

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav pedagogiky a sociálních studií

Pedagogika – sociální práce

kombinované studium

Diplomová práce

Bc. Jana Kráčmarová

Nepločnost a etické aspekty asistované reprodukce v sociální oblasti

Olomouc 2013

vedoucí práce: PhDr. Helena Skarupská, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla veškeré použité prameny a literaturu.

V Olomouci 10.04.2013

.....

Poděkování

Děkuji PhDr. Heleně Skarupské, Ph.D. za vedení mé diplomové práce a odborný dohled. Dále bych ráda poděkovala všem, kteří mi poskytli potřebné informace a své rodině za trpělivost.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Jana Kráčmarová
Katedra:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	PhDr. Helena Skarupská, Ph.D.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Neplodnost a etické aspekty asistované reprodukce v sociální oblasti
Název v angličtině:	Infertility and ethical aspects of assisted reproduction in the social terms
Anotace práce:	Tato diplomová práce je zaměřena na etickou problematičnost asistované reprodukce a s tím související psychosociální následky vzniklé z dané situace. Práce se zabývá nejen rodinou a rodičovstvím, ale především neplodností, její diagnostikou a možnostmi řešení, dále náhradní rodinnou péčí, etikou a sociální oporou. Práce se také zabývá názory párů, které řeší neplodnost a podstupují metody asistované reprodukce.
Klíčová slova:	rodina, plodnost, neplodnost, náhradní rodinná péče, etika, sociální opora
Anotace v angličtině:	This thesis is focused on the problematic ethics of assisted reproduction and related psychosocial consequences arising from the situation. This work deals with infertility, its diagnosis and possible solutions, as well as ethical aspects of assisted reproduction, substitute family care and social support. This work also deals with the opinions of couples dealing with infertility and advance a method of assisted reproduction.
Klíčová slova v angličtině:	family, fertility, infertility, foster care, ethics, social support

Přílohy vázané v práci:	3
Rozsah práce:	89 stran
Jazyk práce:	český

OBSAH

ÚVOD.....	6
1 RODIČOVSTVÍ A RODINA	8
1.1 RODIČOVSTVÍ.....	8
1.2 RODINA	9
2 PLODNOST.....	11
2.1 UKAZATELE PLODNOSTI	12
2.1.1 <i>Obecná míra plodnosti</i>	12
2.1.2 <i>Index plodnosti</i>	12
2.1.3 <i>Míra plodnosti podle věku</i>	13
2.1.4 <i>Úhrnná plodnost</i>	13
3 NEPLODNOST	15
3.1 PRIMÁRNÍ NEPLODNOST	15
3.2 SEKUNDÁRNÍ NEPLODNOST	16
3.3 NEVYSVĚTLITELNÁ NEPLODNOST	16
3.4 SOCIÁLNÍ VLIVY.....	16
3.5 FAKTORY NEPLODNOSTI.....	17
3.5.1 <i>Faktory ženské neplodnosti</i>	18
3.5.2 <i>Faktory mužské neplodnosti</i>	18
3.6 PŘÍČINY NEPLODNOSTI	18
3.6.1 <i>Příčiny ženské neplodnosti</i>	19
3.6.2 <i>Příčiny mužské neplodnosti</i>	21
3.7 PSYCHOGENNÍ PŘÍČINA NEPLODNOSTI	22
3.8 PSYCHICKÉ DOPADY NEPLODNOSTI.....	23
3.8.1 <i>Překonání paniky a odmítnutí</i>	23
3.8.2 <i>Hněv či zloba</i>	24
3.8.3 <i>Pocit viny</i>	24
3.8.4 <i>Závist</i>	24
3.8.5 <i>Smutek</i>	25
3.8.6 <i>Přijetí</i>	25
4 DIAGNOSTIKA NEPLODNOSTI	26
5 MOŽNOSTI ŘEŠENÍ NEPLODNOSTI	29
5.1 MEDIKAMENTÓZNÍ METODY	29
5.2 CHIRURGICKÁ TERAPIE	30

5.3	REHABILITAČNÍ METODA MOJŽÍŠOVÉ	30
5.4	BALNEOTERAPIE	31
5.5	AKUPUNKTURA.....	31
5.6	HOMEOPATIE.....	32
5.7	FYTOTERAPIE	32
5.8	ASISTOVANÁ REPRODUKCE.....	32
5.8.1	<i>Metody asistované reprodukce</i>	<i>32</i>
6	FINANČNÍ STRÁNKA LÉČBY NEPLODNOSTI.....	37
6.1	CENÍK METOD ASISTOVANÉ REPRODUKCE PRO PACIENTY SE ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍM V ČR.....	38
7	ETIKA V OTÁZCE NEPLODNOSTI	42
7.1	ETICKY SPORNÉ ASPEKTY ASISTOVANÉ REPRODUKCE	42
7.1.1	<i>Morální postavení embrya</i>	<i>42</i>
7.1.2	<i>Dárcovství genetického materiálu</i>	<i>43</i>
7.1.3	<i>Přebytečná embrya.....</i>	<i>43</i>
7.1.4	<i>Kryokonzervace.....</i>	<i>44</i>
7.1.5	<i>Výzkum (zejména) kmenových buněk.....</i>	<i>44</i>
7.1.6	<i>Náhradní rodičovství.....</i>	<i>46</i>
7.1.7	<i>Redukce u mnohočetného těhotenství</i>	<i>46</i>
7.1.8	<i>Výběr pohlaví.....</i>	<i>47</i>
8	JAK SE STÁT TAKÉ RODIČI	49
8.1	NÁHRADNÍ RODINNÁ PÉČE	49
8.2	FORMY NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE	50
8.2.1	<i>Osvojení</i>	<i>50</i>
8.2.2	<i>Pěstounská péče</i>	<i>54</i>
8.3	ŽIVOT BEZ DĚTÍ.....	57
9	SOCIÁLNÍ OPORA NEPLODNÝCH PÁRŮ	59
10	VÝZKUM	62
10.1	CÍL PRÁCE.....	62
10.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	62
10.3	METODIKA	63
10.3.1	<i>Výzkumná strategie.....</i>	<i>63</i>
10.3.2	<i>Charakteristika souboru dotazovaných osob.....</i>	<i>63</i>
10.4	TECHNIKY SBĚRU DAT.....	63
10.5	STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ DAT	64
10.6	VÝSLEDKY ZPRACOVANÝCH DAT.....	64

10.7 SHRNUÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	73
11 VYUŽITÍ PRÁCE	75
ZÁVĚR	77
LITERATURA.....	79
SEZNAM ZKRATEK.....	86
SEZNAM OBRÁZKŮ	87
SEZNAM GRAFŮ.....	88
SEZNAM PŘÍLOH.....	89

ÚVOD

Vývoj lidstva s sebou přináší řadu změn a to nejen v oblasti politické, vědecké, ekonomické, ale především také v sociální. Pokles porodnosti je jednou z hlavních změn, které s sebou tento vývoj přináší.

V dnešní době není plodnost populace samozřejmou skutečností, tak jak tomu bývalo dříve. Jednou z příčin může být fakt, že ženy, které v předešlých letech odkládaly své mateřství na pozdější dobu, se dostaly do věku, kdy si začínají uvědomovat jistou zdravotní rizikovost, a také stále větší touhu po dítěti i přes pověstné „tikání biologických hodin“. Dalším důvodem může být i životní styl mladé populace. Můžeme sem zařadit nezdravé stravování, užívání léků, nevhodné prádlo, stres spojený např. s pracovními problémy, s ekonomickými problémy.

V současnosti je stále větší vzácností, otěhotní-li žena přirozenou cestou a porodí-li zdravé dítě. Spíše přibývá případů, kdy mladé páry nemohou počít dítě přirozenou cestou. A tady nastupují metody asistované reprodukce. Ve srovnání s dřívější dobou mají neplodné páry mnohem více možností získat potřebné informace a to nejen od lékaře, ale také z široké škály literatury. Novým fenoménem je internet, kde mohou získávat odborné poznatky, ale také poznatky i zkušenosti od párů, které řešily nebo řeší stejné problémy. Dále zde mohou získat informace o úspěšnosti jednotlivých zdravotních institucí, ať už státních nebo soukromých.

Diagnostikované potíže s otěhotněním jsou postiženými vnímány jako prohra s přírodou, ale i prohra společenská, která evokuje silné emocionální i sociální zatížení. Tradiční ideál rodiny s dětmi je natolik silný, že každý neúspěch je považován za osobní selhání, neboť neplodnost, bezdětnost nebo také neschopnost donosit dítě je společností nepřijatelná a přináší stres. Bezdětní lidé se často cítí izolovaní, vytlačovaní ze společnosti rodin s dětmi a to v nich probouzí často záporné pocity a postoje, jako je zlost, frustrace, deprese, zármutek, bezmocnost.

Cílem této diplomové práce je výzkumem zjistit, jak se dotazované páry řešící neplodnost pomocí asistované reprodukce vyrovnávaly se zjištěnou diagnózou. Pro koho bylo rozhodnutí těžší, pro muže nebo pro ženy? Zda uvažovaly v nejkrajnějších situacích také o adopci nebo pěstounské péči. Dále najít odpovědi na otázky, jako například: Je u nás dostatečná osvěta? Je pro páry toužící po dítěti

dostatek odborné literatury nebo jiných materiálů, odkud by mohly čerpat odborné, ale i laické informace?

Důvodem ke zvolení tohoto tématu je předat vlastní zkušenosti a informovat mladé páry, které by se dostaly do podobné situace, jaké jsou možnosti řešení, co všechno tento problém obnáší, dále kde najít informace.

1 RODIČOVSTVÍ A RODINA

„Cenu má pouze život, který žijeme pro druhé“

Albert Einstein

„Proč vlastně lidé chtějí mít děti“? (Brablcová a kol., 1977, s. 27). Touto otázkou se zabývá spousta vědních oborů, např. psychologie se otázkami rodičovství zabývá ve spojitosti s tzv. instinkty. Touha či přání mít děti je prostě přírodní zákonitost a bezdětnost je něčím nepřirodním, nepřírozeným.

1.1 Rodičovství

Co si představit pod pojmem rodičovství? Podle profesora Milana Nakonečného má pojem rodičovství sociální, biologickou a právní stránku. Je to především určitý druh vztahu dospělých osob, matky a otce k jejich dítěti. Může jít o jejich sociální nebo biologické rodičovství, tj. převzetí role rodiče k vlastnímu či nevlastnímu dítěti. Rodičovství má i psychologický aspekt, vyjádřený chováním a postoji rodičů vůči dítěti. Jádrem vztahu je rodičovská láska a je rozlišená na mateřskou a otcovskou a nemusí se zde projevovat rozdíl mezi vlastním a nevlastním dítětem (www.sanquis.cz/index2.php?linkID=art2450).

Historie dokládá, že narození dítěte a zachování rodu bylo nejdůležitější rolí matky už v pravěké společnosti. *„Zplození dítěte a péče o ně jsou jedním z hlavních životních témat. Vzato čistě biologicky, je to vůbec náš základní úkol: předat geny, uchovat rod. U člověka jde ovšem o větší, rozsáhlejší poslání: nestačí porodit dítě a pečovat o ně tak dlouho, dokud nebude schopno žít se samo. Je třeba naučit je po lidsku cítit, myslet, adaptovat se na složitou lidskou společnost, přijmout kulturu svého národa. Tak vzniká ono dlouhé a krásné, i když někdy i těžké rodičovské stadium, „hlavní život“ většiny z nás. Vychovat tělesně i duševně zdravé, zdatné děti, předat jim to nejlepší, co jsme sami převzali od rodičů a z jiných zdravých zdrojů, pomoci jim začlenit se do společnosti jako její platní a tvořiví členové – to je smysl celého našeho dosavadního vývoje a velký test osobní zralosti“* (Říčan, 2004, s. 258).

V knize Cesta životem od Říčana (2004) se také zmiňuje pojem generativita. Tento pojem vytvořil a prosadil E. H. Erikson a je to základní postoj, životní poloha

v dospělém věku. Co znamená být generativní? Znamená to nikoli z povinnosti, ale spontánně, iniciativně, z vlastní vůle, radostně, z podstaty své bytosti plodit a starat se o to, co jsme zplodili. Jedná se tedy o rodičovství v širokém psychologickém až filozofickém smyslu.

„Rodičovství je považováno za zcela přirozené, ne-li samozřejmé vyústění manželství“ (Vágnerová, 2000, s. 344).

Langmeier, Krejčířová (2006) říkají, že z manželství se stává rodina narozením prvního dítěte a manželé tak vedle své nynější role přijímají nové úkoly spojené s rolí matky nebo otce. Rodičovství rodičům přináší uspokojení další základní životní potřeby, která se v tomto období manifestuje – potřeby někoho mít, o koho mohu pečovat, kdo je na mě závislý a kdo mě potřebuje. Dítě budí v rodičích dosud nepoznaný jakýsi ochranný postoj, který dává nový smysl jejich životu, poskytuje také mnoho radostí z každodenního soužití, z rychlých vývojových změn a projevů přichylnosti dítěte.

1.2 Rodina

Neměla bych opomenout zmínit důležitost rodiny, když se chci zabývat tématem rodičovství.

Na rodinu existuje mnoho pohledů a definic. Mohou se lišit podle přístupu různých vědních disciplín jako je právo, psychologie, sociologie a další. Podle sociologické definice je rodina skupina osob navzájem spjatých pokrevními svazky, manželstvím či srovnatelným právním vztahem nebo adopcí, jejíž dospělí členové jsou odpovědní za výchovu dětí (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Rodina>).

Dle úhlu pohledu, ze kterého se autor dívá, můžeme nalézt mnoho různých definic. Vybrala jsem si definici J. Odehnala: *„Rodina je jakýmsi nejuniverzálnějším sociálním činitelem, který poskytuje jedinci identifikační vzory, seznamuje ho s předpokládaným chováním pro mužskou a ženskou roli. Učí jedince reagovat žádoucím způsobem v procesu interakce a umožňuje mu i praktické ověření získaných dovedností v rámci rodiny. Uplatňuje se jako regulátor chování jedince a poskytujeme mu společensky žádoucí normy. Pod vlivem rodinného působení se vytváří postoje k personálnímu okolí, sobě samému i společnosti obecně“* (Janoušek a kol., 1984, s. 115). Nebo také podle Matějčka *„rodina vznikla nejen z přirozeného*

pohlavního pudu, jenž vede k rozmnožování daného živočišného druhu, ale především z potřeby své potomstvo ochraňovat, učit, vzdělávat, připravovat pro život“ (Matějček, 1994, s. 15). Dále můžeme poukázat na „model rodiny tvořené rodiči, jejich dětmi, případně prarodiči vykazuje neobyčejnou stabilitu ve všech epochách vývoje lidstva a ve všech známých současných společnostech. Neexistuje žádný typ společnosti, který by se neopíral o rodinu jako o svůj základní článek“ (Matoušek, 1997, s. 9).

SHRNUTÍ

Rodina jako důležitý stavební prvek společnosti dnes je možná trochu na ústupu. Touha po vlastním dítěti však přetrvává, neboť je založena na přirozené lidské potřebě o někoho pečovat, mít někoho, kdo mě potřebuje, je na mě do určité míry závislý. Není tedy bezpodmínečně nutný sňatek, ale fungující rodičovský vztah.

2 PLODNOST

Ve statistických ročenkách se zpravidla uvádí pojmy porodnost, plodnost a úhrnná plodnost v populacích vymezených geograficky (státy, kraje aj.). Nyní si jejich definice představíme.

Porodnost vyjadřuje, kolik živě narozených dětí připadá na střední stav populace v daném časovém intervalu. Hodnotu porodnosti vypočítáme podle vzorce:

$$\text{porodnost} = \frac{\text{počet živě narozených dětí v populaci v daném časovém intervalu}}{\text{střední stav populace v daném časovém intervalu}}.$$

Tímto způsobem určená porodnost je ukazatelem intenzity. Zpravidla porodnost se vyjadřuje na 1000 obyvatel. V případě, že čitatelem v daném vzorci je počet živě a mrtvě narozených dětí v daném časovém intervalu v populaci, tak mluvíme o celkové porodnosti (<http://ucebnice.euromise.cz/index.php?conn=0§ion=epidem&node=node53>).

Speciálním případem porodnosti je plodnost. Plodnost vyjadřuje, kolik živě narozených dětí připadá na počet žen v reprodukčním věku v daném časovém intervalu. Většinou se za reprodukční věk žen považuje věk mezi 15 až 49 lety, a proto:

$$\text{plodnost} = \frac{\text{počet živě narozených dětí v populaci v daném časovém intervalu}}{\text{střední stav žen ve věku 15–49 let v daném časovém intervalu}}.$$

V minulosti se za reprodukční věk považovalo věkové rozmezí 15 - 44 let (<http://ucebnice.euromise.cz/index.php?conn=0§ion=epidem&node=node53>).

Ještě bychom měli zmínit pojem plodivost (fekundita), která je podle Brezáka (2005) biologická schopnost jak muže, tak i ženy (tedy páru) plodit, případně rodit děti. Plodnost určitého páru (muže a ženy) závisí od jeho fekundity a od jeho

reprodukčního chování. Plodnost tedy představuje proces, který souvisí s reprodukcí souboru potenciálních matek - čili s obnovou tzv. rodivého kontingentu.

2.1 Ukazatele plodnosti

Plodnost (fertilita) – jejím nejjednodušším ukazatelem je absolutně číselně vyjádřený počet narozených.

2.1.1 Obecná míra plodnosti

Obecná míra plodnosti (f):

$$f = \frac{N^v}{P_{15-49}^z} \cdot 1000$$

kde

N^v - je počet živě narozených dětí,
 P_{15-49}^z - je počet žen v reprodukčním věku (15 – 49 let), vztažený ke střednímu stavu obyvatelstva, tj. k 1. červenci daného roku
(<http://cs.wikipedia.org/wiki/Plodnost>).

Tady v České republice, jak uvádí Koschin (2000), rozlišujeme čistou a hrubou míru plodnosti, kdy čistá míra plodnosti zahrnuje ve jmenovateli jen živě narozené děti. Na rozdíl tomu hrubá míra porodnosti započítává jak živě tak mrtvě narozené děti a je tím pádem totožná s obecnou mírou plodnosti.

2.1.2 Index plodnosti

Index plodnosti (ip) nahrazuje obecnou míru plodnosti v oblastech s neúplnou evidencí živě narozených. Index plodnosti se uvádí v procentech

kde

N^{0-4} - je počet dětí ve věku 0 – 4 roky,

P_{20-49}^z - je počet žen ve věku 15 – 44, popřípadě 20 – 49 let (věkový posun je dán právě intervalem věku dětí) (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Plodnost>).

2.1.3 Míra plodnosti podle věku

Míra plodnosti podle věku (f_x) se užívá při analýze změn plodnosti v závislosti na věku matek. Ukazatel uvádí počet živě narozených dětí na 1000 matek ve věku x .

$$f_x = \frac{N_x^v}{P_x^z} \cdot 1000$$

kde

- N_x^v je počet živě narozených dětí matkám ve věku x ,
- P_x^z je střední stav obyvatelstva žen ve věku x

(<http://cs.wikipedia.org/wiki/Plodnost>).

2.1.4 Úhrnná plodnost

Jeden z hlavních ukazatelů plodnosti představuje úhrnná plodnost ($úp$), jedná se o součet měr plodnosti podle věku. Vyjadřuje intenzitu plodnosti celé populace. Její hodnota popisuje průměrný počet dětí narozených jedné ženě během jejího života za předpokladu, že by se obecná míra plodnosti podle věku během reprodukčního období ženy neměnila. Úhrnná plodnost je sumou obecných měr plodnosti podle věku (f_x) v transverzálním pojetí (obvykle v kalendářním roce). Nejedná se o součet f_x jedné generace, takovému ukazateli pak odpovídá konečná plodnost. Většinou se pracuje jen s věkovou skupinou žen ve věku 15 – 49 let, pokud to ovšem statistické údaje dovolují, započítávají se i ty ženy, které si pořídily dítě i před 15. či po 49. roce věku. Vše je závislé na evidenci statistických údajů.

Úhrnná plodnost se udává opět v promile.

$$úp = \sum_{k=15}^{49} f_k = \sum_{k=15}^{49} \frac{N_k^v}{P_k^z} \cdot 1000$$

kde

- N_k^v představuje živě narozené děti pro každou věkovou skupinu žen ve věku k (15–49 let),

- P_k^z představuje populace jednotlivých věkových skupin žen ve věku k ke střednímu stavu obyvatelstva (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Plodnost>).

SHRNUTÍ

Výrazný pokles plodnosti a také prodlužování života spolu s migrační výměnou má velký vliv na demografický vývoj. Vzhledem k nepříznivému populačnímu vývoji, na který poukazují statistiky, bude česká společnost muset nejspíš přehodnotit řadu dlouhodobých pozitivně chápaných ekonomických i sociálních charakteristik.

3 NEPLODNOST

„Jako neplodnost se označuje stav, kdy se po roce snahy o početí dítěte výsledek nedostaví. (V lékařské terminologii se odlišuje sterilita jako neschopnost počít dítě a infertilita jako neschopnost donosit dítě)“ (Sobotková, 2007, s. 162).

K otěhotnění je nutná bezchybná funkce pohlavních orgánů ženy a muže. Neplodnost, neboli stav, kdy žena neotěhotní po pravidelném pohlavním styku 2× až 3× týdně ani po uplynutí jednoho roku, se vyskytuje u 10 – 15 % párů. Po důkladném vyšetření nalezneme příčinu v 50 % u ženy, ve 40 % u muže a u 10 % párů žádnou příčinu nenalezneme. Asi ve 20 % je porucha jak u ženy, tak u muže (<http://www.sexus.cz/kdyz-se-nedari-otehotnet-1-dil-neplodnost-jeji-priciny-a-lecba>).

Dle Dohertyho a Clarka (2006) 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.

3.1 Primární neplodnost

„Pod pojmem primární neplodnost zahrnujeme páry, kterým se nikdy nepodařilo otěhotnět“ (Doherty a Clark, 2006, s. 13). Dále Doherty a Clark (2006) uvádějí, že neplodnost je z medicínského hlediska považována za nemoc, která je definována jako neschopnost početí do 1 roku při nechráněném a dobře načasovaném pohlavním styku nebo také jako neschopnost udržení těhotenství do termínu. Nedařilo se jim počít ani po roce nechráněného pohlavního styku, měly by vyhledat lékařskou pomoc. Ženy, které mají nepravidelné měsíčky či jiné rizikové faktory neplodnosti a je jim více než 35 let, by měly vyhledat lékaře ještě dříve. Muži, by měli mít vyšetřeno sperma dříve než za jeden rok neúspěšného snažení, pokud prodělali operaci tříselné kýly, nemají sestouplá varlata nebo měli nějaký těžší úraz varlat.

3.2 Sekundární neplodnost

„Předchozí schopnost početí nezajišťuje plodnost ani do budoucna. Některé páry zjistí, že se staly neplodnými až tehdy, když se pokouší o druhé dítě“ (Doherty a Clark, 2006, s. 13). Dále Doherty a Clark (2006) uvádějí, že neschopnost počít po předchozím otěhotnění (ať již zakončeném porodem, interrupcí nebo potratem) je definována jako sekundární neplodnost. Některé páry trpí jak primární, tak následně i sekundární neplodností.

3.3 Nevysvětlitelná neplodnost

Tato diagnóza je stanovena dle Dohertyho a Clarka (2006) po vyloučení všech ostatních příčin. Postihuje asi 5 - 10 % všech neplodných párů. Takto postiženému páru většinou lékař poradí, aby podstoupil umělé oplodnění.

3.4 Sociální vlivy

V poslední době zasáhla do lidské plodnosti celá řada sociálních vlivů. Doherty a Clark (2006) uvádějí, že k nim patří:

- *Mění se role a ambice žen* – práce je pro mnoho žen natolik naplňující, že jsou ochotny kvůli ní odložit i založení rodiny.
- *Odklad založení rodiny* – své první dítě dnešní ženy průměrně porodí o tři roky později, než tomu bylo dříve. Plodnost ženy dle výzkumu s věkem klesá, k výraznému poklesu pak dochází po dosažení 35 let a schopnost otěhotnět v prvním měsíci snah u ženy 25 leté je 25 %, u ženy 30 leté 15 % a u ženy 40 leté jen 5 %.
- *Častější užívání antikoncepce* – dnes si mohou rodiny lépe naplánovat (pomocí užívání hormonální antikoncepce a kondomů) narození potomka na dobu, kdy se cítí psychicky připraveni a lépe finančně zajištěni.
- *Rozšíření pohlavně přenosných chorob* – mnoho z nich zůstává neléčeno a to také vede ke zvýšené neplodnosti.

- *Toxické látky v životním prostředí* – v dnešním životním prostředí se nachází více toxických látek, tyto toxické látky mají významný vliv na plodnost a podílí se i na častějším výskytu samovolných potratů.

3.5 Faktory neplodnosti

Mezi faktory ovlivňující neplodnost řadíme jak u žen, tak i u mužů kouření, alkohol, drogy, stres a pohlavně přenosné nemoci. Doherty a Clark (2006) říkají, že u žen kouření zvyšuje mimoděložní těhotenství, snižuje ženskou plodnost ovlivněním hormonálních hladin a také znesnadněním uhnízdění oplozeného vajíčka. U mužů kouření způsobuje, že spermie mají oproti nekuřákům častěji nepravidelný tvar a nesou genetické poruchy. Co se týká alkoholu a drog, tak u žen může alkohol snížit šance na otěhotnění až téměř o 50 %. Vědci se také domnívají, že alkohol zasahuje do procesu ovulace a transportu vajíčka. U mužů alkohol způsobuje snížení plodnosti a návykové látky (např. marihuana či různé přípravky podporujících růst svalové hmoty) ovlivňují negativně plodnost poklesem hladiny hormonu LH a omezenou tvorbu testosteronu. A když se zaměříme na stres, tak u žen může chronický a dlouhodobý stres ovlivnit hodnoty hladiny hormonů, a tím narušit ovulaci. Akutní stres může dokonce způsobit anovulaci, což může vést až k tomu, že žena přestane menstruat úplně. V podstatě sama neplodnost je již velkou psychickou zátěží. Co se týká stresu u mužů, tak je to podobné jako u užívání návykových látek, může totiž negativně ovlivňovat hodnoty hormonu LH, který kontroluje funkci varlat. To může vést až ke snížení počtu spermií či k poruše funkce spermií. Do společných faktorů ještě spadají pohlavně přenosné nemoci. Společné onemocnění je chlamydiová infekce, která u jedné pětiny žen způsobí rozvoj pánevní zánětlivé nemoci, která vede až ve 20 % ke vzniku neplodnosti. Na pánevní bolesti si stěžuje asi 18 % žen a u 9 % žen nemoc způsobí vznik mimoděložního těhotenství. U mužů pokud není chlamydiové onemocnění léčeno, může vést ke zjizvení močové trubice, přes kterou prochází penisem sperma. To může tvořit překážku průchodu semene.

3.5.1 Faktory ženské neplodnosti

Jak jsem již zmínila, tak mezi ženské faktory patří kouření, alkohol, drogy, pohlavně přenosné nemoci a stres. Tyto faktory mají společné s muži. Teď se ještě budu věnovat faktorům, které spíše ovlivňují ženskou plodnost. A jsou to cvičení, diety a velmi vysoký přísun kofeinu. Doherty a Clark (2006) upozorňují na extrémní fyzické zátěže, které mohou vést k poškození reprodukčních funkcí. Jedná se např. o přísnou dietu či náročné cvičení, která mohou způsobit, že žena přestane ovulovat a to důsledkem toho, že se sníží tělesný tuk, který je nezbytný pro ovulaci a menstruaci. A co se týká kofeinu, tak některé studie dokázaly, že velmi vysoký přísun kofeinu může též ovlivnit ženskou plodnost a proto odborníci radí, že v době, kdy se žena snaží otěhotnět, by měla omezit přísun kofeinu.

3.5.2 Faktory mužské neplodnosti

Mezi mužské faktory, jež ještě nebyly zmíněny, patří zranění, nadměrné teplo a faktory životního prostředí. Doherty a Clark (2006) zmiňují zranění, která jsou způsobená při sportech či při autonehodách. Taková zranění mohou ovlivnit mužskou schopnost tvořit spermie. Při úrazech může dojít např. k tomu, že dojde k přerušení či poškození transportu spermií do ejakulačního vývodu, nebo může dojít k ovlivnění ejakulace, a tím způsobit neplodnost. Dalším faktorem je nadměrné teplo. Vysoké teploty (např. ve vířivkách, saunách, horkých vanách) ovlivňují plodnost. Mužská neplodnost a faktory životního prostředí. Expozice toxických a chemických látek může také ovlivnit mužskou plodnost (např. pesticidy, herbicidy, těžké kovy (olovo, kadmium a arsen)).

3.6 Příčiny neplodnosti

Není správné hovořit o neplodnosti ženy a muže, ale o neplodnosti páru. Žena a muž spolu tvoří z biologického hlediska zcela unikátní jednotku a možnost zplodit dítě přirozenou cestou je určována velkým množstvím zevních i vnitřních faktorů na straně obou partnerů (<http://www.repromeda.cz/komplexni-diagnostika-neplodnosti.html>).

Sterilitu (neplodnost) rozdělujeme na příčiny, kdy je příčina jak na straně muže, tak i na sterilitu ze strany ženy. Je tedy nezbytné věnovat oběma partnerům stejnou pozornost při vyšetřování a léčení neplodnosti.

Současné známé příčiny neplodnosti můžeme rozdělit dle pohlaví. Výpočet obvyklých fenoménů bude následující.

3.6.1 Příčiny ženské neplodnosti

„Příčin ženské neplodnosti je celá řada. Je třeba si uvědomit, že se na ženské reprodukci svým způsobem podílí celý organismus. Zásadní význam má v tomto procesu několik orgánů“ (Křenková, 2000, s. 5).

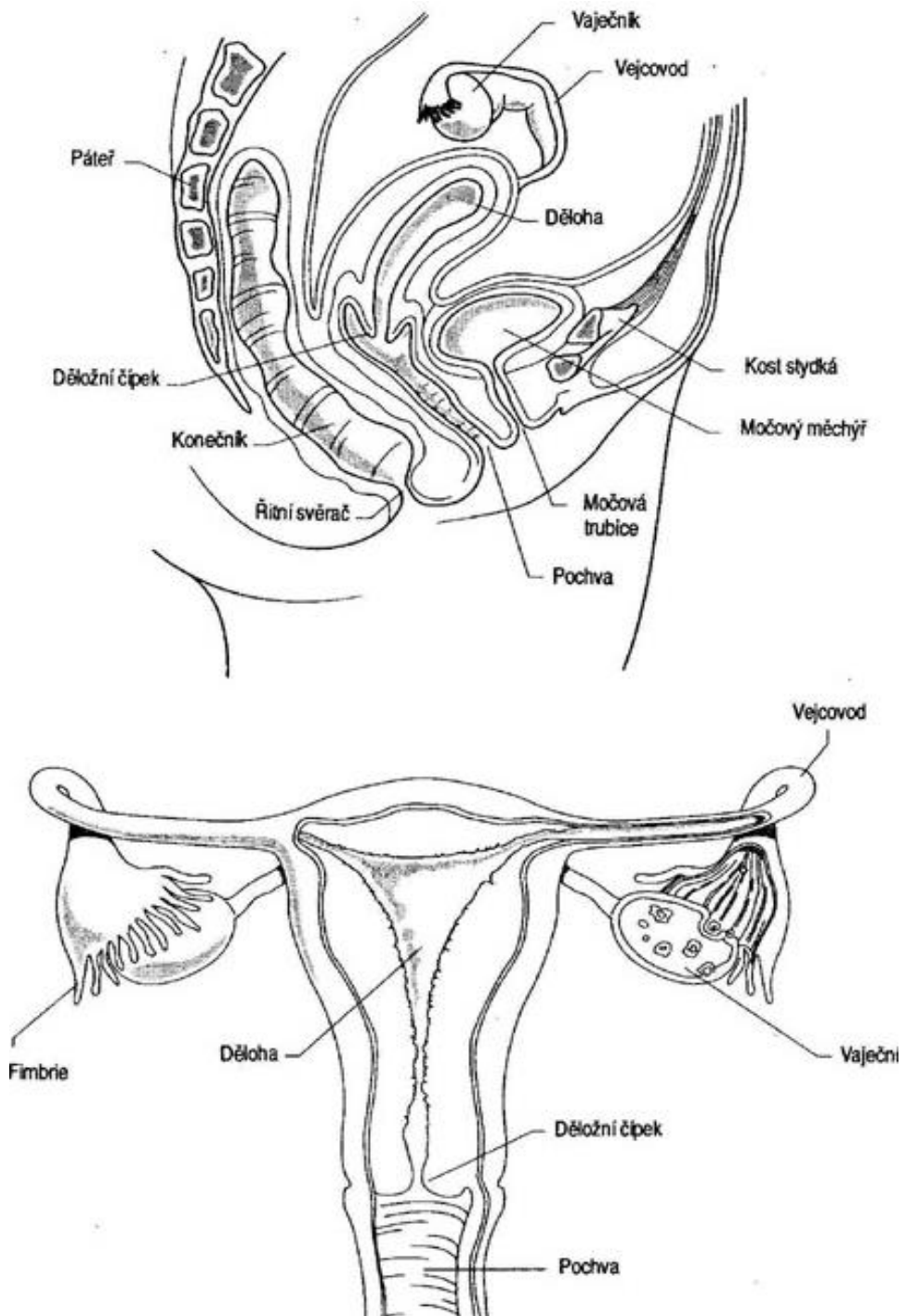
Příčiny ženské neplodnosti dle Řežábka (2004) jsou:

- Nedochází k pohlavnímu styku
- Nedožívá vajíčko
- Spermie nemohou proniknout k vajíčku
- Vajíčko není v pořádku a spermie ho nedokáží oplodnit
- Nedostatek hormonů nezbytných pro zahnízdění vajíčka
- Sliznice děložní nedokáže embryo přijmout

Doherty a Clark (2006) ještě přidávají:

- Věk
- Endometrióza
- Expozice DES a předchozí operace
- Problémy spojené s poruchou štítné žlázy
- Ztlustění vejcovodů a pánevní srůsty
- Opakované potrácení

Rozepsáno viz. příloha č. 1



Obrázek č. 1: Ženské pohlavní ústrojí

Zdroj: (http://www.volny.cz/david.placek/5roc/dipl_pra/d3_8.htm).

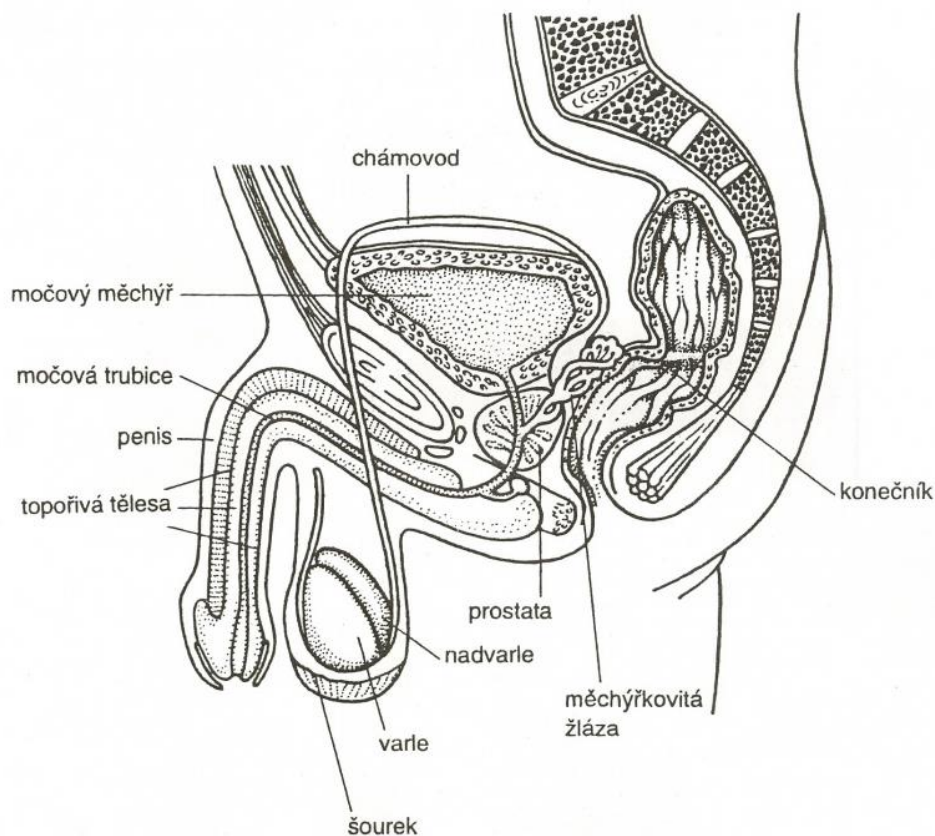
3.6.2 Příčiny mužské neplodnosti

V dnešní době víme, že muž se na neplodnosti páru podílí v přibližně 50 % případů. Při vyšetření neplodného páru by prvním krokem tedy měla být vždy analýza semene, tj. spermioqram (SG). Mužská neplodnost může mít vrozené nebo získané příčiny (<http://www.neplodnost.org/muzska-neplodnost.html>).

Doherty a Clark (2006) uvádějí tyto příčiny:

- Abnormality spermií
- Varikokéla
- Poškození vývodného systému
- Dědičné a vrozené poruchy
- Imunologické poruchy
- Infekce
- Deficit hormonů hypofýzy
- Ejakulační problémy
- Léky

Rozepsáno viz. příloha č. 2



Obrázek č. 2: mužské pohlavní ústrojí

Zdroj:<http://skolajecna.cz/biologie/Images/Textbook/Big/0120000/00312.jpg>.

3.7 Psychogenní příčina neplodnosti

„Psychogenní příčina může být zcela samostatná, nebo součástí ostatních příčin neplodnosti“ (Ulčová – Gallová, 2006, s. 37).

U všech savců je proces rozmnožování velmi podobný, člověk však vyniká svojí ústřední nervovou soustavou. Šedá kůra mozková reaguje na podněty z vnitřního i zevního prostředí, třídí, přebírá a řídí funkce prakticky celého organismu. Činnost jednotlivých orgánů je pak ovlivňována cestou nervovou, hormonální i imunitní - jejichmi přímými i zpětnými vazbami (<http://www.magazin-zdravi.cz/zdravi.4/psychogenni-priciny-neplodnosti.5268.html>).

„Mnoho terapeutů, výzkumníků, ale i pacientů a laiků pokládá za jednu z možných hlavních příčin poruch plodnosti nějaký psychický zádrhel. Za dostatečný

důkaz se obvykle uvádí otěhotnění po adopci, otěhotnění po první návštěvě či změně lékaře nebo po objednání na novou léčebnou proceduru, narušení dříve normálního ovulačního cyklu v okamžiku naplánování umělého oplodnění, otěhotnění po psychoterapii, psychofarmakoterapii nebo placeboterapii atd. To je pohled tzv. lineární kauzality. Když psychická příčina zmizí, zmizí i problém“ (Konečná, 2009, s. 24-25).

3.8 Psychické dopady neplodnosti

Téměř každý aspekt lidského života může neplodnost ovlivňovat. Během celé léčby neplodnosti prochází žena i muž různými stádii psychických stavů.

Stanovení diagnózy a léčby neplodnosti dle Dohertyho a Clarka (2006) vyžaduje hlavně odhodlání, spoustu času, energie a také peněz. Lidé v průběhu tohoto procesu zažívají pocity podrážděnosti, zlosti, deprese, frustrace, viny a také smutku. Všechny tyto negativní reakce vyrůstají ze strachu, že se nikdy nedočkají dítěte. Při rozhodování o způsobu léčby by hlavní prioritou mělo být zachování zdraví ženy či muže, dle toho, kdo léčbu podstupuje.

„Pro některé lidi je zjištění, že jsou neplodní, jen další událostí v jejich životě. Možná je to zpočátku trochu znepokojí a překvapí, ale nezastaví se a nepřemýšlí o tom příliš dlouho. Pro jiné je zjištění tohoto problému velkou životní krizí“ (Novotný, 1997, s. 17).

3.8.1 Překonání paniky a odmítnutí

Doherty a Clark (2006) uvádějí, že ženy, které se snaží o otěhotnění a zjistí, že jsou neplodné, obvykle zpanikaří a nejdříve skutečnosti nechtějí věřit, odmítají ji. Novotný (1997) zase uvádí, že lidé, jak si postupně začínají uvědomovat realitu své neplodnosti, tak se většinou jejich pocity prohlubují a počáteční překvapení přechází v popírání skutečnosti. *„Odmítnutí je běžná reakce mysli, odsunutí pravdy, která bolí. Postupem času přestane žena ve většině případů skutečnost odmítat a začne naopak pomalu přijímat pravdu. Pokud se nesnaží překonat svůj pocit odmítnutí, hrozí riziko, že v tomto stádiu zůstane. Neschopnost uvědomit si realitu vede k tomu, že žena odkládá vyhledání pomoci. Výsledkem může být zhoršení původní diagnózy*

a nutnost náročnější léčby. Tento stav pak opět jen zvýší psychické napětí“ (Doherty a Clark, 2006, s. 70).

3.8.2 Hněv či zloba

Při léčbě neplodnosti, jak říkají Doherty a Clark (2006) je hněv velice častý pocit a pocitují ho jak muži, tak i ženy. Tyto emoce nemají s logikou nic společného. Někdy se lidé zlobí na sebe a na své tělo, někdy zase svůj hněv obracejí na partnera nebo se taky zlobí, že odkládali založení rodiny, začátek léčby nebo že si nenašli dříve toho pravého odborníka. Někdy se také zlobí na své okolí (příbuzné, přátele), kteří rodí děti, ale také na nějaké vyšší síly či na Boha.

3.8.3 Pocit viny

„Je to, jako kdyby se neplodný člověk provinil a pykal za své jednání, o kterém předpokládá, že způsobilo neplodnost. Domnívá se, že se jeho stav změní, odčiní-li své provinění. Když všechny jejich modlitby a oběti, které přinášejí, všechny naděje, které chovají, stále nevedou k těhotenství nebo k narození zdravého dítěte, pro mnoho lidí je taková nespravedlnost víc, než dokáží unést. Vzdávají se pak své naděje. Nevěří, že má smysl cokoli dělat“ (Novotný, 1997, s. 21). Pocit viny pocitují jak ženy, tak i muži. Doherty a Clark (2006) doporučují, aby takoví pacienti měli možnost si promluvit s psychologem. Ten by s nimi měl pracovat na odstranění pocitů viny.

3.8.4 Závist

Závist, jak uvádějí Doherty a Clark (2006), se může u lidí, kteří podstupují léčbu neplodnosti, dostavit kdykoliv. Radovat se z úspěchu jiných je těžké, když nám samotným se nedaří. Tak jako hněv, ani závist nemá v tomto případě nic společného s logickým myšlením a těžko se můžeme na sebe za tyto pocity zlobit. Jen je důležité, abychom si je uvědomili a snažili se s nimi nějak rozumně vypořádat.

3.8.5 Smutek

V průběhu svého snažení, jak říkají Doherty a Clark (2006), prožívají neplodné páry občas smutek z toho, že nemají své dítě. S tímto smutkem je těžké se vyrovnat. Není to smutek, který zažíváme jako při ztrátě někoho blízkého, ale je to smutek z toho, že se nám nikdy nepodaří naplnit své sny.

3.8.6 Přijetí

Po všech těchto fázích, jako je odmítání reality, hněvu a smutku se člověk konečně se svou diagnózou smíří. Doherty a Clark (2006) pak uvádějí, že zůstává několik možností. Člověk buď přijme, že léčba neplodnosti je součástí jeho života a rozhodne se, že v tom bude ještě nějakou dobu pokračovat nebo se začne zajímat o bezvýhradné přijetí adoptivního dítěte jako by bylo jeho vlastní, anebo si uvědomí, že i život bez dětí může mít své výhody.

SHRNUTÍ

Plodnost je proces, který souvisí s reprodukcí. Častěji se však zabýváme opačným procesem a to je neplodností. Zkoumáme její primární, sekundární příčiny, ale i nevysvětlitelnou formu neplodnosti. Jak mohou neplodnost ovlivňovat různé faktory např. alkohol, drogy, nemoci, ale i takové záležitosti jako je závist, smutek, pocit viny.

4 DIAGNOSTIKA NEPLODNOSTI

Do procesu diagnostiky a léčby je nutné zahrnout celý pár, tedy oba partnery současně. Je potřeba pro zjištění příčin neplodnosti udělat řadu vyšetření, na jejichž základě se stanovuje diagnóza.

Konečná (2009) pokládá otázku: Kam se má obrátit pár s nenaplněnou touhou po dítěti? Žena jako první nejspíše zamíří ke gynekologovi, ale ten často na tuhle zdánlivě jednoduchou věc nestačí sám a musí si na pomoc povolat kolegy – jako jsou např. specialisté z oboru andrologie, imunologie, endokrinologie, sexuologie, urologie, genetiky atd. Do koloběhu vyšetřování se nejčastěji však pár dostane přes gynekologa, praktického lékaře, urologa či androloga.

Způsobů jak zjistit příčiny neplodnosti existuje celá řada. Já jsem si vybrala rozdělení, které uvádí Konečná (2009):

- **Detailní anamnéza** – je základní vyšetřovací metoda. Skutečnosti zjištěné lékařem při rozhovoru s pacientem pořád stále patří k nejdůležitějším nástrojům pro stanovení správné diagnózy. Anamnéza párů, které se doposud marně snažily o početí dítěte, by měla obsahovat podrobnosti o prodělaných nemocech a současném zdravotním stavu obou partnerů, informace o lécích, které užívají, také o jejich životosprávě a životním stylu, o rizicích v zaměstnání, fakta o jejich pohlavním vývoji, užívání antikoncepčních prostředků, předchozích těhotenstvích a sexuálních poměrech v současném vztahu a důležité jsou také podrobnosti o nemocech nejbližších příbuzných s důrazem na genetickou zátěž a poruchy plodnosti. Na základě zjištěných závěrů z anamnézy lékař naplánuje další diagnostické kroky.
- **Spermiologické vyšetření** – toto vyšetření pomáhá zjistit, zda jsou spermie schopné oplození a také zda je jich dost. Předpokladem pro správné spermiologické vyšetření ejakulátu je 4denní abstinence. Sleduje se nejen objem, ale také počet spermií na mililitr, jejich pohyblivost, tvar, schopnost přežívání aj. Někdy jsou nutná podrobnější a širší spermiologická vyšetření (př. mikrobiologická, imunologická aj.), tato vyšetření provádějí speciální pracoviště.

- **Základní fyzikální vyšetření ženy i muže** – to znamená běžná vyšetření gynekologická či andrologická prohlídka genitálního ústrojí. Napomáhá zpřesnit anamnestický závěr a optimalizovat tak diagnostickou cestu.
- **Vyšetření ovulace** – ovulaci lze prokázat buď z analýzy krve, nebo děložního hlenu, ale také ultrazvukem. Zjistit, zda ženy ovulují, mohou i samy, a sice měřením bazálních teplot nebo ovulačními testy. Ovulační testy odhalí vzestup luteinizačního hormonu v moči krátce před ovulací. Bazální teplota – v druhé polovině menstruačního cyklu se ženám zvýší teplota a to je průkazem ovulace a fungujícího žlutého tělíska, tedy je to spolehlivý důkaz normální činnosti vaječnicků. Rozdíl mezi minimální a maximální teplotou je 0,3-0,6 °C. Ke zvýšení dochází za 24 – 48 hodin, výjimečně za 72 – 96 hodin po ovulaci. 1 až 2 dny před menstruací klesá bazální teplota zpět na hodnoty odpovídající folikulární fázi. Žena si bazální teplotu měří každý den ve stejnou dobu a to ihned po probuzení, pak před zahájením denní aktivity a naposledy před snídaní. Hodnotit lze jen křivky získané měřením po dobu nejméně tří cyklů. Nevýhodou je, že měření bazální teploty informuje vlastně o již ovulaci proběhlé.
- **Vyšetření děložního hlenu** – toto vyšetření slouží ke zjištění, zda má žena genitální cesty pro spermie prostupné.
- **Vyšetření prostředí dělohy a pochvy** – pochva i děloha představují významnou část cesty spermií za vajíčkem a děloha je také místem uhnízdění a vývoje oplodněného vajíčka. Někdy se provádí tzv. kyretáž, odběr celé povrchové vrstvy dělohy. Slouží například pro stanovení průběhu menstruačního cyklu a také pro stanovení kvality děložní sliznice a to zda je schopná uchytit a vyživovat embryo.
- **Vyšetření krve** – poskytuje přehled o hormonálních hladinách a infekcích, o imunitě, o přítomnosti různých látek, genetické výbavě aj. Je nezbytné ke stanovení kvality spermií, vajíčka, míry prostupnosti genitálních cest i schopnosti uhnízdít a vyživovat vajíčko.

- **Laparoskopie** – umožňuje kontrolu pánevních a břišních orgánů. U ženských poruch plodnosti má dvojí význam a to diagnostický (zjištění průchodnosti vejcovodů a jejich stavu, vývoje a uložení vaječníků, podezření na mimoděložní těhotenství aj.) a terapeutický (laparoskopická chirurgie při neprůchodnosti vejcovodů, při endometrióze a při některých poruchách funkce vaječníků).
- **Hysteroskopie** – ta umožňuje přímé pozorování děložní dutiny (tedy průchodnosti genitálních cest a podmínky pro uhnízdění a vývoj embrya).
- **Hysterosalpingografie** – je to rentgenologické zobrazení dutiny dělohy a vejcovodů. Pomáhá také zjišťovat průchodnost genitálních cest a podmínky pro uhnízdění a vývoj embrya.
- **Sonografie** – neboli také vyšetření ultrazvukem. Jedná se o zobrazení vnitřních orgánů pomocí ultrazvuku.

Ventruha (2008) ještě jako další vyšetřovací metody udává:

- **Postkoitální test** – vyšetření, které hodnotí interakci spermií a ovulačního hlenu.
- **Vyšetření protilátek proti spermiím** – je možné jej provést jak ze séra muže, tak i ženy, seminální plazmy a exsudátů z pohlavního ústrojí ženy.
- **Genetické vyšetření** – na základě něho lze prokázat Klinefelterův syndrom, mužský Turnerův syndrom, pravý hermafroditismus, mužský pseudohematofroditismus.
- **Biopsie varlat** – používá se pro zhodnocení spermiogenního epitelu a tubulů při oligoastenospermii před započetím léčby. Tohle vyšetření předchází operační léčbě obstrukční aspermie.

SHRNUTÍ

Je třeba stejnou měrou zjišťovat příčiny neplodnosti jak u ženy, tak i u muže. Do procesu je zapojeno několik lékařských specialistů a také celá řada speciálních vyšetření, aby byla stanovena co nejpřesnější diagnóza.

5 MOŽNOSTI ŘEŠENÍ NEPLODNOSTI

Můžeme říci, že cesta za dítětem má tři cíle a to mít buď vlastní dítě, nebo mít osvojené dítě anebo zůstat bezdětným.

Existují různé způsoby léčby, které musí pár na cestě za dítětem podstoupit. Volba léčby závisí na diagnostických výsledcích.

5.1 Medikamentózní metody

Pacientům, kteří se potýkají s nějakou hormonální poruchou a mají narušenou látkovou komunikaci probíhající mezi hypotalamem, hypofýzou a varlaty či vaječníky je dle Novotný (1997) určena léčba neplodnosti medikamenty.

Konečná (2009) rozděluje metody medikamentózní na tři základní medikamentózní přístupy:

- **Terapie infekce** – příčinou neúspěchu při snahách otěhotnět mohou být záněty reprodukčních orgánů a to jak u žen, tak i u mužů. K odstranění příčin infekce se podávají celkově a místně antibiotika a vitamíny.
- **Terapie imunologické poruchy plodnosti** – imunitní systém spolu s nervovým a také endokrinním systémem se podílí na udržování rovnováhy vnitřního prostředí organismu – homeostázy. Základní funkcí je schopnost rozeznávat prospěšné a škodlivé činitele. Tato schopnost se projevuje jako: obranyschopnost, imunitní dohled a autotolerance. Imunologické příčiny poruch plodnosti jsou buď imunologické reakce proti spermiím, proti vajíčku nebo proti embryu, konkrétně proti trofoblastu.
- **Hormonální terapie** – k této terapii se přistupuje v případech, kdy je porucha plodnosti způsobena hormonální nedostatečností, ta narušuje průběh ovulace nebo tvorbu spermií. Využít ji lze k hormonální stimulaci nebo k náhradě chybějících hormonů, které jsou nezbytné pro otěhotnění.

5.2 Chirurgická terapie

Řežábek (2004) říká, že pokud je příčina poruchy plodnosti mechanická překážka, tak lze problém vyřešit chirurgickým zákrokem. Taková odchylka je někdy dle Konečné (2009) důsledkem předchozích zánětů či infekcí. V některých případech mohou chirurgické zákroky problém vyřešit úplně, avšak často se kombinují s jinými způsoby léčby.

5.3 Rehabilitační metoda Mojžíšové

Tato terapie je založena na principu, že existují reflexivní vztahy mezi páteří a vnitřními orgány. Pokud je dysfunkční páteř, tak dochází i k dysfunkci odpovídající vnitřnímu orgánu. A naopak. Dlouhodobé a nadměrné dráždění nervových vláken způsobuje nadměrné zvýšení křečí ve svalech kolem páteře, ale i svalů pánevního dna. Taková situace může nastat v důsledku zranění, opakovanými minitraumaty, zánětlivými procesy v oblasti pánve, změnami konfigurace obratlových těl a následkem civilizačních chorob. Předpokládá se, že nadměrné namáhání hladké svaloviny vejcovodů způsobuje jejich neprůchodnost, křeče děložního hrdla vedou ke vzniku dysmenorey (tj. bolestivá menstruace), křeče děložního těla mohou způsobit "dráždivé dělohy" (důsledek, za kterým mohou, za určitých okolností, být opakované potraty) a křeče pochvy mohou vést ke vzniku dyspareunie (bolest při pohlavním styku). Objevily se návrhy, že by se tento postup mohl použít pro určité problémy mužské plodnosti, ale bohužel nikdo prozatím neprokázal účinnosti této rehabilitační léčby v dostatečném počtu pacientů mužského pohlaví (www.mojzis-methods.com).

Strusková a Novotná (2003) uvádějí, že metoda rehabilitační sestry Ludmily Mojžíšové se skládá z deseti cviků, plus dvou speciálně vymyšlených pro muže, kteří cvičí pro zlepšení spermiogramu.

V roce 1991 uznal ministr zdravotnictví metodu Ludmily Mojžíšové jako metodu první volby k léčbě funkční ženské sterility.

5.4 Balneoterapie

Balneoterapií se dle Konečné (2009) rozumí souhrn různorodých léčebných postupů, kterým se pod lékařským vedením podrobuje pacient v lázeňském prostředí. Ošetřující lékař navrhuje lázeňskou péči dle Indikačního seznamu. Význam balneoterapie jako souhrnu různorodých léčebných postupů spočívá v jejich společném užití. V souvislosti s léčbou poruch plodnosti jsou nejznámější tzv. rašelinové tampóny a diatermie. Rašelinové tampóny jsou součástí peloidoterapie. K vaginální aplikaci se používá slatina nikoliv rašelina. Kdy jemně rozdrčená a zahřátá slatina se zavede jednoduchým zařízením do vaginy, pak následuje celková slatinná koupel a po skončení procedury se slatina z pochvy výplachem odstraní. Účinek je komplexní, zahrnuje účinek mechanický, tepelný, ale i chemický. Diatermie je léčebné využití vysokofrekvenčních proudů. Při průchodu proudů tkáněmi dochází v hloubce k jejich prohřátí, které následně způsobuje rozšíření cév se zvýšeným prokrvením a látkovou výměnou. Teplo má relaxační účinek na příčně pruhované svaly a spasmolytický účinek na hladké svalstvo.

5.5 Akupunktura

Akupunktura je stará čínská metoda, která léčí pacienta a jeho choroby drážděním bodu na povrchu těla.

Je to lékařská disciplína zabývající se prevencí, diagnostikou a léčbou převážně funkčních poruch organismu, psychosomatických onemocnění, bolestivých stavů, alergických nemocí, poruch imunity, návykových chorob a poruch motorických funkcí. Prevence a léčba pomocí této metody spočívá v cíleném ovlivňování organismu stimulací přesně ohraničených míst na povrchu těla, tzv. aktivních bodů. Zavedením speciálních jehel na určitou dobu můžeme provádět stimulaci (vlastní akupunktura) nebo aplikací jiných podnětů. Z různých podnětů se nejčastěji používá aplikace tepla (moxa, moxování), tlaku a masážních hmatů (akupresura), elektrického proudu (elektropunktura, elektroakupunktura), světla a laserového světla (fotopunktura, laseropunktura), použití magnetů, baněk apod. (<http://www.akupunktura.cz/index.php?page=akupunktura>).

5.6 Homeopatie

Je to způsob léčení, který je postaven dle Konečné (2009) na zásadě, že podobné se léčí podobným. Metoda vychází z myšlenky, že velmi malé dávky léčiva povzbuzují životní sílu k větší činnosti a oproti tomu větší ji ochromují nebo ničí. Léčba je individuální a pokud možno tak jedním jediným lékem. Cílem homeopatie je podpořit životní sílu organismu, který je schopen se sám bránit proti chorobám.

5.7 Fytoterapie

Člověk rozhlédne-li se po lékárně či drogerii, určitě objeví několik čajů, které jak uvádí Konečná (2009) upravují menstruační cyklus či zlepšují různé mužské potíže. Podmínkou je, že se musí užívat schválené směsi a že o tom bude vědět ošetřující lékař.

5.8 Asistovaná reprodukce

„Spolu s nárůstem počtu neplodných párů se dá očekávat i zvýšení poptávky v způsobech řešení fyzické neplodnosti a nedobrovolné bezdětnosti. Ty mohou být v zásadě dvojí – metody asistované reprodukce, nebo adopce“ (Slepičková a Fučík, 2009, s. 268).

Definice asistované reprodukce: *„Asistovaná reprodukce je obor medicíny, který pracuje mimo tělo člověka se spermii, vajíčky a embryi s cílem oplodnění ženy“* (Řežábek, 2008, s. 10).

Konečná (2009) uvádí, že prvním „dítětem ze zkumavky“ byla Angličanka Lisa Brownová a narodila se v roce 1978. U nás se první dítě narodilo v roce 1982.

5.8.1 Metody asistované reprodukce

Metody asistované reprodukce, jak uvádí Mrázek (2003) zahrnují celou řadu moderních technologických postupů, při kterých se manipuluje s lidskými pohlavními buňkami v rámci neplodnosti.

Jako první Řežábek (2008) zmiňuje artifiční inseminaci (AI) což znamená vnesení spermií do pohlavního ústrojí ženy. Artifiční inseminaci můžeme rozdělit podle zdroje spermií a to na AIH (Artificial Insemination from Husband – od manžela) nebo AID (Artificial Insemination from Donor – od dárce). Zavedení spermií lze provést buď do pochvy, nebo na děložní hrdlo. Z důvodu maximálního využití se většinou provádí intrauterinní inseminace (IUI) vstříknutím spermií do dělohy.

Další metoda je IVF ET – in vitro fertilizace a embryotransfer. Znamená oplodnění mimo tělo. Konečná (2009) vysvětluje, jak probíhá léčba metodou IVF. Začíná hormonální stimulací, která zajišťuje dozrávání několika vajíček. Žena dostává podle individuálního plánu, jinak také stimulačního protokolu po určitou dobu hormonální léky a to buď v injekcích, nebo injekčních perech. Průběh stimulace se sleduje ultrazvukem a to proto, aby se mohlo dle potřeby upravit dávkování léků, aby se tak předešlo vedlejším negativním účinkům a zjistil se přesně termín ovulace. Jakmile nastane ovulace, tak se vajíčka odeberou přes pochvu v krátkodobé narkóze. Ve stejný den, kdy se odebírají vajíčka, tak se odeberou i spermie, tedy pokud se nepoužívají spermie zamražené. Mohou se použít i dárcovské spermie. Speciálně upravené spermie a vajíčka se umístí do zvláštní nádoby a čeká se, zda budou nějaká vajíčka oplodněna. Embrya (oplodněná vajíčka) se pak kultivují a tato embrya se pak obvykle za dva až čtyři dny po oplození přenesou do dělohy. Pro transfer se použije to nejkvalitnější embryo či embrya. Embryotransfer je proveden v den, který určí embryologická laboratoř jako nejlepší.

Doherty a Clark (2006) se zmiňují o tzv. asistovaném hatchingu embrya. Šance na správné uhníždění embrya může být u některých pacientek zvýšena pomocí asistovaného hatchingu, které se provádí před zavedením do dělohy. Znamená to, že do povrchového obalu embrya jsou provedeny pomocí laseru nebo chemické látky malé otvory. U takto upraveného embrya se předpokládá, že má větší šanci se přichytit ke stěně děložní a správně se tak zanořit do sliznice.

V současné době se dle Konečné (2009) při IVF/ET používají **mikromanipulační techniky**. Jsou to metody, při nichž se pod mikroskopem manipuluje se spermií, vajíčkem či embryem tak, aby se zvýšila pravděpodobnost oplodnění vajíčka a jeho uchycení v děloze. V dnešní době patří k nejčastěji

používaným metodám *intracytoplazmatická injekce* (ISCI), při níž se mikrojehlou zavede jedna spermie do vajíčka, dále je to již zmiňovaný *asistovaný hatching* (AH) a *zona drilling*, při nichž se narušením obalu embrya zvyšuje pravděpodobnost jeho uchycení v děloze. Dále se používají **mikrochirurgické techniky**, ty se využívají v případech snížené mužské plodnosti: jde o *MESA*, což je mikrochirurgický odběr spermií z nadvarlete, *TESA* to znamená mikrochirurgický odběr spermií z varlete a *TESE* a to je mikrochirurgický odběr semenotvorných kanálků, které v optimálním případě obsahují i volné spermie. Další z používaných technik je **preimplantační genetická diagnostika** (PGD), která je užívána k rozpoznání defektů a abnormalit embryí vytvořených pomocí IVF před jejich přenosem do dělohy. Ještě se uvádějí **další pomocné metody** a k nim např. patří *dárcovství*. To můžeme rozdělit na dárcovství spermií, které se využívá při andrologické poruše plodnosti, dále je to dárcovství oocytů, což je metoda, která je vyvinutá pro ženy, u nichž se nevyvíjí vlastní vajíčka nebo jejichž vajíčka nelze z různých důvodů použít a v poslední řadě i dárcovství embrya, která je určena pouze pro manželské páry, kterým nelze jinými metodami asistované reprodukce pomoci k dosažení vlastního dítěte.

„Pro umělé oplodnění ženy lze použít:

a) vajíčka získaná od této ženy,

b) spermie získané od muže, který se ženou podstupuje léčbu neplodnosti společně,

c) zárodečné buňky darované jinou osobou, než která je uvedena v písmenech a) a b) (dále jen „anonymní dárce“); anonymním dárcem může být pouze žena, která dovršila věk 18 let a nepřekročila věk 35 let, nebo muž, který dovršil věk 18 let a nepřekročil věk 40 let. Zárodečnými buňkami se pro účely asistované reprodukce rozumí vajíčka a spermie. Zárodečné buňky a lidská embrya mohou být použita pouze pro umělé oplodnění“ (Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách § 3, odst. 4, 2 a 5).

Další pomocnou metodou je *prodloužená kultivace*. Je to metoda umožňující prodloužit délku kultivace oplozených vajíček až na 120 hodin. Délka kultivace je u každé pacientky individuální, záleží na kvalitě embryí, rychlosti jejich rýhování a také na přání pacientky. 3 - 5 denní kultivace umožňuje delší sledování vývoje embryí a lze tak dosáhnout 8-buněčného stadia = moruly, a v některých případech až

stadia blastocysty. Lze tak snáze vybrat nejkvalitnější embrya pro transfer. Sníží se tak pravděpodobnost zavedení embryí s omezenou schopností buněčného dělení. Taková to embrya po prodloužené kultivaci jsou transferována do lépe připravené děložní sliznice a také mají vyšší šanci na uchycení. A jako poslední další pomocnou metodu zmíníme *kryokonzervaci*, je to proces šetrného zmražení embryí. Cílem je uchovat embrya vzniklá po mimotělním oplození v případech:

- vznikne-li po oplození více kvalitních embryí, než lze transferovat do dělohy;
- na základě laparoskopického nálezu je doporučeno odložit transfer pro riziko mimoděložního těhotenství;
- vyvine-li se v průběhu stimulace u pacientky tzv. hyperstimulační syndrom, je vzhledem k následným možným komplikacím vhodné odložit transfer do doby úplného zklidnění vaječníků;
- nečekaně vzniklé zdravotní, organizační nebo technické obtíže neumožňující provedení transferu;
- kryokonzervace v programu dárcovství oocytů;
- uchování embryí před radioterapií nebo chemoterapií.

Zamrazena jsou embrya nejvýše po 2 nebo 3 kusech. Skladována jsou v pejetách ve speciálních kontejnerech s tekutým dusíkem (<http://www.ivfbrno.cz/info.asp?ivf=18>).

S kryokonzervací bych měla ještě zmínit *kryoembryotransfer (KET)* - přenos embryí po rozmražení. Den provedení KETU je stanoven po přípravě sliznice v děloze pomocí hormonálních tablet. Embrya jsou po rozmražení 24 hod. kultivována, lze tak vybrat na transfer embrya, která se po rozmražení nejlépe vyvíjejí (<http://www.ivfbrno.cz/info.asp?ivf=18>).

Doherty a Clark (2006) ještě uvádějí dvě metody asistované reprodukce a to *přímý přenos gamet do vejcovodů (GIFT)*. To znamená, že při této metodě jsou nejprve vajíčka odebrána z vaječníků a následně na to jsou spolu se spermatem zavedena přímo do vejcovodu, tak aby byl co nejvíce napodoben přirozený průběh oplodnění. Tou druhou metodou je *přímý přenos zygot do vejcovodů (ZIFT)*. Liší se od GIFT tím, že vajíčka jsou oplodněna spermii mimo ženské tělo a až následně jsou zavedena do vejcovodů. ZIFT umožňuje lékaři potvrdit, zda došlo k oplodnění vajíčka ještě před jeho zavedením do vejcovodu. Embryo se při úspěšném pokusu

po dobu několika dnů vyvíjí ve vejcovodu a mezitím probíhá příprava výstelky dutiny děložní. Samovolně se následně dostává do dutiny děložní.

SHRNUTÍ

Na diagnostických výsledcích závisí léčebné metody. Jednou možností je medikamentózní léčba, další možností je chirurgická léčba a třetí formou je rehabilitační léčba. Je možné využívat i netradičních metod jako je akupunktura, homeopatie, fototerapie. V neposlední řadě je to metoda asistované reprodukce.

6 FINANČNÍ STRÁNKA LÉČBY NEPLODNOSTI

Léčba neplodnosti nepatří zrovna mezi nejlevnější lékařské výkony. Některé zákroky jsou hrazeny ze zdravotního pojištění, ale ne všechny a proto si některé musí hradit pár sám.

Zákon o veřejném zdravotním pojištění 369/2011 Sb., který novelizuje zákon č. 48/1997 Sb. s účinností od 1. 4. 2012 stanovuje podmínky úhrady asistované reprodukce ze zdravotního pojištění. Úhrada ze zdravotního pojištění je poskytována dle §15 odst. 3 ženám s oboustrannou neprůchodností vejcovodů ve věku od 18 do 39 let. Hrazené služby zahrnují zdravotní péči poskytnutou na základě doporučení registrujícího poskytovatele v oboru gynekologie a porodnictví v souvislosti s umělým oplodněním, a to nejvíce třikrát za život. Anebo čtyřikrát za život bylo-li v prvních dvou případech přeneseno do pohlavních orgánů ženy pouze 1 lidské embryo vzniklé oplodněním vajíčka spermií mimo tělo ženy. Dále je úhrada ze zdravotního pojištění poskytována ostatním ženám ve věku od 22 do 39 let. Pojišťovna hradí léky na stimulaci, výkony spojené se získáním a oplozením oocytů a transfer embryí (tzn. buď IVF cyklus přerušovaný před odběrem oocytů, nebo IVF cyklus s odběrem oocytů bez embryotransferu, případně základní IVF cyklus s přenosem embryí). Pojišťovna nehradí úkony, mezi které patří např. mikromanipulační techniky (ICSI a AH), kryokonzervace gamet a embryí, preimplantační genetické vyšetření, chirurgické metody odběru spermií, prodlouženou kultivaci embryí apod. (<http://www.stopneplodnosti.cz/lecba-neplodnosti/na-co-se-pripravit/financni-otazky/>).

6.1 Ceník metod asistované reprodukce pro pacienty se zdravotním pojištěním v ČR

IVF - standardní cykly:

Kde zdravotní pojišťovna IVF cyklus nehradí, ale pacientka má zdravotní pojištění v ČR:

Cyklus IVF	26 000 Kč
Nekompletní cyklus IVF – přerušeno před punkcí	3 300 Kč
- přerušeno po punkci vaječnicků	12 100 Kč
- kde nedošlo k oplodnění vajíček	14 300 Kč
+Léky potřebné ke stimulaci	podle aktuální spotřeby
Rozmražení embryí a jejich transfer (KET)	4 400 Kč
Monitoring cyklu před kryotransferem	1 650 Kč

Kde zdravotní pojišťovna IVF cyklus nehradí a pacientka nemá zdravotní pojištění v ČR:

Cyklus IVF	41 250 Kč
Nekompletní cyklus IVF – přerušeno před punkcí	12 650 Kč
- přerušeno po punkci vaječnicků, kde vajíčka nezískána	22 550 Kč
- kde nedošlo k oplodnění vajíček	25 850 Kč
+Léky potřebné ke stimulaci	podle aktuální spotřeby
Rozmražení embryí a jejich transfer (KET)	4 400 Kč
Monitoring cyklu před kryotransferem + laboratorní testy	4 400 Kč

Výkony nehrazené ze zdravotního pojištění:

Asistovaný hatching na každé embryo	3 300 Kč
ICSI na 1 oocyt	2 200 Kč
ICSI na 4 až 10 oocytů	8 800 Kč
ICSI- každý další oocyt nad 10	550 Kč
PICSI na 1 oocyt	4 000 Kč
PICSI na 4-10 oocytů	16 000 Kč
PICSI- každý další oocyt nad 10	1 000 Kč
Prodloužená kultivace nad 48 hod.	3 500 Kč
Kontinuální monitoring embryí (3-5 dnů) – každý den	1 500 Kč
Zamražení nadbytečných oocytů nebo embryí	1 500 Kč
Zamražení spermií v rámci asistované reprodukce	0 Kč
Zamražení spermií mimo asistovanou reprodukci (vč. odběru na STD)	1 250 Kč
Skladování zamraž. spermií, oocytů nebo embryí - každý započatý rok	2 200 Kč
-zlevněné předplatné skladování do 3 let	4 400 Kč
-zlevněné předplatné skladování do 5 let	6 600 Kč
Mikromanipulace - preparace spermií při MESA, TESE	8 800 Kč
MESA, TESE	25 000 Kč
Dávka spermií dárce	2 200 Kč
Odběr a příprava blastomer k preimplantační genet. diagnost. (PGD)	11 000 Kč
PGD	podle diagnózy
Embryo glue	1 650 Kč

Nativní cykly:

nativní cyklus přerušovaný před punkcí	1 500 Kč
nativní cyklus s punkcí bez zisku vajíčka	5 500 Kč
nativní cyklus fertilizace nezdařena - do 2 oocytů	8 500 Kč
nativní cyklus fertilizace nezdařena - do 4 oocytů	8 500 Kč
kompletní nativní cyklus do 2 oocytů	12 900 Kč
kompletní nativní cyklus do 4 oocytů	15 900 Kč

IVF s darovanými oocyty:

- Pacientka s nárokem na úhradu IVF ze zdrav. pojištění:

1. cyklus (vč. úhrady dárkyni), (při zápisu do pořadníku 25 000 Kč)	34 650 Kč
Následující cyklus s rozmraženými embryi z 1. cyklu	6 050 Kč

- Pacientka se zdrav. pojištěním v ČR, bez nároku na úhradu IVF ze zdrav. pojištění:

1. cyklus (vč. úhrady dárkyni), (při zápisu do pořadníku 25 000 Kč)	84 150 Kč
Následující cyklus s rozmraženými embryi z 1. cyklu	6 050 Kč

- Pacientka bez zdrav. pojištění v ČR:

1. cyklus (vč. úhrady dárkyni), (při zápisu do pořadníku 25 000 Kč)	114 950 Kč
Následující cyklus s rozmraženými embryi z 1. cyklu	8 800 Kč

IVF s darovanými oocyty – synchronní cykly:

- Pacientka s nárokem na úhradu IVF ze zdrav. pojištění:

1. cyklus (vč. úhrady dárkyni), (při zápisu do pořadníku 25 000 Kč)	37 950 Kč
Následující cyklus s rozmraženými embryi z 1. cyklu	6 050 Kč

- Pacientka se zdrav. pojištěním v ČR, bez nároku na úhradu IVF ze zdrav. pojištění:

1. cyklus (vč. úhrady dárkyni), (při zápisu do pořadníku 25 000 Kč)	87 450 Kč
Následující cyklus s rozmraženými embryi z 1. cyklu	6 050 Kč

- Pacientka bez zdrav. pojištění v ČR:

1. cyklus (vč. úhrady dárkyni), (při zápisu do pořadníku 25 000 Kč)	118 250 Kč
Následující cyklus s rozmraženými embryi z 1. cyklu	8 000 Kč

IVF s darovanými embryi:

- Pacientka se zdrav. pojištěním v ČR:

Kompletní cyklus (vč. úhrady dárkyni) (Při zápisu do pořad. 17 000 Kč) **30 250 Kč**

Další související cyklus 6 050 Kč

- Pacientka bez zdrav. pojištění v ČR:

Kompletní cyklus (vč. úhrady dárkyni) (Při zápisu do pořad. 16 000 Kč) **56 650 Kč**

Další související cyklus 8 800 Kč

http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CEkQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.gest.cz%2Fcz%2Fdoc%2FGE-31-Cenik-IVF-1.1.12.doc&ei=1LAWUfLSHImE4gTt3IAg&usg=AFQjCNHGI82IREjGhxGYYSda4yodSE6_iA&sig2=6UpWoK9n3HgyP5sH_0gE7Q&bvm=bv.43148975,d.bGE

SHRNUTÍ

Řešení neplodnosti je velmi finančně náročné. Část léčby je hrazena zdravotní pojišťovnou a část si hradí klient sám. Úhrada je poskytována ženám od 18 do 39 let a to čtyřikrát za život. U každého páru je částka uhrazená za celý proces léčby různá. Závisí na zdravotních problémech, lécích a dalších okolnostech.

7 ETIKA V OTÁZCE NEPLODNOSTI

Léčba neplodnosti se v posledních desetiletích stala jedním z nejprogresivnějších lékařských oborů. Asistovaná reprodukce má své zaryté zastánce, ale na druhé straně i odpůrce. Pokrok, který s sebou přinesl početí lidské bytosti za nepřirozených podmínek je provázeno řadou etických dilemat.

„V první řadě je důležité říci, že veškerá klinická praxe je u nás prováděna s doložkou svědomí a pod přímým vlivem profesních etických kodexů, které navazují na dokumenty vydané mezinárodními profesními organizacemi a politickými sbory“ (Dostál, 2007, str. 22).

7.1 Eticky sporné aspekty asistované reprodukce

Asistovaná reprodukce s sebou, kromě reprodukčních technik užívaných pro úspěšné docílení těhotenství, přináší i některá eticky diskutovaná témata. Některým bych se chtěla v této kapitole věnovat.

7.1.1 Morální postavení embrya

Nesmiřitelnost dvojího etického pohledu na problematiku asistované reprodukce by vyřešila jednoznačnost morálního postavení embrya. První názor zastávají zejména některé církve a lidé věřící a to, že počátkem lidského života je okamžik zplození, tedy spojení vajíčka a spermie. Druhý názor je kompromisem, podporovaným jak vědci, tak i lékaři i etiky - embryo má status potenciální lidské bytosti. Teprve kolem patnáctého dne se začnou tvořit první primitivní nervové buňky a „lidství“ zárodku se začne prohlubovat, tím pádem dospěla většina etických výborů k závěru, že prvních 14 dnů embryo morální status lidské bytosti nemá. Tento názor zastává většina párů podstupujících asistovanou reprodukci a také odborná veřejnost. Na současný názor z praxe nám dává odpověď embryolog D. Chládek: „Nejnovější názor nám stanoví *Tkáňová direktiva Evropské Unie*. Embryo má, ve fázi před ET (embryotransferem), status léčebného buněčného přípravku“ (<http://www.podporareprodukce.cz/article/novinky/etika-asistovane-reprodukce>).

7.1.2 Dárcovství genetického materiálu

Druhý nejdiskutovanější etický problém v procesu asistované reprodukce je darování spermií, vajíčka i embrya. Jde vlastně o zahrnutí třetí strany do procesu reprodukce. Vystává otázka, zda nedojde k prolomení instituce manželství a rodiny? Veřejností je problematika dárcovství často odkazována na vlastní svědomí zúčastněných. Mnozí v něm hledají instanci schopnou za všech okolností říci, co je správné. Ale i svědomí se vztahuje ke společenství. Na straně samotného dítěte probíhá jeden proces. A zde si můžeme položit otázky: Zvládne v budoucnu vyrovnání se s vlastní identitou? Má dítě právo znát své biologické rodiče? Bude mu to umožněno? Vyrovná se bez problémů se svou situací? Bude milovat a respektovat „své“ rodiče i po obeznámení se s okolnostmi svého zplození? A další proces probíhá na straně příjemců. I zde máme otázky: Nebude jim někdy v budoucnu tento fakt na obtíž? Vyrovnají se s případnou genetickou zátěží dítěte? Budou oba rodiče vždy milovat své dítě bez ohledu na jeho původ? A co na to dárce? Dárce má anonymitu v České republice zaručenou (centra AR registrují od dárce pouze několik základních údajů vztahujících se převážně k jeho vzhledu). I zde vystávají otázky: Nebude dárce svého činu jednou litovat? Nezačne dárce pronásledovat myšlenka na poznání svého, nebo z poloviny svého dítěte? Jak a kdo ho vychovává? Problém v anonymitě dárce je, že v centrech AR, tedy do jejich evidence i do centrálního registru je pouze zaveden jeho kód. Kód je v každé AR jiný, a tak aktivnímu dárci stačí objet například 30 center, v každém oplodnit 6 vajíček a vznikne 180 genetických potomků aktivního dárce. Zde v těchto případech reálně hrozí genetické poškození plodů, pokud se setkají v pozdějším životě syn a dcera od jednoho dárce. A pak by mohla být častá otázka: Stane se samozřejmostí, že při plánování dítěte budeme muset na vyšetření DNA? (<http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2012/06/05.pdf>).

7.1.3 Přebytečná embrya

Hormonální stimulace vede k větší produkci vajíček. Tyto vajíčka se oplodní, ale ne všechna získaná embrya se upotřebí. Vznikají tím embrya „do zásoby“, která mají čtyři způsoby využití:

- zmrazení pro pozdější využití
- dárcovství

- výzkumné účely, a to především se zaměřením na kmenové buňky
- a poslední možností je likvidace.

Rozhodnutí jak s nimi „naložit“ je na rodičích. Je to velmi stresující situace, protože každá možnost má svá pro i proti. Kdo posoudí, co je správné? Každopádně rodiče pak budou se svým rozhodnutím muset žít celý život (<http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2012/06/05.pdf>).

7.1.4 Kryokonzervace

Embrya, která nejsou využita, tak se zamrazí a jsou skladována v tekutém dusíku. Výhodou kryokonzervace je, že pokud první nebo některý další pokus umělého oplodnění nevyjde, může pár podstoupit další pokusy bez stimulačního procesu a odběru vajíček. I zde vyvstávají otázky, jako jsou např. Jakou zátěž zmrazení přináší pro počínající život? Bude se embryo vyvíjet přirozeným způsobem? Máme vůbec právo manipulovat tímto způsobem s potenciální lidskou bytostí? Kde máme jistotu, že zmrazením nebude v budoucnu ovlivněno zdraví dítěte? Kryokonzervace spermií je používána již řadu let, nyní se již provádí i zmrazení vajíček (oocytů), ale i mražení tkáně z varlat (spermatické kanálky) a ovariální (nenastimulované) tkáně je dnes již běžnou praxí. Výhody u těchto kryokonzervací jsou jasné. Jedná se především o situace, ve kterých očekávané zdravotní komplikace a náročné léčby (například chemoterapie) mohou mít špatný, ne-li katastrofální vliv na reprodukční orgány. Možnost zmrazení „zdravých a čerstvých“ pohlavních buněk v mladším věku a jejich pozdější využití je již také reálná a přináší i jakousi „výhodnou“ možnost a to prodloužení reprodukčního věku. Můžeme se ptát: Je to eticky přípustné? Přinejmenším se etická situace tímto dále komplikuje (<http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2012/06/05.pdf>).

7.1.5 Výzkum (zejména) kmenových buněk

Výzkum na embryu je v České republice právně regulován a povolen zákonem č. 227/2006 Sb., o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech a o změně některých souvisejících zákonů. V tomto zákoně se výzkumem na lidských embryonálních kmenových buňkách rozumí systematická tvůrčí činnost konaná za účelem získání nových znalostí či

jejich využití prováděná na liniích lidských embryonálních kmenových buněk. Výzkum na lidských embryonálních kmenových buňkách lze provádět pouze na základě povolení. Toto povolení vydává Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Výzkum může být prováděn pouze na pracovištích, která jsou uvedena v povolení k výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách. Tento výzkum na lidských embryonálních kmenových buňkách může být prováděn pouze na dovezených liniích, tedy pokud byly získány z lidských embryí způsobem, který neodporuje právním předpisům České republiky a země původu, jejich dovoz byl povolen ministerstvem a jediným důvodem dovozu do České republiky je jejich využití pro výzkumné účely podle tohoto zákona, nebo na liniích získaných z nadbytečných lidských embryí ve zdravotnických zařízeních v České republice, ve kterých se provádí asistovaná reprodukce podle zvláštního právního předpisu. Nadbytečným lidským embryem se rozumí takové lidské embryo, které bylo vytvořeno metodou mimotělního oplodnění pro účely asistované reprodukce, ale nebylo pro tyto účely využito (http://aplikace.msmt.cz/htm/JJ227_2006Sb_Zakonovyzkumunalidskychembryonalnichkmenovychbunkachasouvisejicichcinnostechaozmenenekterychsouvisejicichzakonu.htm).

Nejspíš je zřejmé, že embrya na věky držená v tekutém dusíku by svůj potenciál k přetvoření v lidskou bytost asi nenaplnila, je tedy nemorální proměnit tato „nadbytečná“ embrya v embryonální kmenové buňky, které lze využít k výzkumu a v budoucnu i k léčbě těžkých onemocnění? (<http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2012/06/05.pdf>). Dle Munzarové (2008) musíme přece léčit, zachraňovat nemocné a prodlužovat i náš vlastní život.

Vezmeme si třeba příběh dítěte, které trpí dědičnou chorobou, léčitelnou pouze transplantací vhodné kostní dřevě, by mohl mít šťastný konec a to nově i v případě, že by se dárcem stal ještě nenarozený sourozenec. Byla by vytvořena embrya metodou asistované reprodukce, a ta by se podrobila předimplantační genetické diagnostice. Pokud by mezi nimi byl vhodný dárcem, který by byl nezátížený dědičnou chorobou, měl by starší sourozenec vyhráno. Je to černá můra, nebo krásný sen? Je jistě neetické zplodit dítě pro určitý účel. Tuto cestu se snaží zjednodušit výzkum kmenových buněk a v daném případě by tak potřebnou kostní

dřeň vypěstoval v misce pouze z kmenové buňky embrya v předimplantační fázi (<http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2012/06/05.pdf>).

7.1.6 Náhradní rodičovství

Náhradní mateřství není v České republice legislativně upraveno, tzn. že není ani výslovně zakázáno ani dovoleno. Někteří právníci zastávají názor, že je dovoleno a svůj názor opírají o čl. 2 odst. 3 Listiny základních práv a svobod, který říká, že „každý může činit, co není zákonem zakázáno, a nikdo nesmí být nucen činit, co zákon neukládá“ (<http://www.crmzlin.cz/24903-surogatni-materstvi>).

Řežábek (2004) uvádí, že pokud žena nemá dělohu, nemůže otěhotnět, i kdyby její vaječníky byly zcela v pořádku. Nabízí se řešení a to takové, že ženě se odebere vajíčko a oplodní se spermiemi jejího manžela a vzniklé embryo se přeneso do dělohy jiné ženy. Po porodu tato žena (náhradní matka) předá dítě oběma rodičům. Podle zákona o rodině č. 94/1963 Sb., ve znění pozdějších předpisů je matkou dítěte žena, která dítě porodí. Co když vznikne situace, že se těhotná žena s plodem ve svém těle během těhotenství natolik sblíží, že se po porodu rozhodne ponechat si ho? Anebo naopak, co když dítě bude postižené a žena, od níž pocházelo vajíčko, ho odmítne a nebude ho chtít? Kdo by v tomto případě hradil náklady na pobyt v sociálním ústavu?

Negativní postoj k náhradnímu mateřství uvádí Marta Munzarová, že žena poskytuje své tělo jako inkubátor pro donošení dítěte, a poté bez potíží předá „cizí“ dítě těm, kteří si je objednali k osvojení. Dále také podepisuje smlouvu, ve které lze nalézt i formulace typu: „Nebude-li sledované dítě odpovídat standardům, náhradní matka podstoupí potrat“ (<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/podporujme-manzelstvi-a-rodinu-ne-nahradni-matky-447521>).

7.1.7 Redukce u mnohočetného těhotenství

Rodiče, kteří čekají narození tří nebo více dětí, mohou uvažovat nebo jim to je doporučeno lékaři, o redukci životaschopných plodů. Redukce většinou probíhá

mezi 10. a 12. týdnem těhotenství. Nejčastěji používanou technikou redukce je aplikace určité látky injekcí přímo do srdce plodu, tento zákrok se provádí přes břicho a dělohu matky. Odumřelé nadbytečné plody zůstávají v děloze a během těhotenství dochází postupně k jejich vstřebání. Redukce zvyšuje pravděpodobnost, že matka porodí jedno nebo dvě zdravé děti namísto možného potratu či předčasného porodu tří či více dětí, kterým by jinak hrozila smrt, nebo by byly dlouhodobě oslabené. U každého páru rodičů je zvažování rizik a výhod jiné, nicméně pro všechny je to velmi zodpovědné a plné obav. Můžeme se na to podívat z několika úhlů. Zprvė, mnoho párů se o otěhotnění snažilo dlouho. Teď je to tady, ale čekají trojčata nebo i vícčata. Muset teď zvažovat redukci (zabití?) některých nebo třeba i jen jednoho dítěte, o které se snažili a usilovali tak dlouho, je v rozporu s jejich veškerým časem, energií, zklamáními, bolestí a také penězi, které do toho investovali. Zadruhé, když se zjistí, že se uchytily tři nebo více plodů, tak je čas vymezený na provedení redukce často velmi krátký, někdy třeba jen 3-4 dny. Rodiče se musí v tomto krátkém čase dozvědět co nejvíce o tom, jak redukce probíhá, jaké je riziko pro matku i zbývající plody a zároveň se vypořádat se ztrátou (zabitím) jednoho nebo více svých nenarozených dětí. Je to obrovský nápor tohle všechno přestát, vyrovnat se s tím a rozhodnout se během několika málo dnů. Třetí otázkou je pravděpodobný dlouhodobý psychologický vliv na rodiče a následně i na přeživší děti v případě, že se pro redukci rodiče rozhodnou. Otázky, které si rodiče kladou po podstoupení redukce, jsou: „Zabili jsme našeho syna či dceru? Jsem vrah? Jak a kdy to máme říct ostatním dětem, které přežily anebo zda jim to vůbec máme povědět“ (<http://rulikova.cz/wp-content/uploads/2012/06/Redukce.pdf>).

7.1.8 Výběr pohlaví

Při metodě IVF je selekce pohlaví embrya opravdu možná. Jako první metoda je výběr spermií, kdy se oddělí spermie s chromozomem X a Y. Ty spermie, které se zvolily, se potom použijí při IVF k oplození vajíčka. Druhou možností je vyšetření pomocí preimplantační genetické diagnostiky (PGD), kdy díky této metodě lze testovat genetické vlastnosti embryí ještě před přenesením do dělohy, včetně zjištění pohlaví. V České republice, která podepsala Bioetickou konvenci Rady Evropy, je však výběr pohlaví embrya zakázán. Zákon o výzkumu na lidských embryonálních

kmenových buňkách a souvisejících činnostech je u nás platný od 1. 1. 2006 a výslovně zakazuje používání asistované reprodukce k manipulacím s pohlavím embrya. Avšak existují výjimky a to jsou určité lékařské příčiny, kdy lze přistoupit k umělému oplodnění a přitom vybrat embryo se známým pohlavím k zavedení do dělohy. Jedná se o případy, kdy jsou rodiče přenašeči závažné dědičné choroby, která je vázána na pohlaví. Příkladem takové poruchy je hemofilie, je to onemocnění, které geneticky přenášejí ženy, ale chorobou jsou postiženi pouze jedinci mužského pohlaví. Výběr embrya dívčího pohlaví tak předchází riziku vzniku postižení u dítěte. Velkým etickým problémem je především výběr pohlaví dítěte na přání rodičů. Kvůli narušenému poměru pohlaví by se mohlo stát, že budou převažovat buď muži, nebo ženy. Nadřazenost jednoho pohlaví je z morálního hlediska zcela nepřijatelná (<http://www.zenska-neplodnost.cz/novinky/prejete-si-pomoci-umeleho-oplodneni-holcicku-nebo-chlapecka-184>).

SHRNUTÍ

Populace se rozděluje na ty, kteří souhlasí s asistovanou reprodukcí, vidí v ní jediné možné řešení pro neplodné páry. Dále na ty, kteří jsou odpůrci této metody. Preferují přirozenou cestu a jakýkoliv lékařský zákrok odmítají. Třetí skupinu tvoří lidé, kteří se s problémem zatím nesečkali a také ho proto neřeší a nezaujímají k němu žádné stanovisko. Větším problémem je „dárcovství“ a pozdější vyrovnání se dítěte se svou identitou.

8 JAK SE STÁT TAKÉ RODIČI

Pro lidi, kterým léčba nepřinese dítě, je rozhodnutí o ukončení léčby, dle Řežábka (2004), velmi těžké. Někteří se rozhodnou dříve, jiní později, ač tak nebo onak, samotné rozhodnutí pro dvojici znamená, že se vzdávají svých snů o tom, že budou mít své biologicky vlastní dítě. Koneckonců, samotné ukončení léčby znamená částečně i nový začátek. Někteří se zaměří na adopci či pěstounství a jiní si zvolí život bez dítěte.

8.1 Náhradní rodinná péče

Pokud se dvojice rozhodne pro výchovu nevlastního dítěte, pak může zvolit náhradní rodinnou péči. Náhradní rodinná péče je forma péče o děti, kdy je dítě vychováváno “náhradními” rodiči v prostředí, které se nejvíce podobá životu v přirozené rodině. Tou je u nás zejména osvojení (adopce), pěstounská péče a poručenství (<http://www.adopce.com/informace/zakladni-pojmy/>).

V zájmu každého dítěte je vyrůstat v harmonickém a klidném prostředí své rodiny. Právním a povinností rodičů je péče a výchova dítěte. Ne všichni rodiče a to bohužel, se chtějí, mohou nebo umí postarat o své děti. Pokud nemůže dítě vyrůstat ve své vlastní rodině, je na místě hledat optimální formu náhradní výchovy. K institutům náhradní výchovy patří:

- a) ústavní výchova
- b) náhradní rodinná výchova
 - osvojení
 - pěstounská péče
 - pěstounská péče na přechodnou dobu
 - poručenství
 - svěření dítěte do výchovy jiné fyzické osoby než rodiče.

Do všech těchto vyjmenovaných forem náhradní výchovy může být, dítě umístěno a to pouze na základě rozhodnutí příslušného soudu. Ze zákona o rodině č. 94/1963 Sb., ve znění pozdějších předpisů vyplývá, že přednost má vždy péče rodinná před péčí ústavní. Je tedy v prvořadném zájmu dítěte, které muselo být ze závažných

důvodů umístěno do ústavní péče, pokusit se mu nalézt vhodnou náhradní rodinu (http://www.mpsv.cz/files/clanky/7294/Pruvodce_pro_nahradni_rodinnou_peci_.pdf)

Dne 07.12.2012 došlo k novelizaci zákona o sociálně právní ochraně dětí zákon č. 401/2012 Sb., kterým se mění zákon č. 359/1999., o sociálně právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů a další související zákony.

8.2 Formy náhradní rodinné péče

Nás především v souvislosti s tématem diplomové práce bude zajímat osvojení a pěstounská péče, kterou více rozepíší v následujících podkapitolách. Pěstounská péče na přechodnou dobu, poručenství a svěření dítěte do výchovy jiné fyzické osoby než rodiče řeší situace, které jsou buď jen na přechodnou dobu, nebo se zabývají otázkou správy majetku, avšak to by neřešilo touhu po dítěti, kterou mají dvojice, které nemohou mít své biologicky vlastní dítě.

8.2.1 Osvojení

Osvojení je státem garantovaný a zákonem ošetřený druh náhradní rodinné péče, při které přijímají manželé nebo jednotlivci za vlastní opuštěné dítě a získávají plnou rodičovskou zodpovědnost (<http://www.adopce.com/adopce-osvojeni/zakladni-pojmy/>). V českém právu je tento vztah vymezen v zákoně o rodině č. 94/1963 Sb., ve znění pozdějších předpisů, v ustanoveních § 63 – 77.

„Vedle svého hlavního poslání, kterým je a zůstává nahradit nezletilému dítěti chybějící stabilní rodinné prostředí, přispívá výchovou, péčí a láskou zároveň k naplňování smyslu života osvojitelů, v jejichž rodině začíná osvojenec žít“ (Bubleová, 2002, s. 13).

Osvojením vzniká, dle zákona o rodině, mezi osvojitelem a osvojencem takový poměr, jaký je mezi rodiči a dětmi, a mezi osvojencem a příbuznými osvojitele poměr příbuzenský. Osvojitelé tudíž mají rodičovskou zodpovědnost při výchově dětí ve stejném rozsahu jako rodiče. Osvojiteli se mohou stát pouze fyzické osoby. Tyto osoby zaručují způsobem svého života, že osvojení bude ku prospěchu dítěte i společnosti. Mezi osvojencem a osvojitelem musí být přiměřený věkový

rozdíl. Osvojit lze pouze nezletilého, a to jen je-li mu osvojení ku prospěchu. Jako společné dítě mohou někoho osvojit jen manželé. Je-li osvojitel manželem, může osvojit pouze jen se souhlasem druhého manžela. Osvojenec vždy získává jméno osvojitelů. Osvojením zanikají vzájemná práva a povinnosti mezi osvojencem a jeho biologickou rodinou (<http://www.clovekvpravu.cz/ochrana-rodiny-a-deti-rodinne-pravo-aktualizovano-k-112012-141/rodicovstvi-a-pece-o-dite-866/nahradni-rodinna-pece-878/osvojeni-881>).

„Osvojení jako jedna z forem náhradní výchovy je považováno za nejlepší formu náhradní rodinné péče. Je tomu tak především proto, že osvojené dítě získá nejen náhradní rodiče, ale novou rodinu v širokém smyslu slova“ (Novotná a Průšová, 2004, s. 10).

Osvojení je forma náhradní rodinné péče o děti tzv. právně volné. Znamená to, že jejich rodiče:

- Dali předem souhlas s osvojením dítěte bez vztahu k určitým osvojitelům. Souhlas může být dán nejdříve šest týdnů po narození dítěte. Tento souhlas musí být dán osobně přítomnými rodiči písemně před soudem nebo před příslušným orgánem sociálně právní ochrany dětí. Souhlas odvolat lze, ale pouze do doby než je dítě umístěno na základě rozhodnutí do péče budoucích osvojitelů.
- Soud určil tzv. absolutní nezájem rodičů o dítě. To znamená, když po dobu nejméně tří měsíců po narození dítěte neprojeví o dítě žádný zájem, ačkoliv jim v projevení zájmu nebránila závažná překážka.
- Soud určil tzv. kvalifikovaný nezájem rodičů o dítě. Znamená to, že rodiče neprojeví o dítě opravdový zájem po dobu nejméně tří měsíců.
- Soud zbavil rodiče rodičovské zodpovědnosti.
- Rodiče dítěte zemřeli (http://www.mpsv.cz/files/clanky/7294/Pruvodce_pro_nahradni_rodinnou_peci_.pdf).

Druhy osvojení:

Osvojení dělíme podle míry začlenění dítěte do nové rodiny a míry zachování vztahu s jeho původní rodinou na:

- **úplné** - kdy plně zanikají vztahy k původní rodině a vznikají nové příbuzenské vztahy k osvojitelově rodině;
- **neúplné** - zůstává zachováno např. dědické právo, vyživovací povinnost vůči původní rodině a nedochází k úplnému právnímu začlenění do rodiny osvojitele.

Dále dělíme osvojení podle osvojitelů na:

- **individuální** - osvojení jedním osvojitelem, kdy se osvojenec dostává do vztahu jen s osvojitelem a jeho příbuznými;
- **společné** - osvojení partnerskou dvojicí, zde se osvojenec dostává do vztahu s oběma partnery a jejich příbuznými.

A jako poslední dělíme osvojení podle možnosti zrušení:

- **zrušitelné** (také jednoduché, prosté, I. stupně) - je možno zrušit, např. na základě rozhodnutí dítěte po dosažení plnoletosti, v matrice zůstávají zapsáni i původní rodiče dítěte;
- **nezrušitelné** (II. stupně) - v matrice dochází k trvalému nahrazení původních rodičů adoptivními (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Osvojen%C3%AD>).

Důležité jsou podmínky osvojení dítěte. O vzniku, zrušení i přeměně osvojení může rozhodnout pouze soud. Soud rozhodne po přezkoumání všech zákonem stanovených podmínek a předpokladů:

1. osvojení musí být osvojenci ku prospěchu;
2. osvojit lze jen dítě nezletilé;
3. mezi osvojitelem a osvojencem musí být přiměřený věkový rozdíl;

4. mezi osvojitelem a osvojencem neexistuje pokrevní rodinný nebo blízký příbuzenský vztah;
5. osvojitel musí být způsobilý k právním úkonům;
6. jako společné dítě mohou někoho osvojit jenom manželé;
7. s osvojením musí vyslovit souhlas rodiče dítěte, popř. jiný zákonný zástupce;
8. s osvojením má projevit souhlas osvojované dítě (jen je-li dostatečně rozumově vyspělé);
9. soud zkoumá i osobnostní předpoklady osvojitele a zdravotní stav osvojence i osvojitele;
10. soud musí poučit osvojitele o účelu, obsahu a důsledcích osvojení;
11. obligatorní podmínkou je tzv. předadopční péče (nejméně po dobu 3 měsíců);
12. nemůže být osvojeno dítě, jehož se týká probíhající řízení o určení otcovství (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Osvojen%C3%AD>).

Osvojení dětí do ciziny a z ciziny

Osvojení dětí do ciziny a z ciziny, tj. mezinárodní osvojení. Tato forma náhradní rodinné péče je možným řešením v případě, že se pro dítě nedaří najít náhradní rodinu v zemi původu. Toto mezinárodní osvojení je upraveno Úmluvou o ochraně dětí a spolupráci při mezinárodním osvojení, kterou vypracovala a přijala Haagská konference mezinárodního práva soukromého 29. 5. 1993. V České republice vstoupila tato úmluva v platnost dne 1. 6. 2000 a spolu se zákonem č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí ve znění pozdějších předpisů, umožňuje osvojení dětí do ciziny a z ciziny. Postup při osvojování dítěte do zahraničí jasně stanovuje Haagská úmluva. Určuje povinnosti a kompetence jednotlivých institucí, také definuje právo dítěte na přednostní osvojení v zemi svého původu, zaručuje biologickým rodičům anonymitu a zásadně vylučuje jakékoliv zisky z adopcí. A také nařizuje signatářským státům, aby na svém území určily jeden ústřední orgán, který bude za osvojení dětí do zahraničí odpovědný. V České republice tuto funkci zprostředkovatele plní Úřad pro mezinárodněprávní ochranu dětí v Brně. Děti, které mohou být osvojeny a pro které se během 6 měsíců nepodaří nalézt vhodnou rodinu tady v České republice, jsou nabídnuty prostřednictvím Úřadu pro mezinárodněprávní ochranu dětí se sídlem v Brně do osvojení v cizině. Pokud by se našla pro dítě rodina v cizině a zároveň se podařilo nalézt rodinu v České

republiky, tak je upřednostňována naše rodina, neboť dle Úmluvy o právech dítěte má dítě přednostní právo žít v zemi svého původu. Pokud se pro žadatele o osvojení nepodaří vytipovat vhodné dítě z celé České republiky, je možné, pokud si to přejí, hledat pro ně dítě v cizině (<http://www.adopce.com/adopce-osvojeni/osvojeni-a-zahranici/>).

8.2.2 Pěstounská péče

Dalším typem náhradní rodinné výchovy je pěstounská péče. Tato péče je upravena v zákoně č. 94/1963 Sb., o rodině ve znění pozdějších předpisů, dále v zákoně č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí ve znění pozdějších předpisů a také v zákoně č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře.

„Pěstounská péče je státem garantovaná a kontrolovaná forma náhradní rodinné péče, která zajišťuje dostatečné hmotné zabezpečení dítěte i přiměřenou odměnu těm, kteří se ho ujali. Dítě může být svěřeno do pěstounské péče fyzické osobě nebo do společné pěstounské péče manželů. Jediným rozhodujícím činitelem z hlediska právního je tu zájem dítěte“ (Bubleová, 2002, s. 16).

Účelem pěstounské péče je zajistit dítěti osobní péči o jeho osobu, obdobnou péči v přirozené rodině. Nedochozí při pěstounské péči na rozdíl od osvojení k úplnému zpřetrhání vazeb s biologickou rodinou dítěte. Vazby dítěte k jeho biologické rodině by naopak v ideálním případě měly zůstat zachovány. Rodiče dítěte mají avšak i nadále rodičovskou zodpovědnost (pokud jí ovšem nejsou zbaveni soudem), vyživovací povinnost k dítěti a také právo na styk s dítětem (<http://www.pestounska-pece.cz/content/pestounska-pece>).

Obecně je pěstounská péče určena dětem, o které se rodiče neumějí, nechťejí či nejsou ochotni se starat. Pokud tyto děti nejsou tzv. právně volné, což znamená, že biologičtí rodiče se nevzdali rodičovských povinností, ani jich nebyli zbaveni z rozhodnutí soudu, není tedy možné si je osvojit. Kromě již zmíněných dětí se nalézají v pěstounské péči samozřejmě také skuteční sirotci. V pěstounské péči se mohou ocitnout také děti, které sice jsou tzv. právně volné, a tudíž by pro ně v úvahu osvojení připadalo, ale to z různých důvodů není realizováno nebo doporučováno.

Konkrétní skupiny dětí, pro něž je vhodná pěstounská péče, jsou tyto:

- děti odlišného etnického původu;
 - děti s vážnějším postižením – péče o tyto děti vyžaduje od náhradních rodičů určité sebeobětování, které lze spíše očekávat od pěstounů, konkrétně od těch, u nichž převažují altruistické motivy pro přijetí dítěte, než u osvojitelů, kteří přijetím dítěte především řeší svou bezdětnost;
 - děti starší, které se do osvojení, vzhledem ke svému věku nehodí
- (<http://www.pestounska-pece.cz/content/pestounska-pece#schema>).

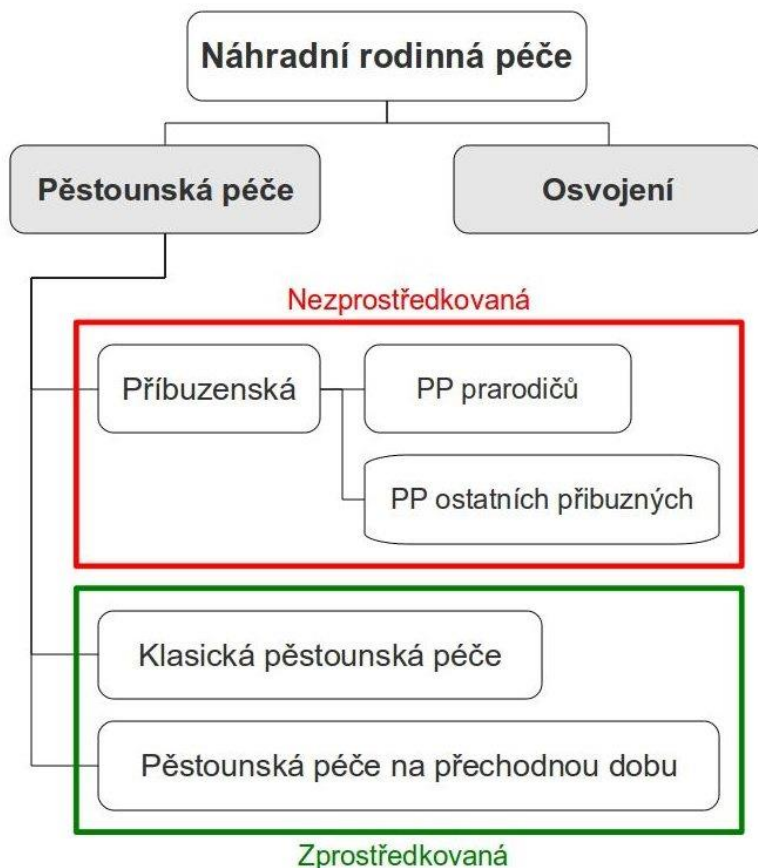
Dva typy pěstounské péče se, dle Matějčka a kol. (1999), uplatňují v praxi a to individuální a skupinová. Individuální péče probíhá v běžném rodinném prostředí. Skupinová péče probíhá v tzv. zvláštních zařízeních pro výkon pěstounské péče nebo v SOS dětských vesničkách. Pěstounská péče v tzv. zvláštních zařízeních, jimiž se rozumějí velké pěstounské rodiny s manželským párem a jednak SOS dětské vesničky, kde v čele velké rodiny stojí matka-pěstounka sama. Je zde velký počet „sourozenců“. V jednom případě jsou vychovateli oba manželé-pěstouni, v druhém případě jen matka-pěstounka, která má ku pomoci další ženu, tj. „tetu“.

Sdružení SOS dětských vesniček provozuje 3 SOS dětské vesničky. Nejstarší z nich vznikla v roce 1969 v Karlových Varech – Doubí. V roce 1973 byla do provozu uvedena další SOS vesnička a to ve Chvalčově, malé obci pod vrchem Hostýn ve Zlínském kraji. A zatím poslední byla v roce 2003 otevřena SOS vesnička v Brně – Medláncích (http://www.sos-vesnicky.cz/hledame-pestouny/faq/#FAQ_2).

Podmínky pěstounské péče

1. Do pěstounské péče je konkrétní fyzické osobě (či manželům) svěřeno dítě rozhodnutím soudu.
2. Pěstounská péče končí zletilostí.
3. V některých případech mohou biologičtí rodiče navštěvovat svoje dítě, mají právo rozhodovat o důležitých věcech týkajících se dítěte (vydání cestovního pasu, cestování do zahraničí, volby školy apod.).
4. Pěstouni mají právo rozhodovat o běžných věcech.
5. Pěstounská péče může být soudem zrušena z důležitých důvodů.

6. Pěstounům je poskytována odměna.
7. Dětem v pěstounské péči se poskytuje ze systému dávek statní sociální podpory příspěvek na úhradu potřeb dítěte.
8. Je-li dítě ve věku, kdy je schopno posoudit obsah pěstounské péče, má být při rozhodování o pěstounské péči přihlédnuto také k jeho vyjádření (<http://www.adoptce.com/pestounska-pece/zakladni-pojmy/>).



Obrázek č. 3: Schéma náhradní rodinné péče

Zdroj: www.pestounska-pece.cz/content/pestounska-pece#schema.

Pěstounská péče, společně s osvojením a svěřením dítěte do výchovy jiné fyzické osoby než rodiče a také ústavní výchovou, patří mezi instituty náhradní výchovné péče. Nezastupitelné místo si pěstounská péče drží hlavně díky dvěma faktům:

1. Ratifikací Úmluvy o právech dítěte a jejím přijetí do právního řádu České republiky se Česká republika zavázala zajistit dítěti přednostně péči v rodině a to ať

už vlastní, nebo náhradní (jak je tomu v případě pěstounské péče) a až pokud tato snaha selže, může se přistoupit k alternativě, čili ústavní výchově.

2. Ne všechny děti, které nemohou vyrůstat ve vlastní rodině, jsou vhodné pro osvojení (<http://www.pestounska-pece.cz/content/pestounska-pece>).

8.3 Život bez dětí

Někteří nedobrovolně bezdětní muži a ženy, jak uvádí Konečná (2009), neukončí léčbu neplodnosti proto, že by se s bezdětností lehce smířili, ale proto, že jim došly psychické síly a ztratili víru v úspěch, vyčerpali své finanční možnosti nebo už překročili věkovou hranici, kdy je ještě možné otěhotnět. Člověk zůstává bezdětný buď z vlastního rozhodnutí, kdy léčbu ukončil a nepovažuje adopci pro sebe za vhodné řešení, nebo když o biologické rodičovství bojoval tak dlouho, až uplynul věk, ve kterém by mohl do adopce získat takové dítě, jaké by si představoval.

Ne každý, kdo nemůže mít své vlastní biologické dítě, zvažuje adopci nebo pěstounskou péči, protože třeba vnitřně cítí, že by nechtěl nebo ani nemohl vychovávat cizí dítě. Jiní se dle Dohertyho a Clarka (2006) bojí adopce, nebo se bojí výdajů spojených s adopcí, jiným se zase proces adopce a zjišťování poměrů před adopcí zdá až příliš složitý. K adopcí je totiž nutno podstoupit podrobné pohovory zaměřené na poměry v rodině, práci a výšku platu, dále sociální poměry a také poměry v širokém příbuzenstvu. Bez ohledu na to, z jakého důvodu se lidé rozhodnou pro život bez dětí, není toto rozhodnutí vůbec jednoduché. Přesto ti, kteří se takto rozhodli, nezůstávají sami. Více a více lidí, včetně těch, kteří nemají problém s neplodností, se rozhodují podobně a dobrovolně si volí život bez dětí.

„Je mnoho cest jak si vychutnat život s dětmi bez toho, aniž by byl člověk sám rodičem“ (Doherty a Clark, 2006, s. 97).

SHRNUTÍ

Jaké jsou další možnosti, když léčba nepřinese vysněné výsledky? Osvojení je úplné, neúplné, individuální, společné, dále zrušitelné nebo nezrušitelné. Dalším způsobem je pěstounská péče. Jsou přesně stanovené podmínky za jakých okolností je možné získat dítě do pěstounské péče.

9 SOCIÁLNÍ OPORA NEPLODNÝCH PÁRŮ

Sociální opora je pomoc jednoho člověka druhému při zvládnání stresových situací, jakými jsou např. nenaplněná touha po dítěti, zdravotní problémy bránící otěhotnění, zařazení se mezi rodiny s dětmi.

Křivohlavý (2001) uvádí, že nejčastěji se o sociální opoře hovoří tam, kde jde o pomocný a také podpůrný vztah lidí, kteří jsou danému člověku v tísní nejbližší. Avšak nemělo by se opomíjet ani širší pojetí sociální opory:

- Makroúroveň sociální opory – jde o celospolečenskou formu pomoci potřebným.
- Mezoúroveň sociální opory – zde můžeme říci, že o sociální oporu jde i tam, kde se určitá sociální skupina lidí snaží pomoci některému ze svých členů nebo také lidem ve svém okolí, kteří ale nejsou součástí této skupiny, avšak se nacházejí v určité nouzi.
- Mikroúroveň sociální opory – zde se jedná o oporu a pomoc, kterou danému člověku poskytuje osoba, jež je mu nejbližší a jako příklad zde uvedeme pomoc matky dítěti, ale také dítěte matce, nebo také pomoc jednoho manžela druhému.

Sociální opora, jak uvádí Slavík a kol. (2012), je systém sociálních vztahů, ze kterých se může v případě potřeby čerpat. Osoby mající pozitivní a úzké vztahy, vazby na ostatní lidi, jak ukázaly řady studií, lépe odolávají různým stresorům a to jak v životě, tak i v práci. Sociální oporu lze chápat dvojím způsobem a to jako nárazníkový faktor, kdy má příznivý vliv pouze v situacích stresu a tím druhým způsobem jako obecně protektivní faktor na zdraví, bez závislosti na něčem.

Párům, kteří usilují o početí dítěte je možno poskytnou sociální oporu ve čtyřech oblastech. Nejčastěji se v literatuře uvádějí tyto druhy sociální opory:

- **Emocionální** – tuto sociální oporu vysvětluje Křivohlavý (2001), že člověku v tísní je sdělována emocionální blízkost empatickou formou (soucítění, láska), laskavým jednáním s ním mu je naznačována přejná náklonnost, je mu podávána naděje, také je mu podána ruka, když se propadá do deprese nebo je uklidňován v rozrušení aj.
- **Instrumentální** – jedná se dle Křivohlavého (2001) o konkrétní formu pomoci a to např. obstarávání různých potřebných věcí,

zařízení neodkladných záležitostí, které si postižený nemůže sám provést, poskytnutí finanční či materiální podpory aj. V této souvislosti se může hovořit o tzv. asistenci potřebným neboli coping assistance. Jedná se o iniciativu k pomoci, která vychází od druhého člověka, tedy od toho, který se rozhodl z vlastní vůle pomoci postiženému a to konkrétně – věcně. Postiženému jedinci je poskytnuta informace, která by mu mohla být nápomocna při orientaci v situaci, do které se dostal. Jako příklad můžeme uvést, že postiženému jedinci poskytují rady lidé, kteří mají s podobnou situací zkušenosti a to třeba jak profesionální, tak i osobní. Do této instrumentální pomoci můžeme zahrnout i pomoc, která je člověku v tísní poskytována tak, že je mu nasloucháno, jsou zjišťovány jak jeho představy, tak i jeho potřeby, co by pro něj bylo možno udělat aj.

- **Informační** – tato opora dle Vališové a Kasíkové (2011) spočívá v poskytnutí rady, konkrétního doporučení nebo také k nasměrování zájemce k potřebným zdrojům informací či k navržení postupů směřujících k řešení situace.
- **Hodnotící** – člověku, jak uvádí Křivohlavý (2001) je tato opora sdělována – např. tím, jak je s ním jednáno – úcta, je tím posilováno jeho kladné sebehodnocení i sebevědomí, je povzbuzován ve víře a naději aj. Do této opory patří i sdílení těžkostí s člověkem v tísní (sharing), ale také společné nesení některých těžkých úkolů spolu s ním (mutuality).

Opora potvrzením platnosti dle Vališové a Kasíkové (2011) představuje zpětnou vazbu. Snižuje tak jedinci pocit, že je mimo společnost i její normu. Projevuje se podporou jedincova rozhodnutí vytrvat při překonávání překážky konstruktivním a to třeba i svízelnějším a nepříjemnějším řešením situace namísto úniku. Také tu máme **oporu poskytovanou sociálním společenstvím**, která přináší pocit sounáležitosti s ostatními, začlenění a spoluprožívání kladných emocí. Umožňuje tak jedinci se na chvíli odpoutat od zátěže a pookrát.

Křivohlavý (2001) říká, že v průběhu našeho života se dostáváme do různých těžkých situací, které musíme řešit. Při tom nám může mnohé pomoci. Některé věci,

kteřé nám mohou pomáhat, jsou v naší osobnosti tedy v nás – jako příklad můžeme uvést – znalost strategií zvládnání, naše schopnost řešit těžké situace aj. A ty druhé jsou oproti tomu mimo nás a to, jak budeme těžkou situaci řešit, závisí např. na sociálně-ekonomickém stavu, v němž se nacházíme nejen my, ale i společnost, ve které žijeme. Zde je sociální opora chápána jako forma pomoci, která přichází člověku v těžkostech od člověka druhého.

„Sociální opora je chápána jako jeden z nejdůležitějších pozitivních faktorů modifikujících a moderujících nepříznivý vliv různých negativních životních situací na psychický i fyzický zdravotní stav člověka, na jeho pohodu (well.being) a na kvalitu života“ (Křivohlavý, 2001, s. 104).

Křivohlavý (2001) poukazuje také na práce, které ukazují i negativní jevy při poskytování sociální opory. Například se zmiňuje o obtížích nepochopení postiženému pomáhající osobou při poskytování sociální opory nebo také o nátlaku lidí, kteří poskytují sociální oporu postiženým, o jejich nepochopení potřeb a jednání „podle vlastního zdání“.

SHRNUTÍ

Každý z nás se během života občas potýká s nějakými překážkami, které mu brání v dosáhnutí svého vysněného cíle nebo přání. U někoho to je třeba touha mít své vlastní biologické dítě, u někoho třeba jen vyléčení se z nemoci. Prožívání svého „neštěstí“ však často není jen na našich bedrech, ale sdílíme jej s našimi blízkými, ať už to jsou rodiče, sourozenci, přátelé nebo třeba jen lidé, kteří mají stejný problém jako my. V tomto případě mluvíme o sociální opoře.

10 VÝZKUM

V této diplomové práci byl výzkum prováděn metodou rozhovoru a byl zaměřen na neplodné páry, které jsou v různých fázích na cestě za vlastním potomkem. Cílem také bylo nastínit problematiku etiky a psychosociální následky dané situace.

10.1 Cíl práce

Zjistit názor párů řešící neplodnost na asistovanou reprodukci, a s tím související psychosociální následky vzniklé situace.

10.2 Výzkumné otázky

1. Jak jste přijali skutečnost, že musíte podstoupit asistovanou reprodukci?
2. Bylo to pro Vás těžké?
3. Myslíte, že toto rozhodnutí bylo těžší pro Vás nebo Vašeho partnera?
4. V případě neúspěchu, uvažovali jste o adopci či pěstounské péči? Pokud ano, co byste preferovali?
5. Jaký je Váš názor na darování spermií či vajíček?
6. V případě, že by Vám bylo zjištěno vícečetné těhotenství, uvažovali byste o redukci?
7. Jaký je Váš názor na změnu zákona, že ze zdravotního pojištění se hradí nejvíce 4x za život zdravotní péče poskytnutá v souvislosti s mimotělním oplodněním a že za účelem prevence vícečetného těhotenství bude v prvních dvou až tří let aplikováno jedno embryo nejvyšší kvality?
8. Kde jste získávali prvotní informace o Vašem problému, tedy neplodnosti a možnosti asistované reprodukce (lékař, internet, známí...)?
9. Myslíte si, že je dobrá informovanost ohledně možností, nových poznatků v této oblasti, způsobů a metod reprodukce, financování a právního uzákonění této problematiky?

10.3 Metodika

V empirické části diplomové práce bylo použito kvalitativního výzkumu. *„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách”* (Hendl, 2008, s. 50).

10.3.1 Výzkumná strategie

V diplomové práci byl zvolen kvalitativní výzkum. K realizaci výzkumu byla použita metoda rozhovoru s páry řešícími neplodnost.

10.3.2 Charakteristika souboru dotazovaných osob

Celkem bylo osloveno 15 párů, které řešily otázku neplodnosti. Z těchto 15-ti párů bylo 13 párů ochotných odpovídat. Zbylým dvěma párům se zdály otázky příliš osobní, a proto odmítly odpovídat. Dotazovaní byli ve věku od 27 do 47 let.

10.4 Techniky sběru dat

Pomocí jednoduchého rozhovoru, který se skládal z 9-ti otázek bylo cílem zjistit, jakou roli hraje pro páry řešící neplodnost etická problematičnost asistované reprodukce a následně psychosociální následky vzniklé situace. Rozhovor zahrnoval otevřené i uzavřené otázky. Se všemi páry proběhl osobní kontakt a byly jim kladeny připravené otázky. Dotazovaným byl ponechán prostor a možnost zvolit si šíři a styl odpovědi. Všichni dotazovaní souhlasili, že jejich odpovědi budou zpracovány v této diplomové práci. Vzhledem k tomu, že otázka problematiky neplodnosti byla velmi osobním a citlivým tématem pro všechny páry, byla všem přislíbena anonymita. Kontakty na dotazované páry byly získány ve spolupráci s rodinnými příslušníky a jejich známými.

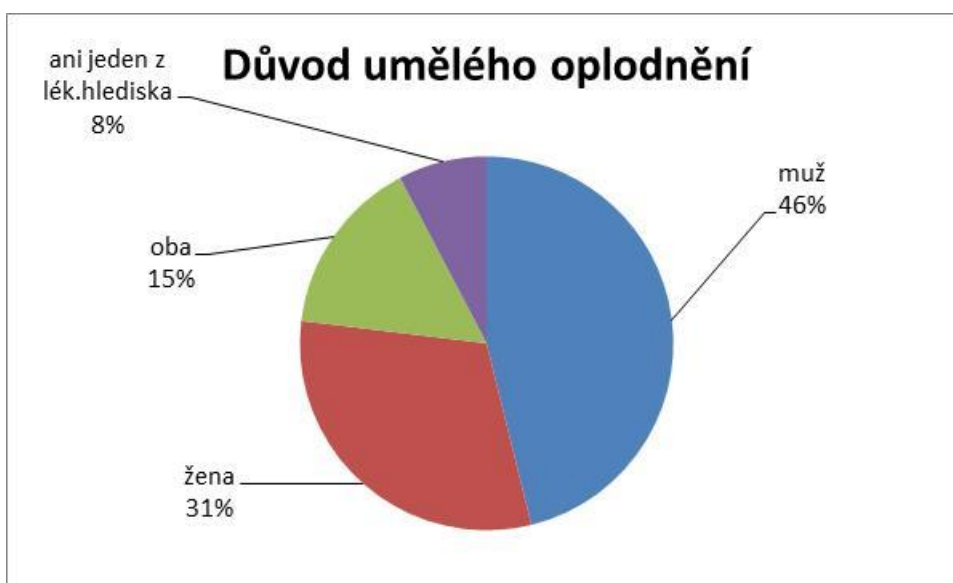
10.5 Statistické zpracování dat

Jednotlivé odpovědi získané pomocí rozhovoru byly zpracovány pomocí softwaru Excel a výsledky jsou prezentovány v části výsledků formou grafů nebo interpretací konkrétních odpovědí.

10.6 Výsledky zpracovaných dat

Na začátku rozhovoru byla zjišťována anamnéza neplodnosti dotazovaných párů. V první řadě bylo žádoucí zjistit, jaký byl důvod podstoupení IVF a zda byla příčina neplodnosti na straně muže, ženy nebo obou partnerů.

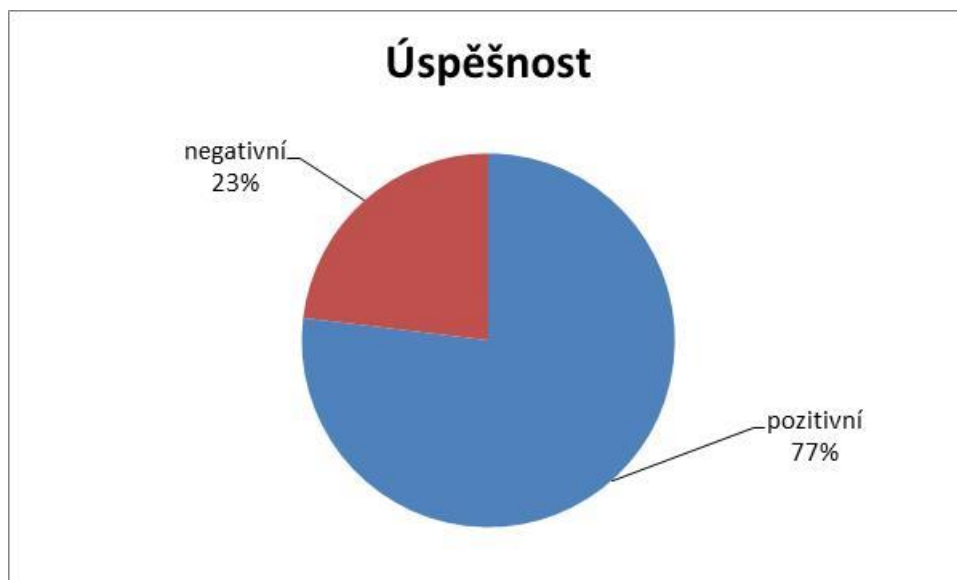
Z uskutečněných rozhovorů vyplynulo, že většinou byla příčina neplodnosti na straně muže, a to v šesti případech. Čtyřikrát byl důvod neplodnosti na straně ženy a u dvou párů byla příčina neplodnosti u muže i ženy. U jednoho z dotazovaných párů nebyl nalezen důvod jejich neplodnosti.



Graf č. 1: Důvod podstoupení umělého oplodnění.

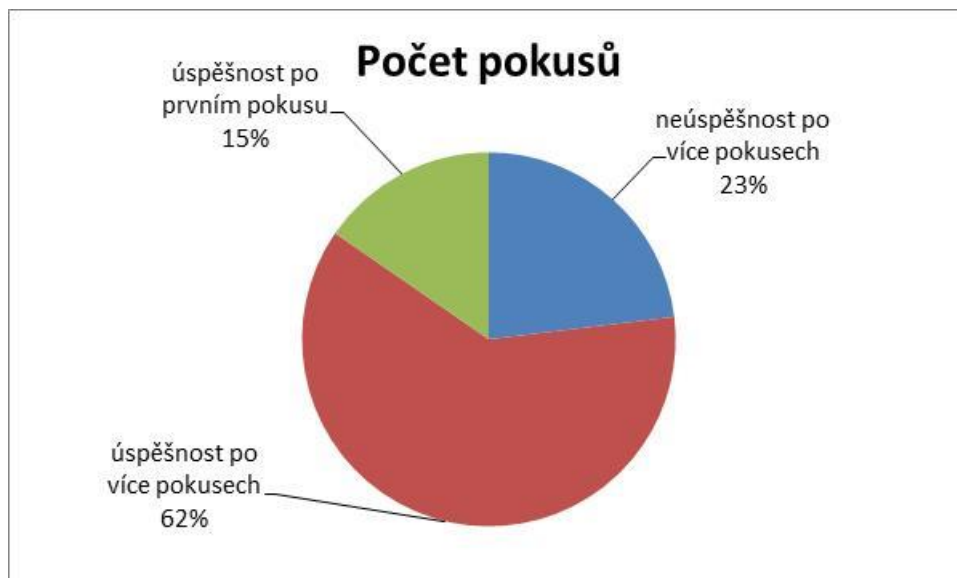
Všechny dotazované páry buď prošly, nebo stále procházejí obdobím snahy mít své vlastní biologické dítě. Deseti dotazovaným párům se po různě dlouhém snažení narodilo nebo narodily biologicky vlastní děti. Dva páry se stále ještě

pokoušejí o vlastního potomka a poslednímu páru se nakonec narodilo dítě, které bylo počato přirozenou cestou. Tomuto výsledku odpovídá následující graf č. 2.



Graf č. 2: Úspěšnost podstoupení IVF.

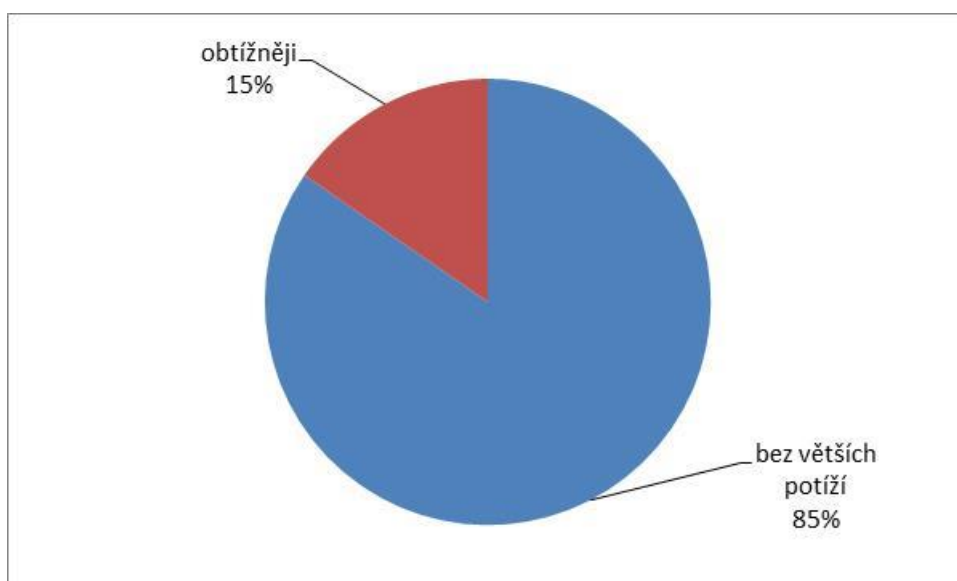
Z počáteční anamnézy dále vyplynulo, že z 10-ti úspěšných párů muselo 8 podstoupit metodu IVF opakovaně. Pouze dvěma párům se podařilo počít dítě touto metodou na první pokus. Jak již bylo zmíněno výše, třem párům se po podstoupení tří pokusů, které byly dle předchozí právní úpravy Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů hrazeny třikrát ze zdravotního pojištění, nepodařilo úspěšně počít. Dva z těchto párů, které dosud nemají vlastní biologické dítě, odpověděly, že šanci mít vlastní dítě nevzdávají, ale shromažďují finance na další pokus, který si musí plně hradit. Jak již bylo výše zmíněno, jeden pár nakonec počal přirozenou cestou.



Graf č. 3: Četnost pokusů podstoupení IVF.

Otázka č. 1 - Jak jste přijali skutečnost, že musíte podstoupit asistovanou reprodukci?

Z výsledků rozhovorů je patrné, že většina párů, a to 85 %, přijala skutečnost podstoupení asistované reprodukce bez větších potíží. Vnímaly toto jako naději a šanci mít vlastního potomka. Většina párů se snažila počít dítě přirozenou cestou i několik let, a proto podstoupení metody asistované reprodukce přijímaly kladně.

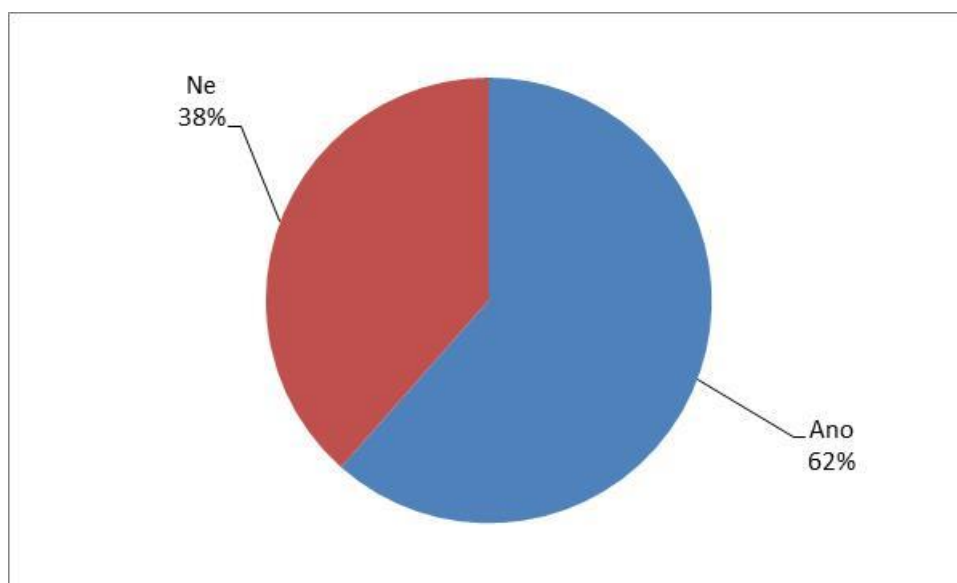


Graf č. 4: Přijímání skutečnosti podstoupení asistované reprodukce.

Otázka č. 2 - Bylo to pro Vás těžké?

Na tuto otázku většina žen odpověděla, že pro ně podstoupení samotného procesu asistované reprodukce nebylo fyzicky náročné. Většinou to pro ně bylo náročnější po psychosociální stránce. Čekání na výsledek, hormonální změny, a také reakce rodiny a okolí byli v celkovém procesu nejtěžší.

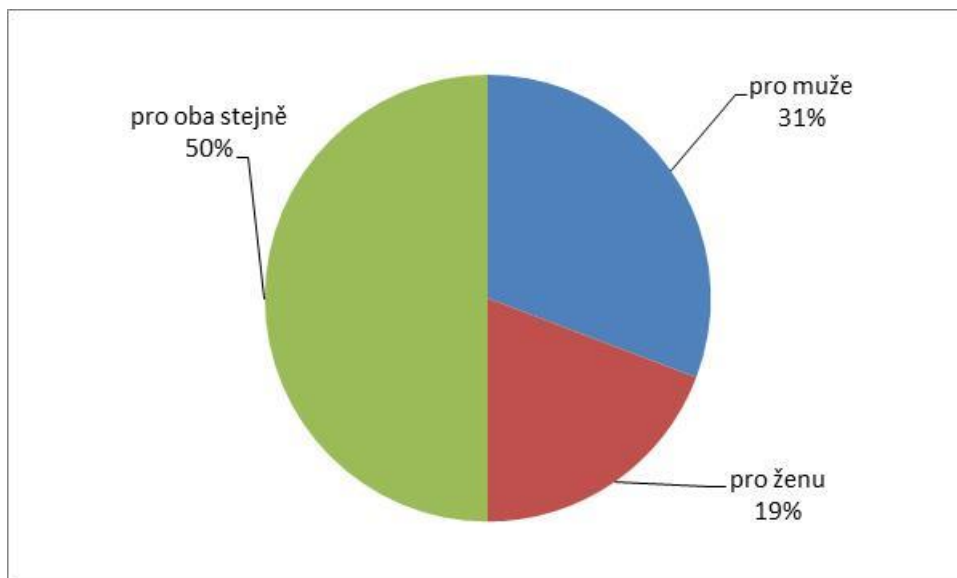
Muži odpovídali, že to pro ně nebyl až takový problém. Muži se shodovali v tom, že pro jejich partnerky to bylo mnohem těžší.



Graf č. 5: Vnímání obtížnosti podstoupení asistované reprodukce.

Otázka č. 3 -Myslíte, že toto rozhodnutí bylo těžší pro Vás nebo Vašeho partnera?

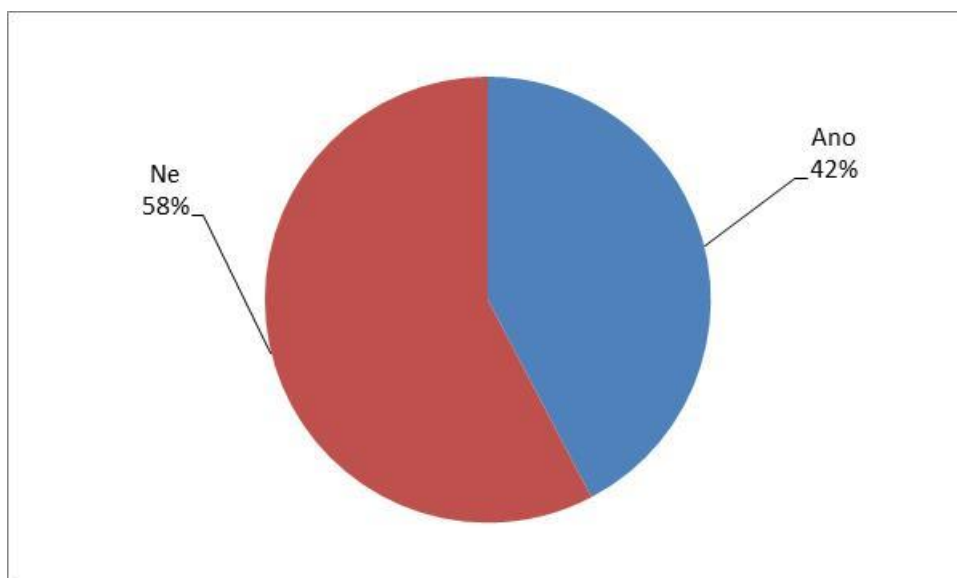
Z rozhovorů vyplynulo, že podstoupení metody IVF bylo pro 50 % dotazovaných párů stejně těžké. 31 % dotazovaných mužů i žen si myslí, že to bylo obtížnější pro muže. Jednalo se o páry, kde důvod neplodnosti byl na straně muže, proto i jejich partnerky odpovídaly, těžší pro muže.



Graf č. 6: Obtížnost rozhodnutí podstoupení asistované reprodukce.

Otázka č. 4 - V případě neúspěchu, uvažovali jste o adopci či pěstounské péči? Pokud ano, co byste preferovali?

58 % dotazovaných párů odpovědělo, že doposud neuvažovaly o alternativě osvojení či pěstounské péče, protože si prozatím nepřipouštěly neúspěch podstoupení metody IVF. Mezi dotazovanými páry však byly i tací, kteří by raději volili život bez dětí. 42 % párů o adopci uvažovalo. O pěstounské péči neuvažoval žádný dotazovaný pár.



Graf č. 7: Úvaha nad adopcí či pěstounskou péčí.

Otázka č. 5 - Jaký je Váš názor na darování spermií či vajíček?

Tato otázka byla volená záměrně pro zjištění etického pohledu párů na dárcovství. Na tuto otázku bylo odpovídáno spontánně a vzhledem k různorodosti odpovědí a rozdílnému pohledu dotazovaných na darování spermií a vajíček jsou odpovědi dotazovaných níže citovány a nebyly zpracovány do grafu.

Odpovědi mužů:

„ ... Proč ne, když to pomůže... “

„ ... Určitě kladný, obdivuji hlavně dárkyně vajíček, pro které je to mnohem náročnější.... “

„ ... Nechtěl bych, aby mé děti vychovával někdo jiný.... “

„ ... Problém s tím nemám žádný. Je spousta párů, které nemají jinou možnost.... „

„ ... Když to pomůže, tak proč ne.... “

„ ... Jako student jsem z finančních důvodů spermie daroval.... “

„ ... Vzhledem k tomu, že neplodnost byla na mé straně, jsme se rozhodli pro dárcovství.... “

Odpovědi žen:

„ ... Myslím, že spoustě páru nezbyvá nic jiného, tak jako třeba nám, než dárcovství. Zbývá tu pořád 50 % genetiky jednoho z nás.... “

„ ... Jakmile je nějaký problém a vyřešilo by to dárcovské vajíčko, nebo spermie, proč ne. Jde spíše o to, aby ten človíček co se má narodit byl geneticky zdravý a silný jedinec, než mít vlastní dítě a postižené, tak to radši geneticky cizí, ale zdravé.... “

„ ... Vzhledem k tomu, že jsem věřící člověk, tak by to pro mne byl veliký problém, a proto bych buď volila adopci, nebo bychom zůstali bezdětní.... “

„ ... Určitě je to velice záslužná činnost, kolik párů udělali dárci šťastnými. Navrhovala bych tuto oblast více podporovat, protože s naší plodností, jak všude slyším, to jde opravdu z kopce. Použitelných dárců je čím dál méně a problémy s kvalitou, hlavně spermií, narůstají. ... “

„ ... Zcela upřímně bych byla schopná přijmout darované spermie, ale nebyla bych schopná darovat vlastní vajíčko.... “

„ ... Souhlasím s tím.... “

Každý dotazovaný si položenou otázku mohl vyložit jiným způsobem. Někdy bylo odpovídáno z pohledu dárce, jindy z pohledu příjemce, proto i odpovědi byly různorodé. Z odpovědí bylo nejčastěji znát, že neplodné páry by byly schopny jak přijmout, tak také ve většině případů darovat své sperma či vajíčka. U nábožensky založeného páru vyvstala otázka etiky a bylo nutné se rozhodnout mezi šancí mít vlastní dítě nebo striktně žít v souladu s vyznávanou vírou.

Otázka č. 6 - V případě, že by Vám bylo zjištěno vícečetné těhotenství, uvažovali byste o redukci?

Na tuto otázku bylo opět odpovídáno velmi různorodě, protože páry pocházely z rozdílných poměrů, ať již finančních, sociálních či nábožensky založených. Ve většině případů by daly páry na doporučení lékařů.

Odpovědi mužů:

„ ... Na tuto otázku nemohu odpovědět ... “

„ ... Dvojčatům bych se nebránil, u asistované reprodukce na to člověk musí být připravený. U trojčat už bych o tom asi uvažoval.... “

„ ... Záleželo by na doktorech a samozřejmě na manželce... “

„ ... Nevím, asi by záleželo, v jaké bychom byli situaci. Myslím tím, finanční, zda bychom měli zaručenou pomoc rodiny... “

„ ... Nevím, nepřemýšlel jsem o tom... “

„ ... Naše rozhodnutí by asi vyplynulo až z dané situace. ... “

„ ... Nemuseli jsme se touhle otázkou zabývat, takže nevím... “

Odpovědi žen:

„ ...Myslím, že tohle je věc názoru. Když to vezmu podle sebe, já si nechala zavést 3 embrya, to znamená, že se mohly uchytit 3 plody a taky jsme s tím byli smířeni i obeznámeni. Záleží i na pomoci okolí, babičky s tím byly seznámeny a v případě trojčátek, by jistě pomohly. Dále finanční stránka, všechny náklady

na miminko by byly trojnásobné, záleží tedy také na tom, jestli si to rodina může dovolit. V mém případě opět odpovím ano, nějak bychom to udělali. Protože v případě redukce, bych se nikdy nesmířila s tím, že během chvíličky mohu přijít o všechny 3 plody, ale taky ne....to už je osud ...“

„... Redukce je příliš tvrdé slovo. Pokud bych byla schopna donosit zdravé děti a nějak by mě to neohrozilo na mém zdraví a lékaři by v tom neviděli žádný problém, tak bych na redukci nepřistoupila. Měla bych takový strach, že někdy v budoucnu by se mi to negativně mohlo vrátit, kdyby k redukci došlo. Ovšem je dobré tomuto předcházet a nechat si zavádět tolik embryí, kolik chceme dětí. My v prvním pokusu nechali dát dvě. Obě se ujaly, ale po měsíci to jedno embryo „zabalilo“. A při druhém jsme nechali už jen jedno na doporučení lékaře, neboť po prvním porodu císařským řezem, by mé břicho dvojčata nezvládlo ...“

„...Asi by záleželo na riziku, u dvojčat bych o tom určitě neuvažovala, pokud by bylo všechno v pořádku ...“

„... Vzhledem k mé víře, bych redukci nepodstoupila. ...“

„... Nevím, jak bych se zachovala a hlavně by to záleželo na tom, co by mi doporučili lékaři. Asi bych se přikláněla k redukci, ale také bych měla strach, že to ohrozí zbývající plod (plody)...“

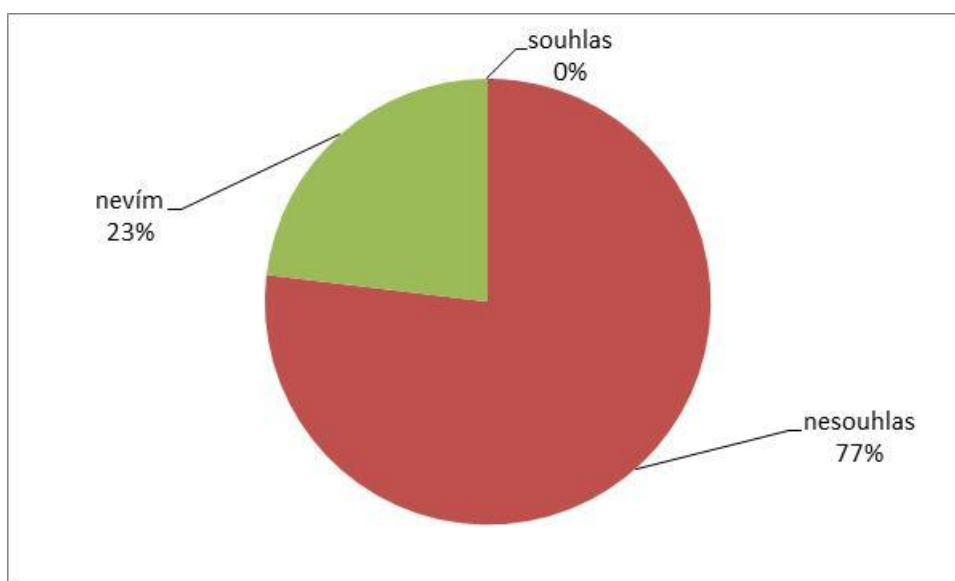
„... Když jsem si přečetla co všechno by redukce mohla způsobit, tak bych ji nejspíše nepodstoupila...“

„... Bylo by to asi těžké rozhodování a záleželo by, v jaké bychom byli situaci, zda bychom už nějaké děti měli, jak bychom na tom byli po ekonomické stránce, zda bychom měli oporu v okolí (především rodině, známých...) a také by záleželo na lékařském posudku...“

Otázka č. 7 - Jaký je Váš názor na změnu zákona, že ze zdravotního pojištění se hradí nejvíce 4x za život zdravotní péče poskytnutá v souvislosti s mimotělním oplodněním a že za účelem prevence vícečetného těhotenství bude v prvních dvou až tří let aplikováno jedno embryo nejvyšší kvality?

Vzhledem k tomu, že dotazované páry podstoupily asistovanou reprodukci, odpověděly v 77 %, že by se změnou nesouhlasilo. Důvodem byl názor, že ke každému páru a jeho problému neplodnosti by mělo být přistupováno

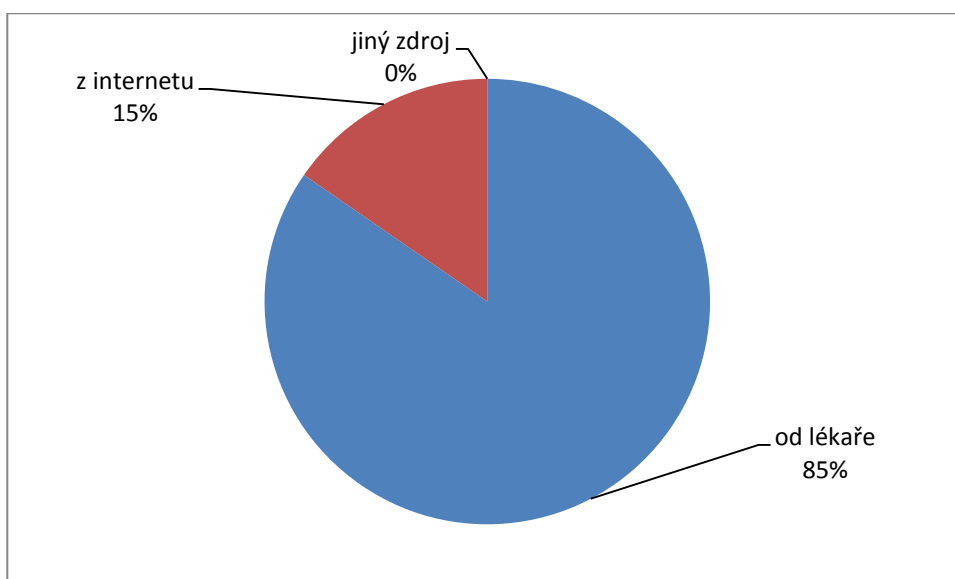
individuálně. 23 % k tomu zaujímalo neutrální postoj, protože se již touto problematikou nemusí zabývat.



Graf č. 8: Názor na změnu zákona o zdravotní péči poskytnuté v souvislosti s mimotělním oplodněním.

Otázka č. 8 - Kde jste získávali prvotní informace o Vašem problému, tedy neplodnosti a možnosti asistované reprodukce (lékař, internet, známí...)?

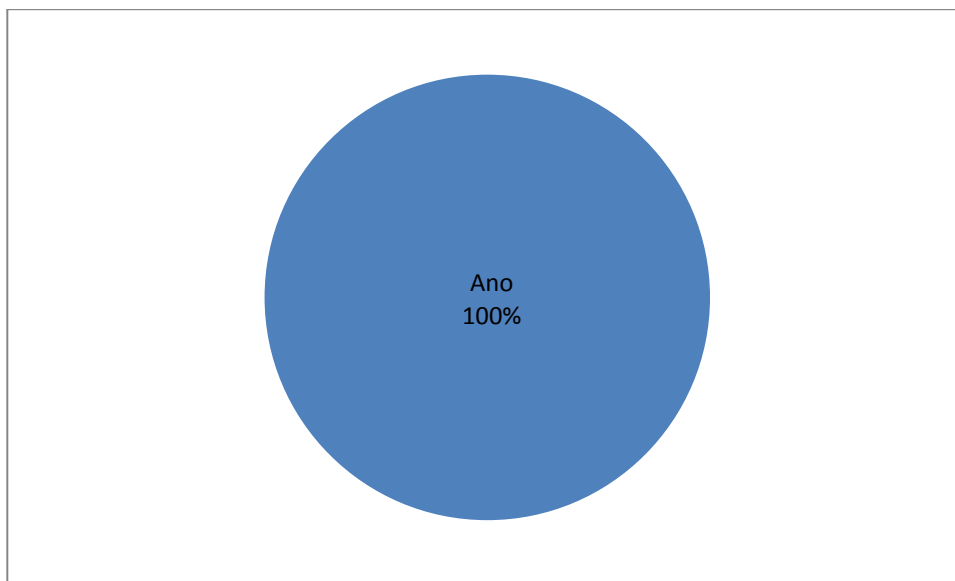
85 % párů získalo prvotní informaci od svého lékaře, kterému popsalo svůj problém s početím potomka. 15 % si informace nejdříve zjišťovalo na internetu, a poté svůj problém konzultovalo s lékařem.



Graf č. 9: Získávání prvotních informací o problematice neplodnosti.

Otázka č. 9 - Myslíte si, že je dobrá informovanost ohledně možností, nových poznatků v této oblasti, způsobů a metod reprodukce, financování a právního uzákonění této problematiky?

Všechny dotazované páry se shodly, že pokud někdo chce získat informace má možnost si je najít na internetu, v odborné literatuře či se zeptat svého ošetřujícího lékaře.



Graf č. 10: Názor na informovanost v oblasti neplodnosti.

10.7 Shrnutí výzkumného šetření

Cílem rozhovorů bylo získat informace od párů potýkajících se s problémem neplodnosti a vyhodnotit jejich zkušenosti s podstoupením asistované reprodukce. V rámci tohoto šetření bylo osloveno 15 párů, ze kterých 13 bylo ochotno se rozhovoru zúčastnit. Cílem bylo zaměřit se na psychosociální následky vzniklé situace.

Dá se říci, že podle dotazovaných nebyl problém v podstoupení samotného procesu metody IVF, ale spíše smířit se s psychickým tlakem, otázkou etiky v oblasti přijetí dárcovství a s vnímáním okolí a rodiny. Dotazovaní se shodli na tom, že dostupnost informací v České republice o problematice neplodnosti a asistované reprodukce je dostačující s tím, že většina konzultovala svůj problém prvotně s lékařem.

Celá práce shrnuje problematiku neplodných párů, etickou problematičnost a následné psychosociální následky dané situace. Celá práce byla koncipována svou strukturou a orientací tak, aby mohla sloužit také jako pomocný studijní materiál pro studenty sociálních a zdravotních oborů, pro páry řešící problematiku neplodnosti a pro jejich okolí. Informace z této práce mohou být využity např. ve výchově ke zdraví, výuce k rodině či v občanské výchově.

Vzhledem k tomu, že stále dochází k neustálým pokrokům v léčbě neplodnosti, byl přijat rozporuplný zákon, který umožňuje neplodným párům 4x za život uhradit ze zdravotního pojištění poskytnutí zdravotní péče v souvislosti s mimotělním oplodněním a zavedením jednoho embrya. Je tedy nutné průběžně sledovat novely, vyhlášky a změny v zákonech týkajících se této problematiky.

Především výsledky rozhovorů poskytují užitečné informace pro páry řešící neplodnost a následnou asistovanou reprodukci a také pro nejbližší okolí, které poskytuje párům sociální oporu.

Problém neplodnosti rok od roku roste, a proto informace týkající se této oblasti by se měly dostat do podvědomí co nejširšího počtu mladých lidí, např. přednáškami, doporučenou literaturou, besedami s odborníky nebo i lidmi, kteří podstoupili asistovanou reprodukci. Tato problematika by se měla řešit již ve školním věku a nečekat až budou před tento problém postaveni v dospělosti ve svém reálném životě. Důležité je vědět, kde hledat informace a kam se v případě potřeby obrátit při řešení této situace.

11 VYUŽITÍ PRÁCE

Využití poznatků z mé diplomové práce je možné jak v oblasti pedagogické, tak i psychologické a sociální.

Lze ji využít ve školách při výuce nejen přírodopisu, ale hlavně ve výchově ke zdraví a občanské výchově. Dále v pedagogicko – psychologických poradnách, v mateřských centrech apod. Z hlediska pedagogického by se měly děti seznamovat s problematikou neplodnosti a asistovanou reprodukcí už na základní škole. Vysvětlovat dětem priority života, jako mít děti nebo úspěšnou kariéru v zaměstnání. Vysvětlovat jim co obnáší odkládání těhotenství, jaká rizika přináší nezdravý životní styl, špatné stravovací návyky, užívání drog. Co se rozumí pod pojmem „biologické hodiny“. Je jasné, že informace by měly být podávány úměrně věku žáků základních, středních či odborných škol. Vysvětlit jim, že díky včasné prevenci a dostatečné vzdělanosti je možné snížit počet neplodných a bezdětných párů. Musíme si uvědomit, že sexuální výchova sice nemůže ovlivnit současný trend pozdního rodičovství, ale může zvýšit povědomí o rizicích a možnostech jejich řešení. Pro žáky by neměly být pojmy neplodnost, asistovaná reprodukce a podobně tabu. Tady se otevírá příležitost pro výuku v předmětu výchova ke zdraví, neboť příčiny neplodnosti v mnoha případech mají původ ve zdravotním stavu jednoho či obou partnerů. Žákům by se mělo vysvětlit, že se za nemoc nesmějí stydět, ale musí se ji naučit řešit. Měli by vědět, která pracoviště (ať už státní nebo soukromá) u nás existují a co je jejich poslání.

Psychologický aspekt daného problému poukazuje, jak těžce se většina žen i mužů vyrovnává s diagnózou neplodnosti, s bezmocností něco samostatně vyřešit, s překonáváním předsudků, s reakcí rodiny a okolí, s podstoupením řady nepříjemných vyšetření. Velkou psychickou zátěží je rozhodování o redukci vícečetného těhotenství, dále také ztrátou dlouho očekávaného dítěte. V neposlední řadě většina párů musí řešit finanční otázku, zda si mohou dovolit nákladnou léčbu a tím počet reprodukčních pokusů. Často stanovená diagnóza může narušit vztahy mezi partnery, zvláště muži těžce nesou, je-li problém na jejich straně. Všechny tyto záležitosti často klienty přivedou do psychologických poraden, neboť sami nedovedou situaci řešit a potřebují odbornou pomoc.

Neploďnost, ale i pozdější třeba mnohočetné těhotenství může přinášet i spoustu sociálních problémů. Například léčba neploďnosti vyžaduje časté návštěvy lékaře nebo speciálního zařízení. Tady může dojít ke konfliktu se zaměstnavateli při poskytování pracovního volna. Dále také k finanční ztrátě při častých absencích. Tyto potíže mohou vyústit až ztrátou zaměstnání. Další potíže mohou nastat při narození více než jednoho dítěte, například potřeba většího bytu, zvládnutí finančních nákladů spojených se stravou, hygienou, ale třeba i s placením očkování a jiné zdravotní péče. Tady by určitě rodiny uvítaly pomoc sociálních úřadů, potažmo sociálních pracovníků a jejich kompetencí při poskytování pomoci radou nebo řešením jejich situace.

ZÁVĚR

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zjistit názor párů řešících neplodnost na asistovanou reprodukci a s tím související psychosociální následky vzniklé z této situace. V jednotlivých kapitolách jsou řešeny skutečnosti týkající se rodičovství a rodiny, plodnosti a problematika neplodnosti, její diagnostika a možnosti řešení. Nastíněna byla také důležitá finanční stránka při řešení léčby neplodnosti. V neposlední řadě se práce zabývá etickými aspekty asistované reprodukce, jako jsou morální postavení embrya, dárcovství genetického materiálu, náhradní rodičovství atd. S problematikou neplodnosti úzce souvisí téma náhradní rodinné péče a sociální opora párů podstupující cestu za biologicky vlastním potomkem. Ke zjišťování informací o této problematice byly využity zákony, např. Zákon o rodině, Zákon o sociálně-právní ochraně dětí, Zákon o státní sociální podpoře a jiné.

Sociální opora je určena párům, které z různých důvodů nejsou schopny dlouhodobě počít potomka přirozenou cestou a jsou tedy odkázáni na pomoc center asistované reprodukce a v nemalé míře také na pomoc a podporu rodiny a nejbližšího okolí. Velmi důležité je, aby sociální opora odpovídala potřebám neplodných párů a třeba jim i napomohla k opětovnému začlenění se do společenského života a ulehčila jim tak jejich nepříznivou životní etapu.

V rámci této diplomové práce byly provedeny rozhovory se 13-ti páry, které řešily nebo které ještě dosud řeší neplodnost pomocí metody asistované reprodukce s vysněným cílem mít biologicky vlastní dítě. Z rozhovorů vyplynulo, že pro většinu dotazovaných párů nebylo podstoupení mimotělního oplodnění fyzicky těžké, spíše pro ně bylo obtížnější se se situací vyrovnat po psychosociální stránce. Vzhledem k tomu, že všechny dotazované páry si prošly nebo procházejí procesem asistované reprodukce, přijímaly etickou problematičnost např. dárcovství snadněji než by ji vnímaly páry, které problém neplodnosti nikdy nemusely řešit. Většina dotazovaných párů se shodla, že prvotní informace získala od svého ošetřujícího lékaře a dostupnost informací o této problematice je díky internetu na velmi vysoké úrovni.

Tato diplomová práce je svým obsahem určena nejen párům, které řeší neplodnost, ale také lidem, kteří jim poskytují sociální oporu. Anebo také může

sloužit jako studijní materiál pro studenty sociálních a zdravotních oborů, stejně tak i jako výukový materiál v oblasti péče o rodinu a v oblasti péče o zdraví.

LITERATURA

BRABLCOVÁ, Vlasta a kol. *Manželství, rodina, rodičovství: sborník studijních materiálů*. Praha: Horizont, 1977, s. 143.

BREZÁK, Jozef. *Úvod do štúdia demografie (najmä pre sociálnu prácu a sociálnu politiku)*. Bratislava: Lúč, 2005, s. 280, ISBN 80-7114-496-7.

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

DOSTÁL, Jiří. *Etické a právní aspekty asistované reprodukce: situace ve státech přijatých do Evropské unie v roce 2004*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, s. 178, ISBN 978-80-244-1700-4.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2008, s. 407, ISBN 978-80-7367-485-4.

JANOŮŠEK, Jaromír a kol. *Sociální psychologie 2*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984, s. 130, ISBN 80-85931-15-X.

KOSCHIN, Felix. *Demografie poprvé*. Praha: Vysoká škola ekonomická, 2000, s. 99, ISBN 80-245-0215-2.

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

KŘENKOVÁ, Kateřina. *Neplodnost*. Praha: Jan Vašut s. r.o., 2000, s. 32, ISBN 80-7236-196-1.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001, s. 280, ISBN 80-7178/551-2.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie 2*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, s. 368, ISBN 80-247-1284-9.

MATĚJČEK, Zdeněk a kol. *Náhradní rodinná péče. Průvodce pro odborníky, osvojitele a pěstouny*. Praha: Portál, 1999, s. 184. ISBN 80-7178-304-8.

MATĚJČEK, Zdeněk. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Praha: Portál, 1994, s. 98, ISBN 80-85282-83-6.

MATĚJČEK, Z., J. KOLUCHOVÁ, V. BUBLEOVÁ, J. KOVAŘÍK a L. BENEŠOVÁ. 2002. *Osvojení a pěstounská péče*. Praha: Portál, 2002, s. 155, ISBN 80-7178-637-3.

MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: SLON, 1997, s. 144, ISBN 80-85850-24-9.

MRÁZEK, Milan. *Umělé oplodnění I., 1. vyd.* Praha: Triton s.r.o., 2003, s. 63, ISBN 80-7254-413-6.

MUNZAROVÁ Marta in VYBÍRAL Jan (ed.). *Pastorální a etické výzvy v oblasti manželství, rodiny a sexuality*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2008, s. 156, ISBN 978-80-7325-176-5.

NOVOTNÁ, Věra a Lenka PRŮŠOVÁ. *K vybraným otázkám osvojování dětí*. Praha: Linde, 2004, s. 159, ISBN 80-86131-56-4.

NOVOTNÝ, Pamela Patrick. *Co dělat při neplodnosti*. Praha: Pragma, 1997, s. 184, ISBN 80-7205-494-5.

ŘEŽÁBEK, Karel. *Asistovaná reprodukce. Průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: MAXDORF, s.r.o., 2008, s. 112, ISBN 978-80-7345-154-7.

ŘEŽÁBEK, Karel. *Léčba Neplodnosti 3., aktualizované vydání*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004, s. 120, ISBN 80-247-1010-2.

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. Praha: Portál, 2004, s. 390, ISBN 80-7367-124-7.

SLAVÍK, Milan a kolektiv. *Vysokoškolská pedagogika*. Grada Publishing a.s., 2012, s. 253, ISBN 978-80-247-4054-6.

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

STRUSKOVÁ, Olga a Jarmila NOVOTNÁ. *Metoda Ludmily Mojžíšové: cesta k přirozenému otěhotnění*. Praha: Ivo Železný, 2003, s. 163, ISBN 80-237-3771-6.

SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny. 2. vydání*, Praha: Portál, 2007, s. 224 ISBN 978-80-7367-250-8.

ULČOVÁ – GALLOVÁ Zdena. *Neplodnost útok imunity*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006, s. 141, ISBN 80-247-1493-0.

VÁGNEROVÁ Marie. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří. 1.vyd.* Praha: Portál, 2000, s. 528, ISBN 80-7178-308-0.

VALÍŠOVÁ, Alena a Hana KASÍKOVÁ. *Pedagogika pro učitele*. Praha: Graha Publishing a.s., 2011, s. 456, ISBN 978-80-247-3357-9.

VENTRUBA, Pavel. *Poruchy plodnosti. In Gynekologie. 2. přeprac. vyd.* Praha: Galén, 2008. s. 319, ISBN 978 -80 -7262 -501 -7.

ZÁKONY A LEGISLATIVA

ČESKO. Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů. Dostupné z: ASPI.

ČESKO. Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně – právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů. Dostupné z: ASPI.

ČESKO. Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů. Dostupné z: ASPI.

ČESKO. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Dostupné z: ASPI.

ČESKO. Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů. Dostupné z: ASPI.

ČESKO. Zákon č. 227/2006 Sb., o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech a o změně některých souvisejících zákonů. Dostupné z: ASPI.

Usnesení předsednictva ČNR o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky, ve znění pozdějších č. 2/1993 Sb. Dostupné z: ASPI

SDĚLENÍ federálního ministerstva zahraničních věcí - ÚMLUVA o právech dítěte 104/1991 Sb., 6. února 1991. Dostupné z: ASPI

SDĚLENÍ Ministerstva zahraničních věcí - ÚMLUVA o ochraně dětí a spolupráci při mezinárodním osvojení Haag 43/2000 Sb.m.s., 29. května 1993. Dostupné z: ASPI

INTERNETOVÉ ZDROJE

<http://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=art2450> [cit. 2012-11-06]

<http://cs.wikipedia.org/wiki/Rodina> [cit. 2012-10-11]

<http://ucebnice.euromise.cz/index.php?conn=0§ion=epidem&node=node53> [cit. 2013-02-02]

<http://cs.wikipedia.org/wiki/Plodnost> [cit. 2012-12-10]

<http://www.sexus.cz/kdyz-se-nedari-otehotnet-1-dil-neplodnost-jeji-priciny-a-lecba> [cit. 2012-11-12]

<http://www.repromeda.cz/komplexni-diagnostika-neplodnosti.html> [cit. 2013-02-03]

http://www.volny.cz/david.placek/5roc/dipl_pra/d3_8.htm [cit. 2013-02-03]

<http://www.neplodnost.org/muzska-neplodnost.html> [cit. 2012-10-15]

<http://skolajecna.cz/biologie/Images/Textbook/Big/0120000/00312.jpg> [cit. 2012-03-08]

<http://www.magazin-zdravi.cz/zdravi.4/psychogenni-priciny-neplodnosti.5268.html> [cit. 2013-02-10]

<http://www.mojzis-methods.com/> Mojzis-methods.com [online]. 2011 [cit. 2011-05-17]. The Mojzis Method and Infertility Treatment.

<http://www.akupunktura.cz/index.php?page=akupunktura> [cit- 2013-02-10]

<http://www.ivfbrno.cz/info.asp?ivf=18> [cit. 2013-02-20]

<http://www.stopneplodnosti.cz/lecba-neplodnosti/na-co-se-pripravit/financni-otazky/> [cit. 2013-02-28]

<http://www.podporareprodukce.cz/article/novinky/etika-asistovane-reprodukce> [cit. 2013-02-28]

http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CEkQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.gest.cz%2Fcz%2Fdoc%2FGE-31-Cenik-IVF-1.1.12.doc&ei=ILAwUfLSHImE4gTt3IAg&usg=AFQjCNHGI82IREjGhxGYYSda4yodSE6_iA&sig2=6UpWoK9n3HgyP5sH_0gE7Q&bvm=bv.43148975,d.bGE [cit. 2013-02-28]

<http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2012/06/05.pdf> [cit. 2012-11-25]

http://aplikace.msmt.cz/htm/JJ227_2006Sb_Zakonovyzkumunalidskychembryonalnichkmenovychbunkachasouviselijicichcinnostechaozmenenekterychsouviselijicichzakonu.htm [cit. 2013-03-03]

<http://www.crmzlin.cz/24903-surogatni-materstvi> [cit. 2013-03-03]

<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/podporujme-manzelstvi-a-rodinu-ne-nahradni-matky-447521> [cit. 2013-03-03]

<http://rulikova.cz/wp-content/uploads/2012/06/Redukce.pdf> [cit. 2013-01-30]

<http://www.zenska-neploinnost.cz/novinky/prejete-si-pomoci-umeleho-oplodneni-holcicku-nebo-chlapecka-184> [cit. 2013-01-30]

<http://www.adopce.com/informace/zakladni-pojmy/> [cit. 2013-03-01]

http://www.mpsv.cz/files/clanky/7294/Pruvodce_pro_nahradni_rodinnou_peci_.pdf [cit. 2013-03-01]

<http://www.clovekpravu.cz/ochrana-rodiny-a-deti-rodinne-pravo-aktualizovano-k-112012-141/rodicovstvi-a-pece-o-dite-866/nahradni-rodinna-pece-878/osvojeni-881> [cit. 2013-03-10]

<http://cs.wikipedia.org/wiki/Osvojen%C3%AD> [cit. 2013-03-10]

<http://www.adopce.com/adopce-osvojeni/osvojeni-a-zahranici/> [cit. 2013-03-15]

<http://www.pestounska-pece.cz/content/pestounska-pece> [cit. 2013-03-15]

<http://www.pestounska-pece.cz/content/pestounska-pece#schema> [cit. 2013-03-15]

http://www.sos-vesnický.cz/hledame-pestouny/faq/#FAQ_2 [cit. 2013-03-15]

<http://www.adopce.com/pestounska-pece/zakladni-pojmy/> [cit. 2013-03-15]

<http://www.stopneplodnosti.cz/neplodnost/neplodnost-u-zeny/anatomicky-podminene-poruchy/endometrioza/> [cit. 2012-12-15]

<http://emen.cz/zensky-pohlavni-system/> [cit. 2012-12-15]

<http://goeshealth.com/wp-content/uploads/2012/02/varicocele.jpg> [cit. 2013-02-15]

SEZNAM ZKRATEK

AI – artifiální inseminace, znamená vnesení spermií do pohlavního ústrojí ženy

AIH – artificial Insemination from Husband, znamená vnesení spermií od manžela do pohlavního ústrojí ženy

AID - artificial Insemination from Donor, znamená vnesení spermií od dárce do pohlavního ústrojí ženy

IUI – intrauterinní inseminace je zavedení spermií do dutiny děložní

ET – embryotransfer neboli zavedení embryí do dělohy

IVF – in vitro fertilizace znamená oplodnění mimo tělo

ISCI – intracytoplazmatická injekce, při níž se mikrojhrou zavede jedna spermie do vajíčka

AH – asistovaný hatching je zásah na obalu embrya, který napomáhá uhníždění embrya v děloze

MESA – mikrochirurgický odběr spermií z nadvarlete

TESA - mikrochirurgický odběr spermií z varlete

TESE - mikrochirurgický odběr semenotvorných kanálků

PGD – preimplantační genetická diagnostika

KET – kryoembryotransfer neboli přenos embryí po rozmražení

GIFT – přímý přenos gamet do vejcovodů

ZIFT – přímý přenos zygot do vejcovodů

AR – asistovaná reprodukce

DNA - Deoxyribonukleová kyselina

PISCI – je mikromanipulační technika, která umožňuje výběr spermie pro oplození vajíčka na základě její funkční kvality

FSH – folikulostimulační hormon

LH – luteinizační hormon,

GnRH - gonadotropin releasing hormon

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: Ženské pohlavní ústrojí

Obrázek č. 2: Mužské pohlavní ústrojí

Obrázek č. 3: Schéma náhradní rodinné péče

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Důvod podstoupení umělého oplodnění.

Graf č. 2: Úspěšnost podstoupení IVF.

Graf č. 3: Četnost pokusů podstoupení IVF.

Graf č. 4: Přijímání skutečnosti podstoupení asistované reprodukce.

Graf č. 5: Vnímání obtížnosti podstoupení asistované reprodukce.

Graf č. 6: Obtížnost rozhodnutí podstoupení asistované reprodukce.

Graf č. 7: Úvaha nad adopcí či pěstounskou péčí.

Graf č. 8: Názor na změnu zákona o zdravotní péči poskytnuté v souvislosti s mimotělním oplodněním.

Graf č. 9: Získávání prvotních informací o problematice neplodnosti.

Graf č. 10: Názor na informovanost v oblasti neplodnosti.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Příčiny ženské neplodnosti

Příloha č. 2: Příčiny mužské neplodnosti

Příloha č. 3: Rozhovor

Příloha č. 4: Přepisy rozhovorů

Příloha č. 1 - Příčiny ženské neplodnosti

Nedochází k pohlavnímu styku

První uváděnou příčinou neplodnosti u ženy je, že nedochází k pohlavnímu styku. Řežábek (2004) uvádí, že příčinou může být například vaginismus. To znamená křečovitě stažení svalstva okolo poševního vchodu, brání tak zavedení penisu do pochvy.

Nedozrává vajíčko

Za vůbec nejčastější příčinu neplodnosti u žen dle Řežábka (2004) je nedozrávání vajíčka.

- a) Centrální příčiny - na hormonálním řízení závisí dozrávání vajíčka, které vychází z mozku. Někdy mozek přestane vaječníky řídit k dozrávání vajíček (např. při velkém hubnutí). Dá se říci, že je to vlastně taková ochrana těla ženy před vyčerpáním, které by následovalo, kdyby hladověním oslabený organismus musel ještě zajišťovat zásobení budoucího těhotenství. Další centrální příčinou je zvýšení hormonu prolaktinu, ke kterému vede stres, kojení či užívání některých léků.
- b) Syndrom polycystických vaječnicků – u některých žen opakovaně vajíčko nedozrává. Mezi příznaky této nemoci patří nepravidelné nebo chybějící menstruační krvácení, zvýšené ochlupení, obezita, akné a porucha inzulínové rezistence.
- c) Selhání vaječnicků – přechod u ženy – špatně léčitelnou příčinou nedozrávání vajíček je stav, kdy již ve vaječnicku téměř nejsou žádná vajíčka. Věk 40 až 45 let je typický pro období přechodu (klimakteria). U některých žen dochází k tomuto vyčerpání dříve a pak tuto situaci nazýváme jako předčasné selhání vaječnicků.

Spermie nemohou proniknout k vajíčku

Když spermie nemohou proniknout k vajíčku, tak je to další z příčin ženské neplodnosti. Překážka na cestě k vajíčku je podle Řežábka (2004) buď chemická (protilátky proti spermii) nebo mechanická (uzávěr vejcovodů).

Vajíčko není v pořádku a spermie ho nedokáží oplodnit

Jednou z dalších poruch, kterou uvádí Řežábek (2004) je situace, když vajíčko není v pořádku. Spermie ho tedy nemohou oplodnit. Možné je i to, že k oplodnění dochází, ale problém je v dalším vývoji oplodněného vajíčka v embryu.

Nedostatek hormonů nezbytných pro zahníždění vajíčka

Nedostatek hormonů nutných pro zahníždění embrya může být také příčinou neplodnosti. Doherty a Clark (2006) k tomu dodávají, že správná a vyvážená hladina pohlavních hormonů v organismu je naprosto nezbytná pro ovulaci, oplodnění a těhotenství. Ovulace, uvolnění vajíčka, je způsobena změnami 5 hlavních hormonů (FSH – folikulostimulační hormon, LH – luteinizační hormon, GnRH - gonadotropin releasing hormon, Estrogen a Progesteron), jejichž hladiny rostou a klesají v průběhu menstruačního cyklu. Poruchu ovulace nebo přímo její zástavu může způsobovat porucha rovnováhy kteréhokoliv z těchto hormonů.

Sliznice děložní nedokáže embryo přijmout

A poslední příčinu, kterou uvádí Řežábek je, když sliznice děložní nedokáže embryo přijmout. Příčinou může být nedostatek hormonů nebo také chronický zánět sliznice či myom nebo polyp deformující dutinu děložní.

Věk

Podle Dohertyho a Clarka (2006) je nejdůležitějším faktorem rozhodujícím o tom, zda je žena schopna počít a porodit zdravé dítě je věk. Při narození jsou ženy vybaveny několika milióny vajíček (až 7 milionů), které jsou umístěny ve vaječnících. S rostoucím věkem ovšem jejich počet prudce klesá. Stárnutí ženy ovlivňuje nejen počet vajíček, ale také jejich kvalitu a možnost změnit se ve zdravé

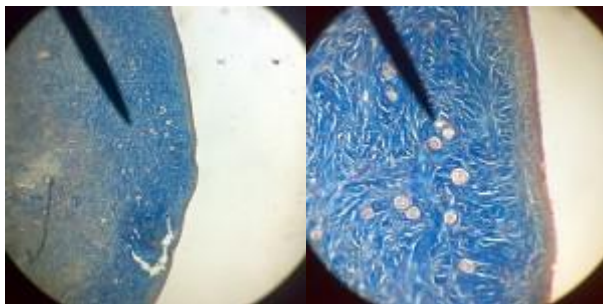
embryo a později v plod. Zhoršená kvalita vajíček u starších žen přispívá k vyšší frekvenci samovolných potratů.

Endometrióza

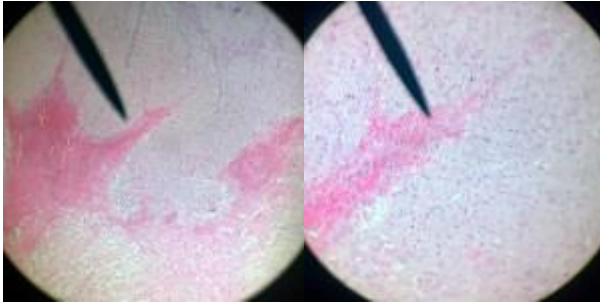
Jednou z nejčastějších příčin ženské neplodnosti je endometrióza. Endometrióza je poruchou poměrně častou, při které dochází k přerůstání děložní výstelky a jejímu usídlení i mimo dělohu. Ostrůvky endometria se dostávají na vaječníky i jiné orgány pánevní dutiny a tím mohou způsobit neplodnost. U mnoha žen probíhá tato porucha nekomplikovaně a často není vůbec poznána a tyto ženy normálně otěhotní. Plodnost může endometrióza zhoršovat ponejvíce mechanicky: srůsty v malé pánvi mohou poškodit průchodnost vejcovodů, zalomit je zachycením do jizvy nebo narušit jejich stěnu. Příčina endometriózy není známá (<http://www.stopneplodnosti.cz/neplodnost/neplodnost-u-zeny/anatomicky-podminene-poruchy/endometrioza/>). Mezi příznaky endometriózy dle Dohertyho a Clarka (2006) patří bolestivá menstruace, křeče, silné menstruační krvácení, ovulační bolest, bolest v zádech, také při vyprazdňování i při pohlavním styku, pánevní cysty a jiné útvary, neplodnost a opakované močové infekce. Příčina vzniku endometriózy není úplně známá, jen se ví, že její průběh se s věkem ženy zhoršuje. Dokonce existují důkazy o dědičnosti této nemoci. Diagnostikuje se pouze prostřednictvím laparoskopického vyšetření.

Ženský reprodukční systém (<http://emen.cz/zensky-pohlavni-system/>)

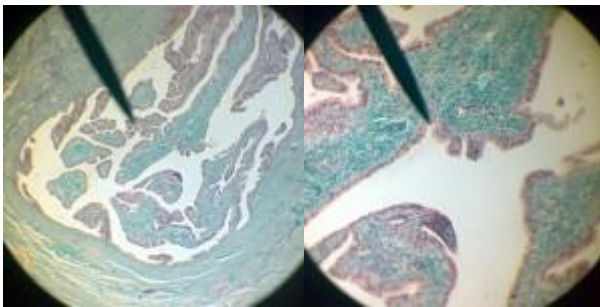
Vaječník



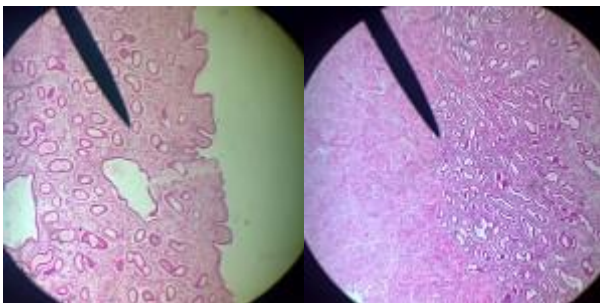
Corpus luteum



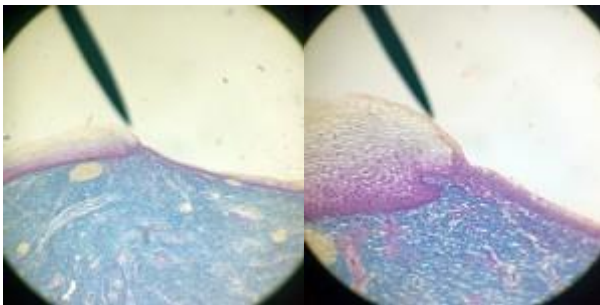
Vejcovod



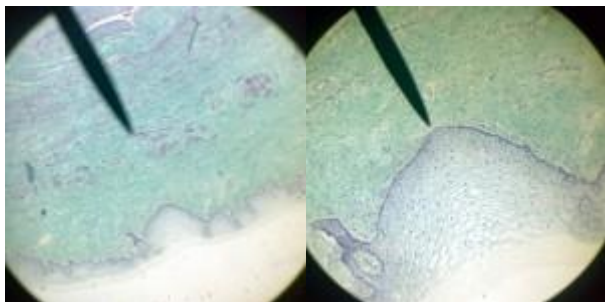
Uterus



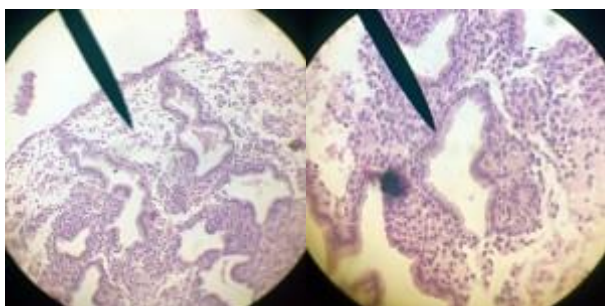
Cervix



Vagina



Endometrium



Expozice DES a předchozí operace

Jako další ženské příčiny neplodnosti uvádějí Doherty a Clark (2006) expozice DES a předchozí operace, problémy spojené s poruchou štítné žlázy, ztluštění vejcovodů a pánevní srůsty a opakované potrácení. Situace, kdy byla žena v průběhu svého embryonálního vývoje v děloze matky vystavena působení látky zvané diethylstilbestrol, ta byla podávána ženám v 50. a 60. letech 20. stol. jako prevence k samovolným potratům. Ti jedinci, kteří byli vystaveni diethylstilbestrolu v matčině děloze, tak mohou mít abnormality svých rozmnožovacích orgánů. Dalším rizikovým faktorem jsou předchozí pánevní nebo břišní operace, které mohou mít za následek vznik srůstů a jizev na pánevních orgánech. To může negativně ovlivňovat plodnost.

Problémy spojené s poruchou štítné žlázy

Doherty a Clark (2006) se zabývají i problémy spojenými s poruchou štítné žlázy. Porucha štítné žlázy či zvýšená hladina hormonu prolaktinu tvořeného v hypofýze může ovlivnit plodnost. Když žena trpí zvýšenou nebo sníženou funkcí

štítné žlázy, tak je nutno tyto poruchy pomocí léčby upravit. Většinou tím samo dojde i k úpravě reprodukčních funkcí a ke snížení rizika samovolného potratu.

Ztluštění vejcovodů a pánevní srůsty

Následkem proběhlé pánevní zánětlivé nemoci dle Dohertyho a Clarka (2006) je ztluštění stěny vejcovodů. Důsledkem toho je porucha činnosti vejcovodů nebo jejich ztížená průchodnost. Ženy, které mají poškozené vejcovody, mají zvýšené riziko mimoděložního těhotenství. A co se týká pánevních srůstů, tak se jedná o tkáňové pruhy, které se tvoří mezi pánevními a břišními strukturami a které brání vejcovodu zachytit vajíčka uvolněného z vaječníku.

Opakované potracení

Někdy není hlavním problémem pro ženy otěhotnět, říkají Doherty a Clark (2006), ale spíše těhotenství udržet. Zhruba 15% těhotenství končí potratem před 12. týdnem a to většinou z důvodu náhodně vzniklých genetických poruch v embryu.

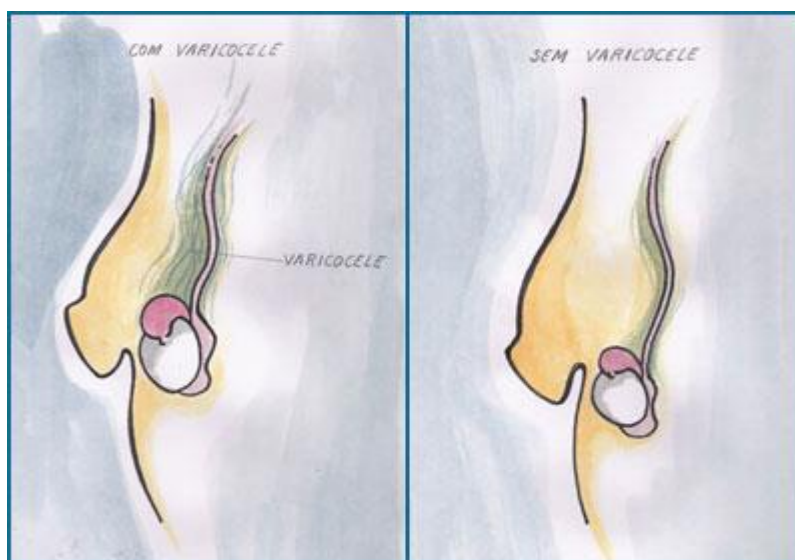
Příloha č. 2 – Příčiny mužské neplodnosti

Abnormality spermií

Základním kamenem mužské neplodnosti je dle Dohertyho a Clarka (2006) množství spermií a také jejich kvalita. Problém nastane, pokud množství semene je nedostatečné, počet spermií je snížený nebo když spermiím chybí správná pohyblivost. Oligospermie znamená nízký počet spermií. Azoospermie je stav, když u některých mužů nedochází k tvorbě spermií vůbec. Astenospermie je nižší pohyblivost spermií. Pojem teratospermie znamená morfologické defekty spermií. Může docházet ke kombinaci těchto jevů.

Varikokéla

Jak uvádějí Doherty a Clark (2006), tak varikokélu má až 15% mužů a znamená to rozšířené žíly v šourku. Vzniká na podkladě defektů malých žilních chlopní. Ty za normálních okolností napomáhají odtoku krve od varlat směrem k břichu. Místo, aby odtékala, tak se krev hromadí v žilách, které se tím pádem zvětšují a rozšiřují. Jakým mechanismem poškozuje varikokéla tvorbu spermií není přesně známo, ale předpokládá se, že rozšířené cévy zvyšují teplotu varlat. Zvýšení teploty už jen o jeden stupeň může negativně ovlivnit schopnost varlete vyrábět spermie.



(<http://goeshealth.com/wp-content/uploads/2012/02/varicocele.jpg>)

Poškození vývodného systému

V knize Léčba neplodnosti od Dohertyho a Clarka (2006) je uváděno, že za nejčastější příčinu neprůchodnosti vývodního systému je vasktomie – je to antikoncepční metoda a provádí se tak, že vývodní systém, přes který prochází sperma, je operačně přerušeno. Další příčinou je blokáda labyrintu velmi jemných kanálků, kterými prochází sperma.

Dědičné a vrozené poruchy

Dále Doherty a Clark uvádějí, že jednou z poruch, se kterými se rodí až 1% mužů je nesestouplé varle, které nesestoupí do šourku. Asi 1% mužů se rodí bez chámovodu, což může být příznakem i dalšího problému – muž s oboustranně chybějícími chámovody může být totiž nositelem genu pro cystickou fibrózu. Počet spermií může být ovlivněn i dědičně, jak dokazují výzkumy. Muži, kteří mají nízký počet spermií, mají 3 až 6% riziko přítomnosti abnormálního chromozomu Y. Jednou z dalších genetických poruch, které mohou ovlivňovat neplodnost je Klinefelterův syndrom, stav, kdy je přítomen jeden chromozom X navíc (příznaky jsou malá varlata a zvětšená prsa). Syndrom Sertolliho buněk, podstatou tohoto velice vzácného syndromu je to, že v průběhu fetálního vývoje nedošlo k vývoji buněk produkujících spermie.

Imunologické poruchy

Doherty a Clark (2006) zmiňují, že podstatou imunologických poruch, jakou je přítomnost protilátek proti spermiím, je napadání vlastních buněk (v tomto případě spermií) stejným mechanismem, jakým je napadán cizí materiál nebo bakterie. Mezi tyto příčiny chemoterapie, zranění, rakovinné onemocnění varlat, infekce, operace tříselné kýly. Hlavní příčinou imunologicky podmíněné mužské neplodnosti jsou protilátky proti hlavičkám spermií. Ty znemožňují proniknutí spermie do vajíčka.

Infekce

Infekce mohou vést ke vzniku jizevnaté tkáně blokující kanálky, kterými prochází sperma či mohou ovlivňovat přímo tvorbu spermií nebo jejich pohyblivost. Mezi tyto infekce dle Dohertyho a Clarka (2006) patří – zánět prostaty, nadvarlete,

varlete, močového měchýře, zánětlivé onemocnění močové trubice, odvodné cesty pro moč i sperma a příušnice.

Deficit (nedostatečnost) hormonů hypofýzy

Jak uvádějí Doherty a Clark (2006) tato porucha není častou příčinou neplodnosti mužů asi jen 2%). Je to stav, který je způsoben nízkými hladinami hormonů FSH a LH (gonadotropinů) se nazývá hypogonadotropní hypogonadismus. Tyto hormony u žen ovlivňují ovulaci a u mužů tvorbu testosteronu, který má vliv na tvorbu spermií.

Ejakulační problémy

Ejakulace je výron semene z penisu. Nejčastějšími příčinami poruchy ejakulace jsou impotence a retrográdní ejakulace. Doherty a Clark (2006) specifikují co je impotence a co je zpětná (retrográdní) ejakulace. Impotence je neschopnost dosáhnout erekce, ztopoření penisu. Může být výsledkem tělesných či psychických obtíží. Za psychické problémy můžeme uvést obavy z pohlavního styku, pocity viny nebo nízké sebevědomí a za psychické potíže, které mohou mít vliv na ztopoření, můžeme uvést cukrovku, vysokou hladinu cholesterolu, vysoký krevní tlak, onemocnění srdce, ale i léky jako např. antidepressiva. Zpětná (retrográdní) ejakulace je stav, při kterém je semeno při orgasmu vstříknuto opačným směrem a to do močového měchýře, místo jeho výronu ven z penisu.

Léky

Ovlivnit mužskou plodnost může celá řada běžně užívaných léků. Léky, které ovlivňují plodnost muže dle Dohertyho a Clarka (2006) jsou např.: Ketokonazol, který je určen k léčbě plísňových onemocnění, Sulfasalazine, ten se užívá u zánětlivých onemocnění střeva, Cimetidine, ten je určen pro léčbu vředů, Allopurinol či Kolchicin jsou pro léčbu dny... Další léky, které ovlivňují ejakulaci jsou např. antipsychotika (chlorpromazin, haloperidol..), antidepressiva (imipramine, fluoxetin...) a antihypertenziva (prazosin, reseprin, thiazidy..).

Příloha č. 3 - Rozhovor

Neplodnost a etické aspekty asistované reprodukce v sociální oblasti

Výzkumné otázky

1. Jak jste přijali skutečnost, že musíte podstoupit asistovanou reprodukci?
2. Bylo to pro Vás těžké?
3. Myslíte, že toto rozhodnutí bylo těžší pro Vás nebo Vašeho partnera?
4. V případě neúspěchu, uvažovali jste o adopci či pěstounské péči? Pokud ano, co byste preferovali?
5. Jaký je Váš názor na darování spermií či vajíček?
6. V případě, že by Vám bylo zjištěno vícečetné těhotenství, uvažovali byste o redukci?
7. Jaký je Váš názor na změnu zákona, že ze zdravotního pojištění se hradí nejvíce 4x za život zdravotní péče poskytnutá v souvislosti s mimotělním oplodněním a že za účelem prevence vícečetného těhotenství bude v prvních dvou až tří let aplikováno jedno embryo nejvyšší kvality?
8. Kde jste získávali prvotní informace o Vašem problému, tedy neplodnosti a možnosti asistované reprodukce (lékař, internet, známí...)?
9. Myslíte si, že je dobrá informovanost ohledně možností, nových poznatků v této oblasti, způsobů a metod reprodukce, financování a právního uzákonění této problematiky?

Příloha č. 4 – Přepisy rozhovorů

Respondenti č. 1

Anamnéza:

Paní A. i panu R. je 33 let. V roce 2009 začali řešit svůj problém s neplodností. V roce 2010 byli posláni do centra asistované reprodukce, kde byla panu R. diagnostikována azoospermie. Po konzultaci s andrologem proběhla hormonální léčba a následně byl proveden chirurgický odběr spermií – TESE a spermie byly zamrazeny. Poté proběhla hormonální stimulace paní A. s odběrem oocytů, které byly následně oplodněny spermii z TESE. Bohužel spermie z TESE nebyly po rozmražení dobré kvality, a tak embrya oplodněná těmito spermii se nevyvíjela uspokojivě, a proto nebylo ani jedno embryo zavedeno. Další pokus se tedy již konal s dárcovskými spermii, o kterém dříve vůbec neuvažovali. A po proběhlém IVF cyklu paní A. otěhotněla a v roce 2012 porodila dvojčata – chlapce a dívku.

Rozhovor:

1. Jak jste přijali skutečnost, že musíte podstoupit asistovanou reprodukci?

Paní A.: Jelikož to byla jediná možnost, jak mít dítě, tak jsem tuto skutečnost přijala pozitivně.

Pan R.: Vzhledem k tomu, že to byla jediná šance, jak mít dítě, přijal jsem ji jako jediné východisko z naší situace a tudíž jsem to přijímal celkem kladně.

2. Bylo to pro Vás těžké?

Paní A.: Ne, věřila jsem doktorům a pokrokům v této oblasti, takže přijetí této skutečnosti pro mě nebylo obtížné.

Pan R.: Ano, pro mě to bylo velmi obtížné.

3. Myslíte, že toto rozhodnutí bylo těžší pro Vás nebo Vašeho partnera?

Paní A.: Určitě to bylo těžší pro partnera.

Pan R.: Pro mě. Těžší to bylo pro mě v tom, že jsem věděl, že problém je na mé straně.

4. V případě neúspěchu, uvažovali jste o adopci či pěstounské péči? Pokud ano, co by jste preferovali?

Paní A.: O této možnosti či řešení našeho problému jsme zatím neuvažovali.

Pan R.: Neuvažovali jsme o tom.

5. Jaký je Váš názor na darování spermií či vajíček?

Paní A.: Myslím, že spouště páru nezbyvá nic jiného, tak jako třeba nám, než dárcovství. Zbývá tu pořád 50 % genetiky jednoho z nás....

Pan R.: Vzhledem k tomu, že neplodnost byla na mé straně, jsme se rozhodli pro dárcovství.

6. V případě, že by Vám bylo zjištěno vícečetné těhotenství, uvažovali by jste o redukci?

Paní A.: Asi by záleželo na riziku, u dvojčat bych o tom určitě neuvažovala, pokud by bylo všechno v pořádku.

Pan R.: Nemuseli jsme se touhle otázkou zabývat, takže nevím.

7. Jaký je Váš názor na změnu zákona, že ze zdravotního pojištění se hradí nejvíce 4x za život zdravotní péče poskytnutá v souvislosti s mimotělním oplodněním a že za účelem prevence vícečetného těhotenství bude v prvních dvou až tří let aplikováno jedno embryo nejvyšší kvality?

Paní A.: Nesouhlasím. Myslím si, že by to mělo zůstat na rozhodnutí ženy a jejího partnera, kolik chtějí zavést embryí.

Pan R.: Nevím, nad touto změnou jsem nepřemýšlel.

8. Kde jste získávali prvotní informace o Vašem problému, tedy neplodnosti a možnosti asistované reprodukce (lékař, internet, známí...)?

Paní A.: Od lékaře.

Pan R.: Stejně jako partnerka, od lékaře.

9. Myslíte si, že je dobrá informovanost ohledně možností, nových poznatků v této oblasti, způsobů a metod reprodukce, financování a právního uzákonění této problematiky?

Paní A.: Dle mého názoru je dobrá informovanost ohledně této problematiky i možností řešení tohoto problému.

Pan R.: Ano.

Respondenti č. 2

Anamnéza:

Paní J. je 35 let a panu K. je 37 let. Dva roky se pokoušeli o dítě bez pomoci technik asistované reprodukce, ale marně. Byli proto odesláni v roce 2009 do centra asistované reprodukce, kde ale nebyla nalezena žádná příčina. Přesto jim byla

doporučena metoda IVF ISCI, aby se zvýšila možnost otěhotnění. Tuto metodu IVF ISCI podstoupili 2x a 1x podstoupili KET. Ani jeden pokus nevyšel, a proto se rozhodli, že pokud jsou zdraví, tak to jednou vyjít musí přirozenou cestou. Po delší době se to opravdu podařilo a nyní mají 2 letého syna. Početí se podařilo přirozenou cestou.

Rozhovor:

1. Jak jste přijali skutečnost, že musíte podstoupit asistovanou reprodukci?

Paní J.: Přijala jsme to velice kladně a ani jsem nad tím moc nepřemýšlela, co to obnáší a čím si člověk musí projít... To ukázala až realita.

Pan K.: Když to mělo pomoci, tak jsem to přijal kladně.

2. Bylo to pro Vás těžké?

Paní J.: Myslím, že samotný proces vyšetření, těžký není. Procházeli jsme tím s úsměvem, jen jsme to museli vždy skloubit s manželovou prací. Výsledky vycházely pozitivně ve všech ohledech, tak nám nic nebránilo nic uskutečnit samotný proces. Abychom zvýšili šance úspěchu, šli jsme metodou IVF ICSI. To znamená, pro ženu stimulace, odběr oocytů, oplodnění, zaváděli 3 embrya a zbytek jsme nechali zamrazit, na později. Že by to nemuselo vyjít, s tím jsme vůbec nepočítali. Bohužel po dvou IVF ICSI a 1x ze zamražených embryí, jsem stále nebyla těhotná. To si myslím, že bylo to nejtěžší, unést fakt, že to nevyšlo a to pro oba dva... když to bylo tak jednoduché. Já jako žena, po hormonálním útoku, jsem to psychicky velice špatně nesla. Myslím, že manžel vše podstupoval kvůli mně, ale možná časem jsem si uvědomila, že vlastně to miminko, zatím ani moc nechceme. Samozřejmě, že otázka „proč to nejde“ mi neustále vrtala hlavou. Přečetla jsem si o tom nespočet článků, diskusí, vše co se týkalo asistované reprodukce. A došla jsem k závěru, že jim v tom centru o ten úspěch ani nešlo, neřešili příčiny neúspěchu, že by nás poslali dál na imunologii a další testy, spíše šlo o dojení peněz. A to nás utvrdilo v tom, že pokud jsme zdraví, tak to jednou musí vyjít a také vyšlo. Myslím,

že patříme mezi šťastné páry, které se dočkaly těch vysněných 2čárek na těhotenském testu. Dnes jsou synovi 2 roky a my bychom mu chtěli pořídit sourozence. Uvidíme, jak se nám to povede, jestli přirozenou cestou, anebo znovu navštívíme některé s center asistované reprodukce.

Pan K.: Já jako optimista jsem to moc neřešil, protože jsem věřil, že to jednou vyjde a dítě mít budeme.

3. Myslíte, že toto rozhodnutí bylo těžší pro Vás nebo Vašeho partnera?

Paní J.: Já jsem to brala jako fakt, nejde nám to, tak nám pomůžou v centru. A myslím si, že to tak bral i můj manžel, takže si troufám říci, že jsme toto rozhodnutí brali oba dva stejně.

Pan K.: Jak už jsem říkal, jsem optimista, a tak beru věci, tak jak jsou. Když bylo třeba to podstoupit, tak jsem to podstoupil. Nebyl to žádný problém a manželka to brala podobně.

4. V případě neúspěchu, uvažovali jste o adopci či pěstounské péči? Pokud ano, co by jste preferovali?

Paní J.: Samozřejmě, tahle otázka taky padla a byli jsme rozhodnutí pro adopci, nejlépe kojence do ½ roku, abychom si ho užili od malinka. V otázce rasy to bylo jednoznačné, ne romské dítě, jinak to bylo jedno a potom v dalších otázkách, ne od feťáků a drogově závislých. Kdyby tu byla jednodušší cesta k adopci miminka z afrických zemí, tak jsme zvažovali i tuhle možnost. Došli jsme si i na úřad pro žádosti, které možná ještě máme doma schované.

Pan K.: Ano, uvažovali jsme o tom a byli jsme rozhodnutí pro adopci.

5. Jaký je Váš názor na darování spermií či vajíček?

Paní J.: Jakmile je nějaký problém a vyřešilo by to dárcovské vajíčko, nebo spermie, proč ne. Jde spíše o to, aby ten človíček co se má narodit byl geneticky zdravý a silný jedinec, než mít vlastní dítě a postižené, tak to radši geneticky cizí, ale zdravé.

Pan K.: Určitě kladný, obdivuji hlavně dárkyně vajíček, pro které je to mnohem náročnější.

6. V případě, že by Vám bylo zjištěno vícečetné těhotenství, uvažovali by jste o redukci?

Paní J.: Myslím, že tohle je věc názoru. Když to vezmu podle sebe, já si nechala zavést 3 embrya, to znamená, že se mohly uchytit všechny 3 plody a taky jsme s tím byli smířeni i obeznámeni. Záleží i na pomoci okolí, babičky s tím byly seznámeny a v případě trojčátek, by jistě pomohly. Dále finanční stránka, všechny náklady na miminko by byly trojnásobné, záleží tedy také na tom, jestli si to rodina může dovolit. V mém případě opět odpovím ano, nějak bychom to udělali. Protože v případě redukce, bych se nikdy nesmířila s tím, že během chvíli mohu přijít o všechny 3 plody, ale taky ne....to už je osud.

Pan K.: Věděli jsme, kolik nám zavádějí embryí, takže tu byla i možnost, že budeme mít trojčata, ale bral jsem to tak, že by to tak asi mělo být, kdyby to vyšlo.

7. Jaký je Váš názor na změnu zákona, že ze zdravotního pojištění se hradí nejvíce 4x za život zdravotní péče poskytnutá v souvislosti s mimotělním oplodněním a že za účelem prevence vícečetného těhotenství bude v prvních dvou až tří let aplikováno jedno embryo nejvyšší kvality?

Paní J.: Nesetkala jsem se zatím s nikým, kdo by řešil problém trojčátek a více. Dvojčata si myslím, že jsou pro naši kulturu akceptovatelná. Čím více embryí, tím větší šance na uchycení. Tyhle zákony vymýšlí lidi, kteří se s touto problematikou nesetkali a vůbec netuší, co obnáší. Každopádně s tím nesouhlasím, i když vím, že je

to velice nákladná léčba. Ale spíš si myslím, že se z asistované reprodukce stal skvělý business a zákony tomu chtějí udělat stop. Protože, ať už je u páru problém jakýkoliv, tak ho nikdo neřeší. U nás je zavedená lhůta 2 roky - otěhotníš a pokud ne, okamžitě tě posílají do centra asistované reprodukce. Možná, kdyby gynekolog spolupracoval i s psychologem, rehabilitací apod. nebyl by takový nárůst párů, které by musely podstoupit umělé oplodnění.

Pan K.: Souhlasím s partnerkou, takže se změnou zákona nesouhlasím.

8. Kde jste získávali prvotní informace o Vašem problému, tedy neplodnosti a možnosti asistované reprodukce (lékař, internet, známí...)?

Paní J.: Prvotní návrh byl od lékaře (gynekologa) a postupně další názory jsem si zjišťovala z internetu.

Pan K.: Úplně stejně, jako manželka. Napřed od lékaře a pak jsem hledal vše, co mě zajímalo na internetu.

9. Myslíte si, že je dobrá informovanost ohledně možností, nových poznatků v této oblasti, způsobů a metod reprodukce, financování a právního uzákonění této problematiky?

Paní J.: V dnešní době už je toho spousta. Na prvním místě samozřejmě internet, ale už i knihy, noviny, televize, všude se o tom mluví a není to dnes již žádné tabu. Samozřejmě, že když se to někomu netýká, nevěnuje tomu takovou pozornost, jako někdo kdo si tím prošel, chystá projít nebo právě prochází.

Pan K.: Ano, myslím si, že je dobrá informovanost.

Respondenti č. 3

Anamnéza:

Paní J. je 34 let a panu S. je 36 let. Panu S. byla po úraze páteře a následném udělení TESE a MESE stanovena v roce 2007, kdy se začali zajímat o založení rodiny, azoospermie. V roce 2008 navštívili doktorku, která se zabývá vozíčkáři a domluvili se znovu na provedení TESE. Po tomto zákroku byly spermie nalezeny a odebrány a bylo provedeno jejich zamražení. První pokus IVF proběhl v roce 2010, avšak neúspěšně. Poté se paní J. s panem S. rozhodli změnit kliniku pro léčbu neplodnosti a ženských nemocí a v roce 2011 podstoupili druhý pokus v soukromém centru. U paní J. opět proběhla hormonální stimulace s odběrem oocytů, následně byly rozmrazeny spermie pana S. a došlo k IVF. Po pětidenní kultivaci byla po dohodě s párem přenesena 2 embrya. Po proběhlém IVF cyklu paní J. otěhotněla a v únoru 2012 porodila v 38. týdnu těhotenství dvojčata - chlapce.

Rozhovor:

1. Jak jste přijali skutečnost, že musíte podstoupit asistovanou reprodukci?

Paní J.: Po partnerově úraze bylo skoro jisté, že jinou cestou to nepůjde. A protože jsme děti chtěli a byla to jediná šance jak mít vlastní dítě, tak jsem to přijala jako danou věc a bez problémů.

Pan S.: Vzhledem k tomu, že to byla zdravotní nutnost, tak jsem to bral jako danou skutečnost a moc jsem se nad tím nepozastavoval.

2. Bylo to pro Vás těžké?

Paní J.: Úraz se stal před deseti lety, takže jsme měli dost času na zjišťování různých variant a postupně se smiřovat s tím, že musíme podstoupit asistovanou reprodukci, takže to pro mě ve finále těžké nebylo.

Pan S.: Ne, nebylo to těžké.

3. Myslíte, že toto rozhodnutí bylo těžší pro Vás nebo Vašeho partnera?

Paní J.: Myslím si, že to bylo těžší pro partnera, protože problém byl na jeho straně.

Pan S.: Pro partnerku.

4. V případě neúspěchu, uvažovali jste o adopci či pěstounské péči? Pokud ano, co by jste preferovali?

Paní J.: Já jsem si nechtěla připustit, že by to nevyšlo, takže jsme se ani moc doma nebavili o náhradních možnostech, jak bychom v případě neúspěchu řešili naši bezdětnost. Ovšem kdyby tato situace nastala, tak bych si život bez dítěte nedokázala představit a proto bych volila adopci. Pěstounskou péči si nedokáži vůbec představit.

Pan S.: Po vyzkoušení všech možností, kdyby to nevyšlo, tak bych byl spíše pro adopci než pěstounskou péči.

5. Jaký je Váš názor na darování spermií či vajíček?

Paní J.: Myslím si, že je dobře, že tato možnost existuje. Obdivuji dárně či dárci, že dokázali vajíčka či spermie darovat. Určitě to spoustě neplodných párů pomohlo mít „své“ vytoužené miminko, i když není úplně geneticky jejich.

Pan S.: Asi bych byl schopný darovat, ale i přijmout, kdyby to bylo nutné a kdybychom se na tom s partnerkou domluvili.

6. V případě, že by Vám bylo zjištěno vícečetné těhotenství, uvažovali by jste o redukci?

Paní J.: Když jsem si přečetla co všechno by redukce mohla způsobit, tak bych ji nejspíše nepodstoupila.

Pan S.: V souvislosti se zdravotním zatížením partnerky asi ano.

7. Jaký je Váš názor na změnu zákona, že ze zdravotního pojištění se hradí nejvíce 4x za život zdravotní péče poskytnutá v souvislosti s mimotělním oplodněním a že za účelem prevence vícečetného těhotenství bude v prvních dvou až tří let aplikováno jedno embryo nejvyšší kvality?

Paní J.: Nesouhlasím. Přiklání bych se spíše k tomu, aby bylo ze zdravotního pojištění hrazeno více pokusů než jen 4. Nám se to sice podařilo na druhý pokus, ale máme známé, kterým se to ani na potřetí nepodařilo a museli si hradit čtvrtý pokus sami. Už tak je to velmi drahé, i když některé úkony hradí pojišťovna, ale když si to má pár zaplatit celé, tak je to neskutečně vysoká částka. Myslím, že mluvím za většinu dnešních párů, jejichž jediná šance na dítě je asistovaná reprodukce. Kolik embryí, zda jedno, dvě nebo tři, má být ženě zavedeno bych nechala na dotyčném páru po konzultaci s lékařem.

Pan S.: Dle mého názoru, je to nesmysl. Mělo by to být posuzováno individuálně a ne globálně, takže se změnou zákona nesouhlasím.

8. Kde jste získávali prvotní informace o Vašem problému, tedy neplodnosti a možnosti asistované reprodukce (lékař, internet, známí...)?

Paní J.: Napřed jsem to studovala na internetu a až pak jsem to řešila s lékařem. V době, kdy jsme to řešili my, tak jsme skoro nikoho s podobným problémem neznali. Až díky léčbě jsme získali známé, se kterými jsme to mohli rozebírat, hledat nové možnosti...

Pan S.: Od lékaře v rehabilitačním zařízení.

9. Myslíte si, že je dobrá informovanost ohledně možností, nových poznatků v této oblasti, způsobů a metod reprodukce, financování a právního uzákonění této problematiky?

Paní J.: Myslím si, že ano. V dnešní době je čím dál tím více párů, kteří tento problém řeší, a tudíž se tomu věnuje i více pozornosti a je o tom tedy i více informací.

Pan S.: Myslím si, že ano a kdo chce a potřebuje, tak si informace najde.

Respondenti č. 4

Anamnéza:

Paní V. i panu M. je 35 let. Paní V. měla již od mládí problémy s nepravidelnou menstruací. Zhruba půl roku se snažili přirozenou cestou počít dítě, ale bez úspěchu. Po vyšetření se ukázalo, že paní V. nedozrávají oocyty. Příčinou bylo onemocnění štítné žlázy, na které bere léky Eutirox. Bylo jim doporučeno IVF. V roce 2007 se tedy rozhodli navštívit centrum asistované reprodukce. Paní V. podstoupila hormonální stimulaci. Vytvořilo se jedenáct folikulů, avšak byly všechny prázdné. Po půl roce zkusili další pokus. Byly ale zvoleny jiné léky (silnější hormony). Tentokrát z toho bylo 15 folikulů k oplodnění. Po prodloužené kultivaci jich zbylo pět. Zavedeno bylo ale pouze jedno a to proto, že paní V. během procesu prodělala hyperstimulační syndrom. Tento pokus se již podařil a narodil se z toho syn. Po necelých dvou letech opět podstoupili léčbu. Paní V. prodělala jednoduchou hormonální přípravu. Na první pokus byly zavedeny dvě embrya, bohužel bez výsledku. Za další dva měsíce byla zavedena opět dvě embrya a tentokrát došlo k uhnízdění a narodil se druhý syn.

Rozhovor:

1. Jak jste přijali skutečnost, že musíte podstoupit asistovanou reprodukci?

Paní V.: Jelikož jsem měla problémy delší dobu, tak jsem na to byla tak nějak připravena.

Pan M.: Říkal jsem si, že by to šlo i přirozenou cestou, ale tohle byla jistota. Nebral jsem to jako nic nepřirozeného.

2. Bylo to pro Vás těžké?

Paní V.: Příprava na IVF byla trochu náročná, ale snášela jsem to celkem dobře.

Pan M.: Tehdy to pro mě bylo těžké, ale spíš kvůli tomu, co musela všechno podstupovat manželka.

3. Myslíte, že toto rozhodnutí bylo těžší pro Vás nebo Vašeho partnera?

Paní V.: Myslím si, že to pro nás bylo stejné.

Pan M.: Myslím si, že to bylo těžší pro manželku.

4. V případě neúspěchu, uvažovali jste o adopci či pěstounské péči? Pokud ano, co by jste preferovali?

Paní V.: Byli jsme rozhodnutí pro adopci.

Pan M.: Ano, uvažovali jsme o tom a byli jsme rozhodnutí pro adopci.

5. Jaký je Váš názor na darování spermií či vajíček?

Paní V.: Na názoru se opět shodneme a to, že problém s tím nemáme žádný. Je spousta párů, které nemají jinou možnost.

Pan M.: Proč ne, když to pomůže.

6. V případě, že by Vám bylo zjištěno vícečetné těhotenství, uvažovali by jste o redukci?

Paní V.: Nevím, jak bych se zachovala a hlavně by to záleželo na tom, co by mi doporučili lékaři. Asi bych se přikláněla k redukci, ale také bych měla strach, že to ohrozí zbývající plod (plody).

Pan M.: Záleželo by na doktorech a samozřejmě na manželce.

7. Jaký je Váš názor na změnu zákona, že ze zdravotního pojištění se hradí nejvíce 4x za život zdravotní péče poskytnutá v souvislosti s mimotělním oplodněním a že za účelem prevence vícečetného těhotenství bude v prvních dvou až tří let aplikováno jedno embryo nejvyšší kvality?

Paní V.: Nesouhlasím se zavedením jednoho embrya, když jsme si tím procházeli my, tak názor lékařů byl, že když dáme dvě, tak bude větší šance, že se alespoň jedno uchytí. Nevím, já měla možnost vyzkoušet obě varianty. U prvního dítěte mi zavedli pouze jedno, kvůli problémům, které nastaly (hyperstimulační syndrom) a u druhého dítěte jsem měla zavedeny dvě embrya.

Pan M.: Nesouhlasím a mám stejný názor jako manželka.

8. Kde jste získávali prvotní informace o Vašem problému, tedy neplodnosti a možnosti asistované reprodukce (lékař, internet, známí...)?

Paní V.: Lékař na klinice, kam jsem docházela jako klasická pacientka.

Pan M.: Veškeré informace o našem problému nám poskytl manželčin lékař.

9. Myslíte si, že je dobrá informovanost ohledně možností, nových poznatků v této oblasti, způsobů a metod reprodukce, financování a právního uzákonění této problematiky?

Paní V.: Myslím si, že informací je všude dost a pokud se navštíví patřičná klinika, tak je informovanost výborná.

Pan M.: Ano. Informací ohledně možností i nových poznatků je dle mého názoru dosti.

Respondenti č. 5

Anamnéza:

Paní J. je 35 let a panu M. je 36 let. Před šesti lety se pokoušeli o dítě přirozenou cestou. Po 3 měsíčních nezdarech paní J. navštívila svého gynekologa. Ten ji ujistil, že na děláním závěrů je brzy a pokud do 3 měsíců nebude těhotná, tak se má dostavit i s partnerem na spermioqram. Po jeho vyšetření nebyla žádná šance na oplodnění přirozenou cestou. Pan M. měl z několika tisíc spermií jen tři. Byli vysláni na odběr krve, která byla zaslána do Německa na speciální genetický rozbor. Po tří měsíčním čekání na výsledek se dověděli, že manžel nemá spermie a zároveň je i nositelem genetické chyby, která může mít za příčinu genetické vady potomka. Proto nám lékař sdělil, že manžel musí podstoupit operaci TESA, kdy mu budou chirurgicky odebrány spermie. Ovšem před podstoupením celého procesu TESA pana M. a odběr vajíček paní A. musí být vyrobena speciální sonda, která se použije, jakmile bude embryo v třídenním rozkvětu. Po oddělení buňky, se zjistí, zda je dítě geneticky po matce či po otci. Pokud po paní J. tak mohli transfer uskutečnit., pokud by nebyla, tak by byla použita náhradní varianta dárcovského sperma. IVF podstoupili paní J. a pan. M. dvakrát. Dcera má již 4 roky a syn 18 měsíců.

Rozhovor:

1. Jak jste přijali skutečnost, že musíte podstoupit asistovanou reprodukci?

Paní J.: Úplně z prvopočátku byla lítost nad tím, že si neprožiju vše spontánně, tu radost, že jsem těhotná. Nějak si vychutnat to sladké překvapení, jak ho sdělím partnerovi. Místo toho chodit po neosobních ordinacích a bavit se o všem chladně, hlavně s ceníkem v ruce, jako by jsme si šli objednat nějaký kus nábytku na míru. Po určité době, když už se vše dalo do pohybu a řešili jsme to, tak už jsem nad tím nepřemýšlela a rovnou jsem věděla, že pokud je to jediné východisko je potřeba pozitivně myslet a snažit se být psychicky v pohodě.

Pan M.: Jelikož ten problém byl z mé strany, tak velmi těžce.

2. Bylo to pro Vás těžké?

Paní J.: Nebylo, ale asi je to i z toho důvodu, že každý pokus byl úspěšný. A když z toho máme dvě krásné zdravé děti. Heslo co tě nezabije, tě posílí, je příznačné. Každá zkušenost je v životě k něčemu, i když je nepříjemná.

Pan M.: Nebylo to rozhodně příjemné.

3. Myslíte, že toto rozhodnutí bylo těžší pro Vás nebo Vašeho partnera?

Paní J.: V našem případě svým způsobem ani pro jednoho, protože to byla jediná šance jak dosáhnout toho, abychom měli rodinu. Ovšem manžel měl spíše problém se svou genetikou.

Pan M.: Pro mě to bylo určitě těžší. Vůbec jsem totiž neměl tušení, že budu mít tak špatné výsledky spermioqramu.

4. V případě neúspěchu, uvažovali jste o adopci či pěstounské péči? Pokud ano, co by jste preferovali?

Paní J.: To je otázka na, kterou jsem si sice dávala různé odpovědi, ale nikdy jsem nedospěla k žádnému konečnému závěru. Jak znám sebe, asi bych se o adopci pokusila, ale u svého partnera si nejsem jistá, zda by ji chtěl. Jestli adopci, nebo pěstounskou péči? To by záleželo na konkrétním dítěti. Jakmile se ale asi zamotáte do osudu nějakého dítěte a chcete mu pomoci, tak je to potom jedno, zda si ho adoptujete, nebo si ho vezmete jako pěstouni. Dle toho co je potřeba a legislativa umožňuje.

Pan M.: Neuvažoval jsem o tom, ale já bych nechtěl ani jedno.

5. Jaký je Váš názor na darování spermií či vajíček?

Paní J.: Pokud by to vyřešilo problém, tak jsem určitě pro a tím myslím, jak dárcovské vajíčko, tak i spermie. Důležité je, aby se mohl každý dočkat své vytoužené rodiny.

Pan M.: Když to pomůže, tak proč ne.

6. V případě, že by Vám bylo zjištěno vícečetné těhotenství, uvažovali by jste o redukci?

Paní J.: Redukce je příliš tvrdé slovo. Pokud bych byla schopna donosit zdravé děti a nějak by mě to neohrozilo na mém zdraví a lékaři by v tom neviděli žádný problém, tak bych na redukci nepřistoupila. Měla bych takový strach, že někdy v budoucnu by se mi to negativně mohlo vrátit, kdyby k redukci došlo. Ovšem je dobré tomuto předcházet a nechat si zavádět tolik embryí, kolik chceme dětí. My v prvním pokusu nechali dát dvě. Obě se ujaly, ale po měsíci to jedno embryo „zabalilo“. A při druhém jsme nechali už jen jedno na doporučení lékaře, neboť po prvním porodu císařským řezem, by mé břicho dvojčata nezvládlo.

Pan M.: Na tuto otázku nemohu odpovědět.

7. Jaký je Váš názor na změnu zákona, že ze zdravotního pojištění se hradí nejvíce 4x za život zdravotní péče poskytnutá v souvislosti s mimotělním oplodněním a že za účelem prevence vícečetného těhotenství bude v prvních dvou až tří let aplikováno jedno embryo nejvyšší kvality?

Paní J.: Já vůbec kolikrát našim zákonodárcům nerozumím. Myslím, že každý pár má jiný problém a u někoho zavádění více embryí, znamená větší šanci. Mělo by být více variant, aby si klienti, pacienti, nebo budoucí rodiče mohli o tomto rozhodovat s lékaři sami.

Pan M.: Moc tomu nerozumím. Vždy jsme dali na rady lékařů. Takže, když se to bude řešit zákonem, tak nevím, zda je to dobře, takže spíše nesouhlasím.

8. Kde jste získávali prvotní informace o Vašem problému, tedy neplodnosti a možnosti asistované reprodukce (lékař, internet, známí...)?

Paní J.: Od Mého gynekologa, po zhlédnutí manželova spermioqramu.

Pan M.: Od gynekologa manželky.

9. Myslíte si, že je dobrá informovanost ohledně možností, nových poznatků v této oblasti, způsobů a metod reprodukce, financování a právního uzákonění této problematiky?

Paní J.: Ano, myslím si, že je dobrá informovanost. My osobně jsme měli velmi dobrou informovanost o všem. Je to samozřejmě tím, že můj gynekolog se o tuhle problematiku zajímá a spolupracuje s několika klinikami reprodukované medicíny.

Pan M.: Ano.

Respondenti č. 6

Anamnéza:

Paní A. je 35 let a panu P. je 36 let. Na centrum asistované reprodukce se obrátili před 3 lety na jaře v roce 2010, protože se jim během dvou let nepodařilo počít dítě přirozenou cestou. Pan P. podstoupil andrologické vyšetření, výsledek spermioqramu nebyl ani špatný, ani úplně dobrý vzhledem k jeho věku. U paní A. byla zjištěna zvýšená obranyschopnost proti spermiiím. Byly jim navrženy tři postupy řešení problému - inseminace, mimotělní oplodnění nebo laparoskopické vyšetření u paní A., které mohlo nalézt případný skrytý problém. Rozhodli se pro IVF. Paní A. podstoupila hormonální stimulaci a poté odběr oocytů. Pro transfer byla

použitelná pouze 2 embrya z asi 15 odebraných vajíček. Bohužel k těhotenství nedošlo. Na podzim 2010 to chtěli zkusit znovu s tím, že se zeptají na názor i v jiném centru asistované reprodukce. Podstoupili zde další mimotělní oplodnění, protože podle studií bývá druhý pokus úspěšnější než ten první. Opět to nevyšlo. Po tomto neúspěchu nám udělali genetické testy, které také neodhalily žádný problém. Když začali řešit, co s námi bude dál, začali lékaři z centra asistované reprodukce zmiňovat o dárcovství. Do května 2011 si udělali přestávku a na doporučení známého oslovili paní doktorku z kliniky ze Zlína. Nechala jim udělat znovu genetické testy a zjistilo se, že paní A. je riziková na trombózu a Leiden mutaci. Paní A. byla poslána na diagnostickou laparoskopii, která odhalila endometriózu. Podařilo se ji odstranit. Poté podstoupila léčbu Synarelem, kdy si tak prošla umělým přechodem. V září opět paní A. zahájila hormonální stimulaci a IVF, kdy byla k transferu vhodná 3 embrya. Nechali si zavést všechny tři. Uchytilo se jen jedno embryo a v červenci 2012 paní A. porodila dceru.

Rozhovor:

1. Jak jste přijali skutečnost, že musíte podstoupit asistovanou reprodukci?

Paní A.: Myslím, že mě to moc nepřekvapilo, tak nějak jsem s tím počítala už dopředu, když se nám miminko minimálně dva roky nedařilo. Co nás čeká, jsem věděla od kamarádky, která si tím také prošla. Beru to jako běžnou věc v dnešní době, dítě ze zkumavky už není žádná vzácnost. Jsem vděčná, že dnešní medicína něco takového vůbec dokáže a konkrétně čeští lékaři se mohou pochlubit velmi dobrými dosaženými výsledky.

Pan P.: Moc jsem si s tím hlavu nelámал, bral jsem to tak, jak to je.

2. Bylo to pro Vás těžké?

Paní A.: Nejtěžší bylo asi čekat na výsledek, zda bylo otěhotnění úspěšné. Určitě nám vše ulehčil profesionální a zároveň lidský přístup jak lékařů, tak i sester.

Pan P.: Ani ne.

3. Myslíte, že toto rozhodnutí bylo těžší pro Vás nebo Vašeho partnera?

Paní A.: Myslím, že jsme to brali jako jediné možné řešení a přistupovali k tomu racionálně. Vše jsme absolvovali společně, nenechal to partner jenom na mně, takže si myslím, že to rozhodnutí bylo pro oba stejné. Akorát já bych neměla problém o tom hovořit s rodinou, přáteli apod., ale partner si to radši chtěl držet v soukromí, protože tušil, že by se nesetkal s pochopením své rodiny i okolí.

Pan P.: Asi pro oba stejně.

4. V případě neúspěchu, uvažovali jste o adopci či pěstounské péči? Pokud ano, co by jste preferovali?

Paní A.: Těmto otázkám jsme se zatím vyhýbali, asi by na ně došlo po neúspěchu, pokud by už opravdu nebyla žádná jiná možnost. Za sebe bych řekla, že bych si do těchto možností netroufla.

Pan P.: Dopředu jsem o tom neuvažoval.

5. Jaký je Váš názor na darování spermií či vajíček?

Paní A.: Určitě je to velice záslužná činnost, kolik párů udělali dárci šťastnými. Navrhovala bych tuto oblast více podporovat, protože s naší plodností, jak všude slyším, to jde opravdu z kopce. Použitelných dárců je čím dál méně a problémy s kvalitou, hlavně spermií, narůstají.

Pan P.: Problém s tím nemám žádný. Je spousta párů, které nemají jinou možnost.

6. V případě, že by Vám bylo zjištěno vícečetné těhotenství, uvažovali by jste o redukci?

Paní A.: Bylo by to asi těžké rozhodování a záleželo by, v jaké bychom byli situaci, zda bychom už nějaké děti měli, jak bychom na tom byli po ekonomické stránce, zda

bychom měli oporu v okolí (především rodině, známých...) a také by záleželo na lékařském posudku.

Pan P.: Dvojčatům bych se nebránil, u asistované reprodukce na to člověk musí být připravený. U trojčat už bych o tom asi uvažoval.

7. Jaký je Váš názor na změnu zákona, že ze zdravotního pojištění se hradí nejvíce 4x za život zdravotní péče poskytnutá v souvislosti s mimotělním oplodněním a že za účelem prevence vícečetného těhotenství bude v prvních dvou až tří let aplikováno jedno embryo nejvyšší kvality?

Paní A.: Na základě vlastní zkušenosti bych navrhovala hradit z pojištění ještě více "pokusů". Miminka jsme se dočkali až napotřetí a určitě bychom mu chtěli dát i sourozence. Pokud se nám to náhodou nepodaří přirozenou cestou, nebudeme si ho moci, vzhledem k naší ekonomické situaci, dovolit. Na pomoc pojišťovny při 4. pokusu už totiž nemám nárok. Myslím, že mluvím za většinu dnešních párů, jejichž jediná šance na dítě je asistovaná reprodukce. Co se týče zavedení pouze 1 embrya, rozhodnutí o případném riziku vícečetného těhotenství bych nechala na rodičích. Myslím si, že by to mělo zůstat na rozhodnutí ženy a jejího partnera, kolik chtějí zavést embryí.

Pan P.: Jsem stejného názoru jako partnerka a se změnou zákona nesouhlasím.

8. Kde jste získávali prvotní informace o Vašem problému, tedy neplodnosti a možnosti asistované reprodukce (lékař, internet, známí...)?

Paní A.: Poprvé jsme se s tímto problémem setkali u přátel, kteří tuto proceduru absolvovali před námi. Podrobněji nás však samozřejmě informovali lékaři z centra asistované reprodukce, na které jsme se obrátili.

Pan P.: Od lékaře.

9. Myslíte si, že je dobrá informovanost ohledně možností, nových poznatků v této oblasti, způsobů a metod reprodukce, financování a právního uzákonění této problematiky?

Paní A.: Určitě ano, rozhodně se informovanost hodně zlepšila za poslední roky, protože se tato problematika dotýká stále většího počtu lidí.

Pan P.: Ano, myslím si, že informovanost je opravdu v dnešní době dobrá.

Respondenti č. 7

Anamnéza:

Paní Š. i panu Z. je 34 let. V únoru 2009 navštívili centrum asistované reprodukce. Důvodem návštěvy byla neplodnost pana Z. způsobená léčbou rakoviny. Před zahájením léčby rakoviny byl proveden odběr spermií a spermie byly zamraženy. V říjnu proběhla hormonální stimulace s odběrem oocytů. Ty byly oplodněny spermiemi pana Z. a po pětidenní kultivaci byla přenesena dvě oplodněná embrya. Čtyři oplodněná embrya byly zamraženy a ponechány v bance. Po transferu se embrya uchytila a po bez problémovém těhotenství se císařským řezem narodila v 38. týdnu zdravá dvojčata – chlapec a dívka. Oba jsou zdraví.

Rozhovor:

1. Jak jste přijali skutečnost, že musíte podstoupit asistovanou reprodukci?

Paní Š.: Asistovaná reprodukce byla pro nás jedinou možností mít vlastní děti. Po léčbě manžela jsme ji byli připraveni postoupit a byli jsme připraveni překonat případné komplikace.

Pan Z.: Podstoupení asistované reprodukce pro nás byla jediná šance, jak se dočkat potomka, takže já jsem tuto skutečnost přivítal.

2. Bylo to pro Vás těžké?

Paní Š.: Ne. Byli jsme připraveni ji podstoupit.

Pan Z.: Ne, nebylo to jinak obtížné.

3. Myslíte, že toto rozhodnutí bylo těžší pro Vás nebo Vašeho partnera?

Paní Š.: Vzhledem ke skutečnosti, že bychom nemohli otěhotnět přirozenou cestou, šlo o společné rozhodnutí otěhotnět za pomoci asistované reprodukce. Takže by se dalo říci, že to bylo pro nás pro oba stejně těžké.

Pan Z.: Dle mého názoru to bylo pro oba dva stejné.

4. V případě neúspěchu, uvažovali jste o adopci či pěstounské péči? Pokud ano, co by jste preferovali?

Paní Š.: Možnost adopce jsme připouštěli. Z mé strany jsme však nepředpokládali nějaké problémy otěhotnět. Po úspěšném prvním IVF cyklu jsme adopci již nediskutovali.

Pan Z.: Uvažovali jsme o adopci. O pěstounskou péči jsme neuvažovali vůbec.

5. Jaký je Váš názor na darování spermií či vajíček?

Paní Š.: Jsem připravená darovat svá zamražená vajíčka, pokud se na tom s manželem dohodneme. Darováním vajíček nebo spermií dáváte jinému šanci mít radost s dětmi, které by jinak nemohl mít.

Pan Z.: Můj názor na darování spermií či vajíček je kladný. Kdybych mohl, tak bych taky šel darovat.

6. V případě, že by Vám bylo zjištěno vícečetné těhotenství, uvažovali by jste o redukci?

Paní Š.: Ne, byla jsem vděčná za možnost podstoupit IVF a mít možnost donosit naše děti.

Pan Z.: Nevím, asi by záleželo, v jaké bychom byli situaci. Myslím tím, finanční a zda bychom měli zaručenou pomoc rodiny..

7. Jaký je Váš názor na změnu zákona, že ze zdravotního pojištění se hradí nejvíce 4x za život zdravotní péče poskytnutá v souvislosti s mimotělním oplodněním a že za účelem prevence vícečetného těhotenství bude v prvních dvou až tří let aplikováno jedno embryo nejvyšší kvality?

Paní Š.: Novelizovanou legislativu v tomto směru neznám. Domnívala jsem se, že je možné za příplatek aplikovat více než jedno embryo i v prvních dvou až třech letech, toto by mělo být právem volby matky. Takže vážně nevím, zda je změna zákona lepší nebo ne.

Pan Z.: Nevím, po našem úspěšném IVF jsem tuto problematiku přestal sledovat.

8. Kde jste získávali prvotní informace o Vašem problému, tedy neplodnosti a možnosti asistované reprodukce (lékař, internet, známí...)?

Paní Š.: Neplodnost partnera byla důsledkem léčby závažného onemocnění. Takže prvotní informace jsme se dozvídali od lékařů. Už v průběhu jeho léčby jsme věděli, že pokud budeme chtít mít vlastní děti, tak pouze za pomoci asistované reprodukce. Po manželově úspěšné léčbě jsme na internetu hledali informace o nejbližší možnosti asistované reprodukci.

Pan Z.: Od lékaře.

9. Myslíte si, že je dobrá informovanost ohledně možností, nových poznatků v této oblasti, způsobů a metod reprodukce, financování a právního uzákonění této problematiky?

Paní A.: Domnívám se, že pokud se o tuto problematiku zajímáte a týká se Vás, tak je možné potřebné informace získat.

Pan R.: Ano, myslím si, že je dobrá informovanost.

Respondenti č. 8

Anamnéza:

Paní K. i panu P. je 31 let. Do centra asistované reprodukce byli po dvouletém snažení odesláni v roce 2010. Paní K. byla diagnostikována endometrióza a u pana P. snížená pohyblivost spermií. První IVF cyklus proběhl v témže roce, byla přenesena 2 perspektivní embrya a další 4 byla zamražena. Byla potvrzena gravidita, ovšem nakonec to skončilo v missed abort. V roce 2011 byla přenesena rozmražená embrya v KETu a došlo ke graviditě. V červenci 2012 se jim narodila dcera.

Rozhovor:

1. Jak jste přijali skutečnost, že musíte podstoupit asistovanou reprodukci?

Paní K.: Co jsme měli jiného dělat, nejdřív to bylo něco nepředstavitelného, ale když jsme viděli, že není jiná možnost, tak pak už to snazší a snazší.

Pan P.: Viděl jsem v tom naději, takže ač obavy byly, tak ta vidina naděje byla silnější.

2. Bylo to pro Vás těžké?

Paní K.: Určitě, protože jsem si to chtěla prožít jako všichni ostatní v našem okolí a také proto, že jsem se nesečkala s takovou podporou, jakou jsem od své rodiny očekávala.

Pan P.: Ano, zklamal jsem totiž jako muž.

3. Myšlíte, že toto rozhodnutí bylo těžší pro Vás nebo Vašeho partnera?

Paní K.: Myšlím si, že to bylo pro nás pro oba stejně těžké.

Pan P.: Já si taky myšlím, že to bylo stejné pro oba.

4. V případě neúspěchu, uvažovali jste o adopci či pěstounské péči? Pokud ano, co by jste preferovali?

Paní K.: Šla bych do adopce, protože bych dítě vychovávat moc chtěla. A vlastně bych tak pomohla nejen sobě, ale i dítěti, aby nemuselo vyrůstat někde v ústavu bez matky a otce.

Pan P.: Neuvažoval bych ani o jednom. Spíše bych se věnoval potomkům příbuzným, popř. dětem v nějakých zájmových kroužcích.

5. Jaký je Váš názor na darování spermií či vajíček?

Paní K.: Vzhledem k tomu, že jsem věřící člověk, tak by to pro mne byl veliký problém, a proto bych buď volila adopci, nebo bychom zůstali bezdětní.

Pan P.: Nechtěl bych, aby mé děti vychovával někdo jiný.

6. V případě, že by Vám bylo zjištěno vícečetné těhotenství, uvažovali by jste o redukci?

Paní K.: Vzhledem k mé víře, bych redukci nepodstoupila.

Pan P.: Víím, že tohle by manželka nikdy nepodstoupila, takže bychom o tom vůbec neuvažovali.

7. Jaký je Váš názor na změnu zákona, že ze zdravotního pojištění se hradí nejvíce 4x za život zdravotní péče poskytnutá v souvislosti s mimotělním oplodněním a že za účelem prevence vícečetného těhotenství bude v prvních dvou až tří let aplikováno jedno embryo nejvyšší kvality?

Paní K.: Se změnou zákona moc nesouhlasím. Mělo by to být na rozhodnutí matky.

Pan P.: Se zákonem nesouhlasím. Záleželo by na lékařském posudku a momentálním stavu příjemců.

8. Kde jste získávali prvotní informace o Vašem problému, tedy neplodnosti a možnosti asistované reprodukce (lékař, internet, známí...)?

Paní K.: Od lékaře.

Pan P.: Stejně jako manželka, tedy od lékaře.

9. Myslíte si, že je dobrá informovanost ohledně možností, nových poznatků v této oblasti, způsobů a metod reprodukce, financování a právního uzákonění této problematiky?

Paní K.: Určitě, protože párů kolem nás, které mají tento problém, je hodně, takže víím, že informování jsme byli všichni dosti.

Pan P.: Myslím si, že ano. Internet je mocný čaroděj.

Respondenti č. 9

Anamnéza:

Paní S. je 38 let a panu L. je 39 let. Do centra asistované reprodukce přišli v roce 2009. U paní S. se objevily vysoké hodnoty FSH. V září 2007 byl uskutečněn první IVF cyklus, odebrány však byly jen 2 oocyty, po třech dnech byla obě embrya přenesena, avšak ke graviditě nedošlo. Druhý IVF cyklus proběhl v roce 2010, byly odebrány 4 oocyty, ale jen jedno fertilizovalo, takže mohlo být pouze tohle přeneseno. Ke graviditě opět nedošlo. Třetí IVF cyklus proběhl v roce 2011, došlo k přenosu 1 embrya. Byla potvrzena gravidita, ovšem v 7. týdnu gravidity dochází k missed abortu. V roce 2012 si dali pauzu a šetřili peníze na další pokus, protože již nemají nárok na příspěvek ze zdravotní pojišťovny. V roce 2013 mají v plánu podstoupit čtvrtý IVF cyklus.

Rozhovor:

1. Jak jste přijali skutečnost, že musíte podstoupit asistovanou reprodukci?

Paní S.: Vzhledem k tomu, že jsme se již delší dobu snažili o spontánní otěhotnění a nebyli jsme úspěšní, přijali jsme možnost asistované reprodukce jako celkem vítanou možnost, jak si splnit naše přání.

Pan L.: Bral jsem to jako posun někam dál, když se nám nedaří mít dítě přirozenou cestou.

2. Bylo to pro Vás těžké?

Paní S.: Těžké to bylo a vlastně pořád je. Ale dítě chci, takže pro to udělám maximum.

Pan L.: Ano, i pro mě to bylo těžké.

3. Myslíte, že toto rozhodnutí bylo těžší pro Vás nebo Vašeho partnera?

Paní S.: Bylo to těžší pro mě.

Pan L.: Myslím, že těžší to bylo pro partnerku.

4. V případě neúspěchu, uvažovali jste o adopci či pěstounské péči? Pokud ano, co by jste preferovali?

Paní S.: Zatím jsme o tom nahlas moc nepřemýšleli. Nechci si prozatím připustit, že by se nám to nepodařilo mít vlastní dítě.

Pan L.: Nevím, zatím jsme to neřešili, ale asi by mi dalo dost práce se s tím smířit.

5. Jaký je Váš názor na darování spermií či vajíček?

Paní S.: Zcela upřímně bych byla schopná přijmout darované spermie, ale nebyla bych schopná darovat vlastní vajíčko.

Pan L.: Jako student jsem z finančních důvodů spermie daroval.

6. V případě, že by Vám bylo zjištěno vícečetné těhotenství, uvažovali by jste o redukci?

Paní S.: Dítě či děti tak moc chci, že si nedovedu představit, že když už by se nám podařilo a čekala bych je, že bych se nějakého měla vzdát.

Pan L.: Naše rozhodnutí by asi vyplynulo až z dané situace.

7. Jaký je Váš názor na změnu zákona, že ze zdravotního pojištění se hradí nejvíce 4x za život zdravotní péče poskytnutá v souvislosti s mimotělním oplodněním a že za účelem prevence vícečetného těhotenství bude v prvních dvou až tří let aplikováno jedno embryo nejvyšší kvality?

Paní S.: Se změnou zákona nesouhlasím. Sice by nám to teď pomohlo, že by nám zaplatili čtvrtý pokus, ale myslím si, že by se měla i nadále zavádět alespoň dvě embrya – je to přeci jen větší šance, že se alespoň jedno uchytí.

Pan L.: Tak se změnou nesouhlasím a mám stejný názor jako partnerka.

8. Kde jste získávali prvotní informace o Vašem problému, tedy neplodnosti a možnosti asistované reprodukce (lékař, internet, známí...)?

Paní S.: Od lékaře, napřed svého gynekologa a pak od lékaře v centru asistované reprodukce.

Pan L.: Tak jak řekla partnerka, tedy od lékaře.

9. Myslíte si, že je dobrá informovanost ohledně možností, nových poznatků v této oblasti, způsobů a metod reprodukce, financování a právního uzákonění této problematiky?

Paní S.: Určitě ano.

Pan L.: Ano.

Respondenti č. 10

Anamnéza:

Paní L. je 27 let a panu D. je 31 let. V roce 2009 přišli poprvé do centra asistované reprodukce. Paní L. trpí závažnými gynekologickými problémy – menzes, která nastupuje pouze po hormonální terapii a endometriózu. První IVF je však zastaven z důvodu nedostatečné odpovědi ovarií a to i při maximálních dávkách hormonální léčby. A proto je pár zařazen do registru žadatelů o darovaný oocyt. Paní L. se domluvila se svojí sestrou, která je ochotna paní L. darovat své oocyty. V roce 2011 je 6 oocytů oplodněno spermii pana D. a paní L. jsou 2 embrya přenesena.

Zbytek embryí je zamrazeno. Ke graviditě avšak nedošlo. V roce 2012 podstoupili KET ze zamražených embryí, ale opět bez úspěchu. Paní L. s panem D. se chtějí zhruba po roce pokusit o novou léčbu.

Rozhovor:

1. Jak jste přijali skutečnost, že musíte podstoupit asistovanou reprodukci?

Paní L.: Já jsem tuto skutečnost, že musíme podstupovat nějaká vyšetření a následně asistovanou reprodukci nesla těžce.

Pan D.: Nebylo jiné volby, tak jsme do toho šli.

2. Bylo to pro Vás těžké?

Paní L.: Ano, bylo to pro mě těžké, ani v nejhorším snu by mě nenapadlo, že se dostanu do této situace.

Pan D.: Musím přiznat, že i pro mě to nebylo vůbec lehké.

3. Myslíte, že toto rozhodnutí bylo těžší pro Vás nebo Vašeho partnera?

Paní L.: I když jsem to na sobě nedávala tolik znát, tak si myslím, že to bylo těžší pro mě.

Pan D.: Řekl bych, že to bylo pro nás pro oba stejně těžké.

4. V případě neúspěchu, uvažovali jste o adopci či pěstounské péči? Pokud ano, co by jste preferovali?

Paní L.: Držím se hesla, že naděje umírá poslední, takže pořád věřím, že to jednou vyjde, takže jsme zatím o tom společně neuvažovali. Kdybych se nad tím zamyslela teď, tak bych spíše preferovala adopci.

Pan D.: Neuvažovali jsme o tom, stále totiž věříme, že jednou se to povede.

5. Jaký je Váš názor na darování spermií či vajíček?

Paní L.: Souhlasím s tím a jsem za tuto možnost vděčná. Kdyby to bylo v mých možnostech, tak bych také darovala.

Pan D.: Můj názor na darování je kladný. A vzhledem k tomu do jaké situace jsme se dostali my, tak vím, jak je člověk vděčný za tuto možnost. Proto jsem se také rozhodl, že i já daruji spermie, abychom i my mohli někomu pomoci. Věk i vzdělání na to mám a také spermioqram je v pořádku, takže tomu nic nebrání.

6. V případě, že by Vám bylo zjištěno vícečetné těhotenství, uvažovali by jste o redukci?

Paní L.: Ne, v žádném případě bych redukci nepodstoupila. To vím jistě. Byly by to pro nás tak „vymodlené“ děti, že si nedokáží představit, že bych měla dát nějaké pryč.

Pan D.: Nevím, nepřemýšlel jsem o tom.

7. Jaký je Váš názor na změnu zákona, že ze zdravotního pojištění se hradí nejvíce 4x za život zdravotní péče poskytnutá v souvislosti s mimotělním oplodněním a že za účelem prevence vícečetného těhotenství bude v prvních dvou až tří let aplikováno jedno embryo nejvyšší kvality?

Paní L.: Myslím, že tahle změna není úplně šťastná, snižuje to možnost, že alespoň některé z více embryí se ujme, zároveň ale chápu riziko, které žena v případě zavedení více embryí může podstupovat, příp. komplikace apod. Možná, že bych navrhla v případě, že se bude zavádět jen 1 embryo hradit více pokusů.

Pan D.: Nesouhlasím s touto změnou. Všechno je to o individualitě a každý potřebuje něco jiného.

8. Kde jste získávali prvotní informace o Vašem problému, tedy neplodnosti a možnosti asistované reprodukce (lékář, internet, známí...)?

Paní L.: Od lékaře.

Pan D.: Máme to stejné, takže od lékaře.

9. Myslíte si, že je dobrá informovanost ohledně možností, nových poznatků v této oblasti, způsobů a metod reprodukce, financování a právního uzákonění této problematiky?

Paní L.: Myslím, že informovanost je dobrá a kdo chce získat informace, tak se k nim bez problémů dostane.

Pan D.: Ano.

Respondenti č. 11

Anamnéza:

Paní M. je 35 let a panu R. je 47 let. V roce 2002 počali dítě přirozenou cestou, avšak v 10. týdnu těhotenství došlo k abortu. Po roce marného snažení byli lékařem odesláni do centra asistované reprodukce, kde byla po vyšetření panu Z. diagnostikována azoospermie. V roce 2004 byl proveden chirurgický odběr spermií a zároveň paní M. podstoupila hormonální stimulaci a odběr oocytů. Po pětidenní kultivaci byla zavedena 2 embrya nejvyšší kvality a ostatní embrya byla zamraženo. Bohužel ke graviditě nedošlo. V roce 2005 podstoupila druhý IVF pokus a tentokrát ke graviditě došlo a ještě téhož roku porodila paní M. v 37. týdnu dvojčata – chlapce.

Rozhovor:

1. Jak jste přijali skutečnost, že musíte podstoupit asistovanou reprodukci?

Paní M.: Tuto skutečnost jsme přijali jako fakt a nějak podrobněji jsme o tom nepřemýšleli.

Pan R.: Překvapilo mě to, ale rychle jsem se s tím smířil.

2. Bylo to pro Vás těžké?

Paní M.: Ano těžké to pro mě bylo, ale myslím, že jsem to prožívala mnohem snadněji než ostatní ženy, které jsem měla možnost poznat v průběhu onoho procesu. Nejdůležitější roli hraje psychika a také věk. Samozřejmě jsem byla překvapená z toho všeho, co jsem musela podstoupit. Injekce, sledování, hormony. První pokus se nezdařil. Byla mi zavedena 2 embrya, ale ani jedno se neuchytilo. Popravdě? Nějak uvnitř jsem cítila, že se to nezdaří, že to přijde o něco později. Byla jsem strašně vynervovaná, unavená... psychicky i fyzicky... Potom jsem si řekla, že na to musím jít jinak... Zklidnila jsem se, jeli jsme na hory, a potom jsme se začali chystat na další pokus. Bylo to něco úplně jiného, ten pocit z toho všeho byl úplně jiný než u prvního pokusu. Celkově to bylo mnohem pohodovější, už jsem věděla, co mně čeká, jak to bude probíhat, na co se mám nachystat. Měla jsem celkem asi 15 vajíček a všechny byly velmi kvalitní, myslím, že se to značilo A – C. Já měla všechny v kvalitě A a asi 5 v kvalitě B. Byla velmi slušná naděje na úspěch. Embrya se slušně vyvíjela a pan doktor čekal až do poslední možné chvíle a embrya mi zavedl. Přes noc jsem ležela v sanatoriu úplně sama, sestra odešla někdy v osm večer, zamkla mě v té obrovské vile a řekla, že přijde ráno se snídaní. Z toho jsem byla překvapená, ale nějak mi to bylo jedno, protože jsem věděla naprosto přesně, že tu noc jsem sama vlastně nebyla. Měla jsem v bříšku svoje miminka. Nedokážu to vysvětlit a vlastně myslím, že to pochopí jen ten, kdo to zažil. Pan doktor říkal, že asi 14 dní po oplodnění už by to mohlo jít poznat, i na testu. Ten jsem si udělala hned, jak to bylo možné... Byl pozitivní. Radost, štěstí, úleva.

Pan R.: I když jsem se s tím celkem rychle smířil, tak i přesto to bylo těžké.

3. Myslíte, že toto rozhodnutí bylo těžší pro Vás nebo Vašeho partnera?

Paní M.: Určitě to bylo těžší pro partnera, protože ten problém vyvstal na jeho straně.

Pan R.: Pro mě.

4. V případě neúspěchu, uvažovali jste o adopci či pěstounské péči? Pokud ano, co by jste preferovali?

Paní M.: Nad tím jsme vzhledem k příznivým vyhlídkám nepřemýšleli. Bylo nám řečeno, že máme velikou naději na úspěch.

Pan R.: Neuvažovali jsme o tom. Měli jsme před sebou minimálně tři pokusy, takže jsem věřil, že to vyjde.

5. Jaký je Váš názor na darování spermií či vajíček?

Paní M.: Tuto možnost mi nabídli. Vzhledem ke kvalitě a počtu vajíček, které jsem měla. Nabízeli mi i peníze. Důležitá pro mě byla věta pana doktora, že budu muset počítat s tím, že po světě bude chodit vlastně moje dítě. V ten moment jsem věděla, že vajíčka darovat nechci a za peníze už vůbec. Byla tam se mnou paní, která nabídku přijala, potřebovala zaplatit část léčby. Myslím, že většina žen, které vajíčka darují, to udělá právě pro peníze. Já měla výhodu, že jsem si nemusela dopláacet žádné další či lepší hormony. Stačily mi ty, které hradila pojišťovna. Neodsuzuji to, je to každého soukromá věc. Já se rozhodla takto a pan doktor mě plně pochopil, byla jsem mu vděčná, že mě nepřemlouval. Navíc žádné děti jsem ještě neměla, a pokud by se pokus nezdařil, musela bych celý proces absolvovat znovu. Nechala jsem si tedy oplodnit nejkvalitnější vajíčka a zbytek mi zamrazili. Stejně tak jsem nechala zamrazit embrya, která zbyla. Když se potom kluci narodili, nabízeli mi možnost darování embryí, ale to jsem také odmítla.

Pan R.: Manželce nabízeli možnost darovat vajíčka a později i embrya, ale rozhodli jsme se, že nechceme darovat.

6. V případě, že by Vám bylo zjištěno vícečetné těhotenství, uvažovali by jste o redukci?

Paní M.: Zavedli mi dvě embrya. Při prvním ultrazvuku mi pan doktor řekl, že se ujala obě. Při další kontrole se objevila embrya tři. Jedno se mi rozdělilo na jednovaječná dvojčata. Vzhledem k typu mé postavy (v té době jsem vážila asi 50 kg) mi řekli, že bych nemusela všechny v pořádku donosit. Já nad tím ani moc nepřemýšlela, chtěla jsem, aby vše proběhlo co možná nejlépe. Poslali mě do Prahy do centra asistované reprodukce, tenkrát se to dělalo, myslím jen tam a měli mi jedno embryo odstranit a to sice tak, že by mi přes břicho dlouhou jehlou embryo usmrtili a to se ve mně potom mělo dlouhou dobu vstřebávat. Rizikem bylo, že jak by se z těla vylučovalo, mohlo stáhnout i ty ostatní. To byl šok. Nakonec k tomu nedošlo. Přijela jsem do Prahy, šla na vyšetření před operací a paní doktorka mi řekla, že jedno embryo odumřelo samo. Do poslední chvíle jsem však nevěděla, zda mi v bříšku zůstala jednovaječná nebo dvojjaječná dvojčata. Ani doktoři mi to nebyli schopni říct. Po porodu mi přišli říct, že miminka jsou jednovaječná, protože měli jen jednu placentu. Pořád jsme na ně koukali a všichni viděli, že nejsou vůbec stejní. V tom nás nechali více jak jeden den. Potom se přišel pan doktor omluvit, že mají každý jinou krevní skupinu a důvod proč řekli, že jsou jednovaječná, byl ten, že měli srostlou placentu. Dnes na to vše vzpomínáme v dobrém, vše probíhalo tak nějak v poklidu. Dbala jsem rad lékařů, a ač jsem musela ležet téměř tři měsíce v nemocnici, brala jsem to tak, že je to dobré pro miminka a že chození a honičky si potom užiju dost. Vše se vyplatilo.

Pan R.: Prošli jsme si tím s manželkou a už bych to vícekrát prožívat nechtěl. To rozhodování bylo hrozné.

7. Jaký je Váš názor na změnu zákona, že ze zdravotního pojištění se hradí nejvíce 4x za život zdravotní péče poskytnutá v souvislosti s mimotělním oplodněním a že za účelem prevence vícečetného těhotenství bude v prvních dvou až tří let aplikováno jedno embryo nejvyšší kvality?

Paní M.: Když jsem asistovanou reprodukci podstupovala já, tak se hradily pouze tři pokusy. Tedy se to za těch několik let zvedlo o jeden pokus. Změna je v počtu zaváděných embryí, co si pamatuji, tak paní co se mnou byla na pokoji, tak ji zaváděli embrya čtyři, ale ta je neměla kvalitní a její šance byly velmi malé. Také vzhledem k jejímu věku. V mém případě se o žádném větším počtu zavedených embryí nediskutovalo. Od začátku mi řekli, že zavedou dvě. Nedokážu přesně říct, zda zavedení pouze jednoho embrya nejvyšší kvality je dobře nebo špatně, ale asi bych to nechala na rozhodnutí lékaře, a pak i „budoucích rodičů“, takže s tím spíše nesouhlasím. Vše šlo dopředu a s tím i léčba neplodnosti. Myslím, že v ČR je opravdu na velmi vysoké úrovni.

Pan R.: Nevím, já jsem nad tím fakt nepřemýšlel, zvláště když už to podstupovat nemusíme.

8. Kde jste získávali prvotní informace o Vašem problému, tedy neplodnosti a možnosti asistované reprodukce (lékař, internet, známí...)?

Paní M.: První informace o léčbě neplodnosti jsem získala od mého lékaře, tedy gynekologa a ten mě poslal i do centra asistované reprodukce.

Pan R.: Od manželčina lékaře jsme se dozvěděli prvotní informace a ten nám taky poradil, na které centrum asistované reprodukce se máme obrátit.

9. Myslíte si, že je dobrá informovanost ohledně možností, nových poznatků v této oblasti, způsobů a metod reprodukce, financování a právního uzákonění této problematiky?

Paní M.: Ano myslím, že informovanost je velmi dobrá. V době, kdy jsem umělé oplodnění absolvovala já, nebyly zdaleka takové možnosti získání informací, jako je tomu nyní. Vše co jsem věděla, jsem měla z knihy o asistované reprodukci a od lékařů. K těm jsem však měla naprostou důvěru a to je myslím jedna z nejdůležitějších věcí, vedoucí ke zdárnému průběhu celého procesu.

Pan R.: Určitě jsou teď informace dostupnější a jejich více, než tomu bylo v době, kdy jsme to podstupovali my.

Respondenti č. 12

Anamnéza:

Paní T. je 28 let a panu Š. je 32 let. Po prvé do centra asistované reprodukce přicházejí v roce 2009, kde pan Š. absolvoval z důvodu azoospermie mikrochirurgický odběr spermií TESE – nález byl bez spermií. V tomto centru paní T. prodělala IUI s darovanými spermiemi. Ke graviditě ovšem nedošlo. Poté se rozhodli, že změní centrum asistované reprodukce. V „novém“ centru asistované centru podstoupili první cyklus IVF se spermiemi dárce. V roce 2011 jsou paní T. po hormonální stimulaci odebrány 4 oocyty a oplodněny spermiemi dárce. Po pětidenní kultivaci byla paní T. zavedena dvě embrya nejvyšší kvality. Další dvě embrya byla zamražena. Tentokrát ke graviditě došlo. V roce 2012 paní T. porodila dceru.

Rozhovor:

1. Jak jste přijali skutečnost, že musíte podstoupit asistovanou reprodukci?

Paní T.: Bylo to pro nás jediné východisko v naší touze po dítěti, takže jsme tuto skutečnost přijali celkem pozitivně.

Pan Š.: Konečně šance, jak mít dítě.

2. Bylo to pro Vás těžké?

Paní T.: Sice jsme to přijali jako fakt, ale těžké to bylo, i když v můj prospěch hrál věk, váha a že jsem neměla žádné gynekologické problémy.

Pan Š.: Sice tu konečně šance byla, ale těžké pro mě bylo, protože jsem věděl, že to dítě nebude „moje“. Nakonec jsem se s tím smířil, vypořádal a uvědomil si, že alespoň půl genetické výbavy je naše.

3. Myslíte, že toto rozhodnutí bylo těžší pro Vás nebo Vašeho partnera?

Paní T.: Určitě to bylo těžší pro partnera, dlouho z toho byl špatný.

Pan Š.: Pro mě. Zklamal jsem.

4. V případě neúspěchu, uvažovali jste o adopci či pěstounské péči? Pokud ano, co by jste preferovali?

Paní T.: Já jsem nad tím přemýšlela. Život bez dítěte by byl pro mě moc těžký, takže bych nejspíše preferovala adopci, ale zároveň bych se bála, zda to všechno zvládnou. A tím myslím, jak celý proces adoptování, tak i to, že bych měla vychovávat cizí dítě. Všechno by se to muselo dobře zvážit, nejtít do toho bezhlavě.

Pan Š.: Nechtěl jsem o tom vůbec přemýšlet.

5. Jaký je Váš názor na darování spermií či vajíček?

Paní T.: Souhlasím s tím.

Pan Š.: Nebyla jiná možnost, takže jsme se pro dárcovství rozhodli a díky tomu máme krásnou dceru, kterou bych za nic na světě nevyměnil. A jsem ve finále rád, že někdo to udělal a ty spermie daroval.

6. V případě, že by Vám bylo zjištěno vícečetné těhotenství, uvažovali by jste o redukci?

Paní T.: Pokud by bylo vše v pořádku, tak i když vím, že by vše bylo strašně moc náročné, tak bych to nepodstoupila.

Pan Š.: Nevím, opravdu na tohle jsem si nikdy názor neudělal.

7. Jaký je Váš názor na změnu zákona, že ze zdravotního pojištění se hradí nejvíce 4x za život zdravotní péče poskytnutá v souvislosti s mimotělním oplodněním a že za účelem prevence vícečetného těhotenství bude v prvních dvou až tří let aplikováno jedno embryo nejvyšší kvality?

Paní T.: Nesouhlasím se změnou zákona. Určitě bych byla pro více hrazených pokusů, a to zda se bude zavádět jedno, dvě nebo třeba tři embrya bych nechala na rozhodnutí rodičů, kteří by to měli prodiskutované s lékaři.

Pan Š.: Nevím, nejsem s tímto obeznámen.

8. Kde jste získávali prvotní informace o Vašem problému, tedy neplodnosti a možnosti asistované reprodukce (lékař, internet, známí...)?

Paní T.: Vzhledem k tomu, že se nám nějakou dobu nedařilo otěhotnět přirozenou cestou, tak jsem hledala informace napřed na internetu, ale bližší informace nám poskytl lékař.

Pan Š.: Od lékaře.

9. Myslíte si, že je dobrá informovanost ohledně možností, nových poznatků v této oblasti, způsobů a metod reprodukce, financování a právního uzákonění této problematiky?

Paní T.: Ano, myslím si, že ano.

Pan Š.: Souhlasím s manželkou a taky si myslím, že je dobrá informovanost ohledně možností i nových poznatků.

Respondenti č. 13

Anamnéza:

Paní E. je 31 let a panu A. je 34 let. Paní E. měla gynekologický problém, kdy po vynechání antikoncepce neměla menstruaci. Nebyla spokojená se svojí gynekoložkou, a tak se spolu s panem A. obrátili v roce 2007 na centrum asistované reprodukce. Zde paní E. sdělili, že má syndrom polycystických vaječnicků (nemá ovulaci). Nejdříve podstoupila operaci, pak vyzkoušeli inseminaci, ale pořád bez úspěchu. V roce 2009 se rozhodli podstoupit první cyklus IVF. Po hormonální stimulaci, paní E. odebrali oocyty, které byly následně oplodněny. Po pětidenní kultivaci byly paní E. zavedena 2 embrya, avšak ke graviditě nedošlo. Za půl roku jsme zkusili druhý IVF cyklus, kdy byla zavedena opět dvě embrya. Tentokrát ke graviditě došlo a v roce 2010 se jim narodil chlapec. V roce 2012 se rozhodli pro další dítě. Opět podstoupili celý proces – hormonální stimulace, odběr oocytů. Tentokrát jim bylo zavedeno již jen jedno embryo nejvyšší kvality. V roce 2013 se jim má narodit opět chlapec.

Rozhovor:

1. Jak jste přijali skutečnost, že musíte podstoupit asistovanou reprodukci?

Paní E.: Z počátku velmi těžko. Myslím si, že každá žena, která chce mít dítě, se s tím těžce vyrovnává. Ale postupem času se s tím tak jako tak musí smířit a začít bojovat a jít za svým vysněným cílem.

Pan A.: Já jsem to tak černě neviděl. Řekl jsem si, že když není jiná možnost, tak proč ne?

2. Bylo to pro Vás těžké?

Paní E.: Bylo. Pro ženu toužící po mateřství to je opravdu moc těžké. Má výčitky, že selhala a trápí ji otázka, jak k tomu přijde manžel, který je úplně zdravý, že by se třeba ani nemohl stát otcem.

Pan A.: Ano, bylo to těžké, zvláště když jsem viděl, jak moc se tím trápí moje manželka.

3. Myslíte, že toto rozhodnutí bylo těžší pro Vás nebo Vašeho partnera?

Paní E.: Myslím, že to nakonec bylo těžké pro nás pro oba stejně.

Pan A.: Souhlasím, bylo to pro nás opravdu stejně těžké, vždyť jsme to celé prožívali spolu.

4. V případě neúspěchu, uvažovali jste o adopci či pěstounské péči? Pokud ano, co by jste preferovali?

Paní E.: Ne, ne, tuto otázku jsme si před tím vůbec nepřipouštěli a proto jsme nad tím ani neuvažovali.

Pan A.: Neuvažovali jsme o tom.

5. Jaký je Váš názor na darování spermií či vajíček?

Paní E.: Po narození syna jsem se rozhodla všechno podstoupit ještě jednou. Šla jsem darovat vajíčka, abych pomohla i někomu jinému. Tedy jiné ženě, která nemůže mít dítě, aby mohla poznat, jak je to krásné, to dítě mít.

Pan A.: Je to záslužné. V dnešní době je párů, které nemohou mít své geneticky vlastní dítě čím dál tím více a určitě jsou vděční těm, kteří jim k tomu svému vysněnému dítěti pomohou svým dárcovstvím.

6. V případě, že by Vám bylo zjištěno vícečetné těhotenství, uvažovali by jste o redukci?

Paní E.: Opravdu jen v krajním případě.

Pan A.: Záleželo by na okolnostech. Teď se k tomu více vyjádřit nemohu, protože opravdu nevím, pro co bych se rozhodoval.

7. Jaký je Váš názor na změnu zákona, že ze zdravotního pojištění se hradí nejvíce 4x za život zdravotní péče poskytnutá v souvislosti s mimotělním oplodněním a že za účelem prevence vícečetného těhotenství bude v prvních dvou až tří let aplikováno jedno embryo nejvyšší kvality?

Paní E.: Myslím si, že by to mělo být posuzováno individuálně. Vždy by se měl posuzovat případ od případu. Vždyť každý jsme jiný a také každý potřebujeme něco jiného. Důležitá by zde měla být konzultace s lékařem a jeho názor.

Pan A.: Tím, že již máme splněno, tak jsem se tím už více nezabýval. Nemohu tedy říci svůj názor na tuto změnu zákona.

8. Kde jste získávali prvotní informace o Vašem problému, tedy neplodnosti a možnosti asistované reprodukce (lékař, internet, známí...)?

Paní E.: Především na internetu a pak u lékaře, rovněž svými zkušenostmi přispěli i známí.

Pan A.: Také jsem to napřed všechno studoval na internetu a pak nám více informací poskytli lékaři.

9. Myslíte si, že je dobrá informovanost ohledně možností, nových poznatků v této oblasti, způsobů a metod reprodukce, financování a právního uzákonění této problematiky?

Paní E.: Ten kdo má problém s neplodností a řeší tento problém, tak si myslím, že ke všem informacím, které potřebuje vědět, se dostane snadno a že v dnešní době je informovanost dobrá.

Pan A.: Také si myslím, že informací je dnes dosti.