

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Hana Chloupková

Podpora Centra naděje a pomoci
při průběhu neplodnosti partnerského páru

Bakalářská práce

vedoucí práce: PhDr. Jan Vančura, Ph.D.

2019

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.“

.....

Hana Chloupková

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala všem, kteří mne jakkoli podporovali při psaní této práce. Obzvláště své rodině, milému a blízkým.

Obsah

Úvod.....	6
1 Neplodnost jako problém moderní doby	8
1.1 Demografické změny v České republice.....	11
2 Role sociální práce v problematice neplodnosti.....	12
2.1 Sociální fungování	12
2.2 Sociální poradenství.....	13
3 Neplodnost.....	15
3.1 Co neplodnost znamená?.....	15
3.2 Příčiny neplodnosti.....	16
3.2.1 Možné příčiny neplodnosti u ženy	16
3.2.2 Možné příčiny neplodnosti u muže	19
3.2.3 Společné příčiny neplodnosti	20
3.3 Psychické faktory a důsledky vědomí neplodnosti	21
4 Metody léčby neplodnosti	22
4.1 Asistovaná reprodukce	22
4.2 Konkrétní metody asistované reprodukce	22
4.3 Finanční náklady asistované reprodukce	25
4.4 Komplikace a úskalí asistované reprodukce	26
4.5 Adopce a život bez dětí	29
5 Centrum naděje a pomoci.....	31
5.1 Služby organizace	31
5.2 Léčba neplodnosti	32
5.3 Metoda NAPROHELP	32
5.4 Konkrétní techniky metody NAPROHELP	34
6 Výzkumná část	40
6.1 Kvalitativní výzkum.....	40

6.2	Metodologie výzkumu	40
7	Analýza výzkumných dat	47
7.1	Popis sběru dat	47
7.2	Postup analýzy dat.....	47
8	Interpretace dat	49
8.1	Konkrétní techniky léčby neplodnosti	49
8.2	Podpora partnerů pracovníky Centra naděje a pomoci	52
8.3	Úspěšnost metody a účinnost technik	55
8.4	Zpětná vazba partnerů	57
9	Diskuse	60
	Závěr	62
	Bibliografie	64
	Přílohy.....	67

Úvod

Téma bakalářské práce „Podpora Centra naděje a pomoci při průběhu neplodnosti partnerského páru“ a samotná základní myšlenka „léčba neplodnosti“ je čím dál více aktuálnějším tématem. Vzhledem k tomu, že se do hry dostává samotná hodnota lidského života a důstojnosti, se nejedná o jednoduché téma. Tyto hodnoty ovšem mohou některé metody léčby neplodnosti popírat, aniž bychom si to uvědomovali. Metody umělého oplodnění jsou natolik známé, využívané a nejčastěji doporučované lékaři, že se partneři mnohdy bez uvážení vydají touto cestou, která v sobě zahrnuje velké množství etických dilemat a radikální vpád medicínské techniky do intimního života partnerů.

Nenaplněná touha po dítěti bude vždy pro pár bolestivou událostí, kvůli které nastanou problémy, jak v jejich sociálním fungování, tak ve vzájemném vztahu. Nejedná se jen o stresující nátlak ze strany společnosti o zplazení potomka, ale zároveň může muž pociťovat, že právě jako muž zklamal. Stejně tak jako žena může pociťovat vinu, protože nemůže muži na svět přivést potomka. S dlouhodobějšími neúspěchy zároveň vzrůstá i frustrace a ztráta spontaneity milování mezi partnery. Tím je nastolena otázka pro sociální práci, jak jim dobře a co nejlépe pomoci. Nedobrovolně bezdětní je cílová skupina, která se v sociální práci opomíjí. Častým důvodem bývá automatické přesouvání léčby na lékaře, konkrétně gynekology. Ovšem v podstatě věci lékaři řeší nastalé důsledky a vzniká tak prostor pro sociální poradenství, kde se sociální pracovník může zaměřit na příčiny vzniklých problémů s počítím, případně na prevenci.

Zdrojem inspirace pro bakalářskou práci byla skutečnost, že v naší České republice existuje sociální služba, která s neplodnými páry pracuje. Pracovníci Centra naděje a pomoci poskytují poradenství v oblasti rodičovství a partnerských vztahů a v případě, že se páru nedaří otěhotnět, řeší problematiku neplodnosti prostřednictvím metody NAPROHELP. Na rozdíl od převládajícího pozitivního postoje vůči asistované reprodukci v dnešní společnosti, se organizace od těchto metod distancuje. Snaží se o co nejmenší zásahy do samotného organismu člověka a o důstojné zachování partnerského aktu. CENAP v metodách asistované reprodukce vidí skrytá úskalí, jak z hlediska etického, tak z hlediska zdravotního.

Během praxe, kterou jsem v organizaci absolvovala, mne zaujal osobní přístup ke klientům. Pracovníci znají příběhy partnerů a zajímají se o ně. Než jsem se seznámila s metodami léčby neplodnosti v CENAP, netušila jsem, že by mohlo existovat a fungovat jiné řešení neplodnosti, než je asistovaná reprodukce. Na základě své zkušenosti jsem se rozhodla

osvětlit metodu NAPROHELP a ukázat, že léčit neplodnost jde i jinak, bez manipulace se zárodečnými buňkami mimo tělo partnerů nebo narušení vzájemného vztahu.

Teoretická část bakalářské práce je koncipována do několika částí. První část pojednává o obecném kontextu dnešní doby. Zároveň se zaměřuje na neplodnost jako sociální problém, a jakou roli v této problematice může zaujímat sociální pracovník. Druhá část práce se blíže zaměřuje na pojem neplodnosti a na její možné příčiny a na faktory, které ovlivňují plodnost. Třetí část práce pojednává o možnostech léčby neplodnosti, které jsou dnes dostupné. V poslední teoretické části bude představena metoda NAPROHELP, která vznikala díky dlouholetým zkušenostem doktorky Ludmily Lázničkové v organizaci Centrum naděje a pomoci a díky níž už mnoho párů naplnilo svou touhu po miminku.

Konečným cílem, kterým se zabývá výzkumná část práce, je zjistit, jak Centrum naděje a pomoci podporuje partnerské dvojice při zjištění a průběhu jejich neplodnosti a co z nabídky, jež organizace nabízí, skutečně funguje a je pro pár přínosné.

1 Neplodnost jako problém moderní doby

Postmoderní doba v 21. století přinesla zcela nový režim smýšlení jedinců a fungování společnosti. A to samozřejmě i v otázkách rodiny, sexuality, reprodukce a s ní i spojené rozmanitější možnosti na „získání“ dítěte v případě, že se otěhotnění páru nedaří. V této kapitole se zaměříme na nynější vztahy jako takové. Následně na důsledky přeměny vnímání a prožívání závazků vůči partnerovi nebo na změnu touhy po založení rodiny.

Postmoderní doba se projevuje ve znamení radikálních přeměn životních cílů a způsobů socializace, které se mohou uskutečňovat v mnohem volnějším, svobodnějším prostoru, který utváří právě nespoutaná pravidla a morální normy. Hédonismus a personalizovaný individualismus se stává skutečností. Žijeme v období, kdy nás nemůže prakticky nic šokovat. Éra revolucí, skandálů, tabuizovaných témat, která byla vždy spojována s novou dobou, pomalu končí. Specifické chování jedinců, jež postmoderní společnost vykazuje, se pochopitelně promítá do vývoje demografických ukazatelů a přináší celou řadu hluboce ovlivňujících českou populaci. Zároveň udává trendy, bohužel v nepříznivém slova smysl. Příčinou těchto jevů je skutečnost, že lidé postmoderní doby žijí lhostejným, materiálně orientovaným životem, kdy úspěch a samozřejmá nezávislost je podstatou bytí. (Lipovetsky, 2003)

V důsledku zmíněných změn smýšlení naší společnosti jsme svědky četnějších rozpadů rodin, než kdy dříve. Vztahy se stávají povrchnějšími a tím jsou i náchylné k častějšímu rozpadu při sebemenších komplikacích. Obzvláště v případě, že je pár zneschopněn počít vlastní dítě. Tato situace bude vždy velkým zásahem do vztahu muže a ženy. Bohužel může být i častým důvodem zhoršení komunikace a porozumění mezi partnery.

Bauman v dnešní době vztahuje „lásku“ k hodnotám, ovšem „rozum“ k užítku. „Pro lásku je svět souborem hodnot, pro rozum souborem užitečných věcí.“ (Bauman, 2004, s. 255-277) V dnešní době, odkládání mateřství z kariérních nebo osobních důvodů, kterými mohou být strach z odpovědnosti nebo čistě jen neochota investovat svůj čas a energii do výchovy dětí, koresponduje spíše s osobním užítkem než se sebedarováním či obětováním se, kde tyto hodnoty hrají neodmyslitelnou roli. Atraktivnější a žádanější vztahy jsou dnes založené na vzájemném uspokojování potřeb, avšak na rozdíl od dřívějšíka, jde o potřeby vlastní. Vztahy a bohužel i svazky postrádají příslib trvalé věrnosti, oddanosti a nerozlučitelnosti i za situací, které budou náročné. Fungují do chvíle, dokud přináší výhody a užitek. Vztahy jsou založené na psychickém či tělesném uspokojení bez jakékoliv

perspektivy péče o potomstvo či manželský svazek. (Bauman, 2002, s. 35) Pokud vztah nepřináší očekávané uspokojení nebo přináší zklamání, vztah se rozpadá, ovšem bez výčitek, obviňování a smutku. Tento jev můžeme do určité míry přisuzovat oddělení lidské sexuality od manželství a reprodukce. (Bauman, 2002, s. 105)

Trend chtěné bezdětnosti

Souvislost mezi novým fenoménem „dobrovolné bezdětnosti“, který se v posledním desetiletí začal objevovat, a přeměnou rodinného klimatu v postmoderní době, je značná. Dobrovolně bezdětných žen v České republice a obecně ve světě přibývá. Podle českých statistik z roku 2009 se téměř 7 % mladých žen nikdy neplánuje stát matkou. To je zhruba dvojnásobek stavu z devadesátých let. Statistiky z USA uvádí dokonce dvacet procent. Podobně jsou na tom i evropské země jako Rakousko, Německo nebo Nizozemí. (Koubová, 2018 [online])

Náhled na historický kontext doby ukazuje důvody, proč se ženy záměrně své mateřské výsady vzdávají. Před rokem 1989 odpovídalo demografické chování českých párů rodinné atmosféře socialismu. Pro tento režim byl charakteristický vzor brzkého vstupu do manželství, založení rodiny a vysoká míra porodnosti. (Slepičková, 2014, s. 45) Následný pád totalitního režimu mladým lidem přinesl zcela nové možnosti. Cestování, studium, kariérní vzestup. Vliv západu mohl měnit mentalitu a ukázat tak mladým ženám, že život nabízí více perspektiv, než výhradně manželství a mateřství.

Důvody dobrovolné bezdětnosti ovšem nesouvisí pouze s různorodějšími možnostmi v cestování a kariéře. Příčin bývá následně více. Ženy uvádějí důvody jako absence mateřských pudů nebo obavu z dlouhodobé odpovědnosti. Odpovědi žen z reportáže Veroniky Koubové, které se dobrovolně mateřství vzdávají, poukazují na výše zmíněné důvody:

„Těch důvodů je hodně. Za prvé k tomu nejsem charakterově uzpůsobená a dítě bych na první místo postavit nedokázala,“ uvádí jednadvacetiletá studentka biologie Tereza. „Za druhé v tom vidím velkou odpovědnost. Nechci riskovat a udělat rozhodnutí, které bych nemohla vzít zpět. Navíc děti nemám ráda.“

„Jsem prostě taková. Jako malá jsem si nikdy nehrála na rodinu, nezajímalo mě to. Nikdy jsem se v obchodech nerozplývala nad oblečením pro miminka. Od mala jsem zkrátka věděla, že děti nechci. Nemám mateřské pudy.“ (Koubová, E15, [online])

Matkou ve vyšším věku

Po sametové revoluci se v důsledku transformace české společnosti začíná demografické chování České republiky podobat západu, kdy se uzavírání manželství a zakládání rodiny posunuje do vyššího věku. Zatímco v sedmdesátých letech bylo prvorodiče v průměru 22,4 let, v roce 2012 rodily ženy své první dítě v průměru ve 27,9 letech. (Slepičková, 2014) V roce 2016 se průměrný věk žen při narození dítěte pohyboval v průměru 30,0 let. (ČSÚ, [online])

Ovšem zvyšující se věk rodiček a odsouvání mateřství na později má za následek i sníženou plodnost a následně nižší procento porodnosti. Největší problémy s neplodností, jak ukazují výzkumy, mají ženy ve věku 35 až 44 let. Plodnost začíná klesat po 35. roce života a následně se prudce snižuje do čtyřicítky a dále. Šance na otěhotnění se tedy s věkem snižuje. (Doherty, Clark, 2006, s. 13) Příčinou tohoto jevu je snížené množství vajíček, které s každým dalším rokem ženy ubývá. Věk následně nemá vliv jen na množství, ale i na kvalitu vajíček a přispívá tak k vyšší frekvenci samovolných potratů. (Doherty, Clark, 2006, s. 17) Po menopauze už žena nemůže otěhotnět vůbec, ovšem jen v případě, že nebudeme brát v potaz možnost asistované reprodukce. (Řežábek, 2018, s. 10)

V současné době jsou ovšem publikována i úspěšná těhotenství, kde se rodičky blíží i šedesátému roku. „Řečeno čistě technicky – žijeme v natolik osvětlené a vyspělé době, že prostřednictvím asistované reprodukce není pro ženu problém otěhotnět.“ (Stejskalová a Šilhová, 2006, s. 22)

Tabulka č. 1 - Vývoj počtu narozených dětí podle věku matky od roku 1970 do 2015 v ČR

Rok	Počet narozených dětí							
Věk ženy	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50+
1970	20 070	74 815	37 047	11 831	4 081	973	40	3
1980	17 807	68 976	44 704	17 897	4 574	622	26	0
1990	18 451	58 735	35 440	13 123	4 613	697	15	0
2000	4 464	28 967	37 567	14 550	4 848	729	27	0
2010	3 351	15 494	36 270	43 961	16 252	2 019	84	0
2015	2 622	13 546	32 938	38 416	19 935	3 551	141	0

Zdroj: ÚZIS, 2017, Vlastní zpracování

Podle údajů z Českého statistického úřadu můžeme pozorovat zvyšující se počet těhotných žen ve vyšším věku. Tím se zároveň zvyšuje i riziko vyššího počtu samovolných potratů a může tak způsobovat sekundární neplodnost, kdy v průběhu života ženy již k početí a porodu dítěte došlo, ovšem při početí dalších dětí, se již tak nedaří.

1.1 Demografické změny v České republice

Odkládáním mateřství na pozdější věk rodičky nebo prostřednictvím jiných ovlivňujících faktorů, jakými jsou například užívání hormonální antikoncepce nebo nezdravý životní styl, se míra plodivosti, jak u ženy, tak u muže, snižuje. (Lázničková, 2018) Snižovaná schopnost plodivosti pochopitelně zapříčiňuje sníženou míru porodnosti. Knausová (2008, s. 34) zmiňuje, že porodnost je klíčový demografický proces, který závisí právě na míře plodivosti, tedy schopnosti muže a ženy plodit a následně rodit děti.

V posledních letech začala Česká republika získávat obyvatele převážně prostřednictvím zahraniční migrace, kde převažují osoby ve věku 20-24 let. Problém nastává ve chvíli, kdy se nejvyšší přírůstky v počtu obyvatel, začaly koncentrovat ve věkové kategorii 65 a více let. Úhrnná plodnost, tedy průměrný počet dětí připadající na jednu ženu, v roce 2016 vzrostla. Zvýšila se z 1,57 na 1,63 dítěte a udržela se tak nad hodnotou 1,5, která je ovšem považována za hranici „nízké“ plodnosti. Ani tato úroveň plodnosti však v dlouhodobém pohledu nezajišťuje prostou reprodukci populace, ke které by byla potřeba plodnost minimálně ve výši 2,1 dítěte na jednu ženu. (ČSU, [online])

Snižující se míra plodnosti a rostoucí věk prvorodiček vzbuzuje i debaty o možném budoucím zatížení penzijního systému, migrační politice, či rostoucím podílu dětí narozených pomocí technik asistované reprodukce. Tyto myšlenky zmiňuje Hašková již v roce 2009. Ve srovnání s údaji Českého statistického úřadu se vize zatížení důchodového systému vyplňuje. Zároveň každým rokem přibývá počet párů, které vyhledávají pomoc u center asistované reprodukce při diagnostikované neplodnosti. (ÚZIS, [online]) Vzhledem k nepříznivému populačnímu vývoji, bude česká společnost muset nejspíš přehodnotit řadu dlouhodobých, v tuto chvíli, pozitivně chápaných ekonomických i sociálních postojů a zaměřit se na vyšší podporu rodiny. (Hašková, 2009, s. 264)

Závěrem této kapitoly můžeme říct, že nová doba přináší i nové možnosti, ovšem ne zcela předvídatelné v budoucnu. Vzhledem k rozšířeným možnostem antikoncepčních metod, je obvyklé plánovat početí dítěte a odkládat svou reprodukci na „správný čas“. Problém odhalují páry v okamžiku, kdy v ten „pravý čas“ dítě nepřichází. (Slepičková, 2014)

2 Role sociální práce v problematice neplodnosti

2.1 Sociální fungování

V sociální práci je stěžejním pojmem koncept sociálního fungování. Definice sociálního fungování je pro problematiku neplodnosti zásadní, protože nám pomůže nahlížet na problém z hlediska sociálního pracovníka.

Sociální fungování je definováno jako interakce mezi lidmi a požadavky jejich sociálního prostředí. Toto prostředí může tvořit jak rodina, tak sociální skupina, komunita nebo obecně společnost. Mezi člověkem a požadavky je obvykle rovnováha. Sociální práce se pak zabývá situacemi, kdy tato vyrovnanost přestane fungovat, a lidé tyto situace nezvládají. Důvod, proč taková situace nastala, může být jak na straně člověka, kdy není schopen dostát požadavkům prostředí, tak na straně prostředí, které by kladlo nepřiměřené požadavky. (Matoušek, 2001 cit. podle Navrátil a Musil 2000, s. 185-186) Longres připodobňuje pojem sociálního fungování k „sociální pohodě“. Zvláště ve vztahu ke schopnosti jednotlivce zvládat rolové očekávání přidružená k jeho konkrétní roli a statusu. (Matoušek, 2001, cit. podle Longers, 1995, s. 186)

Pokud tyto definice vztáhneme na problematiku neplodnosti, můžeme vidět, že i na partnerský pár jsou od společnosti kladeny nároky, které nejsou schopni splnit. Nemohou dostát své sociální roli, která je od nich v určitý čas očekávána a to konkrétně roli matky a otce.

Komplikace nastává jak v interakci mezi okolím, tak i mezi partnery samotnými. Důsledkem nesnadné komunikace může být i stigmatizace páru od svého okolí. Člověk je chápán jako nemocný. Žena je často vnímána jako nositelka problému i přesto, že může být příčina na straně muže. Neplodnost by ovšem měla být vnímána jako problém celého páru. (Bes, 2009, s. 131) Mezi nepříjemnosti, které se často objevují, patří časté dotazy rodiny, přátel, kolegů, kdy už konečně plánují založit rodinu. (Konečná, 2003, s. 114) Časté jsou i pohledy známých na břicho ženy, které mohou pasivně vyvolávat pocit nátlaku. Zároveň nastává problém v očekávání mezi samotnými partnery. Pod velkým stresem se páry mnohdy upnou k myšlence získat dítě za každou cenu a začnou tak ztrácet sebe sama. Středobodem jejich života se stává „snaha“ o dítě. Dochází ke ztrátě spontaneity milování, zhoršení komunikace a bohužel tak často dochází i ke ztrátě vlastního partnera. (Lázničková, 2013 s. 28) Další problém, kterému partneři čelí, je fakt, že nejsou schopni na svět přivést vnoučata

svým rodičům a samozřejmě jsou postavení tváří v tvář tomu nejtěžšímu - ztrátě vytouženého miminka. Důsledky neplodnosti na sociální fungování a psychickou pohodu partnerů bychom mohli shrnout do několika bodů. Neplodný pár nemůže přivést na svět vnoučata svým rodičům. Vidí, jak jejich vrstevníci zakládají rodiny. Uvědomují si, že jejich rod zanikne. Společnost je může podezřívát z egoismu, protože nemají odpovědnost za vlastní děti, ani nemusí investovat čas a peníze na jejich výchovu. Žena trpí pocitem viny, protože nemůže dát svému muži potomka. Zároveň si není jistá svým ženstvím, protože ztrácí schopnost plodit. (Konečná, 2003)

Sociální práce jako disciplína, která pomáhá lidem v obnově jejich sociálního fungování a díky své schopnosti využívat a uplatňovat poznatky z nejrůznějších oborů, může řešit problematiku neplodnosti. Prostřednictvím sociálního poradenství, psychické podpory a doprovázení během spolupráce s partnery může být sociální pracovník nápomocen pro zlepšení jejich vlastní komunikace a redukovat nežádoucí stres partnerů, při touze po založení rodiny.

2.2 Sociální poradenství

Poradenství je základní služba v pomáhajících profesích. Je nutné tam, kde se snažíme člověka podpořit v jeho vlastním aktivním snažení v nepříznivé situaci a nastalých nesnázích. (Novosad, 2009, s. 99) Sociální poradenství je proces, při kterém profesionál poskytuje druhému člověku, (jednotlivec, pár nebo skupina) informace, rady, vedení a podporu při řešení problému. Jedná se vždy o partnerskou spolupráci s využitím psychologických poznatků v nepříznivé situaci klienta. Cílem poradenství se stává snaha o zlepšení životní situace prostřednictvím vlastních sil a zdrojů klienta nebo následné přijetí vlastních rozhodnutí a jejich důsledků. (Novosad, 2009, cit. podle Baštecká, 2005) Do oblastí poradenské činnosti, které souvisí s problematikou neplodnosti, můžeme zahrnout lékařské poradenství, které souvisí s úpravou životního stylu a životosprávy. Poradenství psychologické, kam spadá i partnerské a rodinné poradenství a představuje tak akutní pomoc v kritickém momentu života. Následně poradenství sociálně právní, které se vztahuje například na orientaci v systému sociální politiky. (Novosad, 2009, s. 104 – 105)

Sociální poradenství je pro partnery ušlechtilou službou. Nachází se v situaci, která není běžná, a při plánování miminka s komplikacemi většinou nepočítají. Sociální pracovník může neplodným partnerům pomoci ve zprostředkování základních informací, nasměrovat je na místa a pověřené osoby, na které se mohou obrátit. Léčba formou asistované reprodukce

jde ruku v ruce s vysokými náklady na její provedení. Proto v případě, že se pár opravdu rozhodne pro tuto formu pomoci, zde sociální pracovník může zastat i roli poradce v oblasti finančního plánování. (Doherty, Clark, 2006, s. 35) Sociální pracovník může dále pomoci s nácvikem situací a frází, které by pár použil při komentování bezdětnosti svým okolím. Může být nápomocný v rozvoji komunikace mezi partnery a následně se pokusí vyhledat řešení na individuální zakázky partnerů.

Etické zásady poradenství

Sociální pracovník musí disponovat teoretickým vzděláním v oblasti problematiky, ve které se pohybuje. Zásadní pro poradenskou činnost je respektování etických zásad a požadavků, které vycházejí z etického kodexu. Sociální pracovník má povinnost informovat partnery o všech možnostech řešení nepříznivé situace, ať pozitivních, tak negativních. Partneři by měli být srozumitelně seznámeni s metodami léčby a zároveň informováni o možných rizicích a důsledcích jejich rozhodování. Pro sociálního pracovníka zároveň platí pravidlo mlčenlivosti a diskrétnosti úkonů sociální služby. Následně akceptuje rozhodnutí partnerů ve zvolení svého řešení. V případě, že se pár rozhodne pro řešení, které se neshoduje s názorem pracovníka nebo zaměřením samotného zařízení, se stále chová profesionálně a respektuje zvolené řešení. Velkou výhodou a úlevou se pro pár stávají získané informace, díky nimž se mohou lépe orientovat a mít kontrolu nad tíživou situací. (Etický kodex sociálních pracovníků ČR)

Léčba neplodnosti v sobě skýtá výzvu pro práci sociálního pracovníka. Do hry se dostávají často silné emoce z předchozích zkušeností, kdy léčba nemusela dopadnout dobře. Na povrch mohou vyvstat nezpracované události a pocity, které byly potlačeny. Dále z vlastní zkušenosti z praxe v Centru naděje a pomoci, jsem vypořadala, že páry, které měly problémy s otěhotněním, se často cítili osaměle. Komunikovat se ženou nebo mužem, kteří trpí neplodností je pro obě strany náročné. V zařízeních, která se zabývají asistovanou reprodukcí, se obvykle partneři s osobním jednáním nesetkali. V případě, že pár nemá emocionální podporu od odborníků, ani od svého okolí, nastává problém. Sociální pracovník může být prvním světlým bodem na cestě k účinné léčbě neplodnosti nebo doprovázející osobou při rozhodování partnerů.

3 Neplodnost

V dalších kapitolách se již blíže zaměříme na pojem neplodnosti. Dále na její možné příčiny a faktory, které plodnost partnerů ovlivňují a způsobují nežádoucí důsledky. Tyto informace jsou důležité pro pochopení životní situace neplodného páru a jejího sociálního fungování. Mnohdy se bude jednat o údaje zdravotnického charakteru, což by mohlo značit nízkou relevanci k oboru sociální práce, ovšem neplodnost se stává okolností, která vyžaduje pohled více oborů současně a komplexní řešení. Zároveň pokud lékař nebo i sociální pracovník zná příčiny neplodnosti, může se automaticky zaměřit na jejich léčbu. Nemusí rovnou docházet k řešení nastalých důsledků, které obvykle značí cestu asistované reprodukce. Neplodnost je zdravotní problém se sociálními následky, kterým se bude věnovat již sociální pracovník. Stejně tak jako její prevenci. Informace jsou pro partnery a jeho okolí stěžejní, aby se mohli v této problematice orientovat.

3.1 Co neplodnost znamená?

Za neplodnost označuje Světová zdravotnická organizace (WHO, 2009) onemocnění reprodukčního systému, kdy dochází k neschopnosti počít dítě. Pár je považován za neplodný, pokud nedošlo k početí po 12 měsících pravidelného pohlavního styku bez použití antikoncepce. Neplodnost bude vždy považována za diagnózu páru, čímž se automaticky stává velmi specifickou diagnózou. Časový interval pro určení zdali má pár problém s početím, je určený spíše uměle. Někteří autoři píší i o době dvou let. Důvod této hranice je stanoven pro racionální upozornění partnerů, aby se o možnost léčby nebo upravení životosprávy začali zajímat. (Řežábek, 2018, s. 12)

V této problematice rozeznáváme několik termínů.

Sterilita - úplná neschopnost počít dítě (osoby po chirurgické sterilizaci, ženy bez vaječníků nebo po odstranění vejcovodů).

Infertilita - jedná se o stav, kdy žena otěhotní, ale není schopna donosit své dítě a porodit životaschopný plod.

Subfertilita - obecně popisována jako snížená schopnost otěhotnět za předpokladu, že pár po dítěti touží a o početí se snaží. (Lázničková, 2014, s. 3)

Dále můžeme neplodnost rozlišit na neplodnost **primární** - u páru, jež je bezdětný a nikdy těhotenství nebylo prokázáno a **sekundární** - k početí či donošení dítěte v minulosti došlo, následně se otěhotnění nedaří. (Lázničková, 2014, s. 4)

Dle Lázničkové (2003, s. 1) je nutná souhra mnoha procesů v těle muže a ženy, aby došlo k otěhotnění. Je tedy nutné dbát na společnou plodnost obou partnerů. Podle studií pouze asi 60% párů otěhotní do 6 měsíců od doby, kdy se o početí začnou snažit. Po jednom roce bývá těhotných přibližně 70 – 80%, ovšem 15-20% párů zůstává neplodných. Příčiny, proč se nedaří otěhotnět, nalézáme stejným dílem u muže (35-45%) i u ženy. U 20% nalézáme příčinu na obou stranách. Po jednom roce snažení partnerů o početí již mluvíme o snížené plodnosti (subfertilitě).

3.2 Příčiny neplodnosti

3.2.1 Možné příčiny neplodnosti u ženy

Anatomické příčiny

Za normálních okolností v období ovulace ženy, spermie putuje pochvou, hrdlem děložního čípku a dutinou děložní do vejcovodu k vajíčku. V některých případech se po této cestě mohou naskytnout „překážky“ v podobě srůstů, které způsobují například neprůchodnost vejcovodů a zapříčiňují dosavadní neschopnost počít dítě. Jako další a jedna z primárních příčin neplodnosti jsou časté záněty. Zejména zánět pochvy, který je potřeba přeléčit a vyhnout se jejím výplachům nebo používání lubrikantů. Základním předpokladem přirozené plodnosti páru je kvalitní, řídký a tažný cervikální hlen. V případě jeho nedostatečného množství může být schopnost počít snížena. Kvalitu hlenu snižuje také chronický zánět děložního hrdla. Dalším důvodem je tvorba protilátek proti spermatu. Dochází k „nesnášenlivosti“ mezi hlenem a spermatem a k otěhotnění tak nemůže dojít. Jakékoli změny na děloze bývají samy o sobě příčinou nemožnosti početí. Vyskytnout se mohou různé vývojové vady: přepážka v děloze, zdvojení dělohy nebo naopak její nedostatečné vyvinutí, výrazně malá „dětská“ děloha. Děložní sliznice může být poškozena prostřednictvím zavedení děložního tělíska, užíváním hormonální antikoncepce, po provedení kyretáže nebo po předchozích zánětech. (Lázničková, 2003, s. 9-10)

Hormonální příčiny

U těchto příčin, jež mohou za neplodnost, je třeba vymezit několik pojmů a procesů, které se v těle ženy odehrávají, protože hormonální změny spadají do složitější problematiky.

„Menstruační cyklus ženy začíná prvním dnem pravého menstruačního krvácení a končí posledním dnem před následující menstruací.“ (Lázničková, 2018, s. 8) Každá žena má odlišný průběh a délku cyklů, i přesto že se obecně uvádí délka okolo 30 dnů. Během cyklu dochází ke zrání a růstu folikulu, následně jeho prasknutí, při kterém se uvolní vajíčko (ovulace) a folikul se přemění na žluté tělísko. Pokud vajíčko nebude oplodněno, dojde k jeho zániku. Je nutné podotknout, že k ovulaci během cyklu dochází pouze jednou. Menstruační cyklus se skládá ze dvou základních fází. Fáze před ovulací – folikulární. Tato fáze je u každé ženy individuálně dlouhá. Fáze po ovulaci – luteální. Tato fáze je stěžejní pro udržení oplozeného vajíčka. Fyziologicky by se délka této fáze měla pohybovat mezi 13 až 16 dny. (Lázničková, 2014, s. 8)

Během procesu menstruace dochází k přeměnám hormonů, které mají vliv na určitou fázi cyklu. Mezimozkem je vyslán signál k tvorbě gonadotropního hormonu. Díky signálu tohoto hormonu vypraví hypofýza další dva hormony - folikulo stimulující hormon (FSH), který působí na zrání folikulů ve vaječniku a zajišťuje následnou produkci vajíček a hormonů, které ve folikulech vnikají – estrogeny a progesterony. V hypofýze se tvoří dále luteinizační hormon (LH), který je nutný k vyvolání ovulace. (Lázničková, 2014, s. 9)

Během menstruačního cyklu jsou skrze stěnu folikulu produkovány ovariální hormony – estrogen a progesteron. Míra každého hormonu se během cyklu mění. Na začátku menstruačního cyklu se zvyšuje míra estrogenu. Díky jeho působení se zkvalitňuje a řídne cervikální hlen. V předovulační fázi jeho nárůst vede k zvýšené sekreci LH a tím je zpuštěna ovulace. Po ovulaci se zvyšuje produkce progesteronu prostřednictvím žlutého tělíska ve vaječniku. Přípravuje tak děložní sliznici na přijetí oplodněného vajíčka. Během těhotenství jeho hladina stoupá. (Lázničková, 2014, s. 9)

Mezi konkrétní hormonální příčiny neplodnosti patří nedostatečná hladina progesteronu, která zapříčiňuje nedostatečnost neboli insuficienci žlutého tělíska. Tento jev můžeme pozorovat prostřednictvím měření bazální teploty. Po dlouhé folikulární fázi, která se vyznačuje nižšími teplotami, přichází velmi krátká luteální fáze vysokých teplot. Ta by ovšem měla být ideálně dlouhá 13-16 dní. Při zvýšené hladině prolaktinu, nedochází ke zrání folikulu a žlutého tělíska a to může zamezit ovulaci. Při těžších případech nedochází vůbec k ovulaci a průběh bazálních teplot je monofázický. U těchto příčin je potřeba vyloučit onemocnění hypofýzy a užívání psychofarmak. Další problém nastává v případě zvýšené hladiny androgenů, především testosteronu, který způsobí nízkou hladinu estrogenů a tím i

nedostatečné vyvíjení folikulu. Dojde k nedostatečné funkci žlutého tělíska a později nedojde k ovulaci. Dále se může vyskytnout tzv. sekundární amenorhea, kdy žena velmi dlouhou dobu vůbec nekrvácí. (Lázničková, 2003, s. 10-11) Mezi nejčastější poruchu patří nepoměr hodnot FSH a LH, který může způsobit syndrom polycystických ovaríí neboli syndrom PCO, který je velmi těžko léčitelný. Ve vaječnicích se tvoří malé cysty, které způsobí zastavení měsíčků, vznik akné a obezity. (Doherty, Clark, 2006, s. 22) Léčba probíhá pomocí hormonální antikoncepce, zároveň za účelem léčby akné a dalších příznaků. (Lázničková, 2018, s. 8) To je ovšem logicky velmi kontraproduktivní, protože při léčbě hormonální antikoncepcí žena nemůže počít dítě, po kterém právě touží.

Průběh menstruačního cyklu je závislý nejen na rovnováze výše zmíněných hormonů, ale také na optimální hladině hormonů štítné žlázy, nadledvin a případně dalších.

Imunologické příčiny

Podíl imunologických příčin na vzniku neplodnosti se uvádí okolo dvou až tří procent. Jedná se nejčastěji o vznik protilátek ženy proti spermatu muže, které se dostane do kontaktu s buňkami imunitního systému v pohlavním ústrojí. Protilátky následně zablokují transport spermií nebo omezí jejich pohyblivost. Mohou se objevit i protilátky proti vajíčku nebo buňkám žlutého tělíska. (Lázničková, 2003, s. 12)

Užívání antikoncepce

Užívání hormonální antikoncepce (HAK) je možnou příčinou tzv. nevysvětlitelné neplodnosti. Hormonální antikoncepce, byla vyvinuta v domnění, že se jedná o ideální prostředek pro regulaci početí v období, kdy pár ještě není připravený, aby založil rodinu. Zároveň se jedná o jednu z nečastější léčebnou metodu, která má napomoci zlepšení akné, „zpravidelnění“ menstruačního cyklu, dále pro léčbu cyst vaječníků a snížení bolestivé menstruace. Stala se tedy velmi využívaným prostředkem, který nese své důsledky v podobě možných potratových účinků, aniž by si žena něčeho všimla. Po vysazení HAK je pravděpodobný ozdravný proces těla ženy, který má individuální délku. Tělo bylo určitou dobu zvyklé na přísun hormonů, které vedly k potlačení ovulace nebo zahuštění cervikálního hlenu a zabránění tak početí. Určitý čas po vysazení trvá, než se tělo navrátí zpět do přirozeného stavu, ve kterém je žena schopna otěhotnět. (Lázničková, 2018)

Tělesná váha

V případě, že je žena extrémně obézní nebo naopak hubená, je zapotřebí hledat příčinu neplodnosti i v tělesné váze. Samotnou příčinou změn váhy mohou být psychické problémy, proto po psychoterapii a návratu do optimálního stavu se často vrací normální ovulační cyklus. (Lázničková, 2003 s. 13)

Cvičení a diety

Pokud se žena vystavuje přehnané fyzické zátěži, může dojít k poruše reprodukčních funkcí. Extrémní diety a cvičení mohou způsobit, že žena přestane ovulovat. Dochází k náhlé redukci tuku, jehož optimální hladina je nezbytná pro tvorbu estrogenu. Následkem jsou tzv. anovulační cykly, kdy žena sice krvácí, ale k ovulaci nedochází. (Doherty, Clark, 2006, s. 16)

Věk

V první kapitole této práce již bylo zmíněno, že věk je důležitým faktorem, který má vliv na plodnost ženy. Ženy jsou při narození vybaveny určitým počtem vajíček. Jejich množství každým rokem klesá. Stárnutí ženy neovlivňuje pouze počet vajíček, ale i jejich kvalitu a možnost změnit se ve zdravý plod. V období puberty, z původního množství až sedmi milionů vajíček, zůstává zhruba třista tisíc a ve věku třiceti let, zůstává okolo několika tisíců. (Doherty, Clark, 2006, s. 17) Za neplodný pár považujeme ten, který neotěhotní po jednom roce pravidelného, nechráněného pohlavního styku. Avšak je třeba si uvědomit, že nelze vždy čekat rok. Ženy ve věku nad 35 let by neměly riskovat, a vyhledat odborníky daleko dříve. Nejlépe po půl roce snažení. (Řežábek, 2014, s. 12)

3.2.2 Možné příčiny neplodnosti u muže

Anatomické příčiny

Fyziologicky se u zdravého dospělého muže tvoří spermie ve varlatech, a pak putují do nadvarlete, kde vyzrají a skrze chámovody a močovou trubici se uvolní ejakulací. Stejně jako u ženských anatomických poruch, i zde se mohou objevit překážky ve formě srůstů. Pokud jsou varlata příliš měkká nebo malá, může se porušit tvorba semenných buněk. Optimální teplota pro tvorbu spermií ve varlatech je o něco nižší než tělesná teplota. Pokud tedy dojde k jejímu zvýšení, dochází automaticky ke zhoršení plodnosti muže. Příčiny zvýšení teploty mohou být různé: časté saunování, nošení upnutých slipů a kalhot, zhoršené pracovní podmínky (práce u hutních pecí). Další příčinou zvýšené teploty ve varlatech je tzv. varikokéla. Jedná se o zmnožení žilní pleteně. Zvýšené množství krve v okolí varlat tedy

zapříčiní i vyšší teplotu a omezí tvorbu spermií – oligospermie. Mezi další anatomickou příčinu řadíme úrazy varlat, poškození varlat zářením a záněty. Dále se může vyskytnout tzv. azoospermie, tedy chybění spermií ve spermatu. (Lázničková, 2003, s. 4)

Hormonální příčiny

Hormonální příčiny neplodnosti u muže způsobuje nízká hladina mužských pohlavních hormonů, například testosteronu. Tento hormon je tvořen vlivem výše zmíněného LH a FSH, proto i na jejich hladině záleží. Zvýšená hladina prolaktinu nebo onemocnění diabetem, může způsobit oligospermii nebo problémy s potencí a tím i neschopnost pohlavního styku. Zvýšená hladina hormonů štítné žlázy také negativně působí na funkci varlat. (Lázničková, 2003, s. 5)

Erektilní dysfunkce

Jedná se o neschopnost pohlavního styku. Nemůže dojít ani k ejakulaci a početí dítěte. Příčiny mohou být různé, například nedostatek testosteronu, vysoká hladina prolaktinu, zhoršení funkce štítné žlázy, diabetes. Mezi další příčiny patří poranění míchy a onemocnění mozku, jakými jsou epilepsie a nádory a může se vyskytovat u mužů s Parkinsonovou nebo Alzheimerovou chorobou. (Lázničková, 2003, s. 6)

3.2.3 Společné příčiny neplodnosti

Není správné hovořit samostatně o neplodnosti ženy a muže, ale o neplodnosti páru. Žena a muž spolu tvoří zcela unikátní jednotku a možnost zplodit dítě přirozenou cestou je určována velkým množstvím zevních i vnitřních faktorů na straně obou partnerů, které jsou zmíněny také výše. (Lázničková, 2014, s. 4)

Pohlavně přenosné choroby

Pohlavně přenosné nemoci jsou dnes častým zaviněním neplodnosti. Jedná se o infekční onemocnění, jakým jsou například kapavka, chlamydie a virová onemocnění, která se mohou rozvinout v pánevní zánětlivé onemocnění a následný srůst v pánevní oblasti a poškození vejcovodů. Vejcovody se stávají neprůchodnými. (Doherty, Clark, 2006, s. 16)

Rizikové faktory

Alkohol, kouření a užívání drog může do jisté míry plodnost páru také ovlivnit. Kouření může být příčinou mimoděložních těhotenství, které v současné době ještě není slučitelné s bezpečným a zdravým vývojem plodu. Dále snižuje ženskou plodnost ovlivněním hormonálních hladin a tím znesnadňuje uhnízdění vajíčka. Kouření dokonce může urychlit nástup klimakteria, snižuje tvorbu spermií a jejich pohyblivost. V případě, že muž postrádá vitamín E, C, B a určité minerály jako zinek, selen a měď, může také dojít ke snížení počtu spermií. (Lázničková, 2003, s. 6) Podle studií z USA byl jasně prokázán vliv látek, které se v cigaretách vyskytují, na předčasný zánik buněk ve vaječniku. Dalším faktorem snižující se šance otěhotnět je již zmíněný alkohol a dále i vysoký přísun kofeinu. (Doherty, Clark, 2006, s. 15) Otázka zdravé životosprávy je konkrétně oblast, kterou by sociální pracovník měl se svými klienty řešit a navést je na správnou cestu.

3.3 Psychické faktory a důsledky vědomí neplodnosti

Jako poslední příčinu neplodnosti bych ráda uvedla psychické faktory, které vnímám také jako důležité a často opomíjené příčiny. Pokud je u páru diagnostikována příčina biologická, nemělo by se zapomínat ani na duševní stránku problému.

Neplodnost je problém složitý a musí se na něj pohlížet komplexně. Samotné vědomí možné neplodnosti, je velmi zatěžující situací a jen díky této myšlence nemusí k početí dojít. Dlouhodobý až chronický stres může ovlivnit hladinu hormonů a tím i narušit průběh menstruace. Velmi silný stres může dokonce způsobit anovulaci nebo úplné zastavení krvácení. (Doherty, Clark, 2006, s. 16) Lázničková (2014, s. 4) uvádí, že častým důsledkem vědomí neplodnosti je stav, kdy se milování stává pouhým „úsilím o dítě“. Dochází tak k poklesu jeho spontánnosti a všechny pohlavní styky se začnou směřovat pouze do plodného období ženy. Nechtěně bezdětní se mohou cítit izolovaně od společnosti a od svých vrstevníků, kteří již většinou děti mají. Stres, který z celé situace vyplývá, působí proti samotnému početí a mnohdy vede až k rozpadu vztahu.

Nejen sociální pracovník, ale i okolí a osoby blízké mohou být nejužitečnější ve chvílích, kdy se partneři dozvídají o své diagnóze a snaží se ve své situaci zorientovat. Je nutné partnery podporovat, aby si příčiny neplodnosti vzájemně nevyčítali a pokusili se situaci přijmout místo toho, aby se od sebe vzdalovali a přestali komunikovat. Můžeme je také podpořit ve změně své životosprávy a poskytnout informace, které by mohly partnery uklidnit

4 Metody léčby neplodnosti

Následující kapitola se zaměřuje na několik konkrétních metod léčby neplodnosti nebo na diametrálně jiné řešení a tím je osvojení dítěte. Pokud je pár diagnostikovaný jako neplodný nebo má s početím problémy, má dnes na výběr z mnoha možností. Jednotlivé metody se orientují podle příčin neplodnosti, proto ne všechny páry automaticky potřebují nejradikálnější zásahy do svých těl. Cílem kapitoly není popis všech technik, které existují, ale stručná charakteristika nejvíce využívaných a nejznámějších metod, které jsou nejčastěji lékaři doporučovány. Některé bez ohledu na jejich etickou stránku, zdravotní komplikace a ignorování lidské důstojnosti ve formě manipulace se zárodečnými buňkami, jejich selekce, redukce a obecně přesunutí přirozeného intimního vztahu partnerů do laboratorních prostor.

4.1 Asistovaná reprodukce

Metody asistované reprodukce, jinak často nazývané jako metody umělého oplodnění, jsou léčebné techniky diagnózy neplodnosti, které bezprostředně manipulují se zárodečnými buňkami – vajíčkem a spermii. Podstatou asistované reprodukce je náhrada oplození a dalšího vývoje zárodka, které za normálních okolností probíhá po pohlavním styku. (Lázničková, 2003, s. 27) Oficiální definice asistované reprodukce: „Asistovaná reprodukce je obor medicíny, který pracuje mimo tělo člověka se spermii, vajíčky a embryi s cílem oplodnění ženy.“ (Řežábek, 2018, s. 12)

V současné době působí v ČR téměř 40 center asistované reprodukce. Celkový počet cyklů umělého oplodnění je více než 15 000 ročně. Jedná se ovšem o počet oplodnění. Počet dětí narozených pomocí technik asistované reprodukce se pohybuje okolo 2 - 3% ze všech narozených. Výběr metody závisí na konkrétní potřebě neplodného páru a na příčině neplodnosti. Prvně se samozřejmě využívají metody méně náročné a jednodušší. Zdaleka ne všechny páry vyžadují nejsložitější léčbu. U velkého množství párů byla zapotřebí pouze stimulace ovulace prostřednictvím medikace. (Řežábek, 2018)

4.2 Konkrétní metody asistované reprodukce

Stimulace cyklu

Aby byly metody asistované reprodukce účinné, je zapotřebí tzv. stimulace cyklu. Vaječníky se stimulují pomocí medikace, tak aby vyprodukovaly více vajíček, než při přirozeném cyklu. Vývoj většího počtu folikulů v obou vaječnicích zvyšuje šanci na získání většího počtu vajíček, která jsou schopny oplodnění. Proces je neustále pod dohledem lékaře,

který v požadovanou chvíli vyvolá ovulaci prostřednictvím dalších léků. Stimulace ovulace se provádí z organizačních důvodů tak, aby probíhala podle ordinačních hodin lékaře. Velkou nevýhodou stimulace je její finanční náročnost, protože medikace je obvykle drahá. Dále může dojít k tzv. hyperstimulaci, při které se stimuluje nadměrný počet folikulů a následně způsobí i zdravotní potíže. Vznikají vícečetná těhotenství, která jsou obvykle řešena selektivní redukcí. Vzniká riziko předčasného porodu a komplikace v těhotenství. (Lázničková, 2003, s. 28-30)

Arteficiální inseminace (AI)

Tato metoda spočívá ve vnesení spermií, získané masturbací, do pohlavního ústrojí ženy. Nejčastěji do dělohy nebo na děložní hrdlo. AI je nejjednodušší a zároveň nejstarší metoda. Spermie jsou před inseminací opakovaně promývané, aby byly zbaveny seminální plazmy a očištěny od bakterií. Léčba musí být správně načasovaná, a proto z organizačních důvodů probíhá stimulace ovulace i v čase, kdy by žena přirozeně neovulovala. (Lázničková, 2003, s. 28) Podle zdroje spermií se rozlišuje umělá inseminace od manžela (partnera) nebo umělá inseminace dárce. Metoda je využívána v případě impotence muže, sterility, negativního postkoitálního testu, nebo pokud je muž nositelem nějaké genetické nemoci či vady. Může být použita i v případě, že žena trpí silnými stahy poševního svalstva a není schopna pohlavního styku. (Řežábek, 2018, s. 13)

In vitro fertilizace a embryotransfer (IVF ET)

Název této metody značí doslova mimotělní oplodnění, tzv. „děti ze zkumavky“. Tato metoda byla původně vyvinuta pro ženy se závažným poškozením vejcovodů. Postupně se stala nejrozšířenější a nejznámější technikou AR. Prostřednictvím hormonální stimulace vaječnicků v ženě dozrává více vajíček, než při přirozeném cyklu. Během ovulace se v krátkodobé narkóze odebere několik vajíček. Ta jsou následně oplodněna spermii v laboratorních podmínkách. Po 42-72 hodinách je přeneseno několik zárodků do dělohy. Počet záleží na jednotlivém pracovišti. Zbylé nadpočetné zárodky se zmrazí pro případ dalšího pokusu. (Lázničková, 2003, s. 28) Obvykle jsou transferována dvě embrya. Tři embrya se doporučují jen v případě špatné prognózy partnerů. Z etického hlediska se více jak tři oplodněná embrya nedoporučují. (Řežábek, 2018, s. 127)

Při své obrovské touze po dítěti a vizi vysokých nákladů na léčbu, je stále mnoho párů přesvědčeno o tom, že čím více oplodněných embryí bude přeneseno, tím větší je šance na otěhotnění a úspěšný porod. Ovšem šance při přenosu tří a více embryí je stejná jako při

přenosu pouze jednoho nebo dvou. Neexistuje žádné omezení, které by nařizovalo minimální počet přenesených embryí, ovšem při vyšším počtu může docházet k nežádoucím potratům nebo k vícečetnému těhotenství a následné selektivní redukci embryí. (Doherty, Clark, 2006, s. 78)

Intracytoplasmatická injekce spermií (ICSI)

Jedná se o neúčinnější metodu v případě, že se v mužském ejakulátu nachází snížený počet spermií. Postup získání zárodečných buněk je stejný jako u IVF. Vajíčko je následně oplodněno pomocí injekce pouze jednou spermií, která se jeví jako nejkvalitnější. (Řežábek, 2018, s. 13)

Přenos gamet do vejcovodu (GIFT)

Jedná se o metodu, která klade menší zátěž na zárodečné buňky, protože ke splnutí buněk dochází v přirozeném prostředí. Buňky jsou nejdříve získány stejným způsobem jako u IVF. Následně jsou vyšetřeny a vráceny zpět do vejcovodu ženy. Zákrok je prováděn v celkové narkóze. (Lázničková, 2003, s. 29)

Kryokonzervace a kryoembryotransfer (KET)

Prostřednictvím zmrazení embryí a spermií, ustanou životní pochody a je možné je uchovávat až neomezeně dlouho. Riskantní fáze nastává při zmrazování a rozmrazování, kdy může dojít k poškození buněk. (Řežábek, 2018, s. 14) Embrya mají poté menší naději na to, že povedou k těhotenství. Po rozmrazení není průměrně pětina embryí schopna vývoje. Zbylým se tato šance sníží průměrně o 15%. Po kryoembryotransferu (přenesení rozmražených embryí) dvou embryí současně, je pravděpodobnost na otěhotnění 30-40%. (Řežábek, 2018, s. 128)

Programy darování gamet a embryí

Pokud se u ženy nevyvíjí žádná vajíčka, nabízí se metoda darování embryí jiné ženy. Dárkyně je hormonově stimulována a po načasování ovulace jsou jí odebrána vajíčka. U ženy zatím dochází k hormonální léčbě, aby byla schopna embryo přijmout. Po oplodnění vajíčka, je embryo přeneseno do dělohy příjemkyně. Zbylá embryo jsou případně zmrazena. Dárkyně musí zůstat v anonymitě a před zákrokem se podrobit několika vyšetřením. (Lázničková, 2003, s. 29)

Náhradní příjemkyně

Náhradní mateřství neboli surogátní mateřství je situace, kdy je embryo biologických rodičů implantováno do dělohy náhradní matky. Žena je těhotná se záměrem předat dítě po porodu biologickým rodičům. Proces je provázen podrobným psychologickým vyšetřením a právnickým poučením. Tato metoda je v České republice stále na hraně zákona. (Řežábek, 2018, s. 16)

4.3 Finanční náklady asistované reprodukce

Umělé oplodnění je metodou náročnou a drahou. Pojišťovny hradí samotné umělé oplodnění (IVF) ženám do 39 let. Hrazeny jsou tři cykly. Pokud bylo v prvních dvou cyklech transferováno pouze 1 embryo, hradí pojišťovna i čtvrtý pokus. Inseminaci hradí maximálně 6x do roka. (Řežábek, 2018, s. 43) V tabulce jsou uvedeny služby, které si partneři hradí sami.

Tabulka č. 2 – Doplatky za provedení služby asistované reprodukce

Výkon	Doplatek	Poznámka
Medikace při IVF	4000-8000 Kč	podle potřeby ženy
Intrauterinní inseminace	1000-3000 Kč	inseminace partnerem
Intracytoplasmatická injekce spermie	8000-10 000 Kč	
Prodloužená kultivace embryí	3500-8000 Kč	přenos oplodněných vajíček až 4-6 den
Kryokonzervace embryí	3000-5000 Kč	
Uchování embryí a spermií na 1 rok	1000-2000 Kč	
Kryoembryotransfer	2000-8000 Kč	rozmrazení a vložení embryí do dělohy
Předimplantační diagnostika	30 000-65 000 Kč	genetické vyšetření embryí před vložení do dělohy
Použití vajíček dárkyně	až 25 000 Kč	
Použití spermií dárce	1500-2500 Kč	

Zdroj: Šorfová, 2013, vlastní zpracování

4.4 Komplikace a úskalí asistované reprodukce

Při etickém hodnocení metod umělého oplodnění osobně vycházím z faktu, že lidský život začíná v okamžiku oplození vajíčka spermií. Jedná se o pohled ontologického personalismu, který je slučitelný s vědeckým poznáním, že se z jedné buňky postupně vyvíjí nový lidský organismus, který je potřeba chránit od počátku jeho vzniku a jsou mu přisouzena veškerá práva. Centrum naděje a pomoci se od metod asistované reprodukce distancuje a snaží se nalézt jinou cestu v léčbě neplodnosti. Výčet metod AR s jejich komplikacemi zde uvádím pro následné srovnání s metodami CENAP, kterými se budeme zabývat v další kapitole.

Hyperstimulace a načasování ovulace

Prostřednictvím hormonální stimulace vaječnicků může dojít k tzv. hyperstimulačnímu syndromu. Tento syndrom se projevuje zdravotními potížemi ve formě bolestivého a abnormálního menstruačního krvácení, zvětšením vaječnicků do velikosti 4-8 cm, nevolností, zvracením, poruchami funkce jater, v některých případech i poruchami vidění. Vyskytuje se velký počet vícečetných těhotenství, s nimi spojené předčasné porody nebo mimoděložní těhotenství, která nejsou v dnešní době slučitelná se životem. Stimulace ovulace představuje pro ženu nebezpečný způsob léčby, často zcela neopodstatněný, protože došlo k falešné diagnóze anovulace. (Lázničková, 2014, s. 24-26) Podle dlouholetých zkušeností gynekoložky Lázničkové často dochází ke špatnému vyhodnocení, zdali u ženy probíhá ovulace. Lékaři takto jednají, protože očekávají ovulaci 14. den cyklu. Každá žena má ovšem svůj vlastní menstruační cyklus, kde ovulace nemusí probíhat vždy 14. den. Pokud se u ženy do tohoto termínu ovulace nedostaví, je cyklus určený jako anovulační, proto je následně potřeba podstoupit stimulaci cyklu.

Kromě zdravotních následků a možných potratů, které jsou samozřejmě nežádoucí a způsobují další stres a obrovské zklamání partnerů, vidím nepřírozenost ve stimulaci vaječnicků a načasování ovulace. Dokonce se doporučuje i načasování pohlavních styků partnerů, aby byly šance na otěhotnění vyšší. Pohlavní styk se stává úsilím o dítě. S nadsázkou můžeme říct, že se jedná o „práci“. Tato metoda je podle mého názoru neakceptovatelná, protože nerespektuje úctu k životu jak ženy, tak dítěte a narušuje intimitu partnerského vztahu.

Vytváření a kryokonzervace nadpočetných embryí

Pomocí hormonální stimulace dozraje větší počet vajíček ve vaječnicích, odkud jsou v období ovulace odebrána a v laboratoři oplodněna spermii. Embrya jsou přenesena do dělohy, avšak nejsou přenesena všechna. Tak zvaná „nadpočetná“ embrya jsou buď zmrazena (tzv. kryokonzervace) a v případě další potřeby, rozmrazena. Pokud však o ně partneři nemají zájem, jsou zničena. Dále mohou být embrya se souhlasem biologických rodičů nabídnuta k adopci jinému páru nebo být použita k výzkumu a rozebrána na kmenové buňky. Kryokonzervace narušuje integritu embryí, která budou čekat na své narození po dobu neurčitou. (Janoušková, 2018, s. 88) Morálním problémem se stává nedůstojné zacházení s embryi, kterým jsou odepírána základní lidská práva, především právo na život. Nové lidské bytosti jsou likvidovány nebo je s nimi manipulováno, bez jejich možnosti na názor nebo rozhodnutí. Dítě se stává „produktem“ technického vývoje. (Lázničková, 2003, s. 27)

Z osobního hlediska vidím problém v příliš ztechnizovaném řešení neplodnosti. Lékaři mají doslova v rukou nové stvoření lidského života. Ztrácí se přirozenost, která byla a vždy bude spojená s mateřstvím. S embryi je zacházeno jako s předmětem, o jehož budoucnosti rozhodují jiní, proto tuto techniku považuji za značně nemorální.

Selekce a redukce embryí a spermií

Jedná se o jedno z nejproblematičtějších jednání, které AR skýtá. Redukce plodů značí řízený potrat. Celá situace je velmi absurdní. Partneři se dlouze a složitě snaží o dítě a ve chvíli, kdy se konečně tak stane, musejí rozhodnout, zdali své děti budou redukovat. Pokud ano, otázkou je, která z nich selektovat jako budoucí potomky a která navždy zatratit. (Janoušková, 2018, s. 89)

Nastává zároveň otázka, zdali se v budoucnu bude selekce orientovat pouze na počet embryí, anebo si budou moci partneři vybrat, které embryo bude to nejkvalitnější a po narození bude jejich dítě zdravé, chytré a kdo ví, zdali si nebudeme moci vybrat například barvu vlasů budoucího syna či dcery. Narážím tím na pravidlo tzv. kluzkého svahu, kdy s přicházejícími možnostmi bude přibývat i negativních důsledků, které velká část populace doposud nevidí.

Způsob získání spermatu

Pro veškeré techniky AR nebo pro vyšetření kvality spermatu je zapotřebí získat pohlavní buňku muže. Způsoby, jak spermie získat jsou dva – masturbací nebo postkoitálním

odběrem spermatu z pochvy ženy. Z křesťanského hlediska není masturbace v souladu s morálním jednáním, protože se z partnerského aktu stává záležitost jednoho člověka. Zároveň se odděluje pohlavní styk od možností plození. Odběr při postkoitálním testu je s naukou katolické církve slučitelný, bohužel organizačně náročnější. Je zapotřebí souladu mezi pohlavním stykem partnerů a ordinačními hodinami lékaře. Žena musí být co nejbližší ovulaci, aby byly výsledky spermioqramu vůbec akceptovatelné. Oba způsoby odběru v sobě skýtají stejnou nevýhodu. Spermie získané masturbací nemusí obsahovat v určité chvíli ty nejkvalitnější spermie, zároveň pokud je vzorek odebírán ve stresu, s vědomím budoucí léčby neplodnosti. Na kvalitě vzorku také závisí správná životospráva muže, proto trvá delší dobu, než se kvalita spermatu zlepší. Spermioqram může následně vyjít negativně, což na muže klade další stres. U postkoitálního odběru je podobný problém. Vzorek spermatu není kompletní, a proto je také nebezpečí špatného spermioqramu. (Lázničková, 2014, s. 19)

Darování pohlavních buněk a náhradní mateřství

Při darování zárodečných buněk od dárců, nebo náhradním mateřství, do procesu bezprostředně zasahuje třetí strana. Ať už je to dárkyně, která zůstane v anonymitě nebo surogátní matka, stále bude narušena struktura přirozené rodiny. Vytvořil se nový typ rodiny, tzv. vícerodičovský. Rodiče tedy mohou být biologičtí (dárci a dárkyně), surogátní (nositelka plodu) a následně rodiče, kteří budou potomka vychovávat. Dítě vyrůstající v těchto novodobých podmínkách, může být zmatené a ztracené v hledání vlastní identity. Dítě má právo znát svůj původ a své rodiče. Tuto touhu v sobě má každý z nás a v případě jejího nenaplnění může být celá situace traumatizující. Co se týče vztahu mezi mužem a ženou, je zcela jasné, že dochází k jeho narušení. Muž se musí vyrovnat s faktem, že není biologickým otcem a žena je připravena o své těhotenství. Touha po dítěti je tak velká, že miminko není plodem vztahu, ale výsledkem potřeby. (Janoušková, 2018, s. 90)

Kapitola obsahuje výčet nejproblematictějších a nejdiskutovanějších komplikací a vedlejších účinků asistované reprodukce. Mnoho lidí bude toho názoru, že primární je výsledek a tím bude dítě, které bude milované svými rodiči. Touha po dítěti může být nesmírná. Partneři jsou ochotni udělat cokoli, ovšem za jak velkou cenu. Být matkou a otcem je dar. Nenajdeme na světě nic tak přirozeného jako těhotenství a schopnost počít nový život. Nabízí se otázka, zdali jsme se od přirozenosti nevzdálili už příliš. Umělé oplodnění zdaleka nikdy nenahradí přirozenost pohlavního styku muže a ženy.

4.5 Adopce a život bez dětí

Osvojení dítěte

Pokud se manželským párům přes veškeré jejich úsilí nedaří počít vlastní dítě, a i přesto po něm touží, je na místě podpořit je v jejich touze a nastínit jim možnost adopce. V tomto případě je dobré, aby o této možnosti přemýšleli partneři otevřeně, aby pak mohli přijmout do své rodiny dítě formou náhradní rodinné péče. (Matějček, 1999) Nenaplněná touha po dítěti může být zároveň pro partnery posláním, aby se staly rodiči dětí z dětských domovů, které potřebují včasnou a citlivou ochranu. (Lázničková, 2003, s. 30)

Opatrný ve své příručce předkládá, že není dostačující pouze čekat, zdali pár otěhotní, ale ani rovnou doporučovat adopci. Důležité je zjistit příčinu problému a přemýšlet o možnostech terapie, která je v mnoha případech možná. V případě, kdy neplodnost není možné léčit, je důležité pomoci páru v přijetí této skutečnosti. Na paměti bychom měli mít, že každý z nich prožívá tuto situaci jinak a proto je nutné ke každému přistupovat individuálně. Zjištění neplodnosti s sebou nese bolest, která je trvalá, a to i po eventuálním rozhodnutí se pro adopci. (Opatrný, 2000)

Život bez dětí

Ne každý pár je připravený k osvojení dítěte a ze svého přesvědčení nechtějí podstoupit metody umělého oplodnění. Může dojít k momentu, kdy se partneři svého práva na dítě postupně vzdají. Vztah manželů může vzkvétat i bez dětí, neznamená to, že by kvůli neplodnosti ztrácel na významu či na své hodnotně. Manželé mohou díky prožívání této zkušenosti zažívat bezpodmínečnou lásku a vzájemnou oporu. Manželství, kterému nebylo požehnáno mít děti je stejně plnohodnotné jako to, které bylo obdařeno dětmi. (Muzikářová, 2015)

Přijmout nevlastní dítě za své je jak úctyhodné a naplňující, tak i velmi náročné. Neplodnost v sobě může skýtat opravdové posláním pro partnery. Neplodnost se obecně jeví jako špatná a pro partnery jako velké neštěstí, které v sobě na druhou stranu ukrývá neobyčejný význam. Stav, kdy partneři nejsou schopni počít vlastní dítě, může zároveň znamenat, že se musí vyřešit mezi mužem a ženou něco, co není objasněné. Zdravá komunikace a psychická pohoda partnerů jsou stěžejní potřeby pro přijetí vlastního dítěte. Jsou případy, kdy po několikaleté snaze otěhotnět a upnutí se pouze na myšlenku počít, se partneři postupně touhy po dítěti vzdali a nechali všemu volný průběh. Následně po tomto

uvolnění, žena bezproblémově otěhotněla. Často ještě předtím přijali za své další děti prostřednictvím adopce. Nesmí se ovšem jednat o jednání egoistické, kdy si partneři osvojí dítě jen pro uspokojení vlastní potřeby „mít dítě“. Nejedná se pak o jednání, které by bylo v nejlepším zájmu dítěte a utrpí nakonec obě strany. V případě, že se partneři rozhodnou pro život bez dětí, mohou mít stejně naplněný život, jako s nimi. Svou energii a čas mohou věnovat svým blízkým, své práci a mohou nabídnout pomoc ostatním potřebným.

5 Centrum naděje a pomoci

V této části práce se již konkrétně zaměříme na organizaci, která již ve svém názvu nese pozitivní perspektivu, co se týče léčby neplodnosti. Neplodnost je diagnózou nejistou. Některé páry nikdy nezjistí příčinu tohoto dění a k otěhotnění může dojít i v případě, že statistická pravděpodobnost, vzhledem k výsledkům vyšetření, je velmi malá. (Řežábek, 2018, s. 34) Centrum naděje a pomoci se snaží dát páru naději a přes všechny možné negativní prognózy je podporovat v léčbě, která zachovává úctu k životu jak dítěte, tak matky a otce.

5.1 Služby organizace

Centrum naděje a pomoci nabízí nejen zdravotní, ale i sociální poradenství. Zaměřuje se na pomoc v souvislosti s těhotenstvím, mateřstvím a rodičovstvím. Podstatou organizace je pomoc s úctou k životu a k rodině v otázkách partnerských a mezigeneračních vztahů. Spektrum služeb je rozmanité, což vyžaduje i očekávanou profesionalitu a odborné vzdělání v mnoha problematikách. Poradenství se vztahuje například na zprostředkování informací týkající se podmínek a nároku na sociální dávky. Poskytují pomoc i v případě domácího násilí, zneužívání a závislosti na drogách, alkoholu či vzniku jiných sociálně patologických a společensky nebezpečných jevů, jako je například šikana. V případě, že se nedaří páru otěhotnět, poskytují kontakty na návazná specializovaná centra a zařízení, která pomáhají v léčbě příčin neplodnosti. Poskytují poradenství, pokud pár očekává narození miminka s možným postižením, při ztrátě dítěte, v období těhotenství a porodu. Dále radí i při potřebě vyhnout se početí, při gynekologických problémech a v období klimakteria. Nedílnou součástí organizace je i poskytování informací v otázkách výchovy a vztahových problémů. Dosah činnosti organizace je celorepublikový, i přesto, že sídlí pouze v Brně. Prostřednictvím telefonického a internetového poradenství se může na poradnu obrátit každý. Velkou výhodou, je při poradně činnost gynekologické ambulance, která zajišťuje individuální přístup při léčbě nebo preventivní prohlídce každé ženy. Jako poslední činnost, která je pro léčbu neplodnosti stěžejní, je výuka a využívání tzv. symptotermání metody, díky níž se může pár orientovat ve své přirozené plodnosti. Tato metoda, pro sledování ženského cyklu, bude popsána později. (Centrum naděje a pomoci, O organizaci [online])

5.2 Léčba neplodnosti

Partneři, kterým se nedaří otěhotnět, mohou navštívit poradnu při neplodnosti. Poradnu může navštívit i jednotlivec. V rámci poradenství se pracovníci snaží vysvětlit zákonitosti společné plodnosti páru, mluví o příčinách neplodnosti a možnostech léčby. Pár může využít i odborné prohlídky v gynekologické ambulanci. Konzultace pomáhají neplodnému páru pochopit jejich konkrétní situaci a zorientovat se v možnostech řešení. Poradenství probíhá ve dvou základních konzultacích (90 – 120 min) a je placené. Dále CENAP nabízí v rámci léčby intenzivní kurz s názvem „Neplodnost, příčiny, řešení“ nebo kurz „NAPROHELP – úspěšná cesta k dítěti“. MUDr. Lázníčková také vypracovala publikaci „Neplodnost“, podle které se partneři mohou orientovat.

Nejdůležitější podstatou metod CENAP je léčba a řešení příčin neschopnosti počít dítě, nikoli nastalých důsledků. Pomocí metody NAPROHELP, která vznikla prostřednictvím dlouholeté praxe a výzkumů doktorky Ludmily Lázníčkové, která je zároveň zakladatelka poradny, pomáhají k přirozenému procesu početí. Pomoc je určena jak párům, u kterých dosud nikdy otěhotnění nebylo prokázáno, tak těm, kteří již dříve porodili nebo alespoň otěhotněli a nyní se otěhotnění nedaří. Metoda je úspěšná v situacích, kdy žena sice otěhotní, ale pak se nedaří miminko donosit nebo i po předchozích marných pokusech o umělé oplodnění. (Centrum naděje a pomoci, Poradna při neplodnosti [online])

5.3 Metoda NAPROHELP

Metoda NAPROHELP vychází z podpoření společné plodnosti páru pomocí kvalitních potravinových doplňků, správného načasování hormonální léčby pomocí symptotermální metody přirozeného plánování rodičovství, s využitím dalších potřebných vyšetření. Metoda řeší příčiny neplodnosti komplexně tak, že zahrnuje všechny oblasti života partnerů. Nezaměřuje se pouze na biologické příčiny, ale i na psychické, sociální a spirituální sféry života, které mají vliv na prožívání situace. Zároveň je finančně nenáročná a nechává velký prostor pro samotné fungování partnerů, bez vehementního působení lékaře. Podstatou metody NAPROHELP je úcta k životu, bez jakéhokoli škození na zdraví, jak dítěte, tak matky a otce. Léčba neobsahuje žádnou techniku, která by zapříčinila možný potrat nebo následnou likvidaci embryí. Neobsahuje hormonální stimulaci ani nepřirozené načasování ovulace. (Lázníčková, 2014)

Stěžejní pro pochopení metody NAPROHELP je zmínění několika mýtů, které se v souvislosti s ženským tělem v poslední době objevily. Obecná známost těchto domněnek

bohužel způsobuje neblahé důsledky v podobě špatně zvolené léčby. Podle zkušeností CENAP následně popíši jevy v jejich pravdivém světle.

1) Mýtus - Ovulace probíhá 14. den cyklu

Častým důvodem pro diagnostikování neplodnosti u ženy, je situace, kdy u ženy lékaři nevypozorují ovulaci. Označí tak cyklus za anovulační, tedy neschopnost počít dítě, protože z vaječníku nevychází vajíčka. Obecně uznávaný fakt, že ovulace probíhá 14. den cyklu, je bohužel velkým omylem, který má za následek automatickou léčbu prostřednictvím asistované reprodukce a stimulace cyklu. Komplikací je možný potratový účinek a snížení kvality cervikálního hlenu, který je zapotřebí pro transport spermií v pohlavním ústrojí ženy a další zdravotní komplikace.

Studie organizace z roku 2012, kdy si 221 žen sledovalo svůj menstruační cyklus pomocí symptotermální metody, zjistila, že až 70% žen ovulovalo po 16. dni cyklu. Ovulaci do 15. dne cyklu mělo tedy pouze 30% žen. Studie prokazuje, že každá žena má svůj vlastní menstruační cyklus a individuální dobu pro průběh ovulace.

2) Mýtus nepravidelného cyklu

Dalším mýtem, který takřka zlidověl, je pojem „nepravidelný cyklus“. Za tento jev lékaři obvykle označují stav, kdy má žena kratší nebo delší cyklus, než je obecně uznávaných 28 dní. Stejně jako u předchozího mýtu, je i zde dané, že každá žena má individuální průběh a délku cyklu, proto je zcela zbytečné se snažit „zpravidelnit“ menstruační cyklus na určitý počet dní. Problém nastává ve chvíli, kdy se do hry dostává hormonální antikoncepce (HAK), kterou se „problém“ nepravidelných cyklů „léčí“. HAK má ovšem velké množství vedlejších účinků. Jedním z nich je i zhoršená schopnost otěhotnět, protože je tělo nastaveno proti početí a bohužel i častý potratový účinek. (Lázničková, 2014, s. 7)

Pokud partneři opravdu chtějí otěhotnět, musí tato fakta znát. Špatně diagnostikovaná anovulace a léčebně nasazená antikoncepce jsou častými příčinami, proč se páru nedaří počít. Jedná se často o neuvážené a zkratkovité jednání gynekologa. V další podkapitole se zaměříme na konkrétní postupy metody NAPROHELP, která s rozdílností každé ženy počítá.

5.4 Konkrétní techniky metody NAPROHELP

Vědomí společné plodnosti

Aby mohl muž se ženou otěhotnět, musí stavět na své společné plodnosti. Pohlavní buňkou ženy je vajíčko, které má podstatně kratší dobu životnosti, než spermie u muže. Vajíčko po uvolnění z vaječníků je schopné k oplodnění 12 až 16 hodin. Žena je tedy plodná velice krátkou dobu. Mužská pohlavní buňka – spermie, má životnost delší a to až 7 dní. Jejich životnost je závislá na prostředí. V kyselém prostředí pochvy do několika hodin zanikají, ovšem v kryptách děložního hrdla, v přítomnosti hlenu děložního hrdla, mohou přežít až několik dní. V období ovulace spermie vycestují směrem k uvolněnému vajíčku. Hlen děložního hrdla, tzv. cervikální hlen, se u ženy mění v závislosti na výši hormonů vaječníků. V době před ovulací je bohatý na soli, minerály, aminokyseliny a proto přispívá k výživě spermií. Zároveň je čím dál více řidší, spermie se k vajíčku dostanou jednodušeji.

Na základě tohoto poznání, může žena prakticky otěhotnět i 7 dní po posledním pohlavním styku. Vzhledem k tomu, že každá žena je jiná a může ovulovat daleko později než 14. den cyklu, je zapotřebí vědět, kdy se pohlavní styk má uskutečnit. CENAP nenabádá k tzv. „načasování“ milování, pouze informuje partnery o období společné plodnosti. Na základě těchto vědomostí pár jedná podle svého uvážení. (Lázničková, 2003)

Symptotermální metoda přirozeného plánování rodičovství

Je nezbytné, abych zde popsala fungování symptotermální metody přirozeného plánování rodičovství, protože díky ní může pár rozpoznat známky plodnosti, určit plodné a neplodné období a vědomě se otevřít početí dítěte. Zároveň díky této metodě gynekolog rozpozná, kdy nasadit hormonální léčbu gestageny pro udržení žlutého tělíska při krátké luteální fázi.

Přirozené plánování rodičovství (PPR) je metodou stanovení plodných a neplodných dnů u ženy. Prostřednictvím PPR může pár buďto o otěhotnění usilovat nebo se naopak početí vyhnout – během plodného období nedochází k pohlavnímu styku. PPR využívá přirozeně probíhající změny v těle ženy, které je možné sledovat a vyhodnocovat. Metod PPR je několik, CENAP se ovšem zaměřuje pouze na symptotermální metodu. Aby si žena stanovila plodné a neplodné období, je zapotřebí tzv. dvojí kontroly – sledování změn cervikálního hlenu a měření bazální tělesné teploty. Podmínkou spolehlivosti symptotermální metody je znalost a pečlivé dodržování jejích pravidel. (Lázničková, 2014, s. 11)

Pravidla pro sledování hlenu

Vzhled a kvalita cervikální hlenu je udána množstvím estrogenů. Čím je vyšší hladina estrogenů a žena se blíží ovulaci, tím je hlen tekutější a doprovázen subjektivním pocitem vlhka a mokra v rodidlech. S nástupem progesteronu – období po ovulaci, se hlen stává lepkavým a hustým až nakonec není zpozorovatelný. Proto poslední den, kdy se hlen jevil jako „nejkvalitnější“ a po něm došlo ke změně k „méně kvalitnímu hlenu“, označujeme jako „vrchol hlenu“. Plodné období následně trvá ještě 3 dny po vyhodnocení vrcholu hlenu.

Subjektivní pocity na rodidlech i vzhled hlenu se zapisuje do záznamových tabulek. Pro jednodušší orientaci v kvalitě hlenu slouží následující tabulka.

Tabulka č. 3 – Charakteristika hlenového příznaku

Subjektivní pocity	Vzhled hlenu	Značka charakteru hlenu
Sucho	Žádný	S
bez pocitů	Žádný	O
Vlhko	Žádný	V
Vlkho	hustý, bělavý, nažloutlý, lepkavý, hrudkovitý, ne tažný	H
Mokro, kluzko	sklovitý s bílými vlákny, průhledný, průzračný, tažný, jako syrový vaječný bílek, s vlákny krve	H+
Mokro	Žádný	H+

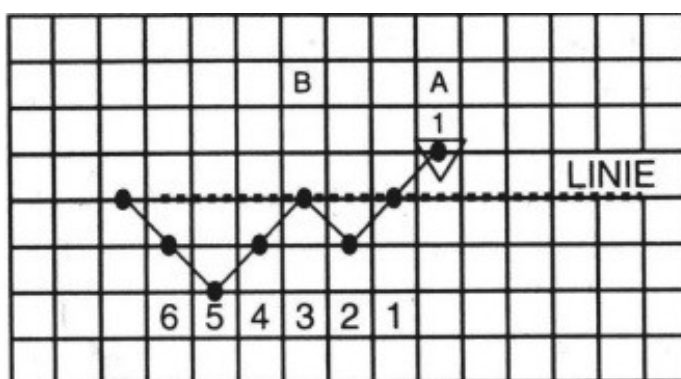
Zdroj: Lázničková, 2018

Pravidla pro sledování bazální tělesné teploty

Dalším ukazatelem pro stanovení plodných a neplodných dnů je bazální tělesná teplota (BTT). Tato teplota se měří ráno, nejlépe hned po probuzení, v tělesné dutině – konečník, pochva, ústa. Měření během cyklu musí probíhat za stejných podmínek ve stejné dutině, stejným teploměrem, ve stejnou dobu. Naměřenou teplotu následně žena zapíše do záznamových tabulek.

Před ovulací je BTT nižší. Po ovulaci, se stoupající hladinou progesteronu, dochází k vzestupu teplot. Vysoké teploty by fyziologicky měly být nadále dalších 12 – 16 dnů. Abychom mohli vyhodnotit, kdy probíhala ovulace a tedy největší šance partnerů na otěhotnění, musí žena určit první den vzestupu teploty. Ten se stanoví jako první měření, které je jakkoli vyšší ze šesti předchozích platných měření. Z těchto šesti předchozích měření se stanoví tzv. linie, která určí, zdali k hormonálnímu zvýšení teplot opravdu dochází. (Lázničková, 2003)

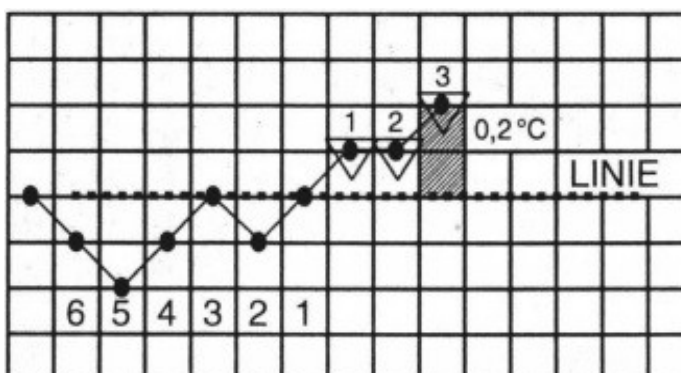
Obrázek č. 1 – Stanovení dne vzestupu teploty



Zdroj: Lázničková, 2018

Aby žena spolehlivě určila, že ke zvýšení teplot došlo z hormonálních příčin, stanoví potvrzení vzestupu bazální teploty. K tomu jsou nutná tři vyšší měření nad linií (šest předchozích měření). Poté můžeme ukončit plodné období z hlediska měření bazální tělesné teploty. Za potvrzení vzestupu BTT pokládáme třetí platné měření, které je o 0,2 °C a více nad linií, tak jak je tomu na následujícím obrázku.

Obrázek č. 2 – Potvrzení vzestupu teploty



Zdroj: Lázničková, 2018

Prostřednictvím sledování hlenového příznaku a měření bazální tělesné teploty má žena dvojí kontrolu při stanovení plodného období a přicházející ovulaci. V tomto období se mohou partneři otevřít početí svého miminka. STM PPR má kromě určení plodných dní i svůj diagnostický význam. Žena může vyzorovat různé fyziologické nesrovnalosti, které mohou ovlivnit její schopnost počít. Pokud výšky teplot budou v cyklu stále stejné a nebude docházet ke kontrastu, může u ženy probíhat anovulační cyklus. Dále může odhalit krátkou luteální fázi, pokud mezi potvrzením vzestupu teplot a začátkem nového cyklu, je kratší doba než 12-16 dnů. (Lázničková, 2003)

Vhodná hormonální léčba

Menstruační cyklus může být fyziologicky v nepořádku v případě, kdy druhá fáze cyklu (luteální) není dostatečně dlouhá. Tato fáze je stěžejní pro udržení žlutého tělíska a je zapotřebí, aby trvala ideálně 12-16 dnů. V případě, že je tato fáze kratší, dochází k jeho insuficienci. Následkem tohoto jevu dochází k častým potratům a neschopnosti počít. Luteální fáze může být ovlivněna několika faktory. V období dospívání trvá delší dobu, než se tato fáze správně prodlouží, proto je přirozené, že má dívka nepravidelně dlouhé cykly. Dále může být fáze zkrácena po vysazení hormonální antikoncepce a předchozích stimulacích ovulace v rámci „léčby neplodnosti“.

CENAP v této situaci navrhuje vhodnou hormonální léčbu prostřednictvím gestagenů. Tato léčba není nijak nebezpečná vůči ženě ani dítěti. Jedná se o medikaci na přírodní bázi, nikoli o hormonální stimulaci. Pracovníci doporučují lék Utrogestan, který se nasadí po ukončení plodného období, tedy po potvrzení vzestupu teploty. Následně se užívá 12 dní po potvrzení BTT, kdy si žena udělá gravitest. V případě, že je negativní, Utrogestan vysadí a tuto metodu aplikuje příští cyklus. V případě, že je pozitivní, Utrogestan užívá až do 12-14 týdne těhotenství.

V případě, že je druhá fáze stále krátká a otěhotnění se nedaří, je zapotřebí, aby žena absolvovala jiná vyšetření. Například kontrolu hormonů štítné žlázy, míru testosteronu, prolaktinu, nebo zdali netrpí cukrovkou. Dále musí zvážit svoji životosprávu. Je nutný kvalitní spánek v dostatečně zatemnělé místnosti a dobré stravovací návyky. Upravit cyklus může žena také prostřednictvím mateří kašičky, pupalkového oleje a potravinových doplňků s jódem. (Lázničková, 2014, s. 27-28)

Potravinové doplňky

Pracovníci CENAP doporučují různé potravinové doplňky s ohledem na příčinu potíží. U obou partnerů je často nutné doléčit záněty a pročistit celý organismus. Doporučuje se řasa Chlorela, jablečný ocet, brusinky a mateří kašička. Na podporu imunity je dobré, aby pár užíval echinaceu v kapkách a tabletách, česnek, potravinové doplňky s obsahem žraločích jater, vitamín D3. Dále čaje nebo sirupy z rakytníku, šípku, kopřivy a grepu. Jako antioxidant se doporučuje Pycogenol, který má 20x větší účinky než vitamín C a 50x větší než vitamín E. Jedná se o kompletní ochranu organismu před nežádoucími vlivy.

Pro muže se doporučuje produkt X-potens z kotvičnicku. Zvyšuje hladinu testosteronu o 30 % a u žen naopak zvyšuje hladinu estrogenů. Zároveň zvyšuje sexuální libido, které je v případě chtěného početí velmi žádoucí. Dále redukuje cholesterol, potlačuje napětí, nespavost, deprese, únavu a podrážděnost. Pro psychické vypětí pracovníci doporučují Fin Avis. Jedná se o nenávykový bezpečný extrakt z ovesných klíčků. Působí proti nervozitě a přecitlivělosti.

Sarapis je nejvíce doporučovaný produkt v organizaci. Jedná se o nehormonální preparát s mateří kašičkou a širokým spektrem vitamínů. Účinně působí na ženský organismus, hlavně při zkrácené luteální fázi nebo při anovulačních cyklech. Dále se doporučuje pupalka, která má vliv na menstruační cyklus, zmírňuje bolestivé krvácení a je prevencí proti rakovině prsu a vaječnicků.

Problémové jsou doplňky, které obsahují sóju nebo červený jetel a tzv. ženské čaje a čaje pro ženy v klimakteriu. Tyto produkty jsou kontraproduktivní v případě, že žena chce otěhotnět. (Lázničková, 2014, s. 29-30)

Návazná vyšetření

Pokud u ženy a muže není fyziologicky něco v pořádku, je zapotřebí, aby navštívili další odborníky. Nejčastěji se jedná o oddělení endokrinologie, pro zjištění hladiny hormonů štítné žlázy a u muže urologie. V případě anatomických příčin neplodnosti je nutná operativní léčba. (Lázničková, 2014, s. 20)

Doporučené cvičení Ludmily Mojžíšové

Jedná se o rehabilitační cvičení podle Ludmily Mojžíšové. Pod vedením zkušené rehabilitační pracovnice, cvičení přispívá ke zlepšení prokrvení pánevních orgánů, a tím následně ke zlepšení jejich funkce. Upravují se hormonální hladiny vaječnicků, dochází

k nárůstu kvalitnější sliznice v děloze. Díky tomuto cvičení již mnoho párů otěhotnělo. (Lázničková, 2003, s. 16)

Prevence nechtěné neplodnosti

Nechtěné neplodnosti může pár předcházet i předtím než se o budoucích dětech začnou bavit. Pro ženu a muže je nutné mít na paměti, že předčasný sexuální život ovlivňuje funkčnost těla. Žena, která začne sexuálně žít příliš brzy, má větší riziko rozvoje rakoviny děložního čípku. Tělo ještě není fyziologicky připraveno na pohlavní styk. Střídání partnerů, zapříčiňuje možné pohlavní nemoci. Je potřeba se zcela vyhnout užívání hormonální antikoncepce a léků na stimulaci ovulace. Současně je nutné, aby lidé opustili mýtus 28 denního menstruačního cyklu a ovulace ve 14. den cyklu. (Lázničková, 2014, s. 36)

Komunikace mezi partnery

Z vlastních zkušeností pracovníků CENAP, se často partneři v komunikaci mezi sebou začali vzdalovat. Některé informace při konzultaci dokázali poskytnout pouze o samotě, bez svého protějšku. Dlouhou dobu se jejich mysl upírala pouze na touhu po dítěti a intimní vztah byl narušen. Přijmout následně dítě do nefungujícího vztahu je velkým problémem. Je nutné pár podporovat a poskytovat naději, nikoli vyvíjet další stres. Pár si také musí uvědomit, že je důležité být tu pro sebe navzájem, mít na sebe čas a naslouchat si.

Metoda NAPROHELP je metodou, která vyžaduje čas. Nabízí partnerům vědomí společné plodnosti a naučit se symptotermální metodě, jejíž pochopení a provedení vyžaduje trpělivost. Každé tělo je individuální, a proto u každého bude pročištění organismu, doléčení zánětu a jiných zdravotních komplikací jinak dlouhé. Následky, které zanechalo užívání hormonální antikoncepce, vyžaduje také svůj čas. Na druhou stranu je tato metoda bez jakéhokoli poškození zdraví partnerů nebo budoucího dítěte a distancuje od eticky sporných zásahů do těla ženy a muže. (Lázničková, 2014, s. 43)

6 Výzkumná část

Teoretická část pojednává obecně o problematice neplodnosti, jejích příčinách, způsobech léčby a roli sociálního pracovníka v této oblasti. Jako hlavní aktér této práce byla představena organizace Centrum naděje a pomoci a její metoda NAPROHELP.

Výzkumná část této bakalářské práce zkoumá, jak jsou tyto teoretické poznatky realizovány v běžné praxi organizace a jakou mají úspěšnost v léčbě neplodnosti partnerské dvojice.

6.1 Kvalitativní výzkum

Pro účely práce byl zvolený kvalitativní výzkum. V takovém výzkumu by mělo vždy jít o setkání dvou entit, kde na jedné straně stojí člověk s opravdovým zájmem o dané téma a zkušenosti jiných lidí a na straně druhé člověk, který je ochotný se podělit o svůj vnitřní svět a sdílení své praxe. (Gulová, Šíp, 2013, s. 105) V klasickém kvalitativním výzkumu si badatel také na začátku vybírá téma a pokládá si základní výzkumné otázky. Ty lze v průběhu výzkumu měnit, doplňovat a vytvářet nové hypotézy a nová rozhodnutí, která mohou vést k modifikaci zvoleného výzkumného plánu. (Hendl, 2016, s. 46)

Kvalitativní výzkum počítá s vlivem výzkumníka. Mezi jeho hlavní výhody patří především možnost sledování neopakovatelných fenoménů, které mohou být lidmi vnímány velmi odlišně v různých rovinách i kvalitách. V případě špatného pochopení základních principů kvalitativního výzkumu, může docházet k mechanickému používání jeho jednotlivých metod, což může způsobit snížení validity a mimo jiné i poškození účastníků výzkumu. Předpokládá se dobré pochopení a osvojení kvalitativních metod, zároveň i dodržování správného etického jednání v průběhu samotného výzkumu. Úlohou tazatele je podněcovat vhodnými otázkami k vyprávění o jevu, který tazatele zajímá. Hlavní snahou je získat materiál o zkušenostech a prožitcích respondenta. (Miovský, 2016) Výzkumník se však nesnaží zanalyzovanými daty tvrdit, že prozkoumanou oblast zná, ale nabízí nám představu a poznání jejich částí. Snaží se co nejpodrobněji popsat, co pozoroval, zaznamenal a zda při interpretaci nevynechal nic, co může mít vliv na výsledek výzkumu. (Hendl, 2016)

6.2 Metodologie výzkumu

„Metodologie se zabývá systematizací, posuzováním a navrhováním strategií a metod výzkumu.“ (Hendl, 2016, s. 31).

V této části práce se zaměřím na popis a objasnění cílů, uvedení výzkumné otázky, dílčích otázek, popis metody sběru dat, výzkumného vzorku a nakonec na etické aspekty výzkumu.

Cíl výzkumu

Před zahájením samotného výzkumu je nezbytné stanovit si cíl, kterého má výzkum dosáhnout. Součástí cíle nebývá pouze vyřešení výzkumného problému, ale také prezentace výsledků a způsoby jejich využití v praxi, v nejlepším případě i doporučení dalšího výzkumného postupu.“ (Reichel, 2009, s. 47)

Hlavním cílem této bakalářské práce, je zjistit **jak Centrum naděje a pomoci podporuje partnerské dvojice při zjištění a průběhu jejich neplodnosti a co z nabídky je skutečně přínosné.**

Výzkumná otázka

Pro účely dosažení cíle výzkumu je vymezena hlavní výzkumná otázka: **Jaká je konkrétní praxe sociálních pracovníků Centra naděje a pomoci při práci s neplodnými partnery?**

V souladu s výzkumnou otázkou byly stanoveny další tři dílčí otázky:

- 1) Jak pracovníci podporují pár během spolupráce?
- 2) Jaké techniky se ukazují jako účinné?
- 3) Jaká je úspěšnost metody NAPROHELP?

Metoda kvalitativního výzkumu

Vedení kvalitativního rozhovoru je uměním i vědou zároveň. Vyžaduje totiž jistou míru citlivosti, koncentrace a disciplínu. (Hendl, 2016, s. 170) Zároveň je potřebná určitá míra improvizace. Proto jsem jako konkrétní metodu, pro naplnění cíle, využila polostrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami, která umožňuje jak strukturovat otázky, tak zároveň vytvářet prostor pro otázky doplňující. Tazatel může v průběhu rozhovoru otázky částečně měnit, ale nesmí zapomenout projít všechny. (Reichel, 2009, s. 111-112)

Popis výzkumného vzorku

Záruku kvality výzkumu nesmíme opomíjet ani při výběru výzkumného souboru, který je pro účely této práce vybrán metodou účelového výběru, kterou Miovský (2006, s. 135) popisuje jako nejčastěji používanou metodu v kvalitativním výzkumu. Její podstatou je výběr respondentů výzkumu podle jejich specifických vlastností či stavu, které souvisí s naším výzkumným cílem.

Metodou prostého účelového výběru bylo osloveno celkem 5 respondentů, kteří mají tyto společné vlastnosti:

- 1) Jsou sociální pracovníci
- 2) Nemají medicínské vzdělání
- 3) Všichni absolvovali kurz Symptotermální metody Přirozeného plánování rodičovství a kurz NAPROHELP – úspěšná cesta k dítěti

Záměrně jsem jako respondenty nevybrala pracovníky Centra naděje a pomoci, kteří mají medicínské vzdělání, jakými jsou lékařka, zdravotní sestra a porodní asistentka. Tito zaměstnanci se orientují více na gynekologickou ambulanci, a proto jsem záměrně vybrala pracovníky pouze z poradny. Respondenti jsou sociální pracovníci, kteří se také dobře orientují v celkové problematice a jsou schopni být nápomocni v léčbě neplodnosti a psychické podpoře páru. Jejich poradenství je bezprostředně navázáno na pomoc, případně kontrolu pracovníků z gynekologické ambulance. Z možných 6 pracovníků poskytnulo rozhovor 5 respondentů. Šestý pracovník se nemohl účastnit z důvodu nemoci.

Rozhovoru se účastnilo 5 respondentů, kteří jsou pracovníky Centra naděje a pomoci. Pro zachování anonymity budou v interpretaci dat jména nahrazena obecnými zkratkami. Charakteristika obsahuje věk, pohlaví, dosažené vzdělání, absolvované kurzy a délku pracovního poměru v organizaci.

Respondent 1 (R1)

Věk	27
Pohlaví	Žena
Dosažené vzdělání	Gymnázium, maturita (2011)

Absolvované kurzy	<p><u>Akreditované vzdělávání v Centru naděje a pomoci (CENAP), Brno:</u></p> <p>NAPROHELP úspěšná cesta k dítěti II (pasivní účast 02/2016, aktivní účast 04/2018, vzdělávání poradců 11/2018)</p> <p>Kojení a návrat k plodnosti (01/2017)</p> <p>Kurz pro poradce PPR (ukončeno 11/2016 certifikátem)</p> <p>Kurz symptotermální metody přirozeného plánování rodičovství (03/2015)</p> <p><u>Probíhající odborné vzdělávání:</u></p> <p>Sociální práce se zaměřením na rodinu (09/2018 – 2019) Trnavská univerzita v Trnavě, Teologická fakulta</p> <p><u>Další odborné vzdělání:</u></p> <p>Učitelství anglického jazyka a literatury a informatiky (09/2012 – 08/2017) Trnavská univerzita v Trnavě, Pedagogická fakulta; Státní zkouška: Informatika</p>
Doba pracovního poměru v CENAP	Od 09/2018

Respondent 2 (R2)

Věk	23
Pohlaví	Žena
Dosažené vzdělání	Vysokoškolské – Bc.
Absolvované kurzy	<p><u>Akreditované vzdělávání v Centru naděje a pomoci (CENAP), Brno:</u></p> <p>Seminář PPR v praxi (aktivní účast</p>

	<p>01/2019)</p> <p>Seminář NAPROHELP úspěšná cesta k dítěti II (11/2018)</p> <p>Kurz pro poradce PPR (ukončeno 11/2018 certifikátem)</p> <p>Seminář NAPROHELP, úspěšná cesta k dítěti (04/2019)</p> <p>Seminář Přechodem bez umělých hormonů (02/2018)</p> <p>Kurz Ne/plodné období po porodu (02/2018)</p> <p>Kurz symptotermální metody přirozeného plánování rodičovství (11/17)</p> <p><u>Další vzdělávání:</u></p> <p>Kurz Jak vést předporodní kurz (06/2018)</p> <p>Nové trendy v kojení (05/2017)</p>
Doba pracovního poměru v CENAP	Od 07/2018

Respondent 3 (R3)

Věk	28
Pohlaví	Žena
Dosažené vzdělání	Vysokoškolské - Mgr.
Absolvované kurzy	Kurz pro poradce STM
Doba pracovního poměru v CENAP	2 roky a 9 měsíců

Respondent 4 (R4)

Věk	32
Pohlaví	Žena
Dosažené vzdělání	Bc.
Absolvované kurzy	<p>2019 - PPR v praxi</p> <p>2007 - Fórum výchovy ke zdraví, Kalokagathie s.r.o.</p> <p>2007 - Poruchy příjmu potravy od A do Z</p> <p>2006 - Rodinné poradenství a terapie, PeaDr. Václav Schmidt</p> <p>2006 - Možnosti a meze psychologických přístupů v práci s klientem, PeaDr. Václav Schmidt</p> <p>2006 - Hra jako prevence závislostních poruch, Mgr. et Mgr. Zdeněk Šimanovský</p> <p>2005 - Asertivita strategie komunikace, MUDr. Kunertová</p> <p>2005 - Komunikační dovednosti, interaktivní seminář, MUDr. Jan Kubánek</p> <p>2005 - dvousemestrální Kurz výchovy k rodičovství se zaměřením na metodu přirozeného plánování rodičovství</p> <p>2004 - Centrum naděje a pomoci, orientace v symptotermální metodě přirozeného plánování rodičovství</p>
Doba pracovního poměru v CENAP	Od roku 2004

Respondent 5 (R5)

Věk	30
Pohlaví	Žena
Dosažené vzdělání	Vysokoškolské – Bc.
Absolvované kurzy	Instruktorský kurz STM PPR
Doba pracovního poměru v CENAP	14 měsíců

Etické aspekty výzkumu

Výzkumná část byla uskutečněna v souladu s etickými aspekty. Všechny rozhovory byly zrealizovány po osobní domluvě a souhlasu samotných respondentů. Následně byli obeznámeni s tématem a cílem výzkumu. Respondenti byli ujištěni o anonymitě svých výpovědí, zároveň o nezneužití získaného materiálu. Specifické informace o respondentech jsou pouze ty, které respondenti sami označili za použitelné pro účely výzkumu.

7 Analýza výzkumných dat

7.1 Popis sběru dat

Metodou účelového výběru byli respondenti poprvé osloveni osobně v průběhu října 2018, kdy jsem absolvovala praxi v Centru naděje a pomoci. Od prvního oslovení do realizace rozhovorů jsem zpracovala teoretickou část práce, která sloužila pro orientaci v problematice, obzvláště v technikách metody NAPROHLEP a symptotermální metody. V průběhu března 2019 byli pracovníci elektronicky informováni o průběhu výzkumu a následně po domluvení termínu proběhly rozhovory v samotné organizaci s každým pracovníkem samostatně. Pracovníci souhlasili s pořízením zvukové nahrávky rozhovoru pro účely pozdějšího přepsání jednotlivých odpovědí. Tento způsob sběru dat je ideální pro obě strany, protože tazatel se plně věnuje dotazovanému bez rušivého přepisování výpovědí. Respondentům je ideální nechávat čas na rozmyšlenou, nechávat je volně mluvit a v případě potřeby doplňovat spontánními otázkami. Po získání dat jsem přešla k jejich zpracování. Tzv. transkripce slouží jako nástroj pro převedení dat ze zvukového záznamu do textové podoby. Pro účely této práce jsem zvolila doslovnou transkripci. Po přepisu byla provedena analýza, kde jsem důležitá data pro naplnění cíle podtrhávala, přidávala komentáře a vytvářela kategorie.

7.2 Postup analýzy dat

Při analýze dat jsem se inspirovala zakotvenou teorií, ale zůstala jsem pouze u jejího konceptu kódování.

První fází analýzy je **otevřené kódování**, při němž dochází k lokalizaci témat, kterým přiřadíme označení. Kódy mají podobu podstatných slov nebo sloves. Text se prochází několikrát, abychom lokalizovali určitá témata, která jsou prozatím na nízké úrovni abstrakce. Vytváří se seznam témat, která mají zároveň vztah k položeným výzkumným otázkám a prostudované literatuře nebo nacházíme nové myšlenky, které vznikají procházením textu. Seznam témat je postupně tříděn a organizován v další analýze dat. Text lze kódovat podle různých slov, celých odstavců nebo případů. (Hendl, 2016, s. 251-252) Osobně jsem kodovala podle nacházení různě se opakujících případů, jako byly například údaje o určitých technikách léčby, oblasti života partnerů, ve kterých se pracovníci snaží podporovat, jaké činnosti jsou účinné a které naopak se neosvědčily.

Druhou fází analýzy je **axiální kódování**. Jedná se o analýzu možných hodnot znaků fenoménů a případů v určité kategorii. Výzkumník analyzuje souvislosti, příčiny a důsledky,

podmínky a interakce, strategie a procesy mezi jednotlivými kategoriemi. V této fázi se musí brát v potaz samotný teoretický rámec, aby bylo možné zkoumat vztahy mezi různými kategoriemi. Druhá fáze kódování slouží k zamýšlení se nad propojením mezi koncepty a tématy. (Hendl 2016, s. 252-254)

Poslední fází kódování je **selektivní kódování**, které díky předešlému axiálnímu kódování, začíná s integrací výsledků a identifikuje ústřední témata výzkumu. (Hendl, 2016, s. 254) V závěrečné fázi jsem jednotlivé kódy rozdělila na hlavní kategorie. Každá oblast obsahuje citace pracovníků k určitému tématu a komentáře, které výpovědi shrnují.

8 Interpretace dat

Poslední kapitola je věnována interpretaci získaných a zpracovaných dat. Údaje jsou rozděleny do čtyř oblastí:

- 1) Konkrétní techniky léčby neplodnosti
- 2) Podpora partnerů pracovníky Centra naděje a pomoci
- 3) Úspěšnost a účinnost technik
- 4) Zpětná vazba partnerů

Jedná se o nejdůležitější body, které jsem při procházení a kódování odpovědí pracovníků vyhodnotila jako zásadní pro naplnění výzkumného cíle a otázek. Mnohdy se jednalo o informace, které jsem z literatury načetla, protože techniky metody NAPROHELP jsou k dostání v textové podobě, ovšem prostřednictvím bezprostředních zkušeností a postřehů pracovníků s partnery jsem našla nové oblasti, které jsou přínosné a nezbytné pro naplnění cíle.

8.1 Konkrétní techniky léčby neplodnosti

Jedna z prvních otázek na pracovníky směřovala ke konkrétním technikám léčby neplodnosti. Navazuji tak na teoretickou část, kde je metoda NAPROHELP popsána. Tato kategorie je stěžejní pro zjištění skutečné praxe v organizaci, a zdali koresponduje s teoretickým vymezením.

Nejdůležitější a nejfrekventovanější reakce pracovníků, jaká je podstata léčby, byla odpověď, aby partneři otěhotněli přirozenou cestou po pohlavním styku, bez zásahů třetí strany a zdravotních komplikací. Zároveň bude vždy léčba probíhat na základě úcty k životu a ke zdraví partnerů a dítěte.

„Metoda NAPROHELP je založena na principu pomoci a podpory v přirozeném procesu početí. Takže se vždy budeme zaměřovat na společnou plodnost a prostě aby pár mohl počít bez zásahu někoho z okolí, hezky doma, kde se cítí dobře.“ (R3)

„Organismus muže a ženy podporujeme tak, aby bylo možné přirozeně počít bez použití čehokoli, co by poškodilo zdraví partnerů a miminka. Taky je nelogické, aby do početí vstupoval někdo jiný, myslím další lékaře, zkumavky a tak dále.“ (R1)

„Neexistuje diagnóza, která by se nedala řešit jinak, přirozeně, s úctou k životu a úctou ke zdraví. Touto zásadou se v CENAPU řídíme.“ (R1)

Léčba neplodnosti by nebyla možná bez sledování menstruačního cyklu ženy. Díky symptotermální metodě, se partneři sami zorientují v tělesných pochodech ženského těla, aby vyhodnotili přicházející ovulaci, plodné a neplodné dny ženy. Pokud se v cyklu vyhodnotí fyziologická nesrovnalost, například krátká luteální fáze a anovulace, která je neslučitelná s početím, bude se řešit tato vzniklá příčina hormonální léčbou (gestageny), stanovenou na míru ženě. Pracovníci se často setkávají s případy, kdy partneři přichází s jasnou diagnózou, která byla ovšem špatně vyhodnocena. Díky záznamům se pracovníci mohou orientovat podle skutečné příčiny neplodnosti a na ní reagovat.

„Primárně pracujeme za pomoci STM, jako diagnosticko-terapeutického nástroje. Žena si sleduje své symptomy plodnosti, jimiž je hlenový příznak a bazální tělesná teplota po probuzení. Na základě tabulky, můžeme vyhodnotit její stav. Pokud například nalezneme nějakou nesrovnalost nebo problém, proč se zatím nepodařilo počít, anebo maminka neudržela miminko, tak zahájíme jeho řešení.“ (R3)

„Problém může být v anovulačních cyklech, kdy neprobíhá ovulace nebo, a to velmi často, se zárodek na samotném začátku neudrží a odchází spolu s děložní sliznicí. To je právě ta krátká luteální fáze. Vše se právě dá pomocí záznamů vyzorovat a pak nasadíme vhodnou hormonální léčbu, aby se miminko udrželo.“ (R4)

„Doporučujeme nasadit gestageny až po potvrzeném vzestupu bazální tělesné teploty, jelikož každá žena má ovulaci v jiný den cyklu a léčba by se pak minula účinkem.“ (R5)

„Klienti k nám často přijdou, když jim byla řečena příčina, která je většinou na straně ženy, proč se otěhotnění nedaří, ale ne vždy je tato diagnóza správně stanovena. Je tomu bohužel tak, protože se často nerespektuje individualita ženského těla. Oni nevidí, co se v těle opravdu děje, ale pracuje se jen s nějakým „předpokladem“, jak by tělo mělo fungovat. No a v případě, že žena tak nefunguje, nastane „falešný problém.“ (R2)

Mezi další součást léčby, pracovníci zahrnovaly rehabilitační cvičení a ověřené potravinové doplňky, které jsou na přírodní bázi. Nehrozí tedy další zdravotní komplikace. Podle potřeby jsou také partneři posíláni na návazná vyšetření.

„Podle toho, co je zrovna u partnerů potřeba, řešíme potravinové doplňky. Záleží na zakázce. Zdali podpořit imunitu nebo obecně pročistit organismus. Máme osvědčené produkty a každý se specializuje na daný problém.“ (R5)

„Pokud je potřeba podstoupit nějaké vyšetření, tak je to samozřejmostí. Dál se pak řeší třeba úprava činnosti štítné žlázy, korigování cukrovky a tak dále.“ (R1)

„Ideální je i rehabilitační cvičení, podle Ludmily Mojžíšové, protože prokrví pánevní oblast těla a často se stává, že pak maminka otěhotní díky němu.“ (R1)

Během léčby nezapomínají pracovníci samozřejmě na muže. Pomoc probíhá díky zlepšení plodnosti potravinovými doplňky a řešení nedoléčených nemocí. Zároveň berou v potaz životosprávu obou partnerů, protože může mít značný vliv na plodnost páru.

„No protože zdravé početí a zdravý průběh těhotenství závisí z velké části na zdraví oplodňující spermii, doporučujeme kvalitní a ověřené potravinové doplňky na podporu jejich plodnosti.“ (R3)

„U muže je to často varikokéla, která se dá ale zavčas léčit a další zdravotní problémy, které už řeší navazující vyšetření.“ (R3)

„Obecně se jich ptáme na jejich způsob života, protože ten má velký vliv. Pokud kouří, pijí alkohol nebo žena drží radikální diety, tak je třeba se na to zaměřit a situaci změnit.“ (R4)

Pracovníci do tématu technik NAPROHELPU zahrnuly i způsoby léčby, která zásadně nedoporučují, protože je to v rozporu s jejich morálním nastavením, podstatou organizace a hlavně je nedoporučují pro vlastní dobro samotných partnerů. Tím je nejčastěji myšlena léčba v centrech asistované reprodukce. Zásadně nepoužívají žádné techniky, které by zapříčiňovaly potraty a ohrožení miminka. Narazily také na určitá vyšetření, která přesto že jsou obecně uznávaná a používaná, negativně ovlivňují partnery v jejich sebevímání a následně vzniká i psychická příčina neplodnosti.

„Zásadně nedoporučujeme farmakologickou stimulaci ovulace, podstoupení vyšetření a léčby v centrech asistované reprodukce. Protože chceme, aby se nenarušila intimita milostného aktu a aby zůstala zachována integrita vztahu.“ (R3)

„Hlavně nic, co by vedlo k potratu. Například stimulace ovulace, která se děje běžně při léčbě neplodnosti.“ (R3)

„Z etických a zdravotních důvodů nedoporučujeme i některá vyšetření. Například spermioqram. Často nemusí vyjít přesně, třeba když muž prodělal nějakou virózu. Pak nemá vypovídající hodnotu a také se setkáváme s tím, že na muže působí výsledek testů psychicky špatně. Ovlivňuje jeho sebevědomí a pak i schopnost počít, protože je ve stresu.“ (R5)

Pracovníci nedoporučují techniky, které se mohou zdát z počátku ideálními, ovšem jejich působení může být kontraproduktivní, z důvodu pochybného zdroje léčby.

„Obecně nedoporučujeme homeopatii, jógu a nic, co je spojeno s magií.“ (R2)

8.2 Podpora partnerů pracovníky Centra naděje a pomoci

Už během výpovědí pracovníků bylo jasné, že se léčba neplodnosti nezaměřuje čistě na biologickou oblast života partnerů. Pracovníci mluvili o vlivu diagnózy na psychiku páru,

na jejich sociální i spirituální oblast. Vlivy následně ovlivňovali schopnost přirozeně počít. Tyto informace jsou proto velmi důležité, protože pokud bude neplodnost zasahovat do všech těchto oblastí, je nutné se o partnery zajímat komplexně. Kromě služeb, které podporují zdravotní stav partnerů, pracovníci podporují pár prostřednictvím rozhovoru, nasloucháním a obecně tím, že jsou tu pro ně v nesnadnou chvíli, kdy se mají sdílet, jak před pracovníkem, tak před partnerem samotným. Pracovníci se zároveň o páry zajímají i v případě, že spolupráce z nějakých důvodů nepokračuje, což je z určitého hlediska opravdu nadstandard.

„Vždycky máme vyhrazený čas jen pro samotný pár. V rozhovoru si partneři časem zvyknou o své tíživé situaci rozhovořit a my se pak dozvídáme vše, co je trápí v souvislosti s neplodností.“ (R5)

„Určitě podporujeme vlídným slovem, povzbuzením a hlavně je uklidňujeme informacemi, jak jejich tělo funguje a že naději na přirozené početí mají.“ (R1)

„Co se týče naší osobní podpory, tak se o klienty zajímáme. I o ty, kteří se nám z nějakých důvodů déle neozvali. To znamená, že jim třeba napíšeme, jak se u nich situace vyvíjí, jak se mají, zdali už se něco podařilo.“ (R2)

Odpovědi se následně dělily na různé oblasti, ve kterých pracovníci mohou projevit svou podporu. Nejčastěji se týkaly psychiky obou partnerů. Pracovníci se snaží, aby se partneři při spolupráci cítili uvolněně, aby vyjadřovali emoce a neuzavírali se sami před sebou. Cílem podpory je změna orientace pouze na úsilí o dítě a podporovat partnery v prožívání jejich vzájemného vztahu. Pracovníci se také snaží zmínit, aby pár nesměřoval pohlavní styk pouze do plodného období, protože je pak milování načasované a chybí spontánnost.

„Podporujeme partnery, aby dali najevo své pocity. Třeba když žena prožívá další menstruaci, cítí se opravdu frustrovaná. Je tedy důležité, aby o tom mluvila, jak se cítí a jak jí to šlve.“(R2)

„Doporučujeme, aby se pár neuzavíral sobě navzájem, ale naopak, aby celou situaci muž a žena sdíleli a upevňovali vzájemný vztah.“(R1)

„Mnohokrát od nás taky slyší poprvé, jak je důležité dbát o rozvoj vztahu, aby pak, když přijde miminko, si nebyli cizí.“(R4)

„Jednoznačně podporujeme pár, aby svůj vztah neorientovali pouze na dítě. Včetně milostného života. Naopak je podporujeme, aby se měli opravdu rádi, aby vnímali dítě jako dar, na který nemá nikdo z nás právo, ale že je požehnáním.“(R2)

Další problematický bod se objevil v souvislosti se sebevnímáním. Pracovníci mluvili o případech, kdy o sobě partneři měli velmi nízké mínění, protože nemohli přirozeně počít. Pracovníci na tuto situaci reagovali různě, protože vrátit sebevědomí ve vlastní tělo je náročná a dlouhodobá záležitost.

„Nechtěná neplodnost taktéž ovlivňuje posílení nedůvěry ve své vlastní tělo. V jeho funkčnost a i ve funkčnost partnerova těla.“(R2)

„Je potřeba partnery opět přivést k víře ve vlastní tělo. Aby se zase měli rádi, takoví jací jsou. Někdy stačí vlídná slova a někdy třeba se sebevědomí časem vrací po tom, co získají informace o tom, jak tělo opravdu funguje a že je tu stále naděje. Potom se to také lepší.“(R1)

„Jde to pomalu, ale postupně jim sebevědomí vracet. Čím více jsou pak se sebou spokojení, tím více jsou uvolněnější, občas smíření s tím co bude dál a ono se to nakonec může bezproblémově podařit.“(R5)

Další oblast, kterou neplodnost ovlivňuje je sociální interakce partnerů. Partneři mají problém fungovat ve společnosti a komunikace s okolím pro ně není příjemná. Pracovníci pár podporují v tom, aby se partneři postupně nebáli těmito situacím vystavit a před společností se neuzavírali.

„Dále páry trpí tlakem okolí, když kamarádi, sourozenci děti mají a jim se to nedaří. Jsou pak izolovaní a nepříjemně vnímají i dotěrné otázky okolí, „kdy budou mít miminko a ještě dítě nechcete?“ a tak dále. Je pak těžké vysvětlovat co se děje, protože je to velmi citlivé a intimní.“(R3)

„Aby se nevyhýbali ani společnosti jiných párů, ale naopak aby žili i společenským životem, případně trávili čas s dětmi ve své rodině. Třeba aby vyzvedávali děti příbuzných ze školy, aby hlídali a podobně. Aby byli otevření vztahu s lidmi, které kolem sebe mají.“(R2)

Pracovníci následně pojmenovali i další oblast, ve které projevují svou podporu. V duchovním životě neplodného páru se mohou objevit konflikty taktéž. Partneři často nechápou, proč se jim jejich touha nenaplnuje a při hledání viníka přisoudí provinění Bohu. Tuto oblast pracovníci také neponechávají bez povšimnutí.

„Mýváme partnery, kteří nebyli naštváni na sebe nebo na doktory, ale na Boha, že proč zrovna oni? Prostě ten hněv směřovali na Boha.“(R5)

„Doprovázíme je, nabízíme možnost modlitbu nebo třeba aby se vyplakali, prostě co pár zrovna potřebuje.“(R4)

Nakonec se pracovníci shodli na poslední možnosti, ve které partnery podporují, a tou je adopce.

„Pokud dítě dlouho nepřichází, tak je úplně nakonec podporujeme v otázce adopce, případně aby zvážili život bez dětí, i když tohle je už opravdu těžké.“(R1)

8.3 Úspěšnost metody a účinnost technik

Co se týče úspěšnosti metody, se pracovníci shodli, že od začátku nebylo vše dokonalé a za chodu organizace se konkrétní věci zlepšovali a měnily. Statisticky má metoda, co do počtu narozených dětí, vysokou úspěšnost.

„Jak všechny metody, tak i NAPROHELP se vyvíjel postupně a dopracoval se k vysoké úspěšnosti. Nějaký čas to chce, než se vše vychytá.“ (R1)

„Bohužel nemáme nynější statistiky, ale v roce 2013 měl NAPROHELP úspěšnost 80%. Takže přes 80% párů, které se na nás obrátilo otěhotnělo.“ (R2)

„V tom roce, ze kterého jsou statistiky, z 87 žen otěhotnělo 57 ženy do 6 měsíců, do jednoho roku 14 a do dvou let dalších 12. Zbylé dvě otěhotněli po 31 měsíci léčby.“ (R2)

Jednalo se vždy o narozené děti, nikoli o počet otěhotnění.

„Během úspěšné léčby se nespokojíme pouze s informací, zda došlo k otěhotnění, ale zajímá nás, kolik dětí se skutečně povedlo donosit a porodit.“ (R1)

Délka spolupráce s partnery bude vždy individuální. Rozmezí spolupráce se pohybuje od jednoho měsíce až po několik let.

„Někomu se podaří otěhotnět hned další cyklus, což je výborné. Je vidět, že se dělo něco špatně a nějakou změnou se to zlepšilo a otěhotnět podařilo.“ (R3)

„Cesta některých párů je složitější a vytoužené početí může přijít třeba po šesti, deseti nebo dvaceti cyklech.“ (R3)

Účinnost technik závisí ve velké míře i na partnerech samotných. Pokud nebudou léčbu brát vážně, podceňovat ji nebo ji pouze nepochopí, nemusí být metoda účinná vůbec.

„Ne všechny páry dodržují naše doporučení, takže pak se těžko pomáhá.“ (R3)

„Nejvíce vnímám, že pro úspěch metody, je potřebná pravidelná spolupráce celého páru. K tomu je potřeba, aby všemu, co jim vysvětlujeme, rozuměli, aby něco nepoužívali jinak, než se má.“ (R2)

„Taky aby to brali vážně. Nejedná se jen o nějaká doporučení, ale o techniky, které se musí dodržovat, aby fungovaly.“ (R5)

Během vývoje metody se ukázaly některé postupy jako neúčinné nebo méně vhodné.

„Obecně se opravdu neosvědčily skupinové kurzy. Ted' už nabízíme jen individuální setkání, kdy je přítomen jen jeden pár. Pak mají větší prostor pro sebe, více se otevřou, nestydí se a vše se řeší rychleji a efektivněji.“ (R4)

„Také se už vůbec nedoporučuje nějak si načasovávat pohlavní styk během ovulace. Dříve jsme si mysleli, že bude šance na otěhotnění větší, ale pak se partneři více stresovali, ale bylo to kontraproduktivní.“ (R1)

8.4 Zpětná vazba partnerů

Ke konci rozhovoru jsem se pracovníků ptala na reflexi samotných partnerů vůči organizaci a také vůči sobě samým, zdali se jejich očekávání naplnila. Reflexe byla v absolutní většině pozitivní.

„Reakce jsou téměř vždy pozitivní. Zejména páry, které si prošli cestou v reprodukčních centrech, oceňují, že konečně má na ně někdo čas a že se necítí jak „jednotka v procesu“. (R1)

„Pokud se páru podařilo otěhotnět a mají miminko, není výjimkou, že nám posílají fotky, jak miminko roste nebo jak se rozrůstá rodina a většinou jsou doprovázeny slovy vděčnosti.“ (R3)

„Co pozoruji, nebo slyším kolem sebe, že když nás partneři kontaktovali a byli s námi ve spolupráci, tak to komentovali opravdu s úlevou a nadšením, že něco takového našli.“ (R2)

Byli nadšení, když zjistili, že je tu stále naděje na přirozené otěhotnění, za to byli moc vděční.“ (R1)

Pozitivní zpětná vazba se kromě zdařilé léčby, objevila i v dalších oblastech podpory.

„Byli moc rádi za pouhé popovídání, za možnost se sdílet se a všechno to tak nějak vyvalit, co měli na srdci a trápilo je.“(R4)

„Také za informace, které jsme mohli poskytnout a za upřímnost, kterou se k nim opravdu snažíme chovat.“ (R4)

„Také mi říkali, že si díky tomu všemu upevnili svůj vztah a lépe se jim teď komunikuj, potom všem, čím si prošli.“(R1)

Slova vděčnosti se objevily i v případě, že se páru otěhotnět nepodařilo.

„I přesto, že se zatím nepodařilo miminko přivést na svět, se najde mnoho párů, které s námi udržují pozitivní komunikaci, s nadějí a vděčností za dosavadní podporu.“ (R1)

„Byli hlavně rádi, že se jim nerozpadnul vztah úplně, ale zavčas vše podchytili a nakonec byli skrze tuto tíživou zkušenost posíleni.“(R3)

Na druhou stranu mají pracovníci zkušenost i s případy, kdy se partneři neztotožnili s formou léčby a ukončili ji.

„Partneři samozřejmě nejsou nadšení, když léčba trvá delší dobu a v tom případě je i finančně náročnější, protože doplňky stravy nejsou úplně zdarma.“(R4)

„Stává se, že to pár po pár měsících vzdá. Třeba protože muž nechce brát potravinové doplňky, protože to stejně podle něj „nefunguje“. (R3)

„Jasně že se stává, že máme páry, které tomu od začátku moc nevěří a většinou do půl roku odchází, protože se otěhotnět nepodařilo. Ovšem kdo ví, zdali to nebylo dosti unáhlené.“ (R2)

9 Diskuse

Z výzkumné části vyvstalo několik bodů, které jsou vhodné k zamyšlení. Pro začátek je důležité opětovně zmínit, že se CENAP zcela vymezuje proti předepisování hormonální antikoncepce, která má negativní vliv na plodnost ženy. Pracovníci následně musí řešit zcela zbytečnou příčinu neplodnosti, která byla způsobena „léčebným“ předepsáním HAK nebo svobodným rozhodnutím partnerů, zatím děti nemít. Podle zdrojů z organizace Hnutí pro život, vyvstala skutečnost spolupráce firem vyrábějících hormonální antikoncepci s centry asistované reprodukce. Logicky by pak znamenalo, že si tyto organizace své klienty předurčují sami a čím více bude HAK užívána, tím více bude klientů v centrech asistované reprodukce.

Cest, jak se partneři mohou dostat k vytouženému miminku, je několik. Mezi metodami, které se léčbě neplodnosti věnují se metoda NAPROHELP ve své podstatě vymyká. Jak se konkrétně liší praxe CENAP oproti metodám asistované reprodukce, vyvstalo z výpovědi jedné pracovnice.

„Reakce jsou téměř vždy pozitivní. Zejména páry, které si prošli cestou v reprodukčních centrech, oceňují, že konečně má na ně někdo čas a že se necítí jak „jednotka v procesu“.

Tato výpověď ukázala, že se pracovníci snaží jednat s každým párem individuálně. Podporovat partnery v projevení emocí a být zde jako posluchač, nejen pouze zprostředkovatel služby. Doherty a Clark (2006, s. 75) uvádějí, že pro překonání psychické zátěže během léčby, je vhodné vyhledat zavčas terapeuta. Nejedná se ovšem o pomoc, která by byla součástí center asistované reprodukce a partneři si tuto službu musí vyhledat sami.

Úspěšnost metody NAPROHELP, co se týče počtu narozených dětí během léčby, je vysoká. Pracovníci uvádí, že se až 80% žen, které léčbou prošly, narodilo miminko. Během léčby se nespokojí pouze s informací, že žena otěhotněla. Zajímají se, kolik dětí se skutečně povedlo donosit. Na základě těchto údajů, staví úspěšnost metody. Řežábek (2018, s. 13) uvádí, že úspěšnost metod asistované reprodukce je často medializovaná v tisku a v televizi. Tím může nastat dojem, že jejich pomocí žena okamžitě otěhotní a jiná cesta léčby neplodnosti neexistuje. Ani jeden extrém nepovažuje za pravdivý, protože i AR má své podmínky, výhody a rizika. Zároveň je úspěšnost asistované reprodukce mnohdy uváděna podle počtu podařených těhotenství. Nejedná o počet skutečně narozených dětí. Řežábek (2018, s. 135) sám tento způsob informování veřejnosti hodnotí za chybný.

Na konec diskuze považuji za důležité uvést limity tohoto výzkumu. Vzhledem k citlivosti tématu je samozřejmostí, že respondenti nebudou zmiňovat své zkušenosti s klienty více do hloubky, protože se jedná o citlivé příběhy partnerů. Výzkumy, které se zabývaly podobným tématem, měly se získáním kvalitního vzorku stejný problém. I přesto jsem velice ráda za zkušenosti, které mi pracovníci mohli zprostředkovat.

Závěr

Mnozí z nás si vůbec nepřipouští, že by se tato problematika mohla týkat i jich. Těžko si představit, jaká je to pro partnery neuvěřitelná zátěž a bolest. V cestě za vytouženým miminkem je nutná určitá dávka trpělivosti, komunikace mezi partnery a dále vědět, jak opravdu naše tělo funguje a následně nastavit léčbu podle potřeb každého zvlášť. Centrum naděje a pomoci se právě touto cestou snaží pomoci páru naplnit touhu po dítěti, s úctou ke zdraví a životu partnerů.

V teoretické části práce byla vymezena základní východiska, která s daným tématem souvisí. Byl nastíněn kontext dnešní doby, kde rozmanitější možnosti v kariérní oblasti nebo také v regulaci početí nevyvolávají tak velkou potřebu být matkou v mladém věku. Dalším důležitým bodem práce je uvedení role sociálního pracovníka v problematice neplodnosti. Dále byly uvedeny možné příčiny neplodnosti a faktory, které mají vliv na plodnost páru. Na závěr teoretické části byla představena organizace Centrum naděje a pomoci se svou metodou NAPROHELP. Díky teoretickému vymezení technik léčby neplodnosti byl z části naplněn cíl práce, protože jak ukázal navazující výzkum, praxe pracovníků koresponduje s metodikou NAPROHELP metody.

Výzkumná část se věnovala zmapování konkrétní praxe sociálních pracovníků v organizaci při léčbě neplodnosti prostřednictvím rozhovorů. Praxe se v neposlední řadě věnuje osvětě o zdravém sexuálním chování. Informují o rizicích hormonální antikoncepce a metodách umělého oplodnění. Pracovníci nechtěnou neplodnost partnerů léčí prostřednictvím metody NAPROHELP. Metoda spočívá v podpoře přirozené plodnosti páru pomocí sledování menstruačních cyklů ženy symptotermální metodou a vhodnou hormonální léčbou. Dále doporučují přírodní potravinové doplňky podle potřeby partnerů, přehodnocení životosprávy a návazná vyšetření fyziologických nesrovnalostí.

Za nejúčinnější techniku podpory, která z výzkumu vyvstala, považují možnost rozhovoru. Možnost svěřením se s tím, co partnery opravdu trápí a je jim za těžko to řešit se svou rodinou a blízkými. Již sdílení se ukázalo jako ozdravný proces, po kterém se mnohdy párům podařilo otěhotnět. Osvědčilo se také upřímné jednání a předání informací o fungování jejich těla.

Délka spolupráce s partnery je vždy individuální, protože každé tělo je jiné a jinak bude na léčbu reagovat. Účinnost léčby závisí na samotném úsilí partnerů. I ty nejosvědčenější metody se minou účinkem v případě, že partneři nebudou léčbu respektovat. I

přesto se úspěšnost metody ukázala jako vysoká. Během léčby se podařilo přivést na svět miminko 80% žen.

Co se týče řešení neplodnosti, bude se společnost nejspíše dělit na dva tábory. Skupinu pro asistovanou reprodukci a skupinu pro přirozené početí nebo náhradní rodinou péči. Tak či tak, svět není černobílý a pohnutky, které vedou partnery k řešení, které není pro někoho morálně akceptovatelné, jsou pochopitelné. Nakonec vyvstává otázka, zdali se k vytouženému miminku nedalo dojít opravdu jinak, důstojně, s úctou k vlastnímu tělu a bez narušení vztahu partnerů.

Bibliografie

Literatura

BAUMAN, Zygmunt. 2002. *Úvahy o postmoderní době*. 2. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství SLON. ISBN 80-86429-11-3.

BAUMAN, Zygmunt. 2004. *Individualizovaná společnost*. Praha: Nakladatelství Mladá Fronta. ISBN 80-204-1195-X.

BAŠTECKÁ, Bohumila. 2005. *Terénní krizová práce*. Praha: Grada.

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

GULOVÁ, Lenka a Radim ŠÍP. 2013. *Výzkumné metody v pedagogické praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4368-4.

HAŠKOVÁ, Hana, 2009. *Fenomén bezdětnosti*. 1. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství SLON. ISBN 978-80-7419-020-9.

HENDL, Jan. 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Vyd. 4. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

JANOŠKOVÁ, Martina. 2018. *Stíny a otazníky okolo asistované reprodukce*. České Budějovice (diplomová práce). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta, Katedra filosofie a religionistiky.

KNAUSOVÁ, Ivana, 2008. *Základy demografie II*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2173-5.

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

LÁZNÍČKOVÁ, Ludmila. 2003. *Přirozené plánování rodičovství*, Průvodce symptotermální metodou. Brno: Centrum naděje a pomoci. ISBN 978-80-906906-1-5.

LÁZNÍČKOVÁ, Ludmila. 2018. *Přirozené plánování rodičovství*, Průvodce symptotermální metodou. 2. vydání. Brno: Centrum naděje a pomoci. ISBN 978-80-906906-1-5.

LÁZNÍČKOVÁ, Ludmila, 2014. *Sborník příspěvků v rámci akreditovaného semináře*. Naprohelp úspěšná cesta k dítěti. Brno: Centrum naděje a pomoci. ISBN: 978-80-904855-9-4.

LIPOVETSKY, Gilles. 2003. *Éra prázdnoty*, Úvahy o současném individualismu. 1. vydání. Praha: Prostor. ISBN 80-7260-085-0.

MATĚJČEK, Zdeněk. 1999. Praha: Portál. ISBN 80-7178- 304-8.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. 2001. *Základy sociální práce*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-473-7.

MIOVSKÝ, Michal. 2006. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada Publishing. SBN 80-247-1362-4.

MUZIKÁŘOVÁ, Marcela. 2015. Dítě je dar, máme na něj právo?. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci.

NOVOSAD, Libor. 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-509-7.

OPATRŇÝ, Aleš. 2000. *Pastorační péče v méně obvyklých situacích*. Praha: Pastorační středisko sv. Vojtěcha při Arcibiskupství pražském. ISBN. 80-238-5918-8.

REICHEL, Jiří. 2009 Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3006-6.

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

SLEPIČKOVÁ, Lenka a FUČÍK, Petr. 2009. *Sociální kontext postojů k řešení neplodnosti* (Sociologický časopis). Ročník 45. č. 2, str. 290. ISSN 0038-0288.

SLEPIČKOVÁ, Lenka, 2014. *Diagnóza neplodnost: Sociologický pohled na zkušenost nedobrovolné bezdětnosti*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství SLON. ISBN 978-80-7419-140-4.

Internetové zdroje

BES, Joel. *Images of issues – Typifying Contemporary Social Problem* [on-line]. ©2009 [cit. 2019-03-02]. Dostupné z:

<http://books.google.cz/books?id=larpu0IKQIQC&pg=PA131&dq=infertility+social+problem&hl=cs&sa=X&ei=oNtWUfGQCIiM4gSJqYH4Dw&ved=0CC4QAEwAA#v=onepage&q=infertility%20social%20problem&f=false>

CENTRUM NADĚJE A POMOCI. O organizaci. Cenap.cz [online]. ©2018 [cit. 2019-02-12]. Dostupné z: <https://www.cenap.cz/o-organizaci>

CENTRUM NADĚJE A POMOCI. Poradíme vám. Cenap.cz [online]. ©2018 [cit. 2019-02-12]. Dostupné z: <https://www.cenap.cz/poradna-pri-neplodnosti>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. [online]. ©2018 [cit. 2018-02-11]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/aktualni-populacni-vyvoj-v-kostce>

ETICKÝ KODEX SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČR. [online]. ©2017 [cit. 2019-02-19]. Dostupné z: http://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex_Profesn%C3%AD%20svaz_verII.pdf

KOUBOVÁ, Veronika. 2018. Reportáž s ženami, které nechtějí být matkami In. E15.cz - Byznys, politika, ekonomika, finance, události [online]. ©17. prosinec 2018 [cit. 13. 01. 2019]. Dostupné z: https://www.e15.cz/the-student-times/reportaz-s-zenami-ktere-nechteji-byt-matkami-1354039?fbclid=IwAR1NwY618kmpe9lkrDIfsv1tyWICoL4y6gzlNm5C3j_Uz3ONINNhkKZ8wrU

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. [online]. ©2009 [cit. 2019-03-10]. Dostupné z: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology2.pdf

ŠORFOVÁ, Jitka. 2013. Naši nejdražší: Když čápi neplní plán. Co stojí umělé oplodnění In. Penize.cz [online]. 26. březen 2013 [cit. 01. 03. 2019]. Dostupné z: <https://www.penize.cz/zdravotnictvi/252062-nasi-nejdrazsi-kdyz-capi-neplni-plan-co-stoji-umele-oplodneni>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. [online]. ©2017 [cit. 2018-02-19]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/rodicka>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. [online]. ©2018 [cit. 2018-02-20]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/asistovana-reprodukce-cr>

Přílohy

A. textové přílohy

Tabulka č. 1 – Vývoj počtu narozených dětí podle věku matky od roku 1970 do 2015 v ČR

Tabulka č. 2 – Doplatky za provedení služby asistované reprodukce

Tabulka č. 3 – Charakteristika hlenového příznaku

B. Obrázkové přílohy

Obrázek č. 1 – Stanovení dne vzestupu teploty

Obrázek č. 2 – Potvrzení vzestupu teploty