

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Martina Bergerová, DiS.

Psychické prožívání neplodných párů při asistované reprodukci

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a v souladu s mezinárodní normou ČSN ISO 690 o citacích a ČSN 01 6910 o správné úpravě písemností, a použila pouze prameny uvedené v seznamu literatury.

V Olomouci dne 3. 2. 2012

Děkuji Mgr. Lucii Křeménkové Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, za poskytnutí cenných rad, ochotu a přívětivý přístup. Také děkuji embryoložce RNDr. Janě Březinové z Centra asistované reprodukce Fakultní nemocnice Olomouc a také všem respondentům, u nichž jsem prováděla výzkumné šetření.

OBSAH

ÚVOD	7
I TEORETICKÁ ČÁST	8
1 NEPLODNOST	9
1.1 Definice neplodnosti	9
1.2 Lékařské vyšetření při neplodnosti muže a ženy	10
1.2.1 Vyšetření muže.....	10
1.2.2 Vyšetření ženy.....	11
1.3 Příčiny neplodnosti muže.....	13
1.3.1 Porucha pohlavní aktivity	13
1.3.2 Porucha vytváření spermií ve varlatech, nadvarlatech a vývojových systémech	13
1.3.3 Hormonální příčina neplodnosti	14
1.3.4 Imunologická příčina neplodnosti.....	15
1.4 Příčiny neplodnosti ženy	16
1.4.1 Věk.....	16
1.4.2 Vlivy špatného prostředí a životního stylu	17
1.4.3 Psychické faktory a stres	18
1.4.4 Hormonální poruchy a poruchy ovulace.....	18
1.4.5 Poruchy ženského pohlavního ústrojí	19
1.4.6 Endometrióza	20
1.4.7 Chromozomální poruchy.....	20
1.4.8 Imunologická příčina neplodnosti.....	20
1.5 Neznámá příčina neplodnosti.....	21
2 ASISTOVANÁ REPRODUKCE	22
2.1 Centra asistované reprodukce	22
2.2 Možnosti léčby neplodnosti metodami asistované reprodukce	23
2.2.1 Intrauterinní inseminace (IUI).....	24
2.2.2 In vitro fertilizace (IVF).....	25
2.2.3 Intracytoplazmatická injekce spermií (ICSI).....	26
2.2.4 Další metody asistované reprodukce.....	27
3 NEPLODNOST A PSYCHICKÉ PROŽÍVÁNÍ	28
3.1 Překvapení	28
3.2 Panika a odmítání skutečnosti.....	29
3.3 Zloba	29

3.4 Pocity viny	30
3.5 Závist	30
3.6 Izolovanost	31
3.7 Smutek	31
3.8 Deprese	32
3.9 Přijetí.....	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	34
4 CÍL VÝZKUMU	35
4.1 Výzkumné otázky	36
5 VÝZKUMNÁ METODA	37
6 VÝZKUMNÝ SOUBOR	39
7 PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÝCH ŠETŘENÍ.....	41
7.1 Když páry začínaly plánovat rodičovství, připouštěly si možnost nějakých komplikací nebo počítaly s brzkým úspěchem?	41
7.2 Jsou muži ochotni podstoupit lékařské zjištění neplodnosti?	43
7.3 Jak prožívají zjištění své neplodnosti ženy a jak muži?	44
7.4 Pociťovali muži či ženy tlak ze strany svého okolí kvůli tomu, že jsou doposud bezdětní?	45
7.5 Ovlivňuje neplodnost sexuální život partnerů? V případě že ano, jakým způsobem? ...	46
7.6 Jak hodnotí neplodné páry přístup lékařů a prostředí ambulance asistované reprodukce?	48
7.7 Jaké byly prožitky mužů a žen v době mezi zákrokem a sdělením výsledků testů potvrzující/nepotvrzující těhotenství?.....	49
7.8 Byla by pro neplodné páry žádost o adopci přijatelným řešením nebo by byly raději bezdětní?	52
8 DISKUZE	53
8.1 Interpretace otázky č. 1: Když páry začínaly plánovat rodičovství, připouštěly si možnost nějakých komplikací nebo počítaly s brzkým úspěchem?	54
8.2 Interpretace otázky č. 2: Jsou muži ochotni podstoupit lékařské zjištění neplodnosti?..	55
8.3 Interpretace otázky č. 3: Jak prožívají zjištění své neplodnosti ženy a jak muži?.....	55
8.4 Interpretace otázky č. 4: Pociťovali muži či ženy tlak ze strany okolí kvůli tomu, že jsou doposud bezdětní?.....	56
8.5 Interpretace otázky č. 5: Ovlivňuje neplodnost sexuální život partnerů? V případě že ano, jakým způsobem?	57
8.6 Interpretace otázky č. 6: Jak hodnotí neplodné páry přístup lékařů a prostředí ambulance asistované reprodukce?	58
8.7 Interpretace otázky č. 7: Jaké byly prožitky mužů a žen v době mezi zákrokem a sdělením výsledků testů potvrzující/nepotvrzující těhotenství?	59

8.8 Interpretace otázky č. 8: Byla by pro neplodné páry žádost o adopci přijatelným řešením nebo by byly raději bezdětní?	59
ZÁVĚR	61
SEZNAM LITERATURY	62
SEZNAM TABULEK	65
SEZNAM GRAFŮ	66
SEZNAM ZKRATEK	67
SEZNAM PŘÍLOH	68

ÚVOD

V obecném povědomí panuje názor, že mít děti je samozřejmost, že tato dovednost patří k jednomu z mála, které lidé ovládají již od dob Adama a Evy. V přírodě však nefunguje všechno přirozeně a hned. Člověk je tvor se sníženou plodností. Pravděpodobnost otěhotnění zcela zdravého páru hned v prvním měsíci není příliš velká, dle statistik pouhých 25 %. V prvním měsíci páry tudíž nepřekvapí, že těhotenství nepřišlo, je přece ještě dost šancí... Po pár následujících však již znejistí, a po dalších začínají upadat do beznaděje. Tyto úzkosti však mohou vést k hormonálním změnám a otěhotnění je pak ještě těžší.

Počet neplodných párů neustále roste, v současnosti má problém s početím vlastního dítěte každý sedmý pár. Mluvit o tom na veřejnosti, tak jako o bolavých zubech, však pro mnohé zůstává tabu. Přiznat se před někým, že nemohou mít děti, znamená být „nenormální“. Všichni přeci můžou mít děti...

Téma zabývající se psychikou neplodných párů při asistované reprodukci jsem si vybrala proto, že dle svých vlastních zkušeností, bych ráda poukázala na to, že lidé, kteří mají potíže s početím, prožívají různé psychické změny, které zanechávají stopy na jejich osobnostech. Léčba neplodnosti navíc ovlivňuje i partnerství, sexuální život i přátelské vztahy.

Tato práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část je zaměřena na definici neplodnosti, na to, jakými vyšetřeními musí nedobrovolně bezdětný pár projít a velmi stručně jsou popsány nejčastější příčiny neplodnosti. Samotné asistované reprodukci a centry zabývající se léčbou neplodnosti se věnuji v další kapitole. Zde ovšem krátce zmiňuji jen ty nejčastější metody léčby. Na závěr teoretické části se věnuji psychologii prožívání související se stresem až frustrací při procesu zjištění a léčby neplodnosti.

Praktická část obsahuje výzkumné šetření, které je zaměřeno na zjištění psychického prožívání neplodných žen a mužů, jak se s tímto problémem dokáží vyrovnat, jak ho řeší, jak na ně působí samotný proces léčby v centrech asistované reprodukce. Zajímalo mě také, zda tento problém negativně či pozitivně ovlivnil jejich partnerský vztah, jak se v těchto situacích chovají ženy a jak muži, zda se chtějí svěřovat rodině či přátelům, nebo se spíše uzavírají do sebe.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 NEPLODNOST

Většina lidí si nepřipouští, že by se problém s neplodností mohl týkat právě jich. Věnují čas studiu, práci, kariéře, cestování a odkládají početí dítěte na pozdější dobu. Svou plodnost pokládají za něco, co je jisté. S diagnózou neplodnosti se setkává každý sedmý pár. Příčina je téměř stejně často na straně muže jako na straně ženy. Naštěstí v dnešní době je mnoho moderních léčebných metod, které jsou velmi úspěšné. Většina párů po léčbě otěhotní. Vyšetření pro neplodnost a případnou léčbu většinou zahajuje gynekolog. Podle výsledků vyšetření může následně předat neplodný pár na specializované pracoviště reprodukční medicíny. Zde pár pravděpodobně uslyší slova, jako jsou **neplodnost**, **sterilita** nebo **infertilita** (Ulčová-Gallová, 2006; Konečná, 2009).

1.1 Definice neplodnosti

Pojem **neplodnost** označuje páry, kterým se nepodařilo nikdy otěhotnět po více než roce nechráněného pohlavního styku, a to za splnění podmínek, že je pár plně reprodukčně zdravý a pohlavní styk probíhá pravidelně, v průměru 3x - 4x týdně. Neplodnost znamená, že plodnost je více či méně snížena, ale stále existuje možnost přirozeného početí. Rozlišujeme také neplodnost primární a sekundární. Primární neplodnost označuje páry, kterým se nepodařilo nikdy otěhotnět. Schopnost mít jedno dítě nezaručuje plodnost i do budoucna. Některé páry zjistí, že se stali neplodnými, až když se pokouší o druhé dítě. To je označováno jako **sekundární neplodnost**. Naproti tomu pojem **sterilita** je definována jako naprostá neplodnost, je velice vzácná a dostavuje se např. tehdy, když žena přijde předčasně do přechodu nebo se u muže netvoří žádné spermie. Pojem **infertilita** označuje ženy, které nejsou schopny donosit plod, tedy potrácivost¹. Dle výzkumů je známo, že 80 % všech oplodněných vajíček končí tak, že 20 % z nich je potraceno a zbytek samovolně zaniká v následující menstruaci, aniž by si toho žena všimla (Vollmer, 1999; Konečná, 2009).

Problémy s početím má stále větší počet párů. Ve vyspělých zemích včetně České republiky je nyní přibližně 20 – 25 % párů nedobrovolně bezdětných a toto procento rok od roku mírně stoupá (Ulčová-Gallová, 2006).

¹ Potrácivost je onemocnění, při kterém žena není schopna donosit nebo porodit životaschopný plod (Konečná, 2009).

Dle hrubých odhadů se dá říci, že příčiny neplodnosti páru jsou častější u žen, tj. u 30 - 40 % případů. Neplodnost muže se týká 10 – 30 % případů. V 15 – 30 % případů jsou postiženi oba partneři a v 5 – 10 % jde o „idiopatickou sterilitu“, tedy o neplodnost z neznámých příčin. Podle Světové zdravotnické organizace WHO, asi 15 % párů v plodném věku vyhledá lékařskou pomoc pro neplodnost (Vollmer, 1999).

1.2 Lékařské vyšetření při neplodnosti muže a ženy

Během léčby neplodnosti přijde pár do kontaktu s řadou odborníků. Poznání příčin nechtěné bezdětnosti u ženy i muže závisí především na dosažitelnosti vyšetřovacích metod v oboru gynekologie, endokrinologie, imunologie, andrologie, sexuologie, urologie, genetiky, psychologie a dalších oborů. V praxi je nejčastější ta situace, kdy z neplodného páru jako první žádá o pomoc v řešení problému žena svého gynekologa. Vyšetření u partnera bývá snazší, a proto její gynekolog zahajuje vyšetření páru zkouškami plodnosti nejdříve u muže (Ulčová-Gallová, 2006).

1.2.1 Vyšetření muže

Základním vyšetřením plodnosti muže je **spermiologické vyšetření**, to je vyhodnocení kvality ejakulátu jako celku, které se provádí po 3 - 4 dnech pohlavní abstinence. Pacient odebere semeno do skleněné nádoby. „U ejakulátu se hodnotí jeho celkový objem, barva, konzistence, doba zkapalnění, pohyblivost a počet spermií. Počítají se procenta porušených spermií, přídatné buňky a pH. Specializované imunologické laboratoře vyšetřují i protilátky proti spermiím v seminální plazmě, tj. tekutině, ve které se pohybují spermie“ (Ulčová-Gallová, 2006, s. 13). Velmi důležitý je parametr pohyblivosti spermií, který se hodnotí stupni od 0 (nepohyblivé) do stupně 4 (rychlé a progresivní). „Za hranici normálního nálezu se dnes považuje přítomnost min. 40 % spermií hodnocených druhým stupněm pohyblivosti. Počet spermií je analyzován na podložním sklíčku, na které je nanesen obarvaný ejakulát. Zjišťuje se procento abnormálních, odchylných forem zárodečných buněk (především zda nejsou zdvojené hlavičky nebo bičíky, jaký má tvar krček spermie, zda hlavička, krček a bičík spermie nejsou příliš malé, apod.) Některé andrologické laboratoře také provádí určení hladiny cukru, zinku a hormonů jako jsou testosteron nebo inhibin a pH“ (Ulčová-Gallová, 2006, s. 14). Jelikož výše uvedené ukazatele mohou i u plodných mužů

výrazně kolísat, provádějí se v nejasných případech vždy nejméně dvě až tři tyto vyšetření (Ulčová-Gallová, 2006).

Srovnání výsledků spermioqramu, které ukazují výborné výsledky oproti výsledkům dolní hranice normy pro spermioqram, ukazuje **tabulka č. 1** (Řežábek, 2008, s. 25).

Tab. č. 1: Porovnání výborných výsledků spermioqramu ve srovnání s jeho dolní hranicí

	Výborný výsledek	Dolní hranice normy
Objem ejakulátu	2,5 - 3,5 ml	1,5 ml
Koncentrace spermií	40 – 120 milionů/ml	20 milionů/ml
Procento pohyblivých	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 %

(Řežábek, 2008, s. 25)

Mezi další, ne přímo obvyklé vyšetřovací metody u muže, patří **vyšetření moči**. „Přítomnost bílých krvinek (leukocytů) v moči bývá známkou zánětu močových cest či prostaty. Vyšetření moči může odhalit také některé jiné choroby, které narušují plodnost muže (chronické onemocnění ledvin, cukrovka)“ (Mardešić, 1996, s. 33).

Pro stanovení prognózy a dalšího postupu je někdy nezbytné provést **biopsii varlete**. Rozumí se tím odebrání malé částičky tkáně z varlat jako vzorek pro mikroskopické vyšetření, které může odhalit, zda dochází k úplné tvorbě spermií nebo v jaké míře je tvorba narušena (Mardešić, 1996).

1.2.2 Vyšetření ženy

Vyšetření ženy při diagnostice neplodnosti znamená provedení celé řady testů. Je nejčastěji složením celkového tělesného a gynekologického vyšetření. Je zjištěn celkový zdravotní stav ženy, prodělaná onemocnění a operativní zákroky včetně dědičných dispozic, užívané léky a antikoncepce, její předešlý pohlavní život, životní styl, strava, či prostředí, ve kterém žije (Doherty, Clark, 2006).

Během gynekologického vyšetření je pozornost zaměřena na vyšetření zevních a vnitřních rodidel a orgánů malé pánve. Někdy již zde lze odhalit příčinu neplodnosti z důvodu zjištění např. děložního myomu, cysty, vrozené vývojové vady dělohy apod. Lékař, gynekolog také provede stěry pro další laboratorní vyšetření. Je to stěr z děložního čípku pro cytologické

vyšetření, které vyloučí riziko nádorového onemocnění a odběr sekretu z děložního hrdla, čímž lze odhalit přítomnost infekce (Mardešić, 1996).

Ultrazvukové vyšetření je prováděno v různých fázích menstruačního cyklu. „Vyšetření hladin luteinizačního a folikulostimulačního hormonu může u žen s nepravidelnostmi menstruace vést přímo k diagnóze (porucha na úrovni hypotalamu, syndrom předčasné menopauzy, syndrom polycystických ovarií²)“ (Mardešić, 1996, s. 28-29).

„K diagnóze příčiny neplodnosti u ženy provádí gynekolog také **postkoitální test**. Toto vyšetření sleduje počet a přežívání spermií v hlenu děložního hrdla za 6 - 8 hodin po pohlavním styku. Je velmi důležité, aby bylo prováděno v období těsně před očekávanou ovulací, protože jen tehdy jsou pro spermie v tomto prostředí optimální podmínky“ (Mardešić, 1996, s. 31).

Nejčastější příčinou neplodnosti ženy je porucha zrání a uvolňování vajíček (ovulace). Kromě již zmíněného ultrazvukového vyšetření se ke zjištění ovulace používá několik metod. První touto metodou je měření hladiny progesteronu odběrem krve, většinou asi 5 - 10 dní před očekávanou menstruací ženy. Hladina hormonu obsaženého v krvi ukazuje, zda probíhá u ženy ovulace či nikoliv. Jde o rychlejší a spolehlivější vyšetření, než je např. měření bazální teploty³. Druhou metodou je měření hladiny luteinizačního hormonu (LH) z první ranní moči. LH hormon je hormon, bez kterého by také ovulace proběhnout nemohla. Tento test si může provést i žena sama doma, protože k tomu slouží speciální zabarvovací proužky, které lze zakoupit v lékárně. (Doherty, Clark, 2006).

Ke zjištění ovulace se používá ještě jedné vyšetřovací metody, a tou je **histologie vzorku endometria**. Provádí se odebráním vzorku tkáně z děložní sliznice pro mikroskopické vyšetření. Děložní sliznice citlivě reaguje na všechny hormonální děje a tímto vyšetřením lze zjistit, zda došlo k uvolnění vajíčka a vzniku žlutého tělíska (Mardešić, 1996).

Pokud jsou u ženy opakovaně prokázány zcela normální ovulační cykly, je v další etapě nutné provést vyšetření vnitřních rodidel. K tomuto účelu je k dispozici několik metod, které se provádí v celkové anestezii. **Hysterosalpingografie** je rentgenologické zobrazení dutiny dělohy a vejcovodů. Pomáhá zjišťovat průchodnost genitálních cest a podmínky

² Syndrom polycystických ovarií je charakterizován přítomností mnoha malých cyst tvořících se ve vaječnicích při poruše ovulace. Je častou příčinou neplodnosti, a to přibližně u 10 – 15 % žen. Mezi příznaky této nemoci patří nepravidelná menstruace, zvýšené ochlupení, akné, obezita (Doherty, Clark, 2006).

³ Bazální teplotu si měří žena každý den ve stejnou dobu, ihned po probuzení (po klidném spánku), před zahájením denní aktivity a před snídaní. Teplotu si zapisuje do menstruačního kalendáře. Při normální činnosti vaječnicků lze zaznamenat v období ovulace vzestup teploty o 0,4 - 0,6 °C (Konečná, 2009; Mardešić, 1996).

pro uhníždění a vývoj embrya. Děloha a vejcovody se naplní kontrastní látkou a snímkuje se rentgenem. Další metodou je **hysteroskopie**. Tato endoskopická metoda umožňuje přímé pozorování děložní dutiny. Dutina se rozšíří plynem CO₂, zavede se do ní optický přístroj a prohlídka se hrdlo, děložní dutina a ústí vejcovodů. Používá se k zobrazení případných patologických útvarů v děloze, např. nádorů, srůstů, vrozených abnormalit atd. Hysteroskopie se někdy provádí společně s dalším vyšetřením, kterým je **laparoskopie**. Laparoskopie umožňuje přímou vizuální kontrolu pánevních a břišních orgánů. Laparoskopie je prováděna ve dvou významech, buď pouze diagnostický, nebo rovnou jako chirurgický výkon, např. při neprůchodnosti vejcovodů, endometrióze, při některých poruchách funkce vaječníků (Konečná, 2009).

1.3 Příčiny neplodnosti muže

Počet neplodných mužů stále roste. Během 70 let se snížila průměrná koncentrace spermií ze 120 milionů na 1 mililitr na 40 milionů (Ulčová-Gallová, 2006). V andrologických⁴ laboratořích jsou normální hodnoty spermioqramu v současné době spíše výjimkou. Mužská neplodnost může mít vrozené nebo získané příčiny. Na tvorbu spermií má negativní vliv celá řada faktorů.

1.3.1 Porucha pohlavní aktivity

„Při některých vážných vývojových nepravidelnostech a některých neurologických či metabolických onemocněních se lze setkat s neúspěšnými pokusy o pohlavní styk (coitus). Tato onemocnění nejsou vždy řešitelná pouze jedním odborníkem, ale ve spolupráci s dalšími specialisty v oboru sexuologie, neurologie, urologie, genetiky, psychologie a dalších“ (Ulčová-Gallová, 2006, s. 19).

1.3.2 Porucha vytváření spermií ve varlatech, nadvarlatech a vývojových systémech

„Jednou z vážných poruch je ta, při níž v ejakulátu chybějí spermie. Příčina tohoto onemocnění spočívá v poruchách průchodnosti ve vývojových kanálkách varlat, kdy spermie se sice vytvářejí, ale nemohou opustit organismus“ (Ulčová-Gallová, 2006, s. 20). Tato porucha uzavřenosti může být i v oblasti nadvarlat. K uzavření kanálků dochází většinou

⁴ Andrologie je obor lékařské medicíny, zabývající se funkcí a chorobami pohlavních orgánů muže (Konečná, 2009).

po úrazech, např. při sportu, po autohavárii apod., nebo po infekci, jako byl např. komplikovaný průběh příušnic v postpubertálním věku, spalničky, mononukleóza, zánět jater, nebo i běžné virové choroby, včetně chřipky. Jednou z nejdůležitějších příčin jsou také poruchy sestupu varlat při narození, neboť pro vyzrání spermií je zapotřebí teploty o 2 stupně nižší, než je teplota těla. Zralé spermie mohou tedy produkovat pouze varlata uložená mimo břišní dutinu. U některých pacientů mohou být důvodem také malá (hypoplastická) varlata. Spermie v ejakulátu se nenajdou také u těch pacientů, kteří mají výborně vyvinutá varlata, ale chybějí jim chámovody a semenné vajíčky, které se prostě primárně nevytvořily. Kromě těchto genetických nebo vrozených poruch, nejčastější příčinou zhoršující se plodnosti mužů je stresový faktor, faktor zhoršujícího se životního prostředí, konzumace alkoholu, kávy, užívání drog a léků a kouření. Negativně na spermie působí i radioaktivní nebo elektromagnetické záření (Ulčová-Gallová, 2006).

Někteří odborníci tvrdí, že příčinou poklesu mužské plodnosti je těsné spodní prádlo, saunování a horké koupele, sedavé zaměstnání, např. práce za volantem, vyhřívané sedačky automobilů, atd., protože teplota varlat může dosáhnout příliš vysoké hodnoty. Vysoká teplota snižuje pohyblivost spermií. Pro správný vývin a růst spermií je důležitá teplota menší než teplota lidského těla (optimální je teplota okolo 32 °C). Pacientům se zhoršenými parametry spermioqramu je doporučováno pravidelné oplachování zevního genitálu studenou vodou, což prokazatelně pomáhá ke zlepšení kvality ejakulátu (Ulčová-Gallová, 2006).

1.3.3 Hormonální příčina neplodnosti

Odhaduje se, že asi 4 % všech případů mužské neplodnosti jsou způsobeny špatnou funkcí hormonů podvěsku mozkového (hypofýzy). Toto onemocnění se nazývá **hyperprolaktinemie**, tedy zvýšená hladina prolaktinu⁵ v krvi. Prolaktinom můžeme charakterizovat jako nádor hypofýzy, který produkuje a skladuje velmi důležité řídicí hormony, které ovlivňují tvorbu hormonů na periférii (žlázy s vnitřní sekrecí). Nádor je hormonálně aktivní, to znamená, že produkuje velké množství hormonu **prolaktinu**. Prolaktin snižuje hladinu gonadoliberinu, což je jeden z řídicích hormonů. Zvýšená tvorba

⁵ WEISS, Vladimír; MAREK, Josef. *Endokrinní systém Prolaktin* [online]. Endokrinologická společnost ČLS JEP : 2001 [cit. 2011-10-24]. Hyperprolaktinemie. Dostupné z WWW: <<http://www.prolaktin.cz/hyperprolaktinemie>>.

prolaktinu se u žen projevuje poruchami menstruačního cyklu až jeho vymizením. U mužů se projevuje sníženým libidem, poruchami erekce až impotencí a hlavně neplodností⁶.

1.3.4 Imunologická příčina neplodnosti

Obranyschopnost organismu je zajištěna celou řadou buněk a buněčných mechanismů. Velmi složitý imunologický mechanismus těla má v první řadě za úkol spolehlivě dohlížet na tkáň, buňky a geny tělu vlastní a rozpoznává, které jsou cizí nebo dočasně přijaté. Ty, které jsou v těle navíc a mohou tělu uškodit, zpracovává, zneškodňuje a vylučuje z těla ven. Imunitní systém má za úkol rozpoznat cizorodé látky (antigeny) a vyvářet proti nim protilátky (Ulčová-Gallová, 2006).

Přítomnost **protilátek proti spermii**, tj. napadání vlastních buněk (spermii) se vyskytuje až u 10 % neplodných mužů. Příčina vzniku protilátek není jasná, ale lékaři se domnívají, že může být způsobena celou řadou příčin. „Mezi tyto příčiny patří chemoterapie, expozice pesticidům, zranění, stav po rekonstrukčních operacích po předchozí vasektomii, torze varlat, rakovinné onemocnění varlat, infekce a operace tříselné kýly. Protilátky proti hlavičkám spermii znemožňují proniknutí spermií do vajíčka. Laboratorní vyšetření semene pomůže stanovit, jestli se tyto protilátky v těle nacházejí. Protilátky se nacházejí až u 70 % mužů, kteří podstoupili operaci na odstranění následků prodělané vasektomie⁷. Předpokládá se, že ke vzniku protilátek po vasektomii dochází proto, že spermiie, které se nedostávají do semene a nejsou ejakulovány, zůstávají v těle a jsou vlastním organismem považovány za cizí materiál“ (Doherty, Clark, 2006, s. 60).

Vývoj medikamentózních léčebných postupů pro zvýšení plodnosti mužů trochu zaostává. I když byly vyvinuty již různé operativní postupy a techniky, jsou vhodné pouze u některých vybraných případů. „*Proto dosud platí pořekadlo: Nejlepší terapií mužské sterility je optimální léčba ženy*“ (Vollmer, 1999, s. 85).

⁶ Vitalion.cz : *Mužská neplodnost* [online]. 2011 [cit. 2011-09-06]. vitalion.cz. Dostupné z WWW: <<http://nemoci.vitalion.cz/muzska-neplodnost/>>.

⁷ Vasektomie je dobrovolně prodělaná operace, antikoncepční metoda, která se v ČR provádí minimálně. Provádí se tak, že vývodní systém, přes který prochází sperma je operačně přerušeno. Následky si přeje muž následně odstanit (Doherty, Clark, 2006, s. 58).

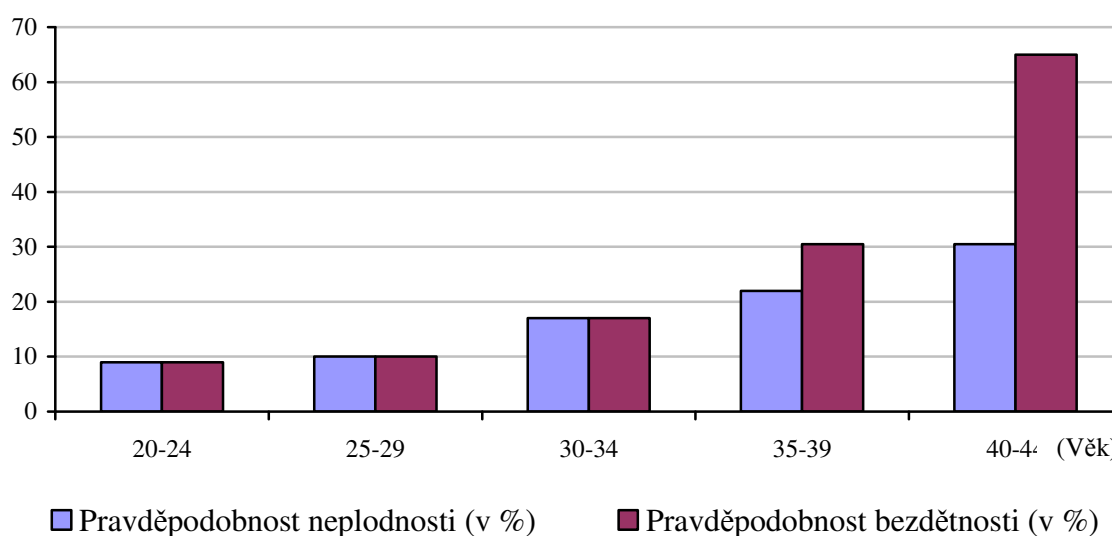
1.4 Příčiny neplodnosti ženy

Příčiny bezdětnosti jsou probádány u žen mnohem lépe než u mužů. V neposlední řadě je to způsobeno tím, že žena bývá považována za zodpovědnou za bezdětnost v důsledku své biologické role, role „rodičky“ a chodí na pravidelné prohlídky ke svému gynekologovi, tudíž přijímá informaci o svém zdravotním stavu jako první. Příčin nechtěné bezdětnosti u žen může mít řadu forem, některé ovlivnit lze, některé však v důsledku dnešní doby, životního prostředí, vrozených nemocí ovlivnit nelze.

1.4.1 Věk

Věk je nejdůležitějším faktorem ovlivňujícím ženskou plodnost. Nejideálnější věk pro otěhotnění je mezi 20. – 30. rokem, nejlépe však kolem 25. roku. Po 30. roce života začíná fertilitní potenciál ženy klesat, po 35. roce tato tendence nabírá prudký pád (jak ukazuje graf č. 1) (Linhart, 2005).

Graf č. 1: Pravděpodobnost výskytu neplodnosti (v %) v závislosti na věku ženy⁸

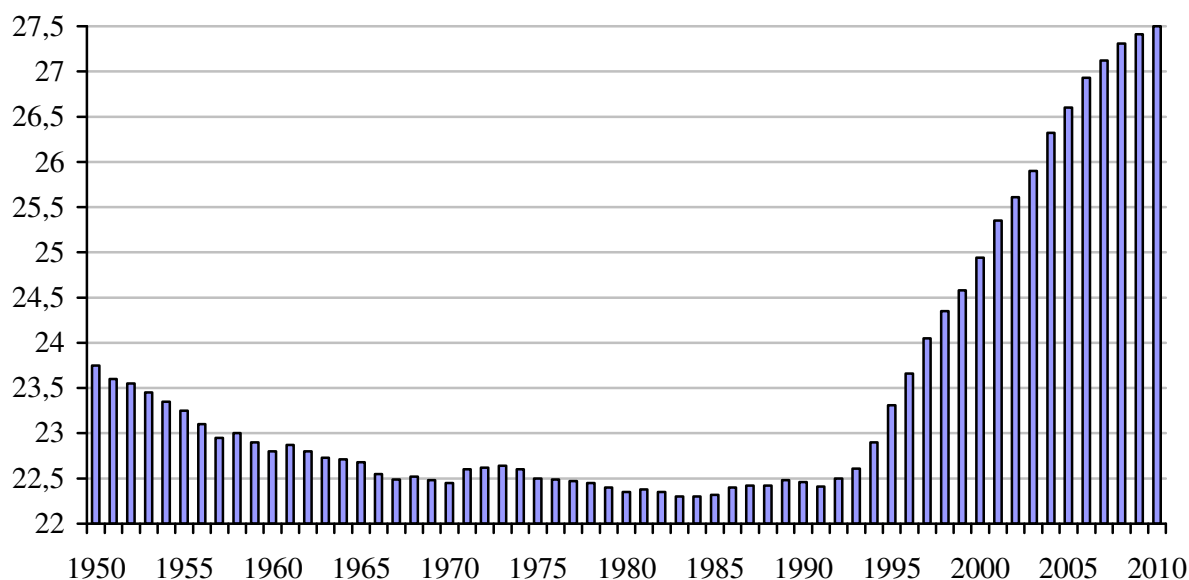


Žena je při narození vybavena kompletní zásobou vajíček, jsou jich milióny, které jsou umístěny ve vaječnících. S věkem ženy jejich počet prudce klesá, již v období puberty zůstává z původního počtu jen asi tři sta tisíc vajíček a kolem třiceti let jich je pouze tisíc (Doherty, Clark, 2006, Linhart, 2005). „Stárnutí ovlivňuje nejen jejich počet, ale i kvalitu, tzn. jejich schopnost změnit se ve zdravé embryo a později v plod“ (Doherty, Clark, 2006, s. 17).

⁸ ŠILHOVÁ, Lucie; STEJSKALOVÁ, Jana. *Matkou ve vyšším věku : Vliv věku na plodnost ženy a na průběh těhotenství*. Vyd. 1. Brno : Computer Press, 2006. 102 s. ISBN 80-251-0987-9.

„Ženy začínají čím dál více odkládat své první těhotenství do pozdějšího věku, protože se snaží nejdříve budovat svou životní kariéru, naplnit své touhy o cestování a studiu“ (Linhart, 2005, s. 9). Tendence odkládání mateřství na pozdější dobu je patrná z **grafu č. 2**. „S věkem však přibývá komplikací, které ohrožují plodnost ženy – klesá počet menstruačních cyklů, kdy dojde k ovulaci, vyskytují se děložní abnormality (myomy⁹, změny v cévním řečišti, patologie děložní sliznice, atd.), klesá sexuální aktivita“ (Linhart, 2005, s. 9). Pokud se ženě ve vyšším věku podaří bezproblémově otěhotnět přirozenou cestou, ještě zdaleka nemá bohužel vyhráno. Nastupují totiž velmi často další komplikace, jako jsou preeklampsie, gestační diabetes mellitus, zánět žil a krevní sraženiny, vyšší riziko potratu v důsledku chromozomálních poruch embrya (Šilhová, Stejskalová, 2006).

Graf č. 2: Průměrný věk žen při narození 1. dítěte v letech 1950 – 2010¹⁰



1.4.2 Vlivy špatného prostředí a životního stylu

V dnešním životním prostředí se nachází více toxických látek než kdykoliv předtím. Mnoho lidí se domnívá, že tyto toxické látky mohou mít vliv na plodnost a podílí se na častějším výskytu samovolných potratů. Plodnost ovlivňuje ve velké míře konzumace

⁹ Myomy jsou nezhoubné nádory děložního svalu. Studie ukazují, že myomy má čtvrtina žen ve věku mezi 30- 50 rokem. Ve většině případů se neprojevují žádnými příznaky (bolesti, výtoky). V těhotenství se myomy mohou zvětšovat díky stimulaci estrogenů. Mohou se stát příčinou potíží během těhotenství nebo komplikací při porodu (Šilhová, Stejskalová, 2006, s. 27).

¹⁰ Český statistický úřad [online]. 22.6.2011 [cit. 2011-10-10]. Průměrný věk žen při narození 1. dítěte v letech 1950-2010. Dostupné z WWW: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/prumerny_vek_zen_pri_narozeni_1_ditete_v letech_1950_2010>.

alkoholu, drog a kouření. Kouření zvyšuje riziko mimoděložního těhotenství, ovlivňuje hormonální hladinu ženských orgánů, čímž znesnadňuje uhnízdění oplozeného vajíčka. Konzumace alkoholu snižuje schopnost otěhotnění téměř o 50 %, jelikož alkohol přímo zasahuje do procesu ovulace a transportu vajíčka. (Doherty, Clark, 2006, s. 15).

1.4.3 Psychické faktory a stres

Žena, která chce otěhotnět, bývá často velmi úzkostlivá. Touha po vlastním dítěti a pravidelná menstruace ji velmi neurotizují. Příliš pečlivá pacientka si svůj měsíční cyklus pravidelně zapisuje, sleduje teplotu, vyžaduje po svém partnerovi pohlavní styk v plodných dnech, její sexuální chování je naprogramované a cílené, což způsobuje i napětí mezi partnery nebo přenášení konfliktního chování i na okolí. Tyto situace a dlouhodobý stres, kdy žena prochází psychickým vypětím, mohou mít za následek vynechání ovulace, sníženou pohyblivost vejcovodů, vynechání menstruace apod. V jedné studii bylo prokázáno, že míra stresu neplodných pacientek se rovná stresu pacientů s rakovinným onemocněním. Regulace psychosomatického stavu neplodné ženy bývá velmi obtížná, pomoci může psychologická terapie (individuální a párové rozhovory), nebo různé relaxační techniky jakými jsou meditace, jóga. Často pomůže třeba i změna gynekologa, zaměření se na jinou cílenou aktivitu apod., někdy se stává, že pacientky otěhotní krátce po adopci dítěte (Ulčová-Gallová, 2006, s. 37; Doherty, Clark, 2006).

Přímé příčiny ženské neplodnosti však spadají do několika hlavních kategorií, které se také často prolínají v různých kombinacích:

1.4.4 Hormonální poruchy a poruchy ovulace

Až 40 % neplodných žen trpí poruchami ovulace. Ovulační poruchy mohou zahrnovat anovulaci (chybějící ovulaci), oligo-ovulaci (málo častou ovulaci), a poruchy luteální fáze (nedostatečná funkce žlutého tělíska). **Ovulace** je složitý hormonálně řízený proces, kdy dochází k uvolnění zralého vajíčka z vaječníku. Příčinou anovulačního cyklu je hormonální nerovnováha pohlavních hormonů (FSH, LH) nebo pokud jeden z řídicích hormonů chybí. FSH - folikulostimulační hormon a LH - luteinizační hormon přímo ovlivňují růst a uvolnění vajíčka. Na správný chod dozrávání vajíčka mají vliv i hormony štítné žlázy, inzulín a prolaktin. Moderní léčba neplodnosti je postavena čím dál více na využití znalostí o hormonálním ovlivňování ženského systému, existují různé metody a léky k vyvolání

ovulace. Závažným problémem, který není možné řešit pouze léky je předčasné ovariální selhání. Jedná se o onemocnění, kdy nedochází k dozrání vajíček z důvodu vyčerpání funkce vaječníku. Zjednodušeně by se dalo říci, že se jedná o předčasný přechod. Příčiny předčasného ovariálního selhání jsou většinou nejasné, někdy toto onemocnění vzniká na podkladě autoimunitním nebo genetickým. Ovulaci v tomto případě nelze vyvolat a jedinou terapií je umělé oplodnění darovanými vajíčky nebo embryi¹¹.

1.4.5 Poruchy ženského pohlavního ústrojí

- *Vnější genitálie a pochva* - Záněty vnějších genitálií a pochvy jsou velmi běžné infekce. Jsou vyvolány kvasinkami nebo parazity. Dojde-li k zánětu pochvy, prostředí v pochvě se stává méně kyselým, sníží se její odolnost a vzniká nebezpečí přestupu infekce do vyšších orgánů reprodukčního traktu. Proto by měla být každá nepravidelnost včas léčena (Ulčová-Gallová, 2006).
- *Hrdlo děložní* – Představuje bránu do dělohy omezující vzestup infekce z pochvy. Sekrece z hrdla, která je závislá na hormonálních působcích, bývá nejhojnější v období ovulace. Hlen je podobně kyselý jako ejakulát a tak příznivý pro přežívání a pohyb spermií. Pokud to tak není, a hlen nemá charakter ovulačního hlenu, lze usuzovat na poruchu činnosti vaječníku. Také zánět, který by byl přenesen z pochvy do děložního hrdla, může zapříčinit znehybnění a odstranění spermií (Ulčová-Gallová, 2006).
- *Děloha* – „Nevyvinutí dělohy nebo její nesprávná pozice patří mezi vzácnou a rychle zjistitelnou příčinu neplodnosti. Léčba je většinou možná chirurgicky. Předchozí záněty nebo umělá přerušování těhotenství mohou zanechat v dutině děložní srůsty nebo poruchy sliznice nebo dalších vrstev dělohy, myomy, polypy, apod., které mohou podmínky pro plodnost zhoršit. Nejčastější poruchou však bývá porucha výstavby sliznice děložní, související s poruchami cyklu vaječníku“ (Ulčová-Gallová, 2006, s. 40).
- *Vejcovody* – Nejčastější příčinou neplodnosti bývá neprůchodnost vejcovodů nebo porušení jejich pohyblivosti. Neprůchodnost je způsobena zánětem či pozánětlivým stavem. Porucha pohyblivosti vejcovodu bývá nejčastěji výsledkem přítomnosti srůstů v břišní dutině (Ulčová-Gallová, 2006).
- *Vaječníky* – Vaječníky mohou selhávat ve své činnosti z několika důvodů. Zralé vaječníky někdy přestávají fungovat dříve, než žena dosáhla věku, kdy nastává menopauza. „Příčinou

¹¹ *Stop neplodnosti : Poruchy ovulace* [online]. 2009 [cit. 2011-09-06]. Stopneplodnosti.cz. Dostupné z WWW: <<http://www.stopneplodnosti.cz/neplodnost/neplodnost-u-zeny/poruchy-ovulace/>>.

může být vliv záření nebo chemoterapie, imunitní reakce, vrozené vady nebo určitá chromozomální abnormalita. U některých žen probíhá artézie, kdy z neznámých důvodů dochází k odumírání ještě nezralých vajíček“ (Novotny, 1997, s. 58).

Další hormonální nedostatečností je **syndrom polycystických ovárií**. „Pacientky s tímto onemocněním mají vysokou hladinu mužských hormonů, jsou obvykle vyšší hmotnosti, nemají menstruaci, jsou více ochlupené a neplodné. Na jejich vaječnicích jsou mnohočetné cysty vyplněné tekutinou“ (Ulčová-Gallová, 2006, s. 41).

1.4.6 Endometrióza

Endometrióza je onemocnění, při kterém se částičky děložní sliznice (endometria) nacházejí mimo dutinu děložní. Ložiska endometriózy se mohou vyskytovat kdekoli v těle, nejčastěji však v malé pánvi na pobřišnici a na vaječnicích. Tyto ložiska reagují na cyklické změny menstruuující ženy jako sliznice v děloze (růst, rozpad a krvácení). Někdy jsou bezpříznakové, jindy jsou provázeny bolestmi před očekávanou menstruací. Všechny tyto změny narušují proces oplodnění. V závažnějších případech mohou tato ložiska vytvářet rozsáhlé cysty, pevné srůsty, které mohou způsobit i poškození vejcovodů (Mardešić, 1996).

1.4.7 Chromozomální poruchy

Neplodnost může nastat u poruch v genetické výbavě, které jsou vyvolány abnormálním počtem pohlavních chromozomů. Mezi ně patří tzv. **Turnerův syndrom**. Je to onemocnění, kdy u žen chybí jeden pohlavní chromozom X. Pacientky jsou fyzicky ženami, ale hlavním znakem je chybějící nebo velmi opožděný rozvoj druhotných pohlavních znaků a malý vzrůst těchto žen. Menstruace může být navozena podáváním estrogenních preparátů, ale pacientky jsou postiženy neplodností, která je trvalá a neodstranitelná¹².

1.4.8 Imunologická příčina neplodnosti

„Spermie se mohou na své cestě k vajíčku, tedy do vejcovodu, setkat s **protilátkami proti spermii**. Spermie jsou totiž pro ženu antigenně i geneticky zcela cizí. Protilátky se mohou vyskytovat v hlenu děložního hrdla i ve vejcovodu, tedy v okolí vajíčka, nikoliv přímo v něm. Tělo u některých žen reaguje tak, že se veškeré cizorodé látky v těle snaží zničit, tak jako při útoku proti bakteriím. Proto se člověk téměř vždy uzdraví z infekční nemoci

¹² *Stop neplodnosti : Chromozomální poruchy* [online]. 2009 [cit. 2011-09-06]. Stopneplodnosti.cz. Dostupné z WWW: <<http://www.stopneplodnosti.cz/neplodnost/neplodnost-u-zeny/chromozomalni-poruchy/>>.

i bez pomoci antibiotik, pouze silami vlastního těla“ (Řežábek, 2008, s. 32). Diagnostika protilátek se provádí pomocí imunochemických testů (Ulčová-Gallová, 2006).

Ženu neplodnou z imunologické příčiny lze léčit pomocí **imunosupresivní léčby**. Po podání kortikoidů (hydrokortizon, dexametazon, prednizon, atd.) se sníží tvorba protilátek, a pokud po dobu dvou až tří měsíců žádné další spermie do těla nepřicházejí (není pohlavní styk, nebo pouze s kondomem), může se hladina protilátek snížit natolik, že již otěhotnění nevádí. Pokud však chceme, aby žena otěhotněla, spermie se do těla dostat musí. Proto je kombinována imunosupresivní léčba s přesným sledováním cyklu a je doporučen pohlavní styk pouze v době, kdy je vajíčko zralé a připravené k oplodnění. Někdy je také možnost vstříknout spermie tenkou trubičkou za hrdlo děložní vysoko do dělohy (intrauterinní inseminace, o které se zmiňuji blíže v kapitole 2.2.1). Je zde větší naděje, že některé spermie uniknou nepříznivému působení protilátek. Pokud tato léčba po několika měsících není účinná, lze provést některou z metod oplodnění ve zkumavce (Řežábek, 2008; Ulčová-Gallová, 2006).

1.5 Neznámá příčina neplodnosti

Nevysvětlitelná (idiopatická) příčina neplodnosti je taková, která je při všech dostupných vyšetřeních hodnocena normálními výsledky obou partnerů, tj. u ženy není znám žádný defekt v jejím reprodukčním systému a kvalita semene u muže je v normálních mezích. Do této kategorie patří přibližně **5 – 10 % všech neplodných párů**. Za těchto okolností lékař většinou poradí postiženému páru, aby podstoupil umělé oplodnění (např. in vitro fertilizace, více o této metodě v kapitole 2.2.2), kde mají tyto páry asi 40 - 60 % naději na otěhotnění v průběhu čtyř let. (Ulčová-Gallová, 2006, s. 41; Doherty, Clark, 2006, s. 24).

2 ASISTOVANÁ REPRODUKCE

Asistovaná reprodukce je už více jak třicet let staré medicínské odvětví, které se věnuje umělému oplodnění. **V roce 1978 se jako první „dítě ze zkumavky“ narodila Luisa Brownová** v Cambridgi ve Velké Británii po provedení tzv. mimotělního oplodnění. „Lékaři přitom čerpali ze zkušeností získaných na zvířatech. Bylo ale potřeba nashromáždit mnoho poznatků o dozrávání vajíčka, o složení tekutin, ve kterém se může dále vyvíjet, jak připravit spermie, než se podařilo úspěšně dokončit proces mimotělního oplodnění také u člověka“ (Řežábek, 2008, s. 53). Díky technickému pokroku se nyní mimotělní oplodnění používá nejen při neprůchodnosti vejcovodů, ale též při sterilitě z důvodu přítomnosti protilátek, endometriózy, sterilitě z mužských příčin a i při sterilitě z neznámých příčin (Řežábek, 2008).

2.1 Centra asistované reprodukce

První porod dítěte počatého technikami asistované reprodukce v Československu byl uskutečněn v roce **1982 v Brně**. První centrum asistované reprodukce v České republice vzniklo v roce 1991 a v současné době zde působí téměř 30 center (Konečná, 2009).

Základní princip léčby neplodnosti v centru asistované reprodukce není složitý. „Pokud se nemůže vajíčko setkat se spermií, je vajíčko přímo vyjmuto z vaječníku, k němu přidána spermie a po oplození je znovu vráceno už jako embryo tam, kam patří, tj. do dělohy ženy“ (Řežábek, 1999, s. 38).

Všechna centra v České republice musí splňovat přísná kritéria personálního obsazení, přístrojového vybavení a úspěšnosti své práce. Nad jejich vybavením a výsledky bdí **Sekce asistované reprodukce České gynekologicko-porodnické společnosti J. E. Purkyně**¹³. Až na výjimky lze tedy ve všech očekávat přibližně stejný výsledek. Jsou centra soukromá a centra ve státních nemocnicích. Pacienti, kteří začínají řešit otázku léčby neplodnosti v daném centru, často hledají určitá čísla a procenta úspěšnosti daného centra, ale tato čísla jsou velice klamná a zavádějící. Existuje mnoho měřítek, které jsou pro laika, ale i pro lékaře-

¹³ Česká gynekologická a porodnická společnost (ČGPS) je dobrovolnou odbornou organizací, která rozvíjí obor gynekologie a porodnictví. Sdružuje lékaře a ostatní vysokoškolsky vzdělané pracovníky, kteří se podílejí na prevenci, diagnostice, léčbě a výzkumu chorob tohoto oboru. ČGPS pracuje jako samostatný organizační útvar, který je součástí České lékařské společnosti, sdružující odborné společnosti a spolky lékařů v Čechách, na Moravě a ve Slezsku (ČGPS [online]. 2010 [cit. 2011-09-06]. Stanovy. Dostupné z WWW: <<http://www.cgps.cz/cgps/stanovy.php>>.)

-gynekologa, obtížně interpretovatelné. **Úspěšnost každého pracoviště** závisí zásadním způsobem na vstupní diagnóze pacientů a jejich věku. Existují tzv. **registry asistované reprodukce**, které podrobně sledují mnoho statistických dat – počet cyklů se zahájenou stimulací, počet zrušených cyklů před punkcí, počet odebraných vajíček, počet oplozených embryí, počet triploidních embryí, počet embryí transferovaných a zamrazených, počet biochemických či klinických těhotenství, počet mnohočetných těhotenství, počet vrozených vad a další. Složitě strukturované informace o úspěšnosti jednotlivých center by byly pro veřejnost nesrozumitelné. Proto centrum jako svou úspěšnost většinou udává jediný parametr: počet těhotenství na 100 provedených transferů embryí do dělohy, tedy kolik žen otěhotnělo poté, co jim byla přenesena do dělohy embrya. Tento parametr však sám o sobě mnoho nevyovídá. **Statisticky vykazovaná úspěšnost centra není tedy jediným kritériem** a práci centra je zapotřebí hodnotit komplexně. Nemálo důležitým parametrem je také přístup k pacientům, čekací doby a výše případných úhrad souvisejících s péčí. První návštěvě centra asistované reprodukce vždy předchází mnoho obav. Navíc, při tak citlivé otázce, jakou problematika neplodnosti bezesporu je, páry kromě vysoké kvality odborné péče očekávají především vlídnou atmosféru, psychickou podporu, osobní přístup a srozumitelné sdělení všech informací (Řežábek, 1999, s. 120-122).

2.2 Možnosti léčby neplodnosti metodami asistované reprodukce

Metody asistované reprodukce zahrnují celou řadu moderních technologických postupů, které vyžadují bezprostřední manipulaci se spermii a vajíčky. Asistovaná reprodukce léčí neplodné ženy s poškozenými vejcovody, endometriózou, a dalšími příčinami, které mohou být i nevysvětlitelného původu. Také je používána u neplodnosti mužů (Doherty, Clark, 2006; Mardešić, 1996).

Samotné umělé oplodnění (AI – arteficial insemination) můžeme rozdělit na dva typy, a to buď **oplodnění semenem manžela** (AIH - arteficial insemination from husband) nebo **oplodnění semenem dárce** (AID – artificial insemination from donor) (Novotny, 1997).

„Druhá metoda je dosud spornější zejména z náboženských důvodů¹⁴ a také z obav přenosu různých onemocnění a genetických vad“ (Novotny, 1997, s. 122).

¹⁴ **Křesťanské církve** nemají většinou proti léčbě asistovanou reprodukci námitky, a to ani při použití darovaných vajíček či spermií. Vycházejí z toho, že neplodnost je nemoc, kterou je třeba léčit. **Římskokatolická církev** je naopak proti použití téměř všech metod asistované reprodukce (IUI, IVF...) se zdůvodněním, že je tím porušena přirozenost početí, případně že zbavuje lidské plazení důstojnosti. Umělé oplodnění je zapovězeno také

Léčebných metod asistované reprodukce je dnes celá řada. Nejčastěji prováděné metody v centrech asistované reprodukce jsou tyto tři: intrauterinní inseminace (IUI), mimotělní oplodnění vajíčka (in vitro fertilizace - IVF) a injekce spermií přímo do vajíčka (intracytoplasmatic sperm injection – ICSI).

2.2.1 Intrauterinní inseminace (IUI)

„IUI je relativně jednoduchá, ve správně indikovaných případech však velmi účinná léčebná metoda“ (Mardešić, 1996, s. 61). Je neúčinnější v případech, kde partnerovo sperma obsahuje dostatečně velké množství kvalitních spermií a kde žena trpí anatomickými poruchami čípku nebo funkčními poruchami cervikálního hlenu. Používá se také často i ke zvýšení úspěšnosti oplodnění při použití léků k ovlivnění ovulace nebo v případech nevysvětlitelné neplodnosti. Zcela mizivě šance na oplodnění touto metodou by byla u žen s diagnostikou neprůchodnosti vejcovodů, protože sperma by se nemohlo dostat k vajíčku. **Průchodnost vejcovodů** je vhodné lékařem nejdříve ověřit pomocí laparoskopického vyšetření v celkové narkóze (Doherty, Clark, 2006).

Samotný proces umělé inseminace je nutné správně načasovat. Součástí vyšetření ženy před úkonem je ultrazvukové vyšetření a vyšetření krve, pro stanovení velikosti folikulu a probíhající ovulace. Ženě jsou většinou podány léky pro zajištění uzrání většího počtu vajíček. V době ovulace je získáno partnerovo sperma nebo darované sperma, které je v laboratoři několikrát promýváno¹⁵ a zbaveno seminální plazmy. Příprava spermatu musí proběhnout do jedné hodiny od jeho získání a poté je zavedeno pomocí tenké cévky do reprodukčních orgánů ženy. Úspěšnost inseminace závisí na příčině neplodnosti páru, ale bývá zpravidla kolem **10 - 15 % na jeden pokus** (Doherty, Clark, 2006, Mardešić, 1996).

z toho důvodu, že zde může dojít k likvidaci embryí, která jsou viděna jako individuum, se kterým musí být zacházeno jako s lidskou bytostí. **Judaismus** nezakazuje žádné metody umělého oplodnění. **Islám** schvaluje léčbu asistovanou reprodukcí pouze za té podmínky, že budou použity pouze spermiie manžela, zapovídá použití darovaných spermií, protože by to odpovídalo jako cizoložství (Řežábek, 2008).

¹⁵ „Promývání spermatu se provádí tak, že po zkapalnění spermatu, které trvá asi 30 minut, je sperma umístěno do speciální chemické látky, která izoluje neaktivnější spermiie. Poté je vloženo do malé centrifugy, aby mohly být odebrány pouze ty nejlépe se pohybující spermiie. Pomocí tohoto procesu jsou ze spermatu rovněž odstraněny různé chemické látky, které by mohly u ženy způsobit alergické reakce nebo křečovitě bolesti“ (Doherty, Clark, 2006, s. 45).

2.2.2 *In vitro* fertilizace (IVF)

IVF je mimotělní oplodnění a je nejběžnější metodou asistované reprodukce. Principem IVF je odběr vajíček z vaječníku ženy, jejich oplození se spermii v laboratoři a zavedení zpět do dělohy k uhnízdění. **Úspěšnost oplodnění je asi 30 – 45 %, to je vyšší než mají páry při snaze o přirozené početí** (Doherty, Clark, 2006).

V první přípravné fázi této léčby je třeba hormonálně stimulovat vaječníky tak, aby vyprodukovaly co největší počet vajíček, proto jsou ženě podávány léky (většinou formou injekcí). Účinek léků, tedy růst folikulů a jejich počet je sledován ultrazvukem a dle nálezu jsou dávky hormonů dále přizpůsobovány každé ženě. Když folikuly dorostou správné velikosti (většinou 18 mm), je ženě podána injekce léku (Pregnyl, Ovitrelle apod. – obsahuje vysokou dávku hormonu hCG¹⁶), která nastartuje poslední fázi dozrávání vajíčka. Odběr vajíček pro IVF je naplánován tak, aby po podání hormonu hCG uplynula doba potřebná k jejich dozrání, ale těsně před tím, než folikuly samovolně puknou, to je asi 36 - 40 hodin. Folikul je totiž nutné napíchnout jehlou a odebrat vajíčko dříve, než samovolně pukne. Odběr vajíček je prováděn v celkové narkóze a pod ultrazvukovou kontrolou, a to jehlou zavedenou přes pochvu. Vajíčka jsou velmi citlivá. V laboratořích jsou umístěna do speciálního roztoku, **potřebují teplotu 37 °C a v atmosféře s 5 % kyslíčnicku uhličitého** – v prostředí podobném, jako v těle ženy (Řežábek, 2008).

Po určité době, kdy vajíčka v termostatu dokonale dozrají, k nim jsou přidány spermie (několik desítek tisíc spermií) získané od partnera či dárce, které jsou předem důkladně promývány a zbaveny veškerých bakterií a cizorodých látek. Nyní v termostatu, v teple, klidu, bez přístupu světla dojde k oplodnění – do každého vajíčka pronikne jedna spermie. První den po odběru vajíček, přibližně 16 - 18 hodin po přidání spermií prohlédne embryolog oplozená vajíčka pod mikroskopem. Embryo potřebuje v každé fázi svého vývoje jiné složení živného prostředí, proto je přenášeno každý den do jiného roztoku. Nakonec jsou embrya přenesena do dělohy, většinou třetí den po oplození, a nyní se již běžně provádí tzv. **prodloužená kultivace**, tzn. přenos až po čtyřech, pěti nebo šesti dnech. Přínosem prodloužené kultivace je možnost opakovaně embrya sledovat a pro přenos do dělohy vybrat ta nejlepší. **Embryotransfer** je bezbolestný výkon a je prováděn pomocí úzké trubičky – katétru (Řežábek, 2008; Doherty, Clark, 2006).

¹⁶ hCG - Lidský choriový gonadotropin, je hormon, který vzniká při oplození vajíčka, tedy v počátku těhotenství. Je vytvářen embryem a působí na tvorbu progesteronu ve žlutém tělísku. Pokud je podáván ženě ve formě injekcí, vyvolává ovulaci a zvyšuje produkci progesteronu, který má pozitivní vliv na udržení těhotenství (Doherty, Clark, 2006).

Neplodný pár má právo se rozhodnout, kolik embryí bude přeneseno. Šance na otěhotnění se zvyšují, když se do dělohy přenesou více embryí. Do dělohy se většinou přenášejí jedno nebo dvě embrya, tři embrya jen výjimečně a více embryí se z etického hlediska nedoporučuje přenášet vůbec. Pravděpodobnost **vícečetného těhotenství** u IVF je vyšší. Každé vícečetné těhotenství znamená ale vyšší riziko možných komplikací jak pro matku, tak pro plody. Proto je snahou lékařů to, aby docházelo pouze k transferu jednoho embrya (Řežábek, 2008; Novotny, 1997).

Po tomto přenosu jsou pacientce předepsány léky s obsahem hormonu **progesteron**, jehož úkolem je podpoření správného vývoje sliznice a prevence potratu. Výsledek těhotenského testu je zřejmý již po 14 dnech od zákroku“ (Doherty, Clark, 2006).

2.2.3 Intracytoplazmatická injekce spermií (ICSI)

ICSI je nejefektivnější metodou při léčbě mužské neplodnosti. Je to moderní metoda, která byla poprvé provedena v roce 1992. Používá se ve spojení s technikou IVF. Při IVF jsou vajíčka se spermii pouze smíchána, a sama spermie musí rozpoznat, kde je vajíčko a dostat se dovnitř, ale u tohoto postupu je zavedena pomocí skleněné mikro Jehly jediná spermie přímo do jednoho vajíčka. Oplodnění je tedy zajištěno i při extrémně nízkém počtu spermií (Doherty, Clark, 2006).

Celý výkon je prováděn **pod mikroskopem za pomoci mikromanipulátoru**. Nástrojem embryologa jsou skleněné jehly a skleněné přidržovací pipety. V živném roztoku jsou desítky nebo stovky spermií, pro ICSI musí embryolog jednu z nich vybrat. Je to ta, co vypadá nejlépe, co se nejvíce pohybuje, ovšem vnější vzhled nevyovídá o tom, zda genetický materiál shluklý ve spermii je v pořádku. Ale totéž platí i při samovolném oplodnění (Řežábek, 2008, s. 80).

Úspěšnost ICSI závisí nejen na lékaři, ale zejména na zručnosti a zkušenosti embryologa, který má na starosti veškeré mikromanipulační operace s vajíčkem a spermii. Pokrok daný metodou ICSI je obrovský. U IVF je potřeba alespoň 5 milionů spermií v jednom mililitru ejakulátu, pro ICSI jich stačí nalézt jen tolik, tolik je vajíček, tj. třeba pět nebo deset. Díky této metodě se výrazně snížil počet párů, které potřebovali spermii od dárce z důvodu neplodnosti muže, u kterého šlo podle dřívějších kritérií o jednoznačnou neplodnost. Úspěšnost ICSI je vynikající. **Procento dosažených těhotenství je asi 50 - 60 % na jeden cyklus** (Doherty, Clark, 2006, Řežábek, 2008).

2.2.4 Další metody asistované reprodukce

- *TESE* – Testicular Sperm Extraction – jedná se o vyjmutí spermií ze semenotvorných kanálků varlete, tedy tak, že malá část varlete je operačně vyjmuta a potom z něj v laboratoři spermie získána. Tato metoda pomáhá řešit stavy s nepřítomností spermií v ejakulátu a má smysl jedině ve spojení s metodou ICSI, protože je získáno většinou jen několik málo jednotlivých spermií (Řežábek, 2008).
- *PESA* – Percutaneous Sperm Aspiration – nasátí spermie přes kůži šourku – většinou z nadvarlete. Vývodné cesty z nadvarlete, kde jsou spermie skladovány, mohou být neprůchodné z mnoha důvodů. Může se to stát např. po zánětu, úrazu, nebo po sterilizaci muže po podvazu chámovodů. Stejně jako metoda TESE je prováděna chirurgicky naříznutím nadvarlete nebo vpíchnutím jehly a odsátím tekutiny s částčkami tkáně. V ní pak jsou pak hledány spermie (Řežábek, 2008).
- *GIFT* – přímý přenos gamet, tedy vajíček a spermií do vejcovodu ženy bezprostředně po odběru vajíčka z vaječníku tak, aby byl co nejvíce napodoben přirozený průběh oplodnění, tj. bez účasti laboratoře. Odběr a následný přenos se provádí laparoskopicky. Podmínkou jeho provedení je průchodný vejcovod (Řežábek, 2008).
- *ZIFT* – přímý přenos zygoty (oplođeného vajíčka) do vejcovodů ženy. Je málo používanou metodou. Od GIFT se liší tím, že vajíčka jsou oplozena spermiemi mimo ženské tělo a do vejcovodů zavedena následovně (Řežábek, 2008).
- *AH* - Asistovaný hatching- mikroskopické naříznutí obalu několikabuněčného embrya. Usnadňuje jeho uhníždění ve sliznici dělohy (Řežábek, 2008).
- *KET* - Kryoembryotransfer - přenos rozmražených embryí do dělohy (Řežábek, 1999).

3 NEPLODNOST A PSYCHICKÉ PROŽÍVÁNÍ

„Pro většinu populace mít dítě představuje cosi důležitého a nepostradatelného. Důsledkem nesplnění této základní biologické a sociální funkce je psychosociální stres, který se projevuje na třech základních rovinách – tělesné (somatické syndromy), psychické (deprese, úzkost, frustrace) i interpersonální (poruchy kvality manželského soužití). **Podle různých zdrojů se vyskytují psychické potíže při léčbě u 25 – 60 % neplodných párů**“ (Koryntová, 2002, s. 636).

Samotné rozhodnutí podstoupit léčbu neplodnosti může přinést počáteční úlevu a nový pocit naděje pro pár, který přichází většinou stmelěn společnou touhou po dítěti. To se však může během léčby měnit. Léčba, která trvá měsíce a někdy i roky, může být v některých fázích psychicky vyčerpávající. „Mnoho párů prochází vlnami naděje a zoufalství s každým dalším a dalším cyklem léčby a po každém nezdařilém pokusu bývají velmi zklamáni“ (Doherty, Clark, 2006, s. 36). Důvodem psychických změn nejsou jen vedlejší účinky hormonální léčby, ale pramení především z pravidelných kontrol a doby čekání na ovulaci, na odebrání vajíček, na jejich oplodnění ve zkumavce, čekání na to, zda se vajíčko uhnízdí v děloze, zda dojde k otěhotnění. Žena přitom reaguje na neplodnost a na stres spojený s léčbou pomocí umělého oplodnění výrazně citlivěji než muž ve sterilním páru, což je způsobeno biologickými a psychickými pohlavními rozdíly. Emoce jdou nahoru a dolů, střídá se období naděje a zármutku, někdy je toto prožívání označováno jako „emoční horská dráha“. Charakteristickými průvodními emocionální stavy jsou beznaděj, hněv, pocit viny, závist, izolovanost, zoufalství, deprese a další. (Kašová, Ratislavová, 2009). „Všechny tyto negativní reakce vyrůstají z hluboce zakořeněného strachu, že se nikdy nedočkájí dítěte“ (Doherty, Clark, 2006, s. 36). Celý proces vyrovnání se s neplodností lze rozdělit do několika fází:

3.1 Překvapení

Pár je po zjištění přítomnosti problémů s početím překvapen, ale jde o pocit povrchní a dočasný. Kdo by předpokládal, že nebude mít děti, když všichni ostatní z rodiny mají tolik dětí, že nevědí co si počít. Tak dlouho se snažili o to, aby dítě nepřišlo, tolik let a tolik peněz utracených za antikoncepci. „Pocit překvapení je pouze zmatená krátkodobá reakce, jako když v restauraci přinesou účet, který jste již zaplatili“ (Novotny, 1997, s. 19).

3.2 Panika a odmítání skutečnosti

Když žena, která se snaží otěhotnět, zjistí, že je neplodná, obvykle zpanikaří, nechce věřit této skutečnosti, odmítá ji. Většinou se snaží uvolnit, začne chodit např. na jógu, radí se s kamarádkami, které ji pomáhají svými radami, že všechno bude dobré, že to chce prostě jen čas a nemyslet nato... ona sama stále zkouší zaručené postupy, sleduje správné dny pro početí, zkouší zaručené sexuální polohy, cokoliv, jen se vyhnout tomu slovu – neplodná (Doherty, Clark, 2006).

Pokud zjistí muž, že je neplodný, je jeho sebevědomí a psychická pohoda značně narušena. Většinou se zahanbí, stydí se, především proto, že lidé zaměňují plodnost s mužností. „Muž se obává toho, že okolí zjistí, že je neplodný a nebudou ho považovat za dostatečně mužného pro zplození vlastního dítěte“ (Doherty, Clark, 2006, s. 54). Přílišné odmítání skutečnosti a **neschopnost uvědomit si realitu** vede k odkládání vyhledání pomoci, a takový pár stojí na mrtvém bodě. Může dojít i ke zhoršení diagnózy a nutnosti následné náročnější léčby. Tento stav opět může zvýšit psychické napětí. Vyhledání léčby je většinou známkou toho, že se s touto diagnózou pár smířil a snaží se udělat něco pro to, aby se to zlepšilo. Správné vysvětlení průběhu léčby ze strany lékaře mnohdy částečně odstraní paniku. Mysl je najednou zaplněna mnoha informacemi o možnostech (umělého oplodnění), nadějí a nadšením (Doherty, Clark, 2006). „V této fázi, pokud se nedaří najít příčinu neplodnosti, nebo když je cyklus jeden za druhým neúspěšný, začínají se hromadit pocity zklamání a pochybností“ (Doherty, Clark, 2006, s. 71).

3.3 Zloba

Páry se musí postavit tváří tvář faktu, že nejsou schopni počít nebo donosit dítě. V tuto chvíli je pro většinu lidí právě ta chvíle, kdy popírání skutečnosti začíná přecházet ve zlost a tento hněv pociťují jak muži, tak ženy. Zlobí se na sebe, že odkládali založení rodiny, že odkládali začátek léčby, že nezašli k odborníkovi dříve. Hněvají se na své tělo, na svého partnera, na přátele, kteří mají děti, na příbuzné, na Boha, na celý svět. **Ztráta kontroly nad svým tělem**, o kterém se domnívali, že ji mají, může také vyústit ve zlobu, která se může obrátit proti lékaři nebo proti zdravotnickému personálu jako takovému. Někdy jsou tyto emoce logické, někdy nesmyslné a přehnané, většinou jsou však krátkodobé a emoce samovolně odezní. Nevyjádřená zloba vede k depresi a potlačované pocity ji mohou ještě více prohloubit (Novotny, 1997; Doherty, Clark, 2006).

3.4 Pocity viny

„Dalším běžným pocitem, který se dostavuje při léčbě neplodnosti, je vina. Neplodní lidé se snaží hledat vinu ve své minulosti“ (Doherty, Clark, s. 71). „Snižuje se sebedůvěra, objevují se pochybnosti o sobě samém a pocity viny za předchozí chování, jako např. užívání antikoncepce, umělé přerušování těhotenství, neléčené poševní záněty, pohlavní choroby, atd. Zejména lidé s nízkým sebehodnocením jsou obzvláště náchylní k pocitům viny a sebeobviňujícím myšlenkám“ (Matějů, Weiss, Urbánek, 2005, s. 251). Pro mnoho párů je velmi užitečná psychoterapie, při které si mohou promluvit s psychologem, který s nimi bude pracovat na odstranění podobných pocitů (Doherty, Clark, 2006).

Psychoterapeutický přístup poskytuje bezpečný prostor, ve kterém se mohou projevit a vyjádřit všechno, co je trápí. Terapeut pomáhá pacientovi porozumět tomu, že minulé skutečnosti nemusí souviset s tímto problémem (neplodností), posiluje naději, pomáhá najít cesty, jak překonat úzkosti a další negativní emocionální stavy (Praško, 2003).

„Z psychoterapeutických postupů je nejvíce prozkoumaná účinnost **kognitivně behaviorální terapie**. Je založena na principech teorie učení. Jak se člověk v průběhu života naučil být úzkostným, může se naučit být k úzkosti odolným. Tato terapie je založena na jasném programu jednotlivých kroků, který je přizpůsoben individualitě každého klienta. Podle logického plánu se klient učí dovednostem, jak zvládat své obavy a starosti, jak zmírnit úzkost, metody ke zvyšování sebedůvěry. Z těch, kdo dokončí léčbu touto metodou, dosáhne zlepšení kolem 80 %“ (Praško, 2003, s. 56).

3.5 Závist

Závist se může dostavit kdykoliv, např. když kamarádka rychle a bez potíží otěhotní. „Je těžké se radovat z úspěchu druhých, když nám samotným se nedaří“ (Doherty, Clark, 2006, s. 71). Pozvání na křtiny, oslavu k narození miminka může vyvolat velký smutek a deprese. Je velmi těžké a chce to silnou vůli se s těmito pocity logicky a s klidným rozumem vypořádat (Doherty, Clark, 2006).

3.6 Izolovanost

Páry, které se neúspěšně snaží o početí dítěte, se mohou cítit velmi osamoceni a izolováni. Přátelé a spolupracovníci nerozumí jejich pocitům, čím právě prochází. Proč by také měli rozumět, pokud nejsou sami také neplodní. „Psychologové, kteří pracují s neplodnými páry, uvádí dvě věci s těmito pocity izolovanosti. Za prvé, ačkoli neplodnost je problém, za který nikdo nemůže, někteří lidé se izolují, protože neplodnost je vyděluje ze společnosti, cítí se vydědění. Nikomu nepomůže, trestá-li zato sám sebe nebo svého partnera. Ve většině případů je snaha najít viníka nejen marná, ale i ničivá. Za druhé, když se lidé snaží vyrovnat s problémem neplodnosti, je zcela oprávněné se určitým způsobem izolovat. Tato osamocenost zasvěcená péčí o sebe umožňuje vytvořit si ochranu před situacemi a lidmi, které jim mohou ublížit“ (Novotny, 1997, s. 23-24). Nemusí chodit na oslavu narození dítěte svého spolupracovníka, pokud ví, že je to bude uvnitř bolet. Některým párům, které tento problém velmi trápí, může pomoci **skupinová psychoterapie**. Svoji důvěrnou atmosférou pomáhá lidem ujasnit si situaci ve světě, porozumět způsobům, jakým se člověk vztahuje k druhým. Pomáhá člověku uvědomovat si, že druzí prožívají mnohdy podobné věci, učí se od nich, jak se s těmito úzkostmi vyrovnat a jak řešit každodenní problémy (Novotny, 1997; Praško, Prašková, Prašková, 2003).

3.7 Smutek

Neplodné páry cítí v průběhu svého snažení o početí smutek. „Smutek je v naší kultuře stavem truchlení, který nastává, jestliže u jedince došlo ke ztrátě někoho nebo něčeho, co pro něj představuje vysokou hodnotu, případně nastane ohrožení jeho sebepojetí“ (Vymětal, 2003, s. 245). Neplodné páry ale nemají nikoho, nad kým by truchlily. Cítí smutek nad něčím více abstraktním. Je to smutek z toho, že se jim nikdy nepodaří naplnit své sny o dítěti, nepocítí zážitek z těhotenství, nebudou mít rodinu. Truchlení je přirozená a nevyhnutelná reakce potřebná k tomu, aby se člověk se ztrátou vyrovnal, a to tím, že se s ní smíří a přijme ji (Novotny, 1997). „**Smutek není možný zaměňovat s depresí, která je projevem zdravotní poruchy nebo onemocnění**“ (Vymětal, 2003, s. 246).

3.8 Deprese

„Deprese postihuje asi 5 - 10 % populace, přičemž dvakrát častěji jsou jí postiženy ženy než muži.“ (Stuchlíková, 2002, s. 155) „**Deprese je nemoc**, která vede k vážnému životnímu utrpení. Zasahuje toho, kdo jí onemocněl, tak i celou jeho rodinu. Vede k pocitům ztráty smyslu života“ (Praško, Prašková, Prašková, 2003, s. 18). Není to jen špatná nálada, ale nemoc celého organismu. „V žádném případě to není to lenost, která by šla překonat přáním, sebekázní nebo vypětím vůle.“ (Praško, Prašková, Prašková, 2003, s. 26).

„**Depresivní myšlení** se projevuje celkovým názorovým pesimismem a negativním sebepojetím“ (Vymětal, 2003, s. 246). Lidé trpící depresí mají tendenci vybírat si z událostí, které prožívají, zvláště ty negativní. Těch, které jsou příjemné, si příliš nevšímají. Někdy jsou tyto pacienti neschopni soustředit se, myslet, pamatovat si či činit rozhodnutí. **Depresivní psychomotorika** se projevuje zpomaleností v gestech, pohybech, tempu řeči, člověk působí unaveným dojmem, jako by postrádal energii. K hlubší depresi patří nezáměr o sebe ani okolí, nedbalost na svůj vzhled, úklid domácnosti, apatie a lhostejnost v zaměstnání. Člověka přestává těšit to, co mu dříve přinášelo potěšení, včetně sexuálního života. Při závažných případech dochází k sebevražedným myšlenkám a představám (Vymětal, 2003, s. 246-247). Lidé prožívající klinickou depresi se nemohou „vzchopit“, „dát dohromady“, jak jim někdy okolí radí. **Je ji třeba léčit**. Pokud není tato nemoc léčena, vede ke ztrátě výkonnosti, izolaci, ztrátě radosti v životě a výrazně zhoršuje zdravotní stav člověka – snižuje obranyschopnost organismu (Vymětal, 2003; Praško, Prašková, Prašková, 2003).

Mnoho párů, jejichž diagnózou je neplodnost, zažívají poruchy nálady nazvané **reaktivní deprese**. Zármutek je běžnou reakcí na ztrátu. Partneři mohou truchlit nad ztrátou své plodnosti, schopností mít své vlastní potomky, jiní mohou truchlit nad ztrátou všech svých potencionálních vajíček (Novotny, 1997). „Zármutek může být spojen s celou řadou různých psychologických prožitků, které se individuálně liší jejich reakcí, tak délkou trvání. Pro zármutek je velmi důležité, aby postižený mohl co nejdříve mluvit o ztrátě s lidmi, partnerem, přáteli, kteří jej vyslechnou a podpoří. Včasné svěření se a mluvení o svých pocitech může zabránit rozvoji deprese“ (Praško, Prašková, Prašková, 2003, s. 38).

Asi 10 % případů neplodných párů se konečnou diagnózu nedozví, jde totiž o **idiopatickou neplodnost** z neznámých příčin. Nikdo jim neřekne, proč jsou neplodní, není nalezena žádná příčina neplodnosti, a tudíž pro ně neexistuje žádná konkrétní léčba. „Pro některé z těchto párů je obtížné dostat se z deprese a začít truchlit nad ztrátou své plodnosti.“ (Novotny, 1997, s. 22) Jejich situace je bezvýchodná. Pro takové partnery je velmi důležité, aby si sami

uvědomili, že jejich neplodností život nekončí a zaměřili se své další důležité potřeby v jejich životě (Praško, Prašková, Prašková, 2003; Novotny, 1997).

K léčbě již rozvinuté depresivní poruchy se nejčastěji používají léky (antidepresiva) nebo psychoterapie, optimálně jejich kombinace. Léky umožní rychlý ústup příznaků a psychoterapie pomáhá obnovit přirozený pocit kontroly nad svým vnímáním, myšlenkami, emocemi a chováním. U lehčích forem deprese, účinným způsobem, jak ji zvládnout je aktivní relaxace, které pomůže uvolnit svalstvo i mysl s prožitkem klidu a vyrovnaní (Praško, Prašková, Prašková, 2003; Novotny, 1997).

3.9 Přijetí

„Po fázích odmítání, zloby a smutku se člověk konečně se svou diagnózou smíří“ (Doherty, Clark, s. 72). Zůstane několik možností. Člověk se smíří a rozhodne se v léčbě **a dalších pokusech umělého oplodnění pokračovat,** i přesto, že mohou být znovu neúspěšné, nebo se začne zajímat o **adopci,** nebo si uvědomí, že **život bez dětí** má také své výhody. Přijetí reality může nastat jak v průběhu léčby, tak i po jejím skončení. Neplodnost zůstává, podobně jako jiná nemoc, navždy součástí člověka. Bez ohledu na výsledek celého snažení, uvědomí si ji při každém dalším pokusu o otěhotnění, nebo i tehdy, pokud znovu otěhotní kamarádka, pokud přátelé řeší podobný problém, atd. Pokud se jedinec s minulým problémem dostatečně vyrovnal, může dokonce pomoci druhým lidem, snášet lépe nečekané situace a životní zvraty (Doherty, Clark, 2006).

II PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍL VÝZKUMU

„Neplodnost definovaná jako nemožnost počít dítě během jednoho roku nechráněného pohlavního styku se zdá být rostoucím problémem po celém světě. K dispozici nejsou žádná přesná čísla (nechtěná neplodnost se v mezinárodním měřítku nesleduje), z různých zdrojů však již znějí varovné hlasy. Dle světové zdravotnické organizace WHO se odhaduje, že problémy s plodností nově prožívají asi 2 miliony párů ročně. Ve většině případů vede neplodnost a její léčba ke stresovým situacím, které se mohou negativně odrážet na psychice mužů a žen, vedou k úzkostem, depresím, pocitům viny a nepříznivě se podílí i na kvalitě partnerského soužití“ (Kubcová, Kubcová, 2005, s. 128). Mým cílem bylo proto zjistit, jakým způsobem neplodný pár prožívá nejprve zjištění vlastní neplodnosti a dále proces léčby umělým oplodněním, a jak se v těchto stavech liší muži a ženy.

V praktické části mé práce je dokumentováno výzkumné šetření, jehož hlavním cílem je **zmapovat způsoby prožívání neplodných párů při asistované reprodukci**. Z hlavního cíle vyplývají dílčí cíle:

- zjistit, zda jsou negativní emocionální reakce žen na neplodnost intenzivnější než u mužů;
- definovat, k jakým změnám dochází ve vztahu mužů a žen v partnerství, sexuální oblasti a vzájemné komunikaci mezi nimi;
- charakterizovat prostředí ambulance a postoje lékařů k pacientům v centrech asistované reprodukce.

4.1 Výzkumné otázky

K dosažení výše uvedených cílů jsou stanoveny tyto otázky:

1. Když páry začínaly plánovat rodičovství, připouštěly si možnost nějakých komplikací nebo počítaly s brzkým úspěchem?
2. Jsou muži ochotni podstoupit lékařské zjištění neplodnosti?
3. Jak prožívají zjištění své neplodnosti ženy a jak muži?
4. Pociťovali muži či ženy tlak ze strany svého okolí kvůli tomu, že jsou doposud bezdětní?
5. Ovlivňuje neplodnost sexuální život partnerů? V případě že ano, jakým způsobem?
6. Jak hodnotí neplodné páry přístup lékařů a prostředí ambulance asistované reprodukce?
7. Jaké byly prožitky mužů a žen v době mezi zákrokem a sdělením výsledků testů potvrzující/nepotvrzující těhotenství?
8. Byla by pro neplodné páry žádost o adopci přijatelným řešením nebo by byly raději bezdětní?

5 VÝZKUMNÁ METODA

Praktická část mé bakalářské práce obsahuje vyhodnocení dotazníku. Výzkumnou skupinu v dotazníkovém šetření tvořilo 130 dotazovaných, z nichž bylo 43 mužů a 87 žen. Po podání žádosti a jejím schválení přednostou kliniky probíhal sběr dat v Centru asistované reprodukce ve Fakultní nemocnici v Olomouci. Dotazník jsem zpracovala vlastní a předala personálu ordinace a embryologické laboratoři. Zdravotní sestra nabízela respondentům dotazník k vyplnění, pouze pokud si jej přáli vyplnit z vlastní vůle a návratnost dotazníků byla tedy zajištěna 100%. Otázky, které dotazník obsahuje, neměly příliš časově zatížit odpovídající. Dotazníkové šetření probíhalo v měsíci březnu až květnu 2011. Pro respondenty bylo toto šetření anonymní. Dotazník obsahuje 22 otázek a 7 identifikačních otázek pro zjištění základních informací o respondentech např. věk, pohlaví, rodinný stav, atd. Z celkových 22 otázek je 5 otázek otevřených, 10 otázek uzavřených, a 7 polouzavřených. První část dotazníku se věnuje otázkám týkajícím se příčiny neplodnosti páru a prvotních pocitů při zjištění neplodnosti, včetně otázek, které se týkají svěřování se problému rodině a blízkému okolí. V další části zjišťuji případné změny ve vztahu mezi partnery, a zda tento problém ovlivnil jejich sexuální život. Dále je výzkum směřován na otázky týkající se léčby metodami asistované reprodukce, psychické prožívání tohoto procesu a jak na ně působí prostředí a personál kliniky asistované reprodukce. Vzor dotazníku, který jsem předávala respondentům k vyplnění je součástí přílohové části bakalářské práce.

Dotazník je jedním z nejběžnějších nástrojů pro sběr dat pro různé typy průzkumů. Definice dotazníku je vymezena jako soustava předem připravených a dobře formulovaných otázek, které jsou logicky seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně. Oproti jiným typům průzkumů (jako např. pozorování, rozhovor) je možné prostřednictvím dotazníku shromáždit data od velkého počtu respondentů velmi rychle a levněji. Další výhodou je jednoduchost vyplnění. Výsledné informace se zpracovávají jednodušeji. **Nevýhodou dotazníků** je to, že mají malou vypovídací hodnotu o tom, jací respondenti skutečně jsou, zjistíme pouze to, jak sami sebe vidí, nebo chtějí být viděni. Další nevýhodou může být nemožnost tazatele zeptat se na otázku v případě, že jí neporozumí a vyplnění nepravdivými informacemi. Data získaná dotazníkem mají jen určitou platnost a vyžadují vždy správnou interpretaci, abychom odlišili objektivní soudy od subjektivních zjištění. (Chráška, 2007).

V mém dotazníku jsem použila různé typy otázek:

1. **otázky otevřené** – (otázky č. 2, 7, 14, 16, 21) - respondent mohl vyjádřit své pocity vlastními slovy, nedostával na výběr z připravených odpovědí.

Výhody otevřených otázek – podněcují dotazovaného k hlubšímu zamyšlení nad tématem, zachycují pohled respondenta na otázku, jelikož není omezen variantami odpovědi, tvůrce dotazníku také může získat odpověď, která ho nemusela při vytváření dotazníku napadnout.

Nevýhody otevřených otázek – volnost odpovědí znesnadňuje následné zpracování, časová náročnost zpracování dat, kvalita odpovědi je ovlivněna verbálními schopnostmi respondenta a jeho ochotou se vyjadřovat (Chráška, 2007).

2. **otázky uzavřené** – (otázky č. 1, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 13, 18, 22) – respondentům bylo předkládáno několik variant předem připravených odpovědí, na které mohl dotazovaný odpovědět výběrem jedné nebo i více, které se nejvíce blíží jeho názoru.

Výhody uzavřených otázek – snadné a rychlé vyplnění respondentem, snadné zpracování odpovědí, odpovědi jsou směřovány pouze na to téma, které nás zajímá.

Nevýhody uzavřených otázek – kvalita odpovědí je vtěsnána do schématu připravených odpovědí, tudíž nemusí vystihnout názor respondenta, nahodilé vyplnění, sugestivní odpovědi (Chráška, 2007).

3. **otázky polouzavřené** – (otázky č. 3, 11, 12, 15, 17, 19, 20) – respondenti mohli odpovědět pouze zaškrtnutím odpovědi, tak jako u uzavřených odpovědí nebo odpověď doplnit také vlastními slovy při výběru položky „jiná odpověď“ (Chráška, 2007).

6 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Výzkumné šetření bylo realizováno v **Centru asistované reprodukce při Porodnicko-gynekologické klinice Fakultní nemocnice Olomouc** v měsíci březnu – květnu 2011. Centrum patří do okruhu akreditovaných pracovišť zabývajících se léčbou neplodnosti v České republice. První dítě po otěhotnění metodou IVF+ET (In Vitro Fertilizace a EmbryoTransfer) se na tomto pracovišti narodilo v roce 1993. Napojení Centra na porodnicko-gynekologickou kliniku umožňuje členům týmu využít nejnovější endoskopické metody potřebné pro diagnostiku a léčbu neplodnosti. V laboratoři pracuje tým embryologů, díky jehož zkušenostem a technickému vybavení pracoviště lze provádět všechny dosud známé metody asistované reprodukce. Dobrá mezioborová spolupráce s genetiky, urology, rentgenology, endokrinology a dalšími odborníky v rámci Fakultní nemocnice zabezpečuje kvalitní a okamžitou péči v jednom areálu¹⁷.

Přístup zdravotních sester, které organizovaly distribuci dotazníků jednotlivcům, byl velmi ochotný a vstřícný. Nabízely jim dotazníky k vyplnění, pouze pokud si je přáli vyplnit, nikoliv automaticky. Cílem mého výzkumného šetření bylo, aby respondenti vyplnili dotazník jednotlivě, tzn. zvlášť muži a zvlášť ženy z každého partnerského páru. Soubor tvořilo celkem 130 osob, z nichž 33 % bylo mužů a 67 % žen. Dotazníky jsem vyhodnotila ručním tříděním a čárkovou metodou. Volné odpovědi jsem si zapisovala. Získané údaje prezentuji prostřednictvím tabulek a pro zpřehlednění sloupcovými grafy. Ke každé hodnocené položce v dotazníku následuje komentář. Identifikační údaje respondentů uvádím v tab. 2., 3., a 4.

Tab. č. 2: Věkové rozmezí respondentů a procentuální vyjádření

Věk	Muži		Ženy	
	Četnost (n)	Relativní četnost (%)	Četnost (n)	Relativní četnost (%)
18-23	0	0,00 %	0	0,00 %
24-29	4	9,30 %	18	20,69 %
30-35	18	41,86 %	51	58,62 %
36 a více	21	48,84 %	18	20,69 %

¹⁷ *Centrum asistované reprodukce* [online]. 2011 [cit. 2011-09-06]. Porodnicko-gynekologická klinika Fakultní nemocnice Olomouc. Dostupné z WWW: <<http://www.ivf.upol.cz/>>.

Tab. č. 3: Počet dětí respondentů a procentuální vyjádření

Počet dětí	Muži		Ženy	
	Četnost (n)	Relativní četnost (%)	Četnost (n)	Relativní četnost (%)
0	29	67,44 %	65	74,71 %
1	9	20,93 %	21	24,14 %
2	2	4,65 %	1	1,15 %
3	3	6,98 %	0	0,00 %

Tab. č. 4: Rodinný stav respondentů a procentuální vyjádření

Rodinný stav	Muži		Ženy	
	Četnost (n)	Relativní četnost (%)	Četnost (n)	Relativní četnost (%)
Svobodný	4	9,30 %	23	26,44 %
Ženatý/vdaná	36	83,72 %	59	67,82 %
Rozvedený/á	3	6,98 %	5	5,75 %

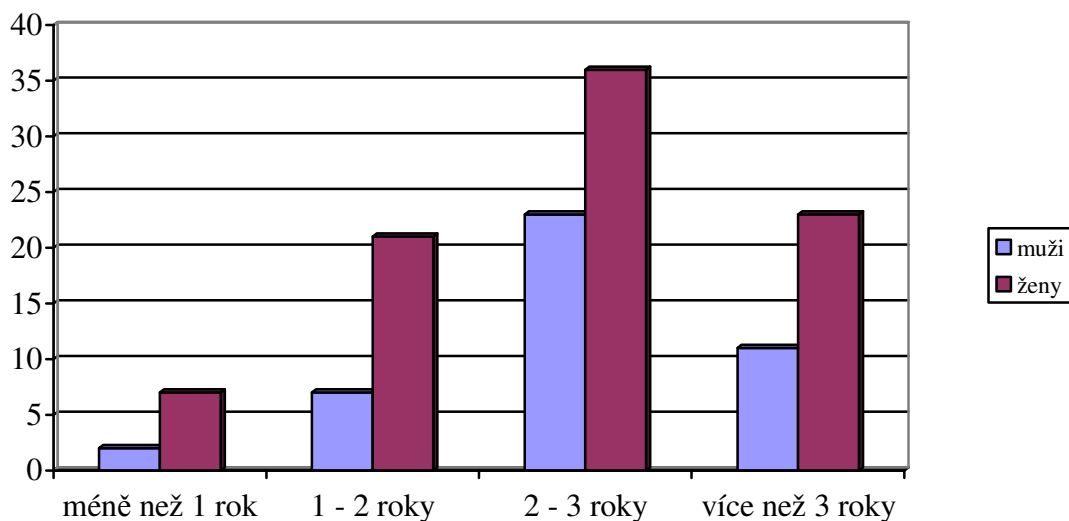
7 PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÝCH ŠETŘENÍ

V této kapitole jsou prezentovány konkrétní výsledky výzkumného šetření. Výsledky jsou předkládány ve sledu jednotlivých výzkumných otázek. Pro jejich posouzení bylo pracováno s výzkumným vzorkem 130 osob, z toho bylo 87 žen a 43 mužů.

7.1 Když páry začínaly plánovat rodičovství, připouštěly si možnost nějakých komplikací nebo počítaly s brzkým úspěchem?

Do center asistované reprodukce jsou směřovány páry, které se neúspěšně snaží o početí dítěte déle než jeden rok. Doporučení od lékaře-gynekologa pro léčbu metodami asistované reprodukce není nutné, a tak pokud má pár závažné zdravotní problémy již na počátku, nebo jsou vyššího věku, mohou přijít do ambulance na vlastní žádost již dříve. V dotazníku se v otázce č. 1 ptám respondentů na dobu, po kterou se neúspěšně snaží o početí dítěte. Výsledky jsou zřejmé v grafu č. 3.

Graf č. 3: Doba snahy páru o početí dítěte



Tab. č. 5: Doba snahy páru o početí dítěte

Jak dlouho se snažíte o početí dítěte?	Odpovědi mužů		Odpovědi žen	
	Četnost (n)	Relativní četnost (%)	Četnost (n)	Relativní četnost (%)
Méně než 1 rok	2	4,65 %	7	8,04 %
1 - 2 roky	7	16,28 %	21	24,14 %
2 – 3 roky	23	53,49 %	36	41,39 %
Více než 3 roky	11	25,58 %	23	26,43 %

Tato tabulka vypovídá o následujícím: z celkového počtu 43 mužů a 87 žen uvedlo, že se snaží o početí dítěte méně než 1 rok pouze 2 muži a 7 žen. Tento počet je také způsoben tím, že většina párů nechodí do centra asistované reprodukce dříve, než po roce neúspěšného snažení o početí dítěte. Důvodem těchto párů mohla být např. věková hranice, která přesáhla 35 let, kdy se problémy s početím dítěte začínají řešit již dříve. Odpověď 1 - 2 roky uvedlo 16 % mužů a 24 % žen, 2 - 3 roky 53 % mužů a 41 % žen, a více jak 3 roky 26 % mužů a 26 % žen.

Cílem otázky č. 2 mého dotazníku bylo zjistit, jestli partneři na počátku snah počítali s brzkým otěhotněním, nebo si připouštěli možnost komplikací. S tím souvisela i otázka č. 3, kterou jsem se dotazovala respondentů, zda věděli o předešlých problémech (zdravotních), které by mohly zkomplikovat početí dítěte.

Tab. č. 6: Počítaly páry s brzkým otěhotněním nebo si připouštěly možnost komplikací?

Když jste začínali plánovat rodičovství, připouštěli jste si možnost nějakých komplikací nebo jste počítali s brzkým úspěchem?	Odpovědi mužů		Odpovědi žen	
	Četnost (n)	Relativní četnost (%)	Četnost (n)	Relativní četnost (%)
Počítali jsme s brzkým úspěchem, nevěděli jsme o zdravotních problémech	27	62,8 %	49	56,32 %
Počítali jsme s brzkým úspěchem, o zdravotních problémech jsme věděli	6	13,95 %	6	6,9 %
Nepočítali jsme s brzkým úspěchem vzhledem k předešlým zdravotním problémům	6	13,95 %	27	31,03 %
Komplikací jsme se obávali i přesto, že jsme nevěděli o předešlých zdravotních problémech	4	9,3 %	5	5,75 %

Výše uvedená tabulka ukazuje, že většina párů, tj. 63 % mužů a 56 % žen již z počátku nepočítá s komplikacemi, které by mohly nastat při plánování jejich rodičovství zejména z toho důvodu, že o žádných předešlých zdravotních a jiných komplikacích předem nevěděli. Podobné vysoké procento ukazuje, že 14 % mužů a 31 % žen nepočítá s brzkým otěhotněním z důvodu předešlých zdravotních a jiných problémů. Problémy, které páry uvedly, byly zejména vyšší věk, předešlá miniinterrupce, problémy se štítnou žlázou, operace slepého střeva, dědičné dispozice, diabetes a jeden pár uvedl karcinom štítné žlázy u muže. Jen velmi malé procento, tj. 9 % mužů a 6 % žen nevědělo o žádných zdravotních problémech, ale i přesto se obávalo, že mohou nějaké komplikace při početí nastat.

7.2 Jsou muži ochotni podstoupit lékařské zjištění neplodnosti?

První zátěžovou situací, které se pár při léčbě neplodnosti musí podrobit, je vyšetření zjišťující její příčinu. Ne všichni muži jsou zpočátku ochotni podstoupit toto lékařské vyšetření a to z mnoha důvodů. Zmapování tohoto problému bylo úkolem otázky č. 4 mého dotazníku.

Tab. č. 7: Ochota mužů podstoupit lékařské zjištění neplodnosti

Byl váš partner ochoten podstoupit lékařské zjištění neplodnosti?	Odpovědi mužů		Odpovědi žen	
	Četnost (n)	Relativní četnost (%)	Četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	43	100 %	79	90,8 %
Po překonání obtíží, ano	0	0 %	6	6,9 %
Ne	0	0 %	2	2,3 %

Z tabulky je zřejmé, že 91 % žen uvedlo, že jejich partneři jsou ochotni podstoupit lékařské zjištění neplodnosti. Pouze 7 % žen z celkového počtu 87 uvedlo, že na počátku měl jejich partner určité obtíže jít na vyšetření pro zjištění příčiny neplodnosti, ale ty byly překonány. Pouze dvě ženy uvedly, že jejich partneři nebyli ochotni podstoupit lékařské zjištění neplodnosti vůbec. Odpovědi mužů byly jednoznačné. Všechny jejich partnerky byly ochotny podstoupit vyšetření pro případné zjištění vlastní neplodnosti.

7.3 Jak prožívají zjištění své neplodnosti ženy a jak muži?

Pro zjištění psychického prožívání neplodného muže a ženy poté, co byla určena příčina jejich neplodnosti, bylo nejprve nutné odhalit, jaký problém byl páru po jejich lékařském vyšetření zjištěn. V tabulce č. 8 je výsledek a procentuální vyjádření zjištěných příčin neplodnosti páru.

Tab. č. 8: Zjištěná příčina neplodnosti

Jaká byla u vás zjištěna příčina neplodnosti?	Odpovědi mužů		Odpovědi žen	
	Četnost (n)	Relativní četnost (%)	Četnost (n)	Relativní četnost (%)
Gynekologická	9	23,68 %	27	36,49 %
Andrologická	6	15,79 %	9	12,16 %
Gynekologická i andrologická	6	15,79 %	3	4,05 %
Nezjištěná příčina	17	44,74 %	35	47,3 %

Na otázku týkající se příčiny neplodnosti odpovědělo 38 mužů a 74 žen. Předpokládám, že na otázku neodpověděly páry, které teprve přicházejí do centra asistované reprodukce a výsledky vyšetření ještě nemají. Někteří z těchto párů ale také mohly na tuto otázku odpovědět výběrem volby nezjištěná příčina, proto může být tato hodnota nepřesná. Tuto odpověď zvolilo 45 % mužů a 47 % žen. Další největší počet příčin neplodnosti odpovídá „gynekologické příčině“, to uvedlo 24 % mužů a 36,5 % žen. Problémem mužské neplodnosti je zatíženo 16 % mužů a 12 % žen. Společnou příčinu neplodnosti, andrologickou i gynekologickou uvedlo 16 % mužů a 4 % žen.

Pár, u kterého je zjištěna příčina neplodnosti prochází různými stádii psychického prožívání. Při tvorbě dotazníku jsem předpokládala, že v první fázi zjištění neplodnosti prochází pár sebeobviňováním, méněcenností a pocitem viny. Tomuto tématu se věnuje otázka č. 6. Na otázku odpovědělo 21 mužů a 74 žen. Jak uvádí tabulka č. 9, pocity viny, pokud je příčina zjištěna pouze u jednoho partnera z daného páru, trápí jak muže, tak ženy.

Tab. č. 9: Pocity sebeobviňování u neplodného páru

Pokud byla příčina sterility prokázána jen u jednoho, u vás, procházel-a jste obdobím sebeobviňování, pocitem viny?	Odpovědi mužů		Odpovědi žen	
	Četnost (n)	Relativní četnost (%)	Četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	7	33,3 %	27	36,5 %
Ne	14	66,7 %	47	63,5 %

Kromě sebeobviňování prožívá pár i mnoho dalších negativních pocitů při zjištění problému neplodnosti. Tomuto tématu se věnuje otázka č. 7 mého dotazníku: „**Jaké byly vaše pocity, když jste zjistili, že je zde nějaký problém, který způsobil, že nemůžete otěhotnět přirozenou cestou?**“. Zde uvádím jen nejčastější z odpovědí. Muži uvádějí, že jejich pocity byly smíšené, cítili velké zklamání nebo také překvapení, že tento problém vůbec nastal. Většina mužů se ale shodla, že si problémy tolik nepřipouští, a že věří moderní medicíně a pomoci lékařů. Celkem na tuto otázku odpovědělo 17 mužů a 12 z těchto odpovědí bylo pozitivních, tedy že se jistě brzy najde léčba, která pomůže vyřešit jejich problém.

Na tuto otázku odpovědělo také 52 žen, ale zde byly spíše negativní tendence. Odpovědí, kde převažovaly negativní pocity, bylo celkem 36. Vyjádření žen nejvíce vystihují to, že prvotním pocitem bylo odhodlání, touha poprat se s osudem, udělat pro otěhotnění maximum, jenže s každým neúspěchem přicházel i pocit marnosti a zklamání a rozkolísané hormonální hladiny souvisely se špatnými náladami. Těmi jsou smutek (uvedlo 21 žen), bezmoc (18 žen), zklamání (12 žen), lítost a pláč (7 žen), méněcennost (5 žen) a další. Některé ženy uvádějí, že cítí nejen lítost, ale také zlobu a zlost na osud, „proč zrovna já/my?“ (uvedly 3 ženy).

7.4 Cítili muži či ženy tlak ze strany svého okolí kvůli tomu, že jsou doposud bezdětní?

Tato otázka byla určena pouze pro bezdětné páry. Dle úvodní otázky „počet dětí“ bylo předpokládáno, že odpoví 29 mužů a 65 žen, kteří uvedli, že nemají žádné děti. Na otázku ale odpovědělo 35 mužů a 74 žen. Z toho jsem usoudila, že tlak ze strany okolí mohou cítit i páry, které již děti mají.

Tab. č. 10: Pocity tlaku okolí na bezdětné páry

Cítili jste se pod tlakem vašeho okolí kvůli tomu, že jste doposud bezdětní?	Odpovědi mužů		Odpovědi žen	
	Četnost (n)	Relativní četnost (%)	Četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	6	17,14 %	48	64,86 %
Ne	29	82,86 %	26	35,14 %

Citlivost žen na tlak okolí je zřetelně výraznější než u mužů. Tlak ze strany okolí pociťuje 17 % mužů a 65 % žen, a 83 % mužů a 35 % žen tento tlak nepociťuje. Tlak okolí také mohou jiným způsobem prožívat lidé, kteří se svými problémy s neplodností a její léčbou svěřovali své rodině, jak uvádí další tabulka č. 11. Více se se svými problémy s neplodností svěřovaly ženy. O tomto problému hovořilo se svou rodinou, přáteli nebo sourozenci 79 % žen a 56 % mužů. Se svými problémy se nikomu nesvěřovalo 21 % žen a 44 % mužů. Předpokladem je, že pokud rodina či přátelé vědí o problému nebo léčbě neplodného páru, snaží se je nedostávat do nepříjemných situací nebo klást otázky ohledně jejich situace. Pokud je tedy okolí seznámeno s problémem neplodného páru, nejsou partneři vystaveni tomuto tlaku v takové míře.

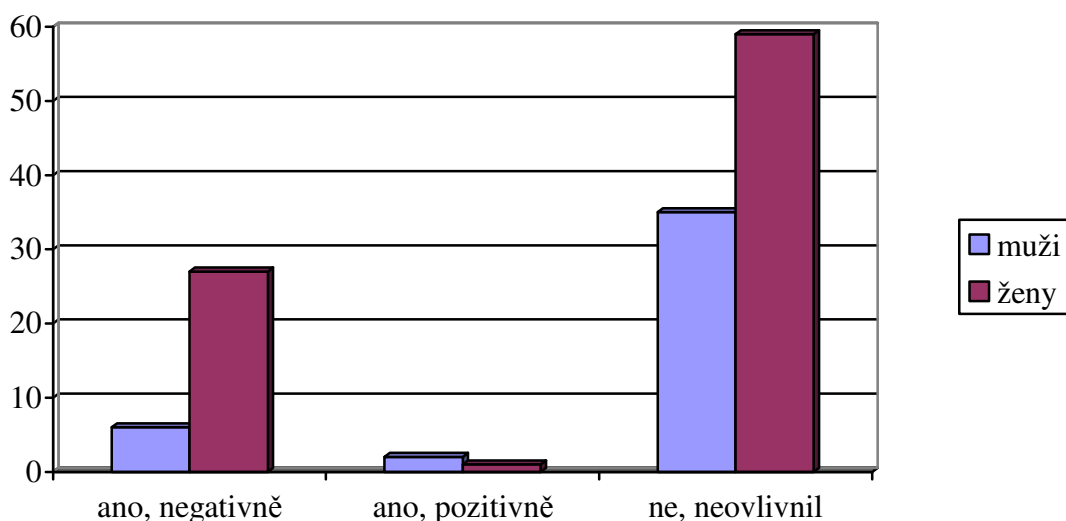
Tab. č. 11: Sdílení svých problémů s rodinou, přáteli nebo blízkým okolím

Svěřovali jste se se svými problémy přátelům, rodině, blízkým známým?	Odpovědi mužů		Odpovědi žen	
	Četnost (n)	Relativní četnost (%)	Četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, komu...	24	55,81 %	69	79,31 %
Ne	19	44,19 %	18	20,69 %

7.5 Ovlivňuje neplodnost sexuální život partnerů? V případě že ano, jakým způsobem?

Zjištění neplodnosti páru, soubor vyšetření a její léčbu provází mnoho psychických stresových situací, které vedou ke změnám ve vztahu, komunikaci a sexuálním životě partnerů. V následující otázce zjišťuji, zda a jakým způsobem bylo změněno intimní soužití partnerů.

Graf č. 4: Ovlivnění sexuálního života partnerů léčbou neplodnosti



Tab. č. 12: Ovlivnění sexuálního života partnerů léčbou neplodnosti

Ovlivnil proces léčby váš sexuální život?	Odpovědi mužů		Odpovědi žen	
	Četnost (n)	Relativní četnost (%)	Četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, negativně	6	13,95 %	27	31,03 %
Ano, pozitivně	2	4,65 %	1	1,15 %
Ne, neovlivnil	35	81,4 %	59	67,82 %

Z výsledků mého výzkumného šetření vyplývá, že sexuální život partnerů nebyl výrazně ovlivněn. Většina mužů, celých 81,5 % uvedlo, že proces léčby neovlivnil jejich partnerský vztah žádným způsobem, 14 % mužů uvedlo, že proces léčby ovlivnil jejich intimní soužití negativně a 4,5 % mužů uvedlo, že dokonce pozitivně.

Názory žen se podobaly názorům mužů, ale vyšší procento (31 %) žen odpovědělo, že tato oblast jejich partnerského vztahu byla ovlivněna negativně. Největší část, (68 %) žen uvedlo, že sexuální život partnerů ovlivněn nebyl. Pouze jedna žena z celkového počtu 87 žen odpověděla, že její vztah s partnerem byl ovlivněn pozitivně.

7.6 Jak hodnotí neplodné páry přístup lékařů a prostředí ambulance asistované reprodukce?

V otázce č. 14 mého dotazníku se ptám neplodných párů na to, jak vnímají prostředí kliniky a přístup lékařů Centra asistované reprodukce ve Fakultní nemocnici v Olomouci. Na tuto otázku odpovědělo 73 žen a pouze 22 mužů. Odpovědi mužů i žen jsou jednoznačné. Jak muži, tak ženy negativně hodnotí prostředí této kliniky, které je ve starší budově a není příliš moderní. Prostředí je velmi neosobní v tom ohledu, že čekárna asistované reprodukce se nachází na chodbě, a to vedle čekáren z jiných ambulancí. Jedna pacientka uvedla, že si nepřeje, aby ostatní věděli, že se léčí pro neplodnost a někdo by ji zde mohl vidět. Je zde velmi málo soukromí pro muže, kteří chodí přes chodbu na odběry. Dalším nepříjemným aspektem je dlouhá doba čekání na vyšetření, jelikož je klinika velmi vytížená.

Personál kliniky je na druhou stranu hodnocen velmi pozitivně všemi muži a 66 ženami. Velice kladně hodnotí chování zdravotních sester, které jsou velmi ochotné, vstřícné, milé a profesionální. Negativním způsobem hodnotí lékařský personál kliniky pouze 7 žen. Dle jejich názoru vše probíhá „jako na běžícím pásu“, nemají pocit individuálního přístupu, je zmíněna rutina a nepochopení toho, čím si žena prochází. Informace od lékaře jsou podávány velmi uspěchaně. Jedna žena by ocenila více variant řešení jejího problému. To, abych zjistila přístup lékaře a dostatečnost informací, které podává neplodnému páru, jsem se dotazovala v otázce č. 15 mého dotazníku.

Tab. č. 13: Spokojenost pacientů s informacemi od ošetřujícího lékaře

Myslíte si, že byly informace ze strany lékaře pro vás dostačující?	Odpovědi mužů		Odpovědi žen	
	Četnost (n)	Relativní četnost (%)	Četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	21	87,5 %	66	86,84 %
Ne, s jakými problémy jste se setkali?	3	12,5 %	10	13,16 %

Na tuto otázku odpovědělo 76 žen a 24 mužů. Pro většinu mužů (87,5 %) i žen (87 %) byly informace ze strany lékaře dostačující. Tři muži odpověděli negativním způsobem. Při doplňující odpovědi jeden z nich uvedl, že problémem bylo to, že pokaždé je ošetřoval jiný lékař a každý z nich uvedl jiný termín pro zahájení léčby. Tato nesourodost pro ně byla stresující. Nespokojenost s ošetřujícím lékařem uvedlo 13 % žen. Tato nespokojenost pramení z důvodů podáním informací o léčbě lékař velmi uspěchaně, opět bylo použito slovní spojení

„jako na běžícím pásu“. Jedna pacientka si přála dostat více informací o dalších možných variantách řešení jejich problému, které jí ale nebyly nabídnuty. Náprava byla zjednána až poté, co si o dodatečné informace sama zažádala.

7.7 Jaké byly prožitky mužů a žen v době mezi zákrokem a sdělením výsledků testů potvrzující/nepotvrzující těhotenství?

K tomu, abych mohla zhodnotit prožitky žen a mužů po zákroku bylo nutné zjistit, kolik párů v tuto dobu právě prochází nebo si již prošlo tímto obdobím léčby neplodnosti určitou metodou asistované reprodukce. K tomu byla směřována otázka č. 12, jejíž výsledky uvádím v následující tabulce.

Tab. č. 14: Metody asistované reprodukce

Jaké metody asistované reprodukce jste již podstoupili?	Odpovědi mužů		Odpovědi žen	
	Četnost (n)	Relativní četnost (%)	Četnost (n)	Relativní četnost (%)
IUI	24	41,38 %	38	32,76 %
IVF	14	24,14 %	31	26,72 %
ICSI	7	12,07 %	17	14,66 %
Jiné	0	0 %	4	3,45 %
Teprve se chystám	13	22,41 %	26	22,41 %

Výsledky z této tabulky ukazují, že největší počet provedených technik asistovanou reprodukcí bylo realizováno metodou intrauterinní inseminace (IUI). Tato metoda je levnou a nejjednodušší metodou asistované reprodukce a velmi často se provádí ještě před oplodněním metodou in vitro. Proto ji podstoupil největší počet párů, to uvedlo 41 % mužů a 33 % žen. Další nejčastější metodou je metoda in vitro fertilizace (IVF), kterou potvrdilo 24 % mužů a 27 % žen. Metodu intracytoplazmatická injekce spermií (ICSI) uvedlo 12 % mužů a 15 % žen. Tato čísla mohou být zavádějící, protože některé páry podstoupily těchto technik více za sebou, některé pouze jednu z nich. Mě ale zajímalo zejména to, jestli se některé páry teprve chystají na léčbu a ještě žádnou z těchto metod nepodstoupili. Tuto volbu potvrdilo 13 mužů a 26 žen.

Období čekání po provedeném zákroku metodou asistované reprodukce do té doby, než bude znám výsledek testů potvrzující nebo nepotvrzující těhotenství je pro pár velmi frustrující. S tématem prožívání této fáze léčby souvisí otázky č. 17, 18 a 19 mého dotazníku.

Otázka č. 17 měla za cíl zjistit, jestli je pár příliš upnut na pozitivní výsledek léčby. Pokud ano, může tento pár prožívat případný neúspěch velmi negativními psychickými stavy.

Tab. č. 15: Soustředění žen a mužů na pozitivní výsledek léčby

Věřili jste/věříte, že bude pokus určitě úspěšný, nebo jste nechali/necháváte vše na osudu?	Odpovědi mužů		Odpovědi žen	
	Četnost (n)	Relativní četnost (%)	Četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, hodně jsme tomu věřili/věříme	17	56,67 %	32	43,24 %
Necháváme/nechali jsme to na osudu	10	33,33 %	37	50,00 %
Jiné z uvedených	3	10,00 %	5	6,76 %

Jak ukazuje výše uvedená tabulka, odpovědi na téma upnutí na výsledek nejsou úplně jednoznačné nebo jednostranné. Muži (57 %) a ženy (43 %) uvedli, že hodně věří-věřili, že výsledek léčebného pokusu v metodě asistované reprodukce bude úspěšný. Oproti tomu 33 % mužů a 50 % žen odpovědělo, že nechávají vše na osudu. Minimální procento mužů (10 %) a žen (7 %) se rozhodlo označit možnost jiné z uvedených. Odpověď jednoho muže vystihuje názor, že s každým dalším pokusem mají strach, že přijde znovu neúspěch. Odpovědi několika žen jsou takové, že po mnoha nezdárných pokusech již nevěří v úspěch. Jedna žena uvedla, že by moc rádi věřili, ale raději se již na výsledek neupínají.

Pomoc a psychická opora v průběhu léčby ze strany partnera je pro mnoho žen, ale i mužů velmi důležitá. Cílem otázky č. 18 mého dotazníku je zjistit, zda je tato podpora ze strany partnera ve všech případech neplodných párů samozřejmostí. Výsledek výzkumného šetření uvádím v tab. č. 16.

Tab. č. 16: Podpora ze strany partnera

Jaká byla a je psychická podpora ze strany vašeho partnera/ky v průběhu léčby?	Odpovědi mužů		Odpovědi žen	
	Četnost (n)	Relativní četnost (%)	Četnost (n)	Relativní četnost (%)
Partner/ka je mou velkou oporou	30	100 %	70	93,33 %
Spíše pasivní	0	0 %	5	6,67 %

Z výsledků tabulky vyplývá, že podporu partnera/ky v průběhu léčby cítí všichni muži a většina žen. Pouze 7 % žen uvedlo, že podpora ze strany jejich partnera je pasivní.

V otázce č. 19 mého dotazníku se přímo respondentů dotazují na jejich pocity, které měli nebo mají v době mezi zákrokem a sdělením výsledků testů potvrzující nebo vyvracející těhotenství ženy.

Tab. č. 17: Prožitky mužů a žen v době mezi zákrokem a sdělením výsledků testů

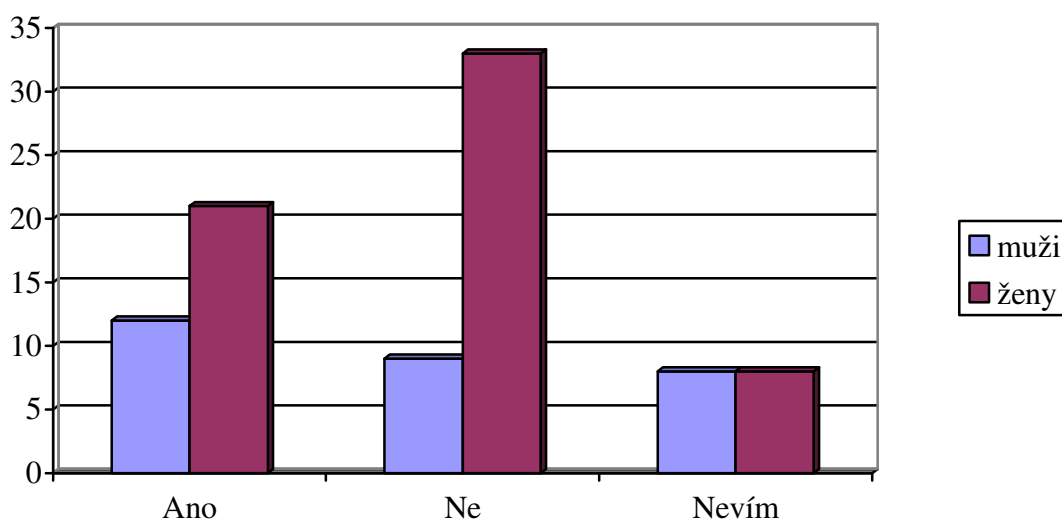
Jak jste prožívali/prožíváte dobu mezi zákrokem a sdělením výsledků testů potvrzující/nepotvrzující těhotenství?	Odpovědi mužů		Odpovědi žen	
	Četnost (n)	Relativní četnost (%)	Četnost (n)	Relativní četnost (%)
Situace nás velice stresovala, byli jsme celou dobu ve velkém napětí	5	16,67 %	20	32,79 %
Zaměřili jsme se na jiné věci, abychom nato tolik nemysleli	23	76,66 %	27	44,26 %
Jiné	2	6,67 %	14	22,95 %

Většina párů, tj. 77 % mužů a 44 % žen, které prožívají nebo již prošly některou z metod asistované reprodukce, se snaží zaměřit na jiné činnosti, které by odvrátili myšlenky na výsledek zákroku. Odpovědi mužů se ve většině případů shodují, pouze 5 mužů z 30 uvedlo, že se v této situaci velice stresují. Napětí žen je v období po zákroku výrazně vyšší než u mužů, tj. 33 % žen potvrdilo, že je situace velice stresovala a byly po celou dobu ve velké tísní. Část žen (23 %) a mužů (7 %) zvolila možnost jiná odpověď. Jejich prožitky zhodnotili jako proměnlivé, většinou se snažili na výsledek nemyslet, přesto však byli v určitých chvílích ve velkém napětí.

7.8 Byla by pro neplodné páry žádost o adopci přijatelným řešením nebo by byly raději bezdětní?

Nemožnost mít vlastní dítě je pro partnerské páry velmi frustrující pocit. Někteří se s touto situací dokáží po určité době smířit, další páry si život bez dětí neumí představit, a proto také podají žádost o adopci. Jsou tu ale také partneři, pro které by byla adopce nepřijatelným řešením.

Graf č. 5: Uvažování páru o možnosti adopce dítěte



Tab. č. 18: Uvažování páru o možnosti adopce dítěte

V případě, že byl váš pokus neúspěšný, uvažovali jste o adopci?	Odpovědi mužů		Odpovědi žen	
	Četnost (n)	Relativní četnost (%)	Četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, zvažujeme, že bychom dali/dáme žádost o adopci	12	41,38 %	33	53,23 %
Ne, žádost o adopci bychom nedali	9	31,03 %	21	33,87 %
Zatím nevím, možná	8	27,59 %	8	12,9 %

Na tuto otázku odpovědělo pouze 29 mužů a 62 žen. Z tohoto počtu 41 % mužů a 53 % žen uvedlo, že po neúspěšných pokusech léčby metodami asistované reprodukce by zvažovali dát žádost o adopci. Žádost o adopci by určitě nedalo 31 % mužů a 33 % žen, a 28 % mužů a 13 % žen není doposud rozhodnuto. Někteří z nich teprve čekají na výsledek jejich probíhající léčby.

8 DISKUZE

V předchozí kapitole bylo pomocí dotazníkového šetření, které bylo prováděno v centru asistované reprodukce, zodpovězeno osm výzkumných otázek. Až na výjimky se jednalo o kvantitativní stanoviska mužů a žen v souvislosti s jejich prožíváním léčby neplodnosti. V této části mé práce se znovu vracím k jednotlivým výzkumným otázkám, zhodnocení kvalitativních postojů párů a interpretaci výzkumného šetření.

V současné době žijeme v období, kdy je asistovaná reprodukce stále častějším způsobem jak počít dítě, a ačkoliv poruchy plodnosti byly dříve pro mnoho lidí tabu, nyní již dokáží o svém problému mluvit. Většina výzkumů, které se v minulosti zabývaly psychickým prožíváním mužů a žen žádajících o zařazení do programu asistované reprodukce, došla k závěrům, že ženy vnímají tuto tíživou životní situaci mnohem intenzivněji, úzkostlivěji a zodpovědněji než muži. I když vzhledem k relativně nižšímu počtu zkoumaných neplodných párů mého výzkumného šetření jsou získané výsledky pouze orientační, určité emocionální stavy mužů a žen jsou zřetelně vykresleny.

Při sběru dat pro mé výzkumné šetření jsem došla k několika negativním zjištěním. Zvolená metoda dotazníku měla jisté nevýhody. Dotazník byl určen jak pro muže, tak ženy z každého partnerského páru. Bohužel z toho důvodu, že jsem se neúčastnila osobně sběru dat, nedosáhla jsem výsledků, jakých jsem předpokládala. Nepodařilo se mi získat velké množství vzorků, zejména od mužského pohlaví. Odpovědi mužů byly často na některé otázky pouze jednoslovné nebo žádné, pravděpodobně otázky nebyly pochopeny, nebo páry nebyli příliš zainteresováni vyplněním. Příčinou mohlo být také nedostatek času na vyplnění nebo nevhodné prostředí. Pozitivní stránkou dotazníkového šetření je fakt, že některé otázky byly směřovány na velmi intimní stránku partnerského soužití, a pokud bych získávala odpovědi osobně, některé páry by pravděpodobně nechtěli odpovědět. Ženy bývají v tomto ohledu více ochotné otevřeně mluvit o svých problémech, muži jsou ale uzavřenější. Vhodnou metodou pro tento typ výzkumného šetření by byla metoda hloubkového rozhovoru s jednotlivými páry, díky kterému bych mohla zhodnotit prožívání mužů i žen z každého konkrétního páru i možnost odhalit jejich rozporuplné postoje. Jednotlivé otázky bych mohla doplnit o jiné možnosti odpovědí, které se mohly zdát při tvorbě uzavřených otázek dotazníku nerelevantní, apod. Bohužel, tento typ sběru dat vyžaduje kromě časové náročnosti také nalézt takové páry, které by byli ochotné o takovém citlivém tématu, jakým je zkušenost s neplodností, otevřeně a bez zábran mluvit.

Výzkumný vzorek tvořili lidé nejčastěji nad 30 nebo nad 36 let věku. Dle této věkové hranice jsem usoudila, že mnoho lidí začíná plánovat rodičovství až poté, co si splní své potřeby vzdělání, dosáhnou kariéry, po které vždy toužili, či mají zajištěné bydlení. Často také někteří lidé necítí potřebu mít děti hned, nejdříve mají své zájmy, nebo rádi cestují a dítě je pro ně v tomto ohledu překážkou. Poměrně vysoké procento tvořily i páry, které již jedno dítě mají, a nedaří se jim počít další. Dle mého úsudku, tyto páry neprožívají tuto situaci léčby neplodnosti tak intenzivně, jako páry doposud bezdětné.

8.1 Interpretace otázky č. 1: Když páry začínaly plánovat rodičovství, připouštěly si možnost nějakých komplikací nebo počítaly s brzkým úspěchem?

Pokud páry předem nevědí o zdravotních či jiných komplikacích, jejich potřeba počít dítě se rodí postupně, a bez jakýchkoli pochybností, že nastane problém s otěhotněním. Partneři většinou nejsou v psychickém napětí, pokud nepřijde otěhotnění v prvních měsících, jelikož to ani není očekáváno. Ke stavům krize, sebeobviňování, úzkostem a dalším negativním emocím však dochází, pokud ani po roce snažení o početí dítěte otěhotnění stále nepřichází. Každý pár však zjištění své neplodnosti prožívá jiným způsobem (tomuto tématu se věnuji v kapitole č. 8.3). Následuje etapa mnoha vyšetření, zejména ženy u svého lékaře-gynekologa, ale i muže. Lékař pak doporučí neplodný pár do specializovaného centra asistované reprodukce.

Naopak páry, které již předem vědí o zdravotních problémech, začínají myslet na rodičovství již dříve a vyhledávají lékařskou pomoc. Nebývá proto výjimkou, že do centra asistované reprodukce přicházejí i páry, které se snaží o početí dítěte méně než jeden rok. Důvodem mohou být závažné zdravotní problémy, např. již uvedený karcinom štítné žlázy, věk respondentů nad 36 let a další.

8.2 Interpretace otázky č. 2: Jsou muži ochotni podstoupit lékařské zjištění neplodnosti?

Po roce neúspěšných pokusů páru o početí dítěte nastupuje série vyšetření. Jako jedno z prvních probíhá vyšetření spermatu muže. Myslím si, že vyšetření muže je jedno z velmi významných okamžiků léčby, od něhož se odvíjí postoj muže k problému neplodnosti, vztah a komunikace mezi partnery a vzájemná podpora. Mým předpokladem bylo, že muži často nejsou zprvu ochotni podstoupit spermioogické vyšetření z toho důvodu, že by zjištění jejich neplodnosti pro ně znamenalo ztrátu „mužnosti“. Tato mužnost je pro něho chápána jako jeho selhání v sexuální oblasti. Dle mého názoru, přílišná ješitnost mužů může být při zjištění špatných výsledků spermioogramu na určitou dobu překážkou léčby. Diagnózu neplodnosti muž zpočátku odmítá a musí se s ní vyrovnat. Tyto problémy pak mohou zapříčinit velkou krizi mezi partnery, jelikož žena se domnívá, že muž ji nemá dostatečně rád, aby podstoupil další odběry, když ona musí podstupovat řadu jiných a i bolestivějších vyšetření. Dle mého výzkumného šetření, kromě jednoho případu, všichni muži byly ochotni podstoupit spermioogické vyšetření. To, že je muž svolný podrobit se tomuto vyšetření, znamená pro ženu podporu a velmi pozitivní krok k tomu, aby se její partner stal rodičem jejich společného dítěte.

8.3 Interpretace otázky č. 3: Jak prožívají zjištění své neplodnosti ženy a jak muži?

Dle mého výzkumného šetření, největší počet respondentů uvedlo jako důvod své neplodnosti nezjištěnou příčinu, tedy takové zjištění, kdy ani u ženy ani u muže není prokázáno onemocnění, které by mohlo znemožňovat otěhotnění. Tento výsledek ale mohl být také nepřesný, a to z toho důvodu, že některé páry, které teprve přicházejí do centra asistované reprodukce a nevědí přesnou příčinu své neplodnosti, zvolili také tuto volbu. Další největší počet respondentů uvedlo gynekologickou příčinu neplodnosti.

Prožívání zjištění vlastní neplodnosti je u mužů a žen rozdílné. I když se dle mužských výpovědí může zdát, že touží po dítěti stejně intenzivně jako ženy, jejich prožívání neplodnosti je jiné. Jedním z důvodů je také to, že muži nejsou limitováni věkem tak jako žena, kterou tíží omezení vlastních reprodukčních možností. Pokud je příčina neplodnosti zjištěna pouze u muže, tento nálezn muž velmi těžce nese, a potřebuje určité časové období, aby se s tímto problémem vyrovnal. Mezi prvotními pocity jsou to samozřejmě překvapení,

velké zklamání a dále i sebeobviňování, např. proto, že jeho žena nemůže mít děti právě kvůli němu a další. Velmi často se muži uzavírají se svým problémem do sebe a nechtějí o problému mluvit s nikým, ani se svou partnerkou, čímž dochází i k partnerským krizím. Andrologická příčina neplodnosti je v podstatě medikamentózně neřešitelná a proto pár v tomto případě musí podstoupit metodu umělého oplodnění. Pokud je však důvodem neplodnosti nevysvětlitelná nebo gynekologická příčina, muž vnímá tuto skutečnost daleko racionálněji, než žena. Muži popisují neplodnost jejich páru jako jeden ze životních problémů, který se dá jistě určitou léčbou řešit.

Žena má od přírody stanovenou roli, roli „mateřství“, a mít děti pro ni znamená jako mít určité poslání či povinnost. Neplodnost, ať již je zjištěna příčina andrologická nebo gynekologická, je ženou velmi těžce emocionálně vnímána. V první fázi žena trpí pocity viny („Proč jsem rodičovství tak dlouho odkládala?“ „Proč jsem podstupovala interrupci?“ „Proč jsem se neléčila se zánětem dříve?“). Často bývají tyto pocity neopodstatněné, protože jejich neplodnost je v rukou přírody, nikoliv jejich přičiněním. Ty silnější z nich naopak pociťují touhu poprat se s osudem, odhodlání udělat maximum pro to, aby to vyšlo. S dalším průběhem léčby a neúspěšných pokusů trpí žena pocity beznaděje, úzkostmi, depresí, ztrátou chutí pokračovat, pláčem, ale i zlobou, proč zrovna já/my? Žena prožívá úzkostné emocionální stavy i v případě, že je příčina sterility prokázána pouze u muže. Ženy mají tendenci neustále přemýšlet a mluvit o svých problémech s partnerem, čímž u nich dochází ke stále většímu psychickému stresu.

8.4 Interpretace otázky č. 4: Pociťovali muži či ženy tlak ze strany okolí kvůli tomu, že jsou doposud bezdětní?

Tato otázka byla určena pouze pro bezdětné páry, přesto však odpověděli i páry, které již děti mají. Bezdětné páry pociťují tlak svého okolí v situacích, jako jsou např. křtiny v rodině, těhotenství kamarádek nebo dotazy ze strany rodiny na potomky. Ale i páry s dětmi mohou mít nepříjemné pocity např. při setkání přátel s více dětmi, nebo je na ně vyvíjen tlak ze strany dítěte na dalšího sourozence a další faktory.

Z mého výzkumného šetření bylo zjištěno, že citlivost žen na tlak okolí je znatelně výraznější než u mužů. S tím souvisí zejména komunikace o intimním problému mezi partnery a rodinou. Ženy mají potřebu se se svým trápením svěřovat své rodině, přátelům, sourozencům apod., potřebují mluvit o svých problémech s ostatními, vyslechnout rady

kamarádek na danou věc, potřebují útěchu a podporu od rodiny a zejména partnera. Zároveň jsou však díky tomu vystaveny většímu tlaku okolí, jelikož např. její kamarádky stejného nebo i mladšího věku již děti mají, jejich společné téma komunikace se odlišuje. Žena se pak raději této společnosti vyhýbá, čímž se izoluje i od toho, že si nemůže s nikým o problému promluvit a dochází k začarovanému kruhu. Někdy přichází i odcizení mezi partnery z toho důvodu, že muž není ochoten o problému mluvit, snaží se spíše na problém zapomenout. Věnuje se více práci, zájmům, a snaží se na tuto situaci nemyslet. Muži se málokdy svěřují svému okolí a rodině s osobními problémy, které se dotýkají jejich sexuality. Pravděpodobně je to z důvodu studu nebo nekvalitního vztahu s rodiči.

Dle reakcí respondentů dotazníku docházím k tomu názoru, že pokud rodina či přátelé vědí o problému nebo léčbě neplodného páru, snaží se je nedostávat do nepříjemných situací nebo klást otázky ohledně jejich situace. Pokud je tedy okolí seznámeno s problémem neplodného páru, nejsou partneři vystaveni tomuto tlaku v takové míře.

8.5 Interpretace otázky č. 5: Ovlivňuje neplodnost sexuální život partnerů? V případě že ano, jakým způsobem?

Mým předpokladem bylo, že ve většině případů vede neplodnost k psychickým stresům, které mají za následek nesoulad v partnerském vztahu. Lékařské vyšetřování, odběry spermatu, doporučení lékařů, v jakém termínu a jakým způsobem mít pohlavní styk vede i ke zhoršené kvalitě sexuálního soužití. Mé předpoklady se potvrdily jen zčásti. Ženy pociťují negativní změnu sexuálního života více než muži, ale přesto většina respondentů uvedla, že jejich intimní partnerský život ovlivněn nebyl. Dle mého úsudku, negativní emoce pociťují páry z několika důvodů. Žena je zprostředkovatelem rad a pokynů od lékaře svému muži. Pohlavní styk je realizován v plodných dnech ženy, tj. v podstatě „na příkaz“ a to je pro muže i ženu velmi nepřirozené. Pokud je sexuální styk prováděn takto mechanizovaně, může způsobit snížení sexuální touhy a vzrušivosti. Psychický stres mužů zejména z toho, že pociťují strach ze selhání, může zapříčinit poruchy erekce.

8.6 Interpretace otázky č. 6: Jak hodnotí neplodné páry přístup lékařů a prostředí ambulance asistované reprodukce?

Prostředí klinik a nevhodná péče zdravotnického personálu centra asistované reprodukce může být pro neplodný pár velmi stresující. Protože jsem výzkumné šetření provedla pouze na jedné klinice asistované reprodukce, nemohu prostředí nebo postoje lékařů srovnat s jinými centry, kde může být situace jiná. Zhodnotit bych to mohla pouze ze svého pohledu, který mi byl nabídnut při mé osobní zkušenosti u dvou jiných soukromých klinik. Zde uvádím pouze stanoviska respondentů z Centra asistované reprodukce ve Fakultní nemocnici v Olomouci.

Problém s neplodností je pro páry velmi intimní záležitost, a některé čekárny před lékařskou ambulancí bývají velmi neosobní. Chování personálu a zdravotních sester může být nepříjemné např. v tom, že přistupují k osobním informacím neplodného páru velmi veřejně, často je řeší před ostatními pacienty již v čekárně. Jak jsem již uvedla ve výsledcích výzkumného šetření, na této klinice se nachází čekárna v podstatě na chodbě, vedle ostatních čekáren z jiných ambulančí. Takovéto prostředí navozuje u partnerů neklid, nervozitu, stud a také strach, že je někdo ze známých uvidí. Důležité je také vybavení a atmosféra odběrové místnosti pro muže. Jistě se muži nemohou cítit dobře, pokud musí provádět odběr sperma v místnosti se slabými dveřmi, kde je slyšet vše z vedlejších prostor apod. Už samotný úkon, který musí být proveden „na povel“ a za určitý časový interval je velmi frustrující. Neplodné páry také uvádějí, že negativně hodnotí dlouhé čekací doby na vyšetření, protože je klinika velmi vytížená.

Personál kliniky a postoj lékařů hodnotí většina párů velmi pozitivně. Jsou zde ale i páry, které hodnotí kolektiv kliniky odlišným způsobem. Z toho usuzuji, že každý člověk vnímá druhé jiným způsobem, a že i sebelepší profesionálně vyškolený personál může v některých případech chybovat v komunikaci s pacienty. Lékaři podávají stejné informace pro příchozí páry několikrát denně, a proto některé páry pociťují, že takový postoj je velmi rutinní, uspěchaný, „jako na běžícím pásu“. Ženy procházejí cyklem mnoha vyšetření, setkávají se se zdravotnickým personálem častěji než muž a proto mohou někdy pociťovat necitlivost při léčbě ze strany zdravotních sester nebo lékaře.

8.7 Interpretace otázky č. 7: Jaké byly prožitky mužů a žen v době mezi zákrokem a sdělením výsledků testů potvrzující/nepotvrzující těhotenství?

Období čekání, (po IVF je to období cca 14 dnů) je velmi stresující zejména pro ženu, která v sobě nosí embryo. Žena po celou tuto dobu sleduje své tělo, kontroluje všechny příznaky, které by mohly ukazovat na otěhotnění nebo naopak na přicházející menstruaci. Přitom příliš velké napětí ženy může mít i negativní dopad na těhotenství, to takový, že žena plod potratí. Muž může být v tomto období po zákroku pouze pasivním pozorovatelem. Přestože ho myšlenky na výsledek testů také neurotizují, většina mužů se snaží odvrátit myšlenky pomocí jiných aktivit, pomoci ženě v běžných domácích činnostech a hlavně být pro ni psychickou oporou.

Prožívání emocí v této situaci je velmi individuální. Pár, který již má za sebou neúspěšnou léčbu určitou metodou asistované reprodukce, prožívá tuto situaci intenzivněji, než pár, který podstoupil pokus poprvé. Jiným způsobem také reagují lidé, zejména ženy nad 30 let, které jsou limitovány věkem. Jedním z dalších stresorů může být i ekonomická stránka léčby, jelikož není plně hrazena zdravotní pojišťovnou a jednotlivé úkony jsou finančně nákladné, obzvláště pak, jsou-li vykonávány opakovaně.

Pár, který je příliš soustředěn na výsledek léčby, prožívá tuto situaci velmi intenzivně a neúspěch vede k velkému zklamání, které může vést až k těžkým depresivním stavům. Takový pár má strach z dalšího nového pokusu, že bude opět neúspěšný a tím se dostává do psychické krize, která sama o sobě může být příčinou neplodnosti.

8.8 Interpretace otázky č. 8: Byla by pro neplodné páry žádost o adopci přijatelným řešením nebo by byly raději bezdětní?

Nemožnost mít vlastní dítě je pro některé páry velmi frustrující pocit. Někteří se s touto situací dokáží po určité době smířit, ale je to pro ně velmi těžké. Po neúspěšném cyklu asistované reprodukce se rozhodují mezi několika variantami. Buď podstoupí další pokus umělého oplodnění, nebo podají žádost o adopci, nebo budou raději bezdětní. Nejpočetnější skupinu tvoří páry, které si život bez dětí neumí představit, cítí rodičovské pudy tak silně, že raději podají žádost o adopci, což je pro ně jediná jistota, že jednou dítě mít budou, i když nebude jejich vlastní.

Druhou skupinou jsou partneři, které vnitřně pocítují, že chtějí vychovávat pouze vlastní dítě a byla by proto pro ně adopce nepřijatelným řešením. Důvodů může být více. Bojí se případných zdravotních dědičných vad dítěte, povahových vrozených charakteristik nebo také velmi složitého procesu žádosti o adopci. Do této kategorie mohou patřit také neplodné páry, které již např. jedno vlastní dítě mají, a proto by o to další, adoptované, nepožádali.

ZÁVĚR

Bakalářská práce **Psychické prožívání neplodných párů při asistované reprodukci** se zabývá problémem, kterému v dnešní době čelí každý sedmý partnerský pár, tj. neplodností a emocionálními stavy sterilních párů při léčbě metodami umělého oplodnění.

Informace v teoretické části této práce jsou podkladem pro výzkumné šetření, jehož hlavním cílem je zmapovat způsoby prožívání neplodných párů při asistované reprodukci. Dalšími cíli jsou porovnat rozdíly v reakcích žen a mužů na neplodnost, zjistit k jakým změnám dochází v partnerském soužití partnerů v průběhu fáze léčby i po ní a závěrem charakterizovat prostředí ambulance a postoje lékařů k pacientům v centrech asistované reprodukce.

Teoretická část bakalářské práce je rozdělena do tří kapitol. První kapitola definuje, co je to neplodnost a jaké jsou její druhy. Dále objasňuje, jaké vyšetření musí partnerský pár podstoupit, aby bylo možné zjistit příčinu jejich neplodnosti, a dále popisuje druhy těchto příčin včetně negativních vlivů působících na plodnost mužů a žen. Druhá kapitola podává informace o medicínském oboru, který se zabývá léčbou neplodnosti, tj. asistované reprodukci a jejími centry v České republice. V závěru kapitoly jsou popsány metody léčby neplodnosti umělým oplodněním. Třetí kapitola se potom detailněji věnuje psychickým prožíváním neplodných párů od fáze zjištění tohoto problému, přes emocionální stavy v průběhu léčby metodami asistované reprodukce, až po přijetí a smíření se s touto realitou.

Následujících pět kapitol spadá k **praktické části** této práce. Čtvrtou kapitolu tvoří vymezení cílů výzkumného šetření a určení výzkumných otázek. Další dvě kapitoly popisují zvolenou metodu pro zkoumání a přibližují data o výzkumném souboru. Odpovědi na jednotlivé výzkumné otázky a výsledky šetření jsou prezentovány v sedmé kapitole. Osmá kapitola poté přináší zamyšlení nad těmito výsledky a vlastní interpretaci zjištění.

Zjistila jsem, že v partnerském páru reaguje žena větší úzkostí a negativními emocionálními stavy na zjištění neplodnosti a v průběhu její léčby než muž. Ačkoliv je léčba plna náročných a stresujících událostí, k výrazným změnám v manželském soužití a sexuální oblasti neplodných párů v průběhu fáze léčby nedochází. Prostředí ambulance centra asistované reprodukce ve FN v Olomouci je hodnoceno negativně, ale naopak přístup lékařů a zdravotnického personálu je popisován u většiny případů velmi pozitivně.

SEZNAM LITERATURY

MONOGRAFIE

DOHERTY, C. Maud; CLARK, MelanieMorrissey. *Léčba neplodnosti : Podrobný rádce pro neplodné páry*. Vyd.1. Brno : Computer Press, 2006. 221 s. ISBN 80-251-0771-X.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*. Vyd.1. Praha : Grada Publishing, 2007. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

KONEČNÁ, Hana. *Na cestě za dítětem : Dvě malá křídla*. Vyd.2. Praha : Galén, 2009. 296 s. ISBN 978-80-7262-591-8.

MARDEŠIČ, Tonko. *Neplodnost*. Vyd.1. Praha : Makropulos, 1996. 75 s. ISBN 80-86003-01-9.

NOVOTNY, Pamela Patrick. *Co dělat při neplodnosti*. Vyd.1. Praha : PRAGMA, 1997. 183 s. ISBN 80-7205-494-5.

PRAŠKO, Ján. *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. Vyd.1. Praha : Grada Publishing, 2003. 204 s. ISBN 80-247-0185-5.

PRAŠKO, Ján; PRAŠKOVÁ, Hana; PRAŠKOVÁ, Jana. *Deprese a jak ji zvládat : Stop zoufalství a beznaději*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2003. 184 s. ISBN 80-7178-809-0.

ŘEŽÁBEK, Karel. *Asistovaná reprodukce*. Vyd.1. Praha : Maxdorf, 2008. 112 s. ISBN 978-80-7345-154-7.

ŘEŽÁBEK, Karel. *Léčba neplodnosti : aneb co dělat, když chceme dítě*. Vyd.1. Praha : Grada Publishing, 1999. 102 s. ISBN 80-7169-707-9.

ŘEŽÁBEK, Karel. *Léčba neplodnosti : 4., aktualizované vydání*. Vyd.1. Praha : Grada Publishing, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2103-3.

STUHLÍKOVÁ, Iva. *Základy psychologie emocí*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2002. 232 s. ISBN 80-7178-553-9

ŠILHOVÁ, Lucie; STEJSKALOVÁ, Jana. *Matkou ve vyšším věku : Vliv věku na plodnost ženy a na průběh těhotenství*. Vyd. 1. Brno : Computer Press, 2006. 102 s. ISBN 80-251-0987-9.

ULČOVÁ-GALLOVÁ, Zdenka. *Neplodnost - útok imunity*. Vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 2006. 141 s. ISBN 80-247-1493-0.

VASILJUK, Fjodor Jefimovič. *Psychologie prožívání : Analýza překonávání kritických situací*. Vyd.1. Praha : Panorama, 1988. 232 s. ISBN 505-21-825.

VOLLMER, Helga. *Hormony a co o nich musí vědět ženy*. Vyd. 1. Praha : PRAGMA, 1999. 152 s. ISBN 80-7205-680-8.

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Vyd.3. Praha : Portál, 2003. 397 s. ISBN 80-7178-740-X.

PRAMENY

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

KUBCOVÁ, Šárka; KUBCOVÁ, J. Vliv neplodnosti na kvalitu partnerského vztahu. *Gynekolog*. 2005, roč. 14, č. 3, s. 128-131.

LINHART, Petr. Ženské reprodukční zdraví. In KONEČNÁ, Hana. *Reprodukční zdraví 2005: Co dělat, aby člověk měl děti, když a až je bude chtít mít*. Vyd. 1. [s.l.] : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2005. s. 8-13. ISBN 80-7040-765-4.

RATISLAVOVÁ, Kateřina; KAŠOVÁ, Lucie. Psychosomatický doprovod při léčbě sterility v centrech asistované reprodukce. *Zdravotnické štúdie II.* 2009, č. 2, s. 73-77. ISSN 1337-723X.

INTERNETOVÉ ZDROJE

Centrum asistované reprodukce [online]. 2011 [cit. 2011-09-06]. Porodnicko-gynekologická klinika Fakultní nemocnice Olomouc. Dostupné z WWW: <<http://www.ivf.upol.cz/>>.

Citace.com [online]. 2.0. 2009 [cit. 2011-09-08]. Citace.com. Dostupné z WWW: <<http://citace.com/generator.php>>.

ČGPS [online]. 2010 [cit. 2011-09-06]. Stanovy. Dostupné z WWW: <<http://www.cgps.cz/cgps/stanovy.php>>.)

Český statistický úřad [online]. 22.6.2011 [cit. 2011-10-10]. Průměrný věk žen při narození 1. dítěte v letech 1950-2010. Dostupné z WWW: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/prumerny_vek_zen_pri_narozeni_1_ditete_v letech_1950_2010>.

Stop neplodnosti : Poruchy ovulace [online]. 2009 [cit. 2011-09-06]. Stopneplodnosti.cz. Dostupné z WWW: <<http://www.stopneplodnosti.cz/neplodnost/neplodnost-u-zeny/poruchy-ovulace/>>.

Stop neplodnosti : Chromozomální poruchy [online]. 2009 [cit. 2011-09-06]. Stopneplodnosti.cz. Dostupné z WWW: <<http://www.stopneplodnosti.cz/neplodnost/neplodnost-u-zeny/chromozomalni-poruchy/>>.

Vitalion.cz : Mužská neplodnost [online]. 2011 [cit. 2011-09-06]. vitalion.cz. Dostupné z WWW: <<http://nemoci.vitalion.cz/muzska-neplodnost/>>.

WEISS, Vladimír; MAREK, Josef. *Endokrinní systém Prolaktin* [online]. Endokrinologická společnost ČLS JEP : 2001 [cit. 2011-10-24]. Hyperprolaktinemie. Dostupné z WWW: <<http://www.prolaktin.cz/hyperprolaktinemie>>.

SEZNAM TABULEK

Tab. č. 1: Porovnání výborných výsledků spermioqramu ve srovnání s jeho dolní hranicí.....	11
Tab. č. 2: Věkové rozmezí respondentů a procentuální vyjádření	39
Tab. č. 3: Počet dětí respondentů a procentuální vyjádření.....	40
Tab. č. 4: Rodinný stav respondentů a procentuální vyjádření	40
Tab. č. 5: Doba snahy páru o početí dítěte	42
Tab. č. 6: Počítaly páry s brzkým otěhotněním nebo si připouštěly možnost komplikací?	42
Tab. č. 7: Ochota mužů podstoupit lékařské zjištění neplodnosti	43
Tab. č. 8: Zjištěná příčina neplodnosti	44
Tab. č. 9: Pocity sebeobviňování u neplodného páru	45
Tab. č. 10: Pocity tlaku okolí na bezdětné páry.....	46
Tab. č. 11: Sdílení svých problémů s rodinou, přáteli nebo blízkým okolím.....	46
Tab. č. 12: Ovlivnění sexuálního života partnerů léčbou neplodnosti	47
Tab. č. 13: Spokojenost pacientů s informacemi od ošetřujícího lékaře	48
Tab. č. 14: Metody asistované reprodukce	49
Tab. č. 15: Soustředění žen a mužů na pozitivní výsledek léčby	50
Tab. č. 16: Podpora ze strany partnera	51
Tab. č. 17: Prožitky mužů a žen v době mezi zákrokem a sdělením výsledků testů.....	51
Tab. č. 18: Uvažování páru o možnosti adopce dítěte.....	52

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Pravděpodobnost výskytu neplodnosti (v %) v závislosti na věku ženy.....	16
Graf č. 2: Průměrný věk žen při narození 1. dítěte v letech 1950 – 2010	17
Graf č. 3: Doba snahy páru o početí dítěte	41
Graf č. 4: Ovlivnění sexuálního života partnerů léčbou neplodnosti	47
Graf č. 5: Uvažování páru o možnosti adopce dítěte.....	52

SEZNAM ZKRATEK

AH - Asistovaný hatching - mikroskopické naříznutí obalu několikabuněčného embrya.

AI - arteficial insemination - umělé oplodnění.

AID - artificial insemination from donor - umělé oplodnění semenem dárce.

AIH - arteficial insemination from husband - umělé oplodnění semenem od manžela.

ET - Embryotransfer - zavedení embrya do dělohy

FSH - folikuly stimulující hormon. U žen podporuje růst folikulů ve vaječnicích a stimuluje tvorbu estrogenu. U mužů vyvolává tvorbu pohlavních buněk.

GIFT - přímý přenos gamet, tedy vajíček a spermií do vejcovodu ženy bezprostředně po odběru vajíčka z vaječníku.

hCG - lidský choriový gonadotropin - hormon, který vzniká po oplození vajíčka a je vytvářen vyvíjejícím se embryem.

ICSI - intracytoplasmatic sperm injection - injekce spermie přímo do vajíčka.

IUI - intrauterinní inseminace - zavedení spermií do dutiny děložní. Základní jednoduchá metoda asistované reprodukce.

IVF - in vitro fertilizace - mimotělní oplodnění vajíčka.

KET - kryoembryotransfer - přenos rozmražených embryí do dělohy.

LH - luteinizační hormon - podporuje tvorbu pohlavních hormonů. U žen rozvíjí tvorbu estrogenů a progesteronu ve vaječnicích. U mužů podporuje tvorbu testosteronu ve varlatech.

PESA - Percutaneous Sperm Aspiration - nasátí spermie přes kůži šourku.

TESE - Testicular Sperm Ectraction - vyjmutí spermií ze semenotvorných kanálků varlete.

WHO - World Health Organization – Světová zdravotnická organizace.

ZIFT - přímý přenos zygoty (oplođeného vajíčka) do vejcovodů ženy.

SEZNAM PŘÍLOH

Dotazník

DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,

ráda bych vás požádala o vyplnění toho dotazníku, který je součástí výzkumného šetření mé bakalářské práce na katedře psychologie Univerzity Palackého v Olomouci. Práce se zabývá psychickým prožíváním párů využívajících metody asistované reprodukce. Sama jsem prošla tímto nelehkým obdobím, proto vím, jak je toto téma pro vás velmi citlivé. Velice si vážím každé vaší odpovědi, a pokud se rozhodnete na tyto otázky odpovědět, odpovídejte tak, jak to opravdu cítíte, každá odpověď poslouží k co nejuhodnějšímu výsledku. Pokud by to bylo možné, prosím nejlépe o vyplnění 2 dotazníků, jak muž, tak žena v každém partnerském páru. Výsledek bude mít pro mé celkové vyhodnocení výzkumu vyšší vypovídací schopnost. Informace získané z tohoto dotazníku budou použity pouze pro účely této práce a nebudou poskytovány třetím osobám. Dotazník je anonymní.

Předem velice děkuji za váš čas a ochotu vyplňováním tohoto dotazníku.

Vyplněný dotazník vraťte prosím na místo, kde jste ho obdrželi (lékař, sestra), příp. zašlete na můj email: martina.bergerova@centrum.cz.

Martina Bergerová
tel.: +420 602 265 121

Základní informace o Vás:

Věk: 18 - 23 let 24 - 29 let 30 - 35 let 36 let a více

Pohlaví: žena muž

Vzdělání: základní středoškolské vysokoškolské

Rodinný stav: svobodná-ý vdaná-ženatý rozvedená-ý vdova-vdovec

Počet dětí:

Počet neúspěšných pokusů v metodách asistované reprodukce:

Počet potratů:

1. Jak dlouho se snažíte o početí dítěte?

méně než 1 rok 1 - 2 roky 2 - 3 roky více než 3 roky

2. Když jste začínali plánovat rodičovství, připouštěli jste si možnost nějakých komplikací nebo jste počítali s brzkým úspěchem (otěhotněním)?

3. Věděli jste už předem o zdravotních problémech, které by mohli zkomplikovat početí dítěte (např. předešlé zdravotní problémy, dědičnost, apod.)?

ano (příp. jaké) ne

4. Byl váš partner ochoten podstoupit lékařské zjištění neplodnosti?

ano po překonání urč. obtíží, ano ne

5. Jaká byla u Vás zjištěna příčina neplodnosti?

gynekologická andrologická gynekologická i andrologická nezjištěná příčina

6. Pokud byla příčina sterility prokázána jen u jednoho, u vás, procházel-a jste obdobím sebeobviňování, pocitem viny?

ano ne

7. Jaké byly vaše pocity, když jste zjistili, že je zde nějaký problém, který způsobil, že nemůžete otěhotnět přirozenou cestou?

8. Svěřovali jste se se svými problémy rodině, přátelům, blízkým známým?

ano, komu: ne

9. Cítili jste se pod tlakem vašeho okolí, kvůli tomu, že jste doposud bezdětní? (vliv rodičů, otěhotnění kamarádek)?

ano ne *(tato otázka je určena pouze pro bezdětné páry)*

10. Kdo z vaší partnerské dvojice byl v procesu léčby výrazně aktivnější? (např. vyhledávání informací nutných k léčbě, určování správných-plodných dnů pro početí,...)

já můj partner/partnerka myslím si, že oba stejně

11. Ovlivnil tento proces vaše libido, příp. celkově váš sexuální život? *Odpověď můžete také více rozvést.*

ano, negativně ano, pozitivně ne, neovlivnil jiné

12. Jaké metody asistované reprodukce jste již podstoupili, a kolikrát?

inseminace, počet: IVF, počet: ICSI, počet: jiné, jaké:

teprve se chystám, uveďte na který z předešlých:

13. Byl některý z pokusů asistované reprodukce úspěšný?

ano, úspěšný ano, pokus byl zprvu úspěšný, ale skončil potratem ne, neúspěšný

pokus byl neúspěšný, ale poté jsme otěhotněli přirozeně chystám se podstoupit

14. Jak na vás působí prostředí a chování personálu klinik asistované reprodukce?

15. Myslíte si, že byly informace ze strany lékaře pro vás dostačující? (informace o vašem zdrav. stavu, metodách léčby)?

ano ne, s jakými problémy jste se setkali?:

16. Co jste pociťovali/co pociťujete v průběhu cyklu umělého oplodnění, příp. jiné metody asistované reprodukce?

17. Věřili jste-věříte, že bude pokus určitě úspěšný, nebo jste nechávali-necháváte vše na osudu?

Pro vysvětlení otázky: Chtěla bych vědět, zda jste příliš upnutí na výsledek pokusu, zejména většinou z důvodu věku, velkého množství neúspěšných pokusů, finanční stránky...

ano, hodně jsme tomu věřili-věříme necháváme-nechali jsme to na osudu

jiné z uvedených

18. Jaká byla a je psychická podpora ze strany vašeho partnera-ky v průběhu léčby?

partner-ka je mou velkou oporou spíše pasivní

19. Jak jste prožívali-prožíváte dobu mezi zákrokem a sdělením výsledků testů potvrzující/nepotvrzující těhotenství?

situace nás velice stresovala, byli jsme celou dobu ve velkém napětí

zaměřili jsme se na jiné věci, abychom nato tolik nemysleli jiné z uvedených:

20. Co jste cítila-l, když jste zjistili, že byl pokus úspěšný, bylo potvrzeno vaše těhotenství?

prožívali jsem velkou radost, štěstí, vděčnost

prožívali jsme pocit strachu, aby bylo vše v pořádku jiné z uvedených:

21. Co jste cítili, když váš pokus (při zvolené metodě asistované reprodukce) byl neúspěšný?

Chtěli jste podstupovat ihned další nové pokusy, nebo to byly pocity frustrace, nemožnost pokračovat dál, atd.?

22. Když byl váš pokus neúspěšný, uvažovali jste o možnostech adopce? (dítě za každou cenu, nebo raději žádné dítě?)

ano, zvažujeme, že bychom dali-dáme žádost o adopci ne, žádost o adopci bychom nedali

Děkuji Vám za Vaši ochotu, vstřícnost a čas, který jste strávili vyplňováním tohoto dotazníku.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Martina Bergerová
Katedra:	Katedra psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	Mgr. Lucie Křeménková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2012

Název práce:	Psychické prožívání neplodných párů při asistované reprodukci
Název v angličtině:	Psychical experiences of infertile couples in the process of assisted reproduction
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá psychickým prožíváním neplodných párů při zjištění neplodnosti a v průběhu léčby metodami asistované reprodukce. Cílem práce je porovnat rozdíly v reakcích žen a mužů na neplodnost, zjistit k jakým změnám dochází v partnerském soužití partnerů v průběhu fáze léčby i po ní a závěrem charakterizovat prostředí ambulance a postoje lékařů k pacientům v centrech asistované reprodukce.
Klíčová slova:	Neplodnost, sterilita, příčiny neplodnosti, asistovaná reprodukce, umělé oplodnění, psychické prožívání, deprese, adopce
Anotace v angličtině:	This thesis deals with the psychic experiences of infertile couples by ascertaining their infertility and during assisted reproduction therapy. The aim of this text is to compare men's and women's answer differences, find which changes occurs during and after therapy and at the end to characterize assisted reproduction center's atmosphere and attitudes of doctors to patients.
Klíčová slova v angličtině:	Infertility, sterility, cause of infertility, assisted reproduction, artificial insemination, psychical experiences, depression, adoption
Přílohy vázané v práci:	Dotazník
Rozsah práce:	68 s. textu, 3 s. příloh
Jazyk práce:	Český