



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Těhotenství u ženy s asistovanou reprodukcí

Bakalářská práce

Studijní program:

PORODNÍ ASISTENCE

Autor: Sabina Dusilová

Vedoucí práce: Mgr. Romana Belešová

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „**Těhotenství u ženy s asistovanou reprodukcí**“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b 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 jejích 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 2. 4. 2018

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí této práce, Mgr. Romaně Belešové, za spolupráci a potřebné rady. Další poděkování patří respondentům, kteří se podíleli na výzkumné části této práce. Dále bych také ráda poděkovala svému příteli a rodině za podporu a trpělivost.

Těhotenství u ženy s asistovanou reprodukcí

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou těhotenství u ženy s asistovanou reprodukcí. Pojem asistovaná reprodukce je v dnešní době hodně diskutované téma, protože každým rokem se zvyšuje počet neplodných párů. Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části se budeme zabývat neplodností u žen a neplodností u mužů. V dalších kapitolách jsme se zaměřili na asistovanou reprodukci a její druhy. V neposlední řadě jsme se zabývali riziky spojenými s asistovanou reprodukcí, těhotenstvím po AR a etikou.

Cílem bakalářské práce je zjistit postoje porodních asistentek k asistované reprodukci. K tomuto cíli byly vytvořeny výzkumné otázky: 1. Jak porodní asistentky vnímají asistovanou reprodukci? 2. Jak přistupují porodní asistentky k péči o těhotnou ženu po asistované reprodukci?

Výzkumné šetření bylo prováděno v měsících duben a září v roce 2017. Kvalitativní výzkum byl prováděn polostrukturovaným rozhovorem s porodními asistentkami a nekvalifikovanými jedinci. Rozhovory byly prováděny s devíti porodními asistentkami, které pracují na ošetrovatelské jednotce rizikového těhotenství. Mezi další dotazované patřili čtyři muži a čtyři ženy bez odborného vzdělání. Respondenti byli ve věku 22 – 54 let. Dotazovaní respondenti pracují ve městech České Budějovice, Praha, Ostrava a Brno. Výzkum probíhal s dotazovanými na základě jejich souhlasu s podepsáním „Žádosti o souhlas ke spolupráci“. Tato žádost respondentům zaručuje anonymitu a zacházení se získanými informacemi dle etických norem.

Od respondentů byly na začátku rozhovoru zjištěny identifikační údaje. Během rozhovoru byli respondenti dotazováni na problematiku asistované reprodukce. Konkrétně na komplikace asistované reprodukce, metody asistované reprodukce, postoje porodních asistentek k asistované reprodukci a názory porodních asistentek k redukci embryí. Rozhovory porodních asistentek vedly k péči o ženu po asistované reprodukci a k péči o ženy s OHSS. Dále byly zkoumány názory porodních asistentek na informovanost žen a na změněné potřeby žen po asistované reprodukci.

Rozhovory byly v celém průběhu nahrávány. Rozhovory byly následně přepsány a analyzovány metodou barvení v textu. Na základě analýzy dat byly stanoveny dvě

hlavní kategorie a jejich podkategorie. První hlavní kategorie Asistovaná reprodukce byla rozdělena do tří podkategorií, které se nazývaly Metody asistované reprodukce, Komplikace asistované reprodukce a Postoje porodních asistentek k asistované reprodukci. Druhá hlavní kategorie Péče porodní asistentky o ženu po asistované reprodukci byla rozdělena do tří podkategorií s názvy Specifika v péči u žen po AR, Poskytování informací ženám po AR a Změněné potřeby žen po AR.

Porodní asistentky se s problematikou asistované reprodukce setkávají relativně často a vnímají ji pozitivně. Porodní asistentky, které mají osobní zkušenosti s asistovanou reprodukcí (u sebe, přátel či v rodině), vnímají asistovanou reprodukci lépe než porodní asistentky, které se s touto problematikou setkaly při klinické praxi. Ženy, které podstoupily AR, jsou lépe seznámeny s touto problematikou než PA. Naopak muži se problematikou asistované reprodukce nezabývají. Dotazované porodní asistentky upozorovaly, že ženy po asistované reprodukci mají změněné potřeby, zejména pocit jistoty a bezpečí. Z výzkumného šetření vyplynulo, že porodní asistentky znají rizika spojená s asistovanou reprodukcí a částečně znají péči o ženy po asistované reprodukci. Respondentky se také domnívají, že ženy po asistované reprodukci jsou dostatečně informovány o problematice AR. Výzkumné šetření poukázalo, že každá porodní asistentka je osobnost a může problematiku asistované reprodukce vnímat jinak. Nadále z výzkumného šetření vyplynulo, že ženy po asistované reprodukci mají vyšší sklon ke komplikacím v těhotenství, a z tohoto důvodu jsou častěji kontrolovány u gynekologů a v centrech asistované reprodukce. Výsledek této bakalářské práce může být prezentován na odborných konferencích či může být publikován v odborných časopisech.

Klíčová slova

Asistovaná reprodukce; edukace; neplodnost; oocyt; porodní asistentka; reprodukční zdraví; rizikové těhotenství; spermie; žena

Pregnancy through assisted reproduction

Abstract

Bachelor thesis deals with pregnancy through assisted reproduction. The topic of assisted reproduction is nowadays very discussed, because the number of infertile couples increases, thus there is also a higher attendance of infertility centres. The bachelor thesis is divided into a theoretical part and a practical part. In the theoretical part I dealt with female infertility and male infertility. In the following chapters, I focused on assisted reproduction and its types. Last but not least, I dealt with the risks associated with assisted reproduction and its ethics.

The aim of the bachelor thesis is to find out the attitudes of midwives towards assisted reproduction. To fulfil this aim, following research questions were developed: 1. How do midwives perceive assisted reproduction? 2. How do midwives approach the care for a pregnant woman after assisted reproduction?

The research was conducted in April and September 2017. The qualitative research was carried out by means of semi-structured interview with midwives and unqualified public. The interviews were conducted with nine midwives who work at a nursing unit of risk pregnancy. The other respondents were four men and four women without professional education. Respondents were aged 22 - 54 years. Interviewed respondents work in Budweis, Prague, Ostrava and Brno. The research was conducted with respondents on the basis of their consent, by signing "Request for Co-operation Agreement". This request guarantees the midwives their anonymity and also handling the obtained information according to ethical standards.

At the beginning of the interview, respondent's identification data were obtained. During the interview, respondents were asked about assisted reproduction issues. Specifically, the complications of assisted reproduction, assisted reproduction methods, midwives' attitudes to assisted reproduction and their opinions on embryo reduction. The interviews then led to the topic of care for a woman after an assisted reproduction and the care for women with OHSS. The opinions of midwives on the awareness of women and changing needs of women after assisted reproduction were also examined.

The interviews were recorded on an audio device throughout their whole duration. The conversations were subsequently rewritten and analysed by the method of highlighting

in the text. Based on the analyses obtained, two main categories and their sub-categories were set. The first main category Assisted reproduction was divided into three subcategories called Methods of assisted reproduction, Complications of assisted reproductions, and Attitudes of midwives towards the AR. The second main category Nursing care for a woman after AR was divided into three subcategories called Specifics in care for women after AR, Providing information for women after AR and Changed needs of women after AR.

Midwives encounter assisted reproduction relatively often and perceive it positively. Midwives, who have personal experience with assisted reproduction (either by themselves, or friends, family), perceive it better than midwives who have encountered this problem only in their practice. Women who underwent AR are better acquainted with this issue than PA. On the contrary, men do not deal with assisted reproduction issues. Interviewed midwives have found out that women have altered needs after assisted reproduction, especially a sense of security and safety. The research has shown that midwives are aware of the risks associated with assisted reproduction and are partly aware of the care for women after the AR. Respondents also think that women are well informed about AR issues after assisted reproduction. A research survey has shown that each midwife is a personality and can perceive the issue of assisted reproduction differently. Furthermore, from the research occurred, that women after AR tend more often to have complications throughout their pregnancy, therefore they are examined more often, either at obstetrician's, or at centres of assisted reproduction. The result of this bachelor's thesis can be presented at professional conferences or published in professional journals.

Key words

Assisted reproduction; education; infertility; ovum; midwife; reproductive health; risky pregnancy; sperm; woman

Obsah

1	Současný stav	11
1.1	Početí a oplození	11
1.2	Charakteristika neplodnosti	12
1.2.1	Ženská neplodnost	13
1.2.2	Mužská neplodnost	14
1.2.3	Diagnostika neplodnosti	15
1.2.4	Léčba neplodnosti	16
1.3	Asistovaná reprodukce	17
1.3.1	Intrauterinní inseminace	18
1.3.2	In vitro fertilizace	19
1.3.3	Metoda GIFT	19
1.3.4	Preimplantační genetická diagnostika embryí	20
1.3.5	Kryokonzervace	20
1.3.6	Asistovaný hatching	21
1.3.7	Možnost darování gamet	21
1.4	Rizika asistované reprodukce	22
1.4.1	Spontánní potrat	23
1.4.2	Hyperstimulační syndrom	23
1.4.3	Předčasný porod	25
1.4.4	Vícečetné těhotenství	25
1.4.5	Mimoděložní těhotenství	26
1.5	Těhotenství po asistované reprodukci	27
1.6	Etika asistované reprodukce	29
1.7	Legislativa asistované reprodukce	30
1.8	Financování asistované reprodukce	31
2	Cíl práce a výzkumné otázky	32
2.1	Cíl práce	32
2.2	Výzkumné otázky	32
2.3	Operacionalizace pojmů	32
3	Metodika	34
3.1	Metodika výzkumu	34
3.2	Výzkumný soubor	35

4	Výsledky výzkumu	36
5	Diskuze	51
6	Závěr.....	58
7	Použité zdroje	59
8	Seznam příloh.....	65
9	Seznam zkratk	77
10	Seznam cizích slov.....	79

Úvod

Téma této bakalářské práce je „Těhotenství u ženy s asistovanou reprodukcí“. Toto téma jsem si vybrala, protože jsem se s touto problematikou setkala přímo ve svojí rodině i mezi přáteli.

Těhotenství je krásné období ženina života. V jejím těle vzniká nový život a nespočet žen chce tento pocit zažít. Avšak mnoho žen by období těhotenství nemohlo prožívat z důvodu neplodnosti. V současnosti známe několik metod k léčbě neplodnosti. Problematika neplodnosti jednoho z partnerů či obou má vzestupnou tendenci. V dnešní urychlené době mají lidé nekonečné možnosti. Mohou studovat, cestovat či budovat svoji kariéru a zakládání rodiny odsouvají na pozdější dobu. Pokud žena po roce pravidelného nechráněného pohlavního styku neotěhotní, tak je předána do odborné péče. U žen v pozdějším věku se mnohdy rok nečeká a diagnostika s léčbou neplodnosti začíná dříve. Čas je neúprosný a léčba neplodnosti může mít různou délku. Pokud uplyne rok či dva a potomek stále nikde, páry často začínají být již bezradné. Je to velice těžká situace, která vyžaduje velkou trpělivost.

Neplodnost žen a mužů může mít různé příčiny, které byly definovány v teoretické části bakalářské práce. Dále byly v práci popisovány definice asistované reprodukce a další pojmy s ní spojené. V bakalářské práci jsou popsány podmínky asistované reprodukce a informace o metodách asistované reprodukce (například intrauterinní inseminace, in vitro fertilizace, metoda GIFT, preimplantační genetická diagnostika embryí, kryokonzervace, asistovaný hatching a možnost darování gamet). Pokud u ženy dojde k otěhotnění pomocí metod asistované reprodukce, tak je žena vystavena rizikům s tím spojených. Mezi rizika asistované reprodukce patří vícečetné těhotenství, hyperstimulační syndrom, spontánní potrat, předčasný porod a mimoděložní těhotenství.

Ve výzkumné části bakalářské práce jsme zjistili postoje porodních asistentek k asistované reprodukci a přístup porodních asistentek v péči o těhotnou ženu po asistované reprodukci.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Početí a oplození

Mardešić (2013) uvádí, že ženské zárodečné buňky zrají ve vaječnicích a v polovině menstruačního cyklu dochází k odpoutání jednoho oocytu (k ovulaci) a vajíčko je dál posouváno do vejcovodů, kde dochází k oplození (maximálně však do šestnácti hodin po ovulaci). Dále je oocyt posouván do dělohy (Gregora, Velemínský, 2011). Největší počet folikulů, zhruba sedm miliónů, je v pátém měsíci intrauterinního vývoje (Mardešić, 2013). Novorozené děvče má do 472 000 folikulů, v reprodukčním věku ženy správně dozraje jen asi 400 folikulů, během života se nové folikuly nevytváří (Mardešić, 2013). Oocyt je největší buňka v lidském těle a spermie je naopak nejmenší buňka v lidském těle (Hanáková et al., 2015).

Mužské zárodečné buňky vznikají v semenných kanálcích u varlat a skládají se z hlavičky a bičíku, který jim umožňuje pohyb (Fiala et al., 2015). Spermie jsou obsaženy v ejakulátu, kterého je 2 až 6 mililitrů, přičemž v jednom mililitru je obsaženo 20 až 120 miliónů spermií (Hanáková et al., 2015).

K oplodnění dochází po pohlavním styku, kdy do ženského pohlavního systému (Příloha 1) vniknou spermie a alespoň jedna z nich pronikne do ženské pohlavní buňky a oplodní ji. Do oocytu pronikne nejčastěji pouze jedna spermie, která při proniknutí do oocytu ztratí svůj bičík (Hanáková et al., 2015). Slípka (2012) uvádí, že po spojení obou pohlavních buněk by měl být plný diploidní počet, 46 chromozomů neboli 26 párů, poslední pár určuje pohlaví (zejména mužská pohlavní buňka). Chromozom X určuje ženské pohlaví a chromozom Y určuje mužské pohlaví (Slípka, 2012). Po oplodnění dochází k mnoha dělením (Hanáková et al., 2015). Hájek et al. (2014) uvádí, že spojením jádra vajíčka a spermie vzniká zygota (produkuje humánní choriový gonadotropin), která se dále dělí a vzniká morula (Příloha 2). Hanáková et al. (2015) uvádí, že čtvrtý den se buňky uhnízdí do dělohy, 5. až 6. den vzniká v děloze blastocysta (podobá se váčku) a koncem prvního týdne těhotenství se blastocysta vnoří do stěny dělohy (tento děj se nazývá nidace). Druhý týden po oplození je blastocysta plně zanořena do sliznice dělohy a již třetí týden po oplození začíná embryonální období a začátek organogeneze (Hanáková et al., 2015). Období plodu (fetus) nastává v devátém týdnu těhotenství (Hájek et al., 2014).

Těhotenství je období v životě ženy, při kterém dochází ke spojení ženské a mužské pohlavní buňky. Trvá zhruba 40 týdnů (Pařízek, Honzík, 2015). Těhotenství je ukončeno porodem, při kterém se narodí živý novorozenec s minimální hmotností 500 gramů (Hájek et al., 2014).

1.2 Charakteristika neplodnosti

Téma neplodnosti je v dnešní době velice aktuální, protože problém s početím má 20 % párů v České republice (Rampík, © 2014). Ve světovém měřítku má problém s početím 15 % partnerů (WHO, © 2016). I když je mnoho párů neplodných, tak dnešní medicína pomůže 95 % z nich (Rampík, © 2014). Za neplodnost je z 40 % odpovědný muž, ve 40 % žena a z 20 % mají podíl oba partneři. Z 5 % se příčina neplodnosti nezjistí, avšak spermioqramy u mužů jsou každým rokem horší, tudíž lze předpokládat, že v budoucnosti bude hlavní problém právě zde (Gregora, Velemínský, 2013). S přibývajícím neplodností je zaznamenán velký vývoj v biotechnice (Šmídová, et al., 2015).

Neplodnost dělíme na primární a sekundární (Heřmanová, 2012). Primární neplodnost je definována jako neschopnost počít dítě během jednoho roku při pravidelném nechráněném styku (Heřmanová et al., 2012). K početí dítěte by mělo dojít u 95 % partnerů zhruba do třinácti měsíců (Gregora, Velemínský ml., 2013). Sekundární neplodnost je obdobná, rozdílem je, že páru se v minulosti již přirozeně podařilo přivést svého potomka na svět (Heřmanová et al., 2012).

K oplodnění nedochází, pokud alespoň u jednoho z partnerů byla stanovena diagnóza sterility (Mardešić, 2013). Naopak u infertility k otěhotnění dojde, ale z různých důvodů je žena neschopna donosit životaschopný plod do konce těhotenství a opětovně potráci (Gregora, Velemínský ml., 2013).

Merck Serono (2015) uvádí, že mezi rizikové faktory vedoucí k neplodnosti u žen patří kouření, alkohol a drogy (ovlivňují hladinu estrogenů), dále obezita a nadváha (ovlivňují ovulaci). Dalším z faktorů ovlivňující plodnost jsou léky (ovlivňují hladiny hormonů), nadměrné cvičení a stres (způsobují problémy s ovulací) a pohlavně přenosné nemoci, které způsobují jizvy v pohlavních orgánech (Merck Serono, 2015). Největším již zmiňovaným rizikovým faktorem je věk ženy (Řežábek, 2014).

Mezi rizikové faktory ovlivňující mužskou neplodnost patří kouření, drogy, alkohol, nadváha, obezita, stres (snižují počet spermií), léky (negativně ovlivňují hladinu pohlavních hormonů), zvýšená teplota varlat (snižuje se produkce spermií), chemické látky, přičemž některé druhy lubrikačních gelů mohou působit toxicky pro spermie (Merck Serono, 2015). V dnešní době se také začíná vyskytovat nový fenomén, který může mít špatný vliv na plodnost, a tím je nedostatek času na sex (Gregora, Velemínský, 2013).

Avšak i přes tato výše uvedená rizika naprostá většina kuřáků/kuřaček a obézních s oplodněním problémy nemá (Řežábek, 2014). Vyšetření a léčba neplodných párů probíhá ve specializovaných centrech a ambulancích, v České republice je na léčbu neplodnosti zaměřeno 43 odborných center (Rampík, © 2014).

Poznávání faktorů neplodnosti u ženy a muže závisí na nejmodernějších vyšetřovacích metodách v oborech gynekologie, endokrinologie, imunologie, andrologie, sexuologie, urologie, psychologie, genetiky v mnoha dalších oborech (Ulčová-Gallová, Lošan, 2013). S nárůstem neplodnosti se také prohlubuje úroveň znalostí v oblasti početí až na stupeň molekulární genetiky (Ulčová-Gallová, Lošan, 2013).

1.2.1 Ženská neplodnost

Ženy velice často ve fertilním věku zatouží mít potomka. V současné době se věková hranice početí posunuje výše. Dle Statistického úřadu byl v roce 2011 průměrný věk rodiček v České republice u prvního dítěte 28,3 let a v Jihočeském kraji 28,0. V roce 2015 uvedl statistický úřad průměrný věk prvorodiček 28,9 a v Jihočeském kraji 28,3 (Příloha 3). Ve věku od 19 do 25 let je žena nejplodnější (Ulčová-Gallová, Lošan, 2013). Se zvyšujícím se věkem klesá plodnost ženy a to z důvodu, že v reprodukčním věku ženy dozraje jen asi 400 folikulů a další folikuly se již nevytváří, tudíž by ženy rodičovství neměly odkládat (Mardešić, 2013).

IVF Zlín (© 2016) uvádí, že mezi nejčastější příčiny ženské neplodnosti patří ovariální faktor, přičemž příčina je ve vaječniku (jsou zde hormonální poruchy, a z toho důvodu nemohou ve vaječniku dozrát folikuly, tudíž nedochází k ovulaci). Fyziologický cyklus je ovlivněn hormony FSH (folikuly se stimulačním hormonem) a LH (luteinizačním hormonem), které produkuje přední lalok hypofýzy (Hájek et al., 2014). Sekrece uvedených dvou hormonů je řízena GnRH (gonadotropiny uvolňujícím

hormonem), který je vedený z hypotalamu a ovlivňuje také progesteron a krevní hladiny (Hájek et al., 2014). K poruše ovulace může dojít, pokud není vaječník citlivý na běžné hladiny hormonů v krvi (Rampík, © 2014).

Dalším důvodem neplodnosti je tubární faktor (IVF Zlín, © 2016). Jedná se o příčinu způsobenou uzavřením vejcovodů, nejčastěji tento problém vzniká u žen s endometriózou, po prodělaných gynekologických zánětech či při vrozených vývojových vadách (IVF Zlín, © 2016).

Následující příčinou neplodnosti je endometrióza (je to přítomnost ložisek děložní sliznice mimo její běžnou lokalizaci), což může vést k adhezi, srůstům vejcovodů či k narušení imunologických mechanismů, které nepříznivě ovlivňují oplodnění a implantaci embrya (IVF Zlín, © 2016). V České republice trpí endometriózou 250 000 žen a 30-50 % z nich je z tohoto důvodu neplodných (Flaws, 2016).

IVF Zlín (© 2016) uvádí, že neplodnost ovlivňuje také imunologický faktor (výskyt imunologických protilátek nepříznivě ovlivňuje pohyb spermií a díky tomu dochází k narušení procesu splnutí spermie a vajíčka nebo může být negativně ovlivněn vývoj časného embrya). Posledním faktorem neplodnosti je genetická porucha, při které se vyskytují poruchy v chromozomální výbavě (IVF Zlín, © 2016).

1.2.2 Mužská neplodnost

U muže nejplodnější období neexistuje, protože je geneticky doloženo, že i zdraví staří muži mohou ženu oplodnit (Ulčová-Gallová, Lošan, 2013). Je to umožněno tím, že u mužů probíhá spermatogeneze až do vysokého věku (Mardešić, 2013). Vývoj spermií řídí tři základní hormony: FSH (folikostimulující hormon), LH (luteinizační hormon) a testosteron (Sadler, 2011). FSH má vliv na Sertoliho buňky a napomáhá tím k vytváření spermií, LH pomáhá ve vytváření testosteronu v Leydigových buňkách (Sadler, 2011).

Uhlířová (2012) uvádí, že mužská neplodnost je zapříčiněna oligospermií (to je méně než patnáct miliónů spermií na jeden mililitr spermatu) či astenospermií (nedostatečná pohyblivost spermií, kdy spermie nejsou schopny dostat se k vajíčku). IVF Zlín (© 2016) zveřejnilo, že porucha může být u morfologie spermií (špatný tvar spermií brání proniknutí do obalu oocyty) i u azoospermie (nepřítomnost spermií v ejakulátu, přičemž příčinou může být porucha transportu spermií či dokonce chybějící produkce spermií). Další problém může nastat při pohlavním styku, při kterém může dojít k poruše

ejakulace nebo impotenci (Uhlířová, 2012). K poruše plodnosti může dojít u mužů po zánětech, úrazech, operacích nebo onkologické terapii (Uhlířová, 2012). V neposlední řadě za neplodnost zodpovídají i genetické poruchy, a to konkrétně poruchy v chromozomální výbavě nebo při cystické fibróze (IVF Zlín, © 2016).

Muži snášejí neplodnost mnohem hůře než ženy. Nedokáží si připustit, že právě oni ovlivňují nedosažení oplodnění, domnívají se, že zklamali nejen svou partnerku, ale i svou mužnost (Slepičková, 2015).

1.2.3 Diagnostika neplodnosti

Ke stanovení diagnózy neplodnosti u partnerů je potřeba vyčkat dvou let (kdy při pravidelném nechráněném pohlavním styku nedojde k početí), ale tato lhůta se nedodrhuje a začíná se s vyšetřením a léčbou dřív (Řežábek, 2014). Nadále Řežábek (2014) uvádí, že důvodem nedodržování stanovené lhůty je především věk žen (u žen nad 35 let se mnohdy nečeká ani jeden rok, protože plodnost ženy v tomto roce prudce klesá). Ačkoliv k vyšetření plodnosti přichází první žena, mnohdy se vyšetřuje první muž, protože stanovení diagnózy u muže je jednodušší a rychlejší než u ženy (Ulčová-Gallová, Lošan, 2013). Neplodnost se zjišťuje z podrobných vyšetření a dle získaných informací získá lékař přehled o možné příčině neplodnosti a navrhne případnou nejvhodnější léčbu (IVF Zlín, © 2016).

Diagnostický proces u ženy začíná získáním informací z osobní anamnézy, ve které zjišťujeme například to, jak dlouho nedochází k početí, v jakém časovém rozmezí provozuje žena nechráněný pohlavní styk a s jakou frekvencí (Řežábek, 2014). Důležité je se zeptat na dodržování zdravého životního stylu a tělesnou hmotnost partnerů (Merck Serono, 2015). Řežábek (2014) zveřejnil ve své publikaci, že další dotaz směřuje k pravidelnosti menstruace a k trvání menstruačního cyklu, k jiným závažným onemocněním či k prodělaným operacím a také se ptáme na léky užívané v minulosti i nyní (především kortikoidy, antikoncepci, psychofarmaka, cytostatika a anabolika).

Diagnostika neplodnosti u ženy se skládá z palpačního vyšetření a z ultrazvukového vyšetření malé pánve (provádí se přes pochvu s frekvencí 7,5MHz), při kterém se sledují vaječníky, růst folikulů, přítomnost cyst a také se zobrazuje děloha, její tvar, velikost, popřípadě myomy, výška či stav sliznice (IVF Zlín, © 2016). Porodní asistentka odebere ke stanovení hladiny hormonů žilní krev ženě 1.–3. den menstruace

(IVF Zlín, © 2016). Díky tomuto vyšetření zjistíme stav hladiny FSH, LH, Anti-Mülleriánského hormonu (informuje o zásobě vajíček), prolaktin a hormonů štítné žlázy (IVF Zlín, © 2016). Merck Serono (2015) uvádí, že mimo jiné se provádí vyšetření buněčné aktivity (především u infertility) a imunologické vyšetření (vyšetření protilátek proti spermii, vajíčkům, embryím a antifosfolipidové protilátky). Posledním vyšetřením je genetické vyšetření, při kterém se vyšetřují chromozomy. Výsledkem je informace o genetické výbavě (IVF Zlín, © 2016). Provádí se ojediněle HSG (hysterosalpingografie) pomocí RTG s kontrastní látkou, kdy zjišťujeme tvar dutiny děložní a průchodnost vejcovodů (Merck Serono, 2015). Mnohdy jsou využívána i jiná vyšetření, jako hysteroskopie (nejčastěji se provádí po menstruaci pomocí hysteroskopu) a laparoskopické vyšetření, při němž se sledují vaječníky, vejcovody a povrch dělohy (Merck Serono, 2015).

Diagnostika neplodnosti začíná sběrem informací z osobní anamnézy muže (Řežábek, 2014). Porodní asistentka a lékař se ptají na závažná onemocnění, prodělané operace, léky užívané nyní i v minulosti a na případnou léčbu kryptorchismu (Řežábek, 2014). Muž se vyšetřuje fyzikálně (varlata, šourek, prostata), porodní asistentka odebírá krev ke zjištění hladiny hormonů (FSH a testosteronu) a provádí se UZ vyšetření, které může zobrazit případné změny v pohlavních cestách (Řežábek, 2014). Základním testem je spermioqram, pomocí něhož se zjišťuje počet spermií, tvar spermií a jejich pohyblivost (Merck Serono, 2015). Odběr ejakulátu probíhá nejčastěji v centrech ve speciálních místnostech, kde je možná i přítomnost partnerky (Řežábek, 2014). Muž by měl dodržovat před odběrem 2-3 denní sexuální abstinenci (Merck Serono, 2015). Pokud nelze získat ejakulát ve zdravotnickém zařízení, je možnost donést jej z domova (Merck Serono, 2015). Po odebrání se nechá sperma 30 minut zkapalnit a poté může být proveden výzkum vzorku (Řežábek, 2014).

1.2.4. Léčba neplodnosti

Léčba je zvolena dle druhu patologie (Řežábek, 2014). Desjardins-Simon (2015) uvádí, že každý z partnerů je důležitým účastníkem léčby neplodnosti. Léčení u partnerů může začít až na základě písemné žádosti (Příloha 4), která nesmí být starší jak šest měsíců (Jonášová, 2013). Léčba je vybírána dle nejmenší náročnosti, časové a finanční zátěže partnerů, dále je léčba stanovena dle věku ženy, jelikož s vyšším věkem je používána

intenzivnější léčba (Řežábek, 2014). Neplodnost je léčena konzervativně (medikamenty), chirurgicky a metodami asistované reprodukce (Uhlířová, 2012).

Merck Serono (2015) uvádí, že co se týká konzervativní léčby neplodnosti, tak nejčastěji dochází k úpravě hladiny hormonů pomocí medikamentů (hormonální léčba). Může však dojít i k chirurgické léčbě z důvodů uzávěru vejcovodů (zavedení katétru do vejcovodu), laparoskopickému odstranění endometriózy, srůstům či polypům (Merck Serono, 2015).

Konzervativní léčba u mužů probíhá nejčastěji pomocí medikamentů, které upravují hladiny hormonů štítné žlázy (hypofunkce narušuje spermatogenezi), hladiny sérových hormonů, plazmatického testosteronu a gonadotropinů (Uhlířová, 2012). K chirurgické léčbě se přistupuje u varikokély (rozšíření žilních pletení v šourku), při které dochází ke zvýšené teplotě a může být snížena tvorba spermií (Uhlířová, 2012). Při neprůchodnosti mužských pohlavních cest je operace prováděna velice šetrně pod mikroskopem (Merck Serono, 2015).

Léčba neplodnosti není kontraindikována u podvázání vejcovodů (sterilizaci ženy) a po vasektomii (sterilizaci muže), jelikož se může přistoupit k rekonstrukční mikrochirurgické operaci (Merck Serono, 2015). Avšak i při zdařilé rekonstrukci nemusí být plodnost plně navrácena (Merck Serono, 2015).

Nejčastěji využívaná metoda v léčbě neplodnosti, které se budeme věnovat v následující kapitole, je asistovaná reprodukce (Gregora, Velemínský ml., 2013).

1.3 Asistovaná reprodukce

Asistovaná reprodukce je souhrnný pojem pro metody, při kterých dochází k početí u párů, které nemohou počít své dítě přirozenou cestou. Řežábek (2014) uvedl, že asistovaná reprodukce (AR) je souhrn všech postupů, které vedou k oplodnění pomocí laboratorního ošetření pohlavních buněk ženy a muže. AR je medicínský obor, pracující se spermiemi, oocyty a embryi mimo tělo člověka (Řežábek, 2014).

Dne 25. července 1978 nastal průlom v asistované reprodukci, narodilo se první dítě pomocí metody IVF (Roztočil et al., 2011). Dívka jménem Louisa se narodila třicetileté ženě Lesley Broenové v Anglii (Roztočil et al., 2011). V České republice se první dítě

metodou IVF narodilo o šest let déle ve Fakultní nemocnici Brno dne 29. října 1982 (Kazimour, 2017).

K asistované reprodukci přistupujeme, pokud je prokázána narušená plodnost (minimálně u jednoho z páru), u pokročilého reprodukčního věku ženy a u poruchy transportu oocytů do dělohy (Pronatal, © 2017). AR vyžaduje spoluúčast partnerů na úhradě léčby, protože vše není hrazeno pojišťovny (Slezáková, 2011). Úspěšnost těchto metod je zhruba 25-30 % (Gregora, Velemínský ml., 2013). V současnosti se v České republice rodí 4 % dětí pomocí asistované reprodukce, přičemž 2 % dětí metodou IVF (Kazimour, 2017).

Slezáková (2011) uvádí, že v dnešní době jsou v asistované reprodukci nové trendy, a to v aplikaci nižší dávky hormonů při stimulaci ovárií pomocí injekčního pera (podobá se inzulinovému peru). V případě onkologického onemocnění ženy je možná spolupráce s onkologickým týmem, aby byla zachována plodnost (Slezáková, 2011).

1.3.1 Intrauterinní inseminace

Intrauterinní inseminace (IUI) je léčebný postup při neschopnosti početí. IUI je metoda, při které jsou vstříknuty vyčištěné spermie (zbavených bakterií a seminální plazmy) do hrdla děložního ženy při její ovulaci (Příloha 5) (Pronatal, © 2017). Inseminaci lze zavést i do pochvy, ale tato metoda se příliš nevyužívá (Řežábek, 2014). Rozlišujeme homologní inseminaci (AIH, Artificial Insemination from Husband), při níž se do dutiny děložní zavádí spermie od partnera (Mardešić, 2010). Druhá metoda je heterologní (AID, Artificial Insemination from Donor), spermie pochází od dárcce (Mardešić, 2010). Inseminace se provádí ambulantně bez anestézie a bez bolesti pomocí tenké kanyly zavedené do děložní dutiny (Pronatal, © 2017). Odchází se zhruba 1 hodinu po zákroku, úspěšnost se pohybuje kolem 10 % (IVF Brno, © 2015). Doporučeno je tento způsob oplodnění opakovat maximálně třikrát (IVF Brno, © 2015). IUI lze použít, pokud má žena průchodný alespoň jeden vejcovod a muž má normální či lehce snížené hodnoty ve spermiogramu (Sanatorium ART, © 2014).

Přípravu ženy před IUI stanoví lékař po domluvě se ženou, tudíž se výkon provádí buď v přirozeném a nestimulovaném cyklu nebo při stimulaci vaječnicků pomocí tablet klomifencitrátu anebo pomocí stimulací vaječnicků injekcemi s FSH (IVF Brno, © 2015).

1.3.2 In vitro fertilizace

In vitro fertilizace (IVF) je metoda používaná již od roku 1978, kdy se narodilo dítě ve Velké Británii (Louise Brownová) metodou IVF díky lékařům R. Edwarse a P. Steptoea (IVF Zlín, © 2016). V dnešní době se pomocí této metody narodí více než 3,7 miliónu dětí po celém světě (IVF Zlín, © 2016). Nyní se jedná o nejdůležitější metodu asistované reprodukce (IVF Zlín, © 2016). Dle ÚZIS byl v roce 2014 průměrný věk ženy při zahájení IVF cyklu 35,1 let (Příloha 6).

IVF má delší průběh, při kterém se začíná stimulací ženských hormonů (Příloha 7) (IVF Brno, © 2015). Cílem hormonální stimulace je růst 7-12 folikulů (Řežábek, 2014). Dle laboratorních výsledků se odeberou oocyty tenkou jehlou pod kontrolou UZ přes poševní stěnu v krátké celkové anestezii nejčastěji 12.-15. den cyklu (IVF Brno, © 2015). IVF Brno (© 2015) uvádí, že touto metodou se odsává tekutina z folikulů (vzniká předchozí stimulací). IVF Brno (© 2016) uvádí, že embryologové v ní vyhledávají oocyty, které měří na desetinu milimetru a poté se odebrané oocyty tentýž den oplozují spermii (muž přichází stejný den ráno jako žena do centra na odběr). Při IVF neboli mimotělním oplodnění se manipuluje se spermii a oocyty mimo tělo ženy. Odeberou se vajíčka, jsou laboratorně ošetřena kultivací se spermii a sleduje se jejich vývoj (Řežábek, 2014). Po úspěšné kultivaci (za 3-5 dní) se zavádí 1-2 embrya do děložní dutiny ženy pomocí transferového katétru (MerckSerono, 2015) (Příloha 8). Celý proces od oplození vajíčka po vložení embrya do dělohy trvá 48-120 hodin (Sanatorium ART, © 2014).

Metoda IVF je používána u žen s porušenou funkcí vaječnicků, při neprůchodnosti vejcovodů, při nedostatečné pohyblivosti spermii u muže, při imunologickém faktoru a z důvodu genetické indikace (Sanatorium ART, © 2014).

1.3.3 Metoda GIFT

Metoda Gamete Intra-Fallopian Transfer (GIFT) je přenos pohlavních buněk do vejcovodů, jedná se o nejpřirozenější léčbu neplodnosti, jejíž úspěšnost je 25 % (Ženská-neplodnost, © 2017). Metoda GIFT se podobá metodě IVF, dochází zde také ke stimulaci hormonů před odběrem oocytů. Poté se odeberou oocyty a ty se katetrem společně se spermii zavedou do vejcovodů a k oplození dochází až ve vejcovodu (Ženská-neplodnost, © 2017). Tato metoda se používá, pokud má žena funkční alespoň

jeden vejcovod (Sadler, 2011). Nadále se používá u špatného spermogramu u mužů a u osob s etickým problémem, neboť zde dochází k oplození přirozeně (Ženská-neplodnost, © 2017).

1.3.4 Preimplantační genetická diagnostika embryí

Preimplantační genetická diagnostika embryí (PGD) je metoda, která se využívá k diagnostice a vyloučení genetických abnormalit na embryu (Šrámková, 2013). Tato metoda nemůže zaručit narození naprosto zdravého jedince, ale vylučuje přenesení dané genetické zátěže na potomky (IVF Brno, © 2015). Při PGD se ve stádiu blastocysty odebere pomocí biopsie jedna či víc buněk a embryo se dál vyvíjí (Šrámková, 2013). PGD je indikována u více neúspěšných IVF, při častých potratech, u předčasných porodů, u chromozomálních vad, genetických vad a u vad, které jsou vázané na pohlaví potomka (IVF Brno, © 2015). Dle Sahina (2014) může být PGD škodlivá a nemusí zvyšovat úspěšnost IVF.

1.3.5 Kryokonzervace

Kryokonzervace gamet a embryí umožňuje dlouhodobou úschovu gamet a embryí před léčbou neplodnosti.

Řežábek (2014) uvádí, že při kryokonzervaci jsou buňky postupně a pomalu zamrazeny na teplotu $-196\text{ }^{\circ}\text{C}$ (buňky jsou obklopeny roztokem s kryoprotektivy, jehož látka chrání materiál před škodami způsobenými velkým mrazem). Při této teplotě ustanou životní pochody, tudíž lze tyto materiály uchovávat velmi dlouhou dobu (Řežábek, 2014).

Kryokonzervace je velikým pomocníkem při metodě IVF, neboť žena nemusí podstupovat opakovaně hormonální stimulaci vaječnicků a odběr vajíček (MerckSerono, 2015). Kryokonzervace se využívá, pokud při metodě IVF páru zbydou embrya, která mohou být použita při případných dalších pokusech (Těšínová et al., 2011). Transfer rozmražených embryí se nazývá kryoembryotransfer (Řežábek, 2014). Tato metoda se používá při doporučení odložení transferu (například pokud se objeví hyperstimulační syndrom u ženy při hormonální stimulaci), při uchování embryí před radioterapií a chemoterapií, u nečekaných zdravotních problémů u ženy, které brání transferu a také se kryokonzervace provádí při dárcovství oocytů (IVF Brno, © 2015). Malachová (2011) uvedla, že při kryokonzervaci lze dosáhnout těhotenství i po smrti biologického rodiče.

Tento čin však může vyvolat mnoho diskutabilních otázek, je nutný jak informovaný souhlas od zemřelého, tak i souhlas žadatele o léčbu (Malachová, 2011).

Nově se používá také vitifikace, při které se velmi rychle zmrazí oocyty a embrya ve fázi vývoje zvaném blastocysta (Řežábek, 2014).

1.3.6 Asistovaný hatching

Asistovaný hatching (AH) je mikromanipulační metoda AR (Žáková et al, 2010). Hlubková (2012) uvedla, že pod mikroskopem se do oocytu nebo embrya vytvoří otvory pomocí laseru či se nařízne obal embrya (do zony pellucidy). Poté se pomocí speciálních nástrojů zavádí do oocytu jedna spermie (Hlubková, 2012). Intracytoplazmatická injekce spermie do oocytu (ICSI) je technika využívaná při mužské neplodnosti (nedostatek spermií v ejakulátu nebo málo pohyblivé spermie), při ICSI se vpraví jedna spermie přímo do cytoplazmy vajíčka (Žáková et al., 2010). ICSI se provádí v kultivační misce pod mikroskopem se skleněnou kapilárou (Žáková et al, 2010).

1.3.7 Možnost darování gamet a embryí

Dárci či dárkyně by měli být velmi podrobně vyšetřeni genetikem, měli by projít řadou testů a neměli by mít pohlavně přenosné choroby ani jiná závažná onemocnění (Merck Serono, 2015). Věk ženy by neměl přesáhnout 35 let a muže 40 let. K darování vajíček se přechází po neúspěšné léčbě poruchy ovulace (Řežábek, 2014). Výběr dárkyně se řídí dle krevní skupiny a fyzické podoby partnera (Merck Serono, 2015).

Pokud nelze využít spermie partnera, používají se spermie od anonymního dárcce (Merck Serono, 2015). Řežábek (2014) uvedl, že při odběru spermií musí být sperma zamrazeno v karanténě (minimálně 6 měsíců). Po uplynutí karanténní doby je opět dárcce vyšetřen především na pohlavně přenosné nemoci, které v době odběru ještě nemusely být z laboratorních výsledků zřejmé v krvi a až poté lze spermie použít (Řežábek, 2014). Přes veškerá vyšetření je však určité riziko přenosu infekce či vad od dárců (Řežábek, 2014).

Indikaci k přijetí darovaných gamet a embryí mají páry, které nemají vlastní gamety, jeden z partnerů má závažné geneticky podmíněné onemocnění či nekvalitní oocyty a spermie (Řežábek, 2014). Dárci embryí prochází stejně důkladnými testy jako dárce oocytů a spermií (Merck Serono, 2015). Řežábek (2014) uvádí, že darovaná embrya

pochází nejčastěji od párů, které již podstoupily úspěšně IVF a už embrya nechtějí (musí být podepsán souhlas obou partnerů).

Pokud žena nemůže donosit potomka sama ze závažných důvodů, může přejít k náhradnímu (surogátnímu) mateřství (Císařová, Rampík, 2010). Novotný et al. (2017) uvádí, že nositelka těhotenství neboli náhradní matka je žena v těhotenství, které vzniklo ze spermií a oocytů třetí strany (biologické matky a otce). Náhradní matka po porodu přenechá novorozené dítě původcům embrya (Novotný et al., 2017). V České republice je tato metoda na hraně zákona (Řežábek, 2014). Páry mohou platit náhradní matce věci potřebné v těhotenství a u porodu (vitamíny, léky, těhotenské oblečení atd.), ale nesmí ženě platit za to, že se stane náhradní matkou, neboť v tomto případě by porušili zákon (Novotný et al., 2017).

1.4 Rizika asistované reprodukce

Asistovaná reprodukce je u mnoha párů jediná možnost, jak mít vlastní dítě. Při podstoupení některé z metod asistované reprodukce hrozí ženě určitá rizika, která jsou s tím spojená.

Těhotenství vzniklé po mimotělním oplodnění je považováno za rizikové (Fertimed, © 2017). Hájek et al. (2014) uvádí, že rizikové těhotenství (RT) je takové těhotenství, kdy hrozí určité riziko, ale ještě nevyústilo v patologii (1/3 těhotenství je riziková a z toho 1/3 přejde v patologické těhotenství). Při RT těhotná žena navštěvuje perinatální poradny častěji než při fyziologickém průběhu těhotenství (Hájek et al., 2014). Důvodem je možnost ohrožení života ženy i plodu (Behinová, 2012).

Behinová (2012) zmiňuje, že žena může mít rizikový faktor již před otěhotněním, riziko se přenáší i do těhotenství (např. epilepsie) nebo vzniká těhotenstvím (např. preeklampsie). Rizikové faktory pro vznik rizikového těhotenství jsou DM, genetické zatížení, výška pod 150 cm (kefalopelvický nepoměr), věk pod 17 let, věk nad 35 let, multiparita, závislost ženy na návykových látkách, nízká úroveň vzdělání, nechtěné těhotenství, chronické onemocnění ledvin, operace na děloze, léčená sterilita, předcházející předčasný porod, Rh-negativita, asymptomatická bakteriurie, cukr v moči, vícečetné těhotenství, poloha plodu KP, zvýšené cervix skóre (Hájek et al., 2014). U žen po AR je v mnoha případech výrazně zvýšená tloušťka stěny placenty, která vede například ke zvýšené tvorbě hematomů a tím ohrožuje plod (Joy, 2012).

Metody asistované reprodukce mohou vést ke komplikacím jako je spontánní potrat, hyperstimulační syndrom, předčasný porod, vícečetné těhotenství, mimoděložní těhotenství a poranění při odběru oocytů (Řežábek, 2014).

1.4.1 Spontánní potrat

Komplikací těhotné ženy po asistované reprodukci může být spontánní potrat (abortus spontaneus). Je to stav, kdy je plod vypuzen z děložní dutiny ven. Potratem končí 15-40 % těhotenství (Skutilová, 2016). Dle Hájka et al. (2014) je při spontánním potratu z těla matky vypuzen plod, který nejeví známky života a jeho porodní hmotnost je nižší než 500 gramů nebo je těhotenství kratší než 22 gestačních týdnů.

Hájek et al. (2014) rozdělil potraty na samovolné (spontánní) a indukované neboli terapeutické (abortus inductus). Spontánní potrat se dělí na raný spontánní potrat a pozdní spontánní potrat (Skutilová, 2016). Raný spontánní potrat je samovolné ukončení těhotenství do 12. gestačního týdne (1. trimestr), je to častý jev a projevuje se krvácením (Roztočil et al., 2011). Roztočil et al. (2011) dále uvádí, že důvodem bývají nejčastěji fetální příčiny (strukturální a chromozomální vady, porucha transportu oplozeného vajíčka, porucha uhnízdění) a příčiny ze strany matky (infekce). Skutilová (2016) ve své publikaci sděluje, že pozdní potrat je v druhém trimestru, projevuje se předčasným odtokem plodové vody a nejčastější příčinou jsou mateřské vlivy (VVV, infekce ženy, závažná onemocnění matky, genetická zátěž). Riziko spontánního potratu je po asistované reprodukci z důvodu nedostatečné životaschopnosti embrya po zavedení do dutiny děložní (IVF Brno, © 2015).

Terapeutické potraty jsou z důvodů zdravotní indikace ze strany matky a plodu nebo umělého ukončení těhotenství na přání matky (Hájek et al., 2014).

Porodní asistentka u ženy odebírá osobní anamnézu (zejména se ptá se na bolest a krvácení), odebere krev na určení hladiny HCG, asistuje lékaři při vaginálním a ultrazvukovém vyšetření, kontroluje, zda žena dodržuje klid na lůžku a podává léky dle ordinace lékaře (Slezáková, 2011).

1.4.2 Hyperstimulační syndrom

V souvislosti s AR se u ženy může vyskytnout ovariální hyperstimulační syndrom (OHSS). Jedná se o onemocnění související se stimulací ovárií gonadotropiny

(Řežábek, 2014). K hyperstimulačnímu syndromu dochází ještě před odběrem oocytů (Gregora, Velemínský ml., 2013). Přesná příčina OHSS není stanovena (Řežábek, 2014). Incidence OHSS je 3-5 % (Fertimed, © 2017). Řežábek (2014) rozděluje OHSS na formu mírnou (folikulů je 10-20), střední (nad 20 folikulů) a těžkou (počet folikulů je nad 40). Rizikovými faktory OHSS jsou nízký věk, nízký index tělesné hmotnosti, syndrom polycystických vaječníků, předchází OHSS, zvýšený sérový estradiol a vysoký počet folikulů (Banker, Garcia-Velasco, 2015).

Mezi příznaky mírné formy OHSS patří diskomfort, břišní napětí, nauzea, zvracení a průjem (Roztočil et al., 2011). Příznaky střední formy jsou stejné jako u mírné formy a navíc je u ženy patrná leukocytóza, oligurie a na UZ je vidět ascités (Řežábek, 2014). Těžká forma OHSS se u ženy projevuje stejně jako předešlé formy a objevuje se zde navíc výrazná bolestivost břicha, zvýšení jaterních testů, hemokoncentrace, dušnost, hydrotorax, perikardální výpotek a tromboembolie (Roztočil et al., 2011). Pokud má žena těžkou formu OHSS, tak je u ní vyšší riziko předčasného porodu a riziko nižší váhy novorozence (Haas et al., 2014).

Léčba OHSS tkví v symptomatické léčbě (Řežábek, 2014). OHSS spontánně odeznívá po 2-3 týdnech (Roztočil et al., 2011). Pokud má žena jen mírnou formu, je převedena do pracovní neschopnosti a je pravidelně kontrolována, u těžké formy je nutná hospitalizace, protože se jedná o závažný stav ženy (Řežábek, 2014).

Porodní asistentka by měla být velice všímavá a měla by důkladně odebrat anamnézu od klientky, aby byly zjištěny případné příznaky onemocnění (Řežábek, 2014). Diagnóza je stanovena dle anamnézy a UZ vyšetření (Fertimed, © 2017). U ženy s OHSS by měla porodní asistentka na základě ordinací lékaře sledovat celkový stav pacientky, příjem a výdej tekutin, plynulou hydrataci a aplikovat analgetika, hepatoprotektiva a miniheparinizaci (Řežábek, 2014). V těžkém stavu lékař provede punkci ascitu (Roztočil et al., 2011).

Prevence hyperstimulačního hormonu spočívá v individuálním dávkování stimulačních léků, ve sledování hormonální hladiny při stimulaci a v provádění pravidelného UZ vyšetření (IVF Brno, © 2015).

1.4.3 Předčasný porod

Mimo jiné komplikace asistované reprodukce je třeba uvést i předčasný porod. Předčasný porod nesouvisí přímo s asistovanou reprodukcí, ale spíše k němu dochází z důvodu onemocnění ženy, v souvislosti s jejím věkem či s vícečetným těhotenstvím. Internetová stránka *Ženská-neplodnost* (© 2017) zveřejnila, že lékaři v Dublinu provedli studii, při níž bylo zjištěno, že ženy po IVF dvakrát častěji rodí předčasně (8,7 % žen) než ženy po spontánní koncepci (4,3 % žen). Předčasný porod je patologický stav, kdy se narodí plod před nedokončeným 37. gestačním týdnem (Šeblová, Knor, 2013). Za velmi nezralého novorozence považujeme novorozence vážícího méně než 1500 g a za extrémně nezralého novorozence vážícího méně než 1000 gramů (Hájek et al., 2014). Incidence předčasných porodů je 5-10 % (Šeblová, Knor, 2013). Avšak i přes tento fakt neonatální úmrtnost klesá díky dobré neonatologické péči (Hájek et al., 2014).

Příčinami předčasného porodu mohou být nejen metody AR, ale i infekce, krvácení v těhotenství, vícečetné těhotenství, polyhydramnion, VVV matky či plodu, inkompetence hrdla děložního, celkové onemocnění ženy, předčasný odtok plodové vody, FGR (fetal growth restriction), insuficience placenty, špatná prenatální péče, návykové látky, nepříznivá anamnéza, opakované předčasné porody a mnoho dalších (Hájek et al., 2014). Z 50 % nelze příčinu předčasného porodu přesně určit (Roztočil et al., 2011).

Porodní asistentka u ženy kontroluje krvácení, odtok plodové vody, kontroluje moč, odebírá krev dle ordinace lékaře, asistuje při vyšetření lékaři, popřípadě podává antibiotika, tokolytika, maturaci dle ordinace lékaře a pokud se nelze porodu vyhnout, tak připravuje porodní box a zajistí odborný personál k porodu nezralého novorozence (Slezáková, 2011).

1.4.4 Vícečetné těhotenství

Při metodách asistované reprodukce se velice často setkáváme s vícečetným těhotenstvím. Vícečetné těhotenství je nejčastější komplikací asistované reprodukce. Vícečetné těhotenství je takové těhotenství, kdy se v děloze vyvíjí víc než jeden plod (Hanáková et al., 2012). Vícečetné těhotenství dělíme na jednovaječné a vícevaječné, přičemž jednočetné vzniká z oplození jednoho vajíčka a u vícečetné gravidity se embryo ve stádiu rýhování rozdělí na dvě části (Hájek et al., 2014). Dle výzkumu

uváděným v časopise *Fertility & Sterility* mají monochoriální dvojčata po AR vyšší pravděpodobnost, že váha novorozenců bude pod 1500 gramů a narodí se dřív než ve 32. týdnu gravidity na rozdíl od monochoriálních dvojčat po spontánní koncepci a bichoriálních dvojčat po AR (Simões, 2015).

Řežábek (2014) uvedl, že při stimulaci ovárií u asistované reprodukce zraje několik folikulů a při metodě IVF se často zavádí 1-2 embrya (někdy i 3). Díky asistované reprodukci je incidence dvojčat v České republice dvacetkrát častější než u klasického oplodnění (Hájek et al., 2014). Z tohoto důvodu je v současnosti snaha zavádět spíše jedno embryo (Behinová, 2012).

Největším rizikem spojeným s vícečetným těhotenstvím je rostoucí riziko samovolného potratu či předčasného porodu (Gregora, Velemínský ml., 2013). Dalšími komplikacemi je zvýšené riziko preeklampsie, eklampsie, hypertenze a gestačního diabetu mellitu (Behinová, 2012).

Vícečetné těhotenství představuje riziko, a proto jsou vícečetné gravidity častěji sledovány. Ženy s bichoriálním těhotenstvím jsou od 22. týdne těhotenství pravidelně kontrolovány každé dva týdny porodními asistentkami a lékaři, ukončené těhotenství by mělo být nejpozději do 38 + 6 týdne těhotenství (Hájek et al., 2013). Hájek et al. (2013) uvádí, že ženy s monochoriálním těhotenstvím jsou porodními asistentkami a lékaři pravidelně kontrolovány v perinatologickém centru od 16. týdne gravidity. Hájek et al. (2013) uvedl, že hospitalizace je nutná nejpozději od 36. týdne gravidity, porod by měl být nejpozději do 36 + 6 týdne těhotenství (u monochoriální monoamniální gravidity by měla být žena hospitalizována nejdéle ve 32. týdnu gravidity a těhotenství by mělo být ukončeno do 34 + 6 týdne).

U mnohočetného těhotenství lze provést redukci počtu plodů v děloze (redukuje se pomocí hypertonického KCL tak, aby v děloze zbyly dva živé plody), k redukci se přistupuje až 10. gestační týden (Řežábek, 2014). Redukce počtu embryí se provádí za účelem prevence následujících případných komplikací (Malachová, 2011). Problém při redukci embryí je zejména z etického hlediska (Řežábek, 2014).

1.4.5 Mimoděložní těhotenství

Mimoděložní těhotenství (*graviditasextrauterina*, GEU) je po léčbě neplodnosti poměrně častější než u zdravých žen, protože vaječníky bývají často poškozené a tak

dochází k uhníždění právě zde (Řežábek, 2014). Dalším důvodem jsou hormonální poruchy ženy, které mohou negativně ovlivnit motilitu vejcovodů a tím následný transport oplozeného vajíčka (Hájek et al., 2014).

Mimoděložní těhotenství neboli ektopické těhotenství je takové těhotenství, které je uhnížděné mimo dělohu. Nejčastěji je mimoděložní těhotenství lokalizované ve vejcovodu.

Příznaky mimoděložního těhotenství jsou vynechání menstruace, zpoždění menstruace, špinění a bolest břicha (Gregora, Velemínský ml., 2013). Z tohoto důvodu by porodní asistentka měla důkladně odebrat anamnézu od ženy (Gregora, Velemínský ml., 2013). Pro diagnostiku je důležité provést vaginální vyšetření, UZ a stanovení hladiny HCG z krve (Gregora, Velemínský ml., 2013). Řežábek (2014) sdělil ve své publikaci, že po IVF je důležitý UZ, protože i přes zavedení embrya do dělohy může dojít k GEU, neboť k nidaci může dojít také ve vejcovodech (tzv. heterotopická gravidita).

Velká část GEU spontánně zaniká (Řežábek, 2014). V dnešní době je primární léčbou GEU salpingektomie. Ektopické těhotenství (graviditas ectopia) má incidenci cca 1: 80 (Hájek et al., 2014). Před 12. týdnem gestace je diagnostikováno 75 % mimoděložního těhotenství (Bartůněk et al., 2016).

1.5 Těhotenství po asistované reprodukci

Těhotenství vzniklé po mimotělním oplodnění je považováno spíše za rizikové, avšak gravidita může probíhat bez komplikací jako kterékoliv jiné těhotenství vzniklé bez metod asistované reprodukce.

Centra pro asistovanou reprodukci doporučují ženám provést těhotenský test nejdříve dvanáct dní po zvolené metodě AR (Repromeda, © 2018). Těhotenský test není vždy spolehlivý, proto by žena měla navštívit centrum asistované reprodukce nebo svého gynekologa. Porodní asistentka poté dle ordinace lékaře odebere vzorek krve na zjištění hladiny hCG. V případě positivity se sleduje vývoj těhotenství až do nitroděložního uložení gravidity a potvrzení srdeční akce plodu (IVF BRNO, © 2015). IVF BRNO (© 2018) uvádí, že po přenosu embryí ženy užívají gestageny (Utrogestan). Gestageny nadále mohou ženy užívat i během těhotenství, napomáhají totiž jeho udržení. Porodní asistentka by měla ženu o užívání gestagenů poučit.

Porodní asistentka by měla během celého těhotenství po AR na ženu pečlivě dohlížet. PA odebírá anamnézu, asistuje lékaři při vaginálním vyšetření, asistuje lékaři při UZ, měří TK, sleduje hmotnost pacientky, vyšetřuje moč s indikátorovým papírkem, sleduje změny na sliznici a na kůži ženy, odebírá povinné krevní testy, monitoruje ozvy plodu, sleduje charakter případného krvácení a poševních výtoků. Těhotná žena dochází pravidelně do těhotenské poradny. Pokud dojde ke zjištění rizika, může být žena odeslána do poradny pro riziková těhotenství. .

Ve druhé polovině těhotenství mají ženy po IVF větší sklon k preeklampsii (Ženská-neplodnost, © 2017). K časné diagnostice je nutné, aby PA měřila ženě krevní tlak, kontrolovala její moč (zejména bílkovinu), kontrolovala případnou cefaleu, poruchu vizu, nauzeu a epigastrickou bolest. Ke zjištění vzniku preeklampsie je možné použít metodu, kdy se zjistí hladina biomarkerů preeklampsie v krevním séru (Leahomschi, S., Calda, P., 2016).

Potřeby těhotných žen po metodách IVF se mění. Základní potřebou měnící se v těhotenství je výživa. Těhotné ženy mohou mít na začátku gravidity chuť na neobvyklé pokrmy, dále mohou pociťovat nechut' z důvodu nevolnosti či zvracení. Těhotná žena by měla konzumovat pestrou stravu. Energetická spotřeba se zvyšuje o 15 % (Koplíková, 2011). V těhotenství může být narušena potřeba vyprazdňování a ženy se mohou setkávat se zácpou. Porodní asistentka by měla těhotné ženě doporučit prevenci vzniku zácpy. Narušenou potřebou je u spánek. Ženy jsou totiž před podstoupením AR úzkostné, jestli se zákrok podaří (Koplíková, 2011). Poruchou spánku trpí i ženy po AR, pociťují strach, zda se metoda AR vydařila. Pohyblivost může být u ženy po AR také narušena (Koplíková, 2011). Vzhledem k možným komplikacím by měly ženy dodržovat klidnější režim. U párů po AR je ovlivněna i psychika. Magdalena Havlíková (2017) ve svém článku uvádí, že mnoho párů po několika neúspěších po AR čelí krizi a mnoho z nich se rozchází. Pokud je neplodnost zjištěna u muže, tak mnohdy čelí pocitu viny a je důležitá podpora od partnerky (Havlíková, 2017).

Mnoho žen po metodách asistované reprodukce automaticky nastupuje na pracovní neschopnost. Řežábek (2018) uvedl, že pracovní neschopnost není nutná, pokud žena nevykonává těžkou manuální práci či v práci nezažívá každodenně silný stres. Žena vykonávající práci, která je pro těhotné ženy zakázaná, má právo od zaměstnavatele na převedení na jinou práci (Aperio, 2018). Zaměstnavatel nesmí dávat těhotné ženě práci

přesčas, žena nesmí pracovat v noci a na pracovní cesty smí jet jen dle svého uvážení (Aperio, 2018). Dle Aperia (2018) má těhotná žena nárok na kratší pracovní dobu.

1.6 Etika asistované reprodukce

Asistovaná reprodukce dává možnost párům, které nemohou mít potomka. Avšak techniky asistované reprodukce rozbouřily spekulace mnoha etiků a každý má na tuto problematiku odlišný názor.

Heřmanová (2012) uvedla, že termín „etika“ pochází již z dob Aristotela (384-322 před Kristem), kdy dělíme lidskou činnost na teoretickou (poznání), tvořivou (má cíl v tom, co vytváří, například umělecké dílo) a praktickou (jednání). Etika neboli mrav je fyziologickou disciplínou, jenž zkoumá morálku (Šimek, 2015). Porodnickou etiku vymezují postupy ohledně těhotenství a porodu (Hájek et al., 2014).

Mnoho etiků řeší otázky ohledně morálního postavení embrya, rodinného stavu žadatelů o léčbu, mnohočetného těhotenství v souvislosti s AR, kryokonzervace embryí a gamet, dárcovství gamet a embryí, náhradního mateřství, výzkumů na preembryích, preimplantační genetické diagnostiky, etiky asistované léčby neplodnosti u žen pro HIV pozitivní ženy či muže (Hlubková, 2012). Jednou z dalších diskutabilních etických otázek je, kdo je matkou při metodě IVF, když je použit oocyt dárkyně (Malachová, 2011).

Nejčastěji kladená otázka se týká morálního postavení embrya. Lze považovat embryo za bytost či nikoliv? Ptáček a Bartůněk (2011) uvádí, že máme dva pohledy na postavení embrya ve společnosti. Dle ontologického personalismu je lidská bytost vytvářena při početí a tuto teorii uznává zejména církve a věřící lidé (Ptáček, Bartůněk, 2011). Empirický funkcionalismus udává, že k vytváření bytosti dochází až v pokročilejším stádiu vývoje. Tuto teorii upřednostňují vědci a lékaři (Ptáček, Bartůněk, 2011).

Preimplantační genetická diagnostika embryí umožňuje žadatelům o AR vybrat taková embrya, která nejsou geneticky zatížena vývojovou vadou, a tudíž se snižuje incidence potratů (Šrámková, 2013). Problém nastává, když se preimplantační genetická diagnostika zneužívá a páry si mohou naplánovat, jak jejich budoucí potomek bude vypadat, mohou si vybrat pohlaví, barvu vlasů, barvu očí a podobně (Heřmanová, 2012).

Haasová (2012) uvádí, že při darování genetického materiálu není vedena evidence o dárcích, pouze mají přidělený kód. Nastává problém, když dárci (muž) objíždí centra asistované reprodukce za účelem výdělku a v každém centru může oplodnit 6-10 vajíček (Haasová, 2012). Může nastat určitá situace, za které se genetičtí potomci mohou potkat, aniž by o tom věděli (Haasová, 2012). Následující otázka zní, jaké by byly jejich společné děti (Haasová, 2012).

Po hormonální stimulaci ženy je odebráno a mimotělně oplodněno cca 7–12 oocytů (Řežábek, 2014). V dnešní době se zavádí nejčastěji jedno embryo a zbylá embrya dle přání parterů mohou být zamrazena, poskytnuta jinému páru, zlikvidována nebo mohou být poskytnuta pro výzkum (Pospíšilová, 2013). Vědci zjistili, že je možné vytvořit z embrya vhodného dárci pro nemocného, který potřebuje k léčbě transplantaci kostní dřeně (Haasová, 2012). Tento postup je však neetický (Haasová, 2012). Diskutabilním tématem je také kryokonzervace. Kryokonzervace je vítána z důvodu, že žena nemusí podstupovat při neúspěchu AR další stimulaci hormonů (MerckSerono, 2015). Názory se však rozcházejí. Není známa zátěž pro embryo ani to, zda se bude po dlouholetém zamražení vyvíjet správně (Haasová, 2012). Haasová (2012) také zmiňuje otázku, komu patří zamražená embrya v případě, že se partneři rozcházejí.

1.7 Legislativa asistované reprodukce

Asistovanou reprodukcí se zabývá několik zákonů. Při některých situacích spojených s touto problematikou není zákonem určena hranice (např. náhradní mateřství). Asistovanou reprodukcí se zabývá zákon č. 167/2012 Sb. (o specifických zdravotních službách), zákon č. 277/2006 Sb. (o lidských tkáních a buňkách) a Úmluva o lidských právech a biomedicíně.

Dle zákona č. 167/2012 Sb., o specifických zdravotních službách říká, že asistovaná reprodukce se může provádět i u nemanželských párů, u žen do 49 let dále musí být podepsán souhlas o asistované reprodukci před každým pokusem a nesmí být starší než šest měsíců.

Zákon č. 277/2006 Sb., o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách, souvisejících činnostech a o změně některých souvisejících zákonů, se zabývá problematikou asistované reprodukce.

Dle zákona č. 167/2012 Sb., o specifických zdravotních službách je možné darování oocytu nebo embrya jinému neplodnému páru v České republice. Oba musí podat písemnou žádost a dle povinné mlčenlivosti nesmí zdravotní zařízení dát příjemci totožnost dárce a naopak, ze zákona je indikace jen lékařská, nikoliv sociální.

Zákon č. 369/2011 Sb., o veřejném zdravotním pojištění udává, že ženám s oboustrannou neprůchodností vejcovodů ve věku od 18 do 39 let se hradí služby při poskytování péče při umělém oplodnění. Nejvíce jsou však hrazeny třikrát za život nebo bylo-li v prvních dvou případech přeneseno do pohlavních orgánů ženy pouze 1 lidské embryo vzniklé oplodněním vajíčka spermií mimo tělo ženy, čtyřikrát za život.

1.8 Financování asistované reprodukce

Asistovaná reprodukce je v dnešní době velice často používanou metodou. Při asistované reprodukci některé výkony hradí zdravotní pojišťovna plně a někdy jsou nutné doplatky. Každé centrum má ceník s nadstandardními výkony a výkony nehrazenými pojišťovnami (Příloha 9). Cena výkonů se může lišit dle centra a dle zdravotní pojišťovny ženy.

Plně hrazené jsou 3 nebo 4 pokusy IVF u žen ve věku 18-39 let, 2250 IU nebo adekvátní množství rekombinátů (například Purogonpen) a adekvátní množství agonistů nebo antagonistů (Fertimed, © 2017).

Řežábek (2014) uvádí, že proplácení výkonů je od pojišťoven omezeno u inseminace na šest pokusů a u IVF třikrát až čtyřikrát (čtyřikrát pokud bylo při prvních dvou pokusech transferováno jen jedno embryo). Dále je hrazen čtyřikrát za čtvrtletí UZ (maximálně sedmkrát za rok), kompletní vyšetření spermioqramu u muže dvakrát za měsíc (maximálně šestkrát za rok) a vyšetření cervikálního hlenu ženy čtyřikrát za rok (Fertimed, © 2017).

Dle Všeobecné zdravotní pojišťovny si ženy částečně hradí léky k hormonální stimulaci a jiná specifická laboratorní vyšetření (Tichý, 2015). Například tyto služby si páry hradí: asistovaný hatching, intracytoplazmatická injekce (ICSI, PICSI), kryokonzervace, rozmrazení embryí, transfer zmražených embryí, preimplantační genetické vyšetření, transfer cytoplazmy, kontinuální monitorování vývoje embryí (Fortimed, © 2017). Centra asistované reprodukce by si neměla účtovat za konzultace (Tichý, 2015).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

V bakalářské práci s názvem „Těhotenství u ženy s asistovanou reprodukcí“ byl stanoven jeden cíl.

Cíl 1: Zjistit postoje porodních asistentek k asistované reprodukci.

2.2 Výzkumné otázky

Dle zvoleného cíle byly položeny dvě výzkumné otázky.

Výzkumná otázka 1: Jak porodní asistentky vnímají asistovanou reprodukci?

Výzkumná otázka 2: Jak přistupují porodní asistentky k péči o těhotnou ženu po asistované reprodukci?

2.3 Operacionalizace pojmů

Asistovaná reprodukce – souhrnný pojem pro metody, při kterých dochází k početí u párů, které nemohou počít své dítě přirozenou cestou

Darování gamet – dárcovství pohlavních buněk

Hyperstimulační syndrom – onemocnění související se stimulací ovárií gonadotropiny

Kryokonzervace – metoda ke zmražení a uchování oocytů, spermií nebo embryí

Metoda GIFT – metoda asistované reprodukce, při které jsou do vejcovodu ženy vpraveny oocyty a spermie

Mikromanipulace – metoda, při které se manipuluje s malými buňkami

Mimotělní oplodnění – (IVF) oplodnění oocytu mimo tělo ženy

Neplodnost – neschopnost počít dítě

Porodní asistentka – specialista v péči o ženu v průběhu nekomplikovaného těhotenství, porodu a šestinedělí

Preimplantační genetická diagnostika embryí – metoda umožňující výběr zdravého embrya

Umělá inseminace – umělý způsob oplodnění, při kterém se zavádí spermie do pochvy ženy

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Pro bakalářskou práci s názvem „Těhotenství u ženy s asistovanou reprodukcí“ bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Jako technika sběru dat byl použit individuální polostrukturovaný rozhovor. Tato metoda byla zvolena pro lepší vyjádření respondentů k dané problematice. Pro rozhovory s porodními asistentkami pracujícími na jednotce rizikového těhotenství bylo stanoveno celkem třináct otevřených otázek (Příloha 10). Pro rozhovor s ostatními respondenty bylo stanoveno celkem deset otevřených otázek (Příloha 11). Na začátku výzkumu byly zjištěny identifikační údaje o respondentech. Dále následovaly otázky zabývající se nejčastěji používanými metodami asistované reprodukce, názory porodních asistentek na asistovanou reprodukci, péči o těhotné ženy po asistované reprodukci a potřebami žen po asistované reprodukci. Otázky nadále směřovaly ke komplikacím spojeným s AR a informovaností žen po asistované reprodukci. Předem stanovené otázky byly během rozhovorů doplněny otázkami doplňujícími.

Rozhovory s porodními asistentkami pracujícími na jednotce rizikového těhotenství byly uskutečněny v měsíci duben (2017) v domácím prostředí. Se zbylými respondenty byly rozhovory uskutečněny v měsíci září (2017) také v domácím prostředí. Před rozhovory byli respondenti seznámeni s tématem bakalářské práce a poté s nimi byly podepsány Žádosti ke spolupráci (Příloha 12). Rozhovory byly v celém průběhu nahrávány na audiozařízení. Následně byly přepsány a analyzovány metodou barvení v textu (Švaříček, Šedřová, 2014). Dle získaných analýz byly stanoveny hlavní kategorie a jejich podkategorie.

První hlavní kategorie Asistovaná reprodukce je rozdělena do tří podkategorií: Metody AR, Komplikace AR a Postoje porodních asistentek k AR. Druhá hlavní kategorie je Péče PA o ženu po asistované reprodukci, která je rozdělena do tří podkategorií: Specifika v péči u žen po AR, Poskytování informací ženám po AR a Změněné potřeby žen po AR (viz Tabulka 1).

3.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl tvořen sedmnácti respondenty. Devět porodních asistentek pracujících na ošetrovateľské jednotce rizikového těhotenství a osmi respondenty bez odborného vzdělání. Respondenti byli ve věku 22–54 let. Hlavním kritériem bylo, aby porodní asistentky pracovaly na ošetrovateľské jednotce rizikového těhotenství. Druhým kritériem byla ochota porodních asistentek a ostatních respondentů ke spolupráci. Pro zachování anonymity byli respondenti označeni R1–R17.

4 Výsledky výzkumu

Výzkumný soubor tvořilo dvanáct žen a čtyři muži. Dotazované PA pracovaly na ošetrovatelské jednotce rizikového těhotenství. Ostatní respondenti vykonávají různé profese. V Tabulce 2 jsou uvedeny identifikační údaje respondentů, jako je pohlaví, věk, vzdělání, bydliště, délka praxe na ošetrovatelské jednotce rizikového těhotenství a skutečnost, zda se setkali s problematikou asistované reprodukce.

Tabulka 1: Hlavní kategorie a podkategorie

KATEGORIE	PODKATEGORIE
Asistovaná reprodukce	Metody AR
	Komplikace AR
	Postoje porodních asistentek k AR
Péče PA o ženu po asistované reprodukci	Specifika v péči u žen po AR
	Poskytování informací ženám po AR
	Změněné potřeby žen po AR

Zdroj: vlastní

Tabulka 2: Identifikační údaje respondentek

	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Bydliště	Délka praxe na RT	Setkání s problematikou AR
R1	Žena	39	VŠ	Č. Budějovice	5	ano
R2	Žena	45	VŠ	Č. Budějovice	7	ano
R3	Žena	27	VŠ	Č. Budějovice	1	ano
R4	Žena	29	VŠ	Č. Budějovice	3	ano
R5	Žena	54	SŠ	Č. Budějovice	8	ano
R6	Žena	36	VŠ	Praha	3	ano
R7	Žena	27	VŠ	Praha	2	ano
R8	Žena	50	SŠ	Ostrava	8	ano
R9	Žena	28	VŠ	Brno	2	ano
R10	Žena	30	SŠ	Č. Budějovice	není	ano
R11	Žena	22	VOŠ	Č. Budějovice	není	ano
R12	Žena	25	SŠ	Č. Budějovice	není	ano
R13	Žena	45	VŠ	Č. Budějovice	není	ano
R14	Muž	38	SŠ	Č. Budějovice	není	ano
R15	Muž	32	SŠ	Č. Budějovice	není	ano
R16	Muž	23	SŠ	Č. Budějovice	není	ano
R17	Muž	29	SŠ	Č. Budějovice	není	ano

(R = respondentka, VŠ = vysokoškolské, SŠ = středoškolské s maturitou, VOŠ = vyšší odborné, RT = rizikové těhotenství, AR = asistovaná reprodukce), **zdroj:** vlastní

Z Tabulky 2 vyplývá, že respondenti byli ve věku 22-54 let. Respondentky R1, R2, R3, R4, R6, R7, R9, R13 mají nejvyšší dokončené vzdělání vysokoškolské, respondentka R11 má vyšší odborné vzdělání a respondenti R5, R8, R10, R12, R14, R15, R16, R17 mají nejvyšší vzdělání středoškolské odborné s maturitou. Bydliště respondentů se lišilo. Respondenti R1, R2, R3, R4, R5, R10, R11, R12, R13, R14, R15, R16, R17 jsou z Českých Budějovic, respondentky R6 a R7 bydlí v Praze, respondentka R8 bydlí v Ostravě a respondentka R9 žije v Brně.

Respondentka R1 byla ve věku 39 let, její nejvyšší dosažené vzdělání bylo vysokoškolské. Žena žije v Českých Budějovicích na jednotce rizikového těhotenství 5 let. S problematikou asistované reprodukce se setkala.

Respondentka R2 byla ve věku 45 let, její nejvyšší dosažené vzdělání bylo vysokoškolské. Žena pracuje na jednotce rizikového těhotenství 7 let. Respondentka R2 bydlí nedaleko Českých Budějovic. S problematikou asistované reprodukce se již setkala mnohokrát.

Respondentka R3 žije a pracuje v Českých Budějovicích a byla ve věku 27 let. Vystudovala vysokou školu a 1 rok pracuje na jednotce rizikového těhotenství. S problematikou asistované reprodukce se setkala.

Respondentka R4 byla ve věku 29 let, její nejvyšší dosažené vzdělání bylo vysokoškolské. Žena žije v Českých Budějovicích a pracuje na jednotce rizikového těhotenství 3 roky. S problematikou asistované reprodukce se setkala ve své praxi i mezi svými přáteli.

Respondentka R5 žije v Českých Budějovicích. Respondentce je 54 let, její nejvyšší dosažené vzdělání bylo odborné středoškolské s maturitou a nástavbou. Respondentka R5 pracuje 8 let na jednotce rizikového těhotenství. S problematikou asistované reprodukce se setkala.

Respondentka R6 byla ve věku 36 let, její nejvyšší dosažené studium bylo vysokoškolské. Žena žije a pracuje v Praze na jednotce rizikového těhotenství 3 roky. S problematikou asistované reprodukce má osobní zkušenosti.

Respondentka R7 má ukončené vysokoškolské vzdělání. Respondentce je 27 let, žije v Praze na jednotce rizikového těhotenství 2 roky. S problematikou asistované reprodukce se setkala při své praxi.

Respondentka R8 byla ve věku 50 let. Žena působí v Ostravě na jednotce rizikového těhotenství 8 let. Respondentky R8 nejvyšší dosažené vzdělání bylo odborné středoškolské s maturitou. S problematikou asistované reprodukce se setkala při své praxi a v rodině.

Respondentka R9 byla ve věku 28 let, její nejvyšší dosažené vzdělání bylo vysokoškolské. Žena působí v Brně na ošetrovatelské jednotce rizikového těhotenství 2 roky. S problematikou asistované reprodukce se setkala při své praxi i mezi přáteli.

Respondentka R10 žije v Českých Budějovicích. Respondentce je 30 let, její nejvyšší dosažené vzdělání bylo středoškolské s maturitou. Respondentka R10 je na rodičovské dovolené. S problematikou asistované reprodukce se setkala.

Respondentka R11 žije v Českých Budějovicích. Respondentce je 22 let, její nejvyšší dosažené vzdělání bylo vyšší odborné. Respondentka R11 je studentkou. S problematikou asistované reprodukce se setkala.

Respondentka R12 žije v Českých Budějovicích. Respondentce je 25 let, její nejvyšší dosažené vzdělání bylo středoškolské s maturitou. Respondentka R12 pracuje jako recepční. S problematikou asistované reprodukce se setkala.

Respondentka R13 žije v Českých Budějovicích. Respondentce je 45 let, její nejvyšší dosažené vzdělání bylo vysokoškolské. Respondentka R13 pracuje jako učitelka. S problematikou asistované reprodukce se setkala

Respondent R14 žije v Českých Budějovicích. Respondentovi je 38 let, jeho nejvyšší dosažené vzdělání bylo středoškolské s maturitou. Respondent R14 pracuje jako stavby vedoucí. S problematikou asistované reprodukce se setkal.

Respondent R15 žije v Českých Budějovicích. Respondentovi je 32 let, jeho nejvyšší dosažené vzdělání bylo středoškolské s maturitou. Respondent R15 pracuje jako zámečník. S problematikou asistované reprodukce se setkal.

Respondent R16 žije v Českých Budějovicích. Respondentovi je 23 let, jeho nejvyšší dosažené vzdělání bylo středoškolské s maturitou. Respondent R16 pracuje jako automechanik. S problematikou asistované reprodukce se setkal.

Respondent R17 žije v Českých Budějovicích. Respondentovi je 29 let, jeho nejvyšší dosažené vzdělání bylo středoškolské s maturitou. Respondent R17 pracuje jako zámečnick. S problematikou asistované reprodukce se setkal.

Hlavní kategorie 1 Asistovaná reprodukce

Kategorie Asistovaná reprodukce se zabývá problematikou asistované reprodukce. Například nejvyužívanějšími a nejdůležitějšími metodami asistované reprodukce, komplikacemi asistované reprodukce a postoji porodních asistentek k asistované reprodukci. Dále byli respondenti tázáni na názory zabývající se redukcí embryí. Na základě získaných informací byly vytvořeny tři podkategorie: Metody AR, Komplikace AR a Postoje porodních asistentek k AR.

Podkategorie Metody AR

Z této podkategorie vyplývá, jaké metody jsou nejčastěji dle respondentů používány při asistované reprodukci. Porodní asistentky R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9 uvedly, že se s problematikou setkaly při své praxi na ošetrovatelské jednotce rizikového těhotenství. Respondentky R10, R11, R12, R13 se s problematikou asistované reprodukce setkaly osobně. Dotazovaní respondenti R14, R15, R16, R17 se s AR setkali v rodině či mezi přáteli. Respondentka R8 uvedla: *„Ano, s problematikou asistované reprodukce se setkáváme na oddělení poměrně často. V dnešní době se s metodami asistované reprodukce u pacientek setkáváme čím dál tím víc.“* Dále na otázku, co znamená poměrně často, respondentka odpověděla: *„Momentálně je na našem oddělení pět maminek po asistované reprodukci cca z dvaceti. Ale nejčastěji je počet jedna až dvě maminky z dvaceti hospitalizovaných žen.“*

Porodní asistentky R1, R5 a R6 se shodly ve výpovědích na otázku, s jakými metodami asistované reprodukce se při své praxi setkaly nejčastěji. Za nejčastěji používanou metodu asistované reprodukce považují IVF. Respondenti R10, R11, R12, R13 a R17 se také domnívají, že IVF je nejčastěji používaná metoda. IVF podstupují ženy s poruchou funkce vaječníků s neprůchodností vejcovodů (Sanatorium ART, © 2014). Dvě respondentky (R7, R9) odpověděly shodně, že nejčastěji používanou metodou je inseminace. U inseminace na rozdíl od IVF musí mít žena funkční alespoň jeden vejcovod. Respondentky R2, R3, R4 a R8 uvedly obě zmiňované metody. Respondentka R2 dodala: *„Nedá se říct, co je více používané z těchto dvou metod, protože většina žen po IVF předtím neúspěšně podstoupila inseminaci.“* Úspěšnost inseminace je 10 %, úspěšnost IVF je v dnešní době až 75 % (Das, 2015). Respondentka R10 řekla: *„Nejdříve jsme s manželem zkusili podstoupit třikrát inseminaci. V centru pro asistovanou reprodukci nám bylo sděleno, že čím více pokusů*

inseminace zkusíme, tak tím bude větší pravděpodobnost úspěchu. Po třech neúspěšných pokusech jsme přešli na IVF“. Respondenti R14, R15 a R16 neznají metody AR.

Na otázku, z jakého důvodu se přistupuje k metodám asistované reprodukce, odpověděly respondentky R1, R2, R3, R4, R6, R7, R9 a R13 že důvodem bývá ženská neplodnost. Porodní asistentka R2 odpověděla: *„Nejčastěji se setkávám s neplodností ze strany ženy. Konkrétní důvod bych řekla, že je neprůchodnost vejcovodů a hormonální poruchy, kdy ženy neovulují.“* Naopak porodní asistentky R5, R8 a respondenti R10, R11, R12, R14, R15, R16, R17 uvádí, že důvodem pro asistovanou reprodukci je mužská neplodnost. Respondentka R8 sdělila, že nejčastější příčina neplodnosti u muže je nedostatečná kvalita spermií, zejména jejich pohyblivost.

Podkategorie Komplikace AR

Z této podkategorie vyplývá, jaké jsou nejčastější komplikace asistované reprodukce. Všichni respondenti R1-R17 uvedli jako nejčastější komplikaci vícečetné těhotenství. Respondentka R4 řekla: *„Asistovaná reprodukce je spojovaná s mnoha riziky jak pro plod, tak pro matku. Nejvíce se setkávám s vícečetným těhotenstvím a z toho vyplývá další riziko – předčasný porod a tady je ohrožen právě i plod, protože ženy s vícečetným těhotenstvím málo kdy donesou své děti do termínu porodu.“* Komplikacím spojeným s vícečetným těhotenstvím lze předejít pomocí redukce embryí. Vícečetné těhotenství se redukuje pomocí hypertonického KCL tak, aby v děloze zbyly dva živé plody.

Všechny dotazované porodní asistentky věděly, že existuje redukce embryí. Respondentky R10, R11, R12 a R13 se o této možnosti poprvé informovaly v centru asistované reprodukce. Respondenti R14, R15, R16, R17 o této možnosti nevěděli. Respondentky R2, R5, R6 a R8 se s redukcí embryí při své praxi setkaly, avšak respondentkám R1, R3, R4, R7 a R9 se nepodařilo s touto problematikou osobně setkat. Na položenou doplňující otázku, kolik musí být plodů v těle ženy, aby byla možná redukce embryí, odpověděli respondenti různě. Respondenti R1, R2, R4, R8, R14, R15, R16, R17 se domnívají, že v těle ženy musí být 4 a více plodů, aby mohla podstoupit redukci embryí. Respondentky R3, R5, R7, R10, R11, R12 a R13 se domnívají, že k redukcí embryí musí žena očekávat minimálně trojčata. Respondentky R6 a R9 si myslí, že k redukcí embryí postačí čekat dvojčata. Porodní asistentky R1, R3, R4, R6 a R9 s redukcí embryí souhlasí a porodní asistentky R2, R5, R7 a R8 s redukcí embryí

nesouhlasí. Respondentka R1 se vyjádřila takto: „*Vím, že na redukci embryí není zas tolik dobrého, ale stejně jsem pro ni. Při metodách IVF se může zavádět více embryí, aby se zvýšila pravděpodobnost úspěšného početí. Byť se uchytí víc zárodků, tak si myslím, že je lepší donosit jedno zdravé dítě, než s komplikacemi mít mnohočetné těhotenství.*“ Zbylé respondentky R3, R4, R6 a R9, které také souhlasí s redukcí embryí, mají stejný názor jako respondentka R1. Zmiňované respondentky R3, R4, R6 a R9 podotkly, že se přiklání k redukcí embryí, aby předešly komplikacím spojeným s mnohočetným těhotenstvím vzniklým při asistované reprodukci. Respondentka R5 s redukcí embryí nesouhlasí z tohoto důvodu: „*S redukcí embryí rozhodně nesouhlasím. Nedokážu si představit být na straně matky a vybrat si, jaké embryo zabiju. Je to legální vražda.*“ Respondentky R2, R7 a R8 nesouhlasící s redukcí embryí měly podobné názory jako respondentka R5. Hlavní důvod, proč by ženy neměly podstoupit nepodstoupit redukcí embryí, byl z etického hlediska.

Na doplňující otázku, zda by porodní asistentky R1-R9 samy podstoupily redukcí embryí, odpověděly některé respondentky překvapivě. Porodní asistentky R1, R3, R4, R6 a R9, které s redukcí embryí souhlasily, měly smíšené názory. Respondentky R1, R3, R4 a R9 uvedly, že neví, zda by redukcí embryí podstoupily a rozhodly by se dle četnosti plodů v děloze. Respondentka R9 uvedla: „*Jestli bych sama podstoupila redukcí embryí? To je těžká otázka. Přesně nevím, jak bych se rozhodla. Asi bych k ní přistoupila, protože vím, že při mnohočetným těhotenstvím přichází mnoho rizik. Nejvíce by rozhodovalo, o jak mnohočetné těhotenství by šlo. Pokud bych čekala dvojčata, tak bych zákrok nepodstoupila, ale u trojčat si myslím, že už ano. A pokud bych se rozhodla pro redukcí embryí, tak si myslím, že mnoho nocí by mi to nedalo spát a červíček by mi v hlavě hlodal a říkal – nedělej to, je to tvoje dítě.*“ Respondentka R6 uvedla, že k redukcí embryí by přistoupila, protože sama již jednou dvojčata potratila v šestnáctém gestačním týdnu. Odůvodnila to tím, že by chtěla snížit pravděpodobnost případných rizik spojených s mnohočetným těhotenstvím. Respondentky R2, R5, R7 a R8, které nesouhlasily s redukcí embryí, by redukcí ani nepodstoupily. Respondentka R13 řekla: „*Po metodě IVF mám krásná dvojčata. Jestli bych podstoupila redukcí embryí nevím, protože i redukce embryí má svá rizika. Představa, že jsem konečně po několika marných pokusech těhotná a měla bych jít na redukcí, která může způsobit i potrat, tak nevím, ale spíš ne.*“ Ani jedna z porodních asistentek R1-R9 nevěděla, jak se

redukce embryí provádí. Respondentky R10-R13 částečně věděly, jak se redukce embryí provádí.

Respondentky R1-R13 také uvedly jako další komplikace předčasný porod a spontánní potrat. Předčasný porod a spontánní potrat se vyskytují v problematice asistované reprodukce především kvůli vícečetné graviditě. Porodní asistentky R2, R4, R5 a R8 uvedly jako následující komplikaci mimoděložní těhotenství. Jako závažnou komplikaci zmínily respondentky R1, R2, R4, R5, R7, R8, R9, R10, R11, R12, R13 ovariální hyperstimulační syndrom. Při hormonální stimulaci vaječnicků může dojít k velké tvorbě oocytů, které vedou k hyperstimulačnímu syndromu. Respondentka R11 řekla: „*Nyní jsem čerstvě po stimulaci. Aby se případně OHSS včas zachytil, tak jsem během stimulace dojížděla do centra na UZ kontroly.*“ Respondentky R1, R5, R6, R10, R11, R12 a R13 uvedly jako komplikaci poranění pochvy ženy při odběru oocytů a zavádění embrya do dělohy.

Podkategorie Postoje porodních asistentek k asistované reprodukci

Z podkategorie Postoje porodních asistentek k asistované reprodukci plyne, jaké názory a postoje mají porodní asistentky k této problematice. Všechny respondentky uvedly, že problematiku asistované reprodukce minimálně tolerují a zmínily, že je to každého rozhodnutí. Respondentka R4 uvedla: „*V dnešní době je to velice aktuální. I mezi mými přáteli jsem se s problematikou neplodnosti setkala. Tudiž asistovanou reprodukci vřele vítám, protože díky asistované reprodukci můžou mít neplodné páry svého potomka.*“ Respondentky R2, R4, R6, R8 a R9 uvedly, že je to jediná možnost mít potomka u párů, které by za jiných okolností dítě mít nemohli. Respondentka R3 uvedla, že je škoda, že v dnešní vyspělé době se ještě nedokáže pomoci všem párům. Avšak respondentka R5 řekla: „*Nevím, zda je dobré zasahovat do problematiky neplodnosti. V dřívějších dobách byly také neplodné páry a žily spokojeně dál. Myslím si, že je to z nějakého důvodu, takže třeba to tak má být. Někdo je předurčen mít potomka a někdo zase ne.*“ Na doplňující otázku, zda si myslí, že neplodné páry opravdu žily spokojeně dál, porodní asistentka odpověděla: „*Ano, byly poté spokojeni. Je jasné, že v dané chvíli si museli manželé projít krizí, ale myslím si, že po smíření s touto situací nakonec byli spokojeni. A to dříve byla jiná doba, kdo neměl dítě do dvaceti let, tak se považoval za divného. Dnes, když má holka dítě ve dvaceti, tak je to úplně naopak. A když žena nemá dítě ve čtyřiceti letech, tak to nikdo neřeší. Takže dříve bylo smíření s neplodností těžší*

především z důvodu, co na to řekne okolí. A lidé to dokázali.“ Respondenti R10-R17 se domnívají, že porodní asistentky vnímají AR pozitivně a jsou odborně na výši v této problematice. Respondentka R10 řekla: „Porodní asistentky nemohu vynachválit. Když jsem byla přijímaná k porodu s mým druhým dítětem po IVF, tak PA byly vstřícný a milý. Bohužel o paní doktorce nemůžu říct totéž. Bylo mi sděleno, že až zemřu na rakovinu, kterou IVF způsobuje, tak děti budou bez maminky. Bylo mi nastíněno, že je lepší děti nemít.“

Respondentka R8 se domnívá, že asistovaná reprodukce je obchod. Myslí si, že metody asistované reprodukce jsou nyní nadbytečně využívány. Respondentka také uvádí, že k metodám asistované reprodukce dochází příliš brzo. *„Již po necelém roce nezdařeného početí lidé podstupují metody asistované reprodukce. Myslím si, že zde také hrají vysokou roli finance, které centra vytěží.“* Porodní asistentky R5 a R7 uvedly, že v dnešní době si mnoho žen a mužů přivydělává darováním gamet. Obě porodní asistentky se domnívají, že darování gamet by nemělo být placené, ale dobrovolné (například jako darování krve). Respondentka R7 řekla: *„Přijde mi to chvilka jako obchod s bílým masem. Stačí si jen zapnout internetový prohlížeč a každou chvíli vyjede reklama s darováním vajíček za nemalý finanční obnos. I má kamarádka si tímto způsobem vydělávala a koupila si za pár měsíců auto. Jak říká ona – je to jednoduché, stačí objet pár center.“* I druhá respondentka R5 se domnívá, že mnoho lidí zneužívá asistované reprodukce k výdělku.

Respondentky R1, R3, R4, R5, R6, R7 a R8 se zmínily o anonymitě darovaných gamet a embryí. Porodní asistentky uvažovaly, zda rodiče řeknou dítěti pravdu o biologických rodičích či nikoli. Respondentka R8 řekla: *„Pokud při metodě IVF jsou použity jiné pohlavní buňky, tak nevím, jestli by o tom mělo vědět dítě. Na jednu stranu by dítě asi mělo vědět pravdu, ale na druhou stranu nezmění se tím vztah mezi ním a nebiologickými rodiči?“* Ke stejnému závěru došly i respondentky R3, R4 a R6. Porodní asistentky R3, R4 a R6 uvedly, že by nevěděly jak to svému dítěti sdělit a v jakém věku. *„Asi bych neprávem žárlila, kdyby se mé dítě chtělo sejit s biologickými rodiči.“* uvedla respondentka R4 na rozdíl od respondentky R1. Porodní asistentka R1 se domnívá, že pravda o biologických rodičích by se měla dítěti sdělit. *„Určitě bych pravdu řekla, protože dřív či později by se na to stejně přišlo. A pokud bychom to tajili před tím dítětem, tak potom by bylo zklamané a zrazené, že se mu celý život lhalo. Dítě by mělo znát minimálně jména svých biologických rodičů.“* Respondentky R1, R3, R4,

R6 a R8 se shodly, že pokud by svému potomkovi chtěly říci pravdu, tak by se o tom nejdříve poradily s odborníkem. Na otázku, zda se změní vztah mezi nebiologickými rodiči a potomky po odhalení pravdy, se porodní asistentky R1, R3, R4, R6 a R8 domnívají, že ano. „*Ano, myslím si, že se vztah mezi nimi změní. Nemyslím si, že špatným směrem, ale v určitém směru ano.*“ odpověděla respondentka R6. Morální postavení embrya vnímají respondentky různě. Respondentky R1, R3, R5, R8 a R9 se shodují, že již zárodek je lidská bytost. Avšak respondentky R2, R4, R6 a R7 tvrdí opak, totiž že embryo ještě lidská bytost není.

Respondentky R1, R4, R5, R6 a R9 se také vyjádřily k financování asistované reprodukce. Porodní asistentky R1, R4, R5, R6 a R9 si myslí, že asistovaná reprodukce stále není pro všechny finančně dostupná. Respondentky vysvětlují tento argument tím, že zdravotní pojišťovny některé zákroky nehradí nebo hradí jen do určité výše. Ženy jsou mnohdy po léčbě neplodnosti dlouhodobě na nemocenské a mnohé léky a vitamíny si hradí také. Respondentka R6 uvedla: „*Asistovanou reprodukcí jsem si sama prošla a levná záležitost to není. Ano, pojišťovna vám určité věci hradí, ale než k samotnému zákroku dojde, tak vám lékař doporučí různé alternativy a vy je vyzkoušíte. Například různé formy doplňků stravy či vitamíny a nestojí zrovna málo. Po částce dvacet tisíc korun při prvním pokusu jsme peníze přestali s manželem počítat. Podotýkám, že nám vyšel bohužel až další pokus.*“ Rozdílný názor měla respondentka R5, která se domnívá, že zdravotní pojišťovny hradí příliš mnoho a financování potřebuje zdravotnictví daleko víc jinde. Při doplňující otázce, kam by se peníze víc hodily, respondentka R5 odpověděla na prevenci karcinomů.

Se zajímavým názorem jsem se setkala u respondentky R7. Tato porodní asistentka přemýšlela, jaký je postup, když přijde darovat gamety člověk tmavé pleti. Zda se tento fakt někam uvádí, když darování gamet je anonymní. Na otázku, zda by respondenti podstoupili asistovanou reprodukci, byly různé názory. Respondenti R1, R3, R4, R6, R7, R10, R11, R12, R13, R14 a R15 by v případě neplodnosti využili metod asistované reprodukce. Porodní asistentka R6 již podstoupila asistovanou reprodukci (2x IUI neúspěšně a 2x IVF – podruhé úspěšně) a respondentky R10, R11, R12 a R13 také podstoupily AR. U respondentky R8 podstoupila asistovanou reprodukci snacha a respondenti R4, R9, R14, R15, R16 a R17 se setkali s metodami asistované reprodukce u svých známých a přátel. Respondenti R2, R8, R9, R16 a R17 by asistovanou reprodukci podstoupili, pokud by šlo o jejich vlastní gamety. Pokud by šlo o gamety

dárců, tak by metody asistované reprodukce nepodstoupili. Odůvodnili to tím, že by nemohli mít cizí dítě, které jim není podobné. Respondentky R2 a R9 by raději adoptovaly dítě, než aby využily darované gamety. Respondenti R16 a R17 by raději žádné děti neměli. Respondentka R5 by asistovanou reprodukci nepodstoupila vůbec. Respondentka R6 uvedla, že má kryokonzervovaná 3 embrya, která nejspíše už nevyužije. Tato respondentka má však problém s rozhodnutím, zda embrya darovat či je zneškodnit. *„Nevím, co s přebytečnými zamraženými embryi. S manželem další dítě už neplánujeme a tak přemýšlíme, co s embryi. Nedokážu si představit, že bychom s manželem embrya darovali a někde po světě chodilo naše další dítě. A zlikvidovat je? To rozhodně ne, vždyť jsou to moje děti! Zatím mám plán takový, že asi do konce svého života budeme platit zamražení a potom mi to už bude jedno.“*

Hlavní kategorie 2 Péče PA o ženu po asistované reprodukci

Kategorie Péče o ženu po asistované reprodukci byla zvolena jako druhá hlavní kategorie. Tato kategorie se zabývá péčí o těhotné ženy a jejich potřebami po asistované reprodukci. Druhá hlavní kategorie se dále věnuje hyperstimulačnímu syndromu a informovanosti žen po asistované reprodukci. Kategorie 2 s názvem Péče PA o ženu po asistované reprodukci se dělí do tří podkategorií: Specifika v péči u žen po asistované reprodukci, Informovanost žen po asistované reprodukci a Změněné potřeby u žen po asistované reprodukci.

Podkategorie Specifika v péči u žen po asistované reprodukci

Tato podkategorie se zabývá péčí o ženy po asistované reprodukci. V této podkategorii je uvedena péče u žen s hyperstimulačním syndromem. Porodní asistentky R1-R9 uvedly, že ženy po asistované reprodukci jsou častěji sledovány u gynekologů a v centrech asistované reprodukce. Na začátku gravidity je nutno kontrolovat správné uložení plodu a četnost zárodků. Porodní asistentky R6 a R8 se ztotožnily v odpovědi, že ženy po asistované reprodukci dochází na prenatální diagnostiku vrozených vývojových vad plodu. Dále se porodní asistentky R1-R9 shodly, že ženy jsou v rizikovém těhotenství a často jsou v pracovní neschopnosti. Respondentka R6 z vlastní zkušenosti uvedla, že po transferu embrya do dělohy byla v pracovní neschopnosti a musela dodržovat klidový režim. Po třech týdnech šla tato respondentka na ultrazvukové vyšetření a odběr krve na HCG a poté šla na další UZ v osmém týdnu gravidity. Porodní asistentky R2, R3, R4, R6, R7 a R9 sdělily, že na počátku těhotenství

či v jeho průběhu užívají ženy po asistované reprodukci gestageny (například Utrogestan) k podpoře nidace a udržení těhotenství. Respondentky R10-R13 potvrdily výše uvedená tvrzení porodních asistentek.

Ženy po asistované reprodukci jsou často hospitalizovány na oddělení rizikového těhotenství, a to zejména kvůli již zmiňovaným komplikacím. Jedná se například o spontánní potrat, předčasný porod, mimoděložní těhotenství, vícečetné těhotenství a hyperstimulační syndrom. Respondentky R1, R2, R3, R5, R7a R8 uvedly, že ženy mají často dodržovat klid na lůžku. Respondentka R3 uvedla, že u žen, kterým hrozí předčasný porod, je doporučena obrácená Trendelenburgova poloha. Pokud je žena bez komplikací, tak může dodržovat pohybový režim tak, jak je zvyklá. Respondentka R8 řekla, že ženy s rizikovým těhotenstvím by měly ležet na levém boku a omezit polohu na zádech. Respondentky R1, R2, R5, R6 a R8 udávají, že ženy po asistované reprodukci by se měly vyhýbat zvýšené tělesné námaze. Dále respondentka R5 uvedla, že pokud má žena přísný klid na lůžku, tak je vhodná domluva s rehabilitačním pracovníkem, aby nedocházelo k oslabení svalů.

Dle respondentek R7 a R9 jsou ženy s hyperstimulačním syndromem hospitalizovány na oddělení rizikového těhotenství a podle respondentek R2, R3 a R5 jsou ženy hospitalizovány na gynekologickém oddělení. Všechny porodní asistentky R1-R9 souhlasně odpověděly, že při mírné formě hyperstimulačního syndromu není nutná hospitalizace pacientky. Respondentky R3, R4, R6 a R9 uvedly, že u žen s hyperstimulačním syndromem se objevují příznaky jako nauzea, zvracení, průjmy, otoky, bolest břicha a zvětšení břicha. Proto je nutné těmto příznakům u žen po asistované reprodukci věnovat pozornost. Dle respondentky R9 může také docházet u ženy s hyperstimulačním syndromem ke změně nálady a bolestem hlavy. Všechny porodní asistentky R1-R9 uvádí, že veškeré změny stavu je nutné hlásit lékaři. Respondentky R4, R6, R7 a R9 se během své praxe neseťkaly s těžkými příznaky hyperstimulačního syndromu.

Podkategorie Poskytování informací ženám po AR

Druhou podkategorií je Poskytování informací ženám po asistované reprodukci. V této podkategorii najdeme informace o tom, zda si porodní asistentky myslí, že jsou ženy během asistované reprodukce dostatečně s touto problematikou obeznámeny. Všechny respondentky se shodně vyjádřily, že informovanost žen po asistované reprodukci je na

vysoké úrovni. Porodní asistentka R7 sdělila, že kvalitní informovanost je díky výborné péči v centrech asistované reprodukce a internetu. Respondentka R7 řekla: „*V dnešní době je v České republice špičková péče v odvětví asistované reprodukce. Od pacientek slyším na centra asistované reprodukce samou chválu na vřelé chování. Dále je velkým pomocníkem internet. I po návštěvě center snad všechny maminky vyhledávají další informace na internetu. Je fajn si přečíst na internetu na různých fórech, že další páry mají stejný problém s početím, ale na druhou stranu u všech to nedopadne zrovna nejlíp a ženy jsou tudíž zbytečně vystaveny stresu.*“ Respondentky R1-R9 by také vyhledávaly další informace i u jiných zdrojů (například internet). Respondentka R6 se domnívá, že ženy jsou často zaskočeny velkým počtem informací a vše si správně nezapamatují. Respondentky R5 a R8 zdůraznily, že ženám by měl být kladen větší důraz na případná rizika spojená s asistovanou reprodukcí a na riziko vzniku karcinomu ovárií. Porodní asistentka R2 sdělila, že by ženy více varovala před případným neúspěchem, protože ženy se mnohdy stoprocentně spoléhají na asistovanou reprodukci. „*V centrech zdůrazňují pomalu jen kladná čísla. Negativní čísla říkají jen tak v meziřechi. Jen říkají dovětek, že to není nikdy stoprocentní. Ale podle mého názoru by tímto měli začít.*“ uvedla respondentka R2.

Respondentky R1-R9 uvedly, že ženy získávají informace především z internetu. Všechny respondentky se domnívají, že ženy před zahájením samotné léčby a před návštěvou odborných center mají již prostudované internetové stránky ohledně léčby neplodnosti. „*Myslím si, že není na škodu si k asistované reprodukci něco najít na internetu, ale využila bych to jen jako doplnění informací a ne jako hlavní informace. Myslím si, že když jim to potom lékaři v centrech chtějí vysvětlit, tak ženy jen mávnou rukou a říkají, že už informace dostaly.*“ uvedla respondentka R3. Jako další zdroj uvedly všechny dotazované respondentky R1-R9 centra asistované reprodukce a domnívaly se, že zde by pacientky měly dostávat nejkvalitnější informace. Respondentky R1, R2, R3, R5, R6, R8 a R9 uvedly, že další informace by ženy měly dostávat od svých gynekologů.

Respondentky R10-R13, které podstoupily asistovanou reprodukci, se shodly, že nejlepší informace dostaly v centru pro asistovanou reprodukci. U svých gynekologů nezískaly skoro žádné informace. Několik informací získaly z centra genetiky. Dále si zmiňované respondentky hledaly informace na internetu a tyto získané informace prodiskutovaly v centru pro AR. O karcinomu ovárií v centru AR moc nediskutují.

Argumentují to tím, že není žádná studie, která by toto tvrzení potvrdila podotkla respondentka R11.

Podkategorie Změněné potřeby

Podkategorie Změněné potřeby u žen po asistované reprodukci se zabývá názory porodních asistentek na potřeby žen po asistované reprodukci. Všechny porodní asistentky (R1-R9) se ztotožnily s názorem, že neplodné ženy ztratily pocit jistoty a bezpečí. Odůvodnily to tím, že pacientky si myslí, že jako ženy zklamaly. Porodní asistentky R3 a R9 sdělily, že velmi často dochází ke konfliktu mezi partnery. Nervozita a stres se u partnerů stupňuje, zejména u nevydařených pokusů o početí. Dle zmiňovaných porodních asistentek je touha po dítěti tak vysoká, že ženy mnohdy zapomínají na své základní potřeby. Především zmiňovaly sexuální potřeby. Respondentky R1-R9 se shodly, že partneři prochází velkou změnou i v intimním životě. *„Při neplodnosti se mění i sexuální život manželů. Ze styku se stává povinnost a ne zábava. A když nedochází k početí, tak si myslím, že manžele to přestane bavit.“* sdělila respondentka R7. Porodní asistentka R3 řekla, že potřeba sebenaplnění není uspokojena, protože hlavní a nejdůležitější potřebou je potřeba být matkou. Respondentka R6 řekla: *„Je to hrozně těžká situace, nikomu ji nezávidím. Když se kouknu zpětně na ten stres a beznaděj při nepovedených pokusech, tak sama sebe obdivuju, jak jsem to zvládla. Ze všeho nejdůležitější je podpora rodiny, přátel a i porodních asistentek a lékařů.“* Dále respondentka uvedla, že velice náročná situace byla, když si přátelé ze začátku dělali legraci. *„Čím dál tím víc mě to frustrovalo, všichni okolo měli děti, vycházelo jim to přirozeně na první pokusy a my s manželem po několika pokusech umělého oplodnění a pořád nic. Začínala jsem se všem vyhýbat, protože mě ubíjely otázky – tak co, už se podařilo?“* dodala respondentka. Respondentky R1-R8 se shodly ve výpovědi, že ženy si dávají svoji neplodnost za vinu. Respondentka R2 dodala, že ženy nemají pocit štěstí, ale neštěstí. Respondentka R2 tvrdí, že žena chce mít pocit lásky, naplnění a pocit jistoty v rodině. Porodní asistentka R1 by u párů, které se potýkají s nedobrovolnou neplodností, využila psychoterapii. *„Při léčbě neplodnosti bych využila psychoterapii. Myslím si, že pokud se partneři s diagnózou neplodnosti smíří, tak to bude mít lepší dopad na léčbu. Myslím si, že na psychice velice záleží a velice úzce souvisí s plodností.“* řekla respondentka R1.

Respondentky R10-R13 potvrdily výše zmiňovaná tvrzení porodních asistentek. Respondentky R10 a R12 se shodly, že chtíč po dítěti je tak velký, že vše ostatní není důležité. Respondentky R10-R13 se shodly, že asistovaná reprodukce narušila jejich intimní život, protože byly dny, kdy měli s partnerem provozovat pohlavní styk, a byly dny, kdy neměli provozovat pohlavní styk. Respondentka R10 uvedla, že se změnila potřeba lásky. Respondentka R10 potřebovala od svého partnera častější vyjadřování citů a s partnerem se víc sblížili.

5 Diskuze

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na asistovanou reprodukci. Otázky pro respondenty byly zaměřeny na nejpoužívanější metody asistované reprodukce a komplikace asistované reprodukce. Nadále se otázkami zjišťovaly postoje porodních asistentek k asistované reprodukci a k redukci embryí. Výzkumné šetření se zaměřilo na péči o ženy po asistované reprodukci. V neposlední řadě se výzkumné šetření zabývalo názory porodních asistentek na změněné potřeby žen po AR a poskytování informací ženám po asistované reprodukci.

Pro bakalářskou práci byl stanoven cíl, který se zabýval postoji porodních asistentek k asistované reprodukci. Kvalitativní výzkumné šetření bylo zaměřeno na péči PA k ženám po asistované reprodukci, a jak PA vnímají AR. Toto výzkumné šetření bylo prováděno s porodními asistentkami, které pracují na jednotce rizikového těhotenství. Mezi další dotazované patřili jedinci bez odborného vzdělání.

S problematikou neplodnosti se v České republice potýká 20 % párů (Rampík, 2014). Dle WHO (© 2016) má problém s početím 15 % párů ve světě. Neplodnost je léčena konzervativně, chirurgicky a metodami asistované reprodukce (Uhlíková, 2012). Nejčastěji využívaná metoda v léčbě neplodnosti je asistovaná reprodukce (Gregora, Velemínský ml., 2013). Všechny dotazované porodní asistentky R1-R9 se s problematikou asistované reprodukce setkaly při své praxi. Dle IVF Zlín (© 2016) je IVF nejdůležitější metodou asistované reprodukce.

Respondentky R1, R2, R3, R4, R5, R6 a R8 uvedly, že se při své praxi nejčastěji setkávají s metodou IVF a považují tuto metodu za nejdůležitější. Respondenti R10, R11, R12, R13 a R17 se také domnívají, že IVF je nejpoužívanější metodou. Zbylé respondentky (R7 a R9) řekly, že nejčastější a nejdůležitější metodou asistované reprodukce, je IUI. Respondentka R2 podotkla, že mnoho žen podstoupí nejdříve IUI a poté při jejím neúspěchu podstoupí IVF. Respondenti R14, R15 a R16 neznají metody asistované reprodukce.

Na otázku, jaké pohlaví může nejčastěji za neplodnost, odpověděli respondenti různě. Porodní asistentky R1, R2, R3, R4, R6, R7 a R9 si myslí, že za neplodnost může převážně žena. Porodní asistentky R5, R8 a respondenti R10, R11, R12, R13, R14, R15, R16 a R17 sdělili, že za neplodnost odpovídá převážně muž.

Gregora a Velemínský ml. (2013) uvádí, že za neplodnost mohou obě dvě pohlaví stejně (z 40 % žena a z 40 % muž). Podle mého názoru se porodní asistentky častěji setkávají při své praxi s léčbou neplodnosti ženy, nikoli muže, a z toho důvodu uvedly, že za neplodnost může převážně žena. Respondentka R2 sdělila, že mezi nejčastější příčiny neplodnosti u ženy patří neprůchodnost vejcovodů a hormonální poruchy. Ulčová-Galová a Lošan (2013) potvrdili toto tvrzení ve své publikaci, kde uvedli, že nejčastější příčina ženské neplodnosti spočívá ve vaječnicích (40 %) a vejcovodech (20 %). Mezi další příčiny ženské neplodnosti patří endometrióza, imunologický faktor a genetická porucha. Ohledně nejčastějších příčin mužské neplodnosti odpověděla respondentka R8 nedostatečnou kvalitou spermií. Spermií může být málo, mohou být pomalé, mít špatný tvar či nebyť zastoupeny v ejakulátu. K poruchám plodnosti u mužů může dojít například po úrazech, zánětech, operacích, onkologické léčbě a genetické poruše. Heřmanová (2013) uvedla, stejně jako respondentka R8, že nejčastější příčinou mužské neplodnosti, je kvalita spermií. Domnívám se, že muži snášejí svoji neplodnost hůř než ženy.

Těhotenství vzniklé metodou asistované reprodukce může vést ke komplikacím. Myslím si, že každé těhotenství po asistované reprodukci je rizikové. Řežábek (2014) uvádí, že mezi komplikace asistované reprodukce patří spontánní potrat, hyperstimulační syndrom, předčasný porod, vícečetné těhotenství, mimoděložní těhotenství a poranění při odběru oocytů. Respondentka R4 řekla, že těhotenství po asistované reprodukci přináší rizika pro plod i pro ženu. Všichni respondenti odpověděli, že nejčastější komplikací asistované reprodukce je vícečetné těhotenství.

Štembera et al. (2014) také udává, že nejčastější komplikací asistované reprodukce je vícečetné těhotenství. Vícečetné těhotenství je rizikové z toho důvodu, že hrozí samovolný potrat a předčasný porod (Gregora, Velemínský ml., 2013). Dle Behinové (2012) hrozí při vícečetném těhotenství také zvýšené riziko preeklampsie, eklampsie a GDM. Jako další komplikaci spojenou s asistovanou reprodukcí uvedly respondentky R1-R13 spontánní potrat. IVF centrum v Brně (© 2015) uvedlo, že ke spontánnímu potratu u žen po asistované reprodukci dochází z důvodu nedostatečné životaschopnosti embrya po jeho zavedení do dělohy. Všechny porodní asistentky R1-R9 a respondentky R10, R11, R12 a R13 uvedly jako další komplikaci předčasný porod. Vědecky bylo dokázáno, že ženy po IVF častěji rodí předčasně (Ženská-neplodnost, © 2017). Také Hájek et al. (2014) potvrdil, že za předčasný porod může asistovaná reprodukce.

K předčasnému porodu u žen po asistované reprodukci dochází zejména kvůli onemocnění ženy, jejímu věku a vícečetnému těhotenství.

Jako následující komplikaci uvedly respondentky R2, R4, R5, R8, R10, R11, R12 a R13 mimoděložní těhotenství. Řežábek (2014) sdělil ve své publikaci stejný argument jako respondentky R2, R4, R5, R8, R10, R11, R12 a R13 a to, že mimoděložní těhotenství může vzniknout při metodách AR. Toto tvrzení odůvodnil tím, že vejcovody u neplodných žen bývají často poškozené a k uhnízdění dochází právě zde. Předposlední komplikaci uvedly respondentky R1, R5, R6, R10, R11, R12 a R13 poranění pochvy při odběru oocytů a poranění pochvy při zavedení embrya. Roztočil et al. (2011) tuto komplikaci potvrdil. Uvádí, že při každém odběru oocytů dochází minimálně k malému poranění pochvy, protože jehla musí být vsunuta k ováriím přes poševní klenbu. Poslední komplikací je hyperstimulační syndrom, který uvedly respondentky R1, R2, R4, R5, R7, R8, R9, R10, R11, R12 a R13. Fortimed (© 2017) na svých stránkách zveřejnil, že incidence hyperstimulačního syndromu se pohybuje mezi 3-5 %. Přesná příčina vzniku hyperstimulačního syndromu není známa, jen je ověřeno, že souvisí s hyperstimulací ovárií gonadotropiny (Řežábek, 2014).

Domnívám se, že OHSS patří mezi nejzávažnější komplikace asistované reprodukce. Vzhledem k závažnosti tohoto onemocnění by měly porodní asistentky závčas rozpoznat příznaky onemocnění, jako je diskomfort, břišní napětí, nauzea, zvracení, průjem, leukocytóza, oligurie, ascités, bolestivost břicha, zvýšení jaterních testů, hemokoncentrace, dušnost, hydrotorax, perikardální výpotek a tromboembolie (Roztočil et al., 2011). Respondentky R3, R4, R6 a R9 se shodly s Roztočilem et al. (2011) na nauze, zvracení, průjmu a bolesti břicha. Respondentka R9 uvedla jako další příznaky OHSS změny nálad a bolesti hlavy. Řežábek (2014) uvedl, že hospitalizace je nutná při těžké formě OHSS. Ženy s hyperstimulačním syndromem jsou hospitalizovány na stanici rizikového těhotenství dle respondentek R7 a R9 a na gynekologickém oddělení dle respondentek R2, R3 a R5. Domnívám se, že ženy s OHSS jsou hospitalizovány na odděleních dle zvyklosti a vybavenosti konkrétní nemocnice. Žena s hyperstimulačním syndromem bývá často v pracovní neschopnosti a dochází na pravidelné prohlídky ke gynekologovi. Řežábek (2014) uvedl, že hospitalizace je nutná při těžké formě OHSS. Respondentky R4, R6, R7 a R9 se během své praxe nesetkaly s těžkými příznaky hyperstimulačního syndromu.

Při zjištění vícečetného těhotenství se může žena po asistované reprodukci setkat s redukcí embryí. Respondentky R2, R5, R6 a R8 se s redukcí embryí při své praxi setkaly. Avšak respondentky R1, R3, R4, R7 a R9 nikoliv. K redukcí embryí se přistupuje u trojčetného a vícečetného těhotenství uvedly respondentky R3, R5, R7, R10, R11, R12 a R13. Roztočil et al. (2011) ve své publikaci potvrdil, že k redukcí embryí se přistupuje u trojčetného a vícečetného těhotenství. Respondenti R1, R2, R4, R8, R14, R15, R16, R17 se domnívali, že žena musí mít minimálně čtyřčetné těhotenství, aby mohla podstoupit redukcí embryí. Respondentky R6 a R9 předpokládaly, že k redukcí embryí postačuje dvojčetná gravidita.

Porodní asistentky R1, R3, R4, R6 a R9 s redukcí embryí souhlasí, a to zejména z důvodu, že je dobré předejít případným komplikacím spojených s vícečetným těhotenstvím. Z těchto porodních asistentek by jen respondentka R6 určitě redukcí embryí podstoupila. Respondentky R1, R3, R4 a R9 by si nebyly jisty a rozhodly by se dle četnosti plodů. Myslím si, že sama bych se rozhodla pro redukcí embryí dle četnosti embryí v děloze. Respondentky R2, R7 a R8 by redukcí embryí nepodstoupily a ani s ní nesouhlasí. Respondentka R5 se k redukcí embryí vyjádřila takto: „*S redukcí embryí rozhodně nesouhlasím. Nedokážu si představit být na straně matky a vybrat si, jaké embryo zabiju. Je to legální vražda.*“ Domnívám se, že respondentky, které nesouhlasí s redukcí embryí, tolerují rozhodnutí žen, které jej podstoupí.

Redukce embryí se provede po desátém týdnu gravidity tak, že se aplikuje intraamniálně hypertonický KCL tak, aby v děloze zbyly dvě embrya (Roztočil et al., 2011). Ani jedna z porodních asistentek R1-R9 nevěděla, jak a kdy se redukce embryí provádí. Domnívám se, že je to zapříčiněné malým počtem respondentek, které se s touto problematikou setkaly nebo nedostatečnými znalostmi PA. Respondentky R10-R13 obecně věděly, jak se redukce embryí provádí.

Dotazované porodní asistentky R1-R9 odpověděly, že problematiku asistované reprodukce tolerují. Respondentky R1, R2, R3, R4, R6, R7, R8 a R9 metody asistované reprodukce vnímají pozitivně, avšak respondentka R5 negativně. Respondentky R2, R4, R6, R8 a R9 uvedly, že asistovaná reprodukce dává naději párům, které by za normálních okolností potomky mít nemohly. Zastávám stejný názor jako respondentky R2, R4, R6, R8 a R9. Metody asistované reprodukce nejsou stoprocentní, ale dávají naději párům být rodiči. Dle Gregory a Velemínského ml. (2013) je úspěšná léčba u 25-

30 % párů. Domnívám se, že respondentky, které se setkaly s problematikou asistované reprodukce u svého blízkého okolí, vnímají AR lépe než respondentky, které se s touto problematikou setkaly jen při své praxi.

Z výsledků výzkumného šetření ohledně péče o ženy po asistované reprodukci uvedly porodní asistentky R1-R9, že ženy po AR jsou častěji kontrolovány u gynekologů a v centrech asistované reprodukce z důvodu možnosti komplikací. Na začátku gravidity je nutno kontrolovat uložení plodu a četnost zárodků. Porodní asistentky R6 a R8 řekly, že ženy po asistované reprodukci dochází na prenatální diagnostiku vrozených vývojových vad plodu. Dále se všechny porodní asistentky R1-R9 shodly v tom, že většina žen je poté v rizikovém těhotenství a často jsou v pracovní neschopnosti. Respondentky R6, R10, R11, R12 a R13 měly pracovní neschopnost po metodách asistované reprodukce. Avšak Řežábek (2018) uvedl, že pracovní neschopnost není nutná po AR. Respondentka R6 uvedla, že po aplikaci embrya do dělohy musí následovat klidový režim. Porodní asistentky R2, R3, R4, R6, R7 a R9 sdělily, že na počátku těhotenství či v jeho téměř celém průběhu ženy po asistované reprodukci užívají gestageny (například Utrogestan) k podpoře nidace a udržení těhotenství. Pokud žena nemá komplikace, tak může dodržovat pohybový režim tak, jak je zvyklá. Respondentky R1, R2, R5, R6 a R8 uvádí, že ženy po asistované reprodukci by se měly vyhýbat zvýšené tělesné námaze. Respondentky R10-R13, které podstoupily asistovanou reprodukci, potvrdily tvrzení výše uvedených porodních asistentek.

Respondentky R1, R3, R4, R5, R6, R7 a R8 se zmínily o darování gamet a embryí. V článku od Nejedlé (2010) se zmínila psycholožka, že by se dítěti narozenému z darované gamety či embrya měla říct pravda. Respondentka R1 s tímto tvrzením souhlasí. Respondentky R3, R4, R5, R6, R7 a R8 nejsou pevně rozhodnuty. Dále respondentky R1, R3, R4, R6 a R8 řekly, že by se nejdříve poradily s odborníkem, protože by nevěděly, jak dítěti tuto skutečnost říct a v jakém věku. Respondentka R8 zmínila, že by měla strach prozradit pravdu o biologických rodičích. Odůvodnila to tím, že by se obávala změnou vztahu mezi nimi a potomkem.

Porodní asistentky R5 a R7 uvedly, že v dnešní době si lidé pomocí darování gamet přivydělávají a toto tvrzení bylo potvrzeno i v článku od Nejedlé (2010). Nadále se respondentky R5 a R7 shodly, že darování gamet by mělo být dobrovolné, nikoli placené. Domnívám se, že pokud by darování gamet nebylo placené, tak by bylo gamet

nedostatek. Z dalšího pohledu by bylo dobré, kdyby darování gamet bylo dobrovolné, protože by se snížilo množství stimulovaných žen. Myslím si, že by měla být větší osvěta ohledně stimulace vaječníků a možnosti vzniku karcinomu ovária. Respondentka R6 nastiňuje zajímavou myšlenku: „*Jelikož je darování spermií i vajíček anonymní a uvádí se myslím jen čárový či číselný kód místo jména či rodného čísla, tak je pravděpodobnost (leč malá), že odebrané pohlavní buňky se aplikují rodinnému příslušníkovi.*“ Poté ještě dodala: „*A pokud budou chodit jedni a ty samý dárci, tak za chvíli budou všude samé stejné děti.*“ Domnívám se, že pravděpodobnost podání darované gamety rodinnému příslušníkovi je velice malá, ale možná.

Morální postavení embrya vnímají respondentky R2, R4, R6 a R7 tak, že embryo lidská bytost není. Respondentky R1, R3, R5, R8 a R9 se naopak shodly, že embryo lidská bytost je. Dle Ptáčka a Bartůňka (2011) jsou dva fyziologické proudy. Jeden proud uznává embryo jako bytost, která má všechna práva od okamžiku oplození. Druhý proud udává, že postupným vývojem embrya dochází k tvorbě bytosti.

Porodní asistentky R1, R4, R5, R6 a R9 si myslí, že asistovaná reprodukce není pro všechny dostupná. Důvodem je neproplácení všech metod a léčiv spojených s asistovanou reprodukcí. Řežábek (2014) uvádí, že proplácení výkonů je od pojišťoven omezeno na šest pokusů inseminace a na tři až čtyři pokusy IVF. Dále dle Fortimed (© 2017) si páry samy hradí: asistovaný hatching, intracytoplazmatickou injekci (ICSI, PICSI), kryokonzervaci, rozmrazení embryí, transfer zmražených embryí, preimplantační genetické vyšetření, transfer cytoplazmy, kontinuální monitorování vývoje embryí.

O poskytování informací ženám po asistované reprodukci, si porodní asistentky R1–R9 myslí, že informovanost je dobrá především díky kvalitní práci v centrech asistované reprodukce, internetu a díky obvodním gynekologům. Respondentky R5 a R8 podotkly, že ženám by měl být kladen větší důraz na případná rizika spojená s asistovanou reprodukcí. Respondentky R10-R13 sdělily, že informace o asistované reprodukci získaly zejména z center asistované reprodukce a od svých gynekologů získaly malý počet informací. Déle respondentky R10-R13 uvedly, že informace získaly na internetu a v genetických centrech. Dále se respondentky R10-R13 domnívají, že porodní asistentky na ošetrovatelské jednotce rizikového těhotenství nejsou dostatečně informovány o problematice AR.

Během léčby neplodnosti jsou u klientek pozměněny potřeby. V článku Haasové (2010) se dozvídáme, že potřeby žen jsou změněné a párům by měla být nabídnuta pomoc od psychologa, aby zátěžovou situaci zvládli lépe. S tímto tvrzením souhlasí i respondentka R1. Dále všechny porodní asistentky uvedly, že neplodné ženy ztratily pocit bezpečí a jistoty. Domnívám se, že potřeba sebenaplnění je mít dítě, a ta nemůže být splněna. Respondentky R3 a R9 uvedly, že může vzniknout konflikt mezi partnery díky neplodnosti a vzniká stres a nervozita. Haasová (2010) tvrzení těchto respondentek potvrdila. Respondentky R10-R13 se shodly s výpovědí porodních asistentek o změněných potřebách. Respondentky R10-R13 zdůraznily změněnou sexuální potřebu. Provozovat či neprovozovat pohlavní styk na příkaz změnilo partnerský intimní vztah. Respondentka R10 uvedla, že byla změněna potřeba lásky, protože potřebovala podporu a častější vyjadřování náklonosti od svého partnera.

6 Závěr

Bakalářská práce „Těhotenství u ženy s asistovanou reprodukcí“ se zabývá asistovanou reprodukcí, postoji porodních asistentek k této problematice a péčí o ženy po asistované reprodukci. Cílem bakalářské práce bylo zjistit postoje porodních asistentek k asistované reprodukci. Podle zvoleného cíle byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka: Jak porodní asistentky vnímají asistovanou reprodukci? Druhá výzkumná otázka: Jak přistupují porodní asistentky k péči o těhotnou ženu po asistované reprodukci?

Ke zpracování a popsání problematiky tohoto problému bylo využito kvalitativní výzkumné šetření. Výzkumné šetření bylo prováděno formou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor proběhl s devíti porodními asistentkami pracujícími na ošetrovatelské jednotce rizikového těhotenství a osmi neodborně vyučenými jedinci. Každá osoba je individuum a může problematiku asistované reprodukce vnímat jinak. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že porodní asistentky se s problematikou asistované reprodukce setkávají relativně často. Dále z výzkumného šetření vzešlo, že porodní asistentky vnímají asistovanou reprodukci pozitivně. Rovněž z šetření vyplynulo, že porodní asistentky, které mají osobní zkušenosti s asistovanou reprodukcí (u sebe, kamarádů či v rodině), vnímají asistovanou reprodukci lépe než porodní asistentky, které se sešly s problematikou asistované reprodukce pouze při své praxi. Ženy, které podstoupily asistovanou reprodukci, jsou lépe informovány o dané problematice než PA. Dotazovaní muži se v problematice asistované reprodukce nevyznají. Pomocí výzkumného šetření bylo zjištěno, že porodní asistentky upozorovaly, že ženy po asistované reprodukci mají změněné potřeby (zejména pocit jistoty a bezpečí). Tvrzení porodních asistentek potvrdily ženy, které podstoupily AR. Výsledek této bakalářské práce může být prezentován na odborných konferencích či publikován v odborných časopisech.

7 Použité zdroje

1. APERIO, 2018. *Těhotná zaměstnankyně a zaměstnání* [online]. Praha [cit. 2018-01-04]. Dostupné z: <http://www.aperio.cz/684/tehotna-zamestnankyne-a-zamestnani>.
2. BANKER, M., GARCIA-VELASCO, J., 2015. Revisiting ovarian hyperstimulation syndrome: Towards OHSS free clinic. *Journal of Human Reproductive Sciences* 8 (1), 13-17, DOI: 10.4103/0974-1208.153120.
3. BARTŮNĚK, P. et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
4. BEHINOVÁ, M., 2012. *Nová velká kniha o mateřství: od početí do věku 3 let*. 3. vyd. Praha: Mladá fronta. 320 s. ISBN 978-80-204-2816-5.
5. BLAŽEK, P., 2013. Medicínskoprávní a trestněprávní aspekty asistované reprodukce. *Právní rozhledy*. č. 21(9), 312-21. ISSN 1210-6410.
6. CÍSAŘOVÁ, D., RAMPÍK, D., 2010. *Náhradní matky porodily už i u nás desítky dětí*. [online]. Praha [cit. 2017-02-18]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/zena/vztahy-a-sex/205714-nahradni-matky-porodily-uz-i-u-nas-desitky-deti.html>.
7. DAS, 2015. *Úspěšnost jednoho IVF cyklu dnes už může být až 75 procent*. [online]. [cit. 2017-02-18]. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/zena/zdravi/371203-uspesnost-jednoho-ivf-cyklu-dnes-uz-muze-byt-az-75-procent.html>.
8. DESJARDINS-SIMON, J., 2015. *Nevědomé příčiny neplodnosti*. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-80-262-0821-1.
9. FERTIMED, © 2017. *Léčba neplodnosti - Možné komplikace při asistované reprodukci* [online]. Olomouc [cit. 2017-02-18]. Dostupné z: <http://www.fertimed.cz/asistovana-reprodukce-mozne-komplikace>.
10. FIALA, P. et al., 2015. *Stručná anatomie člověka*. Praha: Karolinum. 244 s. ISBN 978-80-246-2693-2.
11. FLAWS, B., 2016. *Endometrióza a neplodnost: diagnóza, prevence, dieta, cvičení a relaxační terapie podle tradiční čínské medicíny: kniha pro ženy, které touží po miminku*. Praha: Anahita. 121 s. ISBN 978-80-87740-12-5.
12. JONÁŠOVÁ, L. 2013. *Problematika surogačního mateřství ve srovnání se zahraniční právní úpravou*. Olomouc. Bakalářská práce. Právnická fakulta. Univerzita Palackého v Olomouci.

13. JOY, J., 2012. Is Assisted Reproduction Associated with Abnormal Placentation? *Pediatric & Developmental Pathology* 15 (4), 306-314. ISSN 10935266.
14. KAZIMOUR, I., 2017. *Historie zdravotnictví*. E-knihy jedou. 450 s. ISBN 978-80-7512-758-7.
15. KOPLÍKOVÁ L., 2011. *Potřeby ženy těhotné, rodičí a šestinedělky z pohledu porodní asistentky*. Zlín. Bakalářská práce. Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.
16. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ ml., M., 2013. *Čekáme děťátko*. 2. vyd. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-3781-2.
17. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ ml., M., 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-3081-3.
18. HAAS, J., et al., 2014. Is severe OHSS associated with adverse pregnancy outcomes? Evidence from a case-control study. *In Reproductive Bio Medicine Online*, 29 (2), 216-221, DOI: 10.1016/j.rbmo.2014.04.015.
19. HAASOVÁ, I., 2012. Etika asistované reprodukce. *Urologie pro praxi*. 13(6), 254-258. ISSN 1213-1768.
20. HAASOVÁ, I., 2010. *Etika asistované reprodukce* [online]. Praha [cit. 2016-12-12]. Dostupné z: <http://www.podporareprodukce.cz/article/novinky/etika-asistovane-reprodukce>.
21. HÁJEK, Z., ČECH E., MARŠÁL, K., 2014. *Porodnictví*. 3. vyd. Praha: Grada. 580 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
22. HANÁKOVÁ, T. et al., 2015. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. vyd. Brno: CPress 256 s. ISBN: 978-80-264-0755-3.
23. HAVLÍKOVÁ, M., 2017. *Léčba neplodnosti a psychika: páry trápí předsudky, pocity viny a stres* [online]. Praha [cit. 2018-03-03]. Dostupné z: https://ona.idnes.cz/ivf-a-psychika-0fm-/deti.aspx?c=A171106_161041_deti_haa.
24. HEŘMANOVÁ J. et al., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 200 s. ISBN: 978-80-247-3469-9.
25. HLUBKOVÁ, V., 2012. *Asistovaná reprodukce – etika a legislativa*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Přírodovědecká fakulta.
26. IVF CZECH REPUBLIC S.R.O., © 2015. *Náhradní (surogátní) mateřství*. In: [ivf-zlin.cz](http://www.ivf-zlin.cz) [online]. Zlín [cit. 2015-02-02]. Dostupné z: <http://www.ivf-zlin.cz/24903-surogatni-materstvi>.

27. IVF BRNO, © 2015. *Umělé oplodnění - IVF: Průběh umělého oplodnění po IVF* [online]. Brno [cit. 2016-11-10]. Dostupné z: <http://www.ivfbrno.cz/prubeh-umeleho-oplodneni-ivf/t1040>.
28. IVF ZLÍN, ©2016. *Příčiny a diagnostika neplodnosti* [online]. Zlín [cit. 2016-10-05]. Dostupné z: <http://www.ivf-zlin.cz/24794-priciny-a-diagnostika-neplodnosti>.
29. JONÁŠOVÁ, L. *Problematika surogačního mateřství ve srovnání se zahraniční právní úpravou*. Diplomovaná práce. Olomouc, 2013. Univerzita Palackého v Olomouci. Právnická fakulta.
30. MALACHOVÁ, B., 2011. *Etické problémy in vitro fertilizace*. Bakalářská práce. Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.
31. MARDEŠIČ, T., 2013. *Diagnostika a léčba poruch plodnosti*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-4458-2.
32. MARDEŠIČ, T., 2010. *Když se nedaří otěhotnět - Průvodce pro páry s narušenou plodností*. Praha: Mladá fronta. 32 s. ISBN 978-80-204-2174-6.
33. MERCK SERONO, 2015. *Průvodce k pochopení poruch plodnosti: Vyšetření a léčebné možnosti u muže a ženy*. Praha: Merckspol s.r.o. Informační leták Č. RM_15_GN_04.
34. NEJEDLÁ, M., 2010. *Pravidla dárcovství pohlavních buněk gamet v Česku*. [online]. [cit. 2016-12-10]. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/zena/zdravi/220284-pravidla-darcovstvi-pohlavnich-bunek-gamet-v-cesku.html>.
35. NOVOTNÝ, P. et al, 2017. *Nový občanský zákoník*. 2. aktualizované vyd. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-271-0431-4.
36. PAŘÍZEK, A., HONZÍK, T., 2015. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vyd. Praha: Galén. 1215 s. ISBN 978-80-7492-213-8.
37. POSPÍŠILOVÁ, B., 2013. *Ošetřovatelská péče o pacientku s diagnózou sterilita v průběhu cyklu IVF*. Praha. Bakalářská práce. 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze.
38. PRONATAL, © 2017. *Umělé oplodnění* [online]. České Budějovice [cit. 2017-01-01]. Dostupné z: <https://www.pronatal.cz/cs/umele-oplodneni>.
39. PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3976-2.
40. RAMPÍK, D., © 2014. *Fakta o neplodnosti* [online]. Praha [cit. 2016-10-05]. Dostupné z: <http://www.stopneplodnosti.cz/o-neplodnosti/fakta-o-neplodnosti>.

41. ROZTOČIL, A., et al., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2832-2.
42. REPROMEDA, 2016. *Otázky a odpovědi – ovulace, léčba neplodnosti, IVF* [online]. Brno [cit. 2018-15-01]. Dostupné z: <https://www.repromeda.cz/otazky-a-odpovedi>.
43. ŘEŽÁBEK, K., 2018. *Je nutná neschopenka po IVF? Podle odborníka na asistovanou reprodukci ne* [online]. Brno [cit. 2018-08-04]. Dostupné z: <https://www.vitalia.cz/clanky/je-nutna-neschopenka-po-ivf-podle-odbornika-na-asistovanou-reprodukci-ne>.
44. ŘEŽÁBEK, K., 2014. *Asistovaná reprodukce*. 2. vyd. Praha: Maxdorf. 144 s. ISBN 978-80-7345-396-1.
45. SADLER, T. W., 2011. *Langmanova lékařská embryologie*. Praha: Grada. 414 s. ISBN 978-80-247-2640-3.
46. SAHIN L., et al., 2014. Review article: Is preimplantation genetic diagnosis the ideal embryo selection method in aneuploidy screening? *Kaohsiung Journal of Medical Sciences* 30(10), 491 – 498, DOI: 10.1016/j.kjms.2014.05.008.
47. SANATORIUM ART, © 2014. *Reprodukční medicína: typy léčby* [online]. České Budějovice [cit. 2016-11-10]. Dostupné z: <http://www.sanatoriumart.cz/reprodukni-medicina/typy-lecby/>
48. SIMÕES, T., 2015. Out come of monochorionic twins conceived by assisted reproduction. *Fertility & Sterility* 104 (3), 629-632. ISSN 0015-0282.
49. SKUTILOVÁ, V., 2016. *Jak na strach a úzkost v těhotenství*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-5469-7.
50. SLEPIČKOVÁ, L., 2015. *Diagnóza neplodnost: sociologický pohled na zkušenost nedobrovolné bezdětnosti*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici s Masarykovou univerzitou. 166 s. ISBN 978-80-7419-140-4.
51. SLEZÁKOVÁ, L., 2011. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. 270 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
52. SLÍPKA J., 2012. *Základy embryologie*. Praha: Karolinum. 122 s. ISBN 978-80-2462-051-0.
53. ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J., 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4434-6.
54. ŠIMEK, J., 2015. *Lékařská etika*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-5306-5.

55. ŠMÍDOVÁ, I., et al., 2015. *Gamesoflife: czech reproductive biomedicine: sociological perspective*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN: 978-80-210-7734-8-1.
56. ŠRÁMKOVÁ, T., 2013. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4453-7.
57. ŠTEMBERA, Z. et al., 2014. *Perinatální neuropsychická morbidita dítěte*. Praha: Karolinum. 660 s. ISBN 978-80-246-2168-5.
58. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
59. TĚŠINOVÁ, J. et al. 2011. *Medicínské právo*. Praha: C.H. Beck. 414 s. ISBN 978-80-7400-050-8.
60. TICHÝ, O., 2015. *Otázka týdne: Jaké jsou v současnosti podmínky a věkové limity umělého oplodnění a co hradí pojišťovna?* [online]. [cit. 2017-03-15]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/tiskove-centrum/otazky-tydne/jak-se-zmenily-podminky-pro-umele-oplodneni>
61. UHLÍŘOVÁ, K., 2012. *Příčiny mužské neplodnosti*. Bakalářská práce. Fakulta humanitních studií Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
62. ULČOVÁ-GALLOVÁ, Z., LOŠAN, P., 2013. *Neplodnost útok imunity*. 2. vyd. Praha: Grada. 152 s. ISBN: 978-80-247-4555-8.
63. WHO, © 2016. *Sexual and reproductive health: Infertility definitions and terminology* [online]. [cit. 2016-12-05]. Dostupné z: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>.
64. Zákon č. 227/2006 Sb., o výzkumu na lidských embryonálních buňkách a souvisejících činnostech a o změně některých souvisejících zákonů, 2006. [online]. [cit. 2017-03-12]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 75, s. 2850-61. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-227>
65. Zákon č. 167/2012 Sb., o specifických zdravotních službách, 2011. [online]. [cit. 2017-03-12]. In *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131, s. 4802-12. ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://zdravotni.praha.eu/public/1d/f5/31/1333559_225888__2011_373.pdf
66. Zákon č. 369/2011 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, 2011. [online]. [cit. 2017-03-12]. In *Sbírka zákonů České republiky*, částka 129, s. 4658-4703. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=23465>.

67. ŽÁKOVÁ, J. et al. 2010. *PISCI- selekce zralých spermií pro oplození lidských oocytů metodou ICSI*. Praktická gynekologie 14: 180-182. ISSN 1211–6645.
68. *Asistovaná reprodukce v České republice*, 2014. [online].ÚZIS. [cit. 2017-02-12]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/asistovana-reprodukce-ceske-republice-2014>.
69. ŽENSKÁ-NEPLODNOST, © 2017. *GIFT - jedna z možností asistované reprodukce* [online]. Praha [cit. 2017-01-01]. Dostupné z: <http://www.zenska-neplodnost.cz/novinky/gift-jedna-z-moznosti-asistovane-reprodukce-875>.

8 Seznam příloh

Příloha 1 – Anatomie vnitřních orgánů ženy

Příloha 2 – Buněčné dělení

Příloha 3 – Průměrný věk matky při narození dítěte

Příloha 4 – Písemný souhlas s AR

Příloha 5 – Intrauterinní inseminace

Příloha 6 - Průměrný věk žen při zahájení cyklu asistované reprodukce

Příloha 7 – Příklad hormonální stimulace

Příloha 8 - In vitro fertilizace

Příloha 9 – Ceník služeb centra asistované reprodukce

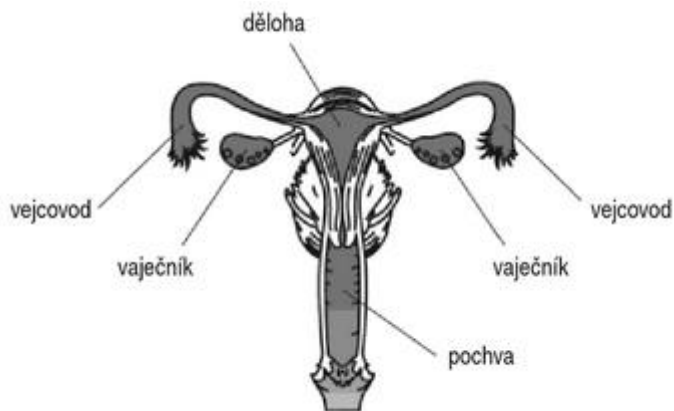
Příloha 10 – Otázky k rozhovoru PA

Příloha 11 – Otázky k rozhovoru

Příloha 12 – Žádost o souhlas ke spolupráci

Příloha 1

Anatomie vnitřních orgánů ženy



Zdroj: SLEZÁKOVÁ, L., 2011. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3373-9.

Příloha 2

Buněčné dělení



(Vývoj zygoty od dvoubuněčného stádia po morulu)

Zdroj: SADLER, T. W., 2011. *Langmanova lékařská embryologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2640-3.

Příloha 3

Průměrný věk matky při narození dítěte

		ROK	ČR	JK
Průměrný věk matky při narození dítěte	První dítě	2015	28,9 let	28,3 let
		2011	28,3 let	28,0 let
	Další dítě	2015	30,7 let	30,4 let
		2011	30,2 let	30,1 let

(ČR – Česká republika, JK – Jihočeský kraj)

Zdroj: ©ÚZIS

Příloha 4

Písemný souhlas s AR



Prohlášení a souhlas s lékařskými výkony souvisejícími s léčbou neplodnosti metodou mimotělního oplodnění (reverz) před každým výkonem (OPU, ET, ED, KET, IUI)

Prohlašujeme, že jsme byli seznámeni s povahou našeho zdravotního stavu, s možností řešení metodami umělého oplodnění a s očekávanými výsledky jednotlivých léčebných postupů (intrauterinní inseminace – IUI, mimotělní oplodnění – IVF ET, ED, KET, intracytoplasmatická inseminace – ICSI, mikromanipulace embryí – assisted hatching). Byli jsme poučeni o nutnosti vyšetření obou partnerů na pohlavní přenosné nemoci – lues, HIV, HBsAg a dále KS + Rh, u ženy vyšetření kultivace pochvy a cytologie čípku děložního, dále genetické vyšetření obou partnerů.

Při pohovoru s lékařem jsme byli vyčerpávajícím způsobem poučeni a seznámeni s postupem léčby metodami asistované reprodukce včetně rizik s tímto výkonem spojených a prohlašujeme, že jsme poučení dokonale porozuměli a případná rizika bereme na vědomí.

Dále jsme byli upozorněni na možnosti provedení speciálních výkonů, jejichž uskutečnění závisí na výsledku odběru vajíček a spermií. Mezi takovéto úkony, s jejichž případným provedením jsme byli obeznámeni, patří *zmrazení embryí a následný embryotransfer po jejich rozmrazení, využití prodloužené kultivace nebo darovaný program - oplodnění vajíček spermiemi dárce, případně darování vajíček jiné ženě*. Byli jsme poučeni o tom, že tyto jmenované výkony nemohou být provedeny bez našeho předchozího písemného souhlasu a tento souhlas musí být projevem každým partnerem zvlášť a stvrzen podpisem. Zdravotnické zařízení je vázáno zákonnou mlčenlivostí a v případě darování zárodečných buněk - (vajíček nebo spermií) nesmí poskytnout informace o totožnosti dárce (dárkyně) nebo totožnosti příjemců.

Žádáme o zařazení do programu léčby neplodnosti metodou mimotělního oplodnění oocyty (dále jen IVF) a prohlašujeme že :

- Souhlasíme s provedením všech nezbytných vyšetření souvisejících s provedením IVF, hlavního výkonu a případně dle rozhodnutí lékaře rozšíření, změny či provedení jiných nebo dalších výkonů včetně chirurgických, které budou během hlavního výkonu nutné. Jde především o :
 - aplikace hormonálních preparátů a sledování reakce na tyto léky pomocí opakovaných ultrazvukových vyšetření a vyšetření hormonálních hladin v krvi
 - odběr vajíček v krátkodobé celkové anestezii pod kontrolou ultrazvuku vpichem přes poševní stěnu
 - získání spermií partnera pro inseminaci získaných vajíček
 - transfer (přenos) embryí do dělohy - v případě rozhodnutí a doporučení gynekologa v krátkodobé celkové anestezii
 - o způsobu kultivace vajíček a časných embryí, stejně jako o optimální době jejich přenosu do dělohy rozhodne embryolog
- Podle svého nejlepšího vědomí a svědomí jsme sdělili lékaři veškeré rozhodné skutečnosti, které mohou mít vliv na lékařskou péči a že jsme uvedli správnou, úplnou rodinnou anamnézu včetně právní kvalifikace našeho vztahu. Bereme na vědomí skutečnost, že Sanatorium ART nenese odpovědnost za škody vzniklé v důsledku námi poskytnutých nepravdivých či neúplných informací.
- Bereme na vědomí, že dítě, které bylo počato metodami asistované reprodukce se nám narodí plně v souladu s právním řádem České republiky a my budeme jeho zákonnými rodiči, to jest jeho matkou a otcem.
- Byli jsme poučeni o skutečnosti, že v průběhu léčebného programu mohou nastat komplikace vedoucí k přerušení léčebného cyklu. Léčebný cyklus se přerušuje v těchto případech :
 - při nedostatečné reakci na stimulaci
 - při zjištěné předčasné ovulaci (tj. předčasném uvolnění vajíček)
 - nepodaří – li se získat při odběru ani jedno vajíčko
 - nepodaří – li se získat spermie pro inseminaci (oplození) vajíček
 - nedojde – li k oplození vajíček
 - při abnormálním vývoji embryí
 - při eventuální náhlé a aktuálně neřešitelné přístrojové poruše v IVF laboratoři
- Byli jsme poučeni o skutečnosti, že v průběhu léčebného programu mohou nastat komplikace, které mohou i vážně ohrozit můj zdravotní stav a vyžádat si léčebnou intervenci, případně i hospitalizaci. Jde především o :
 - nadměrnou reakci organismu na hormonální stimulaci vaječníků (tzv. hyperstimulační syndrom)
 - možnost poranění a krvácení nebo rozvoje zánětu při odběru vajíček nebo při zavedení zárodků do dělohy
 - možnost vzniku mimoděložního těhotenství

Dojde – li k těhotenství, může toto stejně jako po přirozeném otěhotnění skončit potratem, mimoděložním těhotenstvím, odumřením plodu či porodem plodu s vrozenou vývojovou vadou. Na základě poznatků současné vědy je výskyt těchto komplikací po IVF stejný jako u ostatní populace.

V důsledku léčby metodou IVF je vyšší pravděpodobnost vícečetného těhotenství.

Prohlašujeme, že nám bylo umožněno dotázat se na všechny nám nejasné postupy a souvislosti a na tyto nám bylo odpovězeno.

- Zavazujeme se uhradit v hotovosti vyúčtování za poskytnutou lékařskou péči včetně doplateků za léky v souladu s ceníkem výkonů Sanatoria ART a bereme na vědomí, že toto zdravotnické zařízení neručí za ceny, které protokolárně nepřevzalo do úschovy. Zpřimocňujeme Sanatorium ART k vyzvednutí léků vázaných na lékařský předpis a jsou zde předepsány v souvislosti s naší léčbou.

Pacientka : R.č. Partner : R.č.

Bydliště : Bydliště :

Místo a datum : Podpis : Místo a datum : Podpis :

Ověření totožnosti: OP Ověření totožnosti: OP

Druhý doklad

Jméno lékaře který provedl poučení :

Datum :



Zdroj: Sanatorium ART s.r.o.

Příloha 5

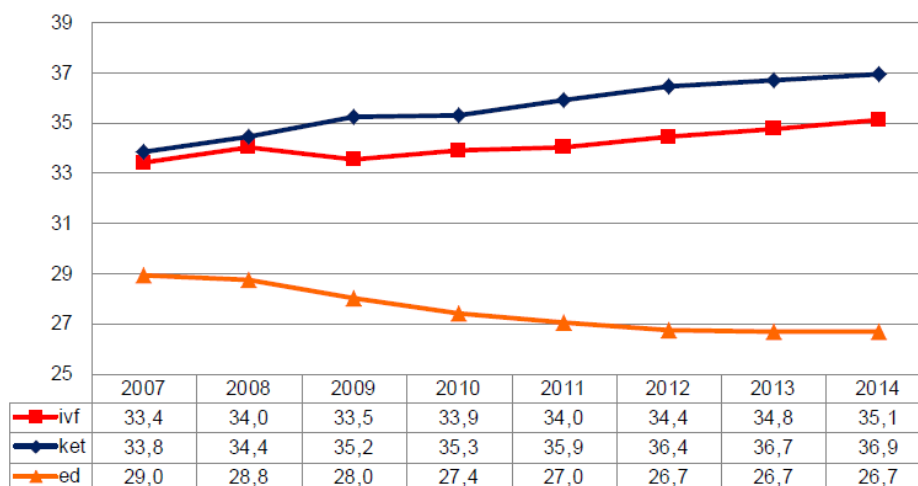
Intrauterinní inseminace



Zdroj: MERCK SERONO, 2015. *Průvodce k pochopení poruch plodnosti: Vyšetření a léčebné možnosti u muže a ženy*. Praha: Merckspol s.r.o. Informační leták Č. RM_15_GN_04.

Příloha 6

Průměrný věk žen při zahájení cyklu asistované reprodukce



(IVF – In vitro fertilizace, KET – Kryoembryotransfěr, ET – Embryotransfěr)

Zdroj: *Asistovaná reprodukce v České republice, 2014*. [online].ÚZIS. [cit. 2017-02-12]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/asistovana-reprodukce-ceske-republice-2014>

Příloha 7

Příklad hormonální stimulace

!! Na začátku menses zavolejte a objednejte se na kontrolu !!

V den kontroly : 07³⁰ - 08³⁰ hod. odběr krve,
po 11⁰⁰ hod. - ultrazvukové vyšetření

**SANATORIUM
ČESKÉ BUDĚJOVICE**

CENTRUM ASISTOVANÉ REPRODUKCE

HORMONÁLNÍ STIMULACE

krátký protokol

(rekombinantní gonadotropin + antagonist GnRH)

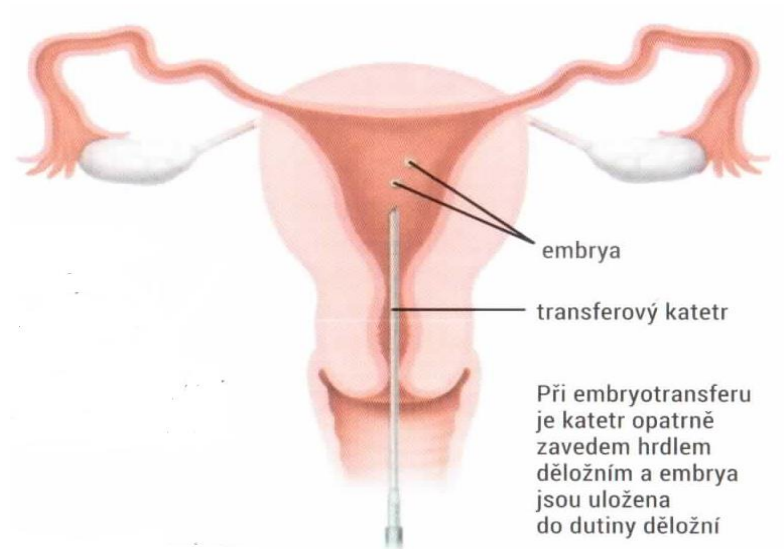
DATUM	DEN V TÝDNU	KONTROLA ART	DEN CYKLU	PURGON 1x denně aplikovat ve stejnou denní dobu	ORGALUTHAN aplikovat dle ordinace lékaře	PREGNYL injekci aplikovat 36 hodin před punkcí	OPU odběr plodových vajíček	podpis sestry
			1. den cyklu	savolat do Sanatoria ART - 386 358 295/ (objednáme Vás na kontrolu !!)				
12.1.	ČT		2. den cyklu	200				
13.1.	PA		3. den cyklu	200				
14.1.	SO		4. den cyklu	200				
15.1.	NE		5. den cyklu	150				
16.1.	PO	kontrola	6. den cyklu	150	1x			
17.1.	ÚT		7. den cyklu	150	1x			
18.1.	ST		8. den cyklu	150	1x			
19.1.	ČT	kontrola	9. den cyklu	150	1x			
20.1.	PA		10. den cyklu	150	1x			
21.1.	SO		11. den cyklu	100	1x	20 ³⁰ ovitza		
22.1.	NE		12. den cyklu	X	X	X		
23.1.	PO		13. den cyklu	X	X	X	7 ³⁰	
			14. den cyklu					

DŮLEŽITÉ !! dodržujte přesně časový rozpis a dávkování injekcí !!

Zdroj: Sanatorium ART s.r.o.

Příloha 8

In vitro fertilizace



Zdroj: MERCK SERONO, 2015. *Průvodce k pochopení poruch plodnosti: Vyšetření a léčebné možnosti u muže a ženy*. Praha: Merckspol s.r.o. Informační leták Č. RM_15_GN_04.

Příloha 9

Ceník služeb centra asistované reprodukce

VF - výkony nehrazené zdravotní pojišťovnou (výběr nejčastěji používaných metod)

<u>ICSI</u>	intracytoplasmatická injekce spermie 1 - 3 vajíčka	á 2 000,- Kč
	intracytoplasmatická injekce spermie 4 - 6 vajíček	8 000,- Kč
	intracytoplasmatická injekce spermie - každé další vajíčko	á 1 000,- Kč
<u>PICSI</u>	preselekcce spermií pro ICSI (výběr zralé spermie)	5 000,- Kč
<u>MACS</u>	selekcce spermií pro ICSI, PICSI, IUI	5 400,- Kč
<u>prodloužená kultivace</u>	kultivace 48 - 120 hodin	4 000,- Kč
<u>asistovaný "hatching" AH</u>	pro všechna transferovaná embrya	3 500,- Kč
<u>kryokonzervace embryí/oocytů</u>		4 000,- Kč
	každá pejeta na kryokonzervaci	1 000,- Kč
nativní cyklus s transferem		12 000,- Kč
chirurgický odběr spermií MESA/TESE		11 000,- Kč
spermie dárce		3 500,- Kč

IVF s darovanými vajíčky

při úhradě zdravotní pojišťovnou	základní výkony IVF	19 500,- Kč
bez úhrady zdravotní pojišťovnou	základní výkony IVF	56 000,- Kč
bez úhrady zdravotní pojišťovnou	ICSI, prodloužená kultivace, asistovaný hatching	70 000,- Kč
<u>Program dárcovství embryí</u>		
transfer 1 darovaného embrya		26 000,- Kč
transfer 2 darovaných embryí		39 000,- Kč

Zdroj: IVF Brno, © 2015. *Ceník umělého oplodnění* [online]. Brno [cit. 2017-05-05].
Dostupné z: <http://www.ivfbrno.cz/prubeh-umeleho-oplodneni-ivf/t10>

Příloha 10

Otázky k rozhovoru s PA

Identifikační údaje:

1. Kolik Vám je let?
2. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?
3. V jakém městě bydlíte a pracujete?
4. Jak dlouho pracujete na oddělení rizikového těhotenství?
5. Setkala jste se při své praxi s problematikou asistované reprodukce?

Otázky vztahující se k problematice asistované reprodukce:

6. S jakými metodami asistované reprodukce se setkáváte nejčastěji při své praxi?
7. U jakého pohlaví je častěji diagnostikována neplodnost?
8. S jakými komplikacemi spojenými s asistovanou reprodukcí jste se setkala?
9. Jaký máte názor na redukci embryí?
10. Jaká je péče u ženy s hyperstimulačním syndromem?
11. Jaký máte názor na tuto problematiku?
12. Jaká jsou specifika v péči o těhotnou ženu po asistované reprodukci?
13. Jak si myslíte, že jsou pozměněny potřeby u ženy po asistované reprodukci?
14. V čem si myslíte, že by měly být ženy po asistované reprodukci lépe informovány?

Zdroj: vlastní

Příloha 11

Otázky k rozhovoru

Identifikační údaje:

1. Kolik Vám je let?
2. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?
3. V jakém městě bydlíte?
4. Jaké je Vaše povolání?
5. Setkal/a jste se s problematikou asistované reprodukce?

Otázky vztahující se k problematice asistované reprodukce:

6. Jaké znáte metody asistované reprodukce?
7. U jakého pohlaví je častěji diagnostikována neplodnost?
8. Jaké komplikace mohou nastat při metodách AR?
9. Jak si myslíte, že jsou pozměněny potřeby u ženy po asistované reprodukci?
10. Myslíte si, že jsou ženy o asistované reprodukci dostatečně informovány?

Zdroj: vlastní

Příloha 12

Žádost o souhlas ke spolupráci

Vážená paní/pane,

jmenuji se Sabina Dusilová 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 Těhotenství u ženy s asistovanou reprodukcí. Tímto bych Vás chtěla požádat o spolupráci za účelem sběru dat pro výzkumnou část mé bakalářské práce.

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

Děkuji Vám za Vaši ochotu a čas.

V Českých Budějovicích dne.....

.....

.....

Podpis respondentky

Podpis studentky

Zdroj: vlastní

9 Seznam zkratek

AH – Asistovaný hatching

AIH – Homologní inseminace

AID – Heterologní inseminace

AR – Asistovaná reprodukce

DM – Diabetes Mellitus

FSH – Folitropin (Folikuly stimulační hormon)

GEU – Mimoděložní těhotenství (Graviditasextrauterina)

GIFT - Gamete Intra-Fallopian Transfer

GnRH – Gonadotropiny uvolňující hormon (Gonadotropin-releasing hormone)

HCG – Humánní choriový gonadotropin

HIV – Virus lidské imunitní nedostatečnosti

HSG – Hysterosalpingografie

ICSI – Intracytoplasmatická injekce spermií

IUGR – Intrauterinní růstová retardace

IUI – Intrauterinní inseminace

IVF – In vitro fertilizace

KCL – Chlorid draselný

KET - Kryoembryotransfer

KP – konec pánevní

LH – Lutropin (Luteinizační hormon)

MHz – Megahertz

OHSS – Ovariální hyperstimulační syndrom

PGD – Preimplantační genetická diagnostika embryí

RT – Rizikové těhotenství

RTG - Rentgen

UZ – Ultrazvuk

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistik České republiky

VVV – Vrozené vývojové vady

WHO -Světová zdravotnická organizace (WorldHealthOrganization)

°C – Stupeň Celsia

10 Seznam cizích slov

Adheze - srůst

Anabolika - látky zvyšující tvorbu svalové hmoty

Antikoncepce – souhrnný název pro všechny metody, které slouží jako ochrana před neplánovaným těhotenstvím

Astenospermie - špatná pohyblivost spermií

Azoospermie - žádné spermie v ejakulátu

Cervix skóre - číselné vyjádření zralosti děložního hrdla

Cystická fibróza – mukoviscidóza, dědičná nemoc

Cysty - dutina s vlastní výstelkou vyplněná tekutinou

Cytostatika – látky používané k léčbě nádorových onemocnění

Embryo - zárodek

Endometrióza- dochází k růstu endometria mimo dělohu

Fetus - plod

Folikul – útvar obsahující folikul

Gamety – pohlavní buňky

Gravidita - těhotenství

Hypofunkce štítné žlázy - snížení funkce štítné žlázy

Hysterosalpingografie - radiologická diagnostická metoda pro vyšetření ženských vnitřních pohlavních orgánů

Hysteroskopie – endoskopická vyšetřovací metoda umožňující prohlédnutí děložního hrdla a děložní dutiny

Chemoterapie - vpravování chemických látek do organismu

Implantace embrya – přenesení embrya

Impotence - erektilní dysfunkce

Infertilita - neschopnost ženy donosit a porodit životaschopné dítě

Inkompetence – otevírání hrdla děložního

Insuficience - nedostatečnost

Intrauterinní vývoj - období nitroděložního vývoje

Kefalopelvický nepoměr - nepoměr mezi hlavičkou plodu a pánví

Kortikoidy - syntetické chemické látky

Kryptorchismus - porucha sestupu varlat do šourku

Laparoskopické vyšetření - vyšetření dutiny břišní zrakem pomocí tenkých optických systémů

Myom - nezhoubný nádor

Nidace - uhnízdění

Oligospermie - nedostatek spermií v ejakulátu

Oligurie - malé množství moči vytvořené za 24 hodin

Oocyt – vajíčko, pohlavní ženská buňka

Organogeneze - vznik základů jednotlivých orgánů u lidského zárodku

Ovária - vaječníky

Ovulace - uvolnění zralého vajíčka z vaječníku

Palpační vyšetření – vyšetření pohmatem

Polyp - výrůstek na sliznici

Psychofarmaka – léky s psychotropním účinkem

Radioterapie - ozařování

Salpingektomie - chirurgické odstranění vejcovodu

Spermatogeneze - tvorba mužských pohlavních buněk

Spermie – mužská pohlavní buňka

Spermigram - Vyšetření ejakulátu

Sterilita - neplodnost

Tachykardie - zvýšená tepová frekvence

Tercipara - třetírodička

Tuba - vejcovod

Varikokéla - rozšíření žil v oblasti šourku

Vasektomie – sterilizace muže