

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní vědy

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Radka Kachlíková

Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední
a vyšší odborné školy

**Problematika reprodukční medicíny
z hlediska bio - psycho - sociálních aspektů**

Olomouc 2014

Vedoucí práce: PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Kuřim 31. 3. 2014

.....

podpis

Děkuji PaedDr. et Mgr. Marii Chráskové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, cenné rady a poskytnuté materiály. Také chci poděkovat svojí rodině, především svojí sestře Mgr. Kateřině Staňkové za pomoc a podporu při studiu.

Obsah

| | |
|--|-----------|
| Úvod | 9 |
| 1 Cíle práce..... | 11 |
| 1.1 Hlavní cíle | 11 |
| 1.2 Dílčí cíle | 11 |
| 2 Teoretické poznatky | 12 |
| 2.1 Historie asistované reprodukce | 12 |
| 2.1.1 První dítě ze zkumavky..... | 12 |
| 2.2 Poruchy plodnosti | 13 |
| 2.3 Vybrané nemoci a jejich vliv na reprodukci | 13 |
| 2.3.1 Onkologicky nemocní | 13 |
| 2.3.2 Těhotenství a porod u vybraných onemocnění po onkologické léčbě..... | 13 |
| 2.3.3 Rodičovství u pacientek s onemocněním štítné žlázy..... | 14 |
| 2.3.4 Diabetes mellitus..... | 14 |
| 2.3.5 Autoimunitní choroby | 14 |
| 2.3.6 Genetické onemocnění a lidská reprodukce | 14 |
| 2.4 Příčiny neplodnosti | 15 |
| 2.4.1 Dělení příčin neplodnosti | 15 |
| 2.4.2 Rizikové faktory infertility | 15 |
| 2.4.2.1 Stres | 15 |
| 2.4.2.2 Potíže s hmotností..... | 16 |
| 2.4.2.3 Alkohol | 16 |
| 2.4.2.4 Káva, černý čaj..... | 16 |
| 2.4.2.5 Hormonální antikoncepce | 16 |
| 2.4.2.6 HPV infekce..... | 17 |
| 2.4.2.7 Kouření | 17 |
| 2.4.2.8 Toxoplasmóza..... | 17 |
| 2.5 Diagnostika neplodnosti..... | 18 |
| 2.5.1 Problematika neplodnosti na straně ženy..... | 18 |
| 2.5.2 Problematika neplodnosti na straně muže..... | 18 |

| | | |
|---------|---|----|
| 2.6 | Vybrané možnosti léčby..... | 18 |
| 2.6.1 | Metody asistované reprodukce | 18 |
| 2.6.1.1 | In utero insemination (IUI) | 19 |
| 2.6.1.2 | In vitro fertilizace (IVF)..... | 19 |
| 2.6.1.3 | Přímý přenos gamet do vejcovodů (PDG) | 19 |
| 2.6.1.4 | Embryotransfer (ET) | 19 |
| 2.6.1.5 | Mikromanipulační techniky (ICSI, PICSI, AH) | 20 |
| 2.6.1.6 | Intracytoplasmatická injekce spermie (ICSI)..... | 20 |
| 2.6.2 | Rizika asistované reprodukce | 20 |
| 2.6.2.1 | Vícečetná těhotenství | 20 |
| 2.6.2.2 | Ovariální hyperstimulační syndrom..... | 20 |
| 2.6.2.3 | Mimoděložní těhotenství | 20 |
| 2.6.2.4 | Poranění pochvy a orgánů v dutině břišní..... | 21 |
| 2.6.2.5 | Torze vaječníků..... | 21 |
| 2.6.2.6 | Potrat | 21 |
| 2.6.3 | Farmakoterapie v reprodukční medicíně | 21 |
| 2.6.3.1 | Normogonadotropní anovulace..... | 21 |
| 2.6.3.2 | Syndrom polycystických ovarií | 21 |
| 2.6.3.3 | Farmakologická podpora v asistované reprodukci | 22 |
| 2.6.3.4 | Prevence ovariální hyperstimulace | 22 |
| 2.6.3.5 | Farmakologická ochrana ovariální funkce u onkologických onemocnění ..22 | |
| 2.6.4 | Alternativní možnosti léčby | 23 |
| 2.6.4.1 | Akupunktura | 23 |
| 2.6.4.2 | Homeopatie | 23 |
| 2.6.4.3 | Fytoterapie | 23 |
| 2.6.4.4 | Balneoterapie | 23 |
| 2.6.4.5 | Rehabilitační cvičení dle Ludmily Mojžíšové | 24 |
| 2.6.4.6 | Vliv vybraných potravin na plodnost..... | 25 |
| 2.7 | Psychologické aspekty neplodnosti a asistované reprodukce | 26 |
| 2.7.1 | Funkce rodiny a pohled společnosti na neplodnost | 26 |
| 2.7.2 | Prožívání neúspěchu asistované reprodukce..... | 27 |
| 2.7.3 | Smíření se s bezdětností..... | 27 |
| 2.7.4 | Občanská sdružení a nadace | 28 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 2.8 | Etické otázky | 30 |
| 2.8.1 | Právo na dítě | 30 |
| 2.8.1.1 | Práva nenarozeného dítěte | 30 |
| 2.8.2 | Dárcovství gamet | 30 |
| 2.8.3 | Kryokonzervace | 31 |
| 2.8.4 | Náhradní matky | 31 |
| 2.8.5 | Extrémy v asistované reprodukci | 31 |
| 2.8.6 | Finanční dostupnost umělého oplodnění | 32 |
| 2.8.7 | Legislativní úprava | 32 |
| 2.9 | Sociální aspekty neplodnosti | 33 |
| 2.9.1 | Osvojení a pěstounská péče | 33 |
| 2.9.2 | Osvojení | 33 |
| 2.9.2.1 | Mezinárodní osvojení dětí | 34 |
| 2.9.3 | Pěstounská péče | 35 |
| 2.9.3.1 | Pěstounská péče na přechodnou dobu | 35 |
| 2.9.4 | Poručenství | 35 |
| 2.9.5 | Svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby než rodiče | 36 |
| 2.9.6 | Zprostředkování osvojení a pěstounské péče | 36 |
| 2.9.7 | Hlavní právní normy upravující problematiku náhradní rodinné péče v ČR | 37 |
| 2.10 | Právo a asistovaná reprodukce v České republice | 38 |
| 2.11 | Umělé oplodnění a náboženství | 40 |
| 2.11.1 | Křesťanství | 40 |
| 2.11.2 | Protestantské církve | 40 |
| 2.11.3 | Islám | 40 |
| 2.11.4 | Judaismus | 41 |
| 2.11.5 | Hinduismus | 41 |
| 2.11.6 | Konfuciánství, taoismus | 41 |
| 3 | Metodika práce | 42 |
| 3.1 | Stanovení cílů | 42 |
| 3.2 | Stanovení výzkumných problémů a hypotéz | 42 |
| 3.3 | Metody výzkumu | 44 |
| 3.3.1 | Zdroje odborných poznatků | 44 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 3.3.2 | Charakteristika respondentek | 44 |
| 3.3.3 | Metoda výzkumu | 45 |
| 3.3.4 | Organizace výzkumu a jeho analýza | 45 |
| 3.3.5 | Statistické vyhodnocení dat | 46 |
| 3.3.6 | Zpracování získaných dat | 47 |
| 4 | Výsledky | 48 |
| 4.1 | Posouzení platnosti stanovených hypotéz | 48 |
| 4.1 | Interpretace výsledků dotazníkového šetření | 50 |
| 5 | Diskuze..... | 72 |
| | Závěr | 75 |
| | Souhrn | 78 |
| | Summary | 79 |
| | Referenční seznam | 80 |
| | Seznam tabulek a grafů..... | 84 |
| | Seznam příloh | 87 |

Úvod

V dnešní době už většině žen nestačí být pouze manželkou a matkou. Nabízejí se i profesní možnosti a následné uznání od druhých. Pokud ale žena chce a nemůže otěhotnět, začne vnímat svoje tělo jako něco, co selhává a považuje se za méněcennou, protože nepodává „očekávaný výkon“ jako žena.

Hlavní problém nechtěné bezdětnosti spočívá v příliš dlouho odkládaném rodičovství. Dnes se ženy po ukončení studia nechtějí ještě vázat na rodinu, ale věnují se kariéře a také svým koníčkům a zálibám. Nějakou dobu také trvá, než najdou vhodného partnera a poté si chtějí užívat svazek bez odpovědnosti za dítě. To vše vede k odkládání těhotenství na stále pozdější dobu. Po 35. roku však šance otěhotnět rapidně klesá. Snaha je proto delší, ale ženy v tomto věku již příliš času nemají (Doherty, 2002).

Když moje kamarádka asi před 15 lety řešila problémy s otěhotněním, často jsme probíraly i možnost umělého oplodnění. Já, tenkrát ještě pracující v chirurgickém oboru, jsem nechápala její obavy z tohoto zákroku.

Po mateřské dovolené jsem nastoupila na Gynekologicko-porodnické oddělení, sice jako anesteziologická sestra, ale s neplodnými ženami jsem se setkávala také, ať již na oddělení ARO, kde ležely pacientky s komplikacemi po asistované reprodukci, nebo na oddělení Asistované reprodukce, kam jsem chodila podávat těmto pacientkám anestezii. Měla jsem čas s těmito ženami hovořit a ony se mi často svěřovaly se svými příběhy, které si prožily v touze po dítěti. Protože jsem měla možnost vyslechnout mnoho příběhů žen, které zvolily tuto „nelehkou cestu“ k vytouženému dítěti, poznala jsem, že nic černé nebo bílé, a že toto rozhodnutí a podstoupení všech procedur, které s rozhodnutím souvisí, není tak jednoduché, jak by se mohlo na první pohled zdát. Ten, kdo tento problém nikdy neřešil, asi nikdy nepochopí, co tyto ženy musely podstoupit a prožít, aby došly k vytouženému cíli – k vlastnímu dítěti. Ale setkala jsem se i s ženami, které po dítěti zase tak

moc netoužily, plnily spíš přání manžela nebo přítele, který si přál „pokračovatele rodu“ a ženu k této možnosti víceméně přemluvil. Také jsem se setkala s ženami, které podstupovaly asistovanou reprodukci, ačkoliv jejich zdravotní stav nebyl pro tuto metodu příliš vhodný, a v těchto případech si myslím, že by bylo lépe, kdyby tyto ženy využily některou z forem náhradní rodinné péče. Těhotenství je bráno většinou lidí jako příjemný stav, těhotenství není nemoc, jak dnes slyšíme ze všech stran, ale těhotenství může být i opravdu nebezpečné a není dobré chtít vše za každou cenu, medicína je sice mocná, ale neumí vyřešit vše a příroda si nakonec prosadí své.

„Gynekologie bude vždy a znovu konfrontována s dvěma protichůdnými problémy: S problémem nežádoucího dítěte a s problémem nežádoucí bezdětnosti“. S. Gardó (Ulčová-Gallová, 2006)

1 Cíle práce

1.1 Hlavní cíle

Hlavním cílem práce bylo podat podrobnou a komplexní informaci týkající se neplodnosti a možnosti její léčby, včetně možnosti volby náhradní rodinné péče.

V praktické části bylo *hlavním cílem* práce zjistit, jak na problematiku fertility pohlíží porodní asistentky a všeobecné sestry pracující na ženské klinice Fakultní nemocnice Brno.

1.2 Dílčí cíle

1. cíl – zjistit, jak respondentky pohlíží na etickou otázku náhradního mateřství,
2. cíl – zjistit, jaká je podle mínění respondentek souvislost mezi životním stylem a užíváním antikoncepce,
3. cíl – zjistit volbu náhradní rodinné péče u respondentek podle jejich náboženského přesvědčení,
4. cíl – zjistit, jaké alternativní metody dle názorů respondentek pomáhají při potížích s otěhotněním s ohledem na jejich věk,
5. cíl – zjistit, zda respondentky souhlasí s možností informovat o problematice asistované reprodukce dospívající dívky,
6. cíl – zjistit, jaký názor mají respondentky na redukci embryí při vícečetném těhotenství.

2 Teoretické poznatky

2.1 Historie asistované reprodukce

Úvahy o umělém oplodnění se údajně datují již na začátek středověku. Ve 14. století používaly některé kmeny v arabských zemích umělou inseminaci u koní, aby si tak zajistily lepší bojové pozice. Nizozemský lékař Jan Schwammerdam prováděl v polovině 17. století pokusy s umělým oplodněním rybích jiker, o dalších sto let později zase italský zakladatel mikrobiologie opat Lazar Spallanzani úspěšně vyzkoušel umělé oplodnění u žabích vajíček a poté dokonce i u psů.

K prvnímu umělému oplodnění ženy došlo v roce 1799, kdy anglický lékař John Hunter úspěšně vpravil semeno do pochvy pacientky pouhou injekční stříkačkou.

První mimotělní spojení lidských pohlavních buněk bylo provedeno v roce 1944 a v roce 1961 boloňský lékař Daniele Petrucci oznámil, že se mu podařilo v inkubátoru po dobu 59 dní uchovat při životě uměle vytvořené embryo (Rotter, 1999).

2.1.1 První dítě ze zkumavky

První pokus umístit po mimotělním oplodnění embryo do dělohy matky provedli roku 1969 britští lékaři – embryolog Robert Edwards a gynekolog Patrick Steptoe. Úspěch se dostavil až o devět let později, roku 1978 se díky nim narodilo první dítě ze zkumavky Louise Brownová. V roce 2010 získal Nobelovu cenu za lékařství embryolog Robert Edwards, který celou svoji kariéru věnoval výzkumu neplodnosti a stal se průkopníkem umělého oplodnění.

Nezaháleli ale ani čeští lékaři, kteří pod vedením profesora Ladislava Pilky v roce 1981 jako první na světě použili metodu GIFT (Gamete Intrafallopian Transfer) a díky této metodě se v následujícím roce narodilo první české dítě „ze zkumavky“ (Havlová, 2007).

V bývalém Sovětském svazu se přitom mimotělní oplodnění provádělo až od roku 1983, kdy bylo oznámeno rovnou narození dvojčat ze zkumavky (Štěpán, 1989).

2.2 Poruchy plodnosti

Neplodnost či spíše používaný termín porucha plodnosti je podle WHO definována jako nemoc. Dle WHO je porucha plodnosti stav, nedošlo-li k otěhotnění za 12 měsíců nechráněného pohlavního styku.

V České republice vyhledá pomoc pro poruchu plodnosti asi 15% párů. Na zemi žije podle odhadů asi 80 miliónů lidí s poruchou plodnosti. V EU vyhledává odbornou pomoc pro poruchu plodnosti asi každý 5 - 6 pár. V 90 - 95 % případů se daří neplodnost léčit. Proto se v poslední době mluví o poruše plodnosti jako o přechodném stavu, ale neplodnost bývá označována za stav neměnný a trvalý.

Pokusy o léčbu neplodných párů jsou staré jak lidstvo samo. Magické rituály a tradiční lidové prostředky postupně nahrazují v polovině minulého století diagnostické a léčebné postupy založené na vědeckém výzkumu, tzn. hormonální léčba, zprůchodnění vejcovodů apod. (Šimůnková, 2011).

2.3 Vybrané nemoci a jejich vliv na reprodukci

2.3.1 Onkologicky nemocní

Přestože dnes přibývá onkologicky nemocných pacientů, což souvisí i s poškozením pohlavních buněk, díky možnosti zmrazení gamet před počátkem onkologické léčby je možno docílit zachování plodnosti. Díky moderním metodám v léčbě se podaří mnoho pacientů vyléčit a díky možnostem kryokonzervace nejsou ochuzeni o možnost, stát se i po této léčbě rodiči.

2.3.2 Těhotenství a porod u vybraných onemocnění po onkologické léčbě

Zátěž těhotenství a porodu nelze u žen po onkologické léčbě podceňovat. Vždy je nutno zvážit všechna pro a proti. Obecně by k otěhotnění nemělo dojít dřív než rok po skončení léčby a za podmínek celkového dobrého zdravotního stavu pacientky (Konečná, 2008).

2.3.3 Rodičovství u pacientek s onemocněním štítné žlázy

Snížená i zvýšená činnost štítné žlázy bývá doprovázena poruchami reprodukce. Poruchy štítné žlázy se mohou objevit i v těhotenství. Poměrně často se vyskytují poruchy štítné žlázy u pacientek s poruchami ovariálních hormonů a s neprůchodnými vejcovody (Konečná, 2008).

2.3.4 Diabetes mellitus

Pro ženy s diabetem I. typu je velmi důležité si svoje těhotenství naplánovat. Hodnoty krevního cukru je nutno sledovat po celou dobu těhotenství (Konečná, 2008).

2.3.5 Autoimunitní choroby

Mezi nejzávažnější choroby žen v reprodukčním období patří systémový lupus erythematosus. Při detailním vyšetření jedince (toto onemocnění se vyskytuje u žen 10x častěji než u mužů), je nalezena celá řada autoprotilátek. Otěhotnění u žen trpících touto chorobou lze povolit pouze v tzv. remisi (Ulčová-Gallová, 2006).

2.3.6 Genetické onemocnění a lidská reprodukce

Na lidskou reprodukci mohou mít genetická onemocnění dvojí vliv. Buď reprodukce není možná vůbec (např. u Turnerova nebo Klinefelterova syndromu), nebo se genetický problém přenesse na nově vzniklý zárodek a ten je poškozen tak, že těhotenství skončí potratem, nebo se dítě narodí s menším nebo větším zdravotním handicapem (Konečná, 2009).

2.4 Příčiny neplodnosti

2.4.1 Dělení příčin neplodnosti

a. Vrozené

- porucha vývoje pohlavních orgánů,
- genetická příčina,
- receptorové poruchy – porucha vývoje mužského pohlaví tzv. testikulární feminizace.

b. Získané

- morfologicky podmíněné – tubulární srůsty,
- děložní myomy,
- cervikální hlen,
- hormonální vlivy – hypothalamo - hypofyzární systém,
- imunologické vlivy – protilátky proti gametám,
- sekundární onemocnění – DM, nemoci štítné žlázy, nadledvin, alkoholismus, drogová závislost,
- infekční vlivy – chlamydie, záněty v oblasti malé pánve,
- endometrióza,
- psychogenní,
- idiopatická: řeší vliv psychiky na početí v případech nevysvětlitelné neplodnosti, kdy lékaři nemohou určit jasnou biologickou příčinu (Šulová, 2011).

2.4.2 Rizikové faktory infertility

2.4.2.1 Stres

Výzkum zaměřený jak prožívání stresu, úzkosti a deprese během léčby neplodnosti ovlivňuje její úspěch, provedl profesor Domar v roce 2010. Vybral si 52 žen s idiopatickou neplodností a podrobil je behaviorálnímu programu spočívajícím v nácviku relaxace, změně jídelníčku a zvládnutí stresu, trvajícím 10 týdnů. Před zahájením a po ukončení programu prošly ženy psychologickými testy, při nichž se měřily jejich deprese, agresivita, úzkost a celková nálada. Byla prokázána účinnost tohoto programu vedoucí ke snižování uvedených

symptomů a po ukončení programu bylo 32 % žen těhotných.

Obdobný výzkum provedli před Domarem také Thieringet al., kteří zjišťovali, jak deprese a úzkost ovlivňují proces početí. Při tomto průzkumu bylo zjištěno, že ženy s depresí mají mnohem menší pravděpodobnost otěhotnět oproti ženám, které depresemi netrpěly (Karel, 2013).

2.4.2.2 Potíže s hmotností

Příliš vysoký podíl tuku v těle se u žen odráží i v menstruačním cyklu, obézní ženy trpí častěji poruchami cyklu. S nadváhou bývá spojena také zvýšená hladina inzulinu, který má vliv přímo na funkci vaječnicků.

Proto je důležitým předpokladem k otěhotnění udržovat optimální hmotnost, tj. ideálně BMI v rozmezí od 20 do 24 (<http://www.celostnimediceina.cz>, 2011).

2.4.2.3 Alkohol

I nízká konzumace alkoholu snižuje pravděpodobnost otěhotnění, navíc v těhotenství může alkohol zapříčinit vývojové anomálie plodu (Doherty, 2006).

2.4.2.4 Káva, černý čaj

Velký příjem kofeinu negativně ovlivňuje plodnost a objevily se i hypotézy, spojující kofein se zvýšeným rizikem potratů v raném stádiu těhotenství.

Proto, pokud chce žena otěhotnět, neměla by konzumace kávy přesáhnout dva šálky za den (Trewinnard, 2006).

2.4.2.5 Hormonální antikoncepce

Dle vyjádření gynekoložky Máslové, která není příznivkyní hromadného předpisování hormonální antikoncepce, může být antikoncepce příčinou pozdější neplodnosti (Matějů, 2011).

Nejvíce tato skutečnost ohrožuje dospívající dívky, které začnou užívat antikoncepci příliš brzy. Podávané hormony vyřadí z činnosti jejich vlastní systém, který nahradí umělým cyklem s pseudokrvácením.

V patnácti začnou užívat antikoncepci, vysadí ji v osmadvaceti a ve třiceti se léčí s poruchami plodnosti, o dva roky později u nich proběhne umělé oplodnění. Aby menstruační cyklus dozrál, potřebuje čas. Reprodukční soustava zraje u každé ženy různou dobu (Matějů, 2011).

2.4.2.6 HPV infekce

Patří mezi nejrozšířenější pohlavně přenosné choroby. Z odborné literatury vyplývá, že $\frac{3}{4}$ populace žijící aktivním pohlavním životem, je v průběhu života vystavena nějakému typu HPV viru. Často infekce proběhne bez příznaků, ale přesto virus v těle může způsobit výskyt genitálních bradavic (Hřivnová, 2010).

HPV viry se dělí na nízké rizikové (nejčastější typy 6 a 11) a vysoce rizikové (nejčastěji typy 16, 18, 31 a 33). S vysoce rizikovými typy souvisí výskyt prekanceróz a karcinomu děložního čípku.

U prekanceróz a méně invazivních karcinomů se volí chirurgická léčba, která umožňuje zachování plodnosti. Ovšem v případě, že je nádor pokročilejšího růstu s možným prorůstáním, provádí se radikální výkon s odnětím dělohy a případně i vaječníků s vejcovody (Rob, 2008).

2.4.2.7 Kouření

Cigaretový kouř obsahuje mnoho škodlivých látek, které snižují prokrvování vaječníků a varlat. Spermie kuřáků se nevyvíjí a nepohybují tak dobře jako u nekuřáků.

Při léčbě neplodnosti potřebují většinou kuřačky větší množství stimulačních hormonů, než nekuřačky a procento úspěšnosti je u kuřaček rovněž nižší. U kuřaček hrozí také větší riziko potratu (Doherty, 2006).

2.4.2.8 Toxoplasmóza

Jedná se o onemocnění způsobené parazitem *Toxoplasma gondii*. Nebezpečná je toxoplasmóza pro těhotnou ženu z důvodu možnosti přenosu infekce přes placentu na plod. V nejtěžších případech dochází k úmrtí plodu, či ke vzniku vrozených vývojových vad (Roztočil, 2001).

2.5 Diagnostika neplodnosti

2.5.1 Problematika neplodnosti na straně ženy

- anamnéza,
- laboratorní vyšetření: stěr z děložního čípku na cytologii, odběr sekretu z děložního hrdla na kultivaci, hormonální vyšetření,
- ultrazvukové vyšetření – umožňuje detekovat růst dominantního folikulu a ovulaci, ale také výšku endometria,
- poševní a cervikální sekret – mění své složení podle hormonální situace,
- operačně – hysteroskopie a laparoskopie,

2.5.2 Problematika neplodnosti na straně muže

- anamnéza,
- spermiogram a biochemické vyšetření seminální tekutiny
- biopsie varlete (Rob, 2008).

2.6 Vybrané možnosti léčby

2.6.1 Metody asistované reprodukce

Zahrnují celou řadu postupů, kdy dochází k odběru vajíčka z vaječniku, jeho mimotělní oplodnění a opětovné zavedení vajíčka do dělohy. Asistovaná reprodukce se používá u mužské neplodnosti, a tak u žen s endometriózou, poškozenými vejcovody, vyššího věku či u případů idiopatické neplodnosti (viz. Příloha č. 3).

V České republice byl v roce 2005 založen Národní registr asistované reprodukce. Registr eviduje data o všech ženách, u kterých byla zahájena ovariální stimulace, nebo bylo zahájeno monitorování za účelem léčby sterility. Sledování IVF cyklů zajišťuje nezbytné informace o způsobu, průběhu, výsledcích a případných komplikacích pro potřeby odborných zdravotnických pracovníků (<http://www.uzis.cz>, 2014).

2.6.1.1 In utero insemination (IUI)

První použití této metody se datuje už k roku 1780. Při této metodě je uměle zavedeno buď partnerovo, nebo darované sperma, do dělohy, pochvy nebo vejcovodu ženy. Největší úspěch má tato metoda tehdy, pokud sperma obsahuje dostatečný počet spermií a u žen, které trpí anatomickou poruchou čípku, nebo funkční poruchou cervikálního hlenu. Používá se také v případech idiopatické neplodnosti (Rob, 2008).

2.6.1.2 In vitro fertilizace (IVF)

Mimotělní oplodnění je nejběžnější metodou asistované reprodukce. Principem je získání vajíček z vaječníku ženy po předchozí hyperstimulaci ovarií a jejich následné oplození v laboratoři spermiemi partnera nebo dárce. Poté jsou nejčastěji jedno, popř. dvě embrya zavedena do dělohy k uhnízdění. Touto metodou se v České republice narodí ročně několik stovek dětí. Určujícím faktorem úspěšnosti této metody je věk ženy, čím je žena mladší, tím vyšší je šance na otěhotnění (Rob, 2008).

2.6.1.3 Přímý přenos gamet do vejcovodů (PDG)

Vajíčka jsou při této metodě nejprve odebrána z vaječníků a následně jsou zavedena, spolu se spermatem do vejcovodu, aby tak byl napodoben co nejvíce přirozený průběh otěhotnění. Metoda zahrnuje také vyvolávání ovulace pomocí léků a přípravu spermatu. Tato metoda se dnes již příliš často nepoužívá, protože lékař není schopen jednoznačně potvrdit, zda došlo k oplodnění (Ventruba, 2012).

2.6.1.4 Embryotransfer (ET)

Před vlastním přenosem se provádí 3 – 5 denní kultivace embryí, která zvyšuje efektivitu asistované reprodukce. Poté dochází k přenosu embryí do dutiny děložní pomocí speciální transferové soupravy. Optimální je přenos jednoho, maximálně dvou, abychom zabránili vícečetnému těhotenství. Nadpočetná embrya je možné kryokonzervovat a po rozmražení přenést v dalším cyklu (Pilka, 2011).

2.6.1.5 Mikromanipulační techniky (ICSI, PICSI, AH)

Jde o odborné a technicky náročné techniky, přičemž podstatou těchto technik je práce s jednotlivými gametami (gameta - zralá ženská nebo mužská pohlavní buňka) nebo embryi pod mikroskopem a za pomoci speciální mikromanipulační pipety.

2.6.1.6 Intracytoplasmatická injekce spermie (ICSI)

Metoda spočívá v přímé injekci jediné spermie do cytoplazmy zralého oocytu. Tato metoda je používána při nízké koncentraci, či pohyblivosti spermií, při získání spermií chirurgickým odběrem, nebo při selhání oplození vajíček v předchozích cyklech. Vybraná spermie je znehybněna, nasáta do mikroinjekční pipety a vpravena do oocytu (Ventruba, 2012).

2.6.2 Rizika asistované reprodukce

2.6.2.1 Vícečetná těhotenství

Děloha ženy je přizpůsobena pro optimální vývoj jednoho plodu. Vícečetné těhotenství znamená pro ženu větší zátěž a riziko předčasného porodu a dalších komplikací např. gestóza, gestační diabetes, otoky. Proto se dnes provádí embryotransfer maximálně dvou plodů (Rob, 2008).

2.6.2.2 Ovariální hyperstimulační syndrom

Jedná se o komplikaci cílené hyperstimulace před použitím metod asistované reprodukce, kdy dochází k nechtěnému zvětšení vaječnicků cystami, zahuštěním krve a tím zvýšením rizika trombózy, zvětšenými hodnotami jaterních testů a tvorbou výpotků v dutině břišní (Ventruba, 2012).

2.6.2.3 Mimoděložní těhotenství

Dochází k zahnízdění embrya mimo dutinu děložní kdekoli v oblasti malé pánve. Patří mezi nejčastěji se vyskytující náhlé příhody břišní v gynekologii.

2.6.2.4 Poranění pochvy a orgánů v dutině břišní

Poranění vzniká při transvaginálním odběru oocytů z ovarií. Nejčastěji dochází ke krvácení z vagíny, vzácně může dojít k poranění okolních orgánů - střevních kliček, močového měchýře nebo močovodu (Řežábek, 2002).

2.6.2.5 Torze vaječníků

Mechanismem vzniku je rotace zvětšeného vaječníku, při kterém dochází ke stočení zásobujících cév a tím k městnání krve ve vaječníku, kdy vlivem městnání vážne jeho zásobení a postupně tak dochází k odumírání orgánu se zánětlivou reakcí. Tato komplikace je velmi vzácná a řadí se k náhlým příhodám břišním s nutností provedení operační revize s detorzí adnex.

2.6.2.6 Potrat

Časté jsou rané spontánní potraty, kdy dochází k samovolnému ukončení těhotenství do 12 týdne gravidity. Počínající gravidita nebývá ženou většinou pocíťována, a tak často potrat přičítá poruchám menstruačního cyklu. Odborníci se shodují, že takto končí každé osmé těhotenství z důvodu vzniku chromozomální poruchy (Roztočil, 2001).

2.6.3 Farmakoterapie v reprodukční medicíně

Léčba v reprodukční medicíně zaznamenala díky novým poznatkům a zkušenostem velké změny, týkající se hlavně farmakoterapie, kde se pomocí hormonální terapie daří léčit i dříve neléčitelné poruchy plodnosti.

2.6.3.1 Normogonadotropní anovulace

Podává se klomifen citrát (CC), metformin, inhibitory aromatázy a gonadotropiny (Čadová, 2009).

2.6.3.2 Syndrom polycystických ovarií

Projevuje se hyperinzulinémií, hyperandrogenémií a dyslipidémií. K terapii se užívá kombinace hormonální antikoncepce, metforminu (který ovlivňuje inzulinovou senzitivitu) a norgestimátu (jenž redukuje

androgeny). Velmi důležitá je redukce hmotnosti u obézních žen, přičemž ideální BMI je v rozmezí 19 - 24,9 (Čadová, 2009).

2.6.3.3 Farmakologická podpora v asistované reprodukci

K podpoře léčby metodami asistované reprodukce se používá kyselina acetylsalicylová pro její antiagregační a antiflogistický účinek, který snižuje možný výskyt spontánního potratu.

Dále se často používají kortikosteroidy v celkové nebo lokální podobě k potlačení zánětlivé reakce, imunomodulaci nebo k omezení tvorby protilátek proti partnerovým spermii.

Často je ženám doporučováno užívání kyseliny listové k prevenci genetických poruch, podpoře implantace a časného vývoje embrya (Ulčová-Gallová, 2006).

2.6.3.4 Prevence ovariální hyperstimulace

K prevenci ovariální hyperstimulace se užívá antidiabetikum metformin, který ovlivňuje periferní účinky insulinu u nediabetických hyperinsulinových stavů. Vlivem poklesu insulinu dochází k rychlému snížení luteinizačního hormonu a androgenů a ke zvýšení senzitivity na folikulostimulační hormon. Indikací k podání metforminu je syndrom polycystických ovarií a hyperstimulační syndrom v anamnéze (Čadová, 2009).

2.6.3.5 Farmakologická ochrana ovariální funkce u onkologických onemocnění

Působením hormonálních léků, ovlivňujících procesy menstruačního cyklu a zrání vajíčka ve vaječniku (analoga GnRH) je možné zastavit pravidelný měsíční cyklus vývoje vajíčka ve vaječniku, přičemž tato vajíčka poté vykazují výrazně nižší citlivost na chemoterapii. Normální cyklická ovariální funkce po ukončení chemoterapie bývá obnovena až u 95 % žen (Čadová, 2009).

2.6.4 Alternativní možnosti léčby

2.6.4.1 Akupunktura

Podle čínské filozofie je zdravé tělo v rovnováze. Energie čchi proudí tělem a rovnoměrně pohybuje systémem meridiánů (energetických drah) ležících pod kůží. Pomocí vpichu velmi tenkých akupunkturních jehel dochází ke stimulaci uzdravovacích reakcí těla a ke znovunastolení vnitřní rovnováhy.

Akupunktura může být použita k léčbě všech typů poruch plodnosti, i k léčbě neprůchodných vejcovodů, které se mohou díky akupunktuře uvolnit. Díky této metodě je také možno zvýšit průtok krve do endometria a tím zlepšit kvalitu děložní stěny (<http://www.naturecare.cz/fertilita>, 2010).

2.6.4.2 Homeopatie

Jde o způsob léčby, která je postavena na zásadě, že podobné se léčí podobným. Metoda vychází z myšlenky, že velmi malé dávky léčiva dokáží povzbudit životní sílu k větší činnosti, zatímco větší dávky ji ničí, či ochromují. Používají se látky ředěné potencováním v různých poměrech s cílem podpořit životní sílu organismu, který je schopen se sám bránit chorobám. Nevýhodou je skutečnost, že homeopatická terapie je dlouhodobá, takže pacienti od ní často upustí dřív, než může být dosaženo dle slibů homeopata úspěchu (<http://www.zdravnet.cz>, 2013).

2.6.4.3 Fytoterapie

Léčivé rostliny provázejí člověka od prvopočátku a byly prvním lékem, se kterým se člověk setkal. Využívá léčivé síly rostlin k léčbě a prevenci nemocí. V léčbě ženských nemocí se nejčastěji využívá řebříček, kontryhel, třezalka, květ hluchavky a měsíčku. Celá řada bylinářů doporučuje kromě pití čaje také sedavé koupele (<http://www.zdravnet.cz>, 2008).

2.6.4.4 Balneoterapie

Jedná se o soubor léčebných postupů, odehrávajících se v lázeňském zařízení. Při léčbě neplodnosti blahodárně působí například

sirnoželezitá slatina, která se aplikuje v podobě vaginálních tamponů a obkladů, kombinovaná s využitím oxidu uhličitého v podobě sedacích plynových koupelí. Nejznámějšími a vyhledávanými lázněmi v léčení ženských nemocí včetně neplodnosti jsou Františkovy Lázně (<http://www.frantiskovylazne.cz>, 2013).

2.6.4.5 Rehabilitační cvičení dle Ludmily Mojžíšové

Ludmila Mojžíšová pracovala jako rehabilitační sestra a vyvinula metodu využívající cvičení a mobilizaci, s jejíž pomocí se daří odstraňovat některé druhy ženské i mužské sterility volnit. Na jaře roku 1983 informoval doktor Čech své kolegy na lékařské konferenci v Bratislavě o metodě Mojžíšové, přičemž podle jejich dosavadních výsledků vyšlo najevo, že existuje kromě obvyklých léčebných metod (tj. operativních a hormonálních) i léčba rehabilitačním cvičením. Úspěšnost početí a donošení zdravého dítěte cvičením a mobilizací touto metodou je zhruba 34 %, což je ovšem číslo zkreslené tím, že ne všechny ženy dokáží cvičit denně po dobu až dva roky, jak doporučovala Mojžíšová.

Také při práci s muži dosahovala Mojžíšová zlepšení oligospermie až v 37 %. V roce 1991 uznal ministr zdravotnictví metodu Mojžíšové jako metodu první volby při léčbě funkční ženské sterility. Je ovšem nezbytné, aby metodu prováděl se ženou školený fyzioterapeut, nikoliv amatér.

Jedná se o soubor 12 speciálních cviků na protažení a posílení svalů v oblasti pánve a bederní páteře. Při poruchách páteře dochází často k vychýlení kostrče nebo k rotaci pánve. Tím vznikají spazmy v malé pánvi, které mohou způsobit problémy s otěhotněním. Důležité je ovšem také posílení celého svalového korzetu trupu. Součástí souboru jsou i speciálně vymyšlené cviky pro muže, které slouží ke zlepšení spermogramu.

Cvičení má probíhat na klidném místě, při teplotě prostředí kolem 22 °C, nejlépe i v pevně stanoveném časovém režimu. Cvičit je nutné začít nejdříve dvě hodiny po jídle a není dobré poslouchání rádia či sledování televize při provádění cviků, protože cvičení vyžaduje

pozornost a soustředění cvičícího (Strusková, 2003). Podrobněji jsou tato cvičení uvedena v Příloze č. 5.

2.6.4.6 Vliv vybraných potravin na plodnost

Příliš nízká, nebo naopak vysoká váha z žen způsobuje nepravidelnost při ovulaci a menstruačním cyklu. Výzkum, prováděný v posledních letech na Harvard School of Public Health sledoval víc jak osm let osmnáct tisíc žen a vliv jejich jídelníčku na schopnost otěhotnět. Tato studie jasně prokázala, že ženy konzumující větší množství živočišných proteinů a sacharidů trpí mnohem častěji poruchami ovulace, který je podle statistik příčinou neplodnosti u přibližně dvaceti procent žen. Životním stylem a zdravou stravou lze ovšem těmto problémům předejít.

Cereálie jsou ceněny pro svůj obsah velkého množství vitamínu B a E, přičemž tyto vitamíny jsou klíčové pro buněčnou reprodukci, hormonální rovnováhu a tím i pro tvorbu zdravých vajíček.

Med je ceněný pro velké množství minerálů a aminokyselin, podporujících ženský reprodukční systém a stimulující správnou funkci vaječnicků.

Plnotučné mléčné produkty pokud souvisí problémy plodnosti s ovulací, doporučuje se pití plnotučného mléka, alespoň jedenkrát denně. Vápník lze nahradit také z jiných zdrojů jako např. tofu, mandle, listová zelenina.

Naopak se ženám snažícím se otěhotnět, nedoporučuje přílišná konzumace mořských ryb pro jejich vysoký obsah rtuti. Rtuť je dávana do souvislosti také s vrozenými vývojovými vadami plodu (Slimáková, 2011).

Pro mužskou plodnost je podle vědců z University of Wisconsin nejdůležitější příjem vápníku a vitamínu D. Kromě toho zvyšují kvalitu a pohyblivost spermií i omega 3 a 6 mastné kyseliny, jež se nacházejí hlavně v tučných rybách (losos, makrela, sardinky). Další důležitá potravin pro mužskou plodnost je česnek, bohatý na selen a vitamin B6, regulující hladinu hormonů v krvi a podporující také imunitní systém (<http://www.bezpecnostpotravin.cz>, 2012).

2.7 Psychologické aspekty neplodnosti a asistované reprodukce

Mezi příčiny neplodnosti lze zařadit i tzv. idiopatickou neplodnost, která souvisí s psychikou neplodného páru. Některé studie se zkoumaly vliv psychiky na neplodnost a snažily se určit charakteristické rysy osobnosti. Například Cohen ve své studii identifikuje jako příčinu psychogenní sterility ambivalentní postoj k těhotenství, hlavně u žen slabých a u žen upřednostňujících kariéru před osobním životem.

Podle skupiny vědců, zastoupených Nemiahem je příčinou neplodnosti alexitymie, neboli neschopnost rozpoznat a vyjádřit svoje emoce pocity a prožívání, které vedou k somatizaci a následné neplodnosti (Karel, 2013).

Eldemann a Connolly určují faktory negativně ovlivňující prožívání neplodnosti a ohrožující partnerské zdraví. K těmto faktorům zařazují pocit viny, sebeobviňování a obviňování okolí, dále časové období prožívané neplodnosti, které zatěžuje psychiku jedince a doposud absolvovanou léčbu neplodnosti.

Vnímání a prožívání u muže a u ženy se liší, jak uvádí Mikesellová a spol. Pro ženy je neplodnost mnohem závažnějším problémem než pro muže, a proto ženy vykazují vyšší míru úzkosti, poruch nálad a stresu. Naopak u mužů dochází ke zvýšení úzkosti a stresu až po třech letech neplodnosti. V případě neplodnosti muže se hladina jeho stresu oproti ženě zvýší, protože to snižuje jeho „mužskou sebedůvěru“ (Sobotková, 2001).

2.7.1 Funkce rodiny a pohled společnosti na neplodnost

Naše společnost považuje za hlavní roli ženy stát se matkou. Pokud se žena s tímto názorem neztotožňuje nebo dítě mít nemůže, bývá na ní ve společnosti pohlíženo negativně. Mateřství je ženě vnucováno a stává se tak společenskou normou, které musí za každou cenu vyhovět. Okolí ženy bezdětnost často spojuje s kariérismem, sobectvím, pohodlností a egocentrismem. Nedobrovolná bezdětnost je spíše tolerována, oproti té, kterou si žena volí sama. Hašková uvádí, že moderní techniky umělého oplodnění ještě zvyšují morální odpovědnost

ženy stát se matkou, protože pro společnost je přijatelnější o potomka neúspěšně usilovat, než jej nemít. Nemožnost otěhotnění může měnit i sociální roli ženy, kterou pronásledují pocity viny a selhání z nesplnění společenské normy, jež mnohdy vedou ke sníženému sebevědomí a společenské izolaci, a v některých případech i k rozpadu partnerského vztahu (Karel, 2013).

2.7.2 Prožívání neúspěchu asistované reprodukce

Asistovaná reprodukce přináší očekávání spojené s vysokým emočním vypětím. Každý cyklus umělého oplodnění je pro pár stresující a psychicky náročný. Pokud je výsledek pozitivní, napětí vystřídá radost, uspokojení a úleva, ale může se objevit i pocit strachu o průběh těhotenství, o nenarozené dítě a dokonce se může objevit i odmítání vlastního chtěného těhotenství u žen, dokud nedojde k narození dítěte.

Většinou se těhotenství nepodaří v prvním cyklu umělého oplodnění a ženy mnohdy propadají pocitu beznaděje a viny hlavně vůči partnerovi. V této době je zapotřebí podpora a povzbuzení z nejbližšího okolí, ale hlavně mobilizace vnitřních sil ženy. Z výzkumu z roku 2002 provedeného Southeret vyplývá, že diagnóza neplodnost zvyšuje riziko vzniku psychické poruchy až o 32 procent (Karel, 2013).

2.7.3 Smíření se s bezdětností

Před ukončením léčby je vhodné poradit se o své situaci případně i s jiným odborníkem na tuto problematiku, což může páry v budoucnu ochránit před sžíravými vnitřními otázkami v budoucnosti: „Co by bylo, kdybychom to ještě zkusili?“ Rozhodnutí o ukončení léčby, která nepřinesla očekávaný výsledek je velmi těžké, i když některé páry mohou naopak pocítit úlevu z ukončení beznadějně léčby a zvolit jinou alternativu ať už je to adopce, osvojení, nebo volba bezdětnosti. Někteří se rozhodnou k ukončení už po třech neúspěšných pokusech umělé inseminace, jiným toto rozhodnutí trvá i několik let, poté co absolvovali mnoha neúspěšných pokusů (Haškovcová, 2002).

Keye rozdělil proces vyrovnávání se s neplodností na tři fáze:

1. Pár je nejdřív tímto zjištěním překvapen, šokován, nevěří a popírá, že by to mohla být pravda a partneři začínají pátrat po možných příčinách tohoto stavu. Mohou se objevit pocity viny za užívání antikoncepce, odkládání mateřství, přerušené těhotenství, promiskuitní sexuální chování v minulosti.
2. V následující fázi nastává oplakávání nenarozeného dítěte a projevuje se frustrační reakce na ztrátu: popírání, zlost, vina, deprese a nakonec přijetí neplodnosti, ke kterému většinou dochází až s příchodem menopauzy.
3. Po přijetí faktu neplodnosti dochází k fázi zvažování dalších možností. Buď jedinec zvolí adopci či jinou formu náhradního rodičovství, nebo se rozhodne pro bezdětnost a přehodnotí své životní cíle (Matějů, 2005).

2.7.4 Občanská sdružení a nadace

Od devadesátých let minulého století začalo vznikat mnoho nestátních institucí, nadací a občanských sdružení, jejichž činnost se zaměřila na problematiku nedobrovolné bezdětnosti. Jejich pomoc můžeme rozdělit do tří oblastí:

Pomoc informační: organizace nabízejí komplexní informace o řešení daného problému, ať už se jedná o informace o příčinách neplodnosti, možné léčbě, včetně její finanční náročnosti a úspěšnosti, či informace o různých pracovištích zabývajících se léčbou poruch plodnosti a v neposlední řadě i o možnostech náhradní rodinné péče. Zájemce se může anonymně, prostřednictvím organizace spojit s odborníky, zabývajících se tímto tématem a bez obav se zeptat na vše, co ho zajímá.

Jednou ze známých organizací v České republice je nadace Mateřská naděje, která se snaží pomoci lidem, jejichž touha po dítěti nebyla naplněna. Nadace je členem zahraničních sdružení věnujících se infertilitě, a kromě pomoci nedobrovolně bezdětným párům se zabývá i prevencí v oblasti reprodukčního zdraví.

Známou evropskou organizací, která se zabývá problematikou infertility je Evropské sdružení patientských organizací se sídlem v Belgii. Do Evropského sdružení patientských organizací patří ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology), EPF (European Patients Forum) a Lenus Pharma. Na jejích internetových stránkách se mohou případní zájemci také zaregistrovat k odběru novinek z této oblasti (<http://fertilityeurope.eu>, 2011).

Pomoc psychologická: tato forma pomoci je u nás zatím poněkud podceňována.

Pomoc při prosazování patientských zájmů: jedná se o pomoc klientům se sníženou plodností nejen v oblasti lékařské, ale i vědecké a politické, například tlakem na změnu zákonů.

Podle průzkumu České gynekologicko – porodnické společnosti podporuje metodu asistované reprodukce většina české veřejnosti. V české populaci 78 % souhlasí, aby byla asistovaná reprodukce dostupná párům, které nemohou počít přirozenou cestou. Přesto se ale 34% respondentů obává vedlejších účinků této metody a 17 % z nich je přesvědčeno o větší náchylnosti takto počatých dětí ke genetickým chorobám a poruchám imunity (<http://www.stopneplodnosti.cz>, 2009).

2.8 Etické otázky

Asistovaná reprodukce vyvolává řadu etických otázek, které jsou velmi komplikované a těžko na ně hledat jednoznačnou odpověď. Primárně se diskutuje o přípustnosti respektive přijatelnosti asistované reprodukce jako takové. Zastánci asistované reprodukce argumentují tím, že neplodnost je z medicínského pohledu posuzována jako onemocnění a metoda asistované reprodukce je dostupným prostředkem pro léčbu. Odmítání asistované reprodukce vychází většinou z náboženského přesvědčení, kdy je zásah do rozmnožování člověka považován za nepřijatelný (Kuře, 2010).

2.8.1 Právo na dítě

Touha neplodného páru po dítěti bývá velká. Přesto je otázkou, zda existuje právo na dítě. Touha manželského páru je opodstatněná, ale má právo na dítě i homosexuální pár, nebo osamělá žena? Touha po dítěti neznamena právo na dítě. Dítě je spíš subjektem v právním systému a tím má právo být počato při plném respektování jeho bytí jako osoby (Bužgová, 2009).

2.8.1.1 Práva nenarozeného dítěte

1. Právo narodit se do kompletní rodiny, kde bude dítě s láskou přijato a vychováváno; dítě bude mít otce i matku, kteří žijí v trvalém svazku.
2. Právo vědět, kdo je otcem a kdo matkou dítěte, znát svůj genetický původ. Z hlediska rizika pokrevní příbuznosti by bylo také žádoucí, aby existoval limit pro použití spermatu od jednoho dárce, ale v praxi neexistuje kontrola, v kolika centrech asistované reprodukce daroval daný muž svoje sperma (Bužgová, 2009).

2.8.2 Dárcovství gamet

Dalším problémem je otázka bezplatného darování, resp. prodeje gamet. Obchodování s lidským tělem nebo jeho částmi se považuje za neetické, běžně je však odběr finančně kompenzován. Čím vyšší ovšem budou finanční náhrady, tím se zvyšuje pravděpodobnost, že se

gamety stanou předmětem obchodu a dojde tak ke snížené kontrole k jejich bezpečnému použití (Kuře, 2010).

2.8.3 Kryokonzervace

Otázka kryokonzervace embryí je dalším závažným etickým problémem. Po hormonální stimulaci vaječnicků se obvykle podaří získat od ženy více oocytů a záleží jen na ní, jak se naloží s nevyužitými oocyty. Pokud žena rozhodne, aby byly všechny oocyty použity, nastává otázka, kolik embryí má být transferováno do dělohy. Již se upustilo od dřívější praxe, kdy se provedl transfer co největšího počtu embryí a pokud došlo k vícečetnému těhotenství, prováděla se tzv. redukce plodů. Dnes se provádí transfer jednoho, maximálně dvou embryí. Zbývající embrya mohou být poté zničena, poskytnuta dalším zájemcům formou darování nebo kryokonzervována. V případě kryokonzervace nadbytečných embryí se ovšem řeší otázka dispozičního práva k těmto embryím a jak s těmito embryi naložit, pokud biologičtí rodiče o jejich další využití nemají zájem (Kuře, 2010).

2.8.4 Náhradní matky

Fenoménu náhradních matek, umožnila právě až asistovaná reprodukce. Náhradní matkou je žena, která odnosi plod a porodí dítě pro další osoby, přičemž souhlasí s adopcí. Tento postup je možný i u žen, které mají funkční vaječnický, ale nemají dělohu. Sperma se odebírá od manžela příjemkyně, vajíčko může být darované nebo vlastní, nebo mohou být dárcovského původu obě gamety. Motivy náhradních matek jsou různé, mohou nosit cizí dítě ze soucitu, z lásky nebo altruismu. Přijmout peníze za tuto službu sice nesmí, ale pokrytí nákladů souvisejících s těhotenstvím bývá povoleno. Co se odehrává v mysli ženy, která nosí dítě s vědomím, že se ho vzdá? A co když si to přes všechny sliby a smlouvy rozmyslí? Právní matkou dítěte je stále ta žena, která je porodí (Bužgová, 2009).

2.8.5 Extrémy v asistované reprodukci

K nejspornějším etickým otázkám patří některé extrémní použití umělého oplodnění, buď ženám v postmenopauze, lesbickým ženám

a dále umělé oplodnění gametami bývalého, či dokonce zemřelého partnera. Tyto postupy jsou považovány za neetické a ve většině zemí, které asistovanou reprodukci provádí, mají legislativu upravenou tak, aby byly metody asistované reprodukce dostupné pouze manželům nebo heterosexuálním partnerským dvojicím a dalším limitem je obvykle věk ženy (Kuře, 2010).

2.8.6 Finanční dostupnost umělého oplodnění

Další formou regulace použití technik asistované reprodukce je jejich finanční dostupnost, přičemž některé techniky jsou chápány jako standardní léčba neplodnosti a jsou hrazeny ze zdravotního pojištění, jiné jsou považovány za nadstandard a zájemci si je musí hradit sami (Kuře, 2010). (Příloha č. 2).

2.8.7 Legislativní úprava

V České republice je problematika asistované reprodukce upravena zákonem č.373/2011 Sb. O specifických zdravotních službách (viz. Příloha č. 4), dále zákonem č. 296/2008 Sb. O lidských tkáních a buňkách, zákonem č. 227/2006 Sb. O výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech a mluvou o biomedicíně (<http://www.epravo.cz>, 2011).

2.9 Sociální aspekty neplodnosti

2.9.1 Osvojení a pěstounská péče

Některým párům se i přes veškerou snahu a možnosti moderní medicíny nepodaří otěhotnět, a i když je rozhodnutí o ukončení léčby těžké, a páry se musejí vzdát svého snu o vlastním biologickém dítěti, existují ještě další možnosti, jak se stát rodiči. Páry se mohou rozhodnout pro život bez dětí, nebo zvolit výchovu nevlastního dítěte. Pokud zvolí tuto možnost, mají na výběr ze dvou variant – osvojení neboli adopce a pěstounskou péči a poručenství.

Náhradní rodinná péče je péče o děti, které jsou vychovávány „náhradními rodiči“ v rodině, která co nejvíce imituje rodinu přirozenou.

Zákon o rodině 94/1963 Sb. umožňuje tři formy náhradní rodinné péče:

- osvojení (adopce),
- pěstounská péče,
- poručenství (<http://www.adopce.com>, 2010).

2.9.2 Osvojení

Při adopci manželé či jednotlivci přijímají opuštěné dítě za vlastní. Je nejvyšší formou náhradní rodinné péče. Mezi osvojiteli a dítětem vzniká stejný příbuzenský vztah jako mezi rodiči a dětmi, včetně toho, že osvojitelé získávají stejná práva a povinnosti jako mají rodiče dítěte a dochází k zániku příbuzenských vztahů mezi dítětem a jeho původní rodinou. Dítě získává příjmení nových rodičů a osvojitelé jsou zapsáni do rodného listu a i vztahy mezi dítětem a příbuznými osvojitelů se stávají příbuzenskými dle zákona. Osvojit lze pouze nezletilé dítě a o osvojení rozhoduje soud.

Rozlišujeme osvojení:

- a. *zrušitelné* – je možné ho v mimořádných případech soudně zrušit,
- b. *nezrušitelné* – u tohoto osvojení je stanovena minimální věková hranice osvojeného dítěte jeden rok (<http://www.adopce.com>, 2010).

Osvojení je možné pouze u dětí tzv. právně volných, tzn., že jejich rodiče dali předem souhlas s osvojením svého dítěte bez vztahu k určitým osvojitelům a tento souhlas může být dán nejdříve šest týdnů po narození dítěte a to písemně před soudem nebo před příslušným orgánem sociálně právní ochrany dětí. Souhlas lze odvolat pouze do té doby, než bude dítě umístěno na základě rozhodnutí do péče osvojitelů.

Osvojení neboli adopce je tedy možné v případech, že:

- soud rodiče zbavil rodičovské zodpovědnosti,
- rodiče dítěte zemřeli,
- soud určil tzv. kvalifikovaný nezájem rodičů, proto, že rodiče neprojevili o dítě opravdový zájem po dobu nejméně šesti měsíců,
- soud určil tzv. absolutní nezájem rodičů o dítě, protože rodiče po dobu nejméně dvou měsíců po narození dítěte neprojevili o dítě žádný zájem, i když jim v projevení zájmu nebránila žádná překážka (<http://www.mpsv.cz>, 2013).

2.9.2.1 Mezinárodní osvojení dětí

Je upraveno Úmluvou o ochraně dětí a spolupráci při mezinárodním osvojení. V České republice tato úmluva vstoupila v platnost 1. 6. 2000 a umožňuje, spolu se Zákonem č. 359/1999 Sb. o sociálně - právní ochraně dětí, osvojení dětí z ciziny a do ciziny. V České republice plní tuto funkci zprostředkovatele Úřad pro mezinárodněprávní ochranu dětí v Brně. Děti, pro které se během 6 měsíců nepodaří nalézt vhodnou rodinu v ČR, ačkoliv mohou být osvojeny, jsou nabídnuty prostřednictvím Úřadu pro mezinárodněprávní ochranu dětí k osvojení do ciziny. Vždy je ale upřednostňována rodina v České republice, neboť dítě má podle Úmluvy o právech dítěte přednostní právo žít v zemi svého původu (<http://www.adopce.com>, 2010).

2.9.3 Pěstounská péče

Státem garantovaná forma náhradní rodinné péče, která zajišťuje přiměřené hmotné zabezpečení dítěte i odměnu těm, kteří se ho ujali. Rodičům dítěte zůstává zachována rodičovská zodpovědnost (práva a povinnosti vůči dítěti v určitém rozsahu). Pěstounům je rozsah jejich práv a povinností vymezen soudním rozhodnutím a jejich pěstounská péče končí zletilostí dítěte.

Soud může také svěřit dítě na návrh orgánu sociálně - právní ochrany dětí, do pěstounské péče na přechodnou dobu, pokud to vyžaduje jeho zájem, osobám, které jsou zařazeny do evidence osob (osoby v evidenci) vhodných k výkonu pěstounské péče na přechodnou dobu a to na:

- dobu, po kterou nemůže rodič ze závažných důvodů dítě vychovávat,
- dobu, po jejímž uplynutí lze dát souhlas rodiče s osvojením,
- dobu do pravomocného rozhodnutí soudu o tom, že není třeba souhlasu rodičů k osvojení.

2.9.3.1 Pěstounská péče na přechodnou dobu

Jde o rodinnou, státem podporovanou individuální formu péče, která je dětem poskytována na nezbytně nutnou, relativně krátkou dobu. O svěřením dítěte do přechodné pěstounské péče rozhoduje na návrh orgánu sociálně právní ochrany dětí soud a soud je také povinen každé tři měsíce přezkoumat, zda trvají důvody pro pobyt dítěte u pěstounů na přechodnou dobu. Soud může zrušit pěstounskou péči na přechodnou dobu z vážných důvodů, pokud o to pěstouni sami požádali, nebo pokud již pěstounská péče splnila svůj účel (<http://www.mpsv.cz>, 2013).

2.9.4 Poručenství

Pokud rodiče nezletilého dítěte zemřeli, byli zbaveni rodičovské zodpovědnosti, byl pozastaven výkon jejich rodičovské zodpovědnosti, nebo nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu, ustanoví soud dítěti poručníka za účelem ochrany nezletilého dítěte pro jeho

specifické postavení, kdy nemá plnou způsobilost k právním úkonům s ohledem na svůj věk. Poručník je oprávněn nezletilé dítě vychovávat, spravovat jeho majetek a zastupovat ho. Mezi poručníkem a dítětem však ze zákona nevzniká takový poměr, jaký je mezi dítětem a rodiči, péče poručníka je pod pravidelným dohledem soudu, kterému je také poručník povinen podávat zprávy o dítěti, většinou v ročních intervalech. Také podstatná rozhodnutí, týkající se dítěte, musí být soudem schválena. Tato forma péče zaniká ze zákona, jakmile dítě dosáhne zletilosti (<http://www.adoptce.com>, 2010).

2.9.5 Svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby než rodiče

Soud může, pokud to vyžaduje zájem dítěte, svěřit dítě do výchovy jiné fyzické osoby, než jsou rodiče, tato osoba ale musí poskytovat záruku řádné výchovy. Při výběru vhodné osoby dá soud vždy přednost příbuznému dítěte a zároveň rozhodne o rozsahu práv a povinností k dítěti. Rodiče ale zůstávají nadále zákonnými zástupci dítěte. K těmto krokům dochází nejčastěji při nemoci rodičů, jejich pobytu v cizině, nebo při odpykávání trestu odnětí svobody (<http://www.mpsv.cz>, 2013).

2.9.6 Zprostředkování osvojení a pěstounské péče

Podmínkou pro zprostředkování je podání žádosti fyzické osoby, která má zájem o osvojení či pěstounskou péči. Žádost může podat občan České republiky (ČR) nebo cizinec, který je alespoň 365 dnů hlášen k pobytu na území ČR a žádost podává na obecní úřad obce s rozšířenou působností podle místa svého trvalého pobytu. Zprostředkování zajišťují krajské úřady a Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Sociální pracovník z odboru sociálně právní ochrany dětí, který má na starost i náhradní rodinnou péči seznámí žadatele s možnostmi náhradní rodinné péče a s celým procesem zprostředkování. Dále žadatelé vyplní žádost o zařazení do evidence žadatelů o zprostředkování osvojení nebo pěstounské péče, ke které musí doložit zákonem požadované doklady. Nutný je také opis z rejstříku trestů, poté navštíví sociální pracovník žadatele v jejich domácnosti. Po shromáždění všech

dokladů postoupí obecní úřad kopii kompletní spisové dokumentace žadatelů krajskému úřadu, který vytváří a vede evidenci dětí a žadatelů a také rozhoduje o zařazení žadatelů do této evidence na základě tzv. odborného posouzení, při němž žadatelé absolvují psychologické vyšetření a posouzení jejich zdravotního stavu posudkovým lékařem. Dále je zjišťována jejich bezúhonnost, a pokud mají vlastní děti, zjišťuje se i jejich názor. Po zhodnocení všech potřebných náležitostí mohou být žadatelé zařazeni do evidence.

Nyní nastává doba, kdy krajský úřad hledá vhodné žadatele pro konkrétní dítě, které vede ve své evidenci. Zásadou je, že se hledají vhodní rodiče pro dítě a nikoli naopak, rozhodující je vždy zájem a blaho dítěte. Pokud poradní sbor vytipuje žadatele jako vhodné náhradní rodiče, zašle jim písemné oznámení o vhodnosti stát se osvojiteli nebo pěstouny, a na základě tohoto oznámení se žadatelé mohou s dítětem během 30 dní seznámit. Pokud se následně rozhodnou dítě přijmout do své péče, požádají příslušný obecní úřad o vydání rozhodnutí o svěřeni dítěte do předadopční péče nebo do péče budoucích pěstounů. Konečným krokem žadatelů je podání návrhu k příslušnému soudu na svěřeni dítěte do pěstounské péče nebo osvojení (<http://www.mpsv.cz>, 2013).

2.9.7 Hlavní právní normy upravující problematiku náhradní rodinné péče v České republice

- Zákon o rodině č. 94/1963 Sb.,
- Zákon o sociálně právní ochraně dětí č. 359/1999 Sb.,
- Zákon o státní sociální podpoře č. 117/1995 Sb.,
- Úmluva o právech dítěte (<http://www.mpsv.cz>, 2013).

2.10 Právo a asistovaná reprodukce v České republice

Léčba neplodnosti je v České republice upravena řadou zákonů. Zákon o specifických zdravotních službách č. 373/2011 Sb., Zákon o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech č. 227/2006 Sb., Zákon o zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka a o změně souvisejících zákonů (Zákon o lidských tkáních a buňkách) a jeho prováděcí Vyhláška č. 422/2008 Sb. O stanovení bližších požadavků pro zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka (Řežábek, 2013).

Právní úprava asistované reprodukce patří do systému práva veřejného, konkrétně práva správního a uplatňují se v ní všechny úrovně právních předpisů. S reprodukční medicínou souvisí řada dalších právních norem (Ústava ČR, Listina základních práv a svobod, Zákon o rodině, a další).

Vybrané části ze zákonů upravující provádění léčby neplodnosti metodami asistované reprodukce (<http://www.zakonyprolidi.cz>, 2014):

- umělé oplodnění lze provést ženě v jejím plodném věku, pokud její věk nepřekročil 49 let, a to na základě písemné žádosti ženy a muže, kteří tuto zdravotní službu hodlají podstoupit společně (dále jen „neplodný pár“). Žádost neplodného páru žádajícího o umělé oplodnění nesmí být starší než 6 měsíců,
- použití metod a postupů asistované reprodukce není dovoleno pro účely volby pohlaví budoucího dítěte, s výjimkou případů, kdy tímto způsobem lze předejít vážným geneticky podmíněným nemocem s vazbou na pohlaví,
- neplodný pár udělí písemný souhlas s provedením asistované reprodukce; písemný souhlas musí být opakovaně udělen před každým provedením umělého oplodnění,
- matkou dítěte je žena, která je porodila,

- pokud při umělém oplodnění nebyla pro příjemkyni použita všechna lidská embrya vytvořená ve prospěch neplodného páru, lze je uchovat a použít pro další umělé oplodnění této příjemkyně. Pokud neplodný pár nemá z jakéhokoli důvodu zájem o uchování embryí a písemně prohlásí, že tato embrya nehodlá použít pro své další umělé oplodnění, mohou být embrya použita (opět s jejich písemným souhlasem) pro jiný anonymní neplodný pár, nebo k výzkumu embryí (řídí se zákonem o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách) nebo s jejich likvidací,
- poskytovatel, který je oprávněn provádět metody a postupy asistované reprodukce, je povinen zajistit zachování vzájemné anonymity anonymního dárce a neplodného páru a anonymity anonymního dárce a dítěte narozeného z asistované reprodukce,
- během výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách nesmí dojít k manipulacím s těmito buňkami, které by vedly k vytvoření nového jedince (reprodukční klonování),
- právo platí pouze na území určitého státu. Rozdíl v právní regulaci umožňuje neplodným párům „reprodukční turistiku“ (Ostró, 2009).

2.11 Umělé oplodnění a náboženství

2.11.1 Křesťanství

Postup používaný pro asistovanou reprodukci je z hlediska římskokatolické církve eticky nepřijatelný, protože porušuje přirozenost početí a dochází ke vzniku nadbytečných embryí, která se nemohou přirozeným způsobem dále vyvíjet.

Římskokatolická církev zásadně odmítá jakýkoliv zásah na embryu, který není terapeutický, včetně zmrazování. Dále odmítá oplodnění heterologické, kdy je buď spermie, vaječná buňka, nebo obojí od anonymních dárců. Homologické oplodnění je odmítáno také, neboť zbavuje lidské plození důstojnosti, která je mu vrozená a vlastní. Zplození musí být svázáno jak biologickým, tak duchovním spojením rodičů a početí má být plodem lásky rodičů a ne výsledkem zásahu lékařských technik (<http://www.farnosthrotovice.cz>, 2011).

2.11.2 Protestantské církve

Akceptují tradiční způsob léčby neplodnosti, ale pouze tehdy, pokud jsou použity gamety pocházející od manželského páru. Jakákoliv forma darování spermií nebo vajíček je zakázána (<http://www.ivf-worldwide.com>, 2012).

2.11.3 Islám

Citace z Koránu: „ Služebníci Boží, pečujte o sebe. Bůh nestvořil nemoc, pro kterou by nebyl lék, s výjimkou jediné – stáří.“Podle islámu nevléčitelné choroby neexistují a je nutno stále hledat možnosti léčby. Vědecký výzkum je ceněn a brán jako výraz zbožnění. Veřejný zájem stojí nad zájmy ostatními. Rodina a plození dětí je islámem velmi podporováno. Důležité je zachování rodu, proto je léčba poruch plodnosti, včetně asistované reprodukce plně akceptována, pokud je prováděna v rámci manželství a neexistuje-li jiný způsob, který by neplodnost překonal. Islám podporuje asistovanou reprodukci, pokud je respektována linie genetické identity matky a otce. Je-li nutné využít asistovanou reprodukci, tak pouze v manželství a bez míšení genů.

Adopce není v islámském světě přijatelná, protože při ní není zachována čistota rodové linie. Korán podporuje péči o sirotky, ale striktně zakazuje zákonnou adopci (Konečná, 2009).

2.11.4 Judaismus

Bible popisuje příběh Sáry a Abrahama o náhradním mateřství, a proto ho ani židovská tradice nezakazuje. Zakázáno je ovšem darování spermií, protože judaismus zakazuje masturbaci. Objevuje se i strach z narušení rodových linií a možných problémů s dědictvím, a také strach z incestu. Někteří rabíni mohou dárcovství spermií, pokud dárce není Žid, přesto povolit. (jedná se o reformní a konzervativní zástupce judaismu). Dle judaismu musí být embryo respektováno od početí, je tedy zapovězeno ho zničit, ale v otázce významu není jeho život tak posvátný jako život osoby, jež je v nebezpečí. Podle židovské tradice začíná život s tlukotem srdce.

2.11.5 Hinduismus

Zde je považována asistovaná reprodukce za obrovský úspěch vědy. V Indii nejsou stanoveny žádné zákony vztahující se k asistované reprodukci, náhradnímu mateřství a dárcovství (Konečná, 2009).

2.11.6 Konfuciánství, taoismus

Konfuciánství a taoismus jsou dva velké nábožensko-filozofické systémy, jež vznikly v Číně a učí lidi morálním zásadám. Postoj k asistované reprodukci je zde ovlivněn třemi hodnotami – reprodukce, záchrana života a podpora zdraví, potěšení. Zásah do přirozené reprodukce je dle těchto systémů nežádoucí, narušující přirozenost tao, ale je přijatelnější než bezdětnost. Problematické je i dárcovství spermií, které je sice povoleno, ale čínští muži si myslí, že jejich sperma obsahuje jin či jang, které jsou nepostradatelné pro život a proto ho odmítají darovat (Konečná, 2009).

3 Metodika práce

3.1 Stanovení cílů

Hlavním cílem práce bylo podat podrobnou a komplexní informaci týkající se neplodnosti a možnosti její léčby, včetně možnosti volby náhradní rodinné péče.

Dílčí cíle:

1. cíl – zjistit, jak respondentky pohlíží na etickou otázku náhradního mateřství,
2. cíl – zjistit, jaká je podle mínění respondentek souvislost mezi životním stylem a užíváním antikoncepce,
3. cíl – zjistit volbu náhradní rodinné péče u respondentek podle jejich náboženského přesvědčení,
4. cíl – zjistit, jaké alternativní metody dle názorů respondentek pomáhají při potížích s otěhotněním s ohledem na jejich věk,
5. cíl – zjistit, zda respondentky souhlasí s možností informovat o problematice asistované reprodukce dospívající dívky,
6. cíl – zjistit, jaký názor mají respondentky na redukci embryí při vícečetném těhotenství.

3.2 Stanovení výzkumných problémů a hypotéz

Po prostudování dostupné literatury byly na základě stanovených cílů a po konzultaci s odborníky z dané oblasti formulovány pro 1.- 6. cíl následující výzkumné problémy a hypotézy:

Výzkumný problém č. 1 : Jak pohlíží respondentky na možnost náhradního mateřství?

Hypotéza č. 1 : Respondentky, pracující s neplodnými ženami déle než 15 let, souhlasí s možností využití pomoci „náhradní matky“ častěji než respondentky, pracujícím s neplodnými kratší dobu.

Výzkumný problém č. 2 : Jaký názor mají respondentky na souvislost zdravého životního stylu a užívání antikoncepce?

Hypotéza č. 2 : Respondentky s vyšším vzděláním zastávají názor, že zdravý životní styl a užívání antikoncepce má významný vliv na možnost otěhotnění častěji než respondentky se vzděláním středoškolským.

Výzkumný problém č. 3 : Ovlivňuje víra respondentky v možnosti řešit neplodnost formou náhradní rodinné péče?

Hypotéza č. 3 : Věřící respondentky by při nemožnosti otěhotnět volily některou z forem náhradní rodinné péče častěji oproti respondentkám nevěřícím, které by zůstaly bezdětné.

Výzkumný problém č. 4 : Jaký vliv má věk respondentek na využití alternativních metod řešení neplodnosti?

Hypotéza č. 4 : Respondentky mladšího věku se přiklání k názoru, že při problémech s otěhotněním mohou pomoci alternativní metody než respondentky starší, které spíše důvěřují klasické medicíně.

Výzkumný problém č. 5 : Souvisí problémy s otěhotněním u respondentek se souhlasem informovat již dospívající dívky o možnostech léčby neplodnosti?

Hypotéza č. 5 : Respondentky, které měly potíže s otěhotněním, se častěji přiklánějí k názoru informovat dospívající dívky o možnostech řešení neplodnosti než respondentky, které potíže s otěhotněním neměly.

Výzkumný problém č. 6 : Souhlasí respondentky s možností redukce embryí při vícečetném těhotenství?

Hypotéza č. 6 : Respondentky s vyšším stupněm vzdělání častěji souhlasí s redukcí embryí při vícečetném těhotenství než respondentky s nižším vzděláním.

3.3 Metody výzkumu

3.3.1 Zdroje odborných poznatků

Vědecké poznatky byly získány z českých a anglických odborných rešerší, prostudováním odborné literatury a časopisů. Bylo také využito celosvětově propojené sítě Internet.

3.3.2 Charakteristika respondentek

Vstupní částí šetření byl pečlivý výběr respondentek a navození jejich motivace ke spolupráci. Šetření se celkem zúčastnilo 60 respondentek, které splňovaly následující kritéria:

- pohlaví: ženské.
- věk: produktivní 25 – 57 let.
- délka praxe: 5 – 30 let.
- vzdělání: porodní asistentka, zdravotní sestra (SŠ, VOŠ, VŠ).
- žena, která je matkou.
- místo: Jihomoravský kraj.

Při volbě respondentek bylo vycházeno z výše uvedených kritérií a zároveň vyplynulo, že v Jihomoravském kraji v roce 2014 se touto problematikou zabývá šest pracovišť a všechna se nachází v Brně. Největším centrem asistované reprodukce je státní pracoviště – Centrum asistované reprodukce gynekologicko – porodnické kliniky FN Brno, pracoviště Obilní trh a pět soukromých center.

Při oslovení soukromých center byla autorka odmítnuta z důvodu interních pravidel zákazu komunikace pracovníků center s cizími osobami. Proto byly osloveny pouze porodní asistentky a všeobecné sestry pracující na pracovišti Centra asistované reprodukce gynekologicko – porodnické kliniky FN Brno, pracoviště Obilní trh, které autorka osobně zná a zároveň byly ochotny vytvořený dotazník vyplnit.

Tato volba se ukázala nakonec výhodnou, protože v soukromých centrech je střední zdravotnický personál s klientkami v kontaktu velmi krátkou dobu. Oproti Centru asistované reprodukce gynekologicko – porodnické kliniky, kam přijde klientka s problémem poruchy plodnosti.

Zde nejprve proběhne diagnostika příčiny neplodnosti, eventuálně její operační řešení, a v případě selhání všech možností provedení asistované reprodukce. Při úspěšném umělém oplodnění následuje sledování klientky během celého těhotenství až do porodu. Následná poporodní péče probíhá na oddělení šestinedělí, v případě komplikací na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Z výše uvedeného je patrné, že klientky jsou v kontaktu se středním zdravotnickým personálem po výrazně delší dobu, a ten má možnost navázání bližšího kontaktu nutného k pochopení a utvoření si specifického názoru na tuto problematiku.

3.3.3 Metoda výzkumu

Na základě prostudování odborné literatury a výsledků výzkumů zabývajících se podobnou problematikou, byla k získání dat od respondentek zvolena metoda dotazníku (Příloha č. 1).

Pro výzkum byl vypracován nestandardizovaný anonymní dotazník týkající se stanovených cílů, které jsou uvedeny v předchozím textu.

Dotazník byl sestaven z 24 položek, které jsou strukturované, otevřené i uzavřené. Začátek dotazníku sloužil k představení a k navázání kontaktu s respondenty. Otázky byly voleny tak, aby zjišťovaly názory respondentek jak z oblasti medicínské, tak z oblasti psychiky, etiky, taktéž z oblasti problematiky sociální a vzdělávání. V závěru byly zařazeny otázky osobního charakteru, týkající se věku, vzdělání délky praxe a víry.

3.3.4 Organizace výzkumu a jeho analýza

Dotazníkové šetření bylo provedeno ve Fakultní nemocnici Brno, pracoviště Obilní trh na oddělení gynekologickém, šestinedělí, rizikového těhotenství, asistované reprodukce, anesteziologicko – resuscitačním a porodním sále. Sběr dat proběhl v průběhu měsíce ledna a února roku 2014.

Dotazníky byly zadávány autorkou osobně, která během jeho vyplňování mohla pružně reagovat na případné nejasnosti během

vyplňování. V průběhu sběru dat byla prováděna kontrola získaných dat a kontrola úplnosti vyplněných dotazníků.

K dotazníkovému šetření bylo připraveno 65 dotazníků, ale ke zpracování bylo použito pouze 60 úplně vyplněných. Zkoumaný vzorek tvořilo 40 porodních asistentek a 20 všeobecných sester.

Vlastnímu sběru dat předcházela předvýzkum s desetičlennou skupinou porodních asistentek a všeobecných sester, k ověření srozumitelnosti a případných nejasností ve vyplňování dotazníku. V této desetičlenné skupině byly zastoupeny zdravotnice z každého oddělení, kde byly později dotazníky rozdány.

Při zpracování výsledků byly jednotlivé odpovědi vloženy do tabulek a výsledky vyjádřeny procentuálně se zaokrouhlením na jedno desetinné místo. Vybrané tabulky jsou pro názornost doplněny grafy.

3.3.5 Statistické vyhodnocení dat

Údaje z dotazníků byly přepsány do programu MS Excel a dále zpracovány statistickým programem SPSS v20. U všech otázek byly spočítané četnosti odpovědí (absolutní a relativní).

Hypotézy byly ověřované pomocí χ^2 testu, kdy testovacím kritériem je

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{\left(n_{ij} - \frac{n_{i\cdot} \cdot n_{\cdot j}}{n} \right)^2}{\frac{n_{i\cdot} \cdot n_{\cdot j}}{n}}$$

Vypočítaná hodnota χ^2 je ukazatelem velikosti rozdílu mezi skutečností a výslednou nulovou hypotézou. Této vypočítané hodnotě odpovídá hodnota pravděpodobnosti, kterou porovnáváme se zvolenou hladinou významnosti (Chráška, 2007).

3.3.6 Zpracování získaných dat

Vyhodnocení dotazníkového šetření bylo provedeno analýzou a syntézou dat. Zpracování dotazníkových dat, četnostních a kontingenčních tabulek bylo provedeno v textovém editoru MS Word 2010 a tabulkovém procesoru MS Excel 2010 operačního systému Microsoft Windows XP a statistickým programem SPSS v20.

4 Výsledky

4.1 Posouzení platnosti stanovených hypotéz

Ověřování hypotéz bylo provedeno testem nezávislosti χ^2 pro kontingenční tabulku. V případech, kdy nebyly splněny podmínky pro použití tohoto testu, bylo provedeno sloučení některých kategorií odpovědí, případně byl použitý Fisherův test.

Hypotéza č. 1 : Respondentky, pracující s neplodnými ženami déle než 15 let, souhlasí s možností využití pomoci „náhradní matky“ častěji než respondentky, pracujícím s neplodnými kratší dobu.

První hypotéza byla ověřována otázkami dotazníku č. 14 a 24, které jsou interpretovány na straně 61 a 71. Zpracované a statisticky otestované kontingenční tabulky jsou uvedeny v Příloze č. 6.

Hypotéza č. 2 : Respondentky s vyšším vzděláním zastávají častěji názor, že zdravý životní styl a užívání antikoncepce má významný vliv na možnost otěhotnění než respondentky se vzděláním středoškolským.

Druhá hypotéza byla ověřována otázkami dotazníku č. 1 a 9, které jsou interpretovány na straně 50 a 57. Zpracované a statisticky otestované kontingenční tabulky jsou uvedeny v Příloze č. 6.

Hypotéza č. 3 : Věřící respondentky by při nemožnosti otěhotnět volily některou z forem náhradní rodinné péče častěji oproti respondentkám nevěřícím, které by zůstaly bezdětné.

Třetí hypotéza byla ověřována otázkami dotazníku č. 19 a 24, které jsou interpretovány na straně 66 a 71. Zpracované a statisticky otestované kontingenční tabulky jsou uvedeny v Příloze č. 6.

Hypotéza č. 4 : Respondentky mladšího věku se častěji přiklání k názoru, že při problémech s otěhotněním mohou pomoci alternativní metody než respondentky starší, které spíše důvěřují klasické medicíně.

Čtvrtá hypotéza byla ověřována otázkami dotazníku č. 2 a 21, které jsou interpretovány na straně 51 a 68. Zpracované a statisticky otestované kontingenční tabulky jsou uvedeny v Příloze č. 6.

Hypotéza č. 5 : Respondentky, které měly potíže s otěhotněním, se častěji přiklání k názoru informovat dospívající dívky o možnostech řešení neplodnosti než respondentky, které potíže s otěhotněním neměly.

Pátá hypotéza byla ověřována otázkami dotazníku č. 8 a 18, které jsou interpretovány na straně 56 a 65. Zpracované a statisticky otestované kontingenční tabulky jsou uvedeny v Příloze č. 6.

Hypotéza č. 6 : Respondentky s vyšším stupněm vzdělání častěji souhlasí s redukcí embryí při vícečetném těhotenství než respondentky s nižším vzděláním.

Šestá hypotéza byla ověřována otázkami dotazníku č. 12 a 22, které jsou interpretovány na straně 59 a 69. Zpracované a statisticky otestované kontingenční tabulky jsou uvedeny v Příloze č. 6.

4.2 Interpretace výsledků dotazníkového šetření

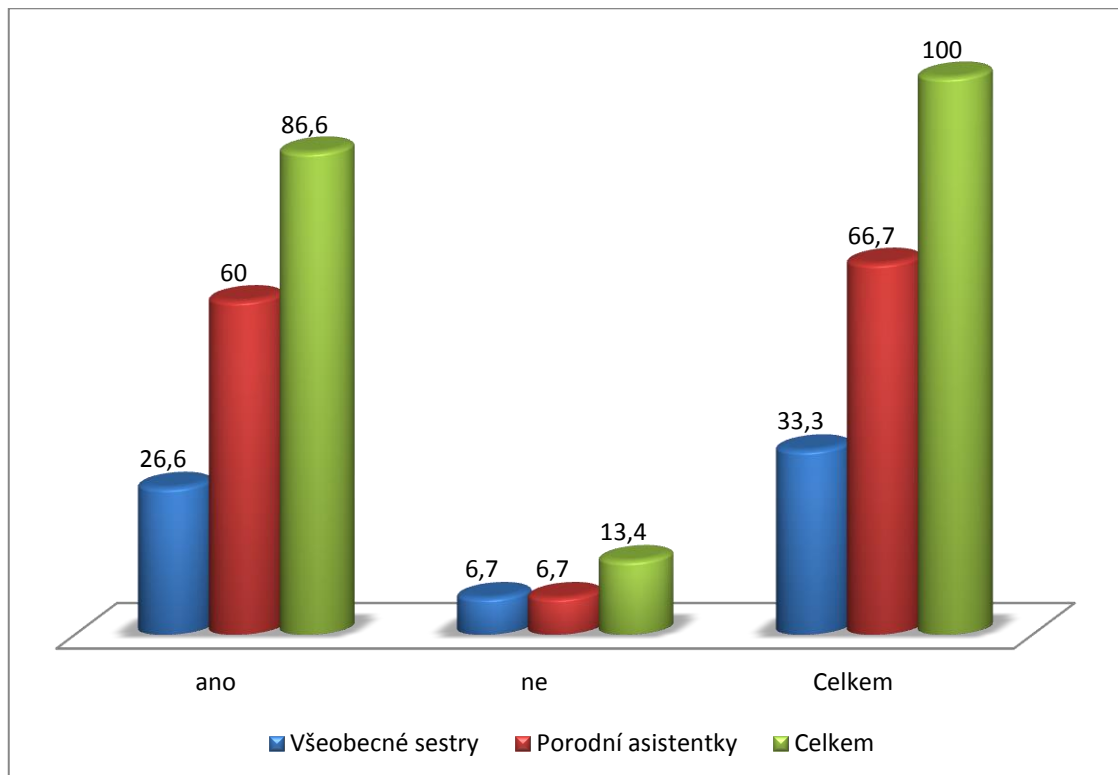
Otázka č. 1 Ovlivňuje zdravý životní styl plodnost ženy?

Většina, tedy 52 (86,6 %) respondentek souhlasí s pozitivním vlivem zdravého životního stylu na plodnost, pouze 8 (13,4 %) respondentek je názoru opačného.

Tabulka č. 1 Ovlivňuje zdravý životní styl plodnost ženy?

| Životní styl | Četnost | | | Relativní četnost % | | |
|---------------|------------------|--------------------|-----------|---------------------|--------------------|--------------|
| | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ |
| ano | 16 | 36 | 52 | 26,6 | 60,0 | 86,6 |
| ne | 4 | 4 | 8 | 6,7 | 6,7 | 13,4 |
| Celkem | 20 | 40 | 60 | 33,3 | 66,7 | 100,0 |

Graf č. 1 Ovlivňuje zdravý životní styl plodnost ženy?



Otázka č. 2 Mohou při problémech s otěhotněním pomoci některé z uvedených alternativních metod?

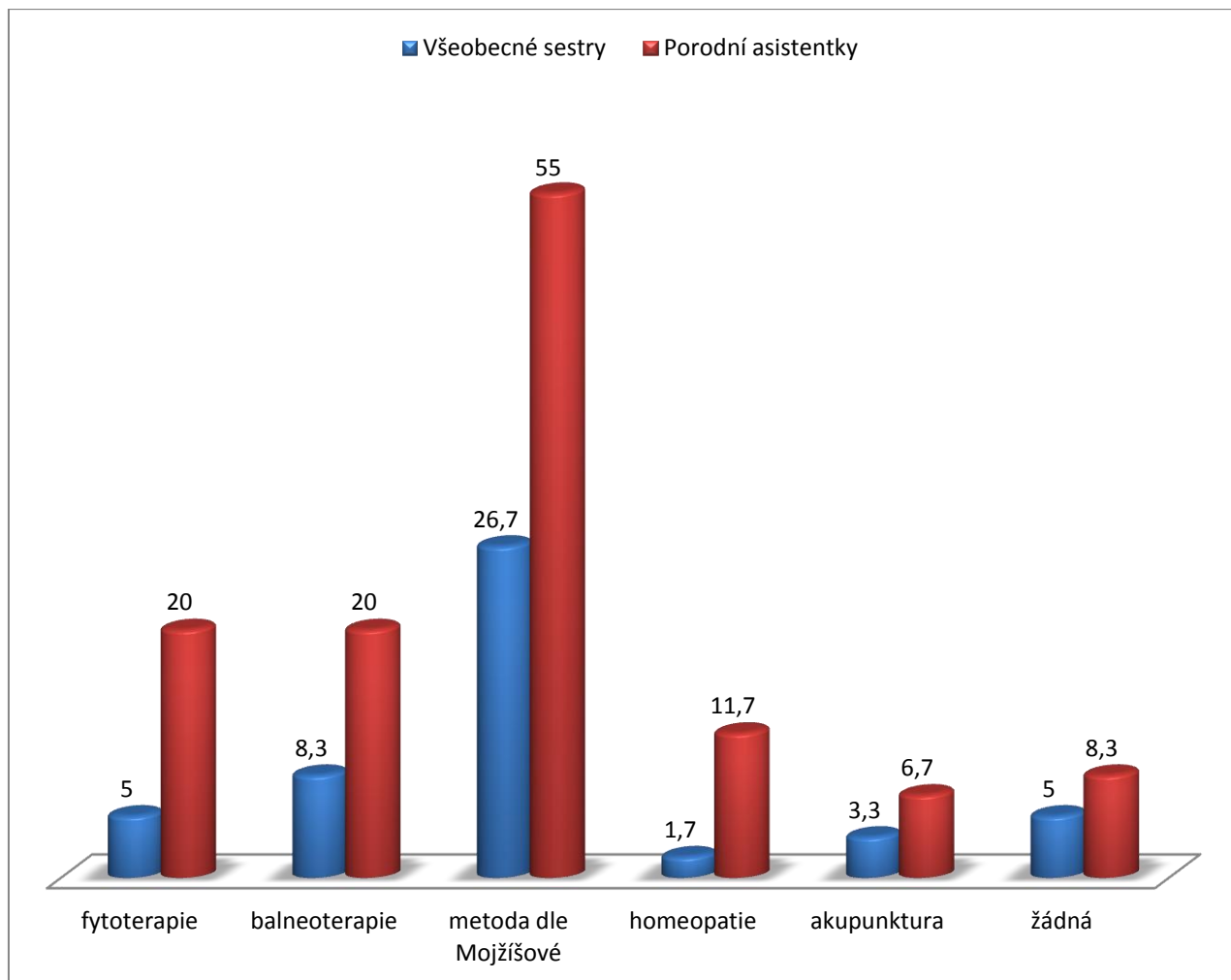
Některou možnost z uvedených alternativních metod uvedlo celkem 52 respondentek, přičemž bylo možno volit i z více variant. Názor, že žádná z alternativních metod nepomáhá, uvedlo 8 respondentek.

Tabulka č. 2 Mohou při problémech s otěhotněním pomoci některé z uvedených alternativních metod?

| Alternativa | Četnost | | | Relativní četnost % | | |
|----------------------|------------------|--------------------|----------|---------------------|--------------------|----------|
| | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ |
| fytoterapie | 3 | 12 | 15 | 5,0 | 20,0 | 25,0 |
| balneoterapie | 5 | 12 | 17 | 8,3 | 20,0 | 28,3 |
| metoda dle Mojžišové | 16 | 33 | 49 | 26,7 | 55,0 | 81,7 |
| homeopatie | 1 | 7 | 8 | 1,7 | 11,7 | 13,4 |
| akupunktura | 2 | 4 | 6 | 3,3 | 6,7 | 10,0 |
| žádná | 3 | 5 | 8 | 5,0 | 8,3 | 13,3 |

Pozn.: Celková kumulativní četnost je větší než 100, protože respondentky mohly uvádět více variant odpovědí.

Graf č. 2 Mohou při problémech s otěhotněním pomoci některé z uvedených alternativních metod?



Otázka č. 3 Smiřují se, dle Vašeho názoru s bezdětností lépe ženy s vyšším stupněm vzdělání?

Podle názoru většiny respondentek 50 (83,3 %) nemá vliv vyšší vzdělání na tom, aby se žena snadněji smířila s bezdětností, pouze 10 žen (16,7 %) je názoru opačného.

Tabulka č. 3 Smiřují se, dle Vařeho názoru s bezdětností lépe řeny s vyšřím stupněm vzdělání?

| Bezdětnost | Četnost | | | Relativní četnost % | | |
|---------------|------------------|--------------------|-----------|---------------------|--------------------|--------------|
| | Vřeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ | Vřeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ |
| ano | 4 | 6 | 10 | 6,7 | 10,0 | 16,7 |
| ne | 16 | 34 | 50 | 26,6 | 56,7 | 83,3 |
| Celkem | 20 | 40 | 60 | 33,3 | 66,7 | 100,0 |

Otázka č. 4 Domníváte se, ře mateřství ovlivňuje kariérní postup řeny?

Na tuto otázku odpovědělo kladně 48 respondentek (80 %), naproti tomu 12 respondentek (20 %) s tímto názorem nesouhlasí.

Tabulka č. 4 Domníváte se, ře mateřství ovlivňuje kariérní postup řeny?

| Kariéra | Četnost | | | Relativní četnost % | | |
|---------------|------------------|--------------------|-----------|---------------------|--------------------|--------------|
| | Vřeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ | Vřeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ |
| ano | 15 | 33 | 48 | 25,0 | 55,0 | 80,0 |
| ne | 5 | 7 | 12 | 8,3 | 11,7 | 20,0 |
| Celkem | 20 | 40 | 60 | 33,3 | 66,7 | 100,0 |

Otázka č. 5 Je vhodné, aby podstoupila asistovanou reprodukci žena, trpící vážnou chorobou?

Většina 55 respondentek (91,6 %) nesouhlasí s možností, aby žena trpící vážnou chorobou podstoupila asistovanou reprodukci, pouze 5 respondentek (8,4 %) s touto možností souhlasí.

Tabulka č. 5 Je vhodné, aby podstoupila asistovanou reprodukci žena, trpící vážnou chorobou?

| Bezdětnost | Četnost | | | Relativní četnost % | | |
|---------------|------------------|--------------------|-----------|---------------------|--------------------|--------------|
| | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ |
| ano | 1 | 4 | 5 | 1,7 | 6,7 | 8,4 |
| ne | 19 | 36 | 55 | 31,6 | 60,0 | 91,6 |
| Celkem | 20 | 40 | 60 | 33,3 | 66,7 | 100,0 |

Otázka č. 6 Je správné, aby byla asistovaná reprodukce plně hrazena ze zdravotního pojištění?

S úhradou asistované reprodukce ze zdravotního pojištění souhlasí 36 respondentek (60 %), 24 respondentek (40 %) s plným hrazením asistované reprodukce nesouhlasí.

Tabulka č. 6 Je správné, aby byla asistovaná reprodukce plně hrazena ze zdravotního pojištění?

| Finance | Četnost | | | Relativní četnost % | | |
|---------------|------------------|--------------------|-----------|---------------------|--------------------|--------------|
| | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ |
| ano | 11 | 25 | 36 | 18,3 | 41,7 | 60,0 |
| ne | 9 | 15 | 24 | 15,0 | 25,0 | 40,0 |
| Celkem | 20 | 40 | 60 | 33,3 | 66,7 | 100,0 |

Otázka č. 7 Souhlasíte, aby byla asistovaná reprodukce dostupná pouze ženám v reprodukčním věku?

Respondentky, jež souhlasí s dostupností asistované reprodukce pouze pro ženy v reprodukčním věku, byly zastoupeny v počtu 56 (93,4 %), ostatní 4 (6,6 %) s tímto názorem nesouhlasí.

Tabulka č. 7 Souhlasíte, aby byla asistovaná reprodukce dostupná pouze ženám v reprodukčním věku?

| Dostupnost | Četnost | | | Relativní četnost % | | |
|---------------|------------------|--------------------|-----------|---------------------|--------------------|--------------|
| | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ |
| ano | 18 | 38 | 56 | 30,0 | 63,4 | 93,4 |
| ne | 2 | 2 | 4 | 3,3 | 3,3 | 6,6 |
| Celkem | 20 | 40 | 60 | 33,3 | 66,7 | 100,0 |

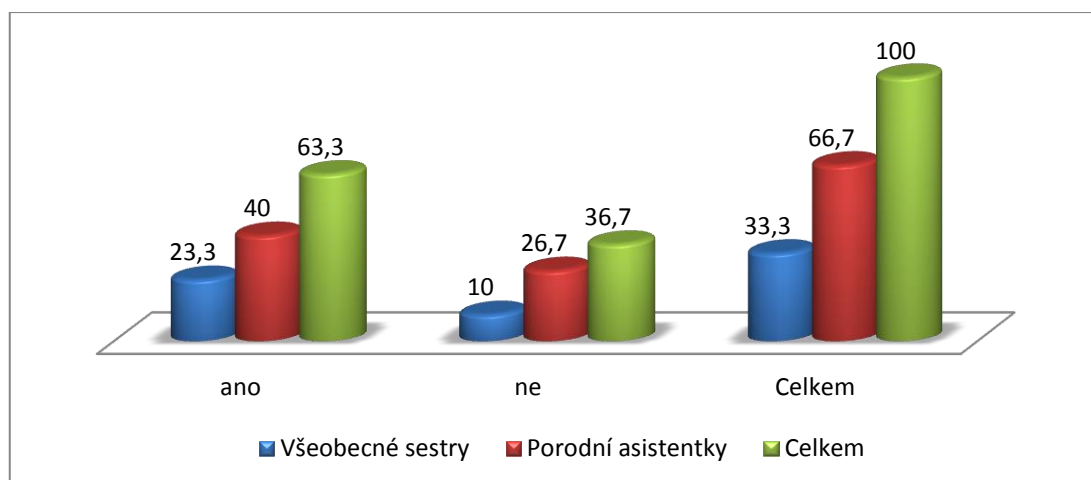
Otázka č. 8 Mělo by se o problému asistované reprodukce mluvit již s dospívajícími dívkami v rámci výchovy ke zdraví?

Jen 22 respondentek (36,7 %) je proti tomu, aby o problému asistované reprodukce byly informovány dospívající dívky, 38 respondentek (63,3 %) je naopak přesvědčeno o nutnosti o této problematice dospívající dívky seznámit.

Tabulka č. 8 Mělo by se o problému asistované reprodukce mluvit již s dospívajícími dívkami v rámci výchovy ke zdraví?

| Dospívání | Četnost | | | Relativní četnost % | | |
|---------------|------------------|--------------------|-----------|---------------------|--------------------|--------------|
| | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ |
| ano | 14 | 24 | 38 | 23,3 | 40,0 | 63,3 |
| ne | 6 | 16 | 22 | 10,0 | 26,7 | 36,7 |
| Celkem | 20 | 40 | 60 | 33,3 | 66,7 | 100,0 |

Graf č. 3 Mělo by se o problému asistované reprodukce mluvit již s dospívajícími dívkami v rámci výchovy ke zdraví?



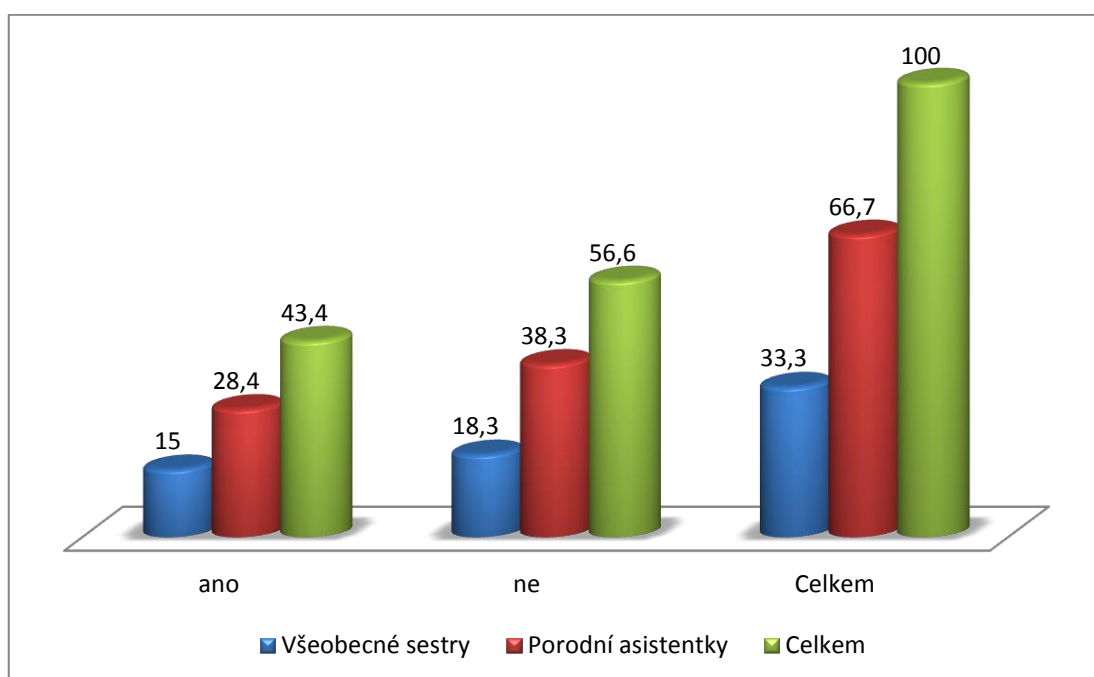
Otázka č. 9 Má podle Vás používání hormonální antikoncepce vliv na pozdější problémy s otěhotněním?

Podle 26 respondentek (43,3 %) má hormonální antikoncepce vliv na pozdější problémy s otěhotněním, naopak 34 respondentek (56,6 %) se domnívá, že hormonální antikoncepce vliv nemá.

Tabulka č. 9 Má podle Vás používání hormonální antikoncepce vliv na pozdější problémy s otěhotněním?

| HAK | Četnost | | | Relativní četnost % | | |
|---------------|------------------|--------------------|-----------|---------------------|--------------------|--------------|
| | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ |
| ano | 9 | 17 | 26 | 15,0 | 28,4 | 43,4 |
| ne | 11 | 23 | 34 | 18,3 | 38,3 | 56,6 |
| Celkem | 20 | 40 | 60 | 33,3 | 66,7 | 100,0 |

Graf č. 4 Má podle Vás používání hormonální antikoncepce vliv na pozdější problémy s otěhotněním?



Otázka č. 10 Kde hledají ženy informace o možnosti řešení neplodnosti?

V této otázce respondentky měly opět možnost volit z více odpovědí. Z možné volby by podle respondentek ženy hledaly informace nejčastěji u gynekologa a na internetu, poté následovala možnost v centru asistované reprodukce a dotazem u známých, nejméně byla volena odpověď v odborné literatuře. Možnost jinde nezvolila žádná respondentka.

Tabulka č. 10 Kde hledají ženy informace o možnosti řešení neplodnosti?

| Informace | Četnost | | | Relativní četnost % | | |
|-------------------------------|------------------|--------------------|----|---------------------|--------------------|------|
| | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ |
| gynekolog | 18 | 31 | 49 | 30,0 | 53,3 | 83,3 |
| internet | 14 | 33 | 47 | 23,3 | 55,0 | 78,3 |
| odborná literatura | 6 | 14 | 20 | 10,0 | 23,3 | 33,3 |
| centrum asistované reprodukce | 9 | 25 | 34 | 15,0 | 41,7 | 56,7 |
| u známých | 7 | 17 | 24 | 11,7 | 28,3 | 40,0 |
| jinde | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |

Pozn.: Celková kumulativní četnost je větší než 100, protože respondentky mohly uvádět více variant odpovědí

Otázka č. 11 Myslíte si, že je laická veřejnost dostatečně informována o problematice asistované reprodukce?

Respondentek, které se jsou přesvědčeny o dostatečné informovanosti laické veřejnosti o problematice asistované reprodukce bylo 13 (21,7 %), oproti 47 (78,4 %) respondentkám, které zastávají názor opačný.

Tabulka č. 11 Myslíte si, že je laická veřejnost dostatečně informována o problematice asistované reprodukce?

| Laici | Četnost | | | Relativní četnost % | | |
|---------------|------------------|--------------------|-----------|---------------------|--------------------|--------------|
| | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ |
| ano | 4 | 9 | 13 | 6,7 | 15 | 21,7 |
| ne | 16 | 31 | 47 | 26,6 | 51,7 | 78,4 |
| Celkem | 20 | 40 | 60 | 33,3 | 66,7 | 100,0 |

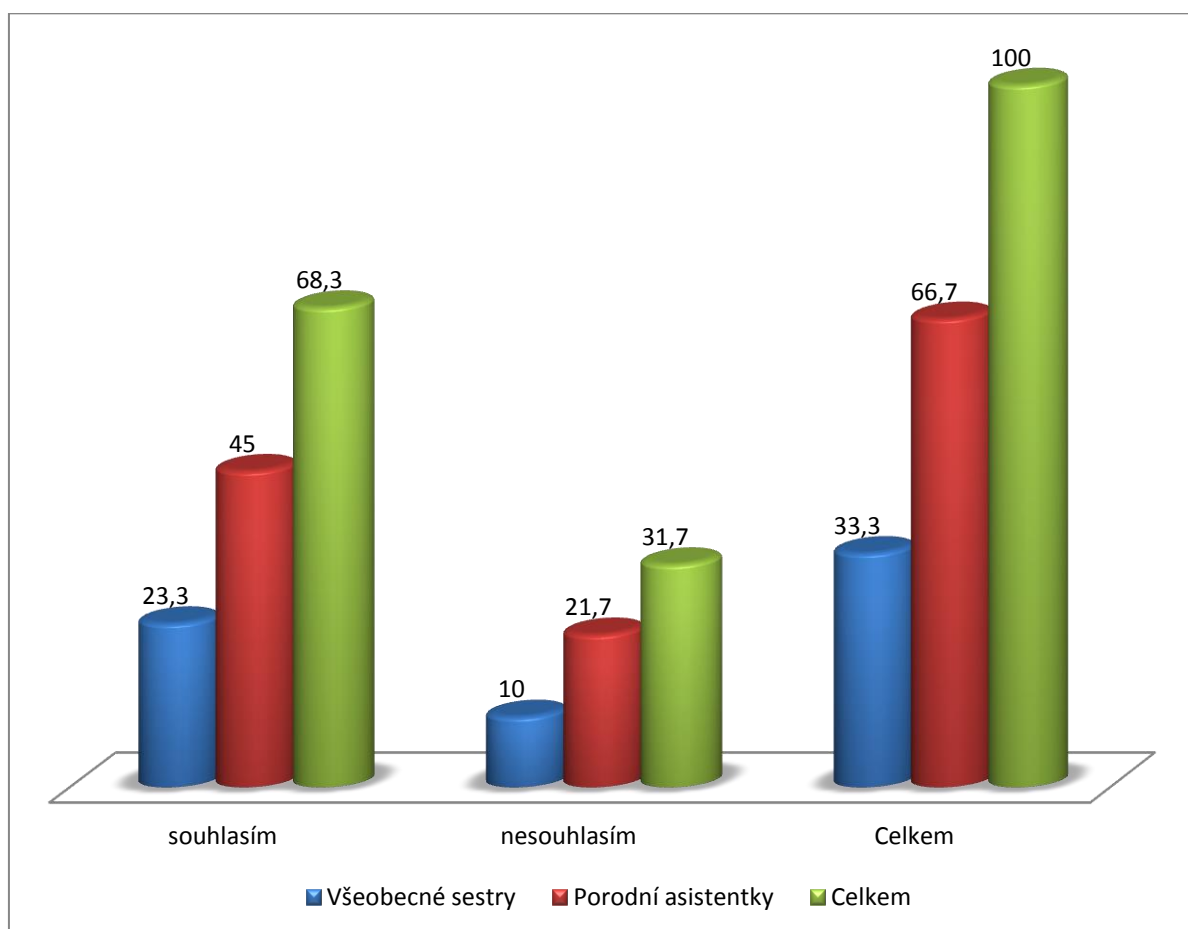
Otázka č. 12 Jaký máte názor na redukci embryí při vícečetném těhotenství?

S redukcí embryí při vícečetném těhotenství souhlasí 41 respondentek (68,3 %), zbylých 19 respondentek (31,7 %) s redukcí nesouhlasí.

Tabulka č. 12 Jaký máte názor na redukci embryí při vícečetném těhotenství?

| Redukce | Četnost | | | Relativní četnost % | | |
|---------------|------------------|--------------------|-----------|---------------------|--------------------|--------------|
| | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ |
| souhlasím | 14 | 27 | 41 | 23,3 | 45,0 | 68,3 |
| nesouhlasím | 6 | 13 | 19 | 10,0 | 21,7 | 31,7 |
| Celkem | 20 | 40 | 60 | 33,3 | 66,7 | 100,0 |

Graf č. 5 Jaký máte názor na redukci embryí při vícečetném těhotenství?



Otázka č. 13 Souvisí provádění umělého oplodnění s vyšším výskytem narozených dvojčat v populaci?

O souvislosti umělého oplodnění a vyššího výskytu narozených dvojčat je přesvědčeno 58 respondentek (96,6 %), pouze 2 respondentek (3,4 %) je přesvědčeno o opaku.

Tabulka č. 13 Souvisí provádění umělého oplodnění s vyšším výskytem narozených dvojčat v populaci?

| Dvojčata | Četnost | | | Relativní četnost % | | |
|---------------|------------------|--------------------|-----------|---------------------|--------------------|--------------|
| | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ |
| ano | 19 | 39 | 58 | 31,6 | 65,0 | 96,6 |
| ne | 1 | 1 | 2 | 1,7 | 1,7 | 3,4 |
| Celkem | 20 | 40 | 60 | 33,3 | 66,7 | 100,0 |

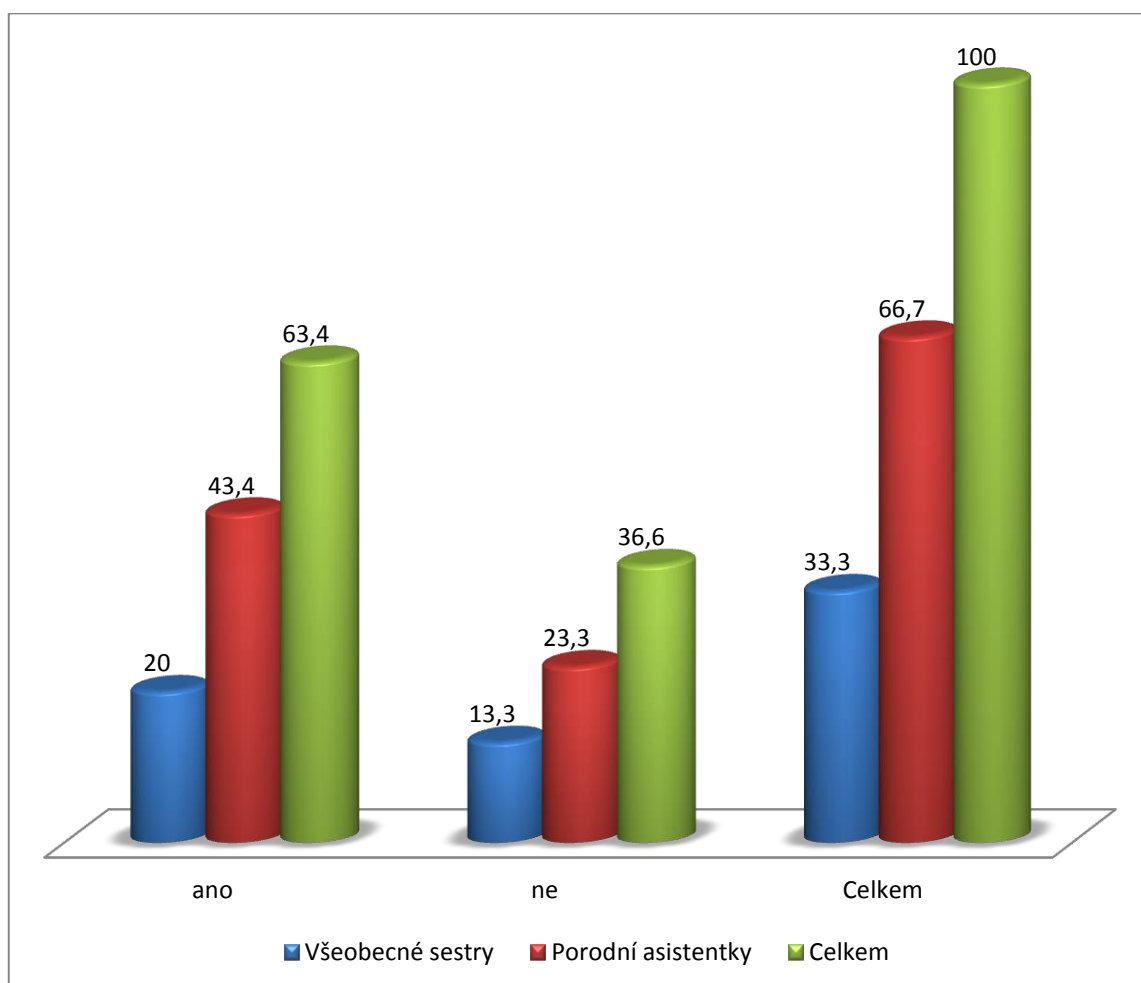
Otázka č. 14 Souhlasíte s možností, aby neplodnému páru donosila a porodila dítě náhradní matka?

S touto možností souhlasilo 38 respondentek (63,4 %), naopak 22 respondentek (36,6 %) s touto možností nesouhlasilo.

Tabulka č. 14 Souhlasíte s možností, aby neplodnému páru donosila a porodila dítě náhradní matka?

| Náhradní matka | Četnost | | | Relativní četnost % | | |
|----------------|------------------|--------------------|-----------|---------------------|--------------------|--------------|
| | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ |
| ano | 12 | 26 | 38 | 20,0 | 43,4 | 63,4 |
| ne | 8 | 14 | 22 | 13,3 | 23,3 | 36,6 |
| Celkem | 20 | 40 | 60 | 33,3 | 66,7 | 100,0 |

Graf č. 6 Souhlasíte s možností, aby neplodnému páru donosila a porodila dítě náhradní matka?



Otázka č. 15 Bude žena, podstupující asistovanou reprodukci přistupovat stejně k dítěti z darovaného vajíčka, jako k dítěti z vajíčka vlastního?

Respondentek, jež se s tímto názorem ztotožňují, bylo 40 (66,7 %), nesouhlasný názor vyslovilo 20 (33,3 %) respondentek.

Tabulka č. 15 Bude žena, podstupující asistovanou reprodukci přistupovat stejně k dítěti z darovaného vajíčka, jako k dítěti z vajíčka vlastního?

| Dárcovství | Četnost | | | Relativní četnost % | | |
|---------------|------------------|--------------------|-----------|---------------------|--------------------|--------------|
| | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ |
| ano | 14 | 26 | 40 | 23,3 | 43,4 | 66,7 |
| ne | 6 | 14 | 20 | 10,0 | 23,3 | 33,3 |
| Celkem | 20 | 40 | 60 | 33,3 | 66,7 | 100,0 |

Otázka č. 16 Myslíte si, že pokud dítě porodí náhradní matka, vytvoří si k němu neplodná žena stejné citové pouto, jako kdyby dítě porodila sama?

S tímto názorem souhlasí 35 respondentek (58,3 %) a 25 respondentek (41,7 %) naopak nesouhlasí.

Tabulka č. 16 Myslíte si, že pokud dítě porodí náhradní matka, vytvoří si k němu neplodná žena stejné citové pouto, jako kdyby dítě porodila sama?

| City | Četnost | | | Relativní četnost % | | |
|---------------|------------------|--------------------|-----------|---------------------|--------------------|--------------|
| | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ |
| ano | 8 | 27 | 35 | 13,3 | 45,0 | 58,3 |
| ne | 12 | 13 | 25 | 20,0 | 21,7 | 41,7 |
| Celkem | 20 | 40 | 60 | 33,3 | 66,7 | 100,0 |

Otázka č. 17 Od jaké doby po oplodnění můžeme dle Vašeho názoru mluvit o dítěti?

V dotazníku měly respondentky na výběr odpovědi ve dnech, týdnech a měsících. Pro přehlednost a srozumitelnost zpracování byly všechny odpovědi následně převedeny na dny podle lunárního kalendáře. Ve zpracované tabulce časové údaje odpovídají jednotlivým lunárním měsícům těhotenství, přičemž na prvním místě je údaj 1 - 7 dní pro zdůraznění volby „dítě vzniká početím.“

Tabulka č. 17 Od jaké doby po oplodnění můžeme dle Vašeho názoru mluvit o dítěti?

| Vznik života- uváděno ve dnech | Četnost | | | Relativní četnost % | | |
|-----------------------------------|------------------|--------------------|-----------|---------------------|--------------------|--------------|
| | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ |
| 1–7 | 4 | 6 | 10 | 6,7 | 10,0 | 16,7 |
| 8–28 | 1 | 1 | 2 | 1,7 | 1,7 | 3,4 |
| 29–42 | 3 | 6 | 9 | 5,0 | 10,0 | 15,0 |
| 43–56 | 2 | 3 | 5 | 3,3 | 5,0 | 8,3 |
| 57–84 | 7 | 14 | 21 | 11,7 | 23,3 | 35,0 |
| 85–112 | 0 | 2 | 2 | 0,0 | 3,3 | 3,3 |
| 113–140 | 1 | 0 | 1 | 1,7 | 0,0 | 1,7 |
| 141–168 | 0 | 3 | 3 | 0,0 | 5,0 | 5,0 |
| 169–196 | 1 | 1 | 2 | 1,7 | 1,7 | 3,4 |
| 197–224 | 1 | 4 | 5 | 1,7 | 6,7 | 7,4 |
| Celkem | 20 | 40 | 60 | 33,3 | 66,7 | 100,0 |

Otázka č. 18 Měla jste vy sama problémy s otěhotněním?

Problémy s otěhotněním v dotazníkovém šetření uvedlo 10 respondentek (16,7 %) oproti respondentkám, které problémy s otěhotněním neuvádí a jichž bylo 50 (83,3 %).

Tabulka č. 18 Měla jste vy sama problémy s otěhotněním?

| Problémové otěhotnění | Četnost | | | Relativní četnost % | | |
|-----------------------|------------------|--------------------|-----------|---------------------|--------------------|--------------|
| | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ |
| ano | 4 | 6 | 10 | 6,7 | 10,0 | 16,7 |
| ne | 16 | 34 | 50 | 26,6 | 56,7 | 83,3 |
| Celkem | 20 | 40 | 60 | 33,3 | 66,7 | 100,0 |

Otázka č. 19 Pokud byste nemohla otěhotnět, zvolila byste některou z uvedených forem náhradní rodinné péče?

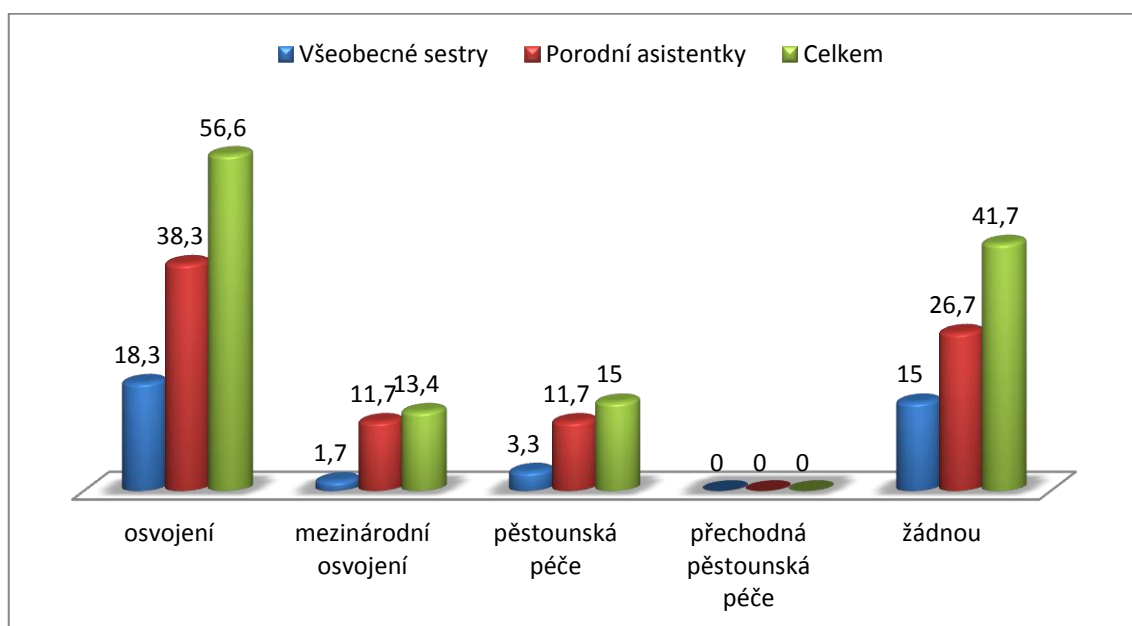
V této otázce respondentky měly opět možnost volit z více odpovědí. V případě volby náhradní rodinné péče by respondentky volily nejčastěji možnost osvojení, na druhém místě uvedly možnost zůstat bez dětí a nejméně volily možnost pěstounské péče.

Tabulka č. 19 Pokud byste nemohla otěhotnět, zvolila byste některou z uvedených forem náhradní rodinné péče?

| Adopce | Četnost | | | Relativní četnost % | | |
|---------------------------|------------------|--------------------|----|---------------------|--------------------|------|
| | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ |
| osvojení | 11 | 23 | 34 | 18,3 | 38,3 | 56,6 |
| mezinárodní osvojení | 1 | 7 | 8 | 1,7 | 11,7 | 13,4 |
| pěstounská péče | 2 | 7 | 9 | 3,3 | 11,7 | 15,0 |
| přechodná pěstounská péče | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| žádnou | 9 | 16 | 25 | 15,0 | 26,7 | 41,7 |

Pozn.: Celková kumulativní četnost je větší než 100, protože respondentky mohly uvádět více variant odpovědi

Graf č. 7 Pokud byste nemohla otěhotnět, zvolila byste některou z uvedených forem náhradní rodinné péče?



Otázka č. 20 Kolik máte dětí?

Respondentek s jedním dítětem bylo 19 (31,6 %), respondentek se dvěma dětmi 10 (56,7 %) a respondentek se třemi a více dětmi bylo 7 (11,6 %).

Tabulka č. 20 Kolik máte dětí?

| Počet dětí | Četnost | | | Relativní četnost % | | |
|---------------|------------------|--------------------|-----------|---------------------|--------------------|--------------|
| | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ |
| jedno | 8 | 11 | 19 | 13,3 | 18,3 | 31,6 |
| dvě | 10 | 24 | 34 | 16,7 | 40,0 | 56,7 |
| tři a více | 2 | 5 | 7 | 3,3 | 8,3 | 11,6 |
| Celkem | 20 | 40 | 60 | 33,3 | 66,7 | 100,0 |

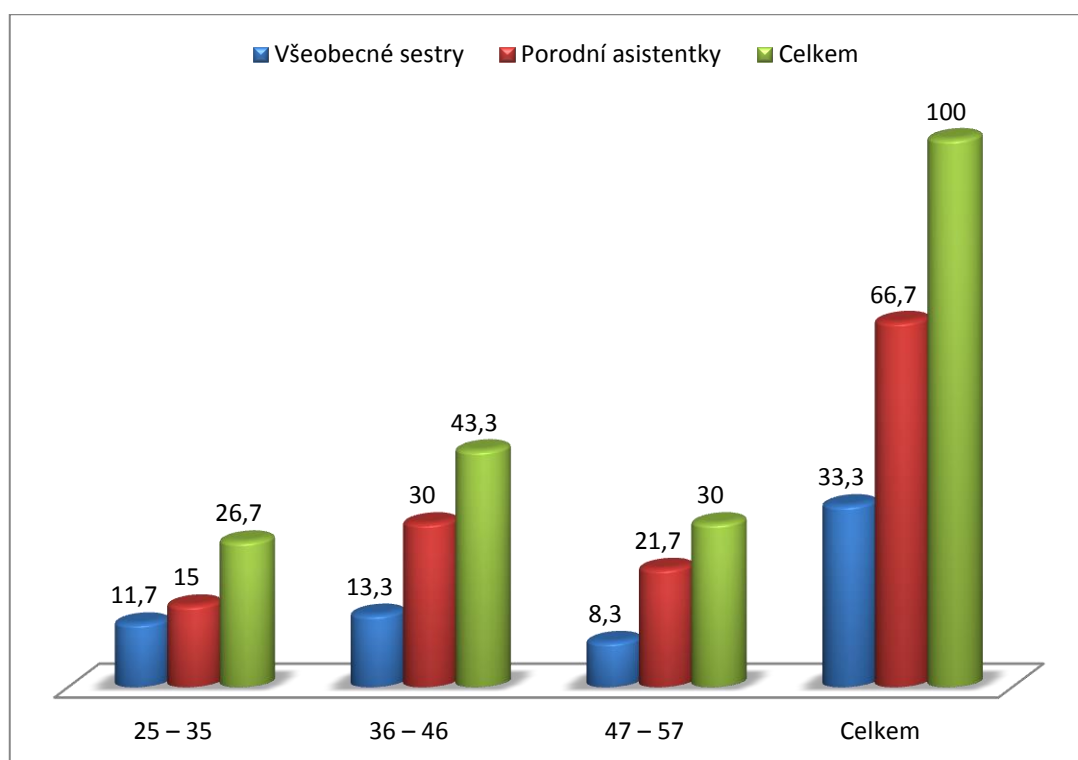
Otázka č. 21 Jaký je váš věk?

Věkové rozmezí 25-35 let bylo zastoupeno 16 respondentkami (26,7 %), rozmezí 36 - 46 let bylo zastoupeno 26 respondentkami (43,3 %) a respondentek, kterým bylo 47 - 57 let, se dotazníkového ošetření zúčastnilo 18 (30 %).

Tabulka č. 21 Jaký je váš věk?

| Věk | Četnost | | | Relativní četnost % | | |
|---------------|------------------|--------------------|-----------|---------------------|--------------------|--------------|
| | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ |
| 25 – 35 | 7 | 9 | 16 | 11,7 | 15,0 | 26,7 |
| 36 – 46 | 8 | 18 | 26 | 13,3 | 30,0 | 43,3 |
| 47 – 57 | 5 | 13 | 18 | 8,3 | 21,7 | 30,0 |
| Celkem | 20 | 40 | 60 | 33,3 | 66,7 | 100,0 |

Graf č. 8 Jaký je váš věk?



Otázka č. 22 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Středoškolské vzdělání uvedlo 29 respondentek (48,3 %), vyšší odborné vzdělání 10 (16,7 %) a vysokoškolské vzdělání uvedlo 21 respondentek (35 %).

Tabulka č. 22 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

| Vzdělání | Četnost | | | Relativní četnost % | | |
|---------------|------------------|--------------------|-----------|---------------------|--------------------|--------------|
| | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ |
| SŠ | 10 | 19 | 29 | 16,6 | 31,7 | 48,3 |
| VOŠ | 4 | 6 | 10 | 6,7 | 10,0 | 16,7 |
| VŠ | 6 | 15 | 21 | 10,0 | 25,0 | 35,0 |
| Celkem | 20 | 40 | 60 | 33,3 | 66,7 | 100,0 |

Otázka č. 23 Jak dlouho pracujete v oboru?

Délka praxe v rozmezí 5 - 10let byla zastoupena 9 respondentkami (15 %), respondentek s praxí 11 - 16 let bylo 6 (10 %), praxi v délce 23-30 let uvedlo 12 respondentek (20 %) a praxi v délce 23 - 30 let uvedlo 33 dotázaných respondentek (55 %).

Tabulka č. 23 Jak dlouho pracujete v oboru?

| Praxe | Četnost | | | Relativní četnost | | |
|---------------|------------------|--------------------|-----------|-------------------|--------------------|--------------|
| | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ |
| 5 – 10 let | 5 | 4 | 9 | 8,3 | 6,7 | 15,0 |
| 11 – 16 let | 1 | 5 | 6 | 1,7 | 8,3 | 10,0 |
| 17 – 22 let | 3 | 9 | 12 | 5,0 | 15,0 | 20,0 |
| 23 – 30 let | 11 | 22 | 33 | 18,3 | 36,7 | 55,0 |
| Celkem | 20 | 40 | 60 | 33,3 | 66,7 | 100,0 |

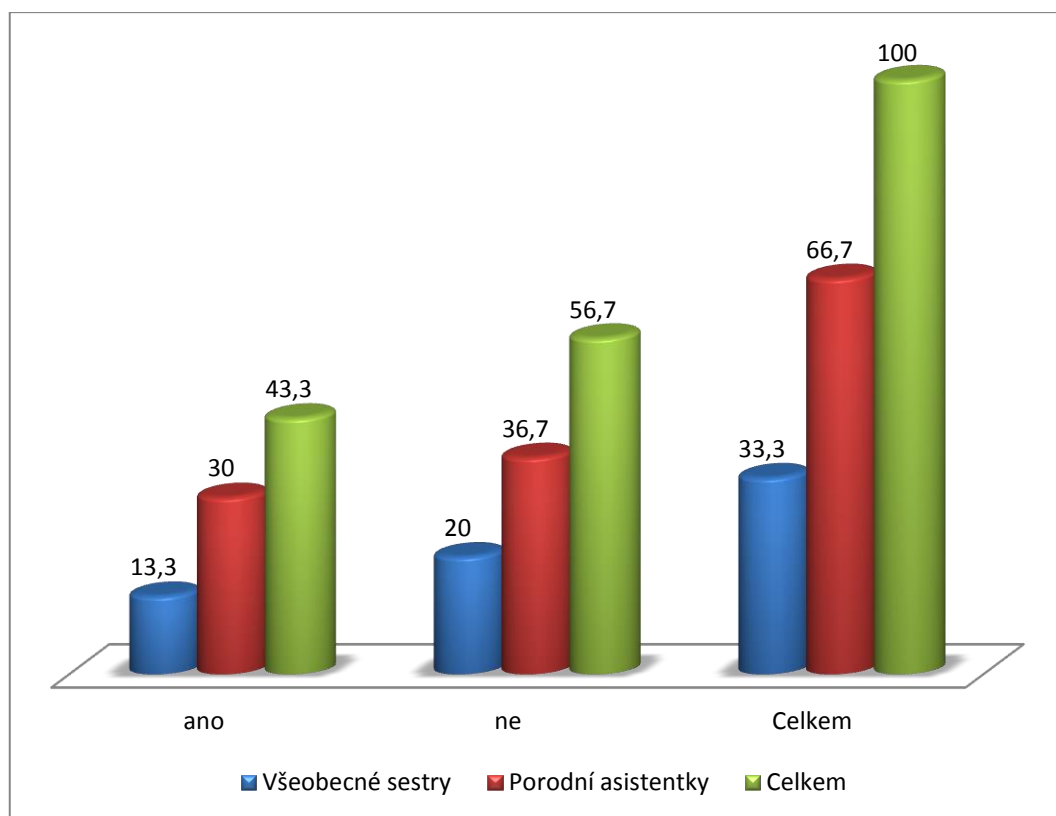
Otázka č. 24 Jste věřící?

Respondentek vyznávajících nějakou formu víry bylo 26 (43,3 %) oproti respondentkám nevěřícím, kterých bylo 34 (56,7 %).

Tabulka č. 24 Jste věřící?

| Víra | Četnost | | | Relativní četnost % | | |
|---------------|------------------|--------------------|-----------|---------------------|--------------------|--------------|
| | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ | Všeobecné sestry | Porodní asistentky | Σ |
| ano | 8 | 18 | 26 | 13,3 | 30,0 | 43,3 |
| ne | 12 | 22 | 34 | 20,0 | 36,7 | 56,7 |
| Celkem | 20 | 40 | 60 | 33,3 | 66,7 | 100,0 |

Graf č. 9 Jste věřící?



5 Diskuse

Tato diplomová práce by měla být příspěvkem ke zvýšení informovanosti týkající se problematiky asistované reprodukce nejen po stránce somatické, ale měla by zdůraznit i důležitost psychických, sociální a etických aspektů neplodnosti s ohledem na možnosti náhradní rodinné péče z pohledu porodních asistentek a všeobecných sester.

Hlavním záměrem práce je uvědomění si podstaty vytyčeného problému, podat podrobnou a komplexní informaci týkající se neplodnosti a možnosti její léčby, včetně možnosti volby náhradní rodinné péče.

Chápeme, že výsledky šetření mohou být ovlivněny výběrem respondentů a vzhledem k velikosti vzorku nemohou mít obecnou platnost. Jsme si vědomi skutečnosti, že dotazníkové šetření, jako metoda pro získání přehledu o stanovených skutečnostech, může být zatíženo chybou danou subjektivním hodnocením některých položek.

Již dříve zpracované studie zabývající se problematikou reprodukční medicíny z pohledu neplodných žen, párů a laické veřejnosti nejsou možné použít ke srovnání s námi získanými daty, protože tato práce je úzce zaměřena na problematiku bio-psycho-sociálních aspektů reprodukční medicíny z hlediska zdravotníků pracujících s neplodnými ženami na pracovišti asistované reprodukce.

Zkoumaný vzorek našeho šetření tvořilo celkem 60 respondentek pracujících na gynekologicko – porodnické klinice FN Brno, pracovišti Obilní trh, z toho 40 (66,7 %) porodních asistentek a 20 (33,3 %) všeobecných sester. Věkové rozmezí respondentek bylo 25 – 57 let, největší zastoupení bylo ve věkovém rozmezí 36 – 46 let 26 (43,3 %) respondentek, což odpovídá populaci v ostatních zdravotnických zařízeních.

Výzkumný problém č. 1 : Jak pohlíží respondentky na možnost náhradního mateřství? *Hypotéza č. 1* : Respondentky, pracující s neplodnými ženami déle než 15 let, souhlasí s možností využití

pomoci „náhradní matky“ častěji než respondentky, pracující s neplodnými kratší dobu. Pohled respondentek pracujících s neplodnými ženami na náhradní mateřství není ovlivněn.

Výzkumný problém č. 2 : Jaký názor mají respondentky na souvislost zdravého životního stylu a užívání antikoncepce? *Hypotéza č. 2* : Respondentky s vyšším vzděláním zastávají názor, že zdravý životní styl a užívání antikoncepce má významný vliv na možnost otěhotnění častěji než respondentky se vzděláním středoškolským. Výše vzdělání nemá vliv na názor respondentek týkající se otěhotnění v souvislosti s užíváním antikoncepce a životním stylem.

Výzkumný problém č. 3 : Ovlivňuje víra respondentky v možnosti řešit neplodnost formou náhradní rodinné péče? *Hypotéza č. 3* : Věřící respondentky by při nemožnosti otěhotnět volily některou z forem náhradní rodinné péče častěji oproti respondentkám nevěřícím, které by zůstaly bezdětné. Z posuzovaných výsledků vyplynulo, že věřící respondentky volí adopci oproti nevěřícím, které se spíše přiklánějí k bezdětnosti.

Výzkumný problém č. 4 : Jaký vliv má věk respondentek na využití alternativních metod řešení neplodnosti? *Hypotéza č. 4* : Respondentky mladšího věku se častěji přiklání k názoru, že při problémech s otěhotněním mohou pomoci alternativní metody než respondentky starší, které spíše důvěřují klasické medicíně. Věk respondentek nemá vliv na možnost volby alternativních metod při léčbě neplodnosti.

Výzkumný problém č. 5 : Souvisí problémy s otěhotněním u respondentek se souhlasem informovat již dospívající dívky o možnostech léčby neplodnosti? *Hypotéza č. 5* : Respondentky, které měly potíže s otěhotněním, se častěji přiklánějí k názoru informovat dospívající dívky o možnostech řešení neplodnosti oproti respondentkám, které potíže s otěhotněním neměly. Vlastní zkušenost s obtížemi při otěhotnění u respondentek nesouvisí s jejich názorem o nutnosti informovat už dospívající dívky.

Výzkumný problém č. 6 : Souhlasí respondentky s možností redukce embryí při vícečetném těhotenství? *Hypotéza č. 6* : Respondentky vyššího vzdělání častěji souhlasí s redukcí embryí při vícečetném těhotenství než respondentky s nižším vzděláním. Názor respondentek na redukcí embryí při vícečetném těhotenství signifikantně neovlivňuje jejich vzdělání.

Závěr

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jak na problematiku fertility pohlíží porodní asistentky a všeobecné sestry pracující na ženské klinice Fakultní nemocnice Brno.

Práce byla vymezena šesti dílčími cíli, které jsou uvedeny v první kapitole práce.

Prvním cílem bylo zjistit pohled respondentek na etickou otázku náhradního mateřství. Ve sledovaném souboru bylo zastoupeno 26 (43,3 %) věřících a 34 (56,7 %) nevěřících žen, z nichž 38 (63,4 %) souhlasilo s volbou náhradní matky a 22 (36,6 %) žen s touto možností nesouhlasilo. *Cíl č. 1 byl splněn.*

Druhým cílem bylo zjistit, jaká je podle mínění respondentek souvislost mezi životním stylem a užíváním antikoncepce. Překvapivým zjištěním bylo, že 34 (56,6 %) respondentek nehledá souvislost užívání hormonální antikoncepce s možností otěhotnění oproti 26 (43,3 %) respondentkám. Očekávaným zjištěním bylo vyjádření 52 (86,6 %) žen týkající se pozitivního vlivu zdravého životního stylu na plodnost, pouze 8 (13,4 %) zastává názor opačný. V této části dotazníkového šetření se potvrzuje, že respondentky jsou informovány o významu zdravého životního stylu. *Cíl č. 2 byl splněn.*

Třetím cílem bylo zjistit, volbu náhradní rodinné péče u respondentek podle jejich náboženského přesvědčení. Respondentek praktikujících víru bylo 26 (43,3 %) a ateistek 34 (56,7 %). Druhá oblast se týkala volby náhradní rodinné péče. Nejvíce respondentek 42 by volilo osvojení, 9 pěstounskou péči a překvapivě 25 respondentek raději zůstane bez dětí, než vychovávat cizí dítě. Celková kumulativní četnost je větší než 100 %, protože respondentky mohly uvádět více variant odpovědí, proto u jednotlivých odpovědí chybí procentuální zastoupení relativní četnosti. Podnětným poznatkem je skutečnost, že respondentky mají málo informací o možnostech náhradní rodinné péče. *Cíl č. 3 byl splněn.*

Čtvrtým cílem bylo zjistit, jaké alternativní metody dle názorů respondentek pomáhají při potížích s otěhotněním s ohledem na jejich věk. Zkoumaný vzorek tvořilo 42 (70 %) žen v období mladší dospělosti a 18 (30%) žen v období starší dospělosti. Možnost využití alternativních metod při problémech s otěhotněním zvolilo 52 respondentek z celkového zkoumaného vzorku. Metoda dle Mojžíšové byla nejčastěji uváděnou odpovědí pro 49 respondentek, druhou nejčastější možností byla balneoterapie u 17 respondentek, další metody volilo 29 respondentek a žádné z uvedených metod nevěří 8 respondentek. Celková kumulativní četnost je větší než 100 %, protože respondentky mohly uvádět více variant odpovědí, proto u jednotlivých odpovědí chybí procentuální zastoupení relativní četnosti. Metoda Ludmily Mojžíšové je odbornou veřejností známa a využívána více jak 30 let, a proto není žádným překvapením tak vysoká četnost odpovědí. *Cíl č. 4 byl splněn.*

Pátým cílem bylo zjistit, zda respondentky souhlasí s možností informovat o problematice asistované reprodukce dospívající dívky. Názor informovat dospívající dívky o možnostech reprodukční medicíny zastává 38 (63,3 %) respondentek a zbytek 22 (36,7 %) zastává názor opačný. Tímto se ukazuje naléhavá nutnost řešit tuto problematiku ve vzdělávání již na základních školách v rámci předmětu Výchova ke zdraví. *Cíl č. 5 byl splněn.*

Šestým cílem bylo cílem zjistit, jaký názor mají respondentky na redukci embryí při vícečetném těhotenství. S redukcí počtu embryí při vícečetné graviditě souhlasí 41 (68,3 %) respondentek a nesouhlasné stanovisko zastává 19 (31,7 %) respondentek. Není překvapivým zjištěním tak velký výskyt kladných odpovědí, který je dán dosaženým vzděláním a pracovní zkušeností respondentek. *Cíl č. 6 byl splněn.*

Po statistickém otestování a posouzení stanovených hypotéz jsme došli k následujícímu zjištění: na základě aktuálně získaných dat nemůžeme hypotézy č. 1, 2, 3, 4, 5 a 6 dokázat.

Bylo pro nás přínosné seznámit se prostřednictvím této práce s názory respondentek k dané problematice. Z práce vyplývá důležitost informovat o výše uvedených skutečnostech dospívající dívky a soustavně je edukovat nejen o důležitosti zdravého životního stylu, ale i diskutovat s nimi o pozitivních a negativních zkušenostech užívání hormonální antikoncepce a o možných problémech plynoucích z odkladu mateřství do vyššího věku. Cíle práce byly splněny i přesto, že se stanovené hypotézy nepotvrdily.

Souhrn

Diplomová práce nabízí náhled na názory porodních asistentek a zdravotních sester pracujících na vybraných odděleních gynekologicko – porodnické kliniky fakultní nemocnice.

Téma práce vyplynulo z aktuálnosti problematiky současné doby, která nabízí mladým ženám neomezené možnosti seberealizace v mnoha směrech, ale zároveň dochází k odklonu od tradičních hodnot a tím i k odsouvání mateřství do pozdějšího věku, jenž sebou přináší vyšší výskyt problémů spojených s možností otěhotnět.

Záměrem bylo popsat tuto problematiku nejen z hlediska medicínského, ale neopomenout i otázky z psychologické a sociální oblasti a zmínit i etickou problematiku.

Teoretická část popisuje diagnostiku a možnosti léčby neplodnosti, včetně možných rizik s léčbou spojených. Zmiňuje alternativní postupy léčby, psychologické aspekty ženské neplodnosti včetně neúspěchu asistované reprodukce, a jednotlivé fáze smíření se s bezdětností. Práce uvádí nejčastější etické otázky související s problematikou reprodukční medicíny, na něž nelze vždy jednoznačně odpovědět. Není opomenuta ani sociální problematika, popisující možnosti náhradního rodičovství, které je také možným řešením.

Praktická část pomocí dotazníkového šetření odpovídá na otázky vycházející z teoretické části a zjišťuje názory a postoje respondentek, jež jsou ovlivněny zkušeností získanou poskytováním ošetrovatelské péče klientkám s poruchami plodnosti.

Summary

Overall, this thesis provides an insight into opinion of obstetric assistants and nurses that work in the selected departments of the Obstetrics and Gynecology Clinic at the Faculty Hospital.

The theme of this thesis stems from the current situation in the society that provides women with a plethora of options for personal self fulfilment combined with a deviation from the traditional family values. As the result, maternity is often postponed into older age that leads to major problems with suboptimal fertility.

This thesis aims at addressing decreased fertility in aging women from more than only medical viewpoint, so that also psychological, social, and ethical aspects are discussed.

The theoretical part of this thesis focuses at diagnostics of infertility and at curative options, including risks that are associated with such treatments. It describes all alternatives of medical treatments, psychological aspects of female infertility including the psychological outcome of the failure of assisted reproduction procedure, and overview individual phases of personal reconciliation with such fact. This thesis also provides information on the most common questions associated with reproductive medicine, which are very often difficult to answer unambiguously. This thesis also covers social issues linked to infertility with a main focus on optional foster care.

The practical part of this thesis employs questionnaire to address the key questions uncovered in the theoretical part. The responders to this questionnaire are professionals working in the units that provide treatments to infertile women so that they have thorough understanding of the given complex issue.

Referenční seznam

a) Knižní publikace, časopisy, informační brožury a letáky

1. BUŽGOVÁ, R. 2009. *Etika ve zdravotnictví*. Ostrava: Ostravská univerzita. 103 s. ISBN 978-80-7368-501-0.
2. ČADOVÁ, K. et al. 2009. *Role a význam farmakoterapie v reprodukční medicíně*. Vedecká konferencia reprodukčnej medicíny SAR SGPS, Krompachy, Slovenská republika. ISBN neuveden.
3. DOHERTY, C., M., CLARK, M. 2002. *Léčba neplodnosti*. Brno: Computer Press. 121 s. ISBN 80-251-0771-X.
4. HAŠKOVCOVÁ, H. 2002. *Lékařská etika*. Praha: Galén. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
5. HAVLOVÁ, K. 2007. *Baby boom ve zkumavce*. Zdravotnické noviny. Praha: Mladá fronta. Ročník 56, č. 20, s 13. ISSN 0044-1996.
6. HŘIVNOVÁ, M. 2010. *Stěžejní aspekty výchovy ke zdraví*. Olomouc: Univerzita Palackého. 151 s. ISBN 80-2442-503-3.
7. CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
8. KAREL, D. 2013. *Psychologické aspekty asistované reprodukce*. Disertační práce. Praha: Karlova univerzita. 270 s., 448 l. Vedoucí práce: Lenka Šulová.
9. KONEČNÁ, H. 2009. *Na cestě za dítětem*. Praha: Galén. 296 s. ISBN 978-80-7262-591-8.
10. KONEČNÁ, H. 2008. *Reprodukční zdraví*. Praha: Galén. 40 s. ISBN 978-80-7262-395-2.
11. KUŘE, J. et al. 2010. *Kapitoly z lékařské etiky*. Brno: Masarykova univerzita. 144 s. ISBN 978-80-210-5951-1.
12. MATĚJŮ, I., WEISS, P., URBÁNEK, V. 2005. *Psychologické důsledky neplodnosti*. Československá psychologie. Ročník 49, č. 3, s. 250-260. ISSN 0009-062X.
13. OSTRÓ, A. 2009. *Reprodukční medicína - současnost a perspektivy*. Olomouc: Nakladatelství Olomouc. 287 s. ISBN 978-80-7182-278-3.
14. PILKA, R. 2011. *Gynecology*. Olomouc: Palacky University Olomouc. 225 s. ISBN 978-80-244-2686-0.

15. ROB, L. et al. 2008. *Gynekologie*. Praha: Galén. 299 s. ISBN 978-80-7262-501-7.
16. ROTTER, H. 1999. *Důstojnost lidského života*. Praha: Vyšehrad. 107 s. ISBN 80-7021-302-7.
17. ROZTOČIL, A. 2001. *Porodnictví*. 2. vydání. Brno: IDVPZ. 333 s. ISBN 80-7013-339-2.
18. ŘEŽÁBEK, K. 2002. *Léčba neplodnosti*. Praha: Grada. 101 s. ISBN 80-247-0187-1.
19. SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. Praha: Portál, 2001. 173 s. ISBN 80-7178-559-8.
20. STRUSKOVÁ, O., NOVOTNÁ, J. 2003. *Metody Ludmily Mojžíšové*. Praha: Ivo Železný. 163 s. ISBN 80-237-3771-6.
21. ŠTĚPÁN, J. 1989. *Právo a moderní lékařství*. Praha: Panorama. 347 s. ISBN 80-7038-068-3.
22. ŠULOVÁ, L et al. 2011. *Výchova k reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf. 439 s. ISBN 978-80-7345-238-4.
23. TREWINNARD, K. 2006. *Jak přirozeně otěhotnět*. Brno: Computer Press. 174 s. ISBN 80-251-0764-7.
24. ULČOVÁ-GALLOVÁ, Z. 2006. *Neplodnost – útok imunity*. Praha: Grada. 141 s. ISBN 80-247-1493-0.
25. VENTRUBA, P. et al. 2013. *Průvodce léčbou poruch plodnosti. Informační příručka programu asistované reprodukce*. Brno: Gynekologicko-porodnická klinika Lékařské fakulty Masarykovy univerzity a FN v Brně. 29 s. ISBN 978-80-904002-9-0.

b) Elektronické zdroje

1. *Adopce.com* [online]. 2010 [cit. 2013-12-10]. Dostupné z URL: <<http://www.adopce.com/informace>>.
2. *Fertility Europe.eu* [online]. 2011 [cit. 2014-03-15]. Dostupné z URL: <<http://www.fertilityeurope.eu>>.
3. *Františkovy lázně* [online]. 2013 [cit. 2014-01-10]. Dostupné z URL: <<http://www.frantiskovylazne.cz>>.
4. *Informační centrum bezpečnosti potravin* [online]. 2012 [cit. 2013-12-11]. Dostupné z URL: <<http://www.bezpecnostpotravin.cz>>.
5. *IVF Worldwide* [online]. 2012 [cit. 2014-03-10]. Dostupné z URL: <<http://www.ivf-worldwide.com>>.
6. *Léčba neplodnosti* [online]. 2010 [cit. 2014-01-11]. Dostupné z URL: <<http://www.naturecare.cz/fertilita>>.
7. MATĚJŮ, P. *Antikoncepce pro mladé je zvěrstvo* [online]. 15. 8. 2011 [cit. 2013-12-11]. Dostupné z URL: <<http://ona.idnes.cz/antikoncepce-pro-mladistve-je-zverstvo>>.
8. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 21. 2. 2013 [cit. 2014-01-10]. Dostupné z URL: <<http://www.mpsv.cz>>.
9. Petr, P. *IBM SPSS Statistics 19. Stručný návod k ovládní* [online]. 12. 3. 2012 [cit. 2014-03-10]. Dostupné z URL: <http://dspace.upce.cz/bitstream/10195/42661/1/PetrP_IBM_Statistics_2012.pdf>.
10. ŘEŽÁBEK, K. *Asistovaná reprodukce v České republice 2010: ročenka Národního registru asistované reprodukce* [online]. 2013 [cit. 2014-02-02]. Dostupné z URL: <<http://www.uzis.cz/category/edice>>.
11. RÝDLOVÁ J. *Češi fandí asistované reprodukci, ale chybí jim znalosti* [online]. 19. 5. 2009 [cit. 2014-02-10]. Dostupné z URL: <<http://www.stopneplodnosti.cz>>.
12. *Římskokatolická farnost Hrotovice* [online]. 2011 [cit. 2013-11-09]. Dostupné z URL: <<http://www.farnosthrotovice.cz>>.
13. SLIMÁKOVÁ, M. *Neplodnost a výživa* [online]. 15. 11. 2011 [cit. 2013-12-11]. Dostupné z URL: <<http://www.celostnimedcina.cz>>.
14. ŠIMŮNKOVÁ, M. *Otázky poruch plodnosti a jejich léčby* [online]. 2011 [cit. 2014-03-10]. Dostupné z URL: <<http://www.tribune.cz>>.

15. *Ústav o péči o matku a dítě* [online]. 15. 10. 2013 [cit. 2014-02-10]. Dostupné z URL: <<http://www.upmd.cz>>.
16. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2010 – 2014 [cit. 2014-03-10]. Dostupné z URL: <<http://www.uzis.cz>>.
17. *Zákony pro lidi* [online]. 2010 – 2014 [cit. 2014-02-10]. Dostupné z URL: <<http://www.zakonyprolidi.cz>>.
18. Zákon ze dne 6. 11.2011 *O specifických zdravotních službách* [online]. 8. 12. 2011 [cit. 2013-12-11]. Dostupné z URL: <<http://www.epravo.cz>>.
19. *Zdravnet.cz* [online]. 2008 [cit. 2014-02-10]. Dostupné z URL: <<http://www.zdravnet.cz/alternativnimedicina/fytoterapie>>.
20. ZELENÁ, M. *Rehabilitační cvičení dle Ludmily Mojžíšové* [online]. 2002 - 2009 [cit. 2014-01-10]. Dostupné z URL: <<http://www.cvicime.cz>>.

Seznam tabulek a grafů

a) Seznam tabulek

| | | |
|---------------|--|----|
| Tabulka č. 1 | Ovlivňuje zdravý životní styl plodnost ženy? | 50 |
| Tabulka č. 2 | Mohou při problémech s otěhotněním pomoci některé z uvedených alternativních metod? | 51 |
| Tabulka č. 3 | Smiřují se, dle Vašeho názoru s bezdětností lépe ženy s vyšším stupněm vzdělání? | 53 |
| Tabulka č. 4 | Domníváte se, že mateřství ovlivňuje kariérní postup ženy? | 53 |
| Tabulka č. 5 | Je vhodné, aby podstoupila asistovanou reprodukci žena, trpící vážnou chorobou?..... | 54 |
| Tabulka č. 6 | Je správné, aby byla asistovaná reprodukce plně hrazena ze zdravotního pojištění? | 55 |
| Tabulka č. 7 | Souhlasíte, aby byla asistovaná reprodukce dostupná pouze ženám v reprodukčním věku? | 55 |
| Tabulka č. 8 | Mělo by se o problému asistované reprodukce mluvit již s dospívajícími dívkami v rámci výchovy ke zdraví?..... | 56 |
| Tabulka č. 9 | Má podle Vás používání hormonální antikoncepce vliv na pozdější problémy s otěhotněním? | 57 |
| Tabulka č. 10 | Kde hledají ženy informace o možnosti řešení neplodnosti? | 58 |
| Tabulka č. 11 | Myslíte si, že je laická veřejnost dostatečně informována o problematice asistované reprodukce? | 59 |
| Tabulka č. 12 | Jaký máte názor na redukci embryí při vícečetném těhotenství? | 60 |
| Tabulka č. 13 | Souvisí provádění umělého oplodnění s vyšším výskytem narozených dvojčat v populaci? | 61 |
| Tabulka č. 14 | Souhlasíte s možností, aby neplodnému páru donosila a porodila dítě náhradní matka? | 62 |

| | | |
|---------------|--|----|
| Tabulka č. 15 | Bude žena, podstupující asistovanou reprodukci přístupovat stejně k dítěti z darovaného vajíčka, jako k dítěti z vajíčka vlastního? | 63 |
| Tabulka č. 16 | Myslíte si, že pokud dítě porodí náhradní matka, vytvoří si k němu neplodná žena stejné citové pouto, jako kdyby dítě porodila sama? | 64 |
| Tabulka č. 17 | Od jaké doby po oplodnění můžeme dle Vašeho názoru mluvit o dítěti? | 65 |
| Tabulka č. 18 | Měla jste vy sama problémy s otěhotněním? | 66 |
| Tabulka č. 19 | Pokud byste nemohla otěhotnět, zvolila byste některou z uvedených forem náhradní rodinné péče? | 67 |
| Tabulka č. 20 | Kolik máte dětí? | 68 |
| Tabulka č. 21 | Jaký je váš věk? | 69 |
| Tabulka č. 22 | Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? | 70 |
| Tabulka č. 23 | Jak dlouho pracujete v oboru? | 70 |
| Tabulka č. 24 | Jste věřící? | 71 |

b) Seznam grafů

| | |
|--|----|
| Graf č. 1 Ovlivňuje zdravý životní styl plodnost ženy? | 50 |
| Graf č. 2 Mohou při problémech s otěhotněním pomoci některé z uvedených alternativních metod? | 52 |
| Graf č. 3 Mělo by se o problému asistované reprodukce mluvit již s dospívajícími dívkami v rámci výchovy ke zdraví? | 56 |
| Graf č. 4 Má podle Vás používání hormonální antikoncepce vliv na pozdější problémy s otěhotněním? | 57 |
| Graf č. 5 Jaký máte názor na redukci embryí při vícečetném těhotenství? | 60 |
| Graf č. 6 Souhlasíte s možností, aby neplodnému páru donosila a porodila dítě náhradní matka? | 62 |
| Graf č. 7 Pokud byste nemohla otěhotnět, zvolila byste některou z uvedených forem náhradní rodinné péče? | 67 |
| Graf č. 8 Jaký je váš věk? | 69 |
| Graf č. 9 Jste věřící? | 71 |

Seznam příloh

- Příloha č. 1 **Dotazník**
- Příloha č. 2 **Platby za výkony centra asistované reprodukce**
- Příloha č. 3 **Zdravotnická statistika**
- Příloha č. 4 **Zákon o specifických zdravotních službách
č. 373/2011 ze dne 6. 11. 2011, novelizován 167/2012,
47/2013**
- Příloha č. 5 **Metoda Ludmily Mojžíšové – cviky**
- Příloha č. 6 **Statistické zpracování dat**

Dobrý den,

jmenuji se Radka Kachlíková a studuji na Pedagogické fakultě UP v Olomouci obor Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední a vyšší odborné školy.

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který bude součástí méj diplomové práce Bio-psycho-sociální aspekty asistované reprodukce.

U většiny otázek je možné vybrat pouze jednu odpověď, u otázek č. 2 a 10 můžete zakroužkovat více odpovědí, event. doplnit další možnost. Také u otázky č. 19 můžete zakroužkovat více odpovědí. U otázky číslo 23 označte prosím dosažené vzdělání i obor vzdělání.

Dotazník je anonymní a zjištěné údaje budou použity pouze pro potřeby této diplomové práce a nebudou poskytnuty dalším osobám. Děkuji Vám za ochotu a pomoc.

Bc. Radka Kachlíková v. r.

1. Ovlivňuje zdravý životní styl plodnost ženy?

- a) ano
- b) ne

2. Mohou při problémech s otěhotněním pomoci některé z uvedených alternativních metod?

- a) fytoterapie
- b) balneoterapie
- c) metoda dle Mojžíšové
- d) homeopatie
- e) akupunktura
- f) jiná metoda (doplňte).....
- g) žádná

- 3. Smiřují se, dle Vařeho názoru s bezdětností lépe řeny s vyšřím stupněm vzdělání?**
- a) ano
 - b) ne
- 4. Domníváte se, ře mateřství ovlivňuje kariérní postup řeny?**
- a) ano
 - b) ne
- 5. Je vhodné, aby podstoupila asistovanou reprodukci řena, trpící vážnou chorobou?**
- a) ano
 - b) ne
- 6. Je správné, aby byla asistovaná reprodukce plně hrazena ze zdravotního pojiřtění?**
- a) ano
 - b) ne
- 7. Souhlasíte s názorem, ře by měla být asistovaná reprodukce dostupná pouze řenám v reprodukčním věku?**
- a) ano
 - b) ne
- 8. Mělo by se o problému asistované reprodukce mluvit již s dospívajícími dıvkami v rámci výchovy ke zdraví?**
- a) ano
 - b) ne
- 9. Má podle Váš používání hormonální antikoncepce vliv na pozdějšı problémy s otěhotněním?**
- a) ano
 - b) ne

10. Kde hledají ženy informace o možnosti řešení neplodnosti?

- a) gynekolog
- b) internet
- c) odborná literatura
- d) centrum asistované reprodukce
- e) u známých
- f) jinde (doplňte).....

11. Myslíte si, že je laická veřejnost dostatečně informována o problematice asistované reprodukce?

- a) ano
- b) ne

12. Jaký máte názor na redukci embryí při vícečetném těhotenství?

- a) souhlasím
- b) nesouhlasím

13. Souvisí provádění umělého oplodnění s vyšším výskytem narozených dvojčat v populaci?

- a) ano
- b) ne

14. Souhlasíte s možností, aby neplodnému páru donosila a porodila dítě náhradní matka?

- a) ano
- b) ne

15. Bude žena, podstupující asistovanou reprodukci přistupovat stejně k dítěti z darovaného vajíčka, jako k dítěti z vajíčka vlastního?

- a) ano
- b) ne

16. Myslíte si, že pokud dítě porodí náhradní matka, vytvoří si k němu neplodná žena stejné citové pouto, jako kdyby dítě porodila sama?

- a) ano
- b) ne

17. Od jaké doby po oplodnění můžeme dle Vašeho názoru mluvit o dítěti? *Místo teček, doplňte číslo.*

- a)dny
- b)týdny
- c)měsíce

18. Měla jste vy sama problémy s otěhotněním? Pokud ano, uveďte dobu, než se Vám podařilo otěhotnět?

- a) ano.....
- b) ne

19. Pokud byste nemohla otěhotnět, zvolila byste některou z uvedených forem náhradní rodinné péče?

- a) osvojení
- b) mezinárodní osvojení
- c) pěstounská péče
- d) pěstounská péče na přechodnou dobu
- e) žádnou

20. Kolik máte dětí?

- a) jedno
- b) dvě
- c) tři a více

21. Jaký je váš věk?

- a) 25-35
- b) 36-46
- c) 47-57

22. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? *Vyberte prosím i obor vzdělání.*

- a) SŠ
 - 1 všeobecná sestra
 - 2 porodní asistentka (event. ženská sestra)
- b) VOŠ
 - 1 všeobecná sestra
 - 2 porodní asistentka
- c) VŠ
 - 1 všeobecná sestra
 - 2 porodní asistentka

23. Jak dlouho pracujete v oboru?

- a) 5 – 10 let
- b) 11 – 16 let
- c) 17 – 22 let
- d) 23 – 30 let

24. Jste věřící?

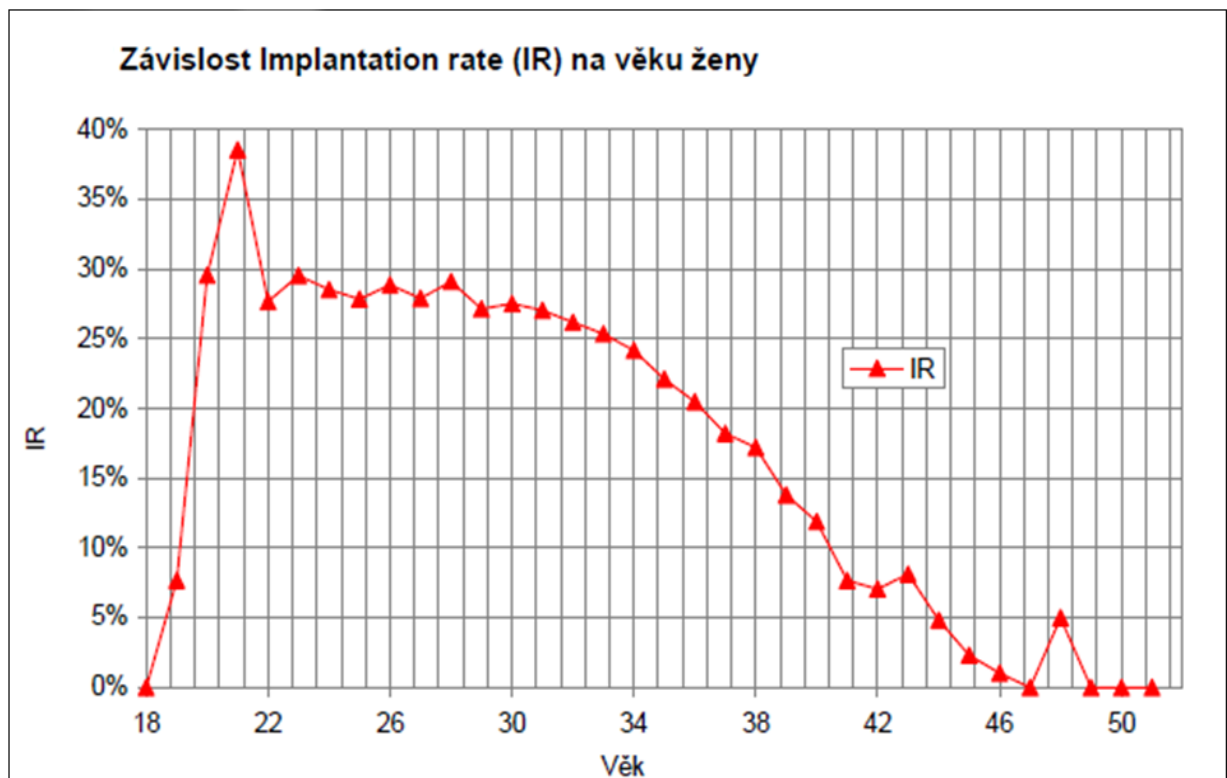
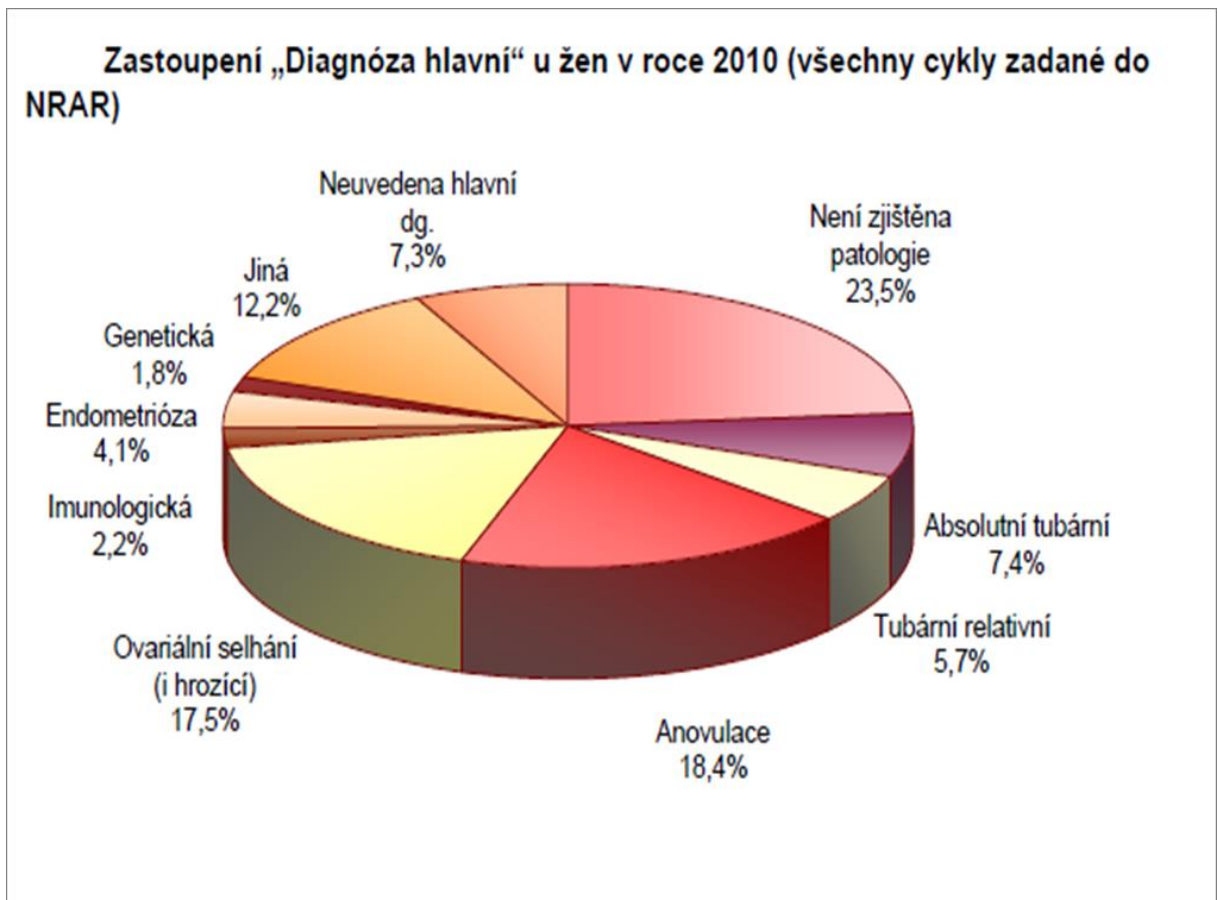
- a) ano
- b) ne

Děkuji za Váš čas, který jste tomuto dotazníku věnovaly. V případě Vašeho zájmu mne můžete kontaktovat, velice ráda se s Vámi podělím o výsledky práce.

*Výkony nehrazené pojišťovnou pro pacientky z České republiky a ze zemí
Evropské unie*

| název | cena [Kč] |
|--|------------------|
| 1. Cyklus pro samoplátce | 26 000,- |
| 2. Cyklus pro samoplátce – záloha | 13 660,- |
| 3. Cyklus pro samoplátce – doplatek | 12 340,- |
| 4. Cyklus pro samoplátce bez ET | 13 660,- |
| 5. Cyklus přerušný před punkcí | 990,- |
| 6. Cyklus přerušný po punkci | 7 950,- |
| ICSI (3-14 oocytů) | 7 000,- |
| 7. ICSI (1-2 oocyty) | 2 000,- |
| ICSI (15 a více oocytů) | 10 000,- |
| 8. AH | 3 000,- |
| 9. Prodloužená kultivace | 3 000,- |
| 10. Mražení embryí (+1 rok skladování) | 4 000,- |
| 11. Skladování embryí/spermií (každý započatý rok) | 1 500,- |
| 12. KET (rozmražení, transfer, katetr) | 5 000,- |
| 13. MESA, TESE | 15 000,- |
| 14. Preparace spermií a ICSI po MESA/TESE | 9 000,- |
| 15. Mražení spermií | 2 000,- |
| 16. Skladování materiálu po MESA/TESE (každý započatý rok) | 2 000,- |

| název | cena [Kč] |
|--|------------------|
| 17. Nativní cyklus IVF záloha | 7 000,- |
| 18. Nativní cyklus IVF doplatek | 7 000,- |
| 20. Dávka spermií dárce | 2 000,- |
| 21. Náhrada nákladů dárce spermií (2x) | 500,- |
| 22. Náhrada nákladů dárkyni oocytů | 20 000,- |
| 23. Příjemkyně darovaných oocytů (cyklus + léky + ICSI + PK + mražení) | 70 000,- |
| 24. Příjemkyně DE (jako bod 23. + dar. spermie) | 72 000,- |
| 25. Anestézie u nepojištěných pacientů | 1 200,- |
| 26. Provedení biopsie pro PGD | 15 000,- |
| 27. PGD – genetické vyšetření (Genia) | 8 000,- |
| 28. PICSI | 8 000,- |
| 29. Provedení spermioqramu a MAR test | 1 000,- |
| 30. IUI - intrauterinní inseminace | 1 300,- |
| 31. Embryo Glue – kultivační médium | 1 500,- |
| 32. Kontinuální monitoring vývoje embryí | 6 000,- |
| 33. Vitifikace embryí po jednom - cena za jednu slámku | 500,- |



Příloha č. 4 **Zákon o specifických zdravotních službách č. 373/2011
ze dne 6. 11. 2011, novelizován 167/2012, 47/2013**
(<http://www.zakonyprolidi.cz>, 2014)

Předpis č. 47/2013 Sb., kterým se mění zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění zákona č. 167/2012 Sb.

HLAVA II

ZDRAVOTNÍ SLUŽBY POSKYTOVANÉ ZA ZVLÁŠTNÍCH PODMÍNEK

Díl 1

Asistovaná reprodukce

§ 3

(1) Asistovanou reprodukcí se rozumí metody a postupy, při kterých dochází k odběru zárodečných buněk, k manipulaci s nimi, ke vzniku lidského embrya oplodněním vajíčka spermií mimo tělo ženy, k manipulaci s lidskými embryi, včetně jejich uchovávání, a to za účelem umělého oplodnění ženy

a) ze zdravotních důvodů při léčbě její neplodnosti nebo neplodnosti muže, jestliže

1. je málo pravděpodobné nebo zcela vyloučené, aby žena otěhotněla přirozeným způsobem nebo aby donosila životaschopný plod, a

2. jiné způsoby léčby její neplodnosti nebo neplodnosti muže nevedly nebo s vysokou mírou pravděpodobnosti nepovedou k jejímu otěhotnění, nebo

b) pokud jde o potřebu časného genetického vyšetření lidského embrya, je-li zdraví budoucího dítěte ohroženo z důvodu prokazatelného rizika přenosu geneticky podmíněných nemocí nebo vad, jejichž nositelem je tato žena nebo muž.

(2) Zárodečnými buňkami se pro účely asistované reprodukce rozumí vajíčka a spermie.

(3) Umělým oplodněním ženy se rozumí

a) zavedení spermií do pohlavních orgánů ženy, nebo

b) přenos lidského embrya vzniklého oplodněním vajíčka spermií mimo tělo ženy do pohlavních orgánů ženy.

(4) Pro umělé oplodnění ženy lze použít

a) vajíčka získaná od této ženy

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

c) zárodečné buňky darované jinou osobou, než která je uvedena v písmenech a, b (dále jen anonymní dárce); anonymním dárcem může být pouze žena, která dovršila věk 18 let a nepřekročila věk 35 let, nebo muž, který dovršil věk 18 let a nepřekročil věk 40 let.

(5) Zárodečné buňky a lidská embrya mohou být použita pouze pro umělé oplodnění. To neplatí, jde-li o lidská embrya nevyužitá pro umělé oplodnění, která lze použít pro výzkum na lidských kmenových embryonálních buňkách za podmínek a pro účely stanovené zákonem upravujícím výzkum na lidských kmenových embryonálních buňkách.

§ 4

Léčbu metodami asistované reprodukce může provádět pouze poskytovatel, kterému bylo uděleno oprávnění k poskytování zdravotních služeb v oboru reprodukční medicína.

§ 5

(1) Metody a postupy asistované reprodukce lze provádět, jestliže byly splněny požadavky stanovené zákonem o lidských tkáních a buňkách.

(2) Použití metod a postupů asistované reprodukce není dovoleno pro účely volby pohlaví budoucího dítěte, s výjimkou případů, kdy použitím metod a postupů asistované reprodukce lze předejít vážným geneticky podmíněným nemocem s vazbou na pohlaví.

§ 6

(1) Umělé oplodnění lze provést ženě v jejím plodném věku, pokud její věk nepřekročil 49 let, a to na základě písemné žádosti ženy a muže, kteří tuto zdravotní službu hodlají podstoupit společně (dále jen neplodný pár). Žádost neplodného páru žádajícího o umělé

oplození nesmí být starší než 6 měsíců; je součástí zdravotnické dokumentace vedené o ženě.

(2) Umělé oplodnění nelze provést ženě, která má k muži, s nímž předložila žádost podle odstavce 1, příbuzenský vztah vylučující podle jiného právního předpisu uzavření manželství.

§ 7

(1) Záradečné buňky lze odebrat a použít pro metody a postupy asistované reprodukce, jestliže byla posouzena zdravotní způsobilost

a) u osob, kterým mají být zárodečné buňky odebrány, a

b) ženy, které má být umělé oplodnění provedeno (dále jen příjemkyně).

(2) Příjemkyně nesmí být osoba zbavená způsobilosti k právním úkonům nebo osoba s omezenou způsobilostí k právním úkonům tak, že není způsobilá posoudit poskytnutí zdravotních služeb, popřípadě důsledky jejich poskytnutí, nebo k rodičovské zodpovědnosti, a to i částečně. Příjemkyně nesmí být rovněž osoba umístěná v policejní cele, ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence.

(3) Anonymním dárcem nesmí být osoba

a) zbavená způsobilosti k právním úkonům nebo osoba s omezenou způsobilostí k právním úkonům tak, že není způsobilá posoudit poskytnutí zdravotních služeb, popřípadě důsledky jejich poskytnutí,

b) umístěná v policejní cele, ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence,

c) které byla nařízena izolace, karanténa nebo je ve výkonu lůžkového ochranného léčení, nebo

d) hospitalizovaná bez souhlasu.

§ 8

(1) Před zahájením metod a postupů asistované reprodukce je poskytovatel povinen podat neplodnému páru informaci o povaze navrhovaných metod a postupů, jejich trvalých následcích a možných rizicích a o způsobu, jakým může být naloženo s nadbytečnými lidskými embryi, včetně předpokládané výše finančních nákladů na jejich uskladnění a dobu jejich uskladnění. Neplodný pár může požadovat, aby při podání informace byl přítomen svědek podle jeho výběru. Záznam o podání informace podepíše neplodný pár, ošetřující lékař, popřípadě svědek; záznam je součástí zdravotnické dokumentace vedené o příjemkyni.

(2) Na základě informace podle odstavce 1 neplodný pár udělí písemný souhlas s provedením asistované reprodukce; písemný souhlas musí být opakovaně udělen před každým provedením umělého oplodnění. Souhlas je součástí zdravotnické dokumentace vedené o příjemkyni.

(3) Jednotlivé výkony asistované reprodukce lze příjemkyni provést, jestliže před jejich započítáním k nim udělila souhlas. Udělení souhlasu zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o příjemkyni ošetřující lékař, který záznam podepíše; záznam rovněž podepíše příjemkyně.

§ 9

(1) Pokud při umělém oplodnění příjemkyně nebyla použita všechna lidská embrya vytvořená ve prospěch neplodného páru, lze je uchovat a použít pro další umělé oplodnění této příjemkyně. To neplatí, jestliže neplodný pár písemně prohlásí, že tato embrya nehodlá použít pro své další umělé oplodnění a zároveň udělí souhlas s jejich použitím pro jiný anonymní neplodný pár, nebo udělí souhlas s použitím nadbytečných embryí k výzkumu podle zákona o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách nebo s jejich likvidací. Prohlášení může neplodný pár kdykoliv odvolat; to neplatí, pokud byla lidská embrya použita u jiného neplodného páru nebo v souladu s prohlášením zlikvidována. Lidské embryo vzniklé na základě vajíčka příjemkyně nebo spermie muže z neplodného páru lze použít pro umělé oplodnění jiné příjemkyně, pokud byla posouzena zdravotní způsobilost neplodného páru v rozsahu stanoveném pro anonymní dárce.

(2) Pokud lidská embrya nebyla použita nebo neplodný pár neučinil písemné prohlášení o jejich likvidaci podle odstavce 1, může poskytovatel po 10 letech uchovávání těchto embryí opakovaně prokazatelně písemně vyzvat neplodný pár o vyjádření k dalšímu uchovávání těchto embryí, včetně udělení souhlasu s jejich zlikvidováním. Pokud neplodný pár nereaguje na opakovanou prokazatelně zaslou písemnou výzvu poskytovatele, lze i bez vyjádření neplodného páru lidská embrya zlikvidovat.

(3) Opakovanou písemnou výzvou podle odstavce 2 se rozumí její prokazatelné zaslání prostřednictvím provozovatele poštovních služeb na adresu neplodného páru, která je poskytovateli známa, a to nejméně dvakrát s časovým odstupem nejméně 60 dnů. Lhůta pro vyjádření neplodného páru na základě druhé výzvy činí 30 dnů ode dne jejího doručení.

(4) Výzva je doručena dnem, kdy si ji adresát převezme, jinak se považuje za doručenu uplynutím lhůty 10 dnů ode dne oznámení o jejím uložení u provozovatele poštovních služeb. Jestliže je výzva s ohledem na změnu adresy neplodného páru nedoručitelná nebo bylo odmítnuto její převzetí, považuje se výzva za doručenu dnem jejího vrácení poskytovateli. Obdobně se postupuje, je-li výzva nedoručitelná jen jedné osobě z neplodného páru.

(5) Na základě písemného prohlášení podle odstavce 1 nebo písemného souhlasu učiněného na základě výzvy podle odstavce 2 poskytovatel zajistí likvidaci uchovaných zmrazených lidských embryí, a to za přítomnosti nejméně 2 zdravotnických pracovníků. Součástí zdravotnické dokumentace vedené o příjemkyni je písemné prohlášení nebo písemný souhlas, popřípadě doručenka nebo jiný dokument osvědčující prokazatelné odeslání písemné výzvy neplodnému páru, a záznam o zlikvidování lidských embryí; záznam podepíše zdravotničtí pracovníci, kteří byli likvidaci lidských embryí přítomni.

§ 10

(1) Poskytovatel, který je oprávněn provádět metody a postupy asistované reprodukce, je povinen zajistit zachování vzájemné anonymity anonymního dárce a neplodného páru a anonymity anonymního dárce a dítěte narozeného z asistované reprodukce.

(2) Poskytovatel, který provedl posouzení zdravotní způsobilosti anonymního dárce a ženy nebo muže z neplodného páru, je povinen údaje o jejich zdravotním stavu potřebné

pro umělé oplodnění předat poskytovateli, který provádí umělé oplodnění; tento poskytovatel je povinen údaje o zdravotním stavu anonymního dárce uchovat po dobu 30 let od provedení umělého oplodnění a na základě písemné žádosti předat neplodnému páru nebo zletilé osobě narozené z asistované reprodukce informaci o zdravotním stavu anonymního dárce.

§ 11

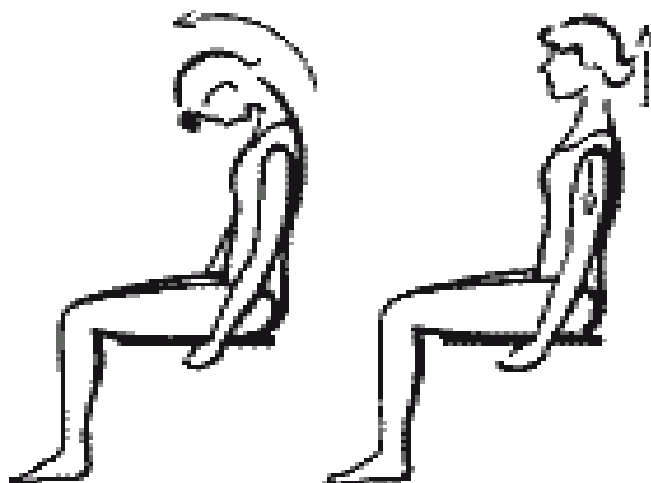
Za odběr zárodečných buněk nevzniká osobě, které byly odebrány, nárok na finanční ani jinou úhradu. Poskytovatel, který odběr provedl, hradí anonymnímu dárci na základě jeho žádosti účelně, hospodárně a prokazatelně vynaložené výdaje spojené s darováním zárodečných buněk. Jejich náhradu může požadovat na příjemkyni, které má být provedeno umělé oplodnění, nebo na poskytovateli, kterému byly zárodečné buňky nebo lidská embrya k provedení asistované reprodukce předány. Poskytovatel, který převzal zárodečné buňky nebo lidská embrya k provedení asistované reprodukce a který uhradil výdaje podle věty druhé, může náhradu těchto výdajů požadovat na příjemkyni, které má být provedeno umělé oplodnění.

Příloha č. 5 **Metoda Ludmily Mojžíšové – cviky**
(<http://www.cvicime.cz>, 2009)

Uvedená sestava zahrnuje cviky z neznámější sestavy paní Mojžíšové - cvičení umožňující otěhotnění. Tato sestava je komplexnější a lépe zahrnuje procvičení celého těla.

Procvičení oblasti krční, hrudní a bederní páteře

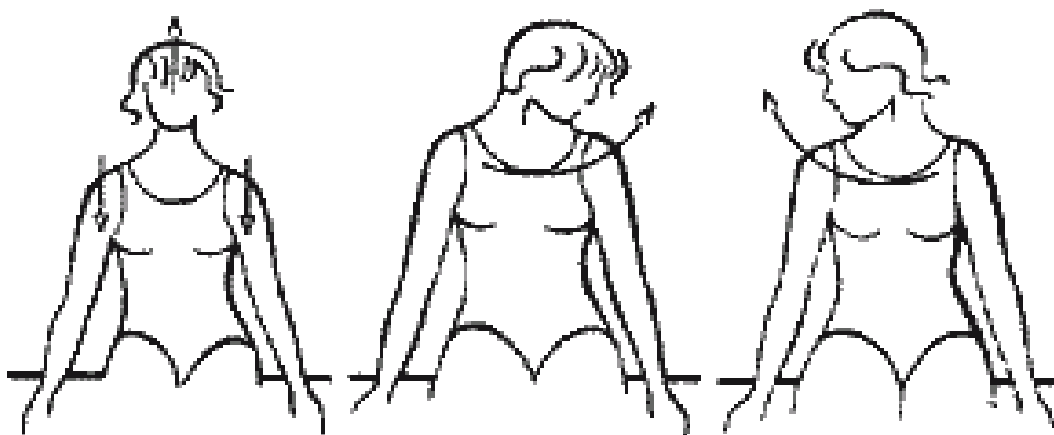
1. V sedu na židli. Vytáhnout hlavu vzhůru, ramena stáhnout dozadu a dolů. Uvolněně maximální předklon hlavy a vzpřim. (Uvolnění a protažení krční páteře a šíjového svalstva).



2. V sedu na židli. Vytáhnout hlavu vzhůru, ramena stáhnout dozadu a dolů. Co největší úklony hlavy vpravo a vlevo. (Uvolnění a protažení krční páteře a šíjového svalstva).



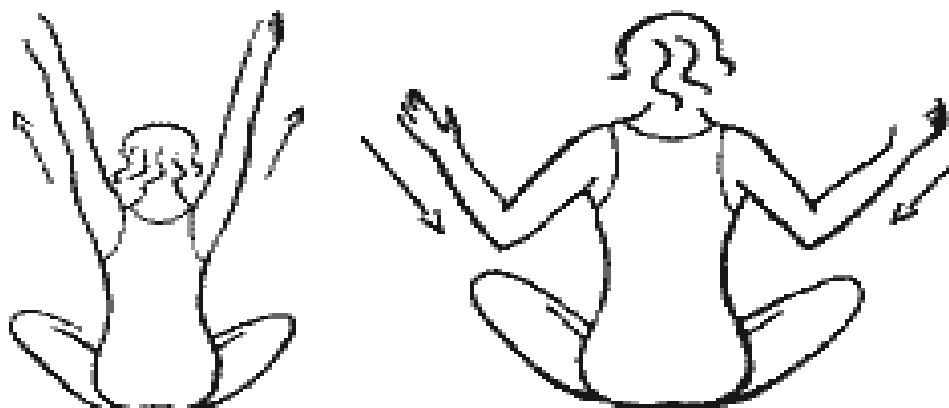
3. V sedu na židli. Vytáhnout hlavu vzhůru, ramena stáhnout dozadu a dolů. Předklonem hlavy otáčet vpravo a vlevo. (Uvolnění a protažení krční páteře a šíjového svalstva).



4. V sedu na židli. Kroužení rameny vpřed a vzad. (Uvolnění ramenního kloubu).



5. V sedu křížmo. Ze vzpažení skrčit upažmo dolů, zatlačit lopatky vzad a dolů. Zatlačit do loktů ("svícen"). Ruce v úrovni ramen, lokty tlačit vzad. Při vzpažení vdech, při skrčení dolů upažmo výdech. (Posílení pletence ramenního).



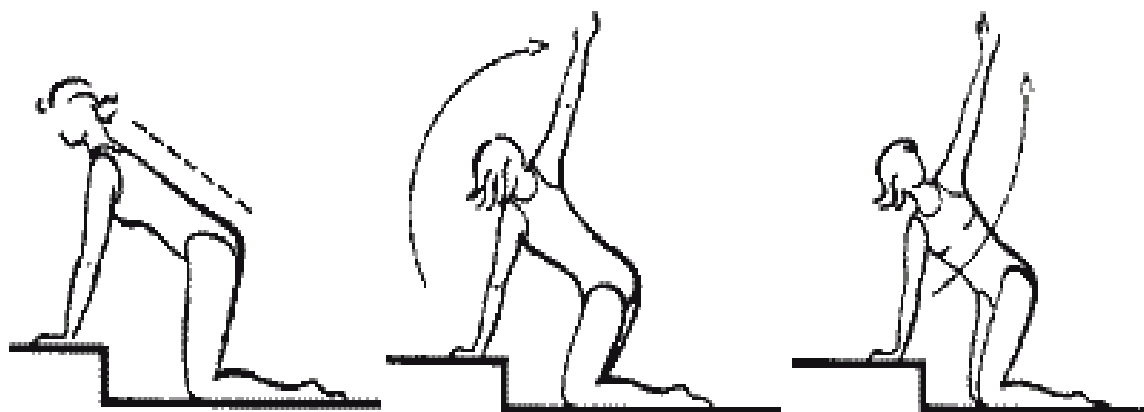
6. V sedu na židli, pokrčit vzpažmo, předloktí dovnitř, ruce spojeny dlaněmi. Táhnout dlaněmi od sebe a napínat prsní svaly. Poloha paží určuje napětí v různých místech žeber. (Posílení prsních svalů).



7. Vzpor klečmo, ruce opřeny o stoličku ve výši asi 30 cm. Zvolna "vyhrbit" bederní páteř, zvolna prohnout. Při tomto cviku dbát, abychom procvičovali převážně dolní oblast páteře. (Uvolnění beder).



8. Vzpor klečmo, ruce opřeny o stoličku (viz cvik 7). Otáčet trup a střídavě upažovat pravou, levou. (Rotační protažení bederní páteře).



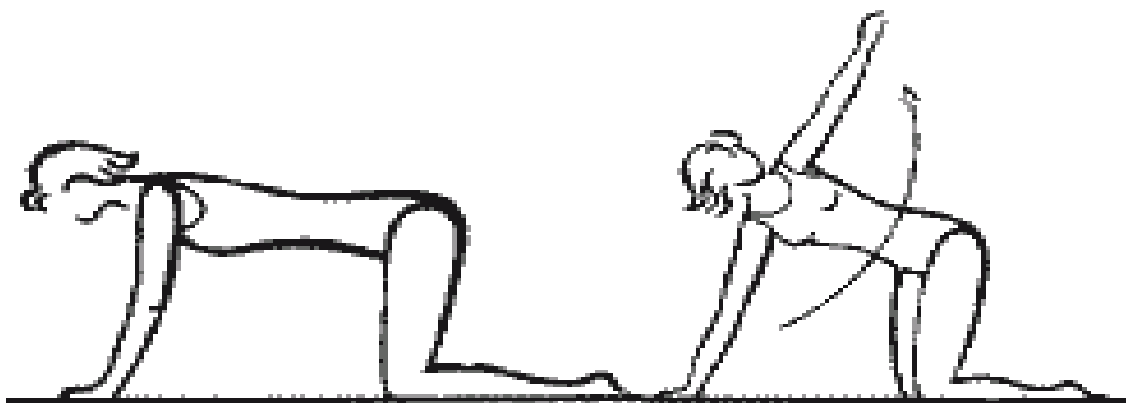
9. Vzpor klečmo, ruce opřeny o stoličku. Úklony stranou v oblasti bederní páteře, pohyb bérců proti hlavě. (Uvolnění a protažení v oblasti bederní páteře).



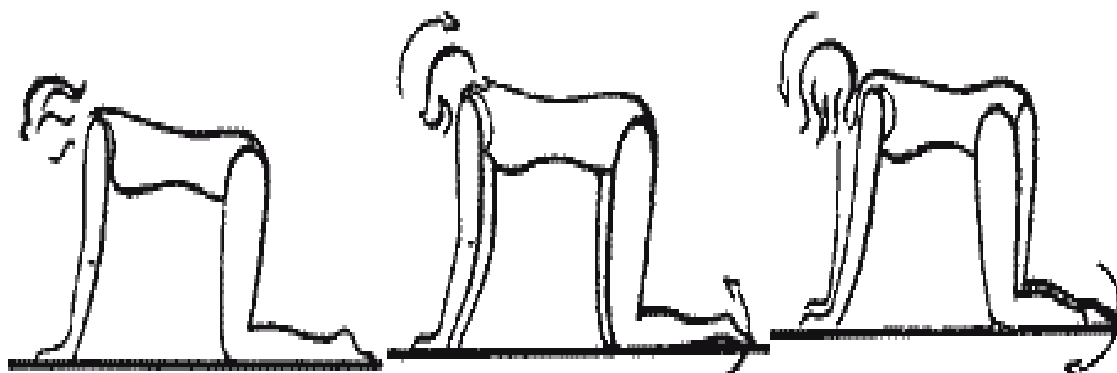
10. Vzpor klečmo. Zvolna vyhrbit bederní páteř, zvolna prohnut. Důležitý je pohyb hlavou: při prohnutí jde hlava vzhůru. (Uvolnění a protažení v oblasti hrudní a horní části bederní páteře).



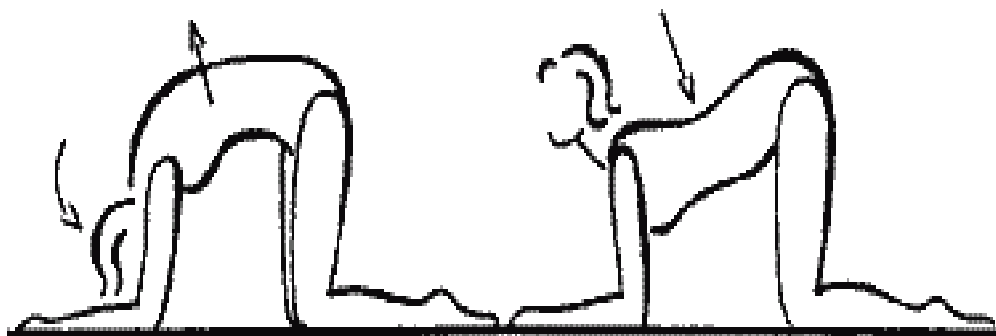
11. Vzpor klečmo. Otáčet trup a střídavě upažovat pravou, levou. (Protažení do otočení v oblasti dolní části hrudní a horní části bederní páteře).



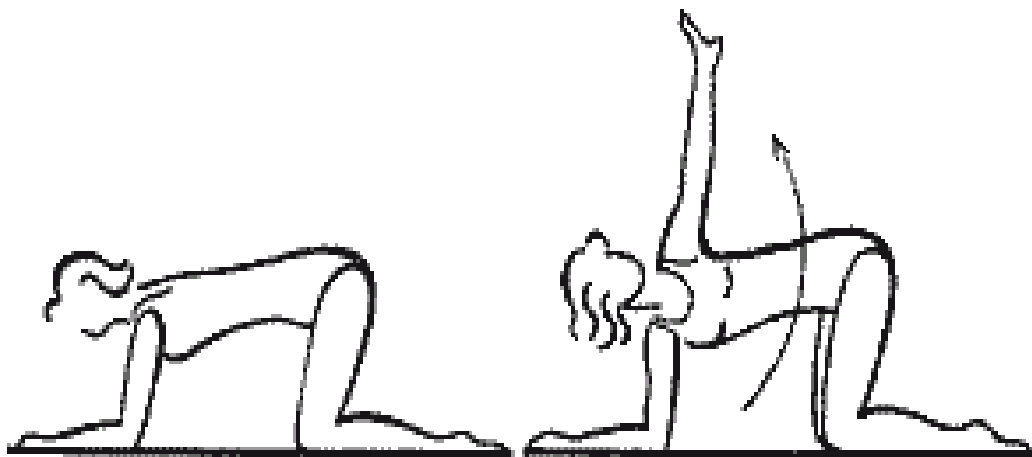
12. Vzor klečmo. Úklony (stranou), pohyb bérců proti hlavě. (Protažení v oblasti dolní části hrudní a horní části bederní páteře).



13. Podpor klečmo na předloktích. Střídavě vyhrbit a prohnut horní části hrudní páteře. Pohyb hlavy je rovněž důležitý, viz cvik 10. (Uvolnění a protažení v oblasti horní části hrudní páteře).



14. Podpor klečmo na předloktích. Otáčet trup a střídavě upažovat pravou a levou. (Protažení do otočení v oblasti horní části hrudní páteře).



15. Podpor klečmo na předloktích. Úklony (stranou) v oblasti horní části hrudní páteře, pohyb bérců proti hlavě. (Protažení v oblasti horní části hrudní páteře).



16. Leh na zádech skrčmo přednožmo, rukama přidržovat kolena. Přitáhnout kolena k hrudníku, hlavu a hrudník nezvedat. Pak stáhnout hýždě a tlačit kolena do dlaní. (Uvolnění beder a křížokyčelního skloubení).



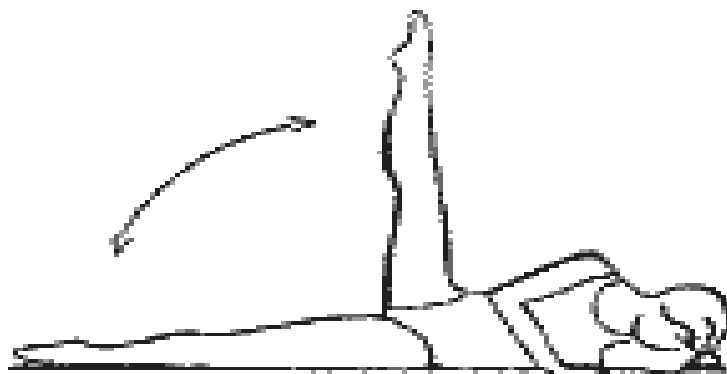
17. Leh na zádech. Vzpažit, vytahovat trup do délky (paže a nohy opačným směrem) a snažit se vyrovnat všechna zakřivení páteře. (Uvolnění oblasti celé páteře).



18. Leh na zádech pokrčit a roznožit kolena. Střídavě pokládat kolena v ose kyčle vlevo a vpravo. (Uvolnění v oblasti křížokyčelního skloubení).



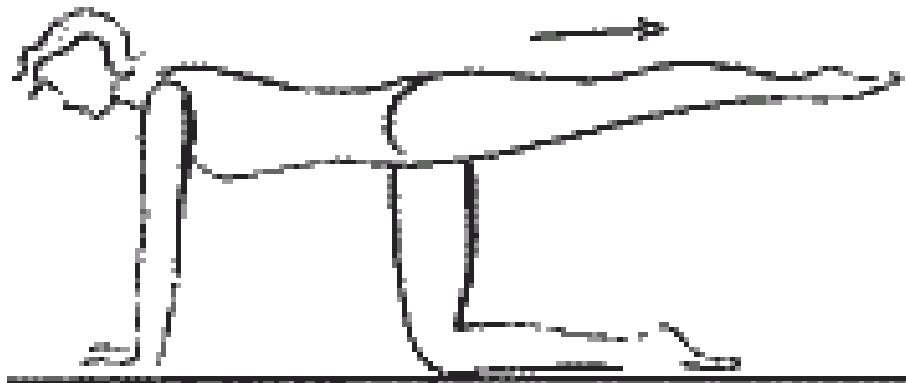
19. Leh na levém boku, unožovat pravou. Střídat leh na pravém a levém boku. (Uvolnění vazů mezi pánví a křížovou kostí).



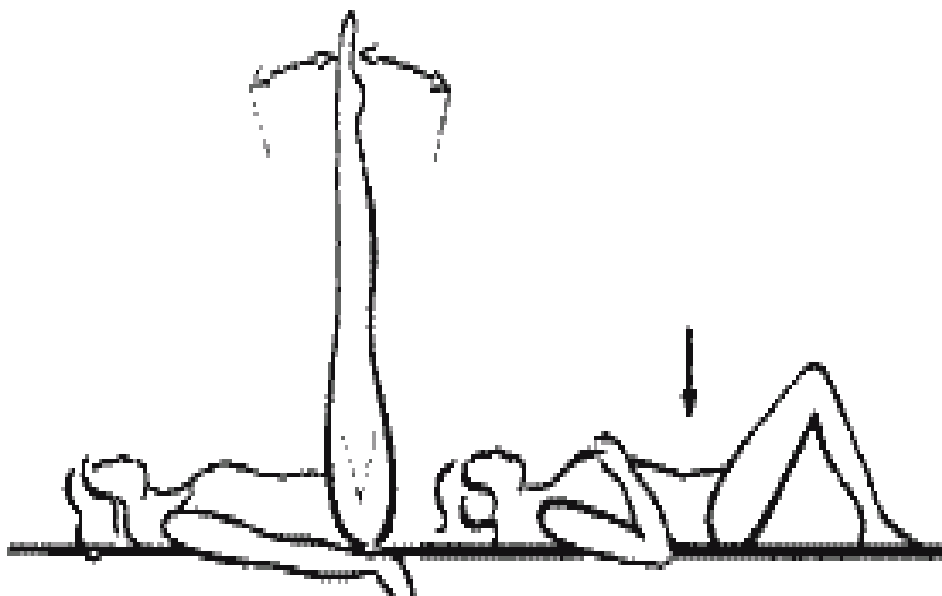
20. Leh na bříše, levou dolní končetinu pokrčit, pánev přitisknout k podložce. Levé koleno přitáhnout co nejvíce vzhůru, případně přitáhnout rukou - do skrčení únožmo. Střídáme skrčení únožmo levou a pravou. (Uvolnění v oblasti křížokyčelního skloubení, protažení svalů podél páteře, protažení přitahovačů stehna).



21. Vzpěr klečmo. Zanožit levou, protáhnout do dálky s výdrží asi 6 vteřin. Hlavu nezvedat, je v poloze prodloužení trupu. (Posílení v oblasti bederní páteře a hýžd'ových svalů).



22. Leh na zádech. Přednožit, nohama kmitat vzhůru a dolů v rozsahu asi 15 stupňů po dobu asi deseti vteřin. V druhé fázi následuje leh skrčmo, dvakrát hluboký nádech a výdech. (Posílení břišních svalů).



Získaná data byla zpracována programem SPSS v20 sloužící ke statistickému zpracování dat. Program SPSS v 20 slouží jako statistický pomocník při vyhodnocování a zkoumání kvantitativních dat. Zkoumá větší množství dat, jejichž zpracování by bez použití programu zabralo nesrovnatelně více času.

Hypotéza č. 1 – Respondentky, pracující s neplodnými ženami déle než 15 let, souhlasí s možností využití pomoci „náhradní matky“ častěji než respondentky, pracující s neplodnými kratší dobu.

Kontingenční tabulka č. 1

Chí-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|---------------------------|--------------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chí-Square | 0,096^a | 1 | 0,757 | | |
| Continuity Correction b | 0,000 | 1 | 1,000 | | |
| Likelihood Ratio | 0,097 | 1 | 0,756 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | 1,000 | 0,506 |
| N of Valid Cases | 60 | | | | |

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,50.

Protože vypočítaná hodnota $\chi^2 = 0,096$ a odpovídající $p = 0,757$ ($p > 0,05$), nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu a tvrdíme, že délka práce s neplodnými ženami neovlivňuje souhlas s možností využití pomoci „náhradní matky“, tj. hypotézu 1 zamítáme.

Hypotéza č. 2 – Respondentky s vyšším vzděláním zastávají názor, že zdravý životní styl a užívání antikoncepce má významný vliv na možnost otěhotnění častěji než respondentky se vzděláním středoškolským.

Hypotéza se týká tvrzení, kterým jsou věnované dvě samostatné otázky, proto je každá část testovaná samostatně. Aby byly splněny předpoklady, uvažujeme dvě kategorie vzdělání pouze SŠ a VŠ.

Kontingenční tabulka č. 2

Chí-Square Tests Životní styl

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|---------------------------|--------------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chí-Square | 2,629^a | 1 | 0,105 | | |
| Continuity Correction b | 1,541 | 1 | 0,214 | | |
| Likelihood Ratio | 2,720 | 1 | 0,099 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | 0,140 | 0,107 |
| N of Valid Cases | 60 | | | | |

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,87.

Kontingenční tabulka č. 2**Chi-Square Tests****Antikoncepce**

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|----------------------------|--------------------------|----|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Pearson Chi-Square | 3,458^a | 1 | 0,063 | | |
| Continuity Correction b | 2,556 | 1 | 0,110 | | |
| Likelihood Ratio | 3,500 | 1 | 0,061 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | 0,074 | 0,054 |
| N of Valid Cases | 60 | | | | |

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,57.

V obou případech potvrzujeme nulovou hypotézu ($p > 0,05$) a tedy zamítáme hypotézu 2.

Hypotéza č. 3 – Věřící respondentky by při nemožnosti otěhotnět volily některou z forem náhradní rodinné péče častěji oproti respondentkám nevěřícím, které by zůstaly bezdětné.

K testování jsou využívány odpovědi na otázku, která připouštěla více možných odpovědí, proto je prováděno testování pro každou možnost samostatně.

Kontingenční tabulka č. 3a**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|----------------------------|---------------------------|----|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Pearson Chi-Square | 13,039^a | 1 | 0,000 | | |
| Continuity Correction b | 11,201 | 1 | 0,001 | | |
| Likelihood Ratio | 13,945 | 1 | 0,000 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | 0,000 | 0,000 |
| N of Valid Cases | 60 | | | | |

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,83.

Kontingenční tabulka č. 3b**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|----------------------------|--------------------|----|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Pearson Chi-Square | 3,770 ^a | 1 | 0,052 | | |
| Continuity Correction b | 2,428 | 1 | 0,119 | | |
| Likelihood Ratio | 3,817 | 1 | 0,051 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | 0,067 | 0,060 |
| N of Valid Cases | 60 | | | | |

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,47.

Kontingenční tabulka č. 3c**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|----------------------------|---------------------|----|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Pearson Chi-Square | 13,846 ^a | 1 | 0,000 | | |
| Continuity Correction b | 11,264 | 1 | 0,001 | | |
| Likelihood Ratio | 17,183 | 1 | 0,000 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | 0,000 | 0,000 |

| | | | | | |
|------------------|----|--|--|--|--|
| N of Valid Cases | 60 | | | | |
|------------------|----|--|--|--|--|

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,90.

Kontingenční tabulka č. 3d

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|----------------------------|---------------------------|----|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Pearson Chi-Square | 13,039^a | 1 | 0,000 | | |
| Continuity Correction b | 11,201 | 1 | 0,001 | | |
| Likelihood Ratio | 13,945 | 1 | 0,000 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | 0,000 | 0,000 |
| N of Valid Cases | 60 | | | | |

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,83.

Při posuzování každé možnosti samostatně zjistíme, že statisticky významný rozdíl je u odpovědí *a* a *d*, přitom možnosti *a*, *b* a *c* preferují věřící respondentky, možnost *d* preferují respondentky, které na otázku víry uváděly negativní odpověď.

Hypotéza č. 4 – Respondentky mladšího věku se častěji přiklání k názoru, že při problémech s otěhotněním mohou pomoci alternativní metody než respondentky starší, které spíše důvěřují klasické medicíně.

Respondentky jsou zařazeny do dvou věkových kategorií ≤ 35 let a > 35 let (nutnost aby byly splněny předpoklady pro použití χ^2 testu), opět jsou jednotlivé možnosti (metody) testovány samostatně.

Kontingenční tabulka č. 4a

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|----------------------------|--------------------|----|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Pearson Chi-Square | 0,267 ^a | 1 | 0,606 | | |
| Continuity Correction b | 0,030 | 1 | 0,863 | | |
| Likelihood Ratio | 0,276 | 1 | 0,599 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | 0,740 | 0,444 |
| N of Valid Cases | 60 | | | | |

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,75.

Kontingenční tabulka č. 4b

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|----------------------------|--------|----|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Pearson Chi-Square | 2,216a | 1 | 0,137 | | |
| Continuity Correction b | 1,341 | 1 | 0,247 | | |
| Likelihood Ratio | 2,462 | 1 | 0,117 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | 0,192 | 0,121 |
| N of Valid Cases | 60 | | | | |

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,25.

Kontingenční tabulka č. 4c**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|----------------------------|--------------------|----|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Pearson Chi-Square | 0,928 ^a | 1 | 0,335 | | |
| Continuity Correction b | 0,334 | 1 | 0,563 | | |
| Likelihood Ratio | 0,871 | 1 | 0,351 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | 0,442 | 0,273 |
| N of Valid Cases | 60 | | | | |

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,75.

Kontingenční tabulka č. 4d**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|----------------------------|--------------------|----|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Pearson Chi-Square | 0,769 ^a | 1 | 0,380 | | |
| Continuity Correction b | 0,192 | 1 | 0,661 | | |
| Likelihood Ratio | 0,714 | 1 | 0,398 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | 0,400 | 0,315 |
| N of Valid Cases | 60 | | | | |

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,00.

Kontingenční tabulka č. 4e**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|----------------------------|--------------------|----|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Pearson Chi-Square | 2,222 ^a | 1 | 0,136 | | |
| Continuity Correction b | 0,988 | 1 | 0,320 | | |
| Likelihood Ratio | 1,954 | 1 | 0,162 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | 0,159 | 0,159 |
| N of Valid Cases | 60 | | | | |

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,50.

Kontingenční tabulka č. 4f**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|----------------------------|--------------------|----|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Pearson Chi-Square | 0,000 ^a | 1 | 1,000 | | |
| Continuity Correction b | 0,000 | 1 | 1,000 | | |
| Likelihood Ratio | 0,000 | 1 | 1,000 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | 1,000 | 0,650 |
| N of Valid Cases | 60 | | | | |

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,00.

K ověření hypotézy je využíván Fisherův test, ve všech případech je získaná hodnota $p > 0,05$, není rozdíl v názorech sledovaných skupin, hypotézu zamítáme.

Hypotéza č. 5 – Respondentky, které měly potíže s otěhotněním, se častěji přiklánějí k názoru informovat dospívající dívky o možnostech řešení neplodnosti než respondentky, které potíže s otěhotněním neměly.

Kontingenční tabulka č. 5

Chí-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|----------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chí-Square | 1,435 ^a | 1 | 0,231 | | |
| Continuity Correction b | 0,703 | 1 | 0,402 | | |
| Likelihood Ratio | 1,550 | 1 | 0,213 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | 0,299 | 0,204 |
| N of Valid Cases | 60 | | | | |

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,67.

Na základě použitého testu nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu, hypotézu 5 nepotvrzujeme.

Hypotéza č. 6 – Respondentky s vyšším stupněm vzdělání častěji souhlasí s redukcí embryí při vícečetném těhotenství než respondentky s nižším vzděláním.

Kontingenční tabulka č. 6

Chí-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|---------------------------|--------------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chí-Square | 1,018^a | 1 | 0,313 | | |
| Continuity Correction b | 0,535 | 1 | 0,465 | | |
| Likelihood Ratio | 1,020 | 1 | 0,312 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | 0,408 | 0,232 |
| N of Valid Cases | 60 | | | | |

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,18.

Nulovou hypotézu nemůžeme zamítnout ($p > 0,05$), tj. nepotvrdili jsme platnost hypotézy 6.

Jako u předcházejících hypotéz nejsou předpokládané závislosti potvrzeny, ale je potřeba si uvědomit malý rozsah vzorku, který však v praxi je velmi obtížné získat.

Anotace

| | |
|------------------------------------|---|
| Jméno a příjmení: | Bc. Radka Kachlíková |
| Katedra: | Antropologie a zdravotní vědy |
| Vedoucí práce: | PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D |
| Rok obhajoby: | 2014 |
| Název práce: | Problematika reprodukční medicíny z hlediska bio-psycho - sociálních aspektů |
| Název v angličtině: | Bio - psycho - social aspects of reproductive medicine |
| Anotace práce: | Diplomová práce podává stručný přehled o příčinách neplodnosti, diagnostice a možné léčbě, včetně alternativních možností. Dále pojednává o psychologických, etických a sociálních aspektech asistované reprodukce. Výsledky výzkumu shrnují poznatky a názory zdravotních sester a porodních asistentek pracujících s ženami, které prošly nebo procházejí léčbou neplodnosti. |
| Klíčová slova: | Neplodnost, asistovaná reprodukce, žena, dítě, mateřství, reprodukční medicína, léčba, náhradní rodinná péče, etika, psychologické aspekty. |
| Anotace v angličtině: | This diploma thesis summarizes the reasons of female infertility, its diagnostics, and curative options. It also addresses psychological, ethical, and social aspects of infertility. The research included in this thesis builds on the experienced staff of infertility clinic and summarizes its opinion on wide variety of infertility-related issues. |
| Klíčová slova v angličtině: | Infertility, assisted reproduction, woman, child, motherhood, reproductive medicine, treatment, foster care, ethics, psychological aspects. |
| Počet příloh: | 6 |
| Rozsah práce: | 114 stran |
| Jazyk práce: | čeština |