



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Ošetrovatelská péče o těhotnou ženu po asistované reprodukci

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

PORODNÍ ASISTENCE

Autor: Michala, Budínová

Vedoucí práce: Kos Průchová Dominika, Mgr. Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Ošetrovatelská péče o těhotnou ženu po asistované reprodukci*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne (datum)

.....

podpis

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Ph.D. Dominice Kos Průchové za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování bakalářské práce věnovala. Děkuji také všem respondentkám, které mi byly ochotny poskytnout důležité informace k sepsání bakalářské práce a věnovaly mi svůj čas. V neposlední řadě i své rodině za podporu a trpělivost.

Ošetrovatelská péče o těhotnou ženu po asistované reprodukci

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou neplodnosti a zároveň péčí porodní asistentky o těhotnou ženu po asistované reprodukci. Práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. V teoretické části jsou nejprve definovány pojmy neplodnost, fertilita a sterilita. Jelikož je neplodnost vždy diagnózou páru je v práci popisována anatomie ženy i muže. Následně se práce zaměřuje na problematiku neplodnosti, tedy na asistovanou reprodukci. Jaké jsou metody, rizika a financování asistované reprodukce. Mezi nejčastěji využívané metody asistované reprodukce patří Umělá inseminace a In vitro fertilizace. Asistovaná reprodukce je oborem medicíny, který pracuje mimo tělo člověka se spermii, vajíčky a embryi, a to s cílem otěhotnění ženy. Tyto metody nesou s sebou i určitá rizika, která jsou v práci také popisována. Teoretická část je uzavřena popisem péče porodní asistentky o těhotnou ženu po asistované reprodukci, kde je zdůrazňována edukace porodní asistentky a pojem ošetrovatelství.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit specifika v péči o těhotnou ženu po asistované reprodukci. Byly položeny tři výzkumné otázky: Jaká je ošetrovatelská péče o těhotnou ženu po asistované reprodukci z pohledu těhotných žen? Jaká je spokojenost žen s ošetrovatelskou péčí po asistované reprodukci? Jaká jsou specifika prožívání těhotenství žen po asistované reprodukci?

K výzkumu bylo použito kvalitativní výzkumné šetření a sběr dat probíhal pomocí individuálních rozhovorů. Podkladem k rozhovoru bylo 13 předem připravených otázek z toho 4 otázky identifikační. Výzkumný soubor tvořilo osm respondentek. Rozhovory se ženami probíhaly na klidných, předem určených místech. Před samotným rozhovorem byla respondentkám předložena písemná Žádost o souhlas ke spolupráci, ve kterých byly seznámeny s účelem výzkumu a zachováním anonymity (viz příloha 2). Tuto žádost všech osm respondentek před samotným rozhovorem podepsalo. Rozhovory byly průběžně zapisovány, následně analyzovány a na základě získaných odpovědí od respondentek členěny do hlavních kategorií a jejich podkategorií pomocí barvení textu. Jehož cílem

bylo zjistit jednotlivé shody v názorech oslovených těhotných žen po asistované reprodukci.

První kategorie zkoumala problematiku asistované reprodukce a byla členěna do desíti podkategorií, které se zabývaly důvody podstupování asistované reprodukce, metodami asistované reprodukce, prostředím centra asistované reprodukce, personálem centra asistované reprodukce, prožíváním asistované reprodukce před otěhotněním, prožíváním těhotenství po asistované reprodukci, životosprávou v těhotenství po asistované reprodukci, komplikacemi během těhotenství, názory na finanční zatížení klientů a informovaností o asistované reprodukci.

Ve výsledcích výzkumu bylo poukázáno na životosprávu ženy po asistované reprodukci, kde trendem aktivit byla jóga, ale zároveň omezování aktivit a pracovní neschopnost již od počátku těhotenství. Nejčastěji podstoupenou metodou v problematice neplodnosti je IVF. Kde se jedná o vysoké finanční zatížení.

Bakalářská práce poukázala na to, že ženy, které podstoupily asistovanou reprodukci prožívají strach. Nejčastěji strach z potratu. A také, že se nejedná jen o neplodnost ze strany ženy, ale i ze strany muže.

Klíčová slova

Neplodnost, asistovaná reprodukce, ošetrovatelská péče, porodní asistentka, embryo, oocyt, in vitro fertilizace.

Nursing care for pregnant women after assisted reproduction

Abstract

This bachelor thesis deals with the issue of infertility and also of the midwife care of a pregnant woman after assisted reproduction. The thesis is divided into the theoretical and the research part. The theoretical part initially defines the terms of infertility, fertility and sterility. Since infertility is always a diagnosis of a couple, the anatomy of a woman and of a man is described. Subsequently, the thesis focuses on the issue of infertility, i.e. assisted reproduction. What are the methods, risks and financing of assisted reproduction? The most common method of assisted reproduction includes Artificial Insemination and In Vitro Fertilisation. Assisted reproduction is a field of medicine that works with sperm, ova and embryos outside the body of a person, in order to make the woman pregnant. These methods carry certain risks, which are also being described in the thesis. The theoretical part is concluded with a description of the midwife care of a pregnant woman after assisted reproduction, where the midwife education and the term of nursing are emphasised.

The aim of the bachelor thesis was to find out the specifics in the care of a pregnant woman after assisted reproduction. Three research questions had been asked: What is the nursing care of a pregnant woman after assisted reproduction like from the viewpoint of pregnant women? What is level of satisfaction of women with the nursing care after assisted reproduction? What are the specifics of experiencing woman's pregnancy after assisted reproduction?

A quantitative research survey was used for the research, and data collection was conducted through individual interviews. The basis for the interview were 13 questions prepared in advance, 4 of which were the identifying questions. The research group was formed of eight female respondents. The interviews with women took place in quiet, predetermined places. Prior to the interview, a written request for co-operation was submitted to the respondent. In this request, the respondents were informed about the aim of the research and preservation of anonymity, see Annex 2. The request was signed by all eight female respondents before the actual interview. The interviews were recorded in

writing continuously, analysed and divided into the main categories and subcategories, based on the answers of the respondents, using coloured text. The aim was to identify the individual consensus in the opinions of the addressed pregnant women after assisted reproduction.

The first category examined the issue of assisted reproduction and was divided into ten subcategories, which dealt with the reasons for going through assisted reproduction, the methods of assisted reproduction, the environment of the centre of assisted reproduction, the personnel of the centre of assisted reproduction, experiencing the assisted reproduction prior to pregnancy, experiencing pregnancy after assisted reproduction, lifestyle during pregnancy after assisted reproduction, complications during pregnancy, opinions on financial burden of the clients and availability of information about assisted reproduction.

The results of the research have shown the lifestyle of a woman after assisted reproduction, where the trend of activities was yoga, but at the same time limiting activities and inability to work from the very beginning of the pregnancy. The most common method in infertility treatment is IVF, where there is a high financial burden.

The bachelor thesis has shown that women who have undergone assisted reproduction experience fear. Most often it is the fear of miscarriage. And that the infertility is not just a problem of women, but also of men.

Key words

Infertility, assisted reproduction, nursing care, midwife, embryo, ovum, in vitro fertilization.

Obsah

Úvod.....	10
1. Současný stav.....	11
1.1. Neplodnost.....	11
1.2. Anatomie, ženská neplodnost.....	12
1.2.1 Pohlavní orgány ženy.....	12
1.2.2 Příčiny neplodnosti ženy.....	15
1.2.3 Vyšetření u neplodnosti ženy.....	15
1.3. Anatomie, mužská neplodnost.....	16
1.3.1 Pohlavní orgány muže.....	16
1.3.2 Příčiny neplodnosti muže.....	18
1.3.3 Vyšetření u neplodnosti muže.....	18
1.3.4 Léčba mužské infertility.....	19
1.4. Asistovaná reprodukce.....	19
1.5. Metody asistované reprodukce.....	20
1.5.1 Umělá inseminace.....	20
1.5.2 In vitro fertilizace.....	21
1.5.3 Intracytoplazmatická injekce spermií.....	21
1.5.4 Kryokonzervace.....	22
1.5.5 Další metody.....	22
1.6. Rizika asistované reprodukce.....	22
1.6.1 Spontánní potraty.....	23
1.6.2 Mimoděložní těhotenství.....	23
1.6.3 Mnohočetné těhotenství.....	24
1.6.4 Hyperstimulační syndrom.....	24
1.7. Financování asistované reprodukce.....	24
1.8. Preimplantační genetická diagnostika.....	25
1.9. Dárcovství.....	26
1.9.1 Dárcovství spermií.....	26
1.9.2 Dárcovství vajíček.....	26
1.9.3 Dárcovství embryí.....	26

1.10 Ošetrovatelská péče porodní asistentky.....	27
1.10.1 Ošetrovatelství.....	27
1.10.2 Profesní organizace sester a porodních asistentek.....	27
1.10.3 Péče o ženu po asistované reprodukci.....	28
1.10.4 Edukace ženy po asistované reprodukci.....	29
2. Cíle práce, výzkumné otázky, operacionalizace pojmů.....	32
2.1 Cíle práce.....	32
2.2 Výzkumné otázky.....	32
2.3 Operacionalizace pojmů.....	32
3. Metodika.....	33
3.1 Metodika výzkumné práce.....	33
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	34
4. Výsledky.....	34
4.1 Rozhovory se ženami po asistované reprodukci.....	34
4.2 Kategorizace dat.....	35
4.2.1 Kategorie Asistovaná reprodukce.....	38
5. Diskuse.....	51
6. Závěr.....	54
7. Použité zdroje.....	55
8. Seznam zkratk.....	59
9. Seznam příloh.....	60

Úvod

Problematika neplodnosti je v současné době často řešitelným problémem. Ženy pomýšlejí na svá těhotenství v pozdějším věku, kdy už nejsou schopny otěhotnět nebo donosit plod. Ale neplodnost se netýká jen žen, je vždy diagnózou páru. I když může jít o příčinu pouze u jednoho z nich. Současná literatura popisuje příčiny neplodnosti ze strany ženy a muže ve stejných procentech. A proto těmto párům dávají naději centra asistované reprodukce, kde páry podstupují vyšetření pro zjištění příčiny jejich neplodnosti a metodám asistované reprodukce. I když pojišťovny přispívají z části a hradí některé výkony, jedná se o velmi vysoké finanční zatížení rodiny. Což mnohdy může obrovsky zasáhnout rodinný rozpočet. Ale u párů, které touží po vlastním dítěti je finanční zatížení a touha nesrovnatelná.

Nejdůležitější pro toto období je určitě psychická podpora muže i ženy navzájem. V době, kdy se rozhodnou vyhledat odbornou pomoc. Asistovaná reprodukce je oborem moderní medicíny, ale i tak nese s sebou určitá rizika a komplikace. O kterých by měl být neplodný pár informován.

Téma „Ošetrovatelská péče o těhotnou ženu po asistované reprodukci“ jsem si vybrala proto, že je to velmi zajímavé a rozsáhlé téma, ale řekla bych dosti složité. A obdivuji, že i pár, kterému byla sdělena diagnóza neplodnosti může pomýšlet na to, že je tu ještě naděje splnit si sen a děti mít.

1 Současný stav

1.1 Neplodnost

Mannarini et al., (2013) zdůrazňuje proces porodu za jednu z hlavních složek ve zkušenosti porodu ženy. Zkušenosti z porodu vnímá jako individuální životní událost nejen pro ženu, ale i pro dítě, v souvislosti s emočně kognitivním dopadem. Právě ve svém článku srovnává spontánní porod s lékařsky vedeným po asistované reprodukci. A zjistil, že ženy po asistované reprodukci, které rodily vaginální cestou prožívaly větší starosti o bezpečí a zdraví svého dítěte a v případě císařského řezu, ženy po asistované reprodukci byly více nervózní. Dle Mannarina et al., (2013) se dále ukázalo, že průměrný věk početí je u žen po asistované reprodukci o něco vyšší.

Hampton et al., (2012) popisuje ve svém článku prevenci neplodnosti. Zejména se zaměřuje na oblast plodnosti v primární péči žen, které mají právě problém s početím, na jejich uvědomění, které probíhá cestou načasovaného pohlavního styku. Studie však potvrdily, že lze touto cestou zabránit zbytečné léčbě asistované reprodukce. Ale přesto to není mnohdy doporučováno, a to zejména z důvodu stresu (Hampton et. al., 2012).

Fertilita

Plodnost je u párů při dvouletém nechráněném pohlavním styku s výsledkem dosažení těhotenství (Sák, 2010).

Sterilita

Je stav, kdy se ženě nepodaří z nějakého důvodu otěhotnět (Sák, 2010). V minulosti byla hranice 24 měsíců (Gallová-Ulčová a Lošan, 2013). V současné době je to již zmiňovaných 12 měsíců pravidelného nechráněného pohlavního styku, je to dáno především věkem párů, který poměrně stoupá po stránce založení rodiny (Gallová-Ulčová a Lošan, 2013). Maximální plodnost u ženy je ve věku od 19 do 25 let, u muže nejplodnější období není ohraničeno roky, jelikož muž je schopen oplodnění ve vysokém

věku (Gallová-Ulčová a Lošan, 2013). Podmínkou je však zdravý jedinec (Gallová-Ulčová a Lošan, 2013).

Rozlišujeme primární a sekundární sterilitu, kdy v případě primární sterility, je bráno, že žena nebyla nikdy těhotná, o sekundární sterilitě mluvíme, když je v anamnéze ženy uveden porod, potrat či mimoděložní těhotenství (Sák, 2010).

V případě, kdy se ženě podaří otěhotnět, ale zpravidla neporodí životaschopný plod či dokonce se ženě nepodaří plod donosit mluvíme o infertilitě (Sák, 2010).

V současné době se s neplodností setkáme u 20-25 % párů, tato problematika se týká nejen vyspělých zemí, ale i České Republiky (Gallová-Ulčová a Lošan, 2013). Neplodnost je tedy diagnostikou páru, kde z poloviny se na neplodnosti podílí právě žena, která je po stránce biologické určena k tomu, aby rodila a vychovávala děti. A proto může většina žen, které se dlouhodobě podílí na léčbě neplodnosti strádat, nejen po stránce psychické, ale i fyzické (Gallová-Ulčová a Lošan, 2013). Ale není to pravidlem, některé ženy svou nešťastnost mohou maskovat, tyto ženy ale pak podstupují v rámci svých biologických možností nejsložitějším úkonům, kterým může být oplodnění ve zkumavce (Gallová-Ulčová a Lošan, 2013).

Muž se na této problematice podílí ze 40 %. A zbylých 10 % je problémem obou současně (Gallová-Ulčová a Lošan, 2013). Gregora a Velemínský ml. (2013) ve své knize udávají příčiny neplodnosti ze strany ženy ve 35-40 %, ze strany muže obdobně ve 35-40 %, ve 20 % jsou příčiny společné a u zbylých 5 % je příčina neplodnosti neznámá. Taktéž zdůrazňují mužský faktor neplodnosti, který v současné době velice narůstá.

1.2 Anatomie, ženská neplodnost

Ze strany ženy se jedná nejčastěji o poškození vejcovodů, proto je nutné znát i jejich anatomii.

1.2.1 Pohlavní orgány ženy

Ženské pohlavní orgány rozdělujeme do dvou základních skupin, kterými jsou ženské vnitřní pohlavní orgány neboli organa genitalia feminina interna a ženské zevní pohlavní orgány neboli organa genitalia feminina externa (Čihák, 2013).

Mezi vnitřní pohlavní orgány ženy řadíme *pochvu (vaginu)*, která je trubicovitým nepárovým orgánem o délce 8 cm a šířce 3,5 cm (Hájek et al., 2014). Nejužší částí pochvy je poševní vchod (ostium vaginae), který se otevírá do poševní předsíně (vestibulum vaginae), tedy do prostoru mezi malými stydkými pysky (Hájek et al., 2014).

Součástí pochvy je děložní čípek, kdy právě poševní klenba (fornix vaginae) je tvořena kolem čípku (Hájek et al., 2014). Rozlišujeme přední a zadní poševní klenbu, kdy zadní poševní klenba (pars posterior) je oproti přední poševní klenbě hlubší, delší a prostornější a je nazývána jako receptaculum seminis, protože má funkci shromažďovat sperma (Hájek et al., 2014).

Pochva je dále tvořena zadní a přední poševní stěnou (Hájek et al., 2014). Stěna pochvy je složena ze sliznice, která je narůžovělá, ale během menstruačního krvácení má odstíny tmavě růžové až červené a v době těhotenství je zbarvena do fialova (Hájek et al., 2014). Epitel sliznice je mnohvrstevný dlaždicový (Hájek et al., 2014). Tento epitel kryje nejen stěnu pochvy, ale i povrch děložního čípku (Čihák, 2013). Druhou vrstvou je hladká svalovina a poslední vrstvu tvoří adventicie neboli povrchová vrstva poševní stěny, která je z kolagenního vaziva a přechází do parakolpia neboli do okolního vaziva (Čihák, 2013).

Děloha (uterus), která je dutým svalovým nepárovým orgánem, hruškovitého tvaru s předozadním oploštěním, kdy má za úkol přijmout oplozené, rýhující se vajíčko a zajistit výživu a ochranu vyvíjejícího se zárodka a plodu, téměř až do porodu (Hájek et al., 2014). Děloha je dále tvořena tělem (corpus uteri), které je největší částí dělohy a děložním hrdlem (cervix uteri), kde tyto dvě části spojuje zúžený úsek nazývaný isthmus uteri (Hájek et al., 2014).

Stejně tak jako pochva, se děloha skládá z několika vrstev. Pro dělohu jsou charakteristické tři vrstvy, kde první vrstva je tvořena sliznicí (endometriem), druhou vrstvou známe pod názvem myometrium, což je svalovina děložní a třetí je serosní vrstva nazývána perimetrium (Čihák, 2013).

Vejcovod (tuba uterina, salpinx) je párovým orgánem, složený ze tří vrstev (Sák, 2010). První vrstva je sliznice, která je světle růžová, epitel vejcovodu je jednovrstevný, cylindrický (Čihák, 2013). Druhá vrstva je hladká svalovina a třetí vrstva je tvořena serosním povlakem (Čihák, 2013). Hlavní funkcí vejcovodu je transport vajíčka po ovulaci do dělohy (Čihák, 2013).

Vaječník (ovarium) je ženskou párovou pohlavní žlázou, která má za úkol produkovat ženské pohlavní buňky neboli vajíčka, ale má i funkci endokrinní (Čihák, 2013). Velikost vaječníku je mnohdy přiřazována k velikosti vlašského ořechu (Sák, 2010). Povrch a velikost vaječníku se mění s přibývajícím věkem (Čihák, 2013). Především v mládí je vaječník hladký, později se stává hrbolatým a ve stáří je celkově zmenšený a svraštělý (Čihák, 2013).

Mezi zevní pohlavní orgány ženy řadíme pahrbek stydký neboli hrma (mons pubis), velké stydké pysky (labia majora pudendi), malé stydké pysky (labia minora pudendi), poštváček (clitoris), poševní předsíň (vestibulum vaginae), panenskou blánu (hymen), malé a velké předsíňové žlázy, především Bartholiniho žlázy, které patří mezi velké předsíňové žlázy (Hájek et al., 2014).

Mezi pohlavní hormony ženy řadíme *Estrogeny*, které plní řadu funkcí, zejména se podílí na vývoji sekundárních pohlavních znaků (Rokyta et al., 2015). A to zejména na růstu dělohy, pochvy a prsou, ale mají vliv i na rozložení tuku nebo na ženské ochlupení (Rokyta et al., 2015).

Progesteron patří mezi gestageny (Rokyta et al., 2015). Opět i tento hormon plní řadu funkcí, zejména se uplatňuje v těhotenství (Rokyta et al., 2015). A to především v časně fázi těhotenství v souvislosti s hrozícím potratem nebo opakujícím se potratem (Ciampaglia a Cognigni, 2015). Dále uvádí, že intramuskulární nebo vaginální podávání progesteronu je rozhodující pro podporu luteální fáze následující in vitro fertilizace a je široce využíván v cyklech intrauterinní inseminace, a to se stejným účinkem. Progesteron je velmi využívaným hormonem i v reprodukční medicíně (Gidlöf, 2015).

Gidlöf (2015) doplňuje použití progesteronu jako antikoncepci, hormonální terapii, hyperplazii endometria, kožní choroby nebo zmiňované potraty či předčasné porody a jako luteální podpora při metodách asistované reprodukce.

1.2.2 Příčiny neplodnosti ženy

Problematika neplodnosti je doprovázena celou řadou příčin (Ventruba et al., 2013). Tyto příčiny pak mohou být popisovány podle jednotlivých ženských pohlavních orgánů, ale ve většině případů se jedná o kombinaci příčin (Gallová-Ulčová a Lošan, 2013).

Nejčastěji se jedná o poškození vejcovodů a hormonální poruchy spojené s nedostatečnou činností vaječnicků (Gallová-Ulčová a Lošan, 2013). Ze strany vejcovodů se nejčastěji setkáváme s neprůchodností nebo porušenou pohyblivostí, ale i s jednostranným nevyvinutím vejcovodu nebo zdvojením vejcovodů, však tyto dvě zmíněné příčiny nejsou tak časté, dokonce i vzácné (Gallová-Ulčová a Lošan, 2013). Neprůchodnost je spojená se zánětem nebo pozánětlivým stavem a s poruchami pohyblivosti se setkáváme v přítomnosti blanitých srůstů (Gallová-Ulčová a Lošan, 2013).

U vaječnicků hovoříme o neplodnosti, pokud nedojde k ovulaci, což má za následek neuvolnění vajíčka z Graafova folikulu nebo se nevytvoří žluté tělísko (Gallová-Ulčová a Lošan, 2013). Tyto dva faktory se vyskytují u 25-40 % neplodných žen (Sák, 2010).

Další příčinou může být endometrióza, která se vyskytuje u 15-25 % neplodných žen (Sák, 2010). Endometrióza se projevuje bolestí v podbřišku, při pohlavním styku a neplodností (Ventruba et al., 2013). O endometrióze mluvíme, když se tkáň se sliznicí v dutině děložní vyskytne mimo dělohu, zejména v oblasti malé pánve, kolem dělohy, na vaječnicích nebo ve vejcovodech, ale i v děložní svalovině (Ventruba et al., 2013).

Mezi méně časté příčiny poruch plodnosti, které se vyskytují u žen řadíme imunologické příčiny, psychické příčiny, mohou se objevit i neznámé příčiny, poruchy v souvislosti s děložním tělem, hrdlem či pochvou nebo další příčiny jako je nesprávná výživa, nedostatek vitamínů, nadměrná hmotnost nebo naopak přílišná hubenost (Gallová-Ulčová a Lošan, 2013).

1.2.3 Vyšetření u neplodnosti ženy

Dle Řežábka (2014) se neplodnost vyskytuje u konkrétní ženy. Především zmiňuje, že hranice jednoho roku pravidelného nechráněného pohlavního styku je vytvořena uměle, jelikož není vhodné vyčkávat se zahájením vyšetření a následnou případnou léčbou u

rizikových skupin žen, kterými jsou ženy ve vyšším věku nad 35let. A proto ve své knize zmiňuje důležitost přihlídnutí k věku ženy, jelikož s postupujícím časem plodnost prudce klesá.

Anamnéza, kde zjišťujeme, jak dlouho žena nemůže otěhotnět, ptáme se i na frekvenci pohlavního styku, pravidelnosti menstruace a trvání celého cyklu, ale i hmotnost ženy, která souvisí s touto problematikou, nebo předchozí operace ženy či závažné prodělané nemoci, užívané léky a případná předchozí těhotenství (Řežábek, 2014). Roztočil et al. (2011) doplňuje celkové vyšetření a klasické gynekologické vyšetření pro odhalení malformací genitálu, kolpitydy nebo patologie děložního hrdla s následným odběrem na onkocytologii.

Ultrazvukové vyšetření ovarií vaginální sondou, kde je úkolem spočítat viditelné folikuly pro určení dávky hormonů při stimulaci ovarií (Řežábek, 2014). Dle Řežábka (2014) u žen do 20 let je vidět těchto folikulů na každém vaječniku dvacet, ve 30 letech je jich o něco méně, pouhých deset a ve 40 letech jen tři. Gregora a Velemínský ml. (2013) navíc zmiňují vyšetření zjišťující, zda dochází k ovulaci, tedy k uvolňování vajíček, dále ověřování průchodnosti vejcovodů a hormonální hladiny u ženy.

Hormonální vyšetření, které je doplňkem k ultrazvukovému vyšetření dělohy a ovarií (Roztočil et al., 2011).

Imunologické vyšetření, kde lze stanovit protilátky proti spermiím, ale tyto výsledky se mohou u jednotlivých žen výrazně lišit (Roztočil et al., 2011).

Šrámková (2013) dodává, že žena by měla být vyšetřována na gynekologickém pracovišti.

1.3 Anatomie, mužská neplodnost

Ze strany muže se nejčastěji jedná o kvalitu spermatu, a to se zjištěním parametrů na spermioqramu.

1.3.1 Pohlavní orgány muže

Mužské vnitřní pohlavní orgány tvoří *varle (testis)*, které je párovým pohlavním orgánem, spíše mužskou pohlavní žlázou uloženou v šourku, kde pro tvorbu spermií je optimální teplota nižší než teplota lidského těla (Gregora a Velemínský ml., 2013). Varle je na povrchu hladké a je charakteristické tuhostí, pružností a citlivostí (Čihák, 2013).

Nadvarle (epididymis) je protáhlý útvar, který naléhá na zadní okraj varlete (Čihák, 2013). Nadvarlata mají důležitou funkci, kterou je uchovávání zralých spermií (Gregora a Velemínský ml., 2013).

Chámovod (ductus deferens) je pokračováním nadvarlete, jeho funkcí je spojení nadvarlete a močové trubice (Čihák, 2013). Součástí chámovodů jsou měchýřkové žlázy hrbolatého vzhledu (Čihák, 2013).

Prostata neboli žláza předstojná je přídatnou pohlavní žlázou muže (Čihák, 2013). Společně se semennými váčky vytvářejí tekutinu, která je součástí spermatu při vyvrcholení (Gregora a Velemínský ml., 2013). Tato tekutina je podmínkou pro oplození, protože obsahuje látky, které jsou nutné pro přežití a pohyb spermií (Gregora a Velemínský ml., 2013).

Mužské zevní pohlavní orgány tvoří *šourek (scrotum)*, což je vak, který má tvar hrušky, nacházející se pod symfýzou za kořenem penisu (Čihák, 2013). Jedna z vrstev je tenká, pigmentovaná kůže, která je v dospělosti obohacena chlupy, mazovými a potními žlázami, druhou vrstvu tvoří podkožní vazivo (Čihák, 2013).

Penis (phallus) je nepárovým pohlavním orgánem, který tvoří dvě topořivá kavernózní tělesa a spongiózní těleso, kterým ústí močová trubice (Fiala et al., 2015). Koncovou částí penisu je žalud neboli glans penis, který je pokryt předkožkou, zbytek penisu je pokryt tenkou vrstvou kůže (Fiala et al., 2015).

Mužský penis slouží především k pohlavnímu styku a za pomoci močové trubice i k močení (Gregora a Velemínský ml., 2013).

Pohlavním hormonem muže je *Testosteron*, který vzniká ve varleti a plní řadu důležitých funkcí, zejména se podílí na vývoji mužského přirození, dále pak ovlivňuje růst ochlupení (Gregora a Velemínský ml., 2013).

FSH-Folikulostimulující hormon, který ovlivňuje funkci varlat (Gallová-Ulčová a Lošan, 2013).

LH-Luteinizační hormon, který se obdobně podílí na funkci varlat (Gallová-Uličová a Lošan, 2013).

1.3.2 Příčiny neplodnosti muže

V současné době narůstá poruch plodnosti právě ze strany muže (Gregora a Velemínský ml., 2013). Nejčastěji se jedná o kvalitu spermatu, dále pak i aktuální zdravotní stav muže, urogenitální infekce, přítomnost varikokély nebo poškození chámovodů (Ventruba et al., 2013). Přítomnost zmiňované varikokély musí být diagnostikována u mužů s abnormálním typem spermioqramu, ale i u azoospermie (Weiss et al., 2010). Pro diagnostiku je vhodná kontaktní termografie nebo Dopplerovské vyšetření (Weiss et al., 2010).

Dle Gregora a Velemínského ml. (2013) je v poslední době fenoménem pro nepříznivý vliv na plodnost nedostatek času na sex.

Lukáš et al. (2014) popisuje klasifikaci mužské sterility dle doby vzniku sterility a dle anatomické lokalizace příčiny. První zmiňované rozdělení obsahuje primární mužskou sterilitu, která nastává v případě, kdy muž nikdy neoploďnil ženu. Sekundární mužská infertilita je opakem, kdy muž ženu již v minulosti oplodnil, ale je to doprovázeno nejčastěji záněty nebo varikokélou (Lukáš et al., 2014).

1.3.3 Vyšetření u neplodnosti muže

Dle Řežábka (2014) je na prvním místě *anamnéza*, kde se zjišťují operace muže v dětství, prodělané nemoci a léky, které užívá nebo užíval. Především zmiňuje kulturisty, kteří užívají anabolika jako doplněk stravy. Dále se pak hodnotí celkový stav muže, a především vyšetření spermioqramu (Řežábek, 2014). Ventruba et al. (2013) navíc zmiňuje hodnocení morfologie neboli tvaru spermií, hormonální vyšetření a kultivační vyšetření nebo vyšetření protilátek proti spermiím, genetická vyšetření, biopsie varlete či hodnocení genetické informace spermie.

Vyšetření spermioqramu probíhá v prostorách reprodukční medicíny, v místnostech k tomu určené (Řežábek, 2014). Tato místnost je vybavena dle požadavků, je zde i

možnost přítomnosti partnerky na vyžádání partnera (Řežábek, 2014). Výsledkem je získání ejakulátu masturbací partnera (Řežábek, 2014). Zjišťuje se počet, pohyblivost a tvar spermií (Gregora a Velemínský ml., 2013). Řežábek navíc uvádí čtvrtý parametr spermioqramu, kterým je přítomnost leukocytů, bakterií a prvoků.

Dle Ventruby et al. (2013) je vhodná třídní abstinence pohlavního styku. Řežábek (2014), ale i Mardešić et al. (2013) uvádí dvou až sedmidenní pohlavní abstinenci před vyšetřením. Důležitostí je ověření totožnosti muže před vyšetřením pomocí občanského průkazu (Řežábek, 2014).

Muž své sperma získává do speciální nádoby, nejčastěji do sterilní Petriho misky nebo plastového kelímku s víčkem, ale je zde i možnost přinést sperma z domova (Řežábek, 2014). Dle Řežábka vyšetření spermioqramu by mělo být opakovatelné, nejméně dvakrát v odstupe 3-4 týdnů, při rozdílnosti výsledků je nutné třetí vyšetření, ale naopak při vynikajících výsledcích není nutné již druhé vyšetření.

Gregora a Velemínský ml. (2013) zmiňují, že vyšetřování a léčba neplodných párů probíhá ve specializovaných ambulancích a centrech. Šrámková (2013) doplňuje, že muž by měl být vyšetřen na andrologickém pracovišti.

1.3.4 Léčba mužské infertility

Jedna z možností je sexuologicko – andrologická konzultace, která může ovlivnit životní styl (kouření, abúzus alkoholu, nadměrné užívání steroidů, extrémní sporty nebo rizika vedoucí ke zvýšení skrotální teploty (Šrámková, 2013).

Dalšími možnostmi jsou léčba sexuálních dysfunkcí, přeléčení infekce, hormonální léčba, nebo využití metod asistované reprodukce (IUI, IVF, ICSI), ale i operační léčba varikokély a operační odběr spermií (Šrámková, 2013).

1.4 Asistovaná reprodukce

Asistovaná reprodukce je oborem medicíny, kde se pracuje mimo tělo člověka se spermii, vajíčky a embryi (Řežábek, 2014). Cílem asistované reprodukce je otěhotnění

ženy (Řežábek, 2014). Gregora s Velemínským ml. (2013) popisují asistovanou reprodukci metodami, které se používají k léčbě neplodných párů. Dále zmiňují úspěšnost těchto metod, která je ve 25-30 % a způsob asistované reprodukce je volen podle příčiny neplodnosti. Otová (2012) zdůrazňuje neustálé přibývání párů, které využívají možností reprodukční medicíny. Komplexní péče, podrobná vyšetření a léčba, probíhá ve specializovaných centrech, určena pro páry s poruchou plodnosti (Otová, 2012).

1.5 Metody asistované reprodukce

Existuje několik druhů metod asistované reprodukce. Tyto metody však s sebou nesou určitá rizika.

1.5.1 Umělá inseminace-IUI

Dle Řežábka (2014) ženy do 35 let věku mohou na dobrém pracovišti očekávat úspěšnost inseminace okolo 10-15 %, ale pouze při normospermii. Dokonce 20-30 % úspěšnosti při použití stimulace růstu několika folikulů. Mardešić et al. (2013) dodává, že intrauterinní inseminace je první volbou u párů s nevysvětlitelnou poruchou plodnosti, se sníženou plodností u muže nebo v případě cervikálního faktoru sterility.

Dále říká, že předpokladem této metody je zpracování ejakulátu v laboratoři. Tato metoda se provádí v období ovulace ženy, kdy je vajíčko ženy připraveno na oplodnění (Škurly, 2016). Zmiňuje, že v den provedení inseminace je nutná přítomnost partnera na odběr ejakulátu, kde lékaři z ejakulátu odeberou nepohyblivé spermie.

Mardešić et al. (2013) dodává odstranění prostaglandinů, infekčních agens, leukocytů, nezralých forem zárodečných buněk a antigenních proteinů. Dle Škurly (2016) se tento výkon provádí dvě hodiny po odebrání partnerova ejakulátu, kdy žena zaujímá v době výkonu gynekologickou polohu a je jí za pomoci speciálního katétru zavedena inseminační dávka.

Dodává, že tento výkon je prováděn lékařem, který za pomoci gynekologických zrcadel zavede inseminační dávku přes speciální katétra přímo do dělohy ženy. Nutností

je odpočinek ženy po výkonu přibližně 20 minut. Tato metoda se, ale používá jen u žen, které mají přirozenou ovulaci nebo uměle vyvolanou ovulaci a jsou průchodné vejcovody (Škurla, 2016).

1.5.2 In vitro fertilizace-IVF

Dle Ventruby et al. (2013) IVF řadíme mezi metody mimotělního oplození, kdy získaná vajíčka jsou aplikována do zkumavek s kultivačním médiem a posléze po přidání zpracovaných spermií oplozována. Tato metoda je vhodná pro páry při normálních nebo snížených hodnotách partnerova spermioqramu (Ventruba et al., 2013). U ženy zprvu probíhá hormonální stimulace k dozrání vajíček (Škurla, 2016). Škurla (2016) dodává, že vajíčka musí být pečlivě prohlédnuta a následně jsou vybrána jen ta, která jsou schopna oplození.

Řežábek (2014) uvádí úspěšnost otěhotnění po IVF v 50 % při transferu dvou embryí. Hanáková et al. (2015) udává věkový limit u IVF ze zdravotního pojištění, kde dolní hranice je 22 let a horní 38 let + 364 dní.

Oron et al. (2015) popisuje význam jógy u žen čekající na léčbu IVF. Je známo, že jóga má pozitivní vliv při léčbě úzkosti a deprese, ale také přispívá ke snížení stresu a zlepšení celkové kvality života v populaci. Dle Oronové et al. (2015) se ukázalo z výzkumu, který probíhal u žen čekajících na IVF, formou 6týdenního programu jógy. Výsledkem bylo zlepšení kvality života (Oron et al., 2015).

1.5.3 Intracytoplazmatická injekce spermie-ICSI

Tato metoda má za úkol podat injekci jediné spermie přímo do cytoplasmy zralého vajíčka-oocytu (Ventruba et al., 2013). Tato spermie je pak znehybněna, nasáta do mikroinjekční pipety a vpravena do oocytu (Ventruba et al., 2013). ICSI je doporučováno při nízké koncentraci či pohyblivosti spermií, chirurgicky získané spermii, potřebě provedení preimplantační genetické diagnostiky nebo pokud dojde v předchozích cyklech k selhání oplození vajíček (Ventruba et al., 2013).

1.5.4 Kryokonzervace

Kryokonzervace probíhá u jakéhokoliv materiálu, zejména embryí, oocytů, spermií, testikulární tkáně nebo ovariální tkáně (Ventruba et al., 2013). Zmražování embryí probíhá šetrnou formou, kdy cílem je uchovat embrya z několika důvodů, jedním z důvodů je vznik více kvalitních embryí po oplození, odložení transferu pro riziko mimoděložního těhotenství v souvislosti s laparoskopickým nálezem, výskyt hyperstimulačního syndromu, situace, které neumožňují transfer, především zdravotní komplikace, organizační či technické obtíže, dále ale i v souvislosti s dárcovstvím vajíček nebo ponechání embryí v rámci následné radioterapie nebo chemoterapie (Ventruba et al., 2013). Řežábek (2014), ale dodává, že zmražená embrya mají menší naději, že se podaří páru otěhotnět. Udává, že třetina rozmražených kryokonzervovaných embryí není schopna vývoje. A ty, které se dobře vyvíjejí mají pravděpodobnost implantace 75 % ve srovnání s čerstvými embryi (Řežábek, 2014). Ventruba et al. (2013) říká, že v případě neotěhotnění v cyklu, lze zmražená embrya skladovat nejdéle 12 měsíců ode dne zmražení. Prodloužená hranice skladování embryí na 24 měsíců je v případě těhotenství, které je ukončeno porodem (Ventruba et al., 2013). Výjimkou je pak písemná žádost obou partnerů o prodloužení nebo ukončení skladování zmražených embryí (Ventruba et al., 2013).

1.5.5 Další metody-MESA, TESE

MESA neboli mikrochirurgická aspirace spermií z nadvarlete, kde je prováděna punkce obsahu nadvarlete (Mardešić et al., 2013). Při opakovaném neúspěchu je nutností přistoupit k druhé metodě tzv. TESE, což je extrakce spermií z tkáně varlete (Mardešić et al., 2013). Tato metoda je založena na odebrání kanálků se zachovanou spermatogenezí, které jsou zkoumány pod mikroskopem (Mardešić et al., 2013).

1.6 Rizika asistované reprodukce

Dle Huang et al. (2011) ženy, které postoupily metodám asistované reprodukce trpí řadou komplikací v průběhu těhotenství. Zejména zdůrazňují gestační diabetes mellitus, těhotenství s indukovanou hypertenzí, nebo hrozící placenta praevia. Ale i komplikace ve smyslu s nízkou porodní hmotností plodu. Jedním z faktorů, který způsobuje nízkou porodní hmotnost plodu jsou vícečetné porody (Huang et al., 2011). Henry et al. (2015) ve svém článku uvádí nárůst výskytu dvojčat v souvislosti s postupujícím věkem ženy a využíváním metod asistované reprodukce. Souhlasí s tím, že se jedná o velmi závažnou komplikaci, která je riziková pro matku i plod, což vede k povinnosti matky, aby navštěvovala specializovaná prenatalní centra, kde ji bude poskytnuta komplexní prenatalní péče (Henry et al., 2015). A z výsledků studie bylo potvrzeno, že specializovaná předporodní péče o vícečetná těhotenství má pozitivní vliv, včetně snížení velmi nízké porodní hmotnosti, extrémní nezralosti, perinatální úmrtnosti nebo neonatologické intenzivní péči (Henry et al., 2015).

1.6.1 Spontánní potraty

Spontánní (samovolné) potraty mohou být jednou z komplikací metod asistované reprodukce (Ventruba et al., 2013). Ventruba et al. (2013) zdůrazňuje aplikaci progesteronu, a to podáním například Agolutinu, Utrogestanu nebo Duphastonu pro udržení těhotenství, s kombinací kyseliny listové, vitamínů a minerálů v potravě.

1.6.2 Mimoděložní těhotenství

Dalším možným rizikem spojeným s metodami asistované reprodukce je mimoděložní těhotenství neboli graviditas extra uterine, což je velmi závažný stav, který ohrožuje ženu na životě v případě komplikací (Ventruba et al., 2013). Řežábek (2014) dodává, že ve srovnání v normální populaci se s mimoděložním těhotenstvím častěji setkáme po léčbě neplodnosti, a to z důvodu poškozeného vejcovodu. Z tohoto důvodu je pak kladen důraz na vyšetření průchodnosti vejcovodů (Ventruba et al., 2013). Dále Ventruba et al. (2013) doplňuje, že v případě nejasného nálezu je vhodná diagnostická laparoskopie.

1.6.3 Mnohočetné těhotenství

Dle Gregora a Velemínského ml. (2013) je nejčastější komplikací vícečetné těhotenství. Jelikož v rámci metod asistované reprodukce je do dělohy ženy zavedeno dva až výjimečně více zárodků. Ale dále Gregora a Velemínský ml. (2013) upozorňují na to, že s rostoucí úspěšností metod asistované reprodukce je v současné době snaha center asistované reprodukce zavádět pouze jedno embryo. A to s jedním pokusem navíc, dohromady tedy čtyři pokusy se zavedením jednoho embrya. Ventruba et al. (2013) také zmiňuje zavedení menšího počtu embryí do dělohy, jako prevence. Gregora a Velemínský ml. (2013) dodávají jen to, že v případě neúspěchu to může přinést páru zklamání, ale na druhou stranu, pokud se vše podaří, těhotenství je úspěšné a bez komplikací. Protože vícečetná těhotenství nesou řadu rizik, jako je samovolný potrat nebo předčasný porod (Gregora a Velemínský ml., 2013). Ventruba et al. (2013) dále uvádí, že pokud je kvalita embryí výborná, tak lze další embrya zmrazit.

1.6.4 Hyperstimulační syndrom-OHSS

Dalším rizikem metod asistované reprodukce je hyperstimulační syndrom-OHSS, který je doprovázen bouřlivou reakcí vaječnicků na hormonální stimulaci (Ventruba et al., 2013). Dále se u ženy může vyskytnout bolest v podbříšku, nevolnost, přítomnost tekutiny v dutině břišní nebo zvětšení vaječnicků (Ventruba et al., 2013). Mohou nastat však závažnější formy hyperstimulačního syndromu, které jsou doprovázeny poruchou vnitřního prostředí, poruchou srážlivostí krve nebo výpotkem na plicích (Ventruba et al., 2013). Gregora a Velemínský ml. (2013) dodávají, že tyto příznaky jsou odhaleny na ultrazvuku a z laboratorních vyšetření krve ženy. Je zde nutná hospitalizace ženy (Gregora a Velemínský ml., 2013).

1.7 Financování asistované reprodukce

Inseminace je hrazena pojišťovny 6krát za rok (Řežábek, 2014). In vitro fertilizace je omezena věkem. Tato metoda je hrazena do 39 let věku, některé pojišťovny udávají o rok více, tedy do 40 let věku ženy (Řežábek, 2014). Řežábek (2014) však, ale dodává pouze úhradu 3 cyklů IVF ET, jen v případě zavedení jednoho embrya v prvních dvou cyklech je hrazen ještě čtvrtý cyklus. Behinová et al. (2012) také uvádí, že pokud ženám bude v prvních dvou cyklech transferováno jen jedno embryo, tak pojišťovna hradí ženě čtyři cykly. Více informací k financování asistované reprodukce (viz příloha č. 3), formou kompletního ceníku.

1.8 Preimplantační genetická diagnostika-PGD

Ventruba et al. (2013) uvádí, že pomocí této metody lze odhalit z vyvíjejícího se embrya genetické abnormality budoucího plodu. Díky tomuto vyšetření lze do dělohy ženy vybrat embrya bez genetické zátěže. Mardešić et al. (2013) dodává, že tato metoda se zaměřuje na vyšetření konkrétního genetického problému u páru. Společně říkají, že se jedná o metodu prenatální diagnostiky, která spolupracuje s technikami asistované reprodukce. A to zejména metoda ICSI neboli Intracytoplazmatická injekce spermie. Tato metoda je volena z důvodu minimalizace chyb během genetického vyšetření (Ventruba et al., 2013). Dle Ventruby et al. (2013) a Řežábka (2014) je důležité před provedením preimplantační genetické diagnostiky provést genetické vyšetření se stanovením karyotypu obou partnerů. Ventruba et al. (2013) upozorňuje, že toto vyšetření nevyloučí úplně všechny změny a doporučuje u konkrétních párů úspěšného těhotenství odběr plodové vody a stanovení karyotypu.

Postup přípravy pacienta pro PGD je ve třech krocích (Ventruba et al., 2013). Nejprve je pár objednan na genetickou konzultaci, kde genetik upřesní možnosti a dostupnost vyšetření, dále pak probíhá konzultace s gynekologem, který poučí pacientku o možných rizicích a komplikacích v rámci výkonu a třetím krokem je konzultace v embryologické laboratoři, kde dochází k souhlasu páru s výkonem a s cenou odběru blastomer (Ventruba et al., 2013).

1.9 Dárcovství

Spermie, oocyty nebo embrya lze tedy technicky využít pro jiného člověka, a to velice snadno. Důležitostí je, ale oboustranný souhlas a zdravotní bezpečnost (Roztočil et al., 2011).

1.9.1 Dárcovství spermií

Jednou z podmínek pro darování spermií je věk muže, který je v rozmezí od 18 do 34 let, dále musí mít minimálně středoškolské vzdělání a samozřejmostí je výborný zdravotní stav a nezatížená rodinná anamnéza dárce (Škurla, 2016). Součástí jsou potřebná vyšetření, kterými jsou spermioqram, mikrobiologické vyšetření ejakulátu, test na pohlavně přenosné choroby a genetické vyšetření (Škurla, 2016). Dárce pak dostává za jednu dávku ejakulátu 800 Kč (Škurla, 2016).

1.9.2 Dárcovství vajíček

Podmínkami pro darování oocytů je věk ženy, který je v rozmezí od 20 do 32 let a zdraví ženy (Ventruba et al., 2013). Dále Ventruba et al. (2013) zdůrazňují důležitost zachování anonymity dárkyně, ale i příjemkyně. Škurla (2016) udává hranici věku již od 18 let do 34 let a je to obdobné jak u dárce spermií, kdy požaduje minimálně středoškolské vzdělání a nezatíženou rodinnou anamnézu, dále pak jsou součástí potřebná vyšetření, kterými jsou genetické vyšetření, test na pohlavně přenosné nemoci a mikrobiologické vyšetření. Dárkyně získává 20 000 Kč za jeden odběr (Škurla, 2016). Dle Řežábka (2014) může dojít ke komplikaci při odběru oocytů, a to k poranění oocytů při odběru z ovaria. A proto uvádí tři hodiny pod dozorem ve zdravotnickém zařízení jako prevenci krvácení.

1.9.3 Dárcovství embryí

Tento program dárcovství je určen pro páry (Ventruba et al., 2013). U těchto párů nelze za pomoci metod asistované reprodukce dosáhnoutí vlastního dítěte (Ventruba et al., 2013).

1.10 Ošetrovatelská péče porodní asistentky

Ošetrovatelská péče porodní asistentky je v problematice neplodnosti nedílnou součástí.

1.10.1 Ošetrovatelství

Plevová et al. (2011) popisuje ošetrovatelství jako disciplínu, kde zdůrazňuje samostatnost sestry a spolupráci s lékaři či s ostatními odborníky. Dále zdůrazňuje potřebné znalosti a dovednosti. Mezi charakteristické rysy ošetrovatelství patří aktivní ošetrovatelská péče, individualizovaná ošetrovatelská péče v rámci ošetrovatelského procesu, vědecké poznatky, holistický neboli přístup k nemocnému jako k celku, prevence a ošetrovatelský tým (Plevová et al., 2011).

1.10.2 Profesní organizace sester a porodních asistentek

Jednou z největších profesních organizací sester a ostatních pracovníků je ČAS neboli Česká asociace sester, která je dobrovolnou a neziskovou organizací (Plevová et al., 2011). Hlavní úkolem této organizace je rozvoj oboru ošetrovatelství, dále rozvoj ošetrovatelského povolání a důležitost mezioborové a mezinárodní spolupráce (Plevová et al., 2011). Porodní asistentky mají další dvě organizace, kterými jsou UNIPA neboli Unie porodních asistentek a ČKPA v překladu Česká konfederace porodních asistentek (Plevová et al., 2011). Mezi cíle organizace UNIPA patří profesní podpora porodním asistentkám, zázemí pro studentky, informovanost veřejnosti, ale i poskytování informací a podpora rodičů (Plevová et al., 2011). Organizace ČKPA má také několik cílů, zejména jednotná reprezentace českých porodních asistentek, obhajoba porodních asistentek, profesní hrdost, odborná způsobilost porodních asistentek, posílení primární komunity

péče a v neposlední řadě dodržování kodexu práv pacienta a respektování práv ženy (Plevová et al., 2011).

1.10.3 Péče o ženu po asistované reprodukci

Úsek asistované reprodukce bývá někdy součástí gynekologicko-porodnických pracovišť (Slezáková et al., 2011). Tento úsek je rozdělen do třech částí, první tvoří ambulantní část, kde se provádí veškerá potřebná vyšetření, zejména anamnéza, gynekologické vyšetření, odběry krve na hormonální vyšetření, hormonální stimulace vaječnicků, ale i odběr spermatu v určené místnosti, druhou část tvoří operační sály, které slouží k odběru oocytů přes poševní stěnu, embryotransferu a k intrauterinní inseminaci, třetím úsekem jsou laboratoře, kde se vyšetřuje spermiogram, probíhá zde mikromanipulace s oocyty, spermii a embryi, ale i IVF neboli oplodnění ve „zkumavce“ zde probíhá, kultivace embryí a kryokonzervace embryí, gamet a tkání (Slezáková et al. 2011).

Slezáková et al. (2011) popisuje v ošetrovatelské péči hormonální přípravu, kde je cílem získat větší počet rostoucích folikulů a oocytů. Optimálním počtem je cca 10-15 zralých oocytů připravené k metodě IVF (Slezáková et al., 2011). Součástí je monitorování cyklu za pomoci ultrazvuku, dále odběr oocytů, který probíhá v krátkodobé celkové narkóze (Slezáková et al., 2011). Poté probíhá oplození in vitro, kde embryolog pomocí mikroskopu vyhledává oocyty a následně je přenáší do kultivačního média a po několika hodinách jsou přidány spermie (Slezáková et al., 2011). Slezáková et al. (2011) dodává kultivaci embryí a preimplantační genetickou diagnostiku pro výběr nejperspektivnějšího embrya. Následuje embryotransfer pro přenos embryí do dutiny děložní, kde zbylá embrya lze zmrazit až po dobu 5 let (Slezáková et al., 2011).

Dle Slezákové et al. (2011) se v období po embryotransferu podávají léky k podpoře implantace embryí v děloze. Ventruba et al. (2013) dodává aplikaci gestagenů, jako je například Duphaston tbl., Utrogestan cps., pro podporu nidace neboli uhníždění embrya. Slezáková et al. (2011) doplňuje provedení diagnostických vyšetření, které prokážou u ženy graviditu. Taktéž Ventruba et al. (2013) uvádí provedení těhotenského testu, který by měl být proveden 12. den po embryotransferu. Dodává i v případě krvácení nutnost

této zkoušky provést. V případě pozitivního močového testu se dále provádí odběr krve pro stanovení těhotenského hormonu (Ventruba et al., 2013). Slezáková et al. (2011) zmiňuje provedení ultrazvuku. A při jakýchkoliv obtížích je dle Ventruby et al. (2013) doporučována kontrola nebo hospitalizace těhotné ženy. Dále zmiňuje, že těhotenství je nutno sledovat, především v počátcích, kdy se sleduje uložení gravidity, stanovení počtu zárodků a srdeční akce plodu. U zdařených těhotenství se provádí prenatální diagnostika vrozených vývojových vad (Ventruba et al., 2013). A to ve 12., 16. a 20. týdnu těhotenství (Ventruba et al., 2013).

Nevhodný přenos embryí

Přenos embryí není vhodný u žen s poruchou vejcovodů, jelikož u těchto žen stoupá riziko mimoděložního těhotenství a s tím spojená pravděpodobnost uchycení embrya není příliš velká (Ventruba et al., 2013). A proto Ventruba et al. (2013) dodává možnost zmražení embryí a následné jejich použití po léčbě. Přenos rozmražených embryí se u ženy provádí nejpozději do 5. dne menstruačního cyklu (Ventruba et al., 2013). Kdy v den provedení je nutná příprava děložní sliznice pomocí hormonálních tablet (Ventruba et al., 2013). Nutností je potvrzení rozmražení embryí od ženy embryologické laboratoři, protože embrya jsou po rozmražení 22-48 hodin kultivována z důvodu výběru nejlépe vyvíjejícího se embrya (Ventruba et al., 2013). V závěru Ventruba et al. (2013) dodává, že přenos rozmražených embryí je prováděn ambulantně v centrech asistované reprodukce.

Trendy v asistované reprodukci

Slezáková et al. (2011) udává několik trendů v asistované reprodukci, zejména zdůrazňuje zavádění pouze jednoho embrya, podání nižších dávek hormonů v souvislosti s ovariální stimulací, nebo jednoduché podkožní aplikace hormonů a spolupráce s onkology.

1.10.4 Edukace ženy po asistované reprodukci

Součástí ošetřovatelství a ošetřovatelské péče o těhotnou ženu je nutná edukace.

Sexuální život při léčbě IVF

Ventruba et al. (2013) uvádí, že pohlavní styk v průběhu léčby metodou IVF je považován za rizikový. Jedním z příznaků může být bolestivý pohlavní styk, a to především v době stimulace vaječnicků, kdy se zvětšují či překrvují, a to před odběrem vajíček (Ventruba et al., 2013). Proto Ventruba et al. (2013) zdůrazňuje zdržení se pohlavního styku ve správný okamžik. Dále Ventruba et al. (2013) dodává, jak snadno může dojít k poranění vaječnicků a následně k prasknutí vaječnicků a krvácení. Také Ventruba et al. (2013) upozorňuje na nechráněný pohlavní styk, kdy hrozí riziko vícečetného těhotenství. Na závěr Ventruba et al. (2013) dodává, že nejvyšší riziko komplikací v souvislosti s pohlavním stykem je u žen s hyperstimulačním syndromem.

Pracovní schopnost

Dle Řežábka (2014) pracovní schopnost u ženy s poruchou plodnosti není ovlivněna, jen ambulantní vyšetření zasahují do pracovní morálky ženy. Pouze v případě laparoskopie, která vyžaduje pracovní neschopnost (Řežábek, 2014). Behinová et al. (2012) říká, že těhotenství po IVF není bráno jako rizikové, není u ženy nutnost pobytu na lůžku, pouze tehdy, pokud u ženy nastanou příznaky jako je například krvácení, bolest v podbřišku nebo při zaživacích obtížích.

Životospráva těhotné

Dle Hanákové et al. (2015) je důležitostí váha ženy, jelikož nadváha nebo naopak podváha mohou ovlivnit otěhotnění ženy. Proto dále dodává, že by žena měla 3-6 měsíců před snahou otěhotnět udržovat stabilní váhu a vyhnout se výrazným výkyvům. Především problém s ovulací mají ženy s hraničně nízkou hmotností a velkým energetickým výdejem, což jsou sportovkyně, baletky (Pařízek, 2015). U těchto žen pak neprobíhá ani menstruace (Pařízek, 2015). Dobrá fyzická kondice u ženy napomáhá úspěšnému otěhotnění, ale v přiměřeném množství (Hanáková et al., 2015). Hanáková et al. (2015) doporučuje plavání, pravidelné cvičení nebo procházky přibližně 20 minut denně. Stejně jako Hanáková et al. (2015), tak i Behinová et al. (2012) tvrdí, že nadměrné požívání alkoholu a kouření zvyšuje procentuální pravděpodobnost sterility. Dále dle

Behinové et al. (2012) požívání alkoholu a kouření u mužů snižuje pohyblivost spermií v ejakulátu, ale i počet spermií není optimální. Dle Gregory a Velemínského ml. (2011) by měla být strava vyvážená a pravidelná. Nutností je dostatek ovoce a zeleniny, vitamínů, minerálů a vlákniny (Gregora a Velemínský ml., 2011). Také dostatečný pitný režim by měl být u těhotné ženy samozřejmostí, kdy hranice jsou 2 litry denně, při zvýšené fyzické námaze až 2, 5 litrů denně (Gregora a Velemínský ml., 2011). Gregora a Velemínský ml. (2013) dále dodávají pravidelnou kontrolu hmotnosti pro zjištění energetického příjmu. Vyvarovat by se naopak měla žena tukům a cukrům (Gregora a Velemínský ml., 2011). I černý čaj a kofein není vhodný pro těhotnou ženu ve velké míře denního dávkování a nevhodné jsou i některé bylinky, jako například bolševník, jmelí, pivoňka lékařská, podražec křovištní, vlašovičnick a řešetlák (Gregora a Velemínský ml. 2011).

Potřeby

V ošetřovatelství je jednotlivec komplexní, holistickou bytostí (Plevová et al., 2011). Jsou rozděleny na potřeby biologické (vzduch, potrava, vylučování, tekutiny, tělesná teplota, odpočinek, aktivita, spánek, mateřská a rodičovská péče, sexualita, bezpečí a být bez bolesti), psychické, sociální a duchovní (Plevová et al., 2011).

2 Cíle práce, výzkumné otázky, operacionalizace pojmů

2.1 Cíle práce

V rámci výzkumné části bakalářské práce „Ošetrovatelská péče o těhotnou ženu po asistované reprodukci“ byl stanoven jeden cíl.

Cíl – Zjistit specifika v péči o těhotnou ženu po asistované reprodukci.

2.2 Výzkumné otázky

Na základě výše zmíněného cíle byly definovány tři následující výzkumné otázky.

První výzkumná otázka – Jaká je ošetrovatelská péče o těhotnou ženu po asistované reprodukci z pohledu těhotných žen?

Druhá výzkumná otázka – Jaká je spokojenost žen s ošetrovatelskou péčí po asistované reprodukci?

Třetí výzkumná otázka – Jaká jsou specifika prožívání těhotenství žen po asistované reprodukci?

2.3 Operacionalizace pojmů

Na základě cíle a výzkumných otázek následuje operacionalizace pojmů.

Těhotenství – je životní etapou, kde dochází k početí a daru života (Gregora a Velemínský ml. 2011).

Ošetrovatelství – je disciplína, která zdůrazňuje samostatnost sestry a spolupráci s lékaři a ostatními odborníky. A klade důraz na potřebné znalosti a dovednosti (Plevová, 2011).

Asistovaná reprodukce (umělé oplodnění) – je obor moderní medicíny s využitím metod, které jsou využívány při léčbě neplodnosti. Tyto metody jsou prováděny ve specializovaných centrech dle jednotlivých příčin (Gregora a Velemínský ml., 2013).

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumné práce

Ve výzkumné části bakalářské práce bylo provedeno kvalitativní výzkumné šetření. Za pomoci individuálních rozhovorů se ženami po asistované reprodukci. Prostřednictvím rozhovorů byla zjišťována specifika v péči o těhotnou ženu po asistované reprodukci.

Otázky individuálního rozhovoru (Příloha 1- Otázky pro rozhovor) byly rozděleny do dvou základních oddílů. V první části byly ženám kladeny otázky týkající se jejich věku, vzdělání, profese a těhotenství před asistovanou reprodukcí. Druhá část rozhovoru obsahovala 9 otevřených otázek zabývajících se příčinou asistované reprodukce, metodami asistované reprodukce, zkušenostmi s centrem asistované reprodukce, prožitky těhotenství po asistované reprodukci, komplikacemi po podstoupení asistované reprodukce, finančním zatížením klientů, negativy a pozitivy, a nakonec informovaností o problematice. Pokud bylo třeba, byly ženám položeny doplňující otázky.

Rozhovory byly vedeny se ženami s trvalým pobytem na území České Republiky a probíhaly po předchozím ústním i písemném souhlasu žen. V písemné Žádosti o souhlas ke spolupráci byly ženy seznámeny s účelem sběru dat a byly důrazně seznámeny s jejich

anonymitou (viz příloha 2). Tento souhlas následně všech osm respondentek podepsalo, a to s ohledem na jejich soukromí, na předem domluvených, klidných místech.

Rozhovory byly průběžně zapisovány a následně analyzovány. Na základě získaných dat byly rozděleny do jedné hlavní kategorie a několik podkategorií. Vše za pomoci barvení textu s cílem zjistit shody v názorech a zkušenostech oslovených žen. Identifikační údaje ve výzkumné části bakalářské práce jsou znázorněny pomocí tabulky 1. Kategorie Asistovaná reprodukce je dále rozdělena do desíti podkategorií: Důvod podstupování asistované reprodukce, Metody asistované reprodukce, Prostředí centra asistované reprodukce, Personál centra asistované reprodukce, Prožívání asistované reprodukce před otěhotněním, Prožívání těhotenství po asistované reprodukci, Životaspráva v těhotenství po asistované reprodukci, Komplikace během těhotenství, Názor na finanční zatížení klientů a informovanost o asistované reprodukci. Uvedená kategorie a podkategorie jsou pro přehlednost znázorněny ve schématech. Ve výzkumné části bakalářské práce, při interpretaci získaných dat byly použity citace respondentek, které jsou v textu psány kurzívou.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumným souborem byly těhotné ženy po asistované reprodukci. Kde hlavním kritériem byla ochota ke spolupráci a podstoupení asistované reprodukce. Respondentky se lišily nejen věkem, ale i vzděláním a předchozími zkušenostmi s těhotenstvím. Bylo prováděno kvalitativní výzkumné šetření u 8 žen s trvalým pobytem na území České Republiky. Všechny oslovené respondentky vyslovily a podepsaly souhlas o spolupráci a následně informovány o jejich anonymitě. A proto byly označeny R1-R8. Souhlas o spolupráci (viz příloha 2).

4 Výsledky

4.1 Rozhovory se ženami po asistované reprodukci

Rozhovory byly prováděny se ženami po asistované reprodukci, které měly možnost

zpětně hodnotit spokojenost s ošetrovatelskou péčí po asistované reprodukci a vyjádřit se k prožívání těhotenství po asistované reprodukci. Otázky pro rozhovor (viz příloha 1).

4.2 Kategorizace dat

Na základě kategorizace dat z provedených rozhovorů byla stanovena 1 kategorie a 10 podkategorií (viz Schéma 1 Kategorie a podkategorie). Hlavní kategorie Asistovaná reprodukce má 10 podkategorií – Důvod podstoupení asistované reprodukce, Metody asistované reprodukce, Prostředí centra asistované reprodukce, Personál centra asistované reprodukce, Prožívání asistované reprodukce před otěhotněním, Prožívání těhotenství po asistované reprodukci, Životaspráva v těhotenství po asistované reprodukci, Komplikace během těhotenství, Názor na finanční zatížení klientů a Informovanost o asistované reprodukci. Tyto jednotlivé podkategorie byly uspořádány do přehledných schémat a následně popsány. V textu byly použity přímé výpovědi respondentek z rozhovorů a označené pro lepší přehlednost kurzívou.

Tabulka 1 Identifikační údaje

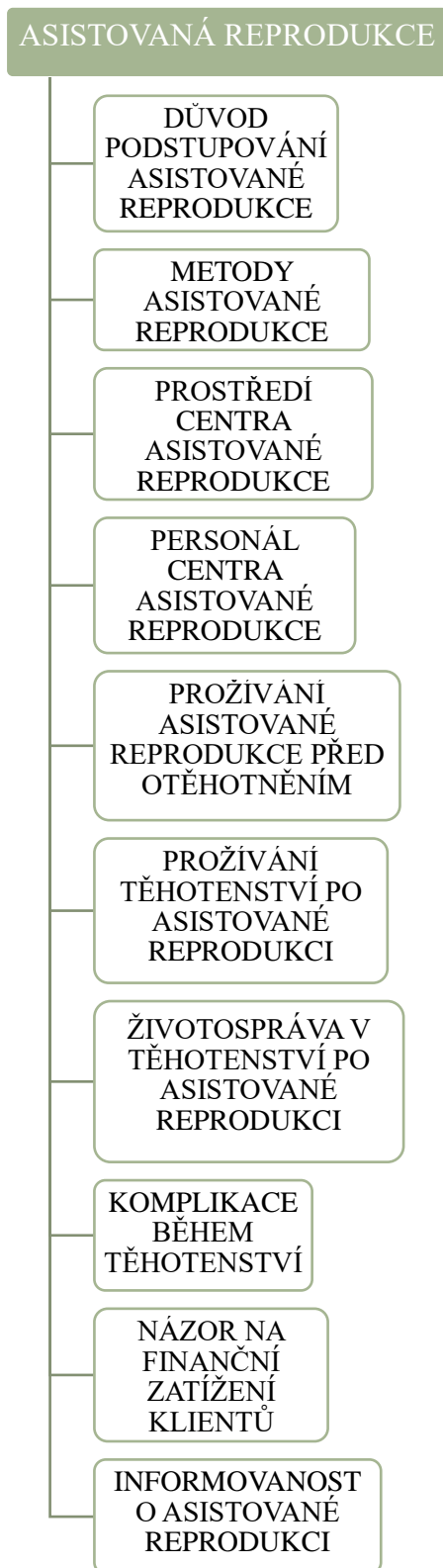
Respondentka	Věk	Vzdělání	Profese	Předchozí těhotenství, porod, potrat
R1	33 let	Vyučena	Prodavačka	Žádné
R2	31 let	VŠ	Sekretářka	Žádné
R3	30 let	VŠ	Zdravotní sestra	Žádné
R4	32 let	SŠ s maturitou	Poradkyně v marketingové agentuře	1 těhotenství, 1 porod, 2 potraty
R5	25 let	SŠ	Kuchařka	Žádné

R6	29 let	SŠ s maturitou	Bankovní poradkyně	1 potrat
R7	38 let	SŠ s maturitou	Účetní	1 těhotenství, 1 porod
R8	28 let	SŠ	Cukrářka	Žádné

Věkové rozpětí respondentek bylo od 25 do 38 let. Pro větší různorodost výzkumného vzorku byly mezi ženami prvorodičky mladšího věku (R5 25 let, R8 28 let) i prvorodičky starší (R1 33 let).

Tři z osmi žen byly středoškolsky s maturitou vzdělané (R4, R6, R7), vysokoškolské vzdělání měly 2 respondentky (R2, R3). Dále 2 respondentky udávaly středoškolské vzdělání bez maturity (R5, R8) a pouze 1 respondentka vyučena (R1). Profese respondentek byly rozmanité (viz tabulka 1).

Schéma 1: Kategorie a podkategorie



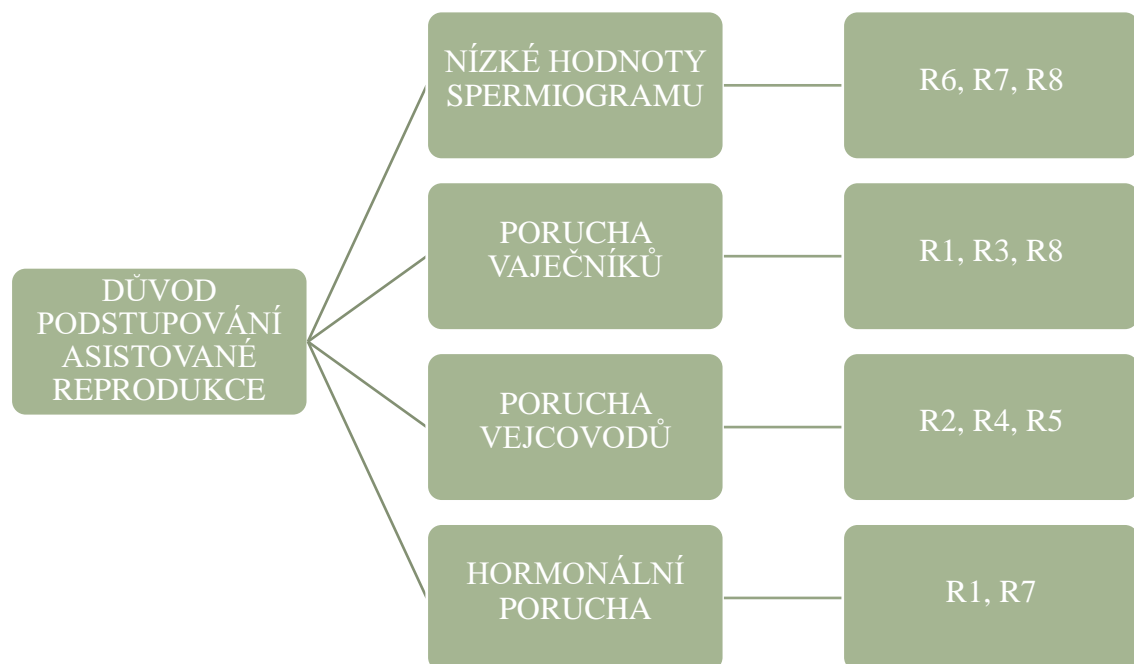
4.2.1 Kategorie Asistovaná reprodukce

Kategorie Asistovaná reprodukce obsahuje 10 podkategorií, které shrnují problematiku asistované reprodukce.

1. podkategorie Důvod podstupování asistované reprodukce

Podkategorie Důvod podstupování asistované reprodukce se zabývá konkrétními příčinami u žen, které podstoupily asistovanou reprodukci. Schéma 2 ukazuje, z jaké příčiny ženy podstoupily asistovanou reprodukci.

Schéma 2: Důvod podstupování asistované reprodukce



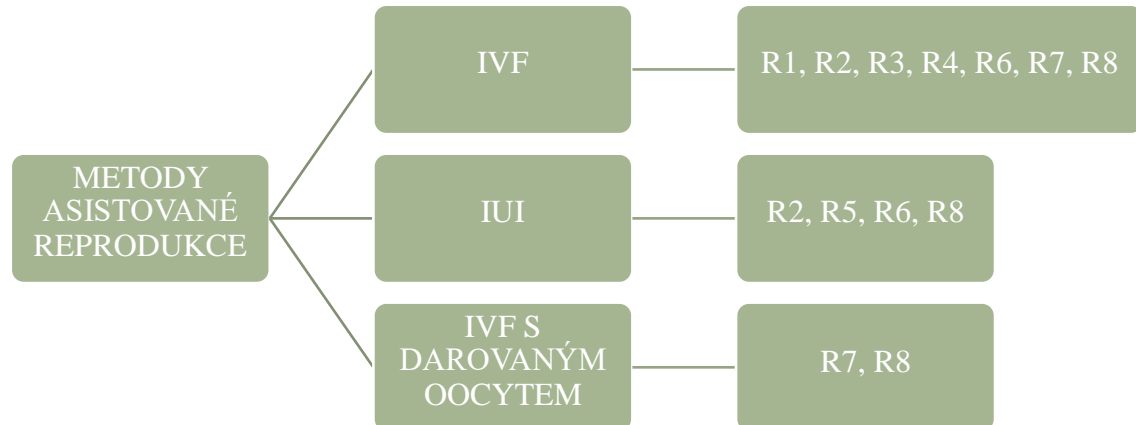
Každá z respondentek uvedla důvod, proč se jí nepodařilo otěhotnět a z jakého důvodu podstoupila ona, nebo partner asistovanou reprodukci. Nízké hodnoty spermiogramu uvedly 3 respondentici (R6, R7, R8). Kde se jednalo o partnerovo

nepłodnost. Některé respondentky podstoupily asistovanou reprodukci z několika důvodů. Zejména (R8) udala k nízkým hodnotám spermiogramu, poruchu vaječnicků. Ale i (R7) udává kromě nízkých hodnot spermiogramu, hormonální poruchy. Poruchu vaječnicků dále uvedla (R1, R3). Poruchu vejcovodů odpověděly také 3 respondentky (R2, R4, R5), u kterých se jednalo jen o tuto příčinu. Zmiňovaná hormonální porucha nastala u 2 respondentek (R1, R7). Pro celkové shrnutí více důvodů pro podstoupení asistované reprodukce měly 3 respondentky (R1, R7, R8). Pouze jeden důvod pro podstoupení asistované reprodukce mělo 5 respondentek (R2, R3, R4, R5, R6).

2. podkategorie Metody asistované reprodukce

V podkategorii Metody asistované reprodukce jsou shrnuty veškeré metody, které ženy podstoupily (viz Schéma 3).

Schéma 3: Metody asistované reprodukce



Většina žen (R1, R2, R3, R4, R6, R7, R8) podstoupila metodu IVF neboli In vitro fertilizaci. Z této většiny žen podstoupily pouze 2 respondentky metodu IVF s darovaným oocyttem (R7, R8). Jako třetí metodu, kterou respondentky uvedly byla IUI neboli Intrauterinní inseminace, kterou podstoupily 4 respondentky (R2, R5, R6, R8). Pro shrnutí pouze 1 respondentka podstoupila pouze metodu IUI (R5). Ostatní 3 respondentky,

kteře podstoupily metodu IUI, podstoupily také metodu IVF (R2, R6, R8). Navíc 1 respondentka měla navíc IVF s darovaným oocytem (R8).

3. podkategorie Prostředí centra asistované reprodukce

V podkategorii Prostředí centra asistované reprodukce jsou shrnuty názory žen na prostředí v centru asistované reprodukce, ve kterém podstoupily asistovanou reprodukci. Schéma 4 upozorňuje na negativa a pozitiva vnímaného prostředí.

Schéma 4: Prostředí centra asistované reprodukce

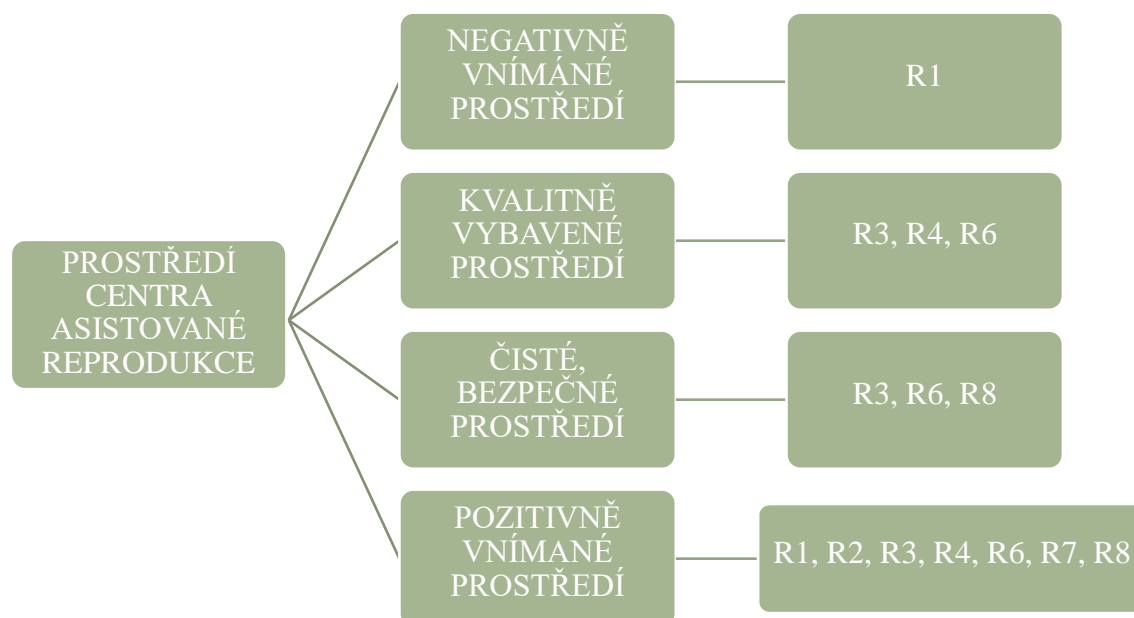


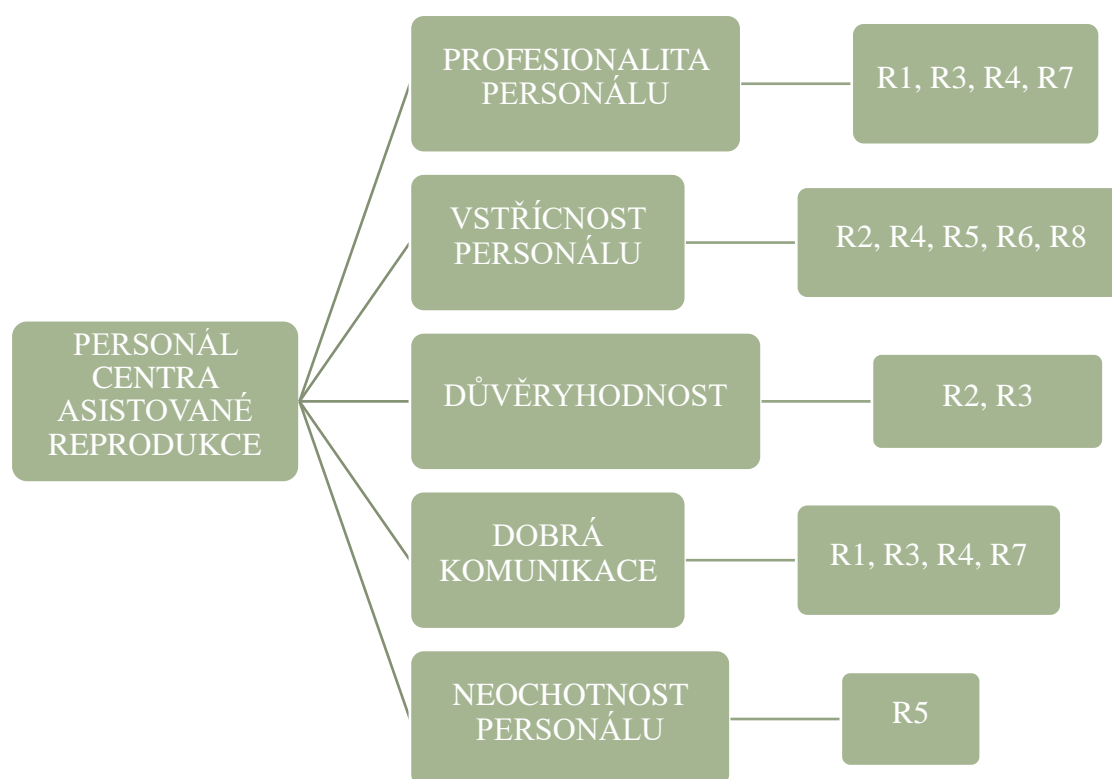
Schéma 4 popisuje názory žen na prostředí centra asistované reprodukce, kde podstoupily léčbu neplodnosti. Pouze 1 respondentka uvádí negativní vnímání na prostředí centra asistované reprodukce. A to R1, která k tomu sdělila: „Možná to tam trochu připomíná továrnu nebo závodní jídelnu.“ Ale tato respondentka zároveň popsala pozitiva prostředí, kde podstoupila asistovanou reprodukci. Naopak pozitivně vnímané

prostředí je u většiny respondentek (R1, R2, R3, R4, R6, R7, R8). Kde R8 doplnila: „Cítla jsem se tam jako na zámku, krásný nábytek, hodně květin a příjemné obrazy.“ Dále pak 3 respondentky uvedly prostředí centra asistované reprodukce jako kvalitně vybavené prostředí (R3, R4, R6) a čisté, bezpečné prostředí zaznělo u 2 stejných respondentek (R3, R6) a navíc (R8). K této otázce se pouze 1 respondentka nevyjádřila (R5). Ale ve shrnutí tohoto schématu většina respondentek byla s prostředím centra asistované reprodukce spokojena.

4. podkategorie Personál centra asistované reprodukce

V podkategorii Personál centra asistované reprodukce byl popisován přístup Personálu v centru asistované reprodukce k ženám, které následně v rozhovoru popisovaly svůj názor. Schéma 5 popisuje přístup personálu v centru asistované reprodukce k ženám, které podstoupily metody asistované reprodukce.

Schéma 5: Personál centra asistované reprodukce

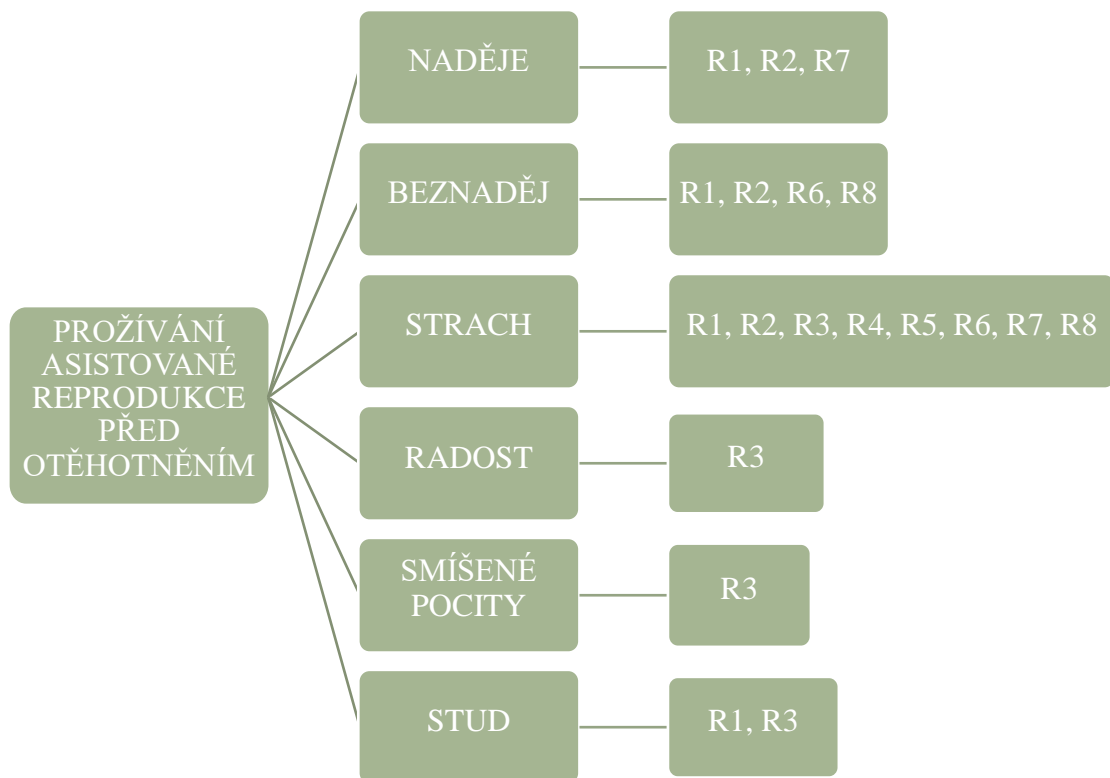


V podkategorii Personál centra asistované reprodukce schéma znázorňuje názory žen na personál centra asistované reprodukce. V této podkategorii odpovídalo všech 8 respondentek s různými názory na personál. Většina žen hodnotila pozitivně. Profesionalita personálu byla zmíněna 4 respondentkami (R1, R3, R4, R7). Některé ženy považovaly personál za vstřícný (R2, R4, R5, R6, R8), ale i důvěryhodnost, která byla 2 respondentkami popsána (R2, R3). Tyto dvě respondentky měly více názorů na personál centra, a to pouze v pozitivním duchu. Komunikace, která je v této problematice nesmírně důležitá a součástí léčby byla u 4 respondentek zmíněna (R1, R3, R4, R7). Ve shrnutí pouze 1 respondentka nebyla spokojena s chováním personálu, popsala personál jako neochotný (R5).

5. podkategorie Prožívání asistované reprodukce před otěhotněním

Tato podkategorie popisuje prožívání žen, které podstoupily asistovanou reprodukci, jejich vnímání vlastního umělého oplodnění. A popisuje pocity žen při podstupování metod asistované reprodukce. Tyto pocity jsou rozdílné, které jsou rozděleny ve schématu. Jsou zde popsány negativní i pozitivní prožitky žen.

Schéma 6: Prožívání asistované reprodukce před otěhotněním



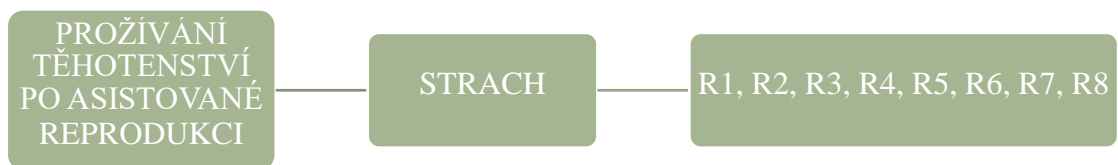
Z této podkategorie Prožívání asistované reprodukce před otěhotněním vyplívá, že všech 8 respondentek prožívalo strach (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8). Strach z něčeho, co nastane, zda se to povede. R1 dodává: „*Těhotenství je třešnička na dortu, toho, čím si musí žena podstupující umělé oplodnění projít.*“ Na druhé pozici z nejčastěji prožívaných pocitů byla beznaděj, kterou odpověděla polovina dotazovaných respondentek (R1, R2, R6, R8), ale zároveň i naděje, radost a smíšené pocity, které vystihují celkové pojetí této podkategorie. Jelikož se jedná o velmi citlivou a na psychiku náročnou věc, může zde panovat i stud, který přiznaly 2 respondentky ze všech dotazovaných žen.

6. podkategorie Prožívání těhotenství po asistované reprodukci

Tato podkategorie se zaměřuje na prožitky žen během těhotenství po asistované

reprodukcí.

Schéma 7: Prožívání těhotenství po asistované reprodukci



Na schématu 7 je popisováno prožívání těhotenství po asistované reprodukci, kde ve výsledku byla pouze jedna shodná odpověď od všech respondentek (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8). Strach, který přetrvával u žen před podstoupením asistované reprodukce a před výkonem, tak i během těhotenství po asistované reprodukci. Kde z odpovědí respondentek převládal strach z potratu.

7. podkategorie Životospráva v těhotenství po asistované reprodukci

Podkategorie 7 je jednou z nejdůležitějších pro dovršení těhotenství. V této podkategorii je popisována nejen pracovní neschopnost, ale i aktivity, strava, kouření, alkohol a pohyb, které ženy vykonávaly v době svého těhotenství po asistované reprodukci.

Schéma 8: Životospráva v těhotenství po asistované reprodukci

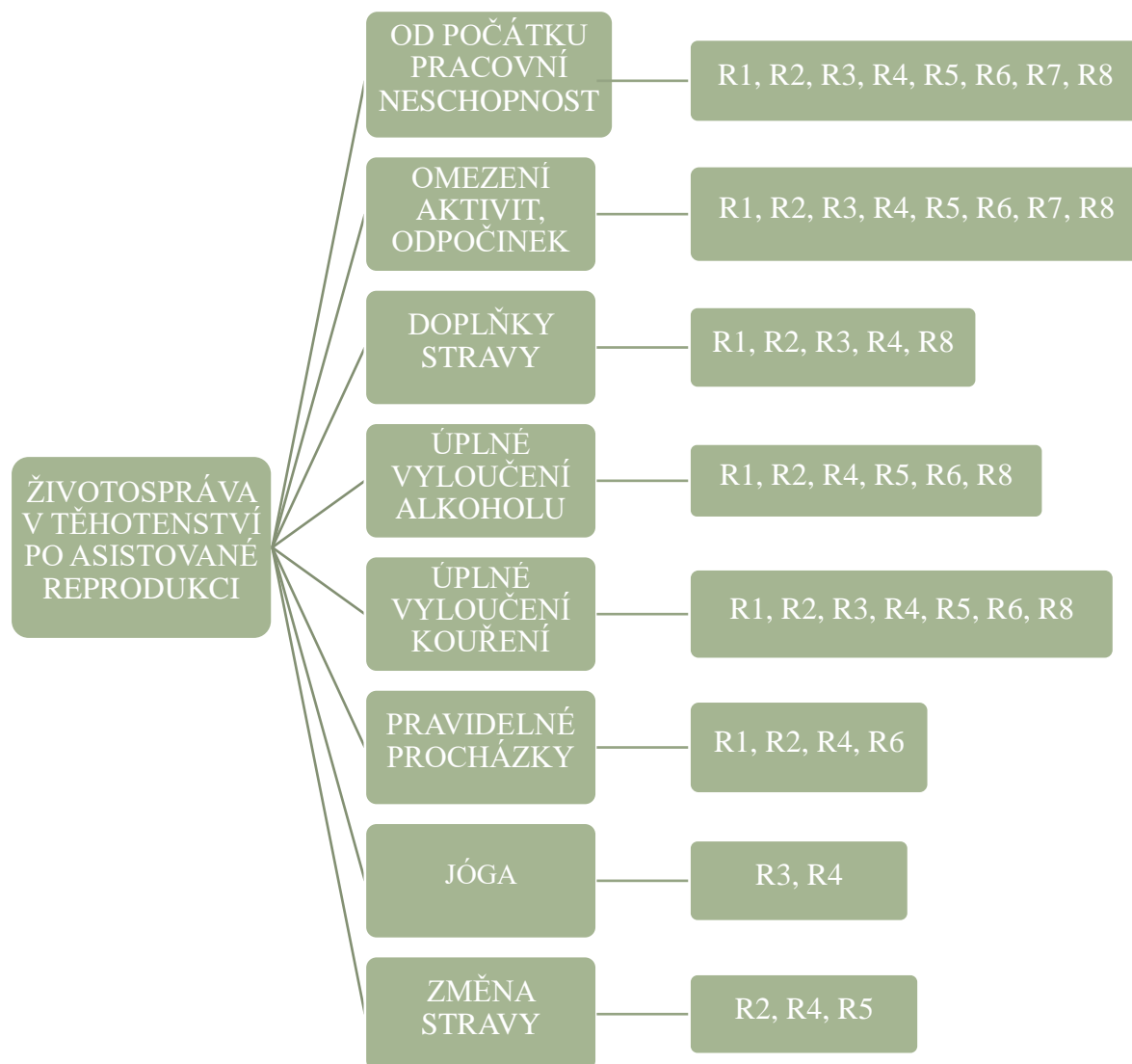


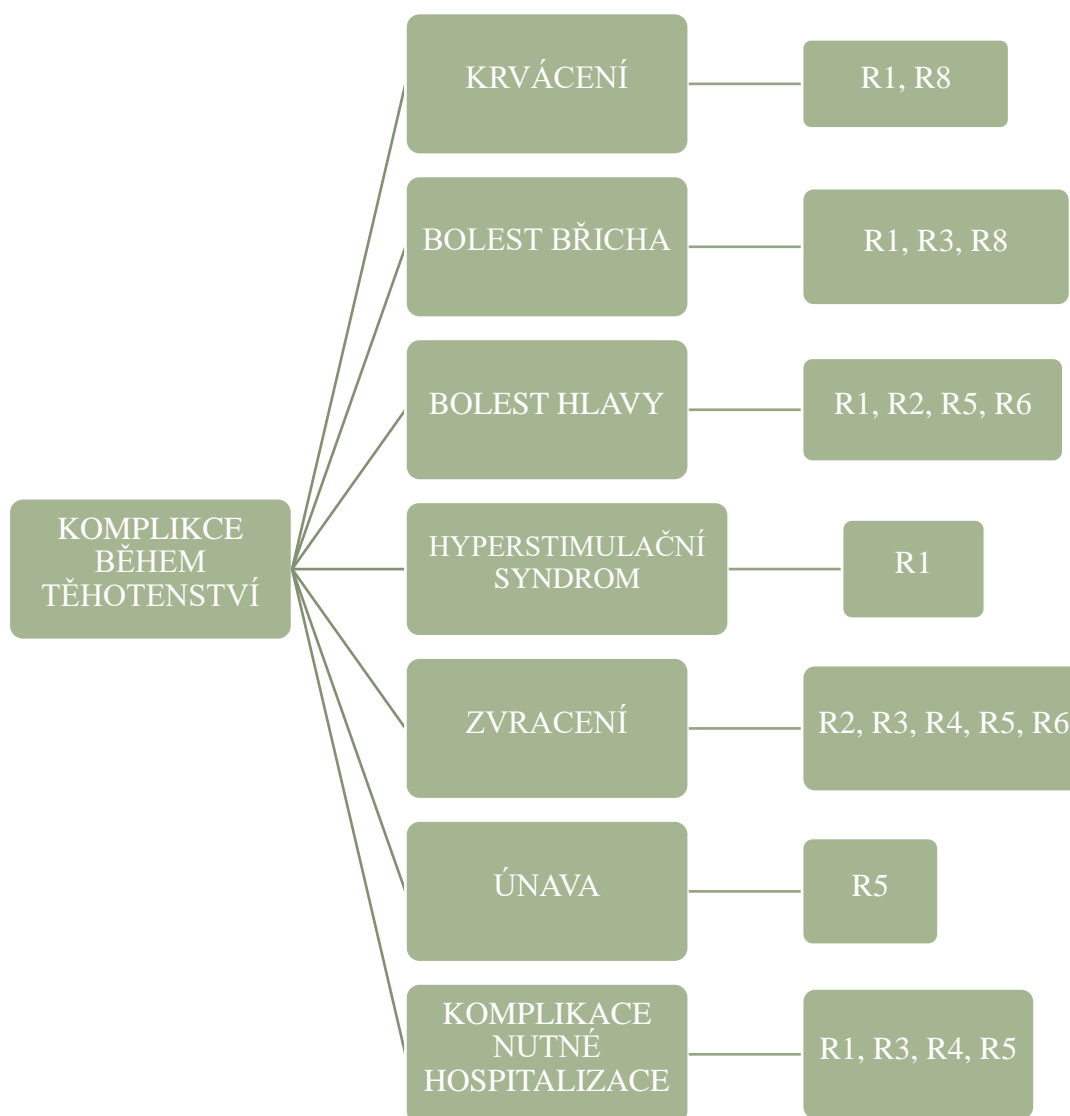
Schéma 8 je rozsáhlou složkou v bakalářské práci. Kde odpovídalo opět všech 8 respondentek. Pracovní neschopnost nastala u všech respondentek již od začátku těhotenství, po umělém oplodnění (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8). Dále všech 8 respondentek odpovědělo, že se bály sportu, pohybu, a tak u nich došlo k omezení aktivit a více odpočívaly, ale zároveň 4 respondentky doplnily, že chodily na pravidelné

procházky (R1, R2, R4, R6). V současné době je takovým trendem cvičit jógu, a to se potvrdilo i v mých rozhovorech, kde těhotné ženy po asistované reprodukci sice omezily pohyb, ale zároveň se některé z nich snažily udržet v kondici, a proto si vybíraly sporty, které jsou více bezpečné, zejména jógu, kterou odpověděly 2 respondentky (R3, R4). Co se týká samotné životosprávy, tak 5 respondentek odpovědělo, že jedlo doplňky stravy (R1, R2, R3, R4, R8). Návykové látky jako alkohol a kouření bylo v mých rozhovorech zmíněno, kde k úplnému vyloučení alkoholu došlo u 6 respondentek (R1, R2, R4, R5, R6, R8). Dvě respondentky (R3, R7) uvedly, že v minimální míře během svého těhotenství po asistované reprodukci požívaly alkohol, ale pouze bílé víno. Úplné vyloučení kouření poznamenalo 7 respondentek (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R8). Ve výsledku 1 respondentka uvedla kouření v době těhotenství po asistované reprodukci (R7). Dalším bodem byla změna stravy, která u dotazovaných respondentek nepřevažovala, pouze 3 respondentky uvedly, že u nich došlo ke změně v jídelníčku (R2, R4, R5).

8. podkategorie Komplikace během těhotenství

V této podkategorii jsou shrnuté komplikace, které zdůraznily ženy po asistované reprodukci během rozhovoru. Problematika neplodnosti nese s sebou určitá rizika, s kterými ženy podstupující asistovanou reprodukci musí počítat a měly by být s nimi seznámeny. Ale jsou zde zahrnuty i příznaky, které ženy doprovázely během léčby neplodnosti a následného otěhotnění.

Schéma 9: Komplikace během těhotenství



Většina žen (R2, R3, R4, R5, R6) uváděla jako komplikaci během těhotenství zvracení. Dalším příznakem byla bolest hlavy, kterou uvedly 4 respondentky (R1, R2, R5, R6). I bolest břicha byla ženami během rozhovoru popisována. Kterou zaznamenaly 3 respondentky (R1, R3, R8). Únava jako příznak těhotenství se objevila pouze u 1 respondentky (R5). Po podstoupení asistované reprodukce se u 2 respondentek objevilo krvácení (R1, R8), které dodaly zmiňovaný strach z potratu. Jelikož krvácení v době těhotenství po asistované reprodukci nemusí znamenat nic dobrého. Ale komplikace pro nutnou hospitalizaci nastaly u poloviny dotazovaných respondentek (R1, R3, R4, R5).

Kde nejzávažnější komplikace proběhla pouze u 1 respondentky, která uvedla hyperstimulační syndrom, který u ní nastal v počátku těhotenství a uvedla změnu komplikací s počtem pokusů zavádění embrya (R1). Pro shrnutí se s komplikací nebo spíše příznakem během těhotenství setkalo 7 respondentek (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R8). A pouze 1 respondentka neuvedla žádnou komplikaci během těhotenství po asistované reprodukci (R7).

9. podkategorie *Názor na finanční zatížení klientů*

9. podkategorie znázorňuje na schématu 10 finanční zatížení klientů v problematice asistované reprodukce. Popisuje názory žen, které podstoupily asistované reprodukce na finanční zatížení klientů.

Schéma 10: Názor na finanční zatížení klientů

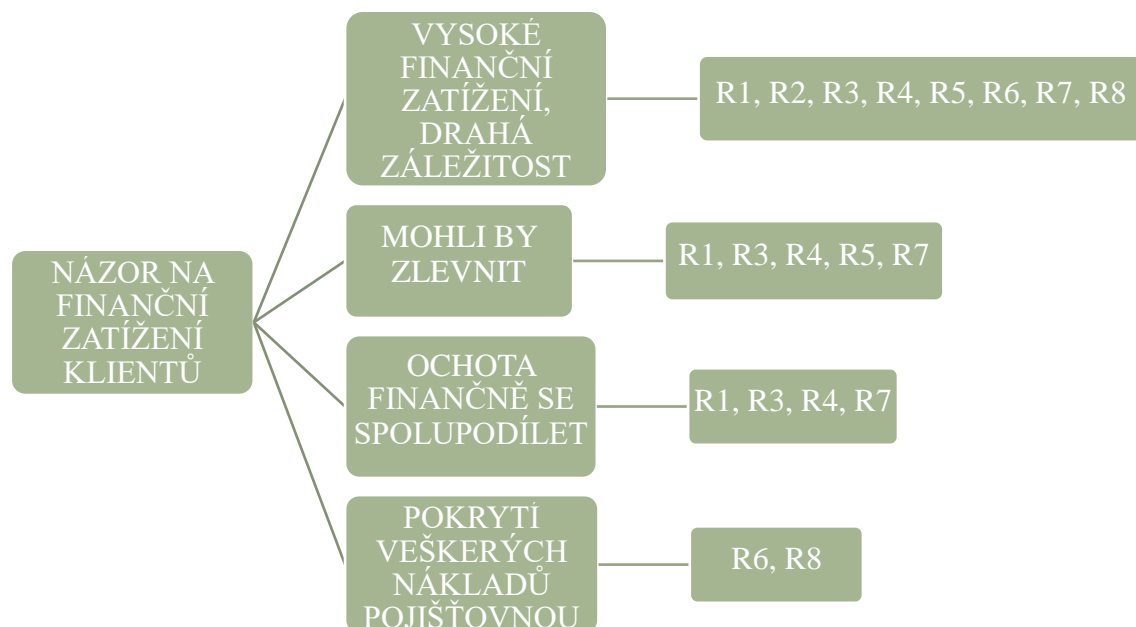


Schéma 10 popisuje finanční náročnost, která se týká problematiky asistované reprodukce. Všechny 8 respondentek se shodly na vysokém finančním zatížení (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8). Opravdu se jedná o drahou záležitost. R1 dodala: „*Bohužel centra pro asistovanou reprodukci dnes vydělávají na neštěstí lidí, ale na druhou stranu ještě, že tyto centra jsou, protože existuje spousta párů, které by bez nich zůstalo bezdětných.*“ 5 respondentek poznamenalo, že by mohly centra asistované reprodukce zlevnit (R1, R3, R4, R5, R7), při čemž 2 respondentky chtěly, aby pojišťovny hradily veškeré náklady asistované reprodukce (R6, R8). Ochotu se finančně spolupodílet tvořily 4 respondentky (R1, R3, R4, R7). Pro shrnutí názor na finanční zatížení klientů mělo všech 8 respondentek, z toho některé respondentky měly více názorů (R1, R3, R4, R6, R7, R8). Pouze jeden názor měly 2 respondentky (R2, R5).

10. podkategorie Informovanost o asistované reprodukci

V této podkategorii je shrnuta informovanost žen po asistované reprodukci. Od koho a kde ženy získávaly informace o dané problematice. Schéma 11 ukazuje kde a od koho byly ženy nejčastěji informovány.

Schéma 11: Informovanost o asistované reprodukci

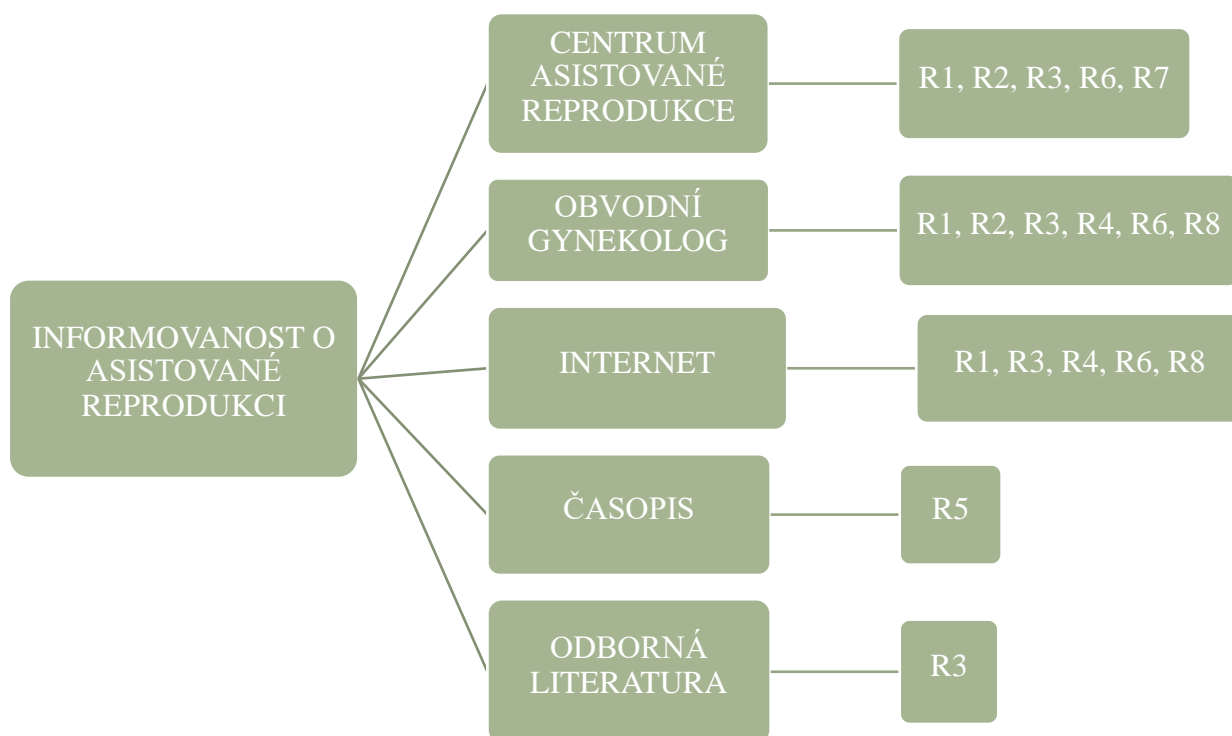


Schéma popisuje informovanost žen, které podstoupily asistovanou reprodukci. Od koho a kde získávaly potřebné informace. Obvodního gynekologa, který jim popsal prvotní informace o problematice odpovědělo 6 respondentek (R1, R2, R3, R4, R6, R8). Další dva zdroje informací, které byly nejčastěji uvedeny byl internet a centrum asistované reprodukce. Kde z internetu čerpalo 5 respondentek (R1, R3, R4, R6, R8) a informace podané centrem asistované reprodukce zdůraznilo také 5 respondentek (R1, R2, R3, R6, R7). Kde to probíhalo nejčastěji formou letáčků centra asistované reprodukce. Pouze 1 respondentka čerpala z časopisu (R5). A odborná literatura byla zmíněna také pouze u 1 respondentky (R3). Pro shrnutí bylo použito 5 zdrojů informací, z toho některé respondentky měly více zdrojů. Jeden zdroj měly pouze 2 respondentky (R5, R7). Více zdrojů informací byly použity u 6 respondentek (R1, R2, R3, R4, R6, R8).

5 Diskuse

Neplodnost je stav, kdy se ženě nepodaří z nějakého důvodu otěhotnět (Sák, 2010). Těch důvodů je hned několik. Může se jednat o neplodnost ze strany ženy, muže, nebo obou zároveň. Otová (2012) zdůrazňuje neustálé přibývání párů, které využívají možnosti reprodukční medicíny.

Výzkumné šetření se zaměřovalo na to, jaká je ošetrovatelská péče o těhotnou ženu po asistované reprodukci z pohledu těhotných žen, jaká je spokojenost žen s ošetrovatelskou péčí po asistované reprodukci, jaká jsou specifika prožívání těhotenství žen po asistované reprodukci.

Pro bakalářskou práci byl zvolen jeden hlavní cíl, který se zabýval specifiky v péči o těhotnou ženu po asistované reprodukci.

Rozhovory byly prováděny celkem s 8 ženami, a to s těmi, které podstoupily asistovanou reprodukci a následně otěhotněly a měly tak možnost hodnotit specifika prožívání těhotenství žen po asistované reprodukci a spokojenost s ošetrovatelskou péčí.

Výzkumné šetření se zaměřovalo na důvody podstupování asistované reprodukce. Ventruba (et al., 2013) tvrdí, že neplodnost je doprovázena celou řadou příčin. Respondentky ve výzkumném šetření uvedly také několik důvodů, proč musely podstoupit asistovanou reprodukci. Nejčastěji se jednalo o poruchu vejcovodů, vaječníků nebo hormonální poruchu, ale i nízké hodnoty spermiogramu byly poznamenány. Nebo dokonce šlo o kombinaci příčin. Téměř tak tvrdí i Gallová-Ulčová a Lošan (2013), že se může jednat o kombinaci příčin.

V podkategorii metody asistované reprodukce bylo zkoumáno, jaké metody ženy podstoupily, z důvodu své neplodnosti. Téměř všechny respondentky (R1, R2, R3, R4, R6, R7, R8) podstoupily metodu IVF. Kromě R5, která podstoupila metodu IUI, protože se jednalo o neprůchodnost pouze jednoho vejcovodu. Ostatní respondentky uvedly neprůchodnost obou vejcovodů nebo jiné příčiny, a proto podstoupily nejprve IUI, ale i IVF. V odpovědích respondentek mě však překvapilo, že většině byla zaváděna dvě embrya. Slezáková et al. (2011) však udává několik trendů v asistované reprodukci, zejména zdůrazňuje zavádění pouze jednoho embrya, podání nižších dávek hormonů v souvislosti s ovariální stimulací.

Dále byly zjišťovány zkušenosti s centrem asistované reprodukce. Zejména byl zjišťován přístup personálu a prostředí centra asistované reprodukce. Z tohoto výzkumného šetření bylo zjištěno, že téměř všechny respondentky (R2, R3, R4, R6, R7, R8) byly spokojené s prostředím centra asistované reprodukce. Kde R1 doplnila negativní vnímání prostředí slovy: „*Možná to tam trochu připomíná továrnu nebo závodní jídelnu.*“ A R5 se k prostředí centra asistované reprodukce vůbec nevyjadřovala. A pozitivní vnímání zaznělo od R8 takto: „*Cítila jsem se, jak kdybych byla někde na zámku, krásný nábytek, hodně květin a příjemné obrazy.*“ Personál centra asistované reprodukce byl také pozitivně hodnocen respondentkami (R1, R2, R3, R4, R6, R7, R8). Pouze R5 popsala personál jako neochotný, kde říká: „*Někdo se ke mně choval ochotně, někdo neochotně, nevím, zda to bylo mou vinou, ale v takovéto situaci by měl personál přistupovat s pokorou a příjemnou náladou.*“

Další dvě podkategorie zahrnovaly prožívání. Prožívání vlastního umělého oplození a prožívání těhotenství po asistované reprodukci. Kde R1 říká: „*Těhotenství je třešnička na dortu, toho, čím si musí žena podstupující umělé oplodnění projít.*“ Nejčastěji ženy odpovídaly naději, beznadějí či strach. Především strach z potratu. I Mannarini et al., (2013) ve svém článku popisuje, že těhotné ženy, po asistované reprodukci při porodu prožívají větší strach o bezpečí a zdraví svého dítěte a při podstoupení císařského řezu jsou více nervózní.

V podkategorii Životaspráva v těhotenství po asistované reprodukci byla pozornost věnována několika bodům. Zejména tomu, co ženám porodní asistentka vysvětlila v souvislosti s aktivitou a pohybem či úpravou stravy v době těhotenství po asistované reprodukci. A k jakému omezení či úpravě stravy u žen došlo. Dle Hanákové et al., (2015) je důležitostí váha ženy, jelikož nadváha nebo naopak podváha mohou ovlivnit otěhotnění ženy. Proto dále dodává, že by žena měla 3-6 měsíců před snahou otěhotnět udržovat stabilní váhu a vyhnout se výrazným výkyvům. Ve výzkumném šetření změnu stravy zaznamenaly 3 respondentky (R2, R4, R5). A 5 respondentek (R1, R2, R3, R4, R8) poznamenalo, že užívalo doplňky stravy v době těhotenství po asistované reprodukci. Dále dle Hanákové et al., (2015) dobrá fyzická kondice u ženy napomáhá úspěšnému otěhotnění. I z výzkumného šetření vychází, že ženy, které podstoupily asistovanou reprodukci, sice omezily aktivity, na které byly zvyklé před otěhotněním, ale dále

vykonávaly aktivity, které jsou bezpečné. Hanáková et al. (2015) doporučuje plavání, pravidelné cvičení nebo procházky přibližně 20 minut denně. Z výsledků bylo zjištěno, že 4 respondentky (R1, R2, R4, R6) chodily na pravidelné procházky. Trendem aktivit se stala jóga. To si myslím, že je přijatelná aktivita pro každou ženu, která se chce v době těhotenství udržet v kondici. Hanáková et al. (2015), a Behinová et al. (2012) tvrdí, že nadměrné požívání alkoholu a kouření zvyšuje procentuální pravděpodobnost sterility. Myslím si, že tyto návykové látky mohou hrát hlavní roli ve snaze otěhotnět. A proto mě ani nepřekvapilo, že téměř všechny respondentky uvedly úplné vyloučení alkoholu a kouření. Pouze 2 respondentky (R3, R7) uvedly pití alkoholu v minimální míře v době těhotenství po asistované reprodukci a 1 respondentka (R7) uvedla, že v době těhotenství po asistované reprodukci stále kouřila. V závěru shrnutí této podkategorie všechny respondentky (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8) uvedly, že již od počátku byly na pracovní neschopnosti.

Výzkumné šetření bylo také zaměřeno na potíže či komplikace vzniklé během těhotenství po asistované reprodukci. Ventruba et al. (2013) doporučuje při jakýchkoliv obtížích kontrolu nebo hospitalizaci těhotné ženy. Čtyři respondentky (R1, R3, R4, R5) uvedly, že musely být kvůli komplikacím hospitalizovány. A pouze u 1 respondentky (R7) neproběhly žádné komplikace.

Devátou podkategorii tvořila finanční náročnost asistované reprodukce. Především názory žen, kde všechny uvedly, že se jedná o vysoké finanční zatížení. A popsaly asistovanou reprodukci jako drahou záležitost. R1 uvedla: „*Bohužel centra pro asistovanou reprodukci dnes vydělávají na neštěstí lidí, ale na druhou stranu ještě, že tyto centra jsou, protože existuje spousta párů, které by bez nich bylo bezdětných.*“ Bohužel s tímto názorem souhlasím.

Výzkumným šetřením byla také informovanost o asistované reprodukci. A s pozitivním výsledkem. Ženy byly správně informovány o problematice neplodnosti. A to prostřednictvím několika zdrojů (centrum asistované reprodukce, obvodní gynekolog, internet, časopis a odborná literatura). Některé ženy uvedly i více zdrojů, z kterých čerpaly správné informace o asistované reprodukci. Žádná z respondentek neuvedla negativní postoj na zdroj, z kterého čerpala.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala ošetrovatelskou péčí o těhotnou ženu po asistované reprodukci. Zároveň také v úvodu obecnou problematikou neplodnosti a metodami asistované reprodukce. Hlavním cílem bylo zjistit specifika v péči o těhotnou ženu po asistované reprodukci. V souvislosti s tímto cílem byly položeny tři výzkumné otázky. A to, jaká je ošetrovatelská péče o těhotnou ženu po asistované reprodukci z pohledu těhotných žen, jaká je spokojenost žen s ošetrovatelskou péčí po asistované reprodukci, jaká jsou specifika prožívání těhotenství žen po asistované reprodukci.

Z výzkumného šetření vyplývá, že nejčastější metodou asistované reprodukce je IVF. prostředí a personál centra asistované reprodukce byl z většiny pozitivní. Co se týká prožívání asistované reprodukce před otěhotněním, a především po podstoupení asistované reprodukce převládá u žen strach. Životospráva těhotných žen po asistované reprodukci u většiny žen byla beze změny jídelníčku a s omezením aktivit. Zmiňované komplikace v minimální míře nastaly, ale u většiny žen ve formě příznaků. Nutná hospitalizace nastala u poloviny dotazovaných žen. Ve výsledcích bylo zjištěno vysoké finanční zatížení této problematiky. Posledním bodem byla informovanost o asistované reprodukci, kde odpovědi byly různorodé.

Výsledky výzkumného šetření mohou být použity především jako informační materiál pro ženy s problematikou neplodnosti. Kde budou informovány o poskytované péči po asistované reprodukci. Nebo pro porodní asistentky, které se mohou zaměřit na to, zda dostatečně plní svou roli porodní asistentky. Další možné využití může být v časopisech nebo odborné literatuře.

7 Použité zdroje

- 1) BEHINOVÁ, M., et al., 2012. *Nová velká kniha o mateřství: od početí do věku 3 let*. 3. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2816-5.
- 2) CIAMPAGLIA, W., COGNIGNI, G. E., 2015. *Clinical use of progesterone in infertility and assisted reproduction*. Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology, Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 94, 17–27, doi: 10.1111/aogs.12770.
- 3) ČIHÁK, R., 2013. *Anatomie. 3., upr. a dopl. vydání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4788-0.
- 4) FIALA, P., et al., 2015. *Stručná anatomie člověka*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2693-2.
- 5) GALLOVÁ-ULČOVÁ Z., LOŠAN P., 2013. *Neplodnost, útok imunity. 2., akt. a dopl. vydání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-45555-8.
- 6) GIDLÖF, S., 2015. *Use of progesterone in female reproduction: tradition and trends*. Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology, Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 94, 1–2.
- 7) GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ M., 2013. *Čekáme dítětko. 2., aktualiz. vyd.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3781-2.
- 8) GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ M., 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3081-3.
- 9) HÁJEK, Z., et al., 2014. *Porodnictví. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

- 10) HAMPTON, K. D., et al., 2012. *Fertility-awareness knowledge, attitudes, and practices of women seeking fertility assistance*. Journal of Advanced Nursing 69(5), 1076–1084. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06095.x.
- 11) HANÁKOVÁ, T., et al., 2015. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. aktualizované vydání. Brno: CPress. ISBN 978-80-264-0755-3.
- 12) HENRY, A., et al., 2015. *Pregnancy outcomes before and after institution of a specialised twins clinic: a retrospective cohort study*. BMC Pregnancy and Childbirth 15:217, doi: 10.1186/s12884-015-0654-5.
- 13) HUANG L. S., et al., 2011. *The pregnancy health and birth outcomes of women who underwent assisted reproductive technology: Results of a national survey*. Iranian Journal of Reproductive Medicine Vol.9. No.4. pp: 269-27.
- 14) IVF Czech Republic s.r.o. 2017. *Ceník kliniky reprodukční medicíny a gynekologie Zlín*. [cit.2017-03-27] Dostupné z: <http://www.ivf-zlin.cz/>
- 15) LUKÁŠ, K., et al., 2014. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5067-5.
- 16) MANNARINI, S., et al., 2013. *A Rasch-based dimension of delivery experience: spontaneous vs. medically assisted conception*. Journal of Clinical Nursing, 22, 2404–2416, doi: 10.1111/jocn.12264.
- 17) MARDEŠIĆ, T., et al., 2013. *Diagnostika a léčba poruch plodnosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4458-2.
- 18) ORON, G., et al., 2015. *Yoga as a complementary treatment for patients undergoing IVF treatment*. Reproductive BioMedicine Online 30, 542–548, doi: 10.1016/j.rbmo.01.011.

- 19) OTOVÁ, B., MIHALOVÁ, R., 2012. *Základy biologie a genetiky člověka*. V Praze: Karolinum. ISBN 978-80-246-2109-8.
- 20) PAŘÍZEK, A., 2015. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-213-8.
- 21) PLEVOVÁ, I., et al., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.
- 22) PLEVOVÁ, I., et al., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3558-0.
- 23) ROKYTA, R., et al., 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4867-2.
- 24) ROZTOČIL, A., et al., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2832-2.
- 25) ŘEŽÁBEK, K., 2014. *Asistovaná reprodukce*. 2., aktualiz. a doplň. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-396-1.
- 26) SÁK, P., 2010. *Vybrané kapitoly z gynekologie pro porodní asistentky*. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-235-9.
- 27) SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3373-9.
- 28) ŠKURLA, M., 2016. Sanatorium Sanus-Centrum asistované reprodukce-Jihlava. Dostupné z: <http://www.sanus.cz/>

29) ŠRÁMKOVÁ, T., 2013. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4453-7.

30) VENTRUBA, P., et al., 2013. *Průvodce léčbou poruch plodnosti: informační příručka programu asistované reprodukce*. Brno: Gynekologicko-porodnická klinika Lékařské fakulty Masarykovy univerzity. ISBN 978-80-210-6343-3.

31) WEISS, P., et al., 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2492-8.

8 Seznam zkratek

CPS	Kapsle
ČAS	Česká asociace sester
ČKPA	Česká konfederace porodních asistentek
FSH	Folikulostimulující hormon
ICSI	Intracytoplazmatická injekce spermií
IUI	Umělá inseminace
IVF	In vitro fertilizace
LH	Luteinizační hormon
MESA	Mikrochirurgická aspirace spermií
OHSS	Hyperstimulační syndrom
PGD	Preimplantační genetická diagnostika
TBL	Tablety
TESE	Extrakce spermií
UNIPA	Unie porodních asistentek

9 Seznam příloh

Příloha 1- Otázky pro rozhovor

Příloha 2- Žádost o souhlas ke spolupráci

Příloha 3- Ceník financování IVF

Příloha 1- Otázky pro rozhovor (s ženami po asistované reprodukci)

1. ODDÍL – VŠEOBECNÉ INFORMACE

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jakou profesi vykonáváte?
4. Byla jste těhotná, rodila jste nebo došlo k potratu, než jste podstoupila asistovanou reprodukci?

2. ODDÍL – OTÁZKY TÝKAJÍCÍ SE ASISTOVANÉ REPRODUKCE

1. Z jaké příčiny podstupujete asistovanou reprodukci?
2. Jaké metody asistované reprodukce jste podstoupila a kolikrát?
3. Popište mi prosím Vaši zkušenost s centrem asistované reprodukce?
4. Jak jste prožívala těhotenství po asistované reprodukci?
5. Jaké komplikace se u Vás objevily po podstoupení asistované reprodukce?
6. Jak vnímáte finanční zatížení klientů?
7. Setkala jste se s něčím negativním?
8. Setkala jste se s něčím pozitivním?
9. Kde, od koho jste získala informace o problematice asistované reprodukce?

Zdroj: vlastní

Příloha 2- Žádost o souhlas ke spolupráci

Žádost o souhlas ke spolupráci (těhotné ženy po asistované reprodukci)

Vážená respondentko,
jmenuji se Michala Budínová a studuji třetí ročník bakalářského studijního programu
Porodní asistence na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých
Budějovicích. V rámci studia zpracovávám bakalářskou práci na téma Ošetrovatelská
péče o těhotnou ženu po asistované reprodukci. Tímto bych Vás chtěla požádat o
spolupráci za účelem sběru dat pro výzkumnou část bakalářské práce.

Se získanými daty bude zacházeno dle platných etických norem a bude zachována
jejich anonymita.

Děkuji za Váš čas a ochotu spolupracovat.

V Českých Budějovicích dne.....

.....
Podpis respondentky

.....
Podpis studentky

Zdroj: vlastní

CENÍK KLINIKY REPRODUKČNÍ MEDICÍNY A GYNEKOLOGIE ZLÍN

Ceník stanoví ceny za léčebné výkony poskytnuté na Klinice reprodukční medicíny a gynekologie ve Zlíně. Ceník je platný pro **pacienty – pojištěnce**, jejichž pojišťovna některý z uvedených výkonů našemu zařízení nenasmlovala a taková péče je přesto pacientem po upozornění na tuto skutečnost vyžádána za přímou úhradu, nebo kdy stanoví ceny za **nadstandardní výkony**, které žádná ze zdravotních pojišťoven nehradí a pacient je hradí samostatně.

Legenda: A – hrazeno pojišťovnou, N – nehrazeno pojišťovnou, D – doplatek k úhradě pojišťovnou, A/I – k úhradě zdravotní pojišťovnou je nutná indikace lékaře

ASISTOVANÁ REPRODUKCE

Kompletní IVF cyklus – balíček se slevou (zahrnuje IVF, nadstandardní kultivaci a AH, nebo prodlouženou kultivaci, ICSI do 10 oocytů); sleva 3.000,- Kč	40.000,- Kč	N
IVF cyklus s darovanými oocyty – pacienti pojištění u ZP, kteří nesplňují podmínky pro úhradu IVF cyklu zdravotní pojišťovnou <i>Včetně: konzultace, plán léčby, stimulační léky pro dárkyni do výše úhrady ZP, monitorování IVF cyklu, odběr vajíček, oplodnění vajíček metodou ICSI, PK, AH, ET, léky nutné k synchronizaci dárkyně a příjemkyně, náhrada výdajů dárkyni</i> <i>Cena nezahrnuje: doplatek za stimulační léky (gonadotropiny) nad úhradu ZP, aGnRH, darované spermie, kryokonzervace embryí, PGD, MESA/TESE</i>	79.500,- Kč	N
IVF cyklus s darovanými oocyty – pacienti, kteří splňují podmínky pro úhradu IVF cyklu zdravotní pojišťovnou <i>Včetně: konzultace, plán léčby, stimulační léky pro dárkyni do výše úhrady ZP, monitorování IVF cyklu, odběr vajíček, oplodnění vajíček metodou ICSI, PK, AH, ET, léky nutné k synchronizaci dárkyně a příjemkyně, náhrada výdajů dárkyni</i> <i>Cena nezahrnuje: doplatek za stimulační léky (gonadotropiny) nad úhradu ZP, aGnRH, darované spermie, kryokonzervace embryí, PGD, MESA/TESE</i>	38.000,- Kč	N
Konzultace IVF pro samoplátce (1 hodina; včetně UZ) <i>Pokud se pacient rozhodne pro léčbu, bude mu částka odečtena z ceny IVF léčby.</i>	2.500,- Kč	N
IUI – intrauterinní inseminace – doplatek pro pojištěnce	1.500,- Kč	D
IUI – intrauterinní inseminace – samoplátce	2.600,- Kč	N
IFI – intrafolikulární inseminace	3.700,- Kč	N
Minimální stimulace (ev. nativní cyklus) bez ICSI s embryotransferem	13.000,- Kč	N

Každý oplozený oocyt v rámci minimální stimulace (ev. nativního cyklu) meto- dou ICSI	1.000,- Kč	N
Každý oplozený oocyt v rámci minimální stimulace (ev. nativního cyklu) meto- dou PICSI	1.500,- Kč	N
Prodloužená kultivace embrya(i) při minimální stimulaci (3.-5.den)	3.000,- Kč	N
Prodloužená kultivace embrya(i) při minimální stimulaci v médiích Embryo- Gen a BlastGen	6.000,- Kč	N
Minimální stimulace (ev. nativní cyklus) bez embryotransferu	6.000,- Kč	N
Minimální stimulace (ev. nativní cyklus) přerušovaný před odběrem	2.500,- Kč	N
Kryoembryotransfer (KET) – transfer zamražených vlastních embryí	5.000,- Kč	N
KET – DE – transfer jednoho zamraženého darovaného embrya	23.000,- Kč	N
KET – DE – transfer dvou zamražených darovaných embryí	35.000,- Kč	N
ICSI – (intracytoplasmatická injekce spermie) do 2 oocytů	3.000,- Kč	N
ICSI – 3-10 oocytů	8.000,- Kč	N
ICSI – každý další oocyt nad 10	1.000,- Kč	N
PICSI – do 10 oocytů	11.000,- Kč	N
PICSI – každý další oocyt	1.500,- Kč	N
Embryoscope – permanentní monitoring embryí	5.000,- Kč	N
AH – asistovaný hatching	3.000,- Kč	N
Kultivace embryí do stadia blastocysty	9.000,- Kč	N
Kultivace embryí do stadia blastocysty v médiích EmbryoGen a BlastGen	13.000,- Kč	N
Nadstandardní kultivace	6.000,- Kč	N
Embryogluce	3.000,- Kč	N
Aplikace intralipidové infuze	1.000,- Kč	N
ERA test – 1. vzorek	24.000,- Kč	N
ERA test – 2. vzorek	19.500,- Kč	N
ERA test – 3. vzorek	11.000,- Kč	N
Kryokonzervace embryí a spermíí – první 2 pejetý – uchování po dobu prvních dvanácti měsíců zdarma	5.000,- Kč	N

Kryokonzervace embryí a spermií – každá další pejeta	1.000,-Kč	N
Kryokonzervace spermií a embryí bez STD testů (příp. s pozitivními STD testy)	8.200,- Kč	N
Vitrifikace oocytů – první dvě pejety - uchování po dobu prvních dvanácti měsíců zdarma	13.000,- Kč	N
Vitrifikace oocytů – každá další pejeta	1.000,- Kč	N
Vitrifikace oocytů bez STD testů (příp. s pozitivními STD testy) - uchování po dobu prvních dvanácti měsíců zdarma	16.200,- Kč	N
Spermie dárce	4.000,- Kč	N
Prodloužení uchování zmražených embryí/oocytů/spermií – roční jednorázový nevratný poplatek	1.200,- Kč	N
Uchování zmražených embryí/oocytů/spermií s pozitivními STD testy nebo bez STD testů (na jeden rok)	4.000,- Kč	N
Vyšetření spermiogramu – pojištění	150,- Kč	D
Vyšetření spermiogramu – samoplátci	800,- Kč	N
MACS – magneticky aktivované třídění buněk	6.000,- Kč	N
Vyšetření integrity akrozomu	800,- Kč	N
DNA fragmentace spermií	2.000,- Kč	N
Hotelový pokoj**** pro odběr spermatu	1.000,- Kč	N
Import vzorků na naši kliniku v rámci ČR vč. ročního uchování do <i>300 ujetých km</i>	3.000,- Kč	N
Import vzorků na naši kliniku v rámci ČR vč. ročního uchování nad <i>300 ujetých km</i>	4.000,- Kč	N
Export vzorků z naší kliniky – administrativní poplatek	1.000,- Kč	N

PREIMPLANTAČNÍ GENETICKÁ DIAGNOSTIKA

Vyšetření metodou Array CGH/NGS (1 embryo)	7.000,- Kč	A/I
Vyšetření metodou Array CGH/NGS (4 embrya)	27.000,- Kč	A/I
Vyšetření metodou Array CGH/NGS (5 embryí)	34.000,- Kč	A/I

Vyšetření metodou Array CGH/NGS (6 embryí)	41.000,- Kč	A/I
Vyšetření metodou Array CGH/NGS (7–8 embryí)	47.000,- Kč	A/I
Vyšetření metodou Array CGH/NGS (každé další embryo)	7.000,- Kč	A/I
Odběr trofektodermu včetně kryokonzervace embrya(i) - 1-4 embrya[□]	14.000,- Kč	A/I
Odběr trofektodermu včetně kryokonzervace embrya(i) - každé další embryo[□]	1.000,- Kč	A/I
[□] - hradí pacient, kterému PGD/PGS nehradí zdravotní pojišťovna s výjimkou PGD monogenních chorob		
Kryokonzervace embrya(i) - 1-4 embrya^{□□}	5.000,- Kč	N
Kryokonzervace embrya(i) - každé další embryo^{□□}	1.000,- Kč	N
^{□□} - hradí pacient, kterému PGD/PGS hradí zdravotní pojišťovna		
PGD – TRANSLOKACE (FISH) – cena pro samoplátce, včetně odběru blastomery	35.000,- Kč	A/I [□]
[□] pojištěným pacientům hrazeno plně ze zdravotního pojištění		

OPERAČNÍ SÁL

Hysteroskopie (bez narkózy) - samoplátci	10.000,- Kč	A
HyCoSy (vyšetření průchodnosti vejcovodů) – doplatek pro pojištěnce	1.900,- Kč	D
HyCoSy (vyšetření průchodnosti vejcovodů) – samoplátci	2.400,- Kč	N
Kyretáž	1.500,- Kč	A
Pobyt na denním stacionáři (při výkonech jiných než IUI, IFI, IVF či MESA/TESE)	500,- Kč	N
Punkce cysty pod UTZ kontrolou	950,- Kč	A
MESA/TESE – mikrochirurgický zisk spermií z nadvarlete/ varlete	15.000,- Kč	N
Anestezie – doplatek pro pojištěné pacienty	400,- Kč	D
Anestezie – samoplátci	2.000,- Kč	A
Fetoredukce – pacienti kliniky, pojištěnci (vč. narkózy a stacionáře)	2.500,- Kč	D

UROLOGICKÁ VYŠETŘENÍ

Komplexní vyšetření urologem bez UTZ	350,- Kč	N
Cíleně zaměřené vyšetření urologem	250,- Kč	N
UTZ vyšetření tří a více orgánů v několika rovinách	320,- Kč	N

LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

STD (testy na pohlavně přenosné choroby)	2.000,- Kč	A/I
Kompletní hormonální vyšetření (LH, FSH, E2, PRL, PRG, T3, T4, TSH)	1.200,- Kč	A/I
Hormonální vyšetření: FSH, LH, E2, Pg, Prl, Testosteron	750,- Kč	A/I
Hormonální vyšetření štítné žlázy: T3, T4, TSH	550,- Kč	A/I
Hormonální vyšetření během stimulace: LH, E2, Pg	550,- Kč	A/I
Těhotenský test rozšířený: E2, hCG, Pg	550,- Kč	A/I
Těhotenský test z krve: hCG	300,- Kč	A/I
AMH (Anti-Mullerian hormon)	700,- Kč	N
Krevní skupina + Rh faktor	400,- Kč	A/I
Krevní skupina + Rh faktor + I. protilátky	550,- Kč	A/I
Imunologie protilátková	1.700,- Kč	A/I
NK buňky (buněčná imunologie)	900,- Kč	A/I
Chlamydia trachomatis z moči, krve nebo čípku děložního PCR metodou	1.400,- Kč	A/I
Mycoplasma species z čípku děložního PCR metodou	1.400,- Kč	A/I
Ureaplasma species z čípku děložního PCR metodou	1.400,- Kč	A/I
Jaterní testy	250,- Kč	A/I
Koagulace	500,- Kč	A/I
Moč chemicky a mikroskopicky	120,- Kč	A/I
Krevní obraz bez diff.	120,- Kč	A/I
Krevní obraz + diff.	250,- Kč	A/I
CRP	200,- Kč	A/I
CA 125, HE4	900,- Kč	A/I
CA 19-9	550,- Kč	A/I
CEA	250,- Kč	A/I
Folát	400,- Kč	A/I
Toxoplasmosa	1.200,- Kč	A/I
Histologické vyšetření vzorku při HSK (2 vzorky)	900,- Kč	A/I
Trombofilní mutace (FV Leiden, FII Protrombin a dvě mutace v MTHFR – C677T, A1298C)	3.600,- Kč	A/I
Trombofilní mutace rozšířené (FV Leiden, FV R2, FII Protrombin a dvě mutace v MTHFR – (C677T, A1298C), FXIII, PAI-1, ECPR	5.000,- Kč	A/I
Karyotyp	4.500,- Kč	A/I
Cystická fibróza – 35 mutací + Tn + TGn polymorfismus	5.000,- Kč	A/I
Mikrodelece Y	2.400,- Kč	A/I
Syndrom fragilního chromozómu X (FRAXA) – zhodnocení ovariální rezervy	3.500,- Kč	A/I

GYNEKOLOGIE – AMBULANTNÍ VÝKONY

Gynekologické vyšetření	500,- Kč	A
Onkologická cytologie	150,- Kč	A/I
Mimořádná konzultace s gynekologem /1 hodina	1.000,- Kč	A
UTZ na žádost pacientky	400,- Kč	A
Kolposkopie	200,- Kč	A
Kolposkopická expertíza	450,- Kč	A
Aplikace depotní antikoncepce	150,- Kč	N
Předpis léků k oddálení menses na vyžádání	200,- Kč	N
Jednorázové gynekologické zrcadlo	40,- Kč	N
Zavedení nitroděložního tělíska	1.000,- Kč	N
UTZ fotografie	50,- Kč	N
Vakcinace	100,- Kč	N
Lokální analgezie	100,- Kč	N
Sepsání žádosti k přerušení těhotenství vč. UZ	1.000,- Kč	N
Vstupní prohlídka do zaměstnání	500,- Kč	N
Vstupní prohlídka do zaměstnání vč. UTZ	800,- Kč	N
Mamograf	800,- Kč	A/I
Malý administrativní výkon	100,- Kč	N
Výpis ze zdravotnické dokumentace	150,- Kč	N
Zhotovení kopie A4 – černobílá	3,- Kč	N
Nahlížení do zdravotnické dokumentace – každých 30 min.	200,- Kč	N
Náklady spojené s vyhledáním a předáním ZD – každých 30 min.	200,- Kč	N

Zdroj: IVF Czech Republic s.r.o. 2017. *Ceník kliniky reprodukční medicíny a gynekologie Zlín*. [cit.2017-03-27] Dostupné z: <http://www.ivf-zlin.cz/>