíček se provádí v roztoku, jehož součástí je propandiol a sacharóza. Po rozmrazení nejsou většinou vajíčka schopny dalšího vývoje. Oplození se provádí in vitro a následně se vždy provádí intracytoplazmatická injekce. Kryokonzervace se v dnešní době moc nepoužívá, důvodem je, že počet získaných vajíček je oproti spermiím velmi nízký a ztráty, které způsobí kryokonzervace je velká. V některých případech lze kryokonzervaci využít, zejména pokud je žena bez partnera a má podstoupit onkologickou léčbu nebo pokud muž nezíská spermie v den odběru oocytů.

2.5.3 Kryokonzervace embryí

Pokud je větší počet embryí, nepoužitá embrya se mohou nechat zamrazit. Výhodou je možnost použití vajíček v budoucnu. Pro další provedení IVF není nutná ovariální stimulace a odběr folikulární tekutiny. Po rozmrazení se embrya nechávají v inkubátoru 2 až 3 dny a následně se aplikují do dělohy. Pokud jsou embrya ve vyšších vývojových stádiích, mohou se aplikovat do dělohy rovnou. (ROZTOČIL 2011, s.241-243)

2.6 Surogátní mateřství

Pokud z určitých důvodů nemůže žena donosit dítě sama, může přejít k surogátnímu mateřství, tzn. že embryo donosí a porodí jiná žena než biologická matka. (KONEČNÁ, 2004, s.71) Často to bývají ženy, které trpí vrozenou vývojovou vadou, např. syndrom Rokitsanski – KusterHauser, kdy ženám chybí pochva a děloha nebo ženy, kterým byla děloha z nějakého důvodu odebrána. Náhradní matka je žena, které se implantuje embryo z vajíčka a spermie neplodného páru pomocí IVF metody. Náhradní matka nemůže být současně i dárkyně vajíček, neboť by se porušil zákon, který ukládá, že dárkyně zůstává zcela anonymní vůči příjemkyni. V České republice není náhradní mateřství zakázáno, ale zároveň ani povoleno. Nesmí být spojováno s finanční úhradou. Páry mohou náhradní matce platit věci, které potřebuje v těhotenství, během porodu a v šestinedělí. (CÍSAŘOVÁ, RUMPÍK, 2010) V České republice je matkou ta žena, která dítě porodí. Pokud si náhradní matka vytvoří vztah k dítěti, je možné, že se ho nebude chtít vzdát a objednávací pár s tím nic neudělá. (ÓSTRO, 2009, s.162)

Surogátní mateřství je složitý proces. Spojuje se zde dárcovství, asistovaná reprodukce a adopce. Je to psychologicky, zdravotně, právně a sociálně náročný proces. (KONEČNÁ, 2017, s.154)

3 RIZIKA ASISTOVANÉ REPRODUKCE

3.1 Spontánní potraty

Jedním z rizik v těhotenství po AS je samovolný potrat. Toto riziko se ovšem vyskytuje u všech těhotných žen. Zástava vývoje a ztráta životaschopnosti plodu se projevuje nejčastěji v prvním trimestru. Progesteron je hormon, který produkuje žluté tělísko. Udržuje těhotenství, a proto se v těhotenství doporučuje jeho aplikace, např. Utrogestan, Duphaston. Další podporou je kyselina listová a dostatek vitaminů a minerálů. Vhodné je nekouřit a nepít alkohol. (VENTRUBA 2013, s.25)

3.2 Vícečetné těhotenství

Vícečetné těhotenství může být jednou z komplikací metody IVF, pokud se do dělohy zavede více než jedno embryo. V dnešní době se tomu dá předejít vnesením pouze jednoho embrya, ale i přesto je vysoký počet vícečetného těhotenství po IVF. (stránka)

Mnohočetné těhotenství může být provázeno komplikacemi, které mohou mít vliv na matku i na plod. Důsledkem je zvýšené riziko předčasného porodu, které může vést k úmrtí novorozence, duševnímu a tělesnému postižení. Dále je zvýšené riziko gestačního diabetu, hypertenze a operativního porodu. (stránka)

Řešením vícečetného těhotenství je snížení počtu plodů v děloze. Redukce se provádí intrakardiální aplikací KCL a provádí se tak, aby v děložní dutině zůstaly alespoň dva plody. Redukci je možné udělat až po 10. týdnu těhotenství a hrozí riziko odumření všech živých plodů. (ŘEŽÁBEK 2018, s.118)

3.3 Mimoděložní těhotenství

Mimoděložní těhotenství je komplikace těhotenství, kdy se embryo uhnízdí mimo dělohu, nejčastěji ve vejcovodu. Embryo se nemusí implantovat jen ve vejcovodu, ale i v děložním čípku, vaječníku nebo břiše. Mimoděložní těhotenství je příčinou mateřské mortality a morbidit v průběhu prvního trimestru. S technologií asistované reprodukce se incidence výrazně zvyšuje. Během IVF je embryo většinou umístěno do dělohy asi 1,8 cm od vrcholu a kontrakce dělohy mohou embryo posunovat přes vejcovody. To znamená, že se embryo před implantací může pohybovat ještě 12-24 hod. Mimo dělohu nejsou vhodné podmínky pro vývoj a plod není životaschopný, proto se těhotenství ukončuje. Mimoděložní

těhotenství je nebezpečné i pro matku. (REPRODUCTIVE SCIENCE CENTER, 2015; FERTILITYPEDIA; YODER, N, 2016)

3.4 Ovariální hyperstimulační syndrom

Ovariální hyperstimulační syndrom je potenciaální komplikace, která souvisí se stimulací ovarií gonadotropiny. Při tomto onemocnění dochází ke zvětšení ovarií cystami, ascitem, někdy hydrothoraxem, hemokoncentrací, následně z toho plyne oligourie, riziko trombózy a patologické hodnoty jaterních testů. (ŘEŽÁBEK 2018, s.119) Syndrom je charakterizován vysokým počtem folikulů, estradiolu a zvětšením vaječníků. (NAREDI et al. 2014, s.59) Během OHSS dochází k úniku tekutiny do třetího prostoru, to je způsobeno permeabilitou kapilár. Příčina vzniku poruchy zatím není známá. (ŘEZÁČOVÁ 2018, s.596)

Ovariální hyperstimulační syndrom se projevuje většinou za 2-3 dny. Mezi časné příznaky patří nauzea, vomitus, břišní napětí a ovaria menší než 12 cm. Další stupeň OHSS je střední stupeň a vyznačuje se stejně jako předchozí typ, ale u ženy je navíc patrná leukocytóza, oligurie a na ultrazvuku je vidět ascites. Poslední stupeň OHSS je těžký stupeň, ten se projevuje jako oba předchozí, ale ascites je patrný klinicky, dále je velikost ovaria nad 12 cm, hemokoncentrace, bolestivost břicha, dušnost, zvýšení jaterních testů a hyperkoagulabilita. OHSS většinou sama ustupuje po 2-3 týdnech.

Riziko vzniku OHSS je malé u žen, u kterých je počet rostoucích folikulů menší než 10. U žen, kde se vyvíjí kolem 10-20 folikulů se může rozvinout mírný až střední OHSS, což je přibližně polovina žen procházející procesem IVF. Ženy, u kterých je počet folikulů nad 20, mají vždy OHSS. (ŘEŽÁBEK 2018, s.120)

Dále se OHSS rozděluje na časný a pozdní. Časný OHSS vzniká většinou po podání hCG, který slouží k indukci ovulace a u některých pacientek se projevuje v časně fázi implantace embrya. Pozdní OHSS se projevuje přibližně za 10-17 dnů od OPU, kdy dochází ke zvýšení hCG v krvi žen. (ŘEZÁČOVÁ 2018, s.601, KWIK et.al. 2015, s.413)

U mírné formy OHSS se žena většinou nehospitalizuje, ale závisí to na stavu a anamnéze pacientky, případně žena dochází na kontroly. Doporučuje se jí klid na lůžku, dostatečný pitný režim a žena by se měla kontrolovat, zda dostatečně močí. U těžké formy OHSS se pacientka musí hospitalizovat, protože se jedná o závažný stav. V tomto případě musí porodní asistentka kontrolovat příjem a výdej tekutin, hodnotu hematokritu, aplikovat mini-heparinizaci, popř. podat analgetika, antiemetika a hepatoprotektiva. Kontroluje jednou za

dva dny krevní obraz, hemokoagulaci, biochemii, CB, albumin a jaterní testy a dále lékař provede ultrazvukové a klinické vyšetření břicha. Při těžkém stavu je možné provést punkci ascitu. (ŘEŽÁBEK 2018, s. 121-122, ŘEZÁČOVÁ 2018, s. 601-602)

3.5 Tromboembolie

Tromboembolie bývá často následkem OHSS. Je to velmi závažná komplikace. Rozděluje se na arteriální a venózní. Rizikovým faktorem pro vznik tromboembolie jsou ženy nad 35 let, obézní a ženy, které mají v rodinné anamnéze trombózu a trombofilie. (ŘEZÁČOVÁ 2018, s.604)

3.6 Poranění po odběru oocytů

Častým projevem poranění je krvácení. Slabší zakrvácení, z místa vpichu v poševní klenbě do pochvy, je běžné u každé ženy. V případě silnějšího krvácení je nutné buď místo stlačit několik minut tamponem nebo zajistit křížovým stehem. Další komplikace, která může nastat je hemoperitoneální krvácení, které ženu ohrožuje na životě. Tato komplikace je ale velmi vzácná a projevuje se poklesem tlaku a zvýšením pulsů po odběru oocytů. Z toho důvodu se pacientky několik hodin po odběru kontrolují. (ŘEŽÁBEK 2018, s.123)

4 TĚHOTENSTVÍ PO ASISTOVANÉ REPRODUKCI

Centra asistované reprodukce doporučují ženám udělat těhotenský test dvanáctý den po transferu. Těhotenský test nemusí být vždy spolehlivý, a proto je vhodnější provést test z krve, buď v centru asistované reprodukce, nebo u gynekologa. (IVF BRNO) Z krve se zjišťuje hladina hCG. (REPROMEDA 2019) V případě, že je test pozitivní se těhotenství sleduje až do potvrzení nitroděložního uložení gravidity a potvrzení akce srdeční plodu. V druhé polovině cyklu po přenosu embryí je doporučováno ženám užívání některých léků, který podporují vývoj embrya, a to tzv. gestageny (např. Utrogestan, Duphaston). (IVF BRNO)

Těhotenství po asistované reprodukci se sleduje jako rizikové, protože po umělém oplodnění se vyskytuje více rizik jak pro ženu, tak pro dítě, ale přesto může těhotenství probíhat zcela bez komplikací. S tím jsou oba partneři předem seznámeni. Gravidní ženy po asistované reprodukci preventivně docházejí do poradny pro rizikové těhotenství, kde jsou sledovány. (ŽENSKÁ-NEPLODNOST)

Těhotná žena pravidelně dochází do prenatální poradny, kde porodní asistentka při první návštěvě zjišťuje anamnézu. Dále při každé návštěvě PAS sleduje hmotnost ženy, měří krevní tlak a provádí chemické vyšetření moči pomocí proužku. Do 14. týdne gravidity porodní asistentka odebírá krevní testy, podle kterých se stanoví Rh faktor, krevní skupina, glykémie nalačno a sérologické vyšetření na pohlavně přenosné choroby a screening nepravidelných antierytrocytárních protilátek. Mezi 24-28.týdnem těhotenství se žena dostaví na orální glukózový toleranční test a ve 28.-34. se opět PAS odebírá krev na stanovení KO. PAS a lékař by měli ženě nabídnout screening morfologických a chromozomálních vrozených vad plodu a poskytnout veškeré informace. Lékař ženu zevně a vnitřně vyšetří, udělá ultrazvuk a stanoví cervix score. Lékař sleduje průběh těhotenství, pokud se vyskytnou nějaké komplikace, řeší je individuálně, případně odesílá ženu k odborníkovi. (PERINATOLOGIE)

Během těhotenství dochází k psychickým změnám, ke kterým dochází už od počátku těhotenství. Společně s psychickými změnami dochází i k fyzickým změnám. Změny často také souvisí s kvalitou partnerského vztahu, s typem osobnosti ženy a hormonálními změnami. (GREGORA, 2011, s. 29) V souvislosti se sterilitou a následnou asistovanou reprodukcí mohou ženy pociťovat velký strach z potratu. Těhotné ženy jsou více nervózní a úzkostlivý. Vlivem změn organismu může dojít k nepřiměřeným reakcím. Těhotné ženy často

trpí i na nespavost, plačtivostí či depresí. V těchto případech je vhodné také účastnit se psychoprophylaktické přípravy k porodu, kde se žena dozví různé informace, součástí je také těhotenské cvičení, plavání, může využít i psychologa, který ženám dává rady, jak zvládat změny v těhotenství. (HÁJEK, 2014, s.63)

Těhotné ženy by měly dodržovat pravidelné stravování. Měly by mít dostatečný příjem bílkovin, minerálů, vápníku, jódu, hořčíku a železa. Jód má vliv na psychoneurologický vývoj dítěte, nedostatek může vést k potratům nebo předčasným porodům. (HÁJEK, 2014, s.62) Těhotné ženy by neměly držet redukční diety nebo hyperkalorickou stravu, která může způsobit gestační diabetes a preeklampsii. V těhotenství se častěji vyskytuje fyziologická zácpa a časté močení, proto se doporučuje dostatečný pitný režim a vláknina. Důležitý je také dostatek spánku, alespoň 8 hodin. (ROZTOČIL, 2017, s.115) U většiny těhotných se vyskytuje nauzea, zvracení, pálení žáhy, otoky a varixy dolních končetin, obtipace, bolest zad a omezená pohyblivost.

Většina žen po umělém oplodnění nastupuje na pracovní neschopnost. Podle Řežábka (2018, s.43) není pracovní neschopnost nutná. Pokud žena vykonává práci, která je těhotným ženám zakázaná nebo pokud ohrožuje její těhotenství, má právo na převedení na jinou práci. Dále by žena neměla pracovat na noční směně a zaměstnavatel by měl umožnit ženě kratší pracovní dobu. (APERIO, 2021)

4.1 Role porodní asistentky

Součástí některých gynekologicko-porodnických pracovišť je centrum asistované reprodukce. Jedna z úseku centra AR je ambulantní část, kde se odebírá anamnéza, provádí se gynekologické vyšetření a odebírá se krev na hormonální vyšetření. V této části dochází i ke stimulaci vaječnicků a součástí je i místnost k odběru spermatu. Dalším úsekem jsou operační sály, kde se provádí odběr vajíček, přenos embrya do dělohy a intrauterinní inseminace. Poslední částí jsou laboratoře, kde se vyšetřuje spermioqram, mikromanipulace s vajíčky a spermii, IVF, kultivace spermii a kryokonzervace. (SLEZÁKOVÁ, 2017, s. 14-15)

V centru AR může porodní asistentka působit na různých pozicích. Právě s porodní asistentkou má v centru přichodzí pár první kontakt. Porodní asistentka by měla být vstřícná a empatická, měla by vytvářet příjemnou atmosféru, mít komunikační dovednosti a edukační schopnosti, což zahrnuje citlivé sdělování špatných zpráv, srozumitelné vysvětlení postupu léčby a aplikaci injekcí dle ordinace lékaře. Další důležitou dovedností je administrativa tzn. vedení zdravotnické dokumentace, příprava a podepisování informovaných souhlasů,

plánování a načasování jednotlivých výkonů. Dále by měla zvládat koordinátorskou činnost, tedy spolupracovat s lékařem, kontrolovat včasné provedení odběrů a konzultovat s pacientkou její problémy. (POSPÍŠILOVÁ, 2013)

Porodní asistentka se snaží pomáhat párům, které si procházejí náročným obdobím léčby. V případě negativních pocitů je jejím úkolem ujistit pár, že jejich pocity jsou naprosto v pořádku a měla by se snažit, aby se pár cítil, že má vše pod kontrolou. Může jim doporučit různé relaxační metody na zvládnání stresu a snažit se vést partnery ke vzájemné komunikaci. (LEIFER, 2013, s.318)

5 PSYCHICKÉ DOPADY NEPLODNOSTI

Většina párů předpokládá, že nemá problém s plodností, a tak se nejdříve věnují své kariéře či studiu. Poté se rozhodnou, že by chtěli dítě, o které se snaží několik měsíců a stále to nejde a každý měsíc se pravidelně objevuje menstruace. Při každém dostavení menstruace žena pocítuje zklamání až zoufalství, které se střídá s obdobím plným optimismu.

Po zjištění neplodnosti mohou začít panikařit. Nejčastější první reakcí je odmítání tohoto faktu. Žena se často snaží pravdu vytlačit ze své mysli, snaží se uvolnit, jet na dovolenou, relaxovat a sledovat svou ovulaci. Žena nechce přijmout skutečnost, že je neplodná. Odkládá vyhledání pomoci, ale čím déle jí trvá přijmout pravdu, tím více se zvyšuje riziko zhoršení původní diagnózy neplodnosti, což má také vliv na její psychický stav. Časem se s tím začne smířovat a přijímat pravdu, která bolí a vyhledá lékařskou pomoc.

Pochopení způsobu léčby může vést k částečnému odstranění paniky. Mysl ženy začíná být naplněna nadšením, možnostmi a nadějemi a v této době je žena hodně zranitelná. Pokud se nedaří najít příčinu neplodnosti nebo jsou cykly neúspěšný, v mysli ženy se začnou hromadit pochybnosti a zklamání.

Dalším častým pocitem během léčby neplodnosti je hněv, ten pocítují jak ženy, tak muži. Hněv může směřovat buď na sebe a na své tělo, nebo naopak na partnera, anebo na sebe za to, že se o miminko nepokoušeli mnohem dříve.

Často jeden z partnerů, u kterého se diagnostikuje neplodnost, cítí vinu a tu hledá ve své minulosti. Ženy si například mohou vyčítat, že v minulosti podstoupily umělé přerušování těhotenství, avšak pokud UPT nebylo nijak komplikované infekcí většinou to nemá s jejich neplodností nic společného. V tomto případě je dobré si promluvit s psychologem.

Styky s kamarádkami, které snadno a náhodně poněkolkáté otěhotní mohou vyvolat v ženě závist. V ženě taková situace může vyvolat smutek a zlobu, ale je důležité si uvědomit, že okolí za to nemůže.

Nakonec po všech fázích – odmítání, vzteku a smutku se žena s neplodností smíří. Buď se rozhodne pro léčbu neplodnosti nebo začne uvažovat o adopci.

Léčba neplodnosti má i velký vliv na vztah mezi partnery. Muži často špatně snášejí sex nebo poskytnutí vzorku spermatu na povel, tím se narušuje sebedůvěra neplodného

partnera či obou. Muži se většinou se svými problémy a pocity nesvěřují a snaží se psychicky podporovat svou ženu. Ovšem koukat na to, jak se žena trápí během léčby na cestě za dítětem, je pro muže velmi frustrující. Žena se pak může domnívat, že je v tom sama a je jediná, která touží po dítěti. Důležité je, aby partneři během léčby spolu komunikovali o svých pocitech. (DOHERTY, 2006, s.70-72, 74)

6 FINANCOVÁNÍ ASISTOVANÉ REPRODUKCE

V dnešní době většinu metod asistované reprodukce proplácí pojišťovny. U některých metod pojišťovny proplácí výkony plně, některé si musí pacientky doplácet. Výše ceny závisí na zdravotním pojištění ženy a na výběru centra.

Na úhradu terapie zdravotními pojišťovnami má nárok pouze žena, muž žádný nárok nemá, i přesto, že příčina neplodnosti je na jeho straně. (HAVLÍKOVÁ, 2017)

Proplácení pojišťovnami IVF cykly je upraveno zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění: „§ 15 (3) *Ze zdravotního pojištění se zdravotní služby poskytnuté na základě doporučení registrujícího poskytovatele v oboru gynekologie a porodnictví v souvislosti s umělým oplodněním, jde-li o formu mimotělního oplodnění (in vitro fertilizace), hradí a) ženám s oboustrannou neprůchodností vejcovodů ve věku od 18 let do dne dosažení třicátého devátého roku věku, b) ostatním ženám ve věku od 22 let do dne dosažení třicátého devátého roku věku, nejvíce třikrát za život, nebo bylo-li v prvních dvou případech přeneseno do pohlavních orgánů ženy nejvýše 1 lidské embryo vzniklé oplodněním vajíčka spermií mimo tělo ženy, čtyřikrát za život.*“

Pojišťovny nehradí celou léčbu. Ženy si musí částečně doplácet léky k hormonální stimulaci a různá specifická laboratorní vyšetření nebo jiné metody k oplodnění vajíčka spermií v laboratorních podmínkách tzn. intracytoplazmatickou injekci (ICSI, PICSI), rozmrazení embryí, preimplantační genetické vyšetření, kryokonzervace embryí, kryoembryotransfer atd. Ženy si také hradí samy nadstandardní pokoje ve zdravotnickém zařízení. Pokud se při inseminaci využívají dárcovské spermie, pacientka musí uhradit sama příplatek 500-1000 Kč za jednu inseminaci, tento příspěvek souvisí s úhradou dárci spermatu. Při použití dárcovských vajíček je cena mnohem vyšší.

Centra asistované reprodukce by neměly zpoplatňovat konzultace. Ženy mají právo vyžádat si ceník všech služeb daného centra. (VZP ČR, 2015; ROZTOČIL, 2011, s.231)

PRAKTICKÁ ČÁST

7 FORMULACE PROBLÉMU

Těhotenství je jedno z důležitých fází života ženy. Žena většinou nepočítá s tím, že by mohla mít problémy otěhotnět přirozenou cestou, ale i to se bohužel stává. Problém může být jak na straně muže, tak i na straně ženy. Zjištění neplodnosti může ovlivnit celý další průběh života ženy.

Tento problém je možné dnes řešit skrze umělé oplodnění. V dnešní době přibývá více lidí, kteří vyhledávají pomoc právě v centru asistované reprodukce. Veřejnost o tomto tématu příliš nediskutuje, protože může být pro ženu citlivé. Umělé oplodnění má velký dopad na psychickou stránku ženy, protože celý proces je nejistý a nikdo ženě nezaručí, zda bude oplodnění úspěšné a žena porodí zdravé dítě či nepotratí. Co se týče psychiky ženy, tak velkou roli hraje i podpora muže.

V praktické části výzkumu se zabýváme otázkou „Jaké jsou zkušenosti žen s asistovanou reprodukcí?“

8 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

8.1 Hlavní cíl

Zjistit zkušenosti žen s asistovanou reprodukcí

8.2 Dílčí cíle

1. Analyzovat psychický stav ženy, která nemůže otěhotnět.
2. Analyzovat prožitky ženy během procesu IVF
3. Zjistit, jaký je vztah mezi porodní asistentkou a ženou podstupující IVF
4. Zjistit, jak ovlivňuje neplodnost a následná asistovaná reprodukce partnerský vztah z pohledu ženy
5. Zjistit průběh a pocity ženy během těhotenství po IVF

9 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY

1. Jaký je psychický stav ženy, která nemůže otěhotnět?
2. Jak probíhá proces IVF z pohledu ženy?
3. Jak žena prožívá proces IVF?
4. Jaký je názor ženy na asistovanou reprodukci?
5. Jak se k situaci ženy staví přátelé a okolí?
6. Jaký je vztah mezi porodní asistentkou a ženou podstupující IVF?
7. Jaký dopad měla neplodnost a asistovaná reprodukce na vztah mezi partnery?
8. Jaký je průběh a prožívání ženy během těhotenství po IVF v jednotlivých trimestrech?

10 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr participantek do výzkumu byl záměrný. Do výzkumu byly vybrány tři ženy, které musely splňovat dané kritérium, které jsme si předem stanovili. Kritériem byla žena, která otěhotněla po IVF metodě.

První žena byla 31let stará. Podstoupila dva cykly umělého oplodnění, z toho jednou došlo k zamlklému potratu. Druhou byla 37letá žena, která podstoupila jednu intrauterinní inseminaci, neúspěšně, a jeden cyklus umělého oplodnění, který vyšel napoprvé. Poslední byla 28letá žena, která podstoupila úspěšný jeden cyklus umělého oplodnění.

Participantky byly seznámeny s cílem výzkumu a předem ujištěny o anonymitě. Participantky poté dobrovolně podepsaly informovaný souhlas.

11 METODIKA VÝZKUMU

Pro výzkum jsme využili kvalitativní metodu. Kvalitativní výzkum se zabývá studiem jednotlivých případů, a to do hloubky. Formulace výzkumného problému se snaží pochopit význam. Hlavním nástrojem kvalitativního výzkumu je výzkumník, který sbírá informace pomocí vybraných metod. Výzkumník si předem vytvoří téma a následně výzkumné otázky. Výzkumník sbírá přepisy z pozorování, rozhovorů, deníky, fotografie nebo

videozáznamů a vše, co přibližuje všední život lidí. Dále se během svého hledání významu snaží popsat vše, co během výzkumu vypožoroval a zaznamenal. Snaží se nic nevynechat. Sběr dat a následná analýza kvalitativního výzkumu probíhá dlouhodobě. (Hendl, 2016, s.47-48, 178)

Data byla sbírána primárně pomocí **polostrukturovaného rozhovoru** a jako doplňkovou metodu jsme zvolili **pozorování**. K rozhovoru jsme předem připravili otázky, na kterých se celý rozhovor zakládal. Otázky byly tvořeny na základě předem stanovených cílů. V rozhovorech jsme využili otevřené otázky, aby měly respondentky prostor se vyjádřit. Předem jsme se každé participantky dotázali, zda bude souhlasit s tím, aby byl rozhovor nahrán na mobilní telefon.

Hlavním cílem výzkumu bylo prozkoumat jaké zkušenosti mají ženy s asistovanou reprodukcí, konkrétně s metodou IVF. Ve výzkumu dále zjišťujeme, jak celý proces IVF probíhá z pohledu ženy, jaké měla žena pocity a jaký dopad to mělo na její psychiku. V bakalářské práci se dále zabýváme tím, jak žena vnímá neplodnost a jaký vliv má neplodnost a asistovaná reprodukce na vztah mezi partnery. Nakonec se zabýváme i průběhem a prožívání těhotenství po IVF.

12 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum probíhal od listopadu 2020 do března 2021. Nejdříve jsme hledali vhodné participantky na uskutečnění výzkumu.

Participantky byly osloveny na soc.sítích (Facebook) v uzavřené skupině, kde jsou ženy, které si prošly metodou asistované reprodukce nebo momentálně prochází. Osloveny byly 5.11.2020 a zpět se jich ozvalo 5. Vzhledem k situaci s Covid – 19 v České republice nebylo možné se s participantkami setkat osobně, a tak jsme se domluvili na videohovoru přes aplikaci Skype. Některé participantky, které souhlasily s rozhovorem na poslední chvíli kontakt přerušily.

V rozhovoru se s ženami zaměřujeme na anamnestické údaje, kde se zajímáme hlavně o osobní, rodinnou anamnézu a životní styl. V další části rozhovoru zjišťujeme příčinu neplodnosti, průběh IVF a prožívání ženy v tomto období. Také jsme se zajímali, jaký vliv mělo toto období na jejich vztah s partnerem. V poslední části rozhovoru nás zajímal průběh těhotenství po IVF a jak žena takové těhotenství prožívá.

S participantkou Terezou se uskutečnily celkem 2 rozhovory. První rozhovor proběhl 2.2.2021. Žena souhlasila, aby celý rozhovor byl zaznamenáván na mobilní telefon. Během prvního rozhovoru jsme se zaměřili na sepsání anamnézy, Dále byl zmapován psychologický stav ženy, zajímal nás průběh umělého oplodnění, jaký vztah měla s porodní asistentkou a jak velkou oporou jí byl partner. První rozhovor trval celkem 60minut. Ve druhém rozhovoru jsme se zabývali průběhem těhotenství, a jak těhotenství participantka prožívala v jednotlivých trimestrech. Rozhovor trval zhruba 30 minut a proběhl dne 15.2.2021 opět prostřednictvím aplikace Skype.

S participantkou Monikou a Kateřinou se uskutečnil vždy jeden rozhovor, během kterého jsme probrali všechna témata k výzkumu bakalářské práce. Rozhovor s participantkou Monikou trval zhruba 75minut a proběhl dne 12.3.2021 a rozhovor s paní K. trval přibližně 80 minut, dne 4.1.2021.

13 ZPRACOVÁNÍ DAT

Rozhovory byly přepsány z nahrávky do elektronické podoby. Pro zpracování výsledků jsme využili techniku tužka – papír. Použili jsme metodu otevřeného kódování a kategorizaci dat.

14 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Rozhovory s participantkami se uskutečnily přes aplikaci Skype. Důvodem byla situace ohledně Covid - 19 v České republice. Na začátku rozhovoru jsem se respondentkám vždy představila. Prostředí a atmosféra byla příjemná i přes to, že rozhovory byly formou videohovoru. Využila jsem videohovor, abych mohla uplatnit pozorování.

14.1 Rozhovor č.1 – Paní Tereza

První rozhovor s paní Terezou. se uskutečnil 2.2.2021 přes aplikaci Skype. Paní Tereza byla kontaktována přes aplikaci Messenger. Přes zprávy ji byl představen cíl práce a stručně obsah rozhovoru. V dalších zprávách jsme se domluvily na termínu konání rozhovoru. Během rozhovoru panovala příjemná atmosféra.

14.1.1 První videohovor

Jako první byla zjišťována participantky anamnéza. Dále jsme se zajímali, proč nemůže počít dítě přirozeně, o průběh asistované reprodukce a pocity, které s tím souvisí.

Anamnéza

Nejprve nás zajímala anamnéza participantky Terezy. Ženě je momentálně 29let. Nyní je šťastně vdaná, ale během procesu umělého oplodnění s manželem ještě nebyli svoji. Co se týče vzdělání vystudovala střední školu s maturitou a nyní je na rodičovské dovolené. S manželem bydlí v rodinném domku. Dále nás zajímala osobní anamnéza, tzn. prodělané operace, onemocnění a úrazy, ale i rodinná anamnéza a životní styl. Prodělala běžné dětské onemocnění a s ničím se neléčí. „*Když jsem byla malá, tak jsem prodělala mononukleózu a asi v 15 letech jsem měla zánět slepého střeva, které muselo jít ven, ale jinak nic závažného si nevybavuji. Jinak před těhotenstvím jsem hodně trpěla na mykózy.*“ Uvedla, že od svých 15let do 18let brala hormonální antikoncepci a vysadila ji z důvodu, že už do sebe nechtěla „cpát“ chemii. Po vysazení antikoncepce začala mít nepravidelnou a bolestivou menstruaci. V rodinné anamnéze se vyskytuje snížená funkce štítné žlázy a cukrovka, se kterou se léčí její babička, nic dalšího neudávala. Alergii neguje. Před tím, než zjistila, že je neplodná příliš nedbala na svůj životní styl. „*Dříve jsem hodně jedla smažená jídla, pizzy, hamburgery a pila alkohol, hlavně víno, když jsme s manželem ještě chodili na zábavy, ale teď se snažím jíst zdravěji, jím hodně zeleniny. No a s malou bych řekla, že mám pohybu dost. Chodíme často na procházky, i když teď v téhle době to tak často nejde, tak jsme aspoň venku na zahradě a když je čas, tak si ještě zacvičím.*“ Dále se zmínila, že dříve příležitostně kouřila cigarety, ale od doby narození dítěte cigarety již nekouří.

Jak participantka prožívala, že nemůže otěhotnět přirozenou cestou

V souvislosti s neplodností jsme se nejdříve zajímaly, co pro participantku znamená mít dítě. „*No, určitě to pro mě znamená hodně. Vždycky jsem chtěla někomu předat své zkušenosti, mít někoho o koho se můžu starat. Mít někoho, kdo mě bude potřebovat. Kdo mě bude navštěvovat až budu stará. Je dobrý vědět, že nezůstanu úplně sama. To, že jsme se na tom shodli s manželem, tehdy teda ještě s přítelem, bylo pro mě takový ujištění, že to se mnou myslí vážně a miluje mě.*“ Doplnila, že teď na to vzpomíná s úsměvem na tváři, protože ví, že manžel je skvělý chlap.

Dále nás zajímalo, jaká vyšetření participantka podstoupila v souvislosti s neplodností. Na začátku, když se pokoušeli o miminko, nepřemýšlela nad tím, že by to nemuselo jít. Ale po půl roce snažení měla pocit, že s otěhotněním může mít problém. „*Celkově jsme se snažili o miminko asi kolem 3let. Já jsem to konzultovala s doktorem asi po půl roce, ale zatím se nic nedělo no a manžel mě furt uklidňoval.*“ Lékař jí doporučil ať zkusí několik kilo zhubnout, upraví stravování a předepsal jí doplňky stravy, aby se podpořila ovulace a zpravidelnila menstruace. Důležité bylo hlavně na to neustále nemyslet, protože by to všechno mohlo být způsobeno psychikou, ovšem nemyslet na to jí vůbec nešlo. „*Hlavou se mi samozřejmě honilo, co když nikdy nebudu mít děti? Pokaždý, když přišla menstruace jsem byla zklamaná a smutná. Většinou jsem to obřečela, ale ne vždycky. Prostě jsem to nevzdávala a dávala jsem tomu furt naději.*“ Menstruace se zpravidelnila a poté si žena neustále hlídala plodné a neplodné dny. Sex se stával spíše povinností než radostí. Po roce snažení se stále nic nedělo, a tak se participantka rozhodla změnit svého gynekologa. Podle předchozího lékaře byla mladá a měla na miminko dost času. Novému gynekologovi sdělila svůj problém a věci se dali do pohybu. „*Podstoupila jsem několik vyšetření. Dělali mi vlastně hormonální vyšetření a ultrazvuk. Musela jsem vlastně na to laparoskopické vyšetření, kde mi zjišťovali, jestli mám průchozí vejcovody no, a nakonec se zjistilo, že mám vejcovody průchozí, ale jako hodně málo.*“ Zjištěna ji byla i endometrióza, kterou se rozhodli nejdříve léčit hormony. V té době jí konečně došlo, že cesta k miminku nebude asi úplně jednoduchá, jak si nejdříve myslela. Začala si klást otázky „*Proč zrovna já?*“. „*Samozřejmě ukápla nějaká ta slzička nebo spíš hodně slziček. A to mi pak bylo jasné, že pro miminko bude třeba udělat víc než jenom sex s manželem. Samozřejmě jsem měla i strach z toho, co mě čeká a taky jak zareaguje manžel až mu to řeknu. Dokonce jsem v tu chvíli nemyslela jen na to, že nemusíme mít miminko, ale taky jsem si uvědomovala, že jsem vlastně nemocná. No a pak začala léčba, která trvala myslím půl roku. Brala jsem hormony a neměla jsem menstruaci. Byla to vlastně*

taková menopauza nebo aspoň takhle mi to nějak vysvětlil doktor. To bylo takový divný, když jsme s snažili o miminko a já vlastně neměla žádnou menstruaci. No, ale léčba bohužel nezabrala a musela jsem podstoupit operaci, kvůli tý endometrióze.“ Participantka to nesla vcelku těžce, byla vystresovaná, plačtivá a nechtěla o tom s nikým mluvit, styděla se. Pro laparoskopické vyšetření byla žena hospitalizovaná v nemocnici. Na začátku jí sestry ubytovaly a poté se jí ptaly na různé otázky. *„Jedna z těch nepříjemných otázek byla samozřejmě, jestli jsem prodělala nějaký potraty a jestli mám za sebou nějaký porody, ale jinak si nemůžu na nic stěžovat. Pak jsem mluvila s doktorem a jenom ležela na pokoji, občas za mnou přišla nějaká sestřička a druhý den se konala operace.*“ Po operaci ležela v nemocnici ještě 2 dny a poté šla domů. Ve vztahu k operaci endometriózy, žena udávala, že postup byl v podstatě stejný. *„Při té operaci kvůli endometrióze jsem byla hospitalizovaná mnohem dýl. Na pokoji jsem byla s paní, která to už měla za sebou, tak jsme měli takový společný téma. Já i ona jsme byly takový docela upovídány, tak jsem měla aspoň nějakou příjemnou společnost.*“ Po operaci se nevyskytly žádné komplikace a asi 9.den po operaci ji pustili domů, vzpomíná si matně. Žena přiznala, že celá hospitalizace pro ni nebyla příjemná. Operace ženě naštěstí pomohla. Celkově participantka situaci s neplodností nenesla dobře. *Myslím si, že je to docela normální, když jde někdo na operaci. Obecně ty začátky, kdy jsem ještě nevěděla, co je špatně jsem hodně brečela a byla taková nervózní. Možná jsem byla i naštvaná, jak je možný, že to všechno postihlo zrovna mě.*“ Vzhledem k tomu, že měla velmi málo průchozí vejcovody, bylo ženě doporučeno navštívit centrum asistované reprodukce. *„My jsme se po té operaci snažili ještě zkusit počít dítě normálně přirozeně, ale po pár měsících, jsme se rozhodli teda kontaktovat to centrum asistované reprodukce, který nám doporučil můj gynekolog.*“

Jak probíhal proces IVF z pohledu participantky

Zajímali jsme se jaké všechny terapie participantka podstoupila a jak probíhalo IVF. Vzhledem k tomu, že participantka měla částečně vejcovody průchodné a spermie partnera byli v pořádku, rozhodli se nejdříve vyzkoušet intrauterinní inseminaci. Inseminace byla bohužel neúspěšná, a tak nebylo na co čekat a podstoupili IVF. *„Na klinice, kam jsme docházeli nám od začátku doporučovali jít rovnou na umělý oplodnění, ale já jsem nejdřív chtěla zkusit tu inseminaci, tak to nám bylo vyhověno. No a ta se teda nepovedla.*“ Po neúspěšné intrauterinní inseminaci následovalo IVF. *„Dostala jsem injekce..ty hormony, který jsem si musela každý den píchat. Bylo to, aby mi rostly ty vajíčka. Nejdřív mi teda udělal doktor ultrazvuk.*“ Participantka měla problém si sama aplikovat injekce do břicha, proto poprosila svého

manžela, aby jí to aplikoval on, který jí tímto pomohl. „*Asi po týdnu jsme jeli na kliniku znova, kde mi zase dělal doktor ultrazvuk, aby zjistil, jak jsou ty vajíčka velký a jestli tam vůbec nějaký jsou a kolik jich tam je. Naštěstí bylo všechno v pořádku, tak jsme se domluvili na termínu odběru. Za dva dny jsme tam jeli znovu na ten odběr.*“ Četla hodně článků a diskuzí na internetu, kde se dočetla, že po odběru ženy bolí břicho. Byla z toho velmi nervózní, ale řekla si, že kdo toto nezkusí, tak neví. „*Po tom odběru jsem tam ležela 2 hodiny, kde mi sestřičky furt kontrolovali. A co si budem, po tom odběru to fakt bolelo. Hodně mě bolelo břicho, ale neříkám, vydržet se to dalo.*“ Odebráno jí bylo sedm vajíček. Za několik dní si volali na kliniku, aby se dozvěděli, jak se vajíčka vyvíjí. Bohužel dostali nemilou zprávu, kde se dozvěděli, že většina vajíček nejsou vhodná. Vhodné byly pouze dvě, které jí byly zavedeny. „*Pak 5.den po tom odběru jsme tam jeli zase, a to jsme jeli na to zavedení. Měla jsem hrozný strach, jak se to bude vyvíjet pak ve mně, protože ten zbytek se moc dobře nevyvíjel. 14.den po zavedení jsme tam měli jet na kontrolu, jestli se to chytilo nebo ne. A světě div se, chytilo.*“ Žena cítila obrovskou radost a úlevu, ale naopak měla strach, aby se embryo udrželo. Bohužel ve 2.měsíci těhotenství došlo k zamlklému potratu. Příčina byla neznámá „*Chvíli jsme si dali od miminka pauzu a pak, co jsem se dala trošku do kupy jsme to zkusili znova. Jenže tím, že jsem neměla žádný zamražený vajíčka jsem musela všechno podstoupit úplně od začátku, takže prostě zase samí stres a tím, že vlastně už jsem jednou potratila to bylo všechno takový intenzivnější.*“ Žena měla velký strach z toho, že opět dojde k potratu a bude muset všechno prožívat znovu. „*Říkala jsem si proč zase já. No a ten proces byl vlastně úplně stejnej jako předtím. S tím, že jsem měla větší strach, že se to zase nepovede. Musela jsem znova prožívat tu bolest po odběru vajíček, ale jako ve srovnání s tou psychickou bolestí to bylo nic.*“ V druhém cyklu IVF jí odebrali tentokrát jen pět vajíček. Poté si volali opět na kliniku, jak to s nimi vypadá. Dobrou zprávou bylo, že všechna odebraná vajíčka se vyvíjela dobře. 5.den po odběru jela participantka s manželem na kliniku, kde byla vyšetřena ultrazvukem. Byl to den embryotransferu. Zavedeny jí byly tři embrya a zbytek si participantka nechala zamrazit pro případ, že by se tento pokus opět nepodařil nebo do budoucna, kdyby se pokoušela s partnerem opět o dítě. „*Pak nastalo zase čekání. Velkej stres, jestli se to uchytí. Zase za 14 dní jsme jeli na kontrolu, kde mi řekli, že jsem těhotná. Uchytilo se vlastně jen jedno embryjko. Měla jsem obrovskou radost, zase. Jenže jsem měla i obrovský strach, celý těhotenství jsem ho měla, abych to donosila.*“

Jak participantka prožívala proces IVF

Také nás zajímalo, jak celý průběh asistované reprodukce – IVF participantka prožívá. Celkově by celý proces popsala jako vyčerpávající, ale nakonec se šťastným koncem. „*To co jsem prožívala..no, byl to samozřejmě velké stres. Já jsem třeba věděla, že mě čeká píchání injekcí, ale pak když na to přišlo, tak to pro mě bylo nepředstavitelný. Takže jsem právě řekla manželovi, jestli by mi to mohl píchat on. Taky jsem si musela hlídat čas, kdy si to mám píchnout a tak.*“ Celý proces žena přemýšlela nad tím, zda se první pokus povede či ne. Jednou z nepříjemných částí během IVF byl pro ni odběr vajíček. Samotný odběr byl proveden pod narkózou, kdy žena nic necítila. Po probuzení cítila velkou bolest v oblasti podbřišku. Bolest cítila pár dní po odběru a bylo to pro ni velmi nepříjemné. Většinu času pouze ležela a odpočívala. „*To mi na náladě taky moc nepřidalo. Každopádně, když jsem se dozvěděla, že se ty vajíčka po tom prvním odběru moc dobře nevyvíjí, tak jsem začala trošičku panikařit. Manžel mě teda furt uklidňoval, ale myslím si, že z toho byl taky docela nervózní. Já tam furt viděla tu naději. Když jsem se pak dozvěděla, že jsem otěhotněla a že se to povedlo, tak jsem byla šťastná, ale bála jsem se, že to nedonosím. No..a to se pak stalo, že jo. Kolem 2.měsíce jsem bohužel potratila, ale teď si říkám, že to asi tak mělo být.*“ Do dneška participantka pocítuje smutek a myslí na první miminko. Ale už se s tím smířila. Poté co došlo k zamlklému potratu na tom po psychické stránce nebyla moc dobře. „*Vím, že to bylo na začátku těhotenství, ale přesto to hrozně bolelo. To, co jsem prožívala bylo hrozný, těžko se to popisuje. To asi dokáže pochopit jen někdo, kdo si tím prošel. Bylo to prostě velký zklamání, měla jsem hrozný vztek a myslela jsem si, že to psychicky nezvládnu. byla jsem furt taková napjatá a kvůli tomu jsem docela i špatně spala, nakonec to došlo k tomu, že jsem si nechala napsat nějaký antidepressiva.*“ Participantka cítila velkou bezmoc. Poté, co se všechno uklidnilo a žena se cítila, že už je v pořádku, jak psychicky, tak fyzicky, tak se s partnerem rozhodli, že zkusí druhý pokus. „*Celý ten proces jsem musela podstupovat úplně od začátku, no hrozný. Zase samý stres, bezmoc, že to nemůžu nijak ovlivnit. Snažila jsem se prostě věřit doktorům. Já jsem se to snažila podpořit i různými doplňkami, aby se nám to fakt už povedlo. Jako během toho druhého kola jsem byla fakt hodně unavená a náladová. Ale nakonec se to povedlo prostě. Jako měla jsem šílenou radost, když jsem věděla, že se to povedlo. Měli jsme tentokrát i ty ostatní zárodky zamrazený, za co jsem byla taky moc ráda. Každopádně ten strach tam byl, aby se nestalo to, co předtím, jako ten potrat. To jsem jako fakt hodně bála. Takže jsem se snažila hodně odpočívat, netahat nic těžkýho. Manžel mi taky hodně pomáhal. Hlavně psychicky. Nechápu jak, to semnou mohl vydržet. Ale jeli jsme v tom spolu. Díky bohu za něj.*“

Jaký má participantka názor na asistovanou reprodukci

Pokud jakákoliv žena touží po dítěti, tak je schopna podstoupit nakonec vše. Dříve se participantka umělému oplodnění vcelku bránila a stále věřila, že těhotenství vyjde přirozeně. Všechny pokusy o přirozené početí byly pro ni velmi náročný na psychiku a poté, co to nešlo se nakonec rozhodli s manželem pro umělé oplodnění. Adopce nepřipadala vůbec v úvahu. Participantky názor je takový, že asistovaná reprodukce není přirozená, ale rozhodně je to velká pomoc. Věří, že to asi takhle mělo být. V dnešní době se podle ženy narodí mnoho dětí právě díky umělému oplodnění. *„Když jsme se začali snažit o miminko, tak jsem věděla, že existuje umělý oplodnění, ale vůbec jsem nevěděla, co všechno to obnáší. Jaký všechny vyšetření budu muset mít a tak. Pak pozdějš jsem začala hledat hodně na internetu. Taky díky tomu jsem zjistila, kolik dětí se díky dnešní moderní době narodí...nebo teda spíš technice. Vím, že hodně ženskejch je naprosto proti, na jednu stranu to chápu, ale zase...upřímně...já prostě radši budu mít vlastní dítě, který bude fakt naše, i když uměle než abych si třeba to dítě adoptovala jo.* Dříve participantka nechtěla mluvit o tom, že má problém s přirozeným početím dítěte, ale nyní s tím žádný problém nemá, protože se dočkala vysněného dítěte právě díky IVF.

Také jsme se participantky ptali, jaký vliv měla neplodnost a proces asistované reprodukce na život participantky. Určitým způsobem to participantky život ovlivnilo. Žena uvedla, že asistovaná reprodukce její život ovlivnila v tom smyslu, že se jí narodilo zdravé, krásné dítě. Naučilo jí to trpělivosti. Co se týče vztahu s partnerem, jejich vztah to určitě posílilo. Velký vliv měla neplodnost i asistovaná reprodukce na participantky psychiku, ale že by to ovlivnilo nějakým způsobem její život si nemyslí. Nyní pociťuje štěstí z důvodu, že má všechno, co si přála. Myslí si, že tato situace určitě není pro každého, a ne každá žena či pár to společně zvládne. Co se týče finanční stránky, participantka měla podporu od rodičů. Nějaké peníze měla našetřené, a tak výdaj to pro ni a jejího partnera nebyl až tak veliký. Finanční stránka léčby neplodnosti nebývá pro pacienty příliš určující, stejně jako v případě participantky.

Jak se k participantky situaci staveli přátelé a okolí

Participantka se při prvním pokusu o dítě zmínila před kamarádkou, ke které měla důvěru, o následujícím IVF. Manžel participantky pak svému kamarádovi. Krom její a partnerovo rodiny a těchto dvou přátel nikdo o umělém oplodnění nevěděl. *„Po tom, co jsem vlastně poprvý otěhotněla, tak jsme to tenkrát všem řekli, jenže pak přišel ten potrat a po tom potratu už jsem neměla sílu to někomu říkat, kdyby se to zase nepovedlo a tak. Jinak*

jako podpora od těch nejbližších tam byla. Po tom druhým pokusu jsme to s manželem oznámili asi až kolem 3.měsíce, co jsem byla těhotná. Nejdřív jsem se snažila nikam nechodit, aby to na mě nikdo nepoznal, ale pak jsme se teda rozhodli nakonec to všem říct.“ Blízký přátelé měli z úspěšného cyklu velkou radost. „No a od rodičů jsem měla hodně velkou podporu. I nám vlastně chtěli něco přispět na ten druhý cyklus. No a čekali že jo pak, jestli se to povede nebo ne a byly strašně šťastný, že jo.“ Nikdo z jejího okolí, přátel či rodiny neměl problém s tím, že mají dítě „ze zkumavky“.

Jaký byl vztah mezi porodní asistentkou a participantkou

Dále jsme se zajímaly, jak probíhala komunikace mezi participantkou a porodní asistentkou v centru asistované reprodukce a jak byla participantka spokojená s péčí. S komunikací byla participantka spokojená. „*Sestry tam byly naprosto úžasný. Všechno, co jsme potřebovali vědět nám řekly i doktor. Na začátku nám řekla, co nás všechno čeká..nebo spíš mě. Jak to všechno bude probíhat, jak se mám chovat a tak.*“ Všechno jí bylo vysvětleno vždy předem a těsně před daným výkonem. Uvedla, že přístup a chování porodních asistentek bylo super. Byly velmi hodný a laskavý. Podle participantky porodní asistentky na klinice vědí, jak je třeba se k pacientkám chovat a reagovat na jejich dotazy. „*No i po tom odběru vajíček, kdy jsem musela ležet na pokoji mě furt kontrolovali, jestli je všechno v pohodě a tak.*“ Participantka uvedla, že na začátku hledala informace hodně na internetu, ale poté, co navštívila centrum asistované reprodukce se dozvěděla všechno, co měla. Hledání příběhů a informací na internetových stránkách podle ženy nebylo dobré, protože se tam setkala i s negativními recenzemi, příběhy atd.

Jak ovlivnila neplodnost a asistovaná reprodukce vztah mezi participantkou a jejím partnerem

Manžel pro ni byl podle slov participantky hodně velkou oporou, kterou ani nečekala. Po sdělení diagnózy se trochu obávala, jak manžel zareaguje, ale bála se zbytečně. Měla velký strach, že ji opustí. Partnerovi nevadilo, že by spolu neměli děti, a nakonec ji i požádal o ruku. „*No manžel mě podporoval fakt hodně. Jezdil se mnou vlastně na každý termín, na který jsem byla objednaná. Jako určitě byl taky nervózní, ale určitě to neprožíval, tak jako já.*“ Největší oporu ze strany partnera pocítovala po prvním cyklu, kdy došlo k zamlklému potratu. Dle participantky to byla velká zkouška jejich vztahu a naštěstí to ustál. „*Jak při tom prvním, tak i při tom druhým cyklu byl skvělejší. Po tom, co jsme se dozvěděli, že jsem těhotná bylo vidět, že je šťastný. Po tom druhým cyklu, kdy jsem otěhotněla mi pak všude vozil, nakupoval, nic jsem nemohla dělat.*“ Hledal ve všem pozitivní věci, i když se v této situaci

toho moc najít nedalo. Snažili se všechno dělat pro sebe, pro zdraví a pro budoucí miminko nebo v to alespoň věřili. „*Tak z mého pohledu se P. k celým situaci stavěl dobře, musím říct, že mě to docela překvapilo. Neměl s ničím vyloženě problém nebo teda aspoň jsem to tak vnímala. Třeba na ten spermioqram šel a to vím, že se mu moc nechtělo, ale to asi každému chlapovi. Víceméně mu nic jinýho nezbyvalo no. Při tom čekání na ty výsledky jsme byli oba nervózní. Ale zjistili, že jsou jeho spermie naprosto v pořádku.*“ Z pohledu ženy všechna vyšetření snášel její manžel po psychické stránce lépe než ona.

14.1.2 Druhý videohovor

Druhý videohovor se uskutečnil o týden později 15.2.2021 opět přes Skype. Během tohoto rozhovoru jsme se zaměřili na průběh těhotenství, který jsme rozdělili do I. a II., III. trimestru.

Těhotenská průkazka

V rámci videohovoru jsme poprosili participantku, zda by bylo možné nahlédnout do těhotenské průkazky, abychom zjistili základní informace.

KS: B pozitivní

Výška: 165 cm

Výchozí hmotnost: 70 kg

TK: v pořádku, 123/70 P:72'

Moč + sed.: 10.1.2019 negativní

HBsAG, HIV, BWR:10.1.2019 negativní

OGTT: 12.5.2019 negativní

Protilátky: 1x negativní

GBS: 10.7.2019 negativní

Otoky, varixy: 0

Postavení plodu: PPHL

I.trim.scr: 5.2.2019 negativní

II.trim.scr.: 7.3.2019 negativní

TP: 15.8.2019

Průběh těhotenství v I. trimestru

Neustále se hlídala. Bála se každé bolesti v podbřišku, která by mohla znamenat příchod menstruace. Poté, co se participantka dozvěděla, že se druhý cyklus IVF povedl cítila velkou radost. Na začátku těhotenství hodně odpočívala a většinu práce v domácnosti za ní dělal její partner. Do práce nechodila vzhledem k rizikovému těhotenství. Přibližně od 9.týdně gravidity začala mít nauzeu. *„Jako úplně ten začátek to byly hodně nervy. A ty ranní nevolnosti, nebo teda na tom začátku já jsem nezvracela, ale měla jsem jenom takový ty návaly, ale bylo to dost nepříjemný.“* Od začátku pociťovala hodně únavu.

Psychický stav ženy na začátku těhotenství

Radost z toho, že se embryo uchytilo střídal strach z toho, že o dítě přijde. Vzhledem k tomu, že si ztrátu miminka participantka prožila, měla ještě větší strach, že se to bude opakovat. Od začátku cítila, že je něco jinak. Cítila, že tentokrát by pokus mohl být úspěšný, ale přesto se obávala, aby nedošlo k nějakým komplikacím a celé těhotenství proběhlo v pořádku. Také se lehce obávala i porodu, aby vše proběhlo bez problémů. Přála si, aby se miminko narodilo zdravé. *„Myslím si, že psychika hraje docela velkou roli, takže jsem se hodně snažila být i v takový psychický pohodě. Ale vůbec to nešlo. Pamatuju si to, jako by to bylo dneska. No měla jsem největší strach z toho, abych to donosila prostě.“*

Průběh těhotenství ve II. a III. trimestru

Ke konci prvního trimestru participantka začala hodně zvracet. Nevolnosti trvaly zhruba do poloviny druhého trimestru. *„To zvracení bylo fakt nepříjemný. Jenže já nezvracela jenom ráno, ale já zvracela klidně celý den. Takže jsem se snažila jíst malý porce, ale zase častěji. Rozhodně jsem volila zdravější jídlo. Byla jsem z toho fakt unavená a vyčerpaná. Myslela jsem si, že když mě to na začátku těhotenství téměř minulo, že to už nepříjde, ale ono to přišlo.“* Participantka se snažila na začátku II. trimestru stále spíše odpočívat. Kontroly u gynekologa byly vždy v pořádku. Ke konci II. trimestru začala chodit na procházky a více se hýbat. Únava také přešla. A participantka si začala těhotenství konečně užívat. Otoky participantku vůbec nepostihly. Strie se jí objevily zhruba na konci II. trimestru. Celý III. trimestr byl u ženy bezproblémový. Ke konci těhotenství byla více unavená a více odpočívala. Partner ji opět hodně pomáhal jak po psychické stránce, tak v domácnosti.

Psychický stav ženy ve II. a III. trimestru

V období II. trimestru se participantka cítila stále velmi vyčerpaně vzhledem k tomu, že jí začali nevolnosti. Těhotenství probíhalo kromě zvracení bez problémů, a tak se i participantka cítila více v klidu. „*Takovej ten strach a stres trošku opadl, protože vlastně všechny ty kontroly byly v pořádku, a i já jsem se cítila relativně v pohodě. Už jsem ani neměla takovej strach, že bych třeba potratila.*“ Kolem 21. týdne těhotenství začala participantka cítit pohyby plodu. Z počátku cítila takové šimrání v břiše. Bylo to pro ni zvláštní a zároveň něco moc krásného. „*Upřímně poprvé, co jsem cítila ty pohyby, tak jsem se rozbrečela a hned volala manželovi. Pak už jsem si vlastně díky těm pohybům hodně hlídala, jak na tom je to mimčo, i když jsem se občas hodně bála, že je neucítím, tak jsem si to těhotenství konečně začala užívat no.*“ Zbytek těhotenství byla participantka v psychické pohodě.

14.2 Rozhovor č.2 – paní Monika

S participantkou Monikou se uskutečnil jeden rozhovor, který proběhl 12.3.2021 pomocí aplikace Skype. Přesto během rozhovoru panovala velmi příjemná atmosféra. Během tohoto rozhovoru jsme probrali na všechna potřebná témata. Nejprve jsme se zaměřili na anamnézu participantky, dále proč participantka podstoupila IVF, proces IVF, průběh těhotenství a nakonec pocity, které prožívala během těchto fází.

Anamnéza

Při sepisování jsme se ptali nejprve na osobní anamnézu. Nyní je ženě 37let. S manželem bydlí v rodinném domě se dvěma dětmi. První dítě se jim podařilo počít přirozeně a druhé pomocí IVF. O druhého syna se pokoušela v 35letech. Je vdaná a momentálně na rodičovské dovolené. Zajímala nás prodělaná onemocnění, úrazy nebo nemoci, se kterými se pacientka léčí. „*Vlastně mám silné astma, to jsem měla i při prvním synovy. To mám od nějakých pěti let. Takže to byl důvod proč mi udělali císaře, protože jsem měla saturaci kyslíku v té době porodu nějakých 78, takže to mi řekli, že mi rodit nenechají a astma mám do teďka.*“ Už při pokusu o prvního syna jí byla zjištěna vyšší hladina cukru. Hladina ale není tak vysoká, aby si musela aplikovat inzulin. Na kontrolu na diabetologii dochází jednou za rok. V rodinné anamnéze se u jejího dědečka vyskytuje cukrovka I.typu, matka trpí na vysoký krevní tlak. Antikoncepci brala asi před dvaceti lety. Participantka uvádí menarché od 13 let, cyklus má pravidelný 28/5 a nebolestivé krvácení. Co týče životního stylu, tak celá rodina dlouhodobě drží low carb stravování. Vlivem toho, že má doma dvě děti, má pohybu dost. Před druhým synem kouřila, nyní nekouří.

Jak participantka prožívala, že nemůže otěhotnět přirozeně

Nejprve jsme se participantky ptali, co pro ni znamená mít dítě a proč se rozhodla pro druhé. Participantka popsala, že jednoho syna už má a po druhém netoužila. „*Já jsem vlastně už druhé dítě nechtěla. Já, jak jsem nastoupila do práce, tak prostě jsem si říkala fajn, jsem finančně nezávislá, mám už takové to svoje pohodlí. Hlavně mi už bylo 35let v té době, takže jsem si říkala ne, stačí mi to jedno a prostě druhý dítě ne.*“ V létě byla participantka s rodinou na dovolené, kde se manžel zmínil, že by chtěl sourozence pro jejich syna. Ženu musel dlouho přemlouvat. Po dlouhém přemlouvání nakonec svolila a rozhodli se pro druhé dítě. Participantka uvedla, že mít dítě je krásná věc. „*Je to prostě takový krásný mít okolo sebe někoho, koho máte rádi, víte, že tady po vás na tom světě něco zůstane.*“

Dále nás zajímalo, jakými všemi vyšetřeními musela participantka projít. Participantka počítala s tím, že bude nějaký problém s početím druhého dítěte. První syn se jim povedl počít přirozeně. V době, kdy se s partnerem snažili o první dítě, žena užívala léky na snížení hladiny glukózy a hormony. První syn se jim povedl počít asi po 3 měsících. Při pokusu o druhého syna šlo všechno rychle. Participantka šla shodou okolností na preventivní gynekologickou prohlídku, kde ji lékař doporučil navštívit centrum asistované reprodukce. „*My jsme se snažili asi měsíc. Já jsem zrovna v té době šla na kontrolu na gynekologii a pan doktor mi řekl, že ať se rovnou objedná tam. Že vlastně už mám i vyšší věk. Aby nás tam zkontrolovali nějak hormonálně hlouběji než dokže on. Aby se zjistilo, jestli vůbec ten Siofor budu potřebovat nebo ne.*“ Ženě udělali všechna potřebná vyšetření. Musela opět na vyšetření cukru a ultrazvukové vyšetření, aby se zjistilo, zda má dělohu v pořádku a zda tam není přítomen myom. „*Musela jsem na kontrolu, protože první syn šel císařem, takže ještě na kontrolu jizvy, jestli je v pořádku.*“ Oběma byl udělán hormonální profil a genetické vyšetření, které vyšlo v pořádku. Zjistili, že u participantky žádný problém není. Problém byl na straně muže. „*Když jsme tam přišli na první sezení, tak jako oni chtěli rovnou po manželovi i odběr toho spermatu a díky tomu, právě zjistili, že on jich má málo a že se mu nehýbají.*“ Co se týče vyšetření, manžela nejdříve seznámila, co všechno je čeká. Lékař v centru asistované reprodukce jim oznámil, že pokud budou chtít druhé dítě, budou muset zkusit jednu intrauterinní inseminaci. V případě, že se inseminace nepodaří, budou muset podstoupit umělé oplodnění. „*Já jsem vlastně vůbec do toho jít nechtěla. Spíš mě do toho natlačil manžel s tím, že prostě, když nám tam říkali všechny ty vyšetření, který nás můžou čekat, tak jsem si nebyla jistá, jestli on vůbec do toho bude chtít jít. No a když mi paní doktorka řekla, co mi všechno čeká za píchání injekcí a odběr těch vajíček a kdesi cosi, tak prostě se mi to nějak moc nelíbilo. Ale zase na druhou stranu jsem si říkala, tak jako když se manžel k tomu takhle postavil, tak já se k tomu taky postavím čelem, neotočím se zády.*“ Žena vyšetření po psychické stránce zvládla dobře. Nejvíce trpěla po odběru vajíček, kdy ji hodně bolelo břicho, ale bolest se dala vydržet. „*Co jsem slyšela od doktorky, tak ta říkala, že díky těm injekcím se můžou rozházet ty hormony, že žena může být víc náladová, vzteklá atd. U mě se ty emoce a nálady nijak neprojevovaly. Ani mi to nijak nevadilo.*“ Poté, co se participantka dozvěděla o výsledku spermioqramu svého partnera cítila smutek. „*Tak jako bylo mi to trochu i líto, že to dopadlo tak, jak to dopadlo. Ale říkám, pokavaď jsou tady ty metody v dnešní době ohledně té asistované reprodukce, tak nevidím důvod toho nevyužít. Chápu, že ty chlapy to mrzí, že to takhle mají.*“ Pokud není možné počít dítě přirozeně, participantka nevidí důvod, proč nevyužít asistovanou reprodukci.

Jak probíhal proces IVF z pohledu participantky

Dalším naším cílem byla analýza průběhu umělého oplodnění. Zajímalo nás, jaké druhy terapie participantka podstoupila a jak u ní celý proces probíhal. Participantka nejprve podstoupila intrauterinní inseminaci. „*To jsme přijeli do toho Gennetu, manžel dostal kelímek a šel na odběr. On tam manžel jel sám ráno. Já jsem tam za 2 hodiny přijela. Oni to nějak pročistili, dali do té pipety. Za ty dvě hodiny jsem tam přijela já. Vylezla jsem si na to gynekologické křeslo a oni mi to vlastně zavedli do dělohy. Pokusili se to vstříknout k tomu vajíčku.*“ Inseminace se nepovedla a následoval IVF program. Nejprve participantka čekala 21 dní na schválení žádosti pojišťovnou. Žádost poslala její gynekologická lékařka. „*Vyzvedla jsem si ty injekce s rozpisem, jako kolikrát a jaký dávky si budu píchat a v kolik hodin. Tam je vlastně přesný, určitý čas, co se musí píchat ty injekce. Takže jeden týden jsem si píchala jednu injekci do břicha na podporu, aby rostly ty vajíčka. Druhý týden jsem si píchala dvě injekce. Na každou stranu břicha jednu. Ta druhá byla, aby mi ty vajíčka nepraskly, aby se mohl udělat odběr těch vajíček.*“ Po deseti dnech navštívila lékaře, kde jí provedl ultrazvukové vyšetření. Na ultrazvuku jí lékař zjišťoval velikost vajíček. Po dalších dvou dnech opět navštívila lékaře v centru, kde byla opět zjišťována velikost vajíček a následovala i domluva jejich odběru. Následující den jí byla vajíčka odebrána. „*Ráno v 7 hodin jsem přišla do Gennetu s manželem, s tím, že vás tam položí. Dají vám pokoj, vy se tam převlíknete do toho andělíčka. Přijde anestezioložka, řekne vám, co vás čeká, jak dlouho vlastně ta narkóza trvá a co se bude dít. Takže mi bylo řečeno, že ty ženy jsou pod narkózou přibližně 10 až 20 minut, kvůli tomu odběru. Šla na sál, tam jsem si lehla na gynekologické křeslo. Oni vás položí, uspí, odeberou vajíčka, pak vás odvezou na pokoj. Tam jsem byla 2 hodiny.*“ Během dvou hodin, co participantka ležela na pokoji, za ní došly lékařky z anesteziologie a embryologie. Lékařky jí informovaly o počtu vajíček, která jí byla odebrána i kolik vajíček je vhodných k oplodnění. Po 3 dnech si žena s manželem na kliniku měli zavolat, aby se dozvěděli, jak to s vajíčkama vypadá. 4. den po oplodnění následovalo zavedení. „*To přijdete znova na ten sál, ale už vás neuspávají. Vezmou takovou dlouhou pipetu, vy si vlezete na gynekologické křeslo a vlastně vám to zavedou.*“ Po 14. dnech od zavedení si udělala těhotenský test, který jí vyšel pozitivní. Objednaná byla i na kontrolu k lékaři v CAR, kde jí byl udělán ultrazvuk a odebrána krev ke zjištění hladiny hCG.

Jak participantka prožívala proces IVF

V průběhu umělého oplodnění se každá žena cítí odlišně. Participantka nepociťovala nic zvláštního. Uvedla, že se cítila normálně. „*Já bych řekla, že některý ženy mají opravdu po těch injekcích prostě ty nálady. Ale já...mě to nijak nepřišlo, že bych měla vychýlený náladu.*“ Po zavedení embrya, které se uskutečnilo v sobotu, volala po 2 dnech do centra, aby se dozvěděla, kolik zbylých vajíček zůstalo. Vajíčka se přestala vyvíjet všechna. Z toho důvodu participantka byla velmi nervózní, protože nevěděla, jestli bude zákrok s jediným zavedeným embryem úspěšný „*Všech sedm odebraných vajíček se muselo znehodnotit. Z toho jsem měla strach, protože kdyby se to nechytlo, tak mě čeká celý nový druhý kolo umělého oplodnění se vším všudy. S injekcemi a tak dále.*“ Nejméně příjemný z celého procesu byl pro ni odběr vajíček. Co se týče psychologické pomoci, tu žena nepotřebovala. Měla velkou psychickou podporu od manžela. „*Určitě si myslím, že některé ženský prostě mají takový blok, že když to nejde přirozeně, tak z toho mají trauma. Že nejsou plnohodnotný ženy atd. Víím, že v Gennetu existuje i psycholog, který těmto ženám pomáhá v tom, že to není nic špatného. Že není důvod, když jim to nejde přirozeně, aby z toho byly labilní.*“ Domnívá se, že některé ženy takovou pomoc opravdu využívají a využívat by měly.

Jaký má participantka názor na asistovanou reprodukci

Názor na umělé oplodnění participantka má stejný jak před procesem, tak i po něm. Umělému oplodnění se nevyhýbala. „*Já si myslím, že když ty dva lidi prostě mají problém, tak myslím, že není důvod to neřešit, hodit to za hlavu. Já si myslím, že kdo chce mít dítě, tak pro to může udělat maximum. Kdo nechce, tak si myslím, že to dítě nechce.*“ Oba se nakonec snažili udělat co nejvíce pro to, aby se druhého dítěte dočkali, ale o adopci neuvažovali, hlavně kvůli věku participantky. Dle ženy by psychologické pochůzky zvládli, ale nesplňovali určitá kritéria. Žena tušila od začátku, že druhé dítě nebude tak lehké. Byla smířena s tím, že tomu bude třeba nějak pomoci, ať už nějakými léky či asistovanou reprodukcí. „*Všichni doktoři říkají, že po 35 letech ta plodnost neskutečně a šíleně klesá. Ale zase jsem si říkala, že když jsou takový možnosti, tak prostě umělé oplodnění do nějakého 39 věku jo. Jako by nehroutila jsem se z toho, že budeme mít dítě ze zkumavky, jak se říká.*“

V následující fázi jsme se zaměřili na to, jak participantka hodnotí vliv asistované reprodukce na její život. Které skutečnosti vnímá pozitivně, a které negativně. „*No..pozitivně..když z toho vznikl vlastně druhý syn, že jo. Já vidím pozitiva v té asistované reprodukci, že když dva lidi spolu nemůžou mít dítě, tak nevidím důvod, proč to neřešit přes asistovanou reprodukci.*“ Mezi negativa participantka vyloženě nic nezařadila. Uvedla, že pokud,

některá žena musí mít opakované cykly, mohou být nedostatečné finance problematické. Některé ženy musí podstoupit i specializované vyšetření, které pojišťovna nehradí a cena se může vyšplhat na vysoké číslo za jeden cyklus. U participantky cena za umělé oplodnění nebyla tak vysoká a nijak výrazně jim částka život neovlivnila.

Jak se k participantky situaci stavěli přátelé a okolí

Od přátel a rodiny také nedostala negativní reakce. *„Kamarádi říkali, že když není jiná možnost, tak proč do toho nejít, že jo. A rodina taky. Mamka mi říkala, že když není jiná možnost a opravdu chceme a rozhodli jsme se pro to druhé dítě, tak, když lékařská věda tomu může napomoc, tak proč toho nevyužít.“* Okolí a rodina už od začátku věděli, že participantka s manželem mají problém s přirozeným početím a pokus o druhé dítě bude pomocí asistované reprodukce.

Jaký byl vztah mezi porodní asistentkou a participantkou

Zajímaly jsme se, jak byla participantka spokojená s komunikací a péčí porodní asistentky v centru asistované reprodukce. Žena byla velmi spokojená. *„Sestřičky mi volaly i sami na některý výsledky, který třeba byly jako až druhý den. Takže jako tam problém vůbec nebyl ohledně té komunikace. Měli jsme každý svá hesla, vždycky když ty sestřičky zavolaly, tak jsme museli říct to heslo a teprve na základě toho hesla nám řekli výsledky těch testů.“* O všem byla vždy dostatečně informovaná. Pokud něco nevěděla nebo ji něco zajímalo doptala se. Všechny otázky ji byly zodpovězeny ať už od lékaře či porodní asistentky. *„Vždycky se chovala slušně. Vždy řekla, co bude dělat, jak to bude probíhat, takže prostě jako tam jsem problém neviděla.“* S komunikací a péčí s porodní asistentkou, jí nic nechybělo a byla spokojená. *„Já si myslím, že oni určitě vědí, jak se mají k tomu postavit nebo jak s těmi lidmi mají mluvit, takže si myslím, že tam žádný problém nebyl.“*

Jak ovlivnila neplodnost a asistovaná reprodukce vztah mezi participantkou a jejím partnerem

Zajímalo nás, jak se projevovala podpora partnera. Partner ženu podporoval naprosto ve všem. *„Sám mi nabídl, že kdykoliv tam pojedou, tak pojedou semnou nebo byl semnou i na tom odběru těch vajíček. Takže jako tam podpora byla fakt veliká.“* Chodil nakupovat. V době, kdy musela participantka být v klidu hlídal prvního syna. Ženu podporoval i po psychické stránce. Žena to vnímá tak, že se staral, aby měla všechno. Co se týče podpory od manžela, nic jí nechybělo. Participantky manžel byl ochotný pro druhé dítě udělat cokoli a žádná vyšetření mu nevadila. Její manžel tedy musel na spermioqram. *„Manžel šel prostě*

do nějaký místnosti, tam mu dali kelímek, a prostě šel jakoby na ten odběr a já jsem seděla venku. Já vím přibližně, jak to funguje. To si můžeme domyslet obě. A na druhém sezení nám řekli, jak ten spermioqram vypadá.“ Participantky manžel musel na andrologické vyšetření k urologovi. Tam jim bylo oznámeno, že jinak, než umělým oplodněním to nepůjde. Participantky manžela velmi mrzel výsledek spermioqramu, protože právě on byl iniciátorem všeho. Velmi špatně nesl, že musel vystavit svou ženu všem možným vyšetřením a operacím. Celou situaci psychicky zvládal dobře, opak na sobě nedal znát. Žádná invazivní vyšetření podstoupit nemusel. Spíše to prožíval společně s participantkou a snažil se jí podpořit.

Těhotenská průkazka

V rámci videohovoru jsme poprosili participantku, zda by bylo možné nahlédnout do těhotenské průkazky, žena však těhotenskou průkazku zpátky nedostala. Na následující informace jsme se doptali.

KS: A negativní, ve 28.t.g. aplikace Igamad i.m.

Výška: 168 cm

Výchozí hmotnost: 70 kg

TK: v pořádku, 130/80 mmHg, P: 75'

Moč + sed.: 16.8.2018 negativní

HBsAG, HIV, BWR:16.8.2018 negativní

OGTT: neproveden

Protilátky: 1x negativní

GBS: 28.2.2018 pozitivní

Otoky, varixy: 0

Postavení plodu: PPHL

I.trim.scr: 12.9.2018 negativní

II.trim.scr.: 18.10.2018 negativní

TP: 13.3.2019

Průběh těhotenství v I. trimestru

Participantka již od úplného začátku, kdy čekala výsledek těhotenského testu, pociťovala změnu. Od 7.týdne těhotenství měla žena silné příznaky, které trvaly do půlky těhotenství. Participantka zvracela každý den. *Jako tohle těhotenství mě snad stálo všechno moje zdraví. Zvracela jsem fakt hodně, každý den od rána do večera.* První dva měsíce byly pro ženu velmi vyčerpávající. Byla velmi unavená a do toho se starala o svého prvního syna. Počítala s tím, že to nemusí probíhat hladce. Do práce nechodila od začátku těhotenství, měla pracovní neschopnost.

Psychický stav ženy na začátku těhotenství

Pocity participantky, při oznámení těhotenství byly pozitivní. Prvním pocitem byla radost, ale následoval i strach. *„Říkala jsem si fajn, dobrý, tak ještě, aby jsme to udrželi. Aby to miminko bylo zdravý a nebyl žádný problém.“* Žena pociťovala strach a lehký stres. Měla obavy z komplikací a zdravého vývoje miminka. Manžel se jí od začátku těhotenství snažil pomáhat.

Průběh těhotenství ve II. a III. trimestru

Do 34.týdne těhotenství u participantky přetrvávaly ranní nevolnosti. Během docházení na kontroly ke gynekologovi jí byla zjištěna těhotenská cukrovka. Musela docházet do diabetologické poradny. Půjčen jí byl přístroj na měření hladiny cukru, který si měřila 5x denně a několikrát za den si musela aplikovat inzulin. Dalším problémem, který žena uvedla byly velmi silné bolesti hlavy. *„Druhý problém byl, že mi syn tlačil na míchu. Takže jsem musela chodit i na neurologii. Doktor mě tam masíroval nějaký určitý body. Říkal, že i to je možná ten důvod, proč tolik zvracím, že jsem přibrala za celý těhotenství jen 7 kg. Pro mě tohle bylo hodně náročný to druhý těhotenství. I podle doktora velkou roli hrál ten můj vyšší věk, že to pro moje tělo může být i větší nápor.“* Během docházení do prenatální poradny jí bylo vždy vysvětleno, co všechno jí čeká. Kolem 20.týdne těhotenství začala žena cítit pohyby plodu.

Psychický stav ženy ve II. a III. trimestru

Celé těhotenství byla žena velmi vyčerpaná a unavená. Velkou roli hrál její stav, bolesti hlavy a zvracení. Těhotenství si přesto užívala. *„Občas mě přepadl strach, aby všechno bylo v pohodě. Bála jsem se víceméně celý těhotenství, abych miminko donosila, protože jsem měla furt nějaké problémy. Do toho jsem se starala o prvního syna. Jako bylo*

to pro mě náročný. “ Poté, co začala cítit pohyby plodu se cítila i po psychické stránce lépe. Hodně jí pomohl partner. „Vlastně manžel kdykoliv mohl, tak uklidil, pohlídal syna, abych si mohla odpočinout. Jako unavená jsem byla celý to těhotenství. To zvracení vlastně polevilo až ke konci, takže pak to bylo o dost lepší, ale musela jsem neustále chodit někam na kontroly. Musela jsem si všechno hlídat. Takže celý to těhotenství jsem byla trošku ve stresu z tohoto ohledu.“

14.3 Rozhovor č.3 – paní Kateřina

Rozhovor s paní Kateřina se uskutečnil 4.1.2021 také prostřednictvím aplikace Skype. Během rozhovoru panovala příjemná atmosféra. V poslední části rozhovoru nás vyrušily participantky děti, ale rozhovor jsme zvládly dokončit.

Anamnéza

Participantce je nyní 28let. V době, kdy se začala snažit o dítě jí bylo 26let. Vystudovala střední školu bez maturity. Nyní je na rodičovské dovolené. V současné době bydlí v rodinném domě se svými dětmi. Je vdaná, ale s otcem dětí nežije. Co se týče osobní anamnézy uvedla, že má sníženou funkci štítné žlázy. Užívá Letrox 1x denně. Poslední dobou hodně trpí na migrény. Alergii neguje. Co se týče gynekologické anamnézy trpěla na cysty a srůsty, ve 25letech podstoupila operaci, kde jí byl odebrán jeden vaječník a oba vejcovody, což je příčinou, proč nemůže počít dítě přirozeně. Participantka uvádí menarché od 13 let, cyklus má pravidelný 28/4 a nebolestivé krvácení. V rodinné anamnéze se u její matky vyskytuje vysoký krevní tlak, babičku postihl infarkt myokardu, na který zemřela. Otec zemřel na rakovinu mozku. Životní styl paní Kateřiny by se dal hodnotit jako dobrý. Z pohledu participantky je její stravování 70 % zdravě a 30 % nezdravě. Před těhotenstvím přiznává, že jedla hodně nezdravě. Pohybu má nyní dostatek, cvičí a běhá. Před těhotenstvím hodně kouřila, nyní nekouří.

Jak participantka prožívala, že nemůže otěhotnět přirozeně

Mít vlastní dítě bylo vždycky velkým přáním participantky. Od dětství měla děti velmi ráda. Participantka od začátku věděla, že dítě bude mít jen pomocí umělého oplodnění. „*Já jsem si vždycky přála mít děti tři. Ale vznikly dvě, díky umělému oplodnění.*“ Vzhledem ke svému zdravotnímu stavu měla participantka obavu, jestli děti vůbec někdy bude mít. S manželem děti plánovali již od doby jejich seznámení. Participantka hodně trpěla na cysty. V 25letech podstoupila operaci kvůli srůstům a velkým cystám. Po operaci se dozvěděla, že počít dítě přirozeně nebude možné. „*Začalo to vlastně operací, protože jsem měla srůsty a cysty. Byla to větší operace, nebyly to jen takový ty vpichy, ale měla jsem normálně řez na břiše. A tam vlastně zjistili, že je to tak špatný, že mi vlastně odebrali vaječník a oba vejcovody, tím pádem jsem musela jít na umělé oplodnění.*“ Po operaci participantka měla velký strach, že nikdy nebude mít děti. Byl to pro ni velký stres. „*Ale díky panu doktorovi, který mě uklidnil, že existují i jiné možnosti, právě IVF, tak stres trošičku spadnul.*“ Participantka dostala doporučení na kliniku asistované reprodukce na své gynekologii. U gynekologa, ke

kterému žena docházela, vyšetřena nebyla, protože diagnóza byla jasná. Následovala vyšetření na klinice, kterou poté navštěvovala. Provedeno jí bylo klasické gynekologické vyšetření a ultrazvuk. *„Nasadili mi hormonální léčbu, kterou jsem musela brát. Píchali mi injekce, na které jsem docházela ke svému gynekologovi. Měla jsem i nějaké hormony ve spreji, který jsem si stříkala do nosu. No a trvalo to víc jak týden, možná 10 dní.“* Ve stejný den podstoupil její partner spermioqram. *„Každý chlap si asi nejdřív myslí, že mají na to nějaký přístroj, ale víme, jak to probíhá, že jo. No a povedlo se a bylo to bez problémů. Pak jsme čekali až mu řeknou, jak jsou kvalitní. Jestli jsou schopný. Manžel, nebo teda tehdy to ještě manžel nebyl, vlastně na jiným vyšetření. Na výsledky čekali pár hodin a byly více než uspokojující. Pocity, které participantku doprovázely byly spíše negativní. Až po operaci se dozvěděla, že jí museli odebrat orgány, které jsou důležité pro to, aby mohla počít dítě přirozenou cestou. „Byla jsem samozřejmě hodně ve stresu. Moje myšlenky hodně směřovaly k tomu, že nebudu mít nikdy děti. Byla jsem i smutná, a hlavně taky nervózní, jak to dopadne všechno.“* Když věděla, že jinak, než pomocí IVF to nepůjde, postihl participantku pocit méněcennosti. *„Připadala jsem si jako postižená nebo prostě vadilo mi, že nemůžu mít dítě přirodní cestou. Ale smířila jsem se s tím a pak už na to ani nebyl čas myslet, spíš jsem myslela na to, abych ty děti donosila a všechno bylo v pořádku.“* Naopak uvedla, že byla velmi ráda za rychlý průběh. Nic nebylo zdržováno zbytečným vyšetřením, jako mají ostatní ženy, u kterých není jasná příčina neúspěšných pokusů. Žena věděla na čem je a nedělala si plané naděje o přirozeném početí. Doufala, že když to nejde přirozeně, tak alespoň IVF jí pomůže.

Jak probíhal proces IVF z pohledu participantky

Proces umělého oplodnění začal po operaci. U participantky jiná možnost, než metoda IVF nebyla možná vzhledem k tomu, že jí byly odstraněny oba vejcovody. Doporučení dostala od svého gynekologa. *„Nejprve jsem si zavolala na objednání, na termín. Na ten termín jsme dorazili do Prahy na Hloubětín. Tam jsme se přihlásili na recepci. Tam nám dali veškerý papíry na vyplnění a dotazníky. A pak nás poslali k panu doktorovi, kde já jsem podstoupila vyšetření a partner šel na ten spermioqram. Tam jsme se domluvili i kdy by mohl být odběr vajíček. A k tomu mi napsal ty hormonální léky.“* Léky, které brala si nechávala aplikovat injekcí u svého gynekologa a dále si stříkala sprej do nosu. *„Pak jsme tam akorát čekali na výsledky toho spermioqramu, kde jsme se dozvěděli, že je všechno v pořádku, že jsou ty spermie kvalitní, velmi.“* Asi po deseti dnech, co participantka brala hormonální léky se dostavila s partnerem opět na kliniku, kde kontrolovali, zda je všechno v pořádku. Udělali jí ultrazvuk, kde zjistili, že vajíčka tam jsou. Tím, že všechno probíhalo, tak jak má se

s lékařem domluvila na termínu odběru vajíček. „*Po kontrole asi za necelý týden mi na odběru odebrali čtyři vajíčka. Odběr mi dělali pod narkózou. A za dva dny jsme jeli na zavádění, kde mi zavedli tři. A ujmuly se dvě.*“ Zbylé jedno vajíčko jí bylo zamrazeno. Za týden po zavedení se participantka s partnerem dostavili opět na kliniku, kde jí udělali testy z krve na hCG, aby se zjistilo, zda se embryo ujmulo. Oznámili jí, že je těhotná. Následně jí byl ještě udělán ultrazvuk, kde bylo zjištěno, že se ujmuly embrya dvě.

Jak participantka prožívala proces IVF

Během celého procesu IVF byla participantka hodně ve stresu. Naopak se i těšila, protože celý proces vedl k něčemu, co si velmi přála. Nejvíce nepříjemnou částí pro ni byl odběr vajíček. „*Nejméně příjemná věc pro mě byl ten odběr, který byl docela nepříjemný. Už jsem na tom operačním stole ležela, tak jsem z toho měla i nepříjemný pocit.*“ Po odběru se participantka cítila i hodně unaveně. „*Samozřejmě, že to bolelo, je to zásah. To je prostě jako operace. Bolelo to asi tak jenom dva dny.*“ Pak nastala doba, kdy se čekalo, zda se embryo chytne a udrží se. V tomto období byla participantka hodně nervózní a bylo to pro ni velmi stresující. Bolest po odběru popsala jako silné menstruační bolesti. Měla velký strach, že se menstruace dostaví. Po kontrole na klinice se dozvěděla, že všechno vyšlo, tak jak má. Velký stres, který do té doby měla z toho, zda to vyjde z části opadl a následoval strach, kdy se žena bála, aby se embryo udrželo. Psychologickou pomoc, kterou i poskytovala klinika, participantka nepotřebovala. Velkou podporu měla od partnera i okolí. Ale myslí si, že je to určitě potřebná věc. „*Protože tam byly vlastně ženy, který jak říkám tam byly po třetí, po čtvrtý a ty byly psychicky na tom docela hůř než já.*“

Jaký má participantka názor na asistovanou reprodukci

Vzhledem k tomu, že jiná možnost mít děti, než pomocí IVF u ženy nepřipadala v úvahu a participantka si děti vždy velmi přála, její názor na umělé oplodnění byl a je pozitivní „*Ted' vím, že to byla nejlepší věc, kterou jsem mohla udělat, protože mě to klaplo na 100 % a mám dvě krásné holčičky. Případy, kdy jsem viděla, že ty ženský neměly šanci, že už tam byly po třetí, po čtvrtý, tak mi jich bylo líto. Z mé strany je to určitě pozitivní, je to záchrana pro spoustu žen. Pro ženský, který se dozví, že nemůžou otěhotnět normálně si myslím, že je to takové světlo na konci tunelu.*“ Participantka nerozumí ženám, které umělé oplodnění odsuzují jen pro to, že do procesu zasahuje někdo další. Myslí si, že takové ženy se nedokáží vcítit do těch, které nemají to štěstí mít děti přirozeně.

Dalším kritériem, o které jsme se zajímali byl vliv neplodnosti a IVF na život participantky. Žena uvedla, že co se týče neplodnosti, jí to život nijak extrémně neovlivnilo. Samozřejmě nemohla mít děti přirozeně, ale tento problém vyřešila asistovaná reprodukce. „*Neovlivnilo mě to nijak, protože mi stále zůstal jeden vaječník, který mi fungoval, takže jsem měla stále menstruaci, že jsem na tom nebyla nijak hormonálně špatně. Byla jsem furt ženská. I když ze začátku jsem měla trošku jiný názor ohledně té ženskosti.*“ Co se týče asistované reprodukce, participantka následně uvedla, že toto období pro ni bylo velmi náročné. „*Myslím si, že to pro někoho to mohlo být i finančně náročný. Tím že mě se to povedlo napoprvé, tak to u mě zase tak hrozný nebylo, ale určitě bych to zařadila mezi takový to negativum, ale dalo se to zvládnout. No a samozřejmě mi z toho vznikly dvě krásný holčičky, hlavně donošený.*“

Jak se k participantky situaci stavěli přátelé a okolí

Přátelé, rodina a okolí participantku velmi podporovali. „*Rodiče vlastně jako s námi čekali, jestli se to povede nebo ne. Vlastně lidi kolem mě měli radost, že se snažíme o miminko. A bylo jedno, jestli se snažíme normálně nebo přes umělý oplodnění. Měli vlastně radost, že se to povedlo, a že vůbec tam byla ta šance v podobě toho umělého oplodnění. Byli šťastný.*“

Jaký byl vztah s porodní asistentkou a participantkou

S komunikací s porodní asistentkou a obecně s personálem na klinice, do které participantka docházela, neměla žádný problém. Přístup hodnotila pozitivně a byla se vším spokojená. Neví o ničem, co by se jí nelíbilo „*Všichni tam byli super, byli vstřícný, hodný, podporovali nás. Nenašla jsem tam jednoho jediného člověka, který by nás nepodpořil.*“ Co se týče informovanosti, participantka byla o všem informovaná na klinice. Na nic se nemusela dotazovat. Porodní asistentka a lékař jí vždy informovali o všem, co je s partnerem čeká a co se bude dít nebo jak to bude probíhat. „*Já jsem byla s péčí naprosto, naprosto spokojená, i po tom zavedení nám vlastně řekli přesně, jak to všechno probíhá nebo jak se máme chovat nebo jestli máme být opatrný. A všechny sestry se tam o nás fakt staraly, celý ty dvě hodiny nás chodili neustále kontrolovat. Říkaly, že tohle se někde ve světě třeba vůbec nedělá. Že to zavedou a pošlou tu ženu domů.*“ Co si vzpomíná, tak není nic, na co by si mohla stěžovat nebo co by jí chybělo.

V období těhotenství musela být hospitalizována pro inkompetenci děložního hrdla. Kde byla opět s péčí a přístupem porodních asistentek a lékařů spokojená. „*Sestřičky ani*

doktoři nebyli špatný, akorát ten jeden byl takový nepříjemný, ale to se dalo přežít. No nechtěla jsem tam být, ale pro zdraví holek jsem musela. Jako být 3,5 měsíce v nemocnici není moc příjemný.“ Celkově hodnotí hospitalizaci v nemocnici kladně. Stěžovala si akorát na jídlo, kterého bylo dle ní pro těhotné ženy málo.

Jak ovlivnila neplodnost a asistovaná reprodukce vztah mezi participantkou a jejím partnerem

Když se její partner dozvěděl, že je neplodná neotočil se k ní zády. „*Manžel reagoval velice dobře. Hodně mě uklidňoval a řekl, že tuhle možnost semnou absolvuje. Měla jsem v něm plnou důvěru. Náš vztah se tím jako by, jak to říct...upevnil.*“ Její partner soucítil s participantkou. Kromě spermiogramu nemusel podstoupit žádná jiná vyšetření. Byla na něm vidět jistá nervozita, ale podle participantky to bylo spíše celou situací než daným vyšetřením. I u participantky Kateřiny se podpora od partnera projevovala pozitivně. „*Byl laskavý no. Uklidňoval mě. Hodně psychicky mě podporoval.*“ Dle vyprávění participantky jí partner doprovázel na každý termín, který měla domluvený na klinice. Snažil se, aby mohla participantka co nejvíce odpočívat. Vařil jí často zdravé večeře. Často jí objímal, což dříve tolik nedělal. Co se týče podpory od partnera, participantce vůbec nic nechybělo. V tomto období byl pro ni partner velkou oporou. Bohužel půl roku po narození holčiček nastala krize v jejich vztahu. Participantka to dává za vinu sobě a období, kdy si procházela procesem IVF. Se svým manželem momentálně nežije, ale jsou stále v kontaktu kvůli dětem. Přesto umělého oplodnění nelituje.

Těhotenská průkazka

V rámci videohovoru jsme poprosili participantku, zda by bylo možné nahlédnout do těhotenské průkazky.

KS: A pozitivní

Výška: 170 cm

Výchozí hmotnost: 65 kg

TK: v pořádku, 125/80, P: 80'

Moč + sed.: 6.2.2018 negativní

HBsAG, HIV, BWR:6.2.2018 negativní

OGTT: 7.6.2018 negativní

Protilátky: 2x negativní

GBS: 13.8.2018 negativní

Otoky: DK

Varixy: 0

Postavení plodu: PPHL

I.trim.scr: 9.3.2018 negativní

II.trim.scr.: 10.4.2018 negativní

TP: 4.8.2018

Průběh těhotenství v I.trimsetru

Do 4.měsíce těhotenství měla pouze nauzeu. Poté, co začala cítit pohyby plodů se nauzea vytratila. Žádné intenzivní příznaky neměla. Ze začátku byla hodně unavená a motala se jí hlava. Nezvracela, jako většina žen, vzpomíná si, že snad pouze jednou. Celý první trimestr probíhal bez komplikací. Do práce nechodila od začátku těhotenství. Kvůli rizikovému těhotenství měla pracovní neschopnost.

Psychický stav ženy na začátku těhotenství

Když participantce lékař oznámil, že se IVF povedlo a embrya se uchytila popsala, že cítila velkou úlevu a štěstí. Od začátku těhotenství jí doprovázel strach, aby miminka donosila a byla zdravá. Bála se, aby nepřišly nějaké komplikace, protože čekala dvojčata, kde je vyšší riziko. Chodila pravidelně na kontroly. Před každou kontrolou u svého gynekologa byla nervózní, aby se nedozvěděla něco špatného o vývoji plodů. „*Víceméně na každou kontrolu semnou chodil manžel, takže jsem měla s sebou psychickou podporu.*“

Průběh těhotenství ve II. a III. trimestru

„*Vlastně co se holky začaly hýbat, tak se ta nevolnost vytratila. Do konce myslím 24.týdne jsem žádný komplikace neměla. Všechno bylo v pořádku.*“ Po 24.týdnu těhotenství byla participantce zjištěna inkompetence děložního hrdla a musela jí být udělána cerclage. „*Byla jsem vlastně šitá, museli mi udělat steh, abych nepotratila. A od 25.týdne jsem ležela v nemocnici až skoro do porodu na rizikovým oddělení. Pak mě v 37.týdnu propustili. Ve*

38.týdnu jsem porodila císařským řezem. Od začátku jsem věděla, že to bude císařský řez, kvůli poloze plodů. Začali mi vlastně kontrakce a musela jsem na ten císař.“ Na konci 37.týdne těhotenství začala pociťovat bolesti v oblasti kříže, ale to přirovnává k začínajícímu porodu. Nakonec se jí narodili dvě zdravé holčičky.

Psychický stav ženy ve II. a III. trimestru

Protože byla participantka hospitalizovaná popisuje, že byla trochu ve stresu kvůli prostředí v nemocnici. Pociťovala strach z toho, co se bude dít dál. Téměř celou druhou polovinu těhotenství byla pod dozorem lékařů a její strach opadl. Lékařům naprosto věřila. Pobyť v nemocnici byl pro ni nepříjemný. Musela jen ležet. Nemohla trávit zbytek těhotenství doma se svým partnerem. Ten jí naštěstí navštěvoval každý den. „*Věšinu oblečení, hraček a takový ty potřebný věci pro miminka jsem objednávala na internetu nebo to nakupoval manžel, protože vlastně my jsme na začátku tomu furt dávali čas, že ještě nebudeme nic kupovat, no a pak jsem zase ležela v nemocnici. Takže to mi bylo dost líto no.“*

DISKUZE

Bakalářská práce je zaměřena na zkušenosti žen s asistovanou reprodukcí. Konkrétně nás zajímala metoda IVF. Věnujeme se hlavně psychickému stavu ženy, která tuto metodu podstoupila. V souvislosti s tímto tématem nás zajímala i příčina neplodnosti a její prožívání. Zajímáme se také o míru podpory hlavně od partnera, jaký vliv měla celá situace na jejich partnerský vztah z pohledu ženy. V neposlední řadě jsme se také zaměřili na přístup porodních asistentek k ženám procházející asistovanou reprodukcí a také se zajímáme o průběh těhotenství a pocity, emoce participantky, které jí provází během těhotenství po IVF.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak prožívá žena proces IVF. Součástí našeho výzkumného šetření byly 3 ženy, které podstoupily umělé oplodnění v roce 2018 a 2019. Potřebné informace jsme získávali pomocí polostrukturovaného rozhovoru.

14.4 Analýza psychického stavu žen při neplodnosti

Participantky Tereza a Kateřina před začátkem asistované reprodukce žádné děti neměly. Plánovaly je již od začátku stabilního vztahu, děti si přáli i jejich muži. Pro Terezu to byla určitá jistota, že na světě nezůstane sama. Naopak participantka Monika už jedno dítě měla, to se jí podařilo počít přirozeně. Druhé dítě nechtěla z důvodu, že chodila do zaměstnání a byla finančně nezávislá. Její muž byl ten, který jí do druhého dítěte přemlouval. Pouze participantka Monika byla v době pokusu o dítě v rizikovém věku. Zbylé dvě participantky byly starší 25 let. Věk je jeden z důležitých faktorů, který hraje roli v souvislosti s neplodností. Dle Nextclinics (2021) je nejlepší období pro početí dítěte u žen kolem 20-25 let. Po 35 roku ženy plodnost vysoce klesá. Za neplodnou se považuje žena či muž až po uběhnutí jednoho roku, kdy se pár snaží o otěhotnění pravidelným nechráněným pohlavním stykem. (ŘEŽÁBEK, 2018, s.12) Podle výzkumu Anety Drabinové (2009) je ideálním věkem pro ženy pro početí prvního dítěte 26-30 let, což se shoduje s věkem participantek našeho výzkumu.

U participantek Terezy a Kateřiny byla příčina neplodnosti na jejich straně, výsledky spermioqramu jejich mužů byly naprosto v pořádku. Participantka Tereza doufala v jednoduchou cestu a nepočítala s problémy, které bohužel nastaly. Velmi si přála počít dítě přirozeně. Z počátku doufala, že to tak i bude. Trpěla endometriózou, která jí byla nejdříve léčena hormony. Léčbu participantka nezvládala lehce. Nakonec se endometrióza vyřešila operacně. Dále ji byly zjištěny špatně průchozí vaječníky, což mohlo mít na početí dítěte také velký vliv. Po nějaké době ji došlo, že přirozenou cestou to zřejmě nepůjde. Neschopnost

otěhotnět přirozeně participantka prožívala velmi špatně. Participantka Kateřina musela podstoupit operaci – oboustrannou salpingektomii a levostrannou adnexektomii. Popisovala, že po operaci měla velký strach, že nikdy nebude moct mít děti. Poté, co se dozvěděla o možnosti umělého oplodnění neváhala jít za svým gynekologem, který jí napsal doporučení. Participantka Monika na začátku rozhovoru uvedla, že tušila, že cesta k druhému dítěti nebude tak jednoduchá, protože při pokusu o první dítě musela brát léky. A proto navštívila po měsíci snažení svého gynekologa, který ji doporučil, aby navštívila CAR vzhledem k jejímu vyššímu věku. U Moniky se žádný významný problém nenašel, příčina byla na straně muže, který měl horší výsledky spermogramu. Participantky Tereza a Kateřina uznaly, že po sdělení příčiny neplodnosti byly hodně ve stresu. U participantky Terezy to mohlo mít také velký vliv. Dle Anamneza.cz (2018) je jedním z nejdůležitějších faktorů psychická pohoda, šance k otěhotnění se zvyšuje, pokud se žena vyhýbá stresu.

Tereza a Kateřina měla velký strach z toho, že nikdy nebudou mít dítě. Měly pocity smutku a nervozity. Participantka Tereza uronila i pár slz a styděla se. Z počátku se nechtěla smířit, že přirozeně neotěhotní. Participantka Kateřina se necítila jako žena, měla pochybnosti o své ženskosti a připadala si méněcenná. Obě participantky si kladly otázku, Proč zrovna já.? Naopak participantka Monika po zjištění výsledků spermogramu partnera cítila smutek, ale nehroutila se z toho, že by se druhé dítě nemuselo podařit, což mohlo být i vlivem toho, že příčina neplodnosti nebyla na její straně a po dítěti netoužila. Z těchto výsledků se domníváme, že jsou ženy, které se dokážou s tímto faktem smířit, ale jsou i ženy, které to nepřijímají. Naše výsledky potvrzuje také ve své bakalářské práci Kristýna Jarošová (2018, s.86).

14.5 Analýza prožitků žen při procesu IVF

Všechny tři participantky podstoupily metodu IVF. Tereza a Monika nejdříve zkusily intrauterinní inseminaci. Lékař na urologii participantce Monice a jejímu partnerovi doporučoval ihned umělé oplodnění, avšak v CAR jim byla nejdříve doporučena intrauterinní inseminace. Monika inseminaci podstoupila, ale neúspěšně. Participantka Tereza chtěla sama nejdříve zkusit inseminaci. Ta byla ovšem také neúspěšná, stejně jako u Moniky. U participantky Kateřiny jiná možnost, než IVF nebyla. Monika a Kateřina otěhotněly po prvním pokusu IVF. Tereza podstupovala celý proces IVF dvakrát, po prvním cyklu totiž u ní došlo k zamlklému potratu. Nejvíce nepříjemnou částí celého procesu označily participantky bolest po odběru vajíček. Participantka Tereza navíc uvedla, že pro ni bylo nepříjemné i píchání injekcí v rámci ovariální stimulace. Participantky Tereza a Kateřina pocíťovaly

během celého procesu nejvíce strach, strach z neúspěchu a z toho, že neotěhotní. Participantka Monika měla strach, aby nemusela celý proces podstupovat znovu, emoce se u ní nijak výrazně neprojevovaly. IVF proces bylo pro participantky něco, co museli vydržet, aby dosáhly dítěte. Největší období strachu nastalo po zavedení embryí, kdy se všechny participantky bály, aby nepřišla menstruace a embryo se uchytilo. Ve výsledku každá z žen prožívala průběh IVF trochu jinak, ačkoliv některé pocity se shodovaly. Tyto výsledky uvádí i Lucie Dolejšová ve své bakalářské práci. (2016, s.56) Poté následoval strach o to, aby plod donosily. Dalším pocitem, který se u participantek projevoval byl stres a nervozita, jak to všechno dopadne. Participantka Tereza pocívala při neúspěchu smutek, bezmoc, zklamání a vztek, a nakonec skončila na antidepresivech. Ve své diplomové práci Lucie Vinterová (2015, s.32) uvádí, že žena v případě neúspěchu prožívá stejné pocity, jako zdravá žena po potratu. Ženy po potratu často pocíují lítost, vinu, zklamání a strach z následujícího těhotenství. Po potratu se u žen vyskytuje deprese častěji. (RATISLAVOVÁ, 2008, s.37)

Domníváme se, že na psychiku ženy, která podstupuje umělé oplodnění, má i přístup ženy k samotnému IVF. Participantka Tereza z počátku umělé oplodnění odmítala, dle ní je asistovaná reprodukce něco nepřírozeného. U Terezy, jako jediné, došlo k následnému zamklému potratu. Nakonec se smířila s tím, že jinak, než pomocí IVF neotěhotní. Po druhém pokusu IVF v těhotenství žádné komplikace nenastaly. Naopak participantky Monika a Kateřina tuto možnost ihned uvítaly. V případě participantky Kateřiny ani jiná možnost nebyla. Obě participantky si myslí, že je to velká pomoc ženám, které nemohou otěhotnět přirozeně. Tyto výsledky se shodují i s výsledky Jany Kráčmarové (2013), která uvádí, že většina žen přijímá asistovanou reprodukci kladně.

Co se týče přátel a okolí se participantky nesetkaly s negativními názory. Participantka Tereza o svém problému s nikým moc nemluvila, zmínila se pouze svým nejbližším, protože se styděla. Od přátel se, ale dočkala pozitivních reakcí. V případě druhého pokusu se přátelům a okolí o podstoupení umělého oplodnění nezmínila už vůbec a snažila se kontaktu s přáteli vyhýbat. U sterilních žen či párů je častou reakcí sociální izolace, o které by se dalo hovořit v případě participantky Terezy. (LEIFER, 2004, s.314) Zbylé dvě participantky neměly problém o svém problému hovořit. Okolí je podporovalo.

14.6 Jaký je vztah mezi porodní asistentkou a ženou podstupující IVF

Všechny participantky byly s porodními asistentkami v centru asistované reprodukce, kam docházely, spokojeny. Neměly s ničím problémem, porodní asistentky je vždy o všem informovaly. Participantky dopředu vždy věděly, co je bude čekat a jak všechna vyšetření a výkony budou probíhat. V případě, že něčemu nerozuměly se mohly doptat. Podle participantek byly porodní asistentky vstřícné, laskavé. Cítily od nich velkou podporu. Porodní asistentka z centra asistované reprodukce, která se věnovala participantce Monice byla ochotná ji volat výsledky, výsledky ji sdělovala na základě domluveného hesla. Výsledky našeho výzkumného šetření se shodují s výsledky Ludmily Dlabolové (2014, s.78), která popisuje, že většina žen se ke vztahu s porodními asistentkami vyjadřovala velmi pozitivně. Participantky Tereza a Kateřina popsaly, že po odběru vajíček byly dvě hodiny kontrolovány na pokoji. Participantka Kateřina byla v průběhu těhotenství hospitalizovaná na rizikovém oddělení pro inkompetenci děložního hrdla. Na porodní asistentky na oddělení si nestěžovala a také byla spokojená s jejich péčí. Tyto výsledky se shodují s bakalářskou prací Ivy Přerovské (2015, s.33), která uvádí, že úkolem porodní asistentky po punkci vaječníků je kontrola fyziologických funkcí (tlak krve, pulz, dech), krvácení z rodidel, bolest v podbříšku a nevolnost. A to každých 15 minut po dobu 2 hodin. V teoretické části této bakalářské práce uvádíme dle Pospíšilové (2013, s. 56), že porodní asistentka by měla navozovat příjemnou atmosféru, měla by být vstřícná, empatická a mít komunikační a edukační dovednosti. Domníváme se dle slov participantek, že toto tvrzení porodní asistentky také splňovaly.

14.7 Jak ovlivnila neplodnost a asistovaná reprodukce vztah mezi ženami a jejich partnery

Všechny participantky si na podporu od partnera nestěžovaly. Participantka Tereza se z počátku bála, jak její partner zareaguje. Nevadilo mu, že by spolu neměli děti. Partner participantky Moniky byl ten, který toužil po druhém dítěti a byl ten, který participantku přemlouval. Žádná vyšetření spojená s neplodností mu nevadila. Výsledek jeho spermio-gramu nebyl dobrý, mrzelo ho, že kvůli tomu musí participantka podstoupit umělému oplodnění. Participantky Tereza a Kateřina uvedly, že na partnerovi cítily jistou nervozitu v době jejich vyšetření. Partneři všech participantek je doprovázeli na každý domluvený termín v centru asistované reprodukce. Dle participantek byly partneři v období procesu velmi laskaví, pomáhali jim v domácnosti, aby mohly participantky odpočívat. Ve všech případech byli partneři participantkám v období léčby velkou oporou a nenastala situace, kdy by si ani jeden pár nerozuměl. Ani jeden z partnerů výrazně neprojevoval své emoce. Většina mužů

není schopna projevovat své city a zejména slabost, tak jako ženy. Obvykle trvá až tři roky, než začnou pociťovat stres ve stejné míře jako ženy. Pokud je příčina neplodnosti na straně muže, je stres větší. Muž se může cítit odpovědný za problém a je schopný více podporovat ženu. Domníváme se, že v případě partnera participantky Moniky to tak mohlo být. Pokud je příčina neplodnosti na straně ženy, muž často pociťuje zlost vůči partnerce. (SOBOTKOVÁ, 2012, s.165) Na základě popisu participantek, které uvedly velkou míru podpory od partnera hned od začátku, předpokládáme, že tomu tak nebylo a výsledky se s tímto tvrzením neshodují. Dle Terezy a Kateřiny došlo v období asistované reprodukce k posílení jejich vztahu. Bohužel Kateřina se v tomto domnění mýlila a jejich vztah dostihla po narození dětí krize a rozešli se. Nemyslí si, že vinou byla diagnóza neplodnosti, ale přisuzuje to období, kdy si procházela asistovanou reprodukcí.

14.8 Jak ženy prožívají těhotenství po IVF

Participantky po zjištění, že jsou těhotné cítily radost a štěstí, následně je provázely i strach, aby plod donosily. Participantka Tereza a Kateřina zprvu trpěly nauzeou, avšak Tereza od 9.týdne těhotenství začala mít intenzivní těhotenské příznaky v podobě častého zvracení, které trvalo do poloviny těhotenství. Stejně tak to měla i participantka Monika. Participantky měly obavy, aby během těhotenství nenastaly komplikace a miminka se narodily zdravé. Ratislavová (2008, s.26) uvádí, že během prvního trimestru se u žen často objevují ambivalentní pocity, přecitlivělost, nejistota nebo strach ze časných ztrát či poškození plodu. V prvním trimestru se tedy u všech participantek shodují ambivalentní pocity. Na začátku těhotenství pociťovaly participantky únavu. Tereza měla velký strach, aby opět nepotratila. Snažila se být v psychické pohodě. V druhé polovině těhotenství se Tereze udělalo lépe a začala si těhotenství více užívat jak po psychické, tak po fyzické stránce. Těhotenství u ní probíhalo bez komplikací. Ke konci těhotenství bývala opět hodně unavená. Organismus ženy v závěrečném období těhotenství je fyzicky zatížený, žena může objevovat tělesnou nepohodu, špatný spánek nebo právě výše zmíněnou únavu. (RATISLAVOVÁ, 2008, s.27) Naopak Monice byl v těhotenství zjištěn gestační diabetes a musela si píchat inzulín. Také trpěla na velmi silné bolesti hlavy a docházela na neurologii. Těhotenství bylo pro ni vyčerpávající a stresující z pohledu hlídání všech termínů kontrol u lékařů, ale přes všechny problémy si těhotenství užívala. Jediná participantka Kateřina čekala dvojčata. Do 24.týdne gravidity probíhalo těhotenství bez komplikací. Ve 25.týdnu těhotenství jí byla zjištěna inkompetence děložního hrdla a hrozil jí předčasný porod. Hospitalizovaná byla na rizikovém oddělení a byla jí udělána cerclage. Z počátku pociťovala strach z toho, co bude dál, ale tím,

že byla pod neustálou kontrolou lékařů strach opadl. Vícečetné těhotenství je nejčastější komplikací IVF. Pravděpodobnost je asi 20 %. Při vícečetném těhotenství se zvyšují rizika jak pro matku, tak pro plod. (MARDEŠIC, 2010, s.31) Dle Ratislavové je náročnou situací těhotné ženy hrozící potrat či porod, příčinou může být např. inkompetence děložního hrdla. Těhotné mnohdy musí být dlouhodobě hospitalizované a psychika žen často bývá více zatížena. Ženy mohou mít deprese, být plačtivé či agresivní. S tímto tvrzením se pocity naší participantky Kateřiny neshodují.

Doporučení pro praxi

1. Myslíme si, že spousta žen odkládá mateřství v dnešní době kvůli vzdělání, kariéře nebo hledají stále toho ideálního partnera pro své budoucí dítě. S každým přibývajícím rokem se zvyšuje riziko, že žena bude mít problém otěhotnět přirozenou cestou. Ženy by se neměly bát navštívit včas svého gynekologa a měly by své problémy řešit. Doporučili bychom, aby porodní asistentky a lékaři v gynekologické ordinaci včas edukovali ženy v rizikovém věku.
2. Pro ženy je neplodnost velmi citlivé téma. Myslíme si, že je velmi důležité navázat vztah pacientka – porodní asistentka. Je potřeba, aby ženy porodním asistentkám a lékařům důvěřovaly a dokázaly o svých problémech mluvit.
3. Protože ani jedna participantka se nezmínila o nefarmakologických metodách léčby neplodnosti, doporučila bych, aby porodní asistentky v gynekologických ordinacích informovaly ženy o těchto metodách.
4. Většinou každá porodní asistentka se setká se ženou, která trpí neplodností, často bývají první osoby, kterým se ženy s tímto problémem svěřují. Každá žena prožívá neplodnost a průběh asistované reprodukce jinak. Porodní asistentky se v centru asistované reprodukce často setkávají i s komplikacemi jako jsou potraty, ovariální hyperstimulační syndrom či mimoděložní těhotenství. A tyto problémy jsou pro ženy také velmi psychicky náročné, a proto bychom porodním asistentkám doporučili, aby se zúčastňovaly přednášek s psychologickou problematikou pro personál, ke každé ženě přistupovaly individuálně, případně doporučili psychologa.
5. Ne každá žena, která podstupuje asistovanou reprodukci je neplodná. Příčina totiž může být i na straně muže. Přesto musí umělé oplodnění podstoupit žena. Doporučili

bychom, aby se porodní asistentky v centru asistované reprodukce věnovali páru a nejenom ženě. Muž má také právo vědět své možnosti léčby.

6. Ženám bychom doporučili, aby se nebály o svých problémech mluvit, jak se zdravotnickým personálem, tak s okolím. Často právě přátelé mohou ženám pomoci, hlavně po psychické stránce.

Limity práce

Uvědomujeme si, že výsledky výzkumu bakalářské práce mají své limity. Kvalitativní výzkum se zabývá problémem hloubkově, ale na malém počtu participantek. Výzkumu se zúčastnily 3 participantky. Přesto, že měly možnost se k dané problematice dostatečně vyjádřit, výsledky práce pro malý počet participantek nejsou zobecnitelné na širší populaci. K limitům práce bychom také zařadili způsob vedení rozhovorů, které proběhly pomocí aplikace Skype. Při této formě nebylo možné až tolik používat neverbální komunikaci a hovor se vlivem špatného signálu často sekal. V rozhovoru nás stále někdo přerušoval. Myslíme si, že při vedení rozhovoru osobním setkáním se lépe výzkumník a participantka poznají, navodí snadněji příjemnou atmosféru a participantky se poté více rozprávějí.

Sebereflexe výzkumníka

Při vedení polostrukturovaných rozhovorů pro mě bylo obtížné pohotově reagovat na odpovědi participantek, Obtížné také bylo vést rozhovor s neznámou ženou a probírat s ní citlivé téma přes videohovor. Vzhledem k tomu, že jsem neměla žádné zkušenosti s vedením rozhovorů, jsem se cítila velmi nejistá.

ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na zkušenosti žen s asistovanou reprodukcí. Teoretická část je rozdělena do 6 kapitol. První kapitola se věnuje neplodnosti, kde je zahrnuta definice, jaké jsou příčiny neplodnosti, vyšetření neplodnosti muže a ženy a léčba neplodnosti ženy. Druhá kapitola se věnuje asistované reprodukci, kde jsou rozebrány její metody jako intrauterinní inseminace, in vitro fertilizace a mikromanipulační techniky. Dále také dárčovství gamet a kryokonzervace spermií, oocytů a embryí. Ve třetí kapitole jsou uvedena rizika asistované reprodukce jako spontánní potraty, vícečetné těhotenství, mimoděložní těhotenství, ovariální hyperstimulační syndrom, tromboembolie a poranění při odběru oocytů. Čtvrtá kapitola se věnuje roli porodní asistentky v centru asistované reprodukce a poslední dvě kapitoly se věnují psychickým dopadům neplodnosti a financování asistované reprodukce.

V praktické části bakalářské práce jsme využili kvalitativní výzkum. Hlavním cílem byli zjistit zkušenosti žen s IVF. Na základě cíle bylo stanoveno 5 dílčích cílů. Pomocí polostrukturovaných rozhovorů s participantkami jsme mohli získat odpovědi na stanovené výzkumné cíle.

Výběr participantek pro naše výzkumné šetření byl cílený. S participantkou Monikou a Kateřinou proběhl jeden rozhovor. S participantkou Terezou proběhly rozhovory dva. Během rozhovorů nás zajímalo prožívání neplodnosti, průběh IVF a pocity, které participantky během procesu provází, názor na asistovanou reprodukci jak participantek, tak jejich okolí, vztahy s porodní asistentkou, jaký vliv měla neplodnost a asistovaná reprodukce vliv na vztah mezi partnery a v neposlední řadě také průběh a prožívání těhotenství participantek po IVF. Z našich rozhovorů jsme zjistily, že participantky pociťovaly smutek z diagnózy neplodnosti, ať už byla příčina na jejich straně či na straně jejich partnera. Dále pociťovaly zejména nervozitu, strach a stres, a to i během asistované reprodukce. Všechny participantky se shodly, že nejvíce nepříjemná věc během IVF je odběr vajíček, po kterých mají bolesti břicha. S porodními asistentkami neměly žádný problém a byly pro ně podporou. Participantky byly i dostatečně informovány. Co se týče podpory od partnera pociťovaly velkou podporu i od něj. Vztahy participantek Terezy a Moniky byly posíleny, naopak u Kateřiny došlo po narození dětí k rozchodu. Participantky po zjištění těhotenství pociťovaly radost a následně strach. U participantky Terezy a Kateřiny se vyskytly komplikace související s asistovanou reprodukcí, a to spontánní potrat po prvním cyklu a vícečetné těhotenství. Těhotenství jednotlivých participantek probíhalo jinak, ale u Terezy a Moniky se shodovaly

intenzivní ranní nevolnosti. Pocity, které participantky doprovázely během těhotenství byly nejčastěji radost, strach, stres, únava.

Věříme, že závěry našeho výzkumného šetření by mohly být přínosem pro budoucí porodní asistentky, ale i pro začínající porodní asistentky v centru asistované reprodukce.

SEZNAM LITERATURY

1. ŘEŽÁBEK, Karel. *Asistovaná reprodukce*. 3. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf, 2018. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-553-8.
2. ŘEZÁČOVÁ, Jitka. *Reprodukční medicína: současné možnosti v asistované reprodukci*. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4657-2.
3. MARDEŠIĆ, Tonko. *Diagnostika a léčba poruch plodnosti*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4458-2.
4. MARDEŠIĆ, Tonko. *Když se nedaří otěhotnět: průvodce pro páry s narušenou plodností*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010. ISBN 978-80-204-2174-6
5. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Monika ROUČOVÁ a Eva STAROŠTÍKOVÁ Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0214-3.
6. DOHERTY, C. Maud a Melanie Morrissey CLARK. *Léčba neplodnosti: podrobný rádce pro neplodné páry*. Brno: Computer Press, 2006. ISBN 80-251-0771-X.
7. ŘEŽÁBEK, Karel. *Léčba neplodnosti*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2008. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2103-3.
8. WEISS, Petr. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.
9. LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7
10. GREGORA, Martin. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. VELEMÍNSKÝ, Miloš. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3081-3
11. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.
12. HÁJEK, Zdeněk. *Porodnictví*. Evžen ČECH a Karel Maršál. Praha, Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
13. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní gynekologie*. Pavel BARTOŠ. Praha, Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2
14. OSTRÓ, Alexander. *Reprodukční medicína – současnost a perspektivy*. Ladislav PILKA a František LEŠNÍK. Olomouc: Nakladatelství Olomouc, 2009. ISBN 978-80-7182-278-3

15. KONEČNÁ, Hana. *Rodičem kdykoliv a jakkoliv?: průvodce asistovanou reprodukcí a náhradní rodinnou péčí*. Praha: Mladá fronta, 2017. Medical services. ISBN 978-80-204-4652-7
16. KONEČNÁ, Hana. *Na cestě za dítětem: dvě malá křídla*. Praha: Academia, 2003. ISBN 80-200-1055-6
17. RODRIGUES, Dinah. *Hormonální jógová terapie: pro znovuaktivování hormonálního systému a odstranění symptomů menopauzy, premenstruačního syndromu, polycystických vaječníků a neplodnosti*. Olomouc: Fontána, 2014. ISBN 978-80-7336-752-7.
18. BAVLŠÍKOVÁ, Adéla. *Hormonální jógová terapie pro ženy podle Dinah Rodrigues. Umění fyzioterapie: rehabilitace, diagnostika, léčba, prevence*. 2017(3). ISSN 24646784.
19. SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0217-2
20. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.

INTERNETOVÉ ZDROJE

1. ULÉKAŘE. *Varikokéla, ryze mužský problém* [online]. Publikováno 14.12.2012 [cit. 12.12.2020]. Dostupné z <https://www.ulekare.cz/clanek/varikokela-ryze-muzsky-problem-16303>
2. HAVELKOVA. *Důvody mužské neplodnosti* [online]. Publikováno 22.7.2013. [cit. 12.12.2020] Dostupné z <https://fertilomat.com/cs/duvody-muzske-neplodnosti>
3. EUROPE IVF. *Vyšetření průchodnosti vejcovodů* [online]. Publikováno 08.2020 [cit. 13.12.2020] Dostupné z <https://europeivf.com/cz/method/vysetreni-pruchodnosti-vejcovodu>
4. BJOG. *Multiple Pregnancies Following Assisted Conception* [online]. Publikováno 2.2.2018 [cit. 25.2.2021]. Dostupné z <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.14974>
5. REPRODUCTIVE SCIENCE CENTER. *Ectopic Pregnancy and IVF: A Recent Risk Reduction* [online] Publikováno 24.8.2015 [cit. 25.2.2021]. Dostupné z <https://rscbayarea.com/blog/ectopic-pregnancy-and-ivf>

6. FERTILITYPEDIA. *Ectopic pregnancy* [online]. [cit. 25.2.2021]. Dostupné z <https://fertilitypedia.org/edu/risk-factors/ectopic-pregnancy#/Fertilitypedia-description>
7. YODER, N., TAL, R. & MARTIN, J.R. *Abdominal ectopic pregnancy after in vitro fertilization and single embryo transfer: a case report and systematic review* [online]. Publikováno 19.11.2016 [cit. 25.2.2021] Dostupné z <https://doi.org/10.1186/s12958-016-0201-x>
8. MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ. *Mimoděložní těhotenství – formy* [online]. Publikováno 19.12.2010 [cit. 25.3.2021]. Dostupné z <https://www.mimodelozni-tehotenstvi.cz/component/content/article?id=270:mimodelozni-tehotenstvi-formy>
9. VZP ČR. *Jaké jsou v současnosti podmínky a věkové limity umělého oplodnění a co hradí pojišťovna.?* [online]. Publikováno 1.9.2015 [cit. 26.2.2021]. Dostupné z <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/jak-se-zmenily-podminky-pro-umele-oplodneni>
10. KWIK, M. et al. 2015. RANZCOG CREI Consensus Statement on treatment of Ovarian Hyperstimulation Syndrome. ANZJOG [online]. [cit. 16.2.2021]. DOI: 10.1111/ajo.12389. Dostupné z: <http://online-library.wiley.com/doi/10.1111/ajo.12389/full>
11. NAREDI, N. et al. 2014. VEGF antagonist for the preventiv of ovarian hyperstimulation syndrome: Current status. Med J Armed Forces India [online]. [cit. 16.02.2021]. DOI: 10.1016/j.mjafi.2012.03.005. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3946416/>
12. HAVLÍKOVÁ, Magdaléna. *Lékařka: Umělé oplodnění hradíme jen ženám, i když je problém u muže.* In: idnes.cz [online]. Publikováno 2.6.2017 [cit. 24.2.2021]. Dostupné z https://www.idnes.cz/onadnes/vztahy/umele-oplodneni-uhrady-pojisteni.A170530_214409_deti_haa
13. INVITRA. *Embryo transfer for in vitro fertilization.* [online]. Dostupné z <https://www.invitra.com/en/what-is-embryo-transfer/embryo-transfer-for-in-vitro-fertilization/>

14. FERTICARE. *Kultivace embryí*. [online.] Publikováno 27.11.2016 [cit. 25.3.2021]. Dostupné z <https://www.ferticare.eu/cz/kultivace-embryi/>
15. CENTRUM ASISTOVANÉ REPRODUKCE BRNO. *Preimplantační genetické testování (PGD)*. In: ivfbrno.cz [online]. Publikováno 1.8.2013 [cit. 5.10.2020] Dostupné z <http://www.ivfbrno.cz/preimplantacni-geneticke-testovani-pgd/t1035>
16. SENATORIUM HELIOS. *Preimplantační genetické testování (PGT)*. [online]. Publikováno 7.2.2019 [cit. 5.10.2020]. Dostupné z <https://www.sanatoriumhelios.cz/preimplantacni-geneticke-testovani-pgt/>
17. GENNET. *PGT*. [online]. Publikováno 30.6.2016 [cit.5.10.2020]. Dostupné z <https://www.gennet.cz/pgt>
18. REPROGENESIS. *ICSI - Intracytoplazmatická injekce spermií*. [online]. Publikováno 26.4.2012 [cit. 7.10.2020]. Dostupné z <https://www.reprogenesis.cz/lecba-neplodnosti/metody-lecby-neplodnosti/intracytoplazmaticka-injekce-spermii/>
19. PERINATOLOGIE. *Zásady dispenzární péče v těhotenství*. [online]. Publikováno 17.1.2019 [cit. 30.1.2021]. Dostupné z <https://www.perinatologie.eu/wp-content/uploads/2019/04/2019-01-zasady-dispenzarni-pece-v-tehotenstvi-dp-cgps-clj-jep-revize.pdf>
20. ANAMNEZA. *Jak zvýšit šance na otěhotnění*. [online]. Publikováno 23.06.2018 [cit. 24.7.2021]. Dostupné z <https://www.anamneza.cz/Jak-zvysit-sance-na-otehotneni/clanek/131>
21. NEXTCLINICS. *Průměrný věk matek se zvyšuje. Nikdy není pozdě*. [online]. Publikováno 13.01.2021 [cit. 24.7.2021]. Dostupné z <https://www.next-clinics.cz/aktualne/prumerny-vek-matek-se-zvysuje-nikdy-neni-pozde>
22. CÍSAŘOVÁ, D., RAMPÍK, D. *Náhradní matky porodily už i u nás desítky dětí*. [online]. Publikováno 21.07.2010 [cit. 25.03.2021]. Dostupné z <http://www.novinky.cz/zena/vztahy-a-sex/205714-nahradni-matky-porodily-uz-i-unas-desitky-deti.html>.

23. CELOSTATNIMEDICINA, *Bylinky podporující plodnost*. [online] Publikováno 28.4.2010 [cit. 25.3.2021]. Dostupné z <https://www.celostnimedicina.cz/bylinky-podporujici-plodnost.htm>
24. ZENSKA-NEPLODNOST. *Homeopatie může pomoci v léčbě neplodnosti*. [online]. Publikováno 23.3.2010 [cit. 25.3.2021]. Dostupné z <https://www.zenska-neplodnost.cz/novinky/homeopatie-muze-pomoci-v-lecbe-neplodnosti-575>
25. GYNCENTRUM. *Metoda Ludmily Mojžíšové*. [online]. Publikováno 1.9.2015 [cit. 25.3.2021]. Dostupné z <https://www.gyncentrum.cz/cs/metoda-ludmily-mojzisove>
26. MOJEZDRAVI. Problémy s otěhotněním ovlivňuje obezita i nezdravé hubnutí. [online]. Publikováno 20.08.2020. [cit. 28.03.2021]. Dostupné z https://www.mojezdрави.cz/zdravy-zivotni-styl/problemy-s-otehotnenim-ovlivnuje-obezita-i-nezdrave-hubnuti-5789.html?fbclid=IwAR14IveDi4tPxU9vJCA-7gp2Z86v6wAO-eUgFaFk19mkNHilYVkkWFtSC_7g

KVALIFIKAČNÍ PRÁCE

1. POSPÍŠILOVÁ, Blanka. *Ošetrovatelská péče o pacientku s diagnózou sterilita v průběhu cyklu IVF*. Praha, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce Heřmanová, Jana. [online]. [cit. 30.1.2021]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/18375952-Univerzita-karlova-v-praze-3-lekarska-fakulta.html>
2. DRABINOVÁ, Aneta. *Mateřství a kariéra v souvislosti se zvyšováním věku prvorodiček*. Zlín, 2009. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Ústav porodní asistence. Vedoucí práce Fremlová, Helena. [online]. [cit. 23.3.2021]. Dostupné z https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/10843/drabinov%C3%A1_2009_bp.pdf?sequence=1&isAllowed=y&fbclid=IwAR3aDIjz-Q_5SPTtpEMfJL7RzOe9yC8pXtUp7-vFGEs7egKHMC74UMseEFk
3. JAROŠOVÁ, Kristýna. *Proces in vitro fertilizace očima žen*. Brno, 2018. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra porodní asistence a zdravotnických záchranářů. Vedoucí práce Greiffeneggová, Liana. Fonlineg. [cit. 23.3.2021]. Dostupné z https://is.muni.cz/th/sb2a6/finalni_verze_BP.pdf

4. VINTEROVÁ, Lucie. *Psychické prožívání neplodnosti a asistované reprodukce z pohledu neplodného jedince*. Praha, 2015. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Fakulta humanitních studií, Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích. Vedoucí práce Tollarová, Blanka. [online]. [cit. 24.3.2021]. Dostupné z <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/161097/>
5. PŘEROVSKÁ, Iva. *Asistovaná reprodukce a péče porodní asistentky*. Olomouc, 2015. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav zdravotnických věd. Vedoucí práce Hejtmánek, Pavel. [online]. [cit. 24.3.2021]. Dostupné z https://theses.cz/id/ldw3t2/Prerovska_Iva_Asistovana_reprodukce_a_pece_porodni_asiste.pdf
6. DOLEJŠOVÁ, Lucie. *Neplodnost a asistovaná reprodukce v České republice*. Praha, 2016. Bakalářská práce. Česká zemědělská univerzita v Praze, Provozně ekonomická fakulta, Katedra psychologie. Vedoucí práce Slaboch, Martin. [online]. [cit. 23.3.2021]. Dostupné z https://is.czu.cz/zp/index.pl?podrobnosti_zp=204223
7. DLABOLOVÁ, Ludmila. *Komunikace mezi zdravotníkem a ženou s poruchou plodnosti*. Pardubice, 2014. Diplomová práce. Univerzita, Pardubice Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Macková, Marie. [online]. [cit. 24.3.2021]. Dostupné z https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/57687/DlabolovaL_Komunikace-Mezi_MM_2014.pdf?sequence=3&isAllowed=y&fbclid=IwAR3zhiltx7Hz7yawXFC30kJtz-v67s_xf99dTStCOcrVNQsbISR2UwP4pwo#page34
8. KRÁČMAROVÁ, Jana. *Neplodnost a etické aspekty asistované reprodukce v sociální oblasti*. Olomouc, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Ústav pedagogiky a sociálních studií. Vedoucí práce Skarupská, Helena. [online]. [cit. 24.3.2021]. Dostupné z <https://theses.cz/id/l2mlsn/7638536>

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A – Hodnocení výborných výsledků spermiogramu ve srovnání s jeho dolní hranicí
- Příloha B – Prodloužená kultivace (5dní)
- Příloha C – Embryotransfer
- Příloha D – Intracytoplazmatická injekce spermií
- Příloha E – Typy mimoděložního těhotenství
- Příloha F – Informovaný souhlas

PŘÍLOHY

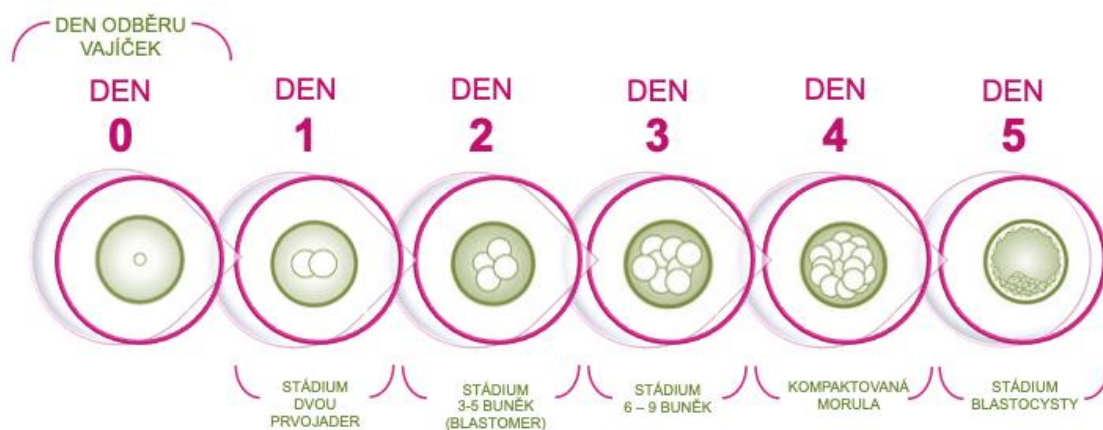
Příloha A – Hodnoty výborných výsledků spermogramu ve srovnání s jeho dolní hranicí

Tabulka 1: Hodnoty výborných výsledků spermogramu ve srovnání s jeho dolní hranicí

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

Příloha B – Prodloužená kultivace

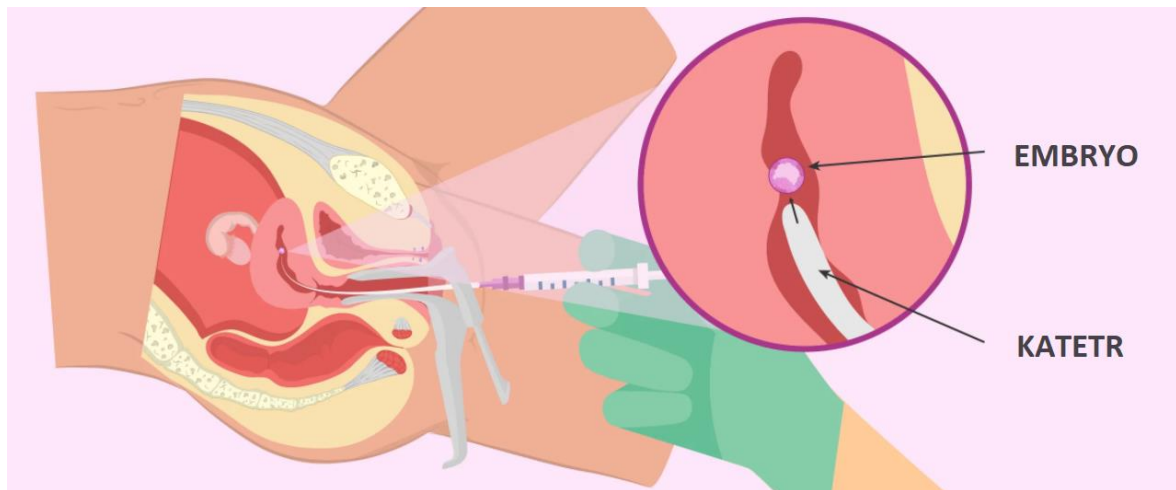
Obrázek 1: Prodloužená kultivace



Zdroj: Forticare, 2021

Příloha C – Embryotransfer

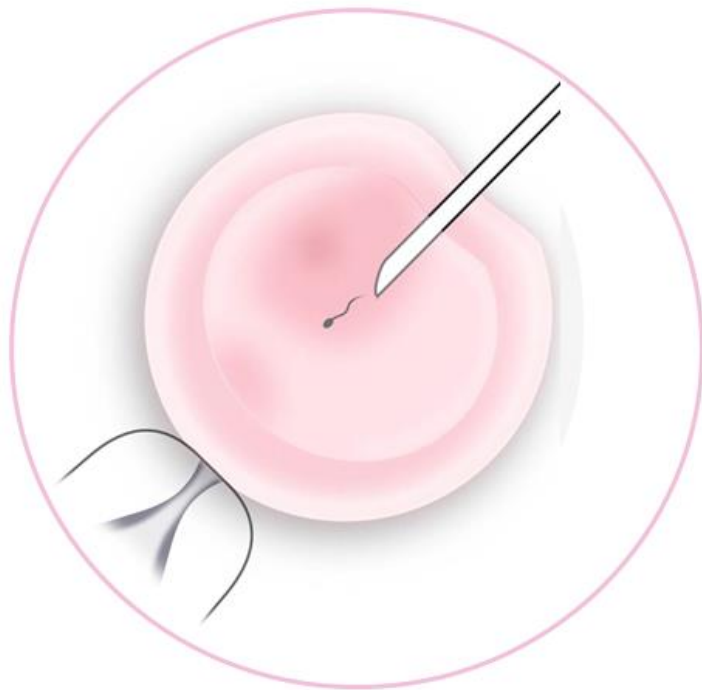
Obrázek 2: Embryotransfer



Zdroj: vlastní úprava dle Invitra, 2021

Příloha D – Intracytoplazmatická injekce spermií

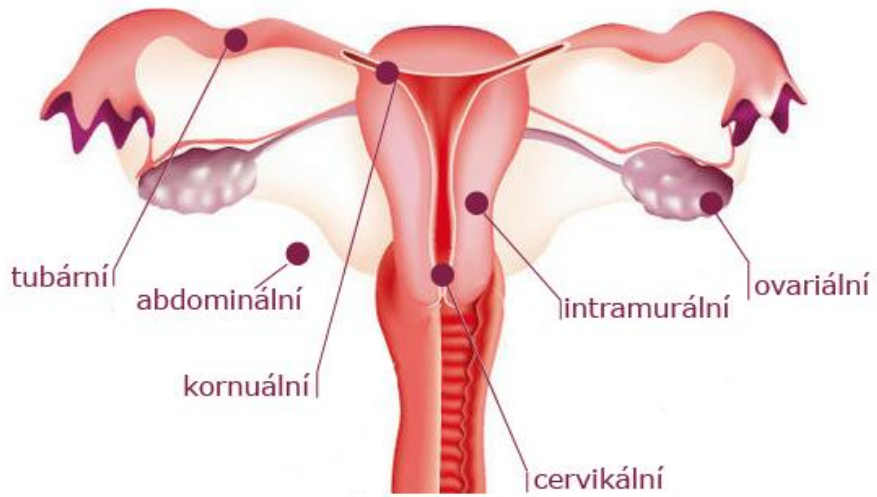
Obrázek 3: Intracytoplazmatická injekce spermií



Zdroj: Reprogenesis, 2021

Příloha E – Typy mimoděložního těhotenství

Obrázek 4: Typy mimoděložního těhotenství



Zdroj: *Mimoděložní těhotenství*

Příloha F – Informovaný souhlas

ZKUŠENOSTI ŽEN S ASISTOVANOU REPRODUKČÍ

STUDENT

Renáta Hanzlíčková

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: Renatka.hanzlickova16@gmail.com

VEDOUCÍ BP:

PhDr. Kristina Janoušková Ph.D.

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: kjanousk@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je zjistit zkušenosti žen s asistovanou reprodukcí.

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: