

Katedra antropologie a zdravotní PdF UP v Olomouci

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní

Diplomová práce

Bc. Lenka Ullrichová

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Kvalita života ženy po IVF

Olomouc 2016

vedoucí práce: Mgr. Eva Vachková, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí práce a uvedla jsem všechny použité informační zdroje a literaturu.

V Olomouci dne.....

Bc. Lenka Ullrichová.....

Poděkování

Především bych chtěla poděkovat vedoucí své diplomové práce, jíž byla Mgr. Eva Vachková, Ph.D., za trpělivost, ochotu a poskytnutí mnoha cenných rad. Poděkování patří i ženám, které se ochotně zúčastnily dotazníkového šetření a současně porodnicko – gynekologické klinice Fakultní nemocnice v Hradci Králové, která mě umožnila povést výzkumné šetření na svém pracovišti. Zvláštní poděkování patří mé rodině za jejich podporu.

1	Cíle práce	9
2	TEORETICKÉ POZNATKY	10
2.1	Kvalita života	10
2.1.1	Rozsah pojetí kvality života.....	10
2.1.2	Kvalita života ve vztahu ke zdraví.....	11
2.1.3	Přístupy k měření kvality života	12
2.2	Kvalita života s ohledem na životní změnu (neplodnost)	12
2.3	Kvalitativní výzkum.....	13
2.3.1	Metody pro měření kvality života použité v diplomové práci.....	13
2.3.1.1	SEIQoL.....	13
2.3.1.2	MGI	14
2.3.2	Přehled dosavadních výzkumů o kvalitě života ve spojitosti s asistovanou reprodukci	16
2.4	Neplodnost	18
2.4.1	Příčiny neplodnosti u ženy.....	18
2.4.2	Anatomie ženských pohlavních orgánů	19
2.4.3	Vyšetření při neplodnosti u ženy	21
2.4.4	Léčba neplodnosti ženy	23
2.4.4.1	Farmakoterapie	23
2.4.4.2	Chirurgické metody	24
2.5	Příčiny neplodnosti u muže.....	24
2.5.1	Anatomie mužských pohlavních orgánů.....	25
2.5.2	Vyšetření při neplodnosti u muže	26
2.5.3	Léčba neplodnosti muže	28
2.6	Asistovaná reprodukce	28
2.6.1	Metody asistované reprodukce	29
2.6.1.1	Inseminace	29
2.6.1.2	Mimotělní oplodnění (IVF)	29
2.6.2	Průběh in vitro fertilizace	31
2.6.3	Preimplantační genetická diagnostika	32
2.6.4	Komplikace léčby neplodnosti.....	33
2.6.4.1	Ovariální hyperstimulační syndrom	33
2.6.4.2	Poranění při odběru oocytů z ovaria.....	33
2.6.4.3	Mnohočetné těhotenství.....	34

2.6.4.4	Mimoděložní těhotenství	34
2.6.5	Dárcovství	34
2.6.5.1	Anonymita darování	35
2.6.5.2	Dárci	35
2.6.5.3	Dárkyně	35
2.6.6	Zákony a léčba neplodnosti	36
2.6.7	Úhrada léčby neplodnosti	37
2.6.8	Etika asistované reprodukce	37
2.7	Jiné metody léčby neplodnosti	38
2.7.1	Balneoterapie	38
2.7.2	Metoda Ludmily Mojžíšové.....	39
2.7.3	Akupunktura a akupresura	39
2.7.4	Homeopatie	40
2.7.5	Psychoterapie	40
2.8	Jiná cesta k dítěti	40
2.8.1	Adopce	41
2.8.2	Pěstounská péče	41
2.9	Psychické dopady neplodnosti	41
3	Metodika práce	43
3.1	Charakteristika souboru dotazovaných osob.....	43
3.2	Metoda výzkumu a zpracování dat	46
3.2.1	Způsob vyhodnocení dotazníku SEIQoL.....	46
3.2.2	Způsob vyhodnocení dotazníku MGI	47
3.3	Organizace výzkumného šetření	47
3.4	Hodnocení kvality života metodou SEIQoL a MGI u jednotlivých respondentek 48	
4	Výsledky	66
4.1	Výsledky šetření metody MGI	66
4.1.1	Oblasti života	66
4.1.2	Hodnocení oblastí MGI	67
4.1.3	Vyhodnocení životních oblastí MGI.....	68
4.1.4	Přidělování bodů v dotazníku MGI	69
4.2	Výsledky šetření metody SEIQoL	70
4.2.1	Životní témata	70

4.2.2	Důležitost životního tématu	70
4.2.3	Spokojenost se životními tématy	71
4.2.4	Celková (QL) a subjektivní míra spokojenosti	72
4.2.5	Souhrnná subjektivní a objektivní míra spokojenosti.....	73
5	Diskuze	75
	Závěr	80
	Souhrn.....	82
	Abstract.....	Chyba! Záložka není definována.
	Referenční seznam	84
	Seznam zkratk	88
	Seznam tabulek	89
	Seznam grafů	90
	Seznam příloh	91

Úvod

I když se neplodnost týká stále více párů, nikdo s tímto onemocněním dopředu nepočítá. Prostě se „dva“ jednoho dne rozhodnou, že založí rodinu, a pomalu začnou vybírat jména pro chlapce a pro holčičku. Ženám z mého výzkumu však do cesty vstoupila překážka, kterou se rozhodly odstranit či obejít a kráčet dál za svým vysněným cílem. Nasedly na kolotoč v podobě sledování cyklů, měření teplot, návštěv lékařů, absolvování řady vyšetření a nakonec zase čekání a čekání.

Ať tak či tak, neplodnost je nemoc páru. I když je zjištěna příčina u ženy nebo u muže, následky nese i druhý partner. Ne vždy však existuje „jednoduché“ řešení, nebo dokonce není příčina neplodnosti u páru odhalena a jim nezbyvá nic jiného, než podstoupit metody asistované reprodukce. Jedná se především o intrauterinní inseminaci a fertilizaci in vitro, v laické veřejnosti známější jako „oplození ze zkumavky“, což je zavádějící, neboť se odehrává v Petriho misce.

Nedílnou součástí procesu asistované reprodukce je její finanční, právní a etická stránka. Ve chvíli, kdy se pár rozhodne pro umělé oplodnění, netuší, že to může nepěkně zahýbat s jejich finančním rozpočtem. V České republice totiž není asistovaná reprodukce plně hrazena zdravotními pojišťovnami a dokonce ne všechna centra asistované reprodukce mají stejné ceníky. Právní a etická stránka se týká hlavně dárcovství spermií a oocytů, kdy se pouštíme na tenký led, co je ještě správné a co ne.

Někdy nastane čas vzdát se touhy po vlastním dítěti a důležité je dojít ke smíření a vyvarovat se vinění toho druhého. Určitým řešením je dát se na cestu poručnictví či adopce.

Diplomová práce je zaměřena především na kvalitu života žen, které kvůli těhotenství musely podstoupit metodu in vitro fertilizace. Kvalitou života se v posledních letech zabývá čím dál tím více odborníků z různých oborů, včetně medicíny. Ovšem o kvalitu života v mateřství, či přímo v mateřství po asistované reprodukci, se jich příliš nezabývá. Hlavními zdroji informací pro mě byli Gurková, Hnilicová, Payne a Křivohlavý, který začal v 80. letech pojem kvalita života v České republice prosazovat.

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí. První, teoretická část, je věnována kvalitě života všeobecně a je zde objasněna problematika ženské i mužské neplodnosti. Jsou zde shrnuty její příčiny, využívané vyšetřovací metody, možnosti léčby a též je zde

poukázáno na psychickou, právní a etickou stránku dané problematiky. Empirická část přináší vlastní poznatky a zjištění, kterých bylo dosaženo pomocí dotazníkového šetření na Porodnické a gynekologické klinice ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové.

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit pomocí individualizovaných metod MGI a SEIQoL, jak žena vnímala subjektivně kvalitu života po absolvování metody in vitro fertilizace a porovnat zjištěnou kvalitu života pomocí metody MGI s metodou SEIQoL. Zajímavé bude i zmapování vlivu věku a vzdělání na kvalitu života ženy po umělém oplodnění.

Téma diplomové práce jsem zvolila jednak proto, že sama pracuji jako porodní asistentka, a tudíž je mi tato problematika velmi blízká, ale hlavně proto, že většina mých blízkých přátel mělo s otěhotněním veliké problémy a „zadařilo se“ jim až díky asistované reprodukci. Já sama jsem matkou zdravé roční holčičky a i přes veškeré zdravotní komplikace jsem otěhotněla, jak se říká, na první dobrou. Měla jsem štěstí a jsem za to vděčná.

1 Cíle práce

Teoretická část

- vysvětlit pojmy kvalita života, kvalitativní výzkumy MGI a SEIQoL,
- seznámit s dosavadními výzkumy o kvalitě života ve spojitosti s asistovanou reprodukcí,
- shrnout příčiny ženské a mužské neplodnosti spolu s možnostmi léčby pomocí metod asistované reprodukce,
- poukázat na psychologické, etické, právní a finanční aspekty neplodnosti,
- popsat náhradní možná řešení, jak se stát rodiči.

Empirická část

- zjistit pomocí metody MGI a SEIQoL, jak žena vnímala subjektivně kvalitu života po absolvování metody IVF
- zhodnotit: dobu snahy spontánně otěhotnět, podíl příčiny neplodnosti a četnost podstoupených metod asistované reprodukce,
- zhodnotit jak a jaké oblasti života ovlivňují vnímání mateřství po absolvování metody IVF,
- porovnat zjištěnou kvalitu života pomocí metody MGI s metodou SEIQoL,
- zmapovat vliv věku a vzdělání na kvalitu života ženy po IVF.

2 TEORETICKÉ POZNATKY

2.1 Kvalita života

„Na první pohled jednoduchý pojem, který však zároveň představuje přímo nepozorovatelnou, latentní proměnnou, popsatelnou a měřitelnou pouze zprostředkovaně.“ (Gurková, 2012, s. 15)

Člověk touží po naplněném životě, který bude mít určitou úroveň a kvalitu, avšak pro každého jedince to znamená něco jiného. Jak uvádí Šamánková (2011), komplexní postoj ke kvalitě života předvádí model sestavený Centrem pro podporu zdraví, který má sídlo při univerzitě v Torontu. Základem tohoto modelu jsou tři hlavní životní domény – být, náležet a realizovat se. Jednou ze složek kvality života je stupeň uspokojení lidských potřeb. Dle tohoto postoje je kvalita vymezena rozměrem subjektivním a objektivním. I když je hodnocení kvality života celkem složitý proces, odrazem kvality života je pocit tělesné, duševní a sociální pohody každého jedince.

2.1.1 Rozsah pojetí kvality života

Zabýváme-li se kvalitou života jednotlivce, vybíráme z celé oblasti kvality života jen její část. Křivohlavý (2002) uvádí, že Engel a Bergsma (1988) tuto problematiku zmapovali ve třech hierarchicky různých sférách – v makro-rovině, mezo-rovině a personální rovině.

Makro-rovina zahrnuje otázky kvality života velkých společenských celků, jako je určitá země či kontinent. Bergsma ji hodnotí jako nejhlubší zamyšlení nad problematikou kvality života. Křivohlavý (2002) chápe v tomto pojetí život jako naprostou morální hodnotu, kterou musí kvalita života ve své definici plně respektovat.

Naproti tomu **mezo-rovina** řeší otázky kvality života v tzv. malých sociálních skupinách, což je například škola, nemocnice, pečovatelský dům apod. Hlavní roli zde hraje respekt k morální hodnotě života člověka, vzájemné vztahy mezi lidmi, otázky uspokojování nebo neuspokojování základních potřeb každého člověka, otázky sociálního klimatu, existence sociální opory a jiné.

Poslední **personální rovina** je definována životem jedince, kterým může být každý z nás. Kvalitu života posuzuje objekt subjektivně s ohledem na svůj zdravotní stav,

spokojenost, bolest, naděje apod. Hodnocení obsahují jeho představy, očekávání, přesvědčení či naděje.

„**Fyzická (tělesná) existence** je čtvrtou rovinou, v níž by bylo možné hovořit o kvalitě života. V tomto smyslu jde o pozorovatelné chování druhých lidí, které je možné objektivně měřit a porovnávat, např. jak kdo chodí (např. před a po ortopedickém léčení).“ (Křivohlavý, 2002, s. 164)

Bergsma a Engel při definování kvality života nedoporučují používat údaje z této roviny, protože nemají něco, co je pro hlubší pojetí kvality života podstatné, přestože jsou údaje objektivně měřitelné.

2.1.2 Kvalita života ve vztahu ke zdraví

Řešení problematiky kvality života v ošetrovatelství se začalo vyskytovat během posledních třiceti let. Stejně jako v jiných vědních oborech, které se kvalitou života zabývají, i v ošetrovatelství se vyskytují různé definice a přístupy pro zachycení zkušeností člověka vyjádřenou tímto konceptem.

I když odborníci často debatují, je-li kvalita života definovatelná a měřitelná, vývoj tohoto pojmu v ošetrovatelství se posunul od medicínského k multidimenzionálnímu psychologickému konstrukt, který je často rozdělený s ohledem na jeho uchopitelnost a empirickou pozorovatelnost.

„Samostatným okruhem problémů v rámci výzkumu otázek kvality života se postupně stala též oblast kvality života vztahující se ke zdraví (health-related quality of life – HRQoL).“ (Gillernová, Kebza, Rymeš a kolektiv, 2011, s. 26)

Jako první použili koncept HRQoL v roce 1982 autoři Kaplan a Bush. Gurková (2012) uvádí, že tento koncept vznikl jako pokračování na konceptualizaci zdraví, jeho podpory a hodnocení dopadů na zdraví. Její vývoj byl ovlivněn především rozvojem a tvorbou nástrojů pro měření HRQoL.

Kvalita života není chápána jako stav objektivně uspokojených potřeb, ale má poukázat na životní přání jednotlivých osob. Většinou obsahuje oblasti, které zlepšují život jedince a ne ty, co ho utváří jenom snesitelným.

Bylo vyvinuto mnoho instrumentů, často dotazníkového typu, jak změřit zdravím ovlivněnou kvalitu života.

Lze tedy říci, že uvedená pojetí kvality života skvěle koresponduje se známou definicí zdraví Světové zdravotnické organizace. Znamená to, že ve zdravotnictví je

sledován důsledek nemoci a jejího léčení na jednotlivé životní oblasti, které ve svém souhrnu určují kvalitu života. To, že v jedné oblasti člověk strádá, neznamená, že v jiné nemůže mít dostatek.

Pojem kvalita života je v posledních letech velmi populární a zkoumaný, ovšem objevuje se i kritika, která ukazuje na nejednoznačnost jeho vymezení a chybění jasné a všemi přijímané definice, jež by se opírala o teoretický model. Přese všechno je evidentní, že zkoumání kvality života je v současné vědě stěžejním a užitečným směrem. „Z hlediska zdravotnictví má svůj praktický dopad v určitém přístupu k péči o nemocné i v podpoře a rozvíjení zdraví.“ (Hnilicová, in: Payne, 2005, s. 214)

2.1.3 Přístupy k měření kvality života

Dle Křivohlavého (2002) můžeme metody měření kvality života rozdělit na tři základní skupiny:

- **objektivní metoda** – tuto kvalitu života hodnotí druhá osoba např. slovním hodnocením podle daných kritérií,
- **subjektivní metoda** – hodnotitelem je sama zkoumaná osoba, se kterou badatel provede rozhovor, či vyplní sebezposuzovací dotazník,
- **smíšená metoda** – kombinace předchozích dvou metod.

2.2 Kvalita života s ohledem na životní změnu (neplodnost)

Kvalita života zdravého jedince a jedince s prožitou životní událostí, se bude zajisté lišit. Asistovaná reprodukce takovouto událostí bezesporu je. Vzhledem k tomu, že je neplodnost klasifikována jako nemoc, je provázena stresem a jeho důsledky pro duševní a fyzické zdraví. Janečková (In: Payne, 2005) popisuje životní události jako významné rizikové faktory s ohledem na zdraví pro kvalita života jedince. „Životní události jsou součástí individuální životní zkušenosti, mění život jednotlivce, vstupují do jeho sociálních vztahů a ovlivňují psychický stav. Subjektivně jsou velmi intenzivně prožívány a doprovázeny složitými psychickými procesy popsány v literatuře jako zvládání (*coping*), reakce na stres, reakce na závažné onemocnění nebo ztrátu, posttraumatický syndrom nebo životní krize.“ (Janečková, in Payne, 2005, str. 451)

Neplodnost tedy může pro ženu znamenat z hlediska kvality života:

- zastavení rozvoje a stagnaci - postrádání motivace, soustředění pozornosti a energie na zvládnutí a vyrovnání se s novou situací,
- změnu hodnot - ve smyslu nahrazení starých hodnot novými,
- změnu perspektivy - snaha vidět situaci z jiného úhlu,
- změnu smyslu života - vytýčení nových cílů, priorit a přání.

2.3 Kvalitativní výzkum

Kvalita je relativní kategorií, nikoli absolutní, tudíž může být vyjádřena jak kvantitativními, tak i kvalitativními ukazateli. Vzhledem k tomu, že mají data z kvalitativního výzkumu charakter textu, je potřeba, aby je badatel po jejich získání přeformuloval do jiných textů, z nichž vznikají případové studie, životní příběhy.

Kutnohorská (2009) poukazuje na časovou, dovednostní a znalostní náročnost kvalitativního výzkumu, zejména na schopnost analytického a kreativního myšlení, cit pro analýzu textových dat, schopnost syntézy a potřeby sociologické imaginace. Z mnoha informací, které badatel obdrží, je nutno vyzdvihnout ty užitečnější. Podmínkou k tomu jsou dostatečné teoretické znalosti z oboru, stejně jako určité vzdělání v klasickém (chápejme kvantitativním) výzkumu.

Kvalitativní výzkum probíhá většinou v odborných ambulancích, v domech sociálních služeb, nemocničních odděleních, zkrátka na místech, která mají pro badatele ustálený smysl. V ošetrovatelství se tento typ vědecké metody upřednostňuje vzhledem k přístupu k člověku jako celku, vnímáme ho jako bio – psycho – sociální jednotu. Množství zkoumaných lidí se mění v průběhu výzkumu, vybírání jsou na základě určitých vlastností.

2.3.1 Metody pro měření kvality života použité v diplomové práci

2.3.1.1 SEIQoL

Tato dnes nejrozšířenější metoda diagnostikování kvality života zjišťuje, kromě důležitosti jednotlivých osobních cílů, ještě dosah, který má za úkol zaměření k jednomu cíli, na stanovení a realizaci dalších osobních cílů. Zkratka SEIQoL v celém znění znamená *Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life*, tedy *Systém*

individuálního hodnocení kvality života. Metoda vychází z osobních pocitů zkoumané osoby o tom, co považuje za důležité, nikoliv co je všeobecně správné či žádoucí. Ideálem by nejspíš byl volný rozhovor, metoda SEIQoL však využívá rozhovor částečně strukturovaný, ale snaží se zjistit veškerá hlediska života, která jsou pro daného člověka kriticky závažná. Dotazovaný má uvést pět životních cílů (tzv. cues – podnětů k životu), které pro sebe považuje v dané době za nejdůležitější. Pokud jich uvede více, vede se v potaz pět nejdůležitějších.

Po uvedení životních cílů následuje zhodnocení míry uspokojení dané osoby s tímto podnětem. „Dotazovaná osoba uvede míru uspokojení s dosahováním daného životního cíle v procentech, kde dolní hranice („nejsem vůbec spokojena s daným cílem“) je rovna 0 % a horní hranice („jsem zcela – úplně – spokojena s dosahováním daného cíle“) je rovna 100 %.“ (Křivohlavý, 2001, s. 246)

Dalším krokem je posouzení důležitosti daného životního cíle v rámci uvedených životních cílů. Což znamená, že když těch pět úkolů tvoří společně 100 %, rozdělí těchto 100% mezi uvedených pět cílů tak, aby jejich součet byl sto.

Posledním úkolem je zanesení křížku na stupnici, která se nachází ve spodní části formuláře. Pro představu jde o takový teploměr, který měří spokojenost s životem dotazovaného.

2.3.1.2 MGI

MGI (Mother Generated index) znamená v doslovném překladu „matkou generovaný index“. Tato individualizovaná, subjektivně hodnotící metoda původně zkoumá postnatální kvalitu života ženy od pokročilého stupně těhotenství až po poporodní období. MGI se orientuje na problémy kvality života z pohledu ženy. Autorem originální anglické verze dotazníku je Dr. Andrew Symon. O povolení přeložit tuto metodu požádala Dr. Symona v roce 2014 Závodníková, která ji použila ve své bakalářské práci, společně s Lorenzovou, která ji využila k výzkumu v disertační práci.

Dotazník je jednoduchý a skládá se ze tří kroků. Nejprve žena vypíše ovlivněné oblasti života a pak tyto oblasti zhodnotí, jestli ji ovlivnily pozitivně, negativně, pozitivně i negativně či vůbec. Dotazovaná si může určit až 8 oblastí, z nichž každou ohodnotí body od 0 do 10 dle toho, jak ji ovlivnily. V dalším kroku žena hodnotí aspekty života tak, že mezi ně rozdělí 20 bodů, kdy čím více bodů jednotlivý aspekt má, tím má pro ni větší váhu. Výsledkem MGI je průměr hodnot z druhého kroku. Vzhledem k tomu, že

žena může do dotazníku vepsat libovolný komentář, sama ho srovná a ohodnotí, nastává vysoká pravděpodobnost, že nebudou žádné dva dotazníky stejné. MGI umožňuje ženě posoudit, jaký dopad mají uvedené aspekty na její život a jak se ona sama vidí. (Závodníková, 2015), (Symon, Dobb, 2010)

2.3.2 Přehled dosavadních výzkumů o kvalitě života ve spojitosti s asistovanou reprodukcí

Tabulka 1 Přehled výzkumů o kvalitě života ve spojitosti s asistovanou reprodukcí

Pořadí	Rok	Autor	Metoda	Zkoumaný vzorek	Výsledek výzkumu
1.	2011	Dušová, Tulisová	WHOQOL - BREF	160 těhotných žen; 80 žen po spontánní koncepci a 80 žen po koncepci díky asistované reprodukci, nejdříve ve 20. – 28. týdnu těhotenství a poté po porodu	Kvalita života přímo nezávisí na způsobu otěhotnění, ale je velmi individuální, stejně tak i výskyt nepříjemných pocitů provázejících těhotenství
2.	2015	Velešíková	Fahrenbergův dotazník, IPAQ (dotazník International Physical Activity Questionnaire)	70 žen navštěvujících Centra asistované reprodukce	Životní spokojenost u žen s problémem koncepce je o málo vyšší, než průměrná normativní hodnota ukazatele dotazníku životní spokojenosti
3.	2009	Toscano, Montgomery	Real-time chaty (sběr dat on line)	100 žen; 50 žen po indukované ovulaci a 50 žen po IVF	Ženy v obou skupinách cítily, že měla léčba významný dopad na jejich kvalitu

					života a věřily, že to vedlo k prožívání smutku a deprese
4.	2010	Johansson, M. et al.	Psychological General Well-Being Index (PGWI), Sense of coherence (SOC)	289 respondentů; 135 mužů a 154 žen, které podstoupily IVF	Neplodnost všechny ženy ovlivnila ve všech oblastech kvality života, zatímco muži nepocíťovali ovlivnění v oblasti zaměstnání a zájmů.
5.	2001	Letur - Könirsch, H. et al.	Dotazník pro vyhodnocení stavu pacienta na kvalitu života v průběhu IVF	251 žen po IVF	Neplodnost má veliký vliv na kvalitu života párů. U 36 % párů byl zaznamenán zvýšený stres, 88 % párům ovlivnilo sexuální život, 80 % párů pomohlo hovořit o IVF s rodinou a přáteli, 73 % změnil proces IVF kvalitu života ve smyslu vzniku nové naděje

2.4 Neplodnost

S diagnózou sterilita čili neplodnost se v dnešní době setká přibližně deset procent párů. Ve 45 – 55 % je nalezena příčina u ženy, z 35 – 45 % u muže a u zbývajících 5 – 10 % není vůbec příčina zjištěna. Vzhledem ke stále vyššímu věku, kdy chce žena založit rodinu, dochází k nárůstu neplodných párů.

„Schopnost otěhotnět v prvním měsíci snah u ženy 25leté je 25 %, u ženy 30leté 15 % a u ženy 40leté jen 5 %.“ (Doherty, 2002, s. 14)

Aktuálně ovlivňuje lidskou plodnost řada sociálních faktorů. Výše zmíněný věk, toxické látky v životním prostředí, plánované rodičovství díky rozšířenému užívání hormonální antikoncepce a kondomům a rozšíření pohlavně přenosných chorob, které jsou často neléčené.

Řežábek (in Roztočil a kolektiv, 2011) sterilitu označuje jako stav, při kterém žena neotěhotní do jednoho roku při pravidelném pohlavním styku nejméně dvakrát týdně.

Jiné definice hovoří o dvouleté lhůtě. Ovšem pro ženy, které již překročily 35 let věku, není vyčkávání žádoucí. Postupem času plodnost ženy velmi klesá. Tehdy se přistupuje k vyšetření i před pomyslnou hranicí jednoho roku.

Pokud se páru nepodařilo nikdy přijít do jiného stavu, označujeme ho jako primárně neplodný. Pokud se početí či donošení plodu nedaří, má-li pacientka v anamnéze porod, interrupci či potrat, hovoříme o neplodnosti sekundární. Doherty (2002) uvádí, že častost výskytu primární a sekundární neplodnosti je téměř shodný.

Internetové stránky Stopneplodnosti.cz uvádí, že v ČR je 20 % neplodných párů, až 95 % párů dostane u lékaře účinnou pomoc, 4 % dětí se v ČR narodí díky asistované reprodukci. Po celé republice se nachází přes 40 odborných center (stopneplodnosti.cz).

2.4.1 Příčiny neplodnosti u ženy

Příčiny neplodnosti u ženy dělíme podle místa vzniku na preovariální, ovariální a postovariální, dále pak dle etiologie.

Typické příklady preovariální příčiny jsou např. mentální anorexie, hypofyzární poruchy, Sheehanův syndrom, diabetes mellitus, nadměrná obezita, anovulace při syndromu polycystických ovarií. Ovariální příčiny jsou např. ageneze a dysgeneze ovarií, chirurgická kastrace, ovariální vyčerpání, defektní oocyt, cytostatika. Například tubární

neprůchodnost, stav po oboustranné salpingektomii, protilátky proti spermii, Ashermanův syndrom, vaginismus, endometrióza jsou příčiny postovariální.

Dle etiologie dělíme příčiny na:

- vrozené (např. Turnerův syndrom),
- hormonální (např. polycystická ovaria),
- imunologické (např. protilátky proti zona pellucida oocytů a embryí),
- morfologicky podmíněné (např. endometriální polyp),
- vyčerpání ovarii (např. věkem, radiací),
- vzniklé v souvislosti s infekcí (např. toxoplazmóza),
- související s jiným onemocněním (např. diabetes mellitus),
- idiopatické,
- psychogenně podmíněné,
- lékové interference (např. antikoncepce).

Neplodnost bohužel ovlivňuje často i náš životní styl. Mezi rizikové faktory patří kouření, stres, alkohol, drogy, extrémní fyzická zátěž, diety a pohlavně přenosné choroby.

2.4.2 Anatomie ženských pohlavních orgánů

Ženské pohlavní orgány dělíme na zevní a vnitřní. Mezi zevní pohlavní orgány patří velké a malé stydké pysky, poševní předsíň a poštváček. Do vnitřních pohlavních orgánů řadíme vaječníky, vejcovody, dělohu a pochvu. Vzhledem k mému tématu se zaměříme pouze na anatomii a fyziologii vnitřních pohlavních orgánů.

Vaječník (ovarium) je párová pohlavní žláza, která je zásobárnou vajíček. K jejich vytvoření dochází již při nitroděložním vývoji a od té doby už jen ubývají. Po narození obsahují ovaria asi milion vajíček, v období puberty přibližně 400 000. Když jsou vajíčka vyčerpána, dochází ve vaječnicích k tzv. ovariálnímu selhání. Nejčastěji k němu dochází okolo 50. roku života ženy. Pokud se tak stane před 40. rokem, jedná se o selhání předčasné. Otěhotnění již potom není možné. V obou vaječnicích dochází k selekci dominantního folikulu, který má oválný tvar. Vaječná buňka je zde obklopena více vrstvami folikulárních buněk, a když má plný folikul velikost zhruba 200 µmetrů, vznikne mezi folikulárními buňkami štěrbina vyplněná tekutinou a rychle se zvětšuje. Když je žena plodná, dorostou folikuly s dutinou až do velikosti 1,5 cm i více a přemění

se na Graafovy folikuly. Díky jejich velikosti jsou patrné na UZ. V jejich stěně dozrává nejčastěji jedna ženská pohlavní buňka - vajíčko (oocyt). Když vajíčko dozrává, zvětšuje se folikul a klene se nad povrch ovaria. Děje se tak v pravidelných 28denních intervalech, pokud je žena v období pohlavní zralosti. Graafův folikul praskne a zralé vajíčko opustí folikul. Děj, při kterém se vajíčko dostane do vejcovodu a dále do dutiny děložní, nazýváme ovulace. Pokud je vajíčko oplozeno, vzniká těhotenské žluté tělísko a pokud není, zraje se nedokončí a přemění se na menstruační žluté tělísko, které postupně zanikne.

„Oocyt je schopen oplození jistě 16 hodin, pravděpodobně až 24 hodin po ovulaci. Spermie jsou schopny provést oplození 2-3 dny po pohlavním styku, ve výjimečných případech až 6-7 dní. Z uvedeného vyplývá, že pro otěhotnění je optimální pohlavní styk či inseminace 1-2 dny před ovulací.“ (Řežábek, in Roztočil a kolektiv, 2011, s. 225)

Vejcovod (tuba uterina Fallopii, salpinx) je párový orgán trubicovitého tvaru asi 10 - 12 cm dlouhý a 0,5 cm silný. Mediální konec prochází rohem děložním a laterální konec je otevřený do břišní dutiny. Sliznice vejcovodů je pokryta jednovrstevným epitelem s řasinkami, které kmitají směrem k děloze a díky nim a svalstvu je umožněn pohyb vajíčka vejcovodem až do dělohy.

Děloha (uterus, metra) je nepárový dutý svalový orgán, který je uložen v malé pánvi mezi křížovou kostí a sponou stydkou, mezi konečníkem a močovým měchýřem. Zde dochází k vývoji oplozeného vajíčka. Děloha je ve své poloze fixována podpurným a závěsným aparátem. Když je žena pohlavně zralá, prodělává sliznice dělohy změny, které se opakují zpravidla po 28 dnech společně s činností vaječnicků. Nazýváme je menstruačními cykly.

Pochva (vagina, colpos) je nepárový svalově vazivový orgán trubicovitého tvaru. Do kraniálního konce je vchlípený krček děložní a kaudálním koncem se otevírá ven mezi malé stydké pysky. Je to kopulační orgán a odvodná pohlavní cesta.

2.4.3 Vyšetření při neplodnosti u ženy

U neplodných párů se doporučuje provést vyšetření v tomto pořadí:

Anamnéza, celkové vyšetření - Pátráme hlavně po počtu dosud počatých a narozených dětí ženy (i eventuálně v předchozích partnerstvích), dále nás zajímá délka neplodnosti, závažné choroby, prodělané operace, farmakoterapie, užívání návykových látek, frekvence pohlavního styku. Při zkoumání tělesného stavu se zaměřujeme na výšku a váhu pacientky (obezita x kachexie), hranici pubického ochlupení či hirsutismus.

Klasické gynekologické vyšetření - Vzhledem k pravidelnosti tohoto vyšetření v rámci preventivních prohlídek neočekáváme žádný nový poznatek pro léčbu plodnosti. Zajímají nás malformace genitálu, možné kolpitidy, patologie děložního hrdla společně s odběrem na onkocytologii, neopomínáme ani vyšetření prsou kvůli možné galaktoree.

Ultrazvukové vyšetření - Tato základní vyšetřovací metoda je rychlá, neinvazivní a skýtá nám okamžitý výsledek. Za použití vaginální sondy detekujeme růst dominantního folikulu a ovulaci či výšku endometria. Ultrazvukové vyšetření je hlavní metodou pro určité diagnózy, např. pro syndrom polycystických ovarií, Ashermannův syndrom či endometriální polypy.

Vyšetření hormonální hladiny ovariálních steroidů a gonadotropinů se provádí v průběhu cyklu. Přináší základní informace o hormonální činnosti vaječníku a jeho regulaci. Je to však pouze doplňkové vyšetření k ultrazvuku dělohy a ovarií, neboť má informační hodnotu pouze pod podmínkou, že známe den cyklu, kdy byla odebrána. Mezi hormony, které vyšetřujeme, patří prolaktin, tyreostimulační hormon, folikulostimulační hormon, luteinizační hormon, estradiol a progesteron.

Postkoitální test se provádí v předovulačním období. Inzulinovou stříkačkou bez jehly odebereme hlen z děložního hrdla den po nechráněném pohlavním styku. Pokud je v nálezu minimálně jedna pohyblivá spermie, hodnotíme test jako pozitivní.

„Typicky pozitivní test vykazuje ne jednu, ale desítky až stovky pohyblivých spermií na každé zorné pole mikroskopu (při zvětšení 40x).“ (Řežábek, in Roztočil a kolektiv, 2011, s. 229)

Imunologické vyšetření se provádí na specializovaných pracovištích kvalifikovaným imunologem. Stanovují se hladiny protilátek proti spermiím, trofoblastu, zona pellucida a jiným.

„Praktická zkušenost ukazuje, že výsledky imunologického vyšetření jsou v čase velmi proměnlivé a výsledky různých pracovišť se mohou u dané pacientky velmi lišit.“ (Řežábek, in Roztočil a kolektiv, 2011, s. 229)

Je-li výsledkem patologický nálezn, jsou možnosti léčby omezené.

Vyšetření na sexuálně přenosné choroby je před zahájením řady léčebných postupů a znalost jejich výsledků je dána zákonem. Krev u obou partnerů odebíráme na Hepatitidu B, C, HIV a syfilis. Velice častý je nálezn chlamydií, ureoplasmat a mycoplasmat. Důležité je přeléčení obou sexuálních partnerů.

Vyšetření průchodnosti tub

- **Kymoinsuflice** je vhodná základní metoda, chceme-li se ujistit o průchodnosti tub, jestliže nepředpokládáme jejich poruchu (například při inseminaci spermiemi od dárce). Jde o levnou, jednoduchou metodu, která je krátká a nevyžaduje narkózu.
- **RTG - kontrastní hysterosalpingografie** - U nás ne příliš častá metoda vzhledem k bolestivosti, vysoké ceně a nutnosti použít ionizační záření. Též vykazuje nezanedbatelný podíl falešně určené neprůchodnosti dané spazmem tub.

Laparoskopie (chromopertubace) je nejpřesnější vyšetření orgánů dutiny břišní. Nevýhodou je nutnost použít narkózy, hospitalizace a možné iatrogenní poškození pacientky.

Hysteroskopie - Efektivní metoda v případě, že je pomocí ultrazvuku diagnostikována nějaká patologie. Při vyšetření je možné odstranit přítomné myomy, polypy či uterinní septa.

Ostatní vyšetřovací metody - Jsou využívány jako pomocné metody a řadíme sem např. měření bazální teploty, vaginální cytologii, biopsii endometria, tažnost a vzhled cervikálního hlenu.

In vitro fertilizace (IVF) – „Nenalezneme-li příčinu sterility (tedy uzavřeme diagnostiku jako “idiopatická sterilita” a vzhledem k věku ženy nebo délce trvání sterility je na místě intenzivní léčba, provedeme IVF s cílem ověřit schopnost oocytů fertilizovat a následně posoudit *in vitro* vývoj raných stádií embryí, s event. možností preimplantační genetické diagnostiky embryí.“ (Řežábek, 2011, s. 230)

2.4.4 Léčba neplodnosti ženy

Při léčbě neplodnosti ženy zohledňujeme několik faktorů. Jednak stáří ženy, pravděpodobnost spontánního otěhotnění bez jakékoliv léčby, naději na otěhotnění po zahájení léčby a náročnost zvoleného postupu léčby.

„Zvyšující se efektivita metod asistované reprodukce vede však jednoznačně k zužování indikací pro léčbu “klasickými” léčebnými postupy a rozšiřování indikací pro léčbu metodami asistované reprodukce.“ (Mardešić 2010, s. 24)

Odborníci doporučují léčbu naplánovat. I když je celá řada možností, a často je některá úspěšná, ne každý pár otěhotní rychle, někteří bohužel nikdy. Léčba je psychicky a finančně náročná. “Mnoho partnerských dvojic se dostalo do dluhů kvůli “ještě jednomu poslednímu pokusu”.” (Doherty, 2002, s. 35)

V České republice výkony asistované reprodukce hradí pojišťovna na doporučení specialisty z veřejného zdravotního pojištění.

2.4.4.1 Farmakoterapie

- **Antiestrogeny** (např. Clomifen, Tamoxifen) slouží k indukci ovulace. Mardešić (2010) uvádí, že pokud žena neotěhotní do 6 měsíců, je vhodné zahájit injekční terapii gonadotropiny. Nesmírně důležitá je kontrola reakce vaječnicků na tyto látky pomocí ultrazvuku. V případě úspěšné indukce ovulace žena naplánuje pohlavní styk či následuje intrauterinní inseminace. Pokud je cílem léčby stimulace vaječnicků před IVF, podávají se vyšší dávky tak, aby se získal vyšší počet vajíček. Chceme-li dosáhnout pouze obnovy ovulace, stimulujeme tak, aby dozrály pouze 1 – 2 folikuly.
- **Injekční gonadotropiny** se předepisují v případě, že žena nedostatečně reaguje na Clomifen. Někdy jsou nazývány jako superovulační léky.
- **Lidský menopauzální gonadotropin** je užíván pro různou intenzitu stimulace vaječnicků.

- **Folikulo-stimulační hormon (FSH)** se často podává ženám, které měly nedostatečnou odpověď na Clomifen. Hlavní látkou je FSH a k tomu malé množství luteinizačního hormonu (LH).
- Jako spouštěcí dávka k lékům, které vyvolávají ovulaci, se užívá **lidský choriový gonadotropin (HCG)**. Jeho úkolem je dát tělu signál, aby uvolnil zralá vajíčka.
- **Gonadotropin (GnRH)** se užívá ve výjimečných případech, kdy je potřeba stimulovat uvolnění FSH a LH.
- **Agonisté GnRH** blokují schopnost mozku stimulovat uvolnění FSH a LH. Používají se tedy u pacientek, kterým by při indukci ovulace pomocí injekčních gonadotropinů nevyzrála vajíčka vlivem předčasného spontánního hormonálního vzestupu uprostřed cyklu.
- **Antagonisté GnRH** jsou modernější než agonisté a též potlačují rychlý vzestup LH a FSH. Obě skupiny mají vedlejší účinky. Při dlouhodobém podávání mohou způsobit léky navozenou menopauzu, a tím vyvolají typické příznaky přechodu (návaly, snížená vlhkost pochvy).
- Hormon produkovaný vaječníky Progesteron se podává ženám, které nemají dostatečnou vlastní tvorbu.

2.4.4.2 Chirurgické metody

Jak už bylo uvedeno výše, v případě sterility provádíme malé chirurgické výkony v podobě hysteroskopie či laparoskopie. Umožňují nám odstranit myomy, polypy a ložiska endometriózy.

Vzhledem k úspěšnosti metod asistované reprodukce se ostatní mikrochirurgické operace přestaly užívat.

2.5 Příčiny neplodnosti u muže

Dříve byla viněna z neplodnosti páru pouze žena. Nyní však víme, že existuje i mužská neplodnost, za kterou se dotyční často stydí, protože ji chybně zaměňují s mužností. „Ve skutečnosti je sexuální dysfunkce u neplodných mužů vzácná, z čehož vyplývá, že mužnost a neplodnost jsou dvě odlišné věci.“ (Doherty, 2002, s. 54) Důležité je muže informovat, že polovina případů mužské neplodnosti se dá léčit.

Podle místa vzniku dělíme příčiny neplodnosti u muže na pretestikulární (hypofyzární poruchy), testikulární (např. kryptorchismus, ageneze), posttestikulární (např. varikokéla, obstrukce, infekce) a neurogenní (např. stav po úrazech páteře, impotence, poruchy ejakulace), dále pak dle etiologie.

Dle etiologie dělíme příčiny na:

- vrozené (např. Klinefelterův syndrom 46,XXY),
- hormonální (např. útlum hypofýzy vysokými dávkami androgenů, estrogenů),
- obstrukční (např. poúrazový stav po traumatech testes, mužská sterilizace podvazem chámovodů),
- koitální problémy (např. impotence, sclerosis multiplex, a jiné),
- souvislost s infekcí (např. přítomnost chlamydie),
- toxické či postradiační (např. cytostatika, toxický vliv nádorů),
- lékové interference (např. léky s estrogením účinkem - cimetidin),
- imunologické (prokazují se obtížně),
- související s jiným onemocněním (např. těžké avitaminózy, alkoholismus, diabetes mellitus, a jiné),
- idiopatické (často se projevují výraznou oligoastenozoospermií, tzn. snížená koncentrace a pohyblivost spermií).

Za zmínku stojí i rizikové faktory jako je kouření, pohlavně přenosné choroby, užívání návykových látek, stres a nadměrné teplo.

2.5.1 Anatomie mužských pohlavních orgánů

Stejně jako ženské pohlavní orgány dělíme ty mužské podle uložení na zevní a vnitřní. Do vnitřních pohlavních orgánů řadíme varlata, nadvarlata, chámovody, semenné vázky a předstojné žlázy. Zevní pohlavní orgány tvoří pyj, což je vlastní kopulační orgán, a šourek.

Varlata (testes) jsou párová pohlavní žláza, během intrauterinního období jsou uloženy po stranách bederní páteře a po porodu sestupují skrz tříselný kanál do šourku mimo břišní dutinu. Důvodem je potřeba o 4°C nižší teploty pro zrání spermií, které se zde

tvoří. Jejich výživu zajišťují tzv. Sertoliho buňky. Zrající spermie jsou několik dní uloženy v nadvarleti, kam jsou mírným tlakem v semenotvorných kanálcích vytlačovány.

Nadvarle (epididymis) je párový orgán uložený při zadní straně varlete, je jeho vývodnou cestou. Zde jsou shromažďovány spermie a hlavně zde získávají pohyblivost, která je důležitá pro oplodnění vajíčka.

Chámovod (ductus deferens) je párový orgán, který spojuje nadvarle s močovou trubicí. Stěna je tvořena silnou hladkou svalovinou, která nasaje a vypudí spermie při pohlavním dráždění z nadvarlete do močové trubice.

Semenný váček (vesicula seminalis) je vinutý, na konci slepý kanál produkující vazký sekret, díky kterému vytváří vhodné prostředí pro spermie.

Předstojná žláza (prostata) produkuje vazký sekret, který je společně se sekretem ze semenných váčků vylučován do močové trubice. Zde se mísí se spermii a hlenovým sekretem nadvarlat. Vzniklou tekutinu nazýváme ejakulát.

Pyj (penis) se skládá ze dvou topořivých a jednoho houbovitého tělesa s bohatým cévním zásobením, které napomáhá erekci pyje. Na jeho konci vyústíuje močová trubice.

2.5.2 Vyšetření při neplodnosti u muže

Na začátku je důležité odebrat podrobnou **anamnézu**, především lékaře zajímá počet dosud narozených či počatých dětí muže, a to i s předchozími partnerkami, či délka neplodnosti. Dále je důraz kladen na proběhlé operace na genitáliích, mozkové a cévní příhody, prodělaná virová onemocnění, užívané léky, hladiny hormonů, pohlavně přenosné choroby, frekvence pohlavního styku a popřípadě obtíže při něm (anejakulace, impotence). Vstupní vyšetření zahrnuje i posouzení celkového zdravotního stavu – vzhled vousů, přítomná obezita či kachexie, užívání drog, nikotinismus.

Spermioqram je u muže základní vyšetření hned po anamnéze. Dle manuálu Světové zdravotnické organizace, 5. Vydání, WHO 2010 získá muž sperma masturbací po dvou až sedmi denní sexuální abstinenci.

Ze vzorku se hodnotí:

- objem - normální množství je 2-5 ml,
- počet spermií – 20 miliónů spermií na 1 ml je norma, pokud množství klesne pod 10 miliónů, poukazuje to na problémy s oplodněním a pokud je počet nižší, než 1 milión, jen těžko dojde ke spontánnímu oplodnění,
- pohyblivost – hodnotí se zejména schopnost pohybu směrem dopředu, více než 50% spermií ve vyšetřovaném vzorku,
- morfologie/tvar dle Doherty (2002) nehraje výraznou roli v mužské plodnosti, anomální spermie mají minimální šanci proniknout do vajíčka, ale i sperma plodných mužů obsahuje často veliké množství spermií se dvěma hlavičkami či dvěma bičíky,
- zkapalnění – důležitá vlastnost, semeno se po výronu nejdříve sráží, po 30 až 60 minutách ovšem dochází ke zkapalnění, aby se mohly dostat skrz kanál děložního hrdla do dělohy a následně do vejcovodů.

Pokud jsou hodnoty normální, je třeba provést další vyšetření. Williams (2008) uvádí, že až ve 40 % vzorků je odhalen problém.

Fyzikální vyšetření genitálu muže provádí kterýkoliv lékař. Pokud je zjištěna nějaká patologie či nejasnost, je muž odeslán na podrobné vyšetření na urologii či andrologii.

Hormonální vyšetření u mužů s patologickým spermiogramem obsahuje vyšetření hladiny testosteronu, prolaktinu a gonadotropinů.

Bakteriologické vyšetření ke zjištění přítomnosti leukocytů, v případě vysokých hodnot je muž předán do péče urologa.

Genetické vyšetření může odhalit např. Klinefelterův syndrom (nadbytečný chromozom X při mužském fenotypu), pravý hermafroditismus (vyvinou se varlata i ovaria) či mužský Turnerův syndrom (negativní sex-chromatin u mužského fenotypu)

Biopsie varlete je vhodná pro zhodnocení spermiogenního epitelu a tubulů při oligoastenospemii před zahájením léčby.“ (Pilka, in Citterbart et al., 2001, s. 138)

Vyjma těžkých poruch, u kterých není šance na zlepšení.

Imunologické vyšetření může odhalit přítomné protilátky proti spermiím. Dle Řežábka (2008) je základním vyšetřením tzv. přímý test na IgG protilátky, kdy je použito čerstvé neupravované sperma.

Kultivační vyšetření na chlamydie, ureaplazmata a mykoplazmata.

Provedení IVF s cílem ověřit oplození – „Vskutku funkčním testem schopnosti spermií oplodnit oocyt je provedení IVF, tedy sledování, zda skutečně k oplodnění oocyty dojde.“ (Řežábek, 2008, s. 46)

2.5.3 Léčba neplodnosti muže

S ohledem na odebranou anamnézu muži doporučíme vyvarovat se rizikových faktorů, doplnit vitamíny a začít s léčbou prokázaných infekčních chorob. Hlavní roli v léčbě neplodnosti muže však hraje výsledek spermioqramu. Pokud neobjevíme kauzálně léčitelnou příčinu jako je třeba stav po odstranění hypofýzy či impotence, doporučuje Řežábek (in Roztočil a kolektiv, 2011) provést in vitro fertilizaci s intracytoplazmatickou injekcí spermie do oocyty (ICSI), která je vysoce efektivní. Chirurgická léčba varikokély či podání antiestrogenů při nízkém LH je v naprosté většině jen ztrátou času.

2.6 Asistovaná reprodukce

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

První „dítě ze zkumavky“ se narodilo v roce 1978 a to pomocí metody fertilizace lidského oocyty in vitro a transferu embrya do dělohy (IVF a ET). Od té doby vznikla pro mnoho párů nová naděje na naplnění rodinného života. Asistovaná reprodukce má však své indikace, podmínky, výsledky a v neposlední řadě rizika. Léčba je vedena dle zjištěné patologie. Metodu volíme co nejméně náročnou z hlediska zdraví, finanční a časové zátěže klientů, vždy s maximálním ohledem na její efektivitu.

2.6.1 Metody asistované reprodukce

Metody asistované reprodukce dělíme dle určitých měřítek:

- metody asistované reprodukce, které využívají čerstvé zárodečné buňky či gamety a embrya po předchozí kryokonzervaci,
- inseminace – metody, které pracují jen se spermiemi, či IVF – metody asistované reprodukce pracující i s oocyty a embryi,
- asistovaná reprodukce, která využívá embrya a zárodečné buňky pocházející od párů, kteří chtějí díky nim počít dítě, anebo od dárců.

2.6.1.1 Inseminace

Inseminací rozumíme vpravení sperma do pohlavního ústrojí ženy jinak než pohlavním stykem. Díky jednoduchosti odběru spermií od muže patří už k dávno využívaným metodám asistované reprodukce.

Pokud nelze využít spermie od partnera (kvůli špatné kvalitě), lze k léčbě neplodnosti použít darované sperma.

Jednodušší je aplikovat sperma do pochvy, není nutná žádná speciální úprava, nebo na hrdlo děložní. Intrauterinní inseminace – do dutiny děložní se využívá nejčastěji pro maximální využití spermií. Nejdříve je nutné spermie tzv. promýt od seminální plazmy, odstranit bakterie a cizorodé látky, které by mohly ženě způsobit infekci či křečovitě bolesti.

Má-li žena pravidelnou ovulaci, obejde se bez farmakoterapie. Cyklus sleduje lékař ultrazvukem a výkon provádí v období předpokládané ovulace.

Podmínkou tohoto postupu jsou funkční a průchodné vejcovody, tudíž hlavní indikací inseminace spermatem partnera je dle Mardešiče (2011) mírně snížená plodnost muže a idiopatická (nevysvětlitelná) porucha plodnosti. Pokud žena neotěhotní po 3-4 inseminacích, je doporučena následná léčba pomocí mimotělního oplodnění (IVF). Úspěšnost této metody je 10 – 15 %.

2.6.1.2 Mimotělní oplodnění (IVF)

„Mimotělní oplodnění je nejúspěšnější metodou asistované reprodukce (úspěšnost 32-40 % po přenosu 1-2 embryí u žen do 39 let).“ (Mardešić, 2011, s. 26)

Díky této metodě prvně otěhotněla a porodila žena z Velké Británie poměrně v nedávné době (Louisa Brown, narozena 1978). Získání oocytů z těla ženy a jejich kultivace se

spermii v laboratorních podmínkách je totiž náročná. Dnes je hlavní indikací všech případů poruchy plodnosti párů, dříve to byla léčba pro ženy s poškozenými či chybějícími vejcovody.

Úspěch metody IVF a ET (embryotransfer) je podmíněn získáním zralých oocytů z ovarii ženy, jejich fertilizací in vitro a kultivací embryí a následným transferem embrya do vnitřních rodidel ženy.

Z tohoto základu postupně vznikaly další metody asistované reprodukce:

GIFT = transfer gamet do vejcovodu/ů.

TET = tubární embryotransfer (kombinace IVF/ET a GIFT).

ZIFT = transfer zygot či zygoty do vejcovodu.

PZD = mechanické naříznutí zona pellucida mikro Jehlou.

Mikromanipulace = operace na embryu či vajíčku: Díky speciálním nástrojům a hydraulickým převodům pohybu ruky můžeme pod mikroskopem např. zavést jednu spermii do vajíčka, vyjmout jednu z buněk embrya, pomocí laseru narušit embryonální obal či jiné úkony.

SUZI = uložení 3 až 7 spermií do perivitelinního prostoru oocyty; subzonální inseminace.

KET = kryoembryotransfer: jde o přenos rozmrazených embryí do dělohy. Řežábek (2008) uvádí, že polovina embryí není po rozmrazení schopna vývoje a ty, které se dobře vyvíjí, mají pravděpodobnost úspěšného zavedení 75 % oproti čerstvým embryím dané ženy. Z toho vyplývá, že 50 % žen mající jedno kryoembryo, po rozmrazení a transferu jednoho embrya otěhotní s pravděpodobností 20 – 25 %.

AH = asistovaný hatching: málo využívaná metoda vycházející z hypotézy, že po otevření zona pellucida bude umožněno vyjití embrya z tohoto glykoproteinového obalu a dojde ke snazší implantaci. Dlouhodobé sledování to však nepotvrdilo.

ICSI = intracytoplazmatická injekce spermií: V případě mužské neplodnosti, kdy je příčinou výrazný až extrémně nízký počet spermií v ejakulátu, je tato metoda léčby nejúčinnější. „Její provedení v laboratoři vyžaduje speciální mikroskop s mikromanipulátorem, jímž zkušený embryolog přidrží vajíčko pod tlakem pomocí tupé trubičky („pipeta“) a z druhé strany ostrou tenkou jehlou vpíchne spermii.“ (Řežábek, in Roztočil a kolektiv, 2011, s. 238). Tuto metodu pojišťovny nehradí.

MESA = postup, při kterém jsou spermie získávány z nadvarlete díky aspiraci nebo chirurgickou excizí.

TESA = aspirace spermií přímo z varlete či nadvarlete. Metoda je nejpřínosnější u paraplegiků či u mužů s obstrukcí chámovodů, kdy spermie takřka vždy nalezneme a pomocí ICSI žena otěhotní.

2.6.2 Průběh in vitro fertilizace

Postupem času se z metody IVF stala rutinní záležitost. I přesto se ale jedná o náročnou a komplikovanou metodu.

Příprava in vitro fertilizace

Díky hormonální antikoncepci, kterou ženy často užívají v cyklu, který předchází plánovanému IVF, je umožněno relativně přesné naplánování týdne odběru vajíček a dále pak transferu embrya. Pokud je vyvolaná ovulace (často v sobotu či v neděli večer), provede se punkce folikulů, tedy odsátí uzrálých oocytů, následující pondělí nebo úterý.

Odběr oocytů

Přes stěnu děložní vysoko do břišní dutiny je pod dohledem vaginálního ultrazvuku zavedena punkční jehla a je možnost jednotlivé folikuly opatrně napíchnout. Pokračuje se odsátím folikulární tekutiny, kdy zároveň dojde k odebrání oocytů uložených v granulózních buňkách. Oocyty se přenesou do speciálního živného roztoku a uloží se do inkubátoru, aby byla chráněna před teplotními výkyvy. Zákrok se většinou provádí v krátkodobé částečné anestezii a netrvá déle než 30 minut.

Střet spermie a vajíčka

Oocyty v inkubátoru zůstávají přibližně dvě až tři hodiny. Následuje přenos do nové kultivační misky a pokrytí upraveným spermatem partnera či dárce. Na každé vajíčko by mělo být ve zkumavce 100 000 – 200 000 dobře pohyblivých spermií. Buňky se kultivují v inkubátoru až do následujícího rána.

„Oplodněná vajíčka obsahují dvě pólková tělíska a mužský i ženský pronukleus. Z uspořádání pronukleí a nukleolů je možné činit závěry o kvalitě oplodněných vajíček, která se nyní nazývají zygoty.“ (Freundl, 2009, s. 135)

Embryotransfer

„Po dalších třech dnech, poté co spermie a vajíčko vyrostly z jednobuněčného embrya do stádia osmibuněčného, jsou vybraná embrya transferována, tzn. přenesena do dělohy pomocí tenké cévky, někdy pod kontrolou ultrazvuku.“ (Doherty, 2006, s. 47)

Průběh celého transferu může značně ovlivnit celkový výsledek IVF, proto je potřeba zákrok provést velmi opatrně. Zákrok je nebolestivý, často je přirovnáván k umělé inseminaci a po 30 minutách ležení může pacientka odjet domů. Doporučuje se dodržování přísného klidu.

Čekání a hormonální podpora

Čekání na výsledek bývá pro hodně párů daleko těžší, než celý proces IVF. Tři až čtyři dny po transferu opouští vajíčko svůj obal a uhnízdí se v děloze. Lékaři po přenosu často předepisují progesteron, který podporuje správný vývoj děložní sliznice a slouží jako prevence potratu.

První spolehlivý těhotenský test je možné provést 13. den po transferu. Vhodnější je však stanovení β hCG v krvi, jelikož z jeho hladiny je možné stanovit prognózu tohoto velmi raného těhotenství.

V případě neúspěšného pokusu IVF, by měl pár počkat na další alespoň jeden měsíc a užívat v této době hormonální antikoncepci.

Je-li při metodě IVF oplozeno více vajíček, než se přenáší do dělohy, bývá párům nabídnuto jejich zmrazení. V případě neúspěšného pokusu či při plánování dalšího těhotenství se tak žena vyhne procesu stimulace a punkce.

2.6.3 Preimplantační genetická diagnostika

Řežábek (in Roztočil a kolektiv, 2011) popisuje preimplantační genetickou diagnostiku (PGD) jako vyšetření, které slouží k analýze DNA metodami fluorescenční in situ hybridizace (FISH) nebo k polymerázové řetězové reakci (PCR). Díky nim lze určit aneuploidii některých chromozomů, které jsou sledovány analýzou nebo stanovit přítomnost vadného genu, pokud známe sekvenci jeho DNA. PGD též slouží jako screening, kdy testujeme nejčastější aneuploidie, popřípadě nejčastěji se vyskytující vady jednotlivých genů. Běžně se vyšetřuje pět chromozomů – X, Y, 21, 18 a 13. Screening

však nezaručí, že je embryo geneticky v pořádku, protože po vyšetření pěti chromozomů zůstává dalších 18 typů nevyšetřeno.

2.6.4 Komplikace léčby neplodnosti

2.6.4.1 Ovariální hyperstimulační syndrom

Toto onemocnění vzniká ve většině případů nadměrnou reakcí ovarií na hormonální stimulaci. Vzniká vždy až ve druhé polovině cyklu po přenosu embryí. Charakterizuje ho zvětšení ovarií mnohočetnými cystami, ascites, leukocytóza, může se objevit perikardiální výpotek a hydrothorax, oligurie, je zde riziko trombózy a patologické hodnoty jaterních testů. Objevuje se především u žen s úspěšnou léčbou, u kterých došlo k uhnízdění jednoho či více embryí, jelikož těhotenský hormon přispívá k rozvoji tohoto stavu. Nejvíce ohrožené jsou ženy se syndromem polycystických ovarií, které musí být při stimulaci intenzivně monitorovány a musí být pod dohledem zkušeného lékaře.

Léčba je symptomatická, při obtížích je pacientka převedena do pracovní neschopnosti, v krajních případech je doporučena hospitalizace. Příznaky samy odezní přibližně za tři týdny.

2.6.4.2 Poranění při odběru oocytů z ovaria

Téměř při každém odběru oocytů z ovaria dochází k poranění malého rozsahu, protože jehla musí proniknout k ovariu přes poševní klenby a plica lata uteri. Je nutné vyhnout se střevním kličkám a velkým cévám, které jsou viditelné pomocí ultrazvuku. Důvodem k laparotomii není ani nabodnutí arteria iliaca. Infikovaný obsah saktosalpingu po napíchnutí však může způsobit peritonitidu.

Nejčastějším poraněním je tedy arteriální krvácení z poševní klenby do pochvy, slabé krvácení se vyskytne u každé ženy. Dle Řežábka (2008) musíme u 10 % případů k jeho zástavě aplikovat vazokonstrikční látky i.v. a provést asi minutovou kompresi tamponem, výjimečně je potřeba krvácející místo opíchnout tzv. křížovým stehem. Pokud u pacientky během několika hodin po zákroku pozorujeme pokles krevního tlaku a vzestup pulzu, jedná se nejspíš o rozsáhlejší hemoperitoneum, které je však velmi vzácné. V tom případě je nezbytné provést laparoskopii či laparotomii, jedná se o velmi

závažnou, život ohrožující, komplikaci. Z tohoto důvodu zůstávají pacientky po odběru oocytů tři hodiny pod dozorem zdravotnického personálu.

2.6.4.3 Mnohočetné těhotenství

„Jakkoliv dvoučetné těhotenství je mnohými ženami vítáno, jsou tyto gravidity považovány dnes spíše za komplikaci asistované reprodukce.“ (Mardešić, 2010, s. 31)

„Léčba sterility metodami asistované reprodukce je vždy balancování mezi snahou nabídnout pacientce co největší naději na dosažení těhotenství při co nejmenším riziku vícečetné gravidity.“ (Mardešić, 2000, s. 617)

U troj- a vícečetných těhotenstvích je řešením redukce počtu plodů v děloze intraamniální aplikací hypertonického KCl. Provádí se po 10. týdnu těhotenství tak, aby v děloze zůstaly 2 živé plody. Je zde 5-10% riziko potratu všech plodů a především problém etiky.

Proto dnešní vývoj v IVF směřuje k přenosu pouze jednoho embrya (eSET – elective Single Embryo Transfer).

2.6.4.4 Mimoděložní těhotenství

S mimoděložní graviditou se setkáváme i u in vitro fertilizaci s embryotransferem do dělohy a to v 0,5 – 3 % cyklů. Bývají zde poškozené tuby, a tak lehce dojde k uhnízdění embrya ještě před vstupem do dělohy. Pokud je zavedeno více než jedno embryo, může se stát, že jedno se uhnízdí v děloze a další ve vejcovodu.

Řešení nabízí laparoskopická salpingektomie. V případě výskytu i intrauterinní gravidity se snažíme počkat, jestli extrauterinní gravidita sama nezakníkne, jak se často stává.

2.6.5 Dárcovství

V případě oboustranného souhlasu a zajištění zdravotní bezpečnosti lze technicky využít spermie, oocyty nebo embrya oddělené od lidského těla pro jiného člověka.

Darování gamet pro léčbu neplodnosti je výjimečné, jsou potřebné zhruba pro 3-5 % párů, ovšem darování embryí je ještě vzácnější. V poslední době však stoupá poptávka

po darovaných oocytech od žen se selháním ovarií, zejména od žen ze zahraničí. Důvodem jsou tamní zákony, které to nepovolují či nedostatečný počet vlastních dárkyň.

2.6.5.1 Anonymita darování

Důsledná a přísně hlídaná anonymita dárce či dárkyně a příjemce je v České republice daná zákonem. Na neidentifikující zdravotní informace o dárci nebo dárkyni však má dítě či jeho zákonný zástupce právo až 30 let od výkonu (oplození).

2.6.5.2 Dárci

Vhodným dárcem je zdravý muž ve věku 18 až 40 let, který se dobrovolně přihlásil k darování.

Každý dobrovolník podstupuje řadu vyšetření. Začíná se spermioqramem, dárce musí mít jednoznačnou normospermii, následuje fyzikální a psychologické vyšetření, genetické vyšetření, určení krevní skupiny a Rh faktoru, stanovení karyotypu a mutací genu cystické fibrózy, obzvláště pečlivé vyloučení infekce. „Provádí se vyšetření na přítomnost kapavky, syfilis (příjice), žloutenky typu B a C, mykoplazmat. Zvláštní pozornost je věnována vyloučení přenosu infekce HIV, tedy virem lidské imunodeficiency, který způsobuje AIDS.“ (Řežábek, 1999, s. 72)

Jedná se o mnohem důkladnější vyšetření infekčních mikroorganismů, než zajištění krve pro transfúze. Vše je dané zákonem a souvisejícími vyhláškami.

Sperma se uchovává zmražené ve směsi s látkami, které umožní přežití tohoto procesu. Nejvýznamnější je glycerol, který se přidává tak, aby byla výsledná koncentrace 8 %.

2.6.5.3 Dárkyně

Vhodná dárkyně je zdravá žena ve věku 18 až 35 let, dobrovolně přihlášená k darování. Ženy podstupují vyšetření ultrazvukem na ovariální rezervu a stanovení bazálních hladin hormonů. Stejně jako u muže následuje fyzikální a psychologické vyšetření, genetické vyšetření, určení krevní skupiny a Rh faktoru, stanovení karyotypu a mutací genu cystické fibrózy, obzvláště pečlivé vyloučení infekce (především HIV, syfilis, kapavka, žloutenky B, C).

Na rozdíl od muže, který vyprodukuje stovky miliónů spermií denně, vajíčko je jen jedno za měsíc. Způsob získání je též obtížnější a rizikovější. Zatímco sperma získá muž masturbací, u ženy pro získání vajíčka potřebujeme narkózu, jehlu a ultrazvuk – stejně jako při odběru při IVF. Stejně tak musí žena podstoupit riziko hyperstimulace, punkci folikulů a potencionální pracovní neschopnost spojenou s možnými riziky, což dále snižuje její finanční příjem.

Oproti spermiím nelze vajíčka úspěšně zmrazit, a proto musí být nejpozději do 16h po odběru oplozeno buď v procesu IVF nebo ICSI. Spermie manžela příjemkyně jsou připravené v kryobance, tudíž manžel nemusí být v pohotovosti na telefonu a ve chvíli, kdy máme darovaná vajíčka, rozmrazíme spermie a provede se oplodnění.

Vajíček je málo a často tedy existují čekací doby a pořadníky.

2.6.6 Zákony a léčba neplodnosti

Pojmem umělá lidská reprodukce je možné chápat různé metody a postupy asistované reprodukce. „Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách (ZSZS) rozumí pod tímto pojmem postupy a metody, při kterých dochází k odběru zárodečných buněk a manipulaci s nimi, ke vzniku lidského embrya oplodněním mimo tělo ženy, k manipulaci s lidskými embryi, včetně jejich uchovávání, a to za účelem umělého oplodnění ženy.“ (Mítlöhner, Sovová, 2015, s. 10)

Asistovaná reprodukce je upravena řadou zákonů. Oproti jiným způsobům léčby nemocí má velmi výjimečné postavení, protože se týká dvou lidí, jejichž cílem je narození dítěte, o které bude nutno pečovat řadu let.

V České republice platí zákon 227/2006 Sb. upravující provádění léčby metodami asistované reprodukce takto:

- Není striktní věkové omezení, avšak žena musí být v plodném období; neplodný pár tvoří muž a žena, kteří nemusí být manželé.
- Otcem dítěte je muž žádající se svojí ženou o léčbu metodami asistované reprodukce.
- Genetické vyšetření embryí, stejně jako předcházení vrozené vývojové vadě či nemoci probíhá pouze ve vyhrazených medicínských indikacích.

- Léčbu metodami asistované reprodukce může provést pouze zdravotnické zařízení, které má licenci od Ministerstva zdravotnictví.
- Výběr pohlaví mimo medicínskou indikaci, přenos lidského embrya do dělohy jiného živočišného druhu či klonování je striktně zakázáno.
- Darování spermií a oocytů je anonymní a omezené věkovou hranicí, u ženy 18-35 let, u muže 18-40 let. Nezbytná jsou genetická, psychologická a další vyšetření. Pokud si dítě narozené po použití darovaných gamet vyžádá neidentifikující informace o zdravotním stavu dárce, má na to právo po dobu 30 let.

2.6.7 Úhrada léčby neplodnosti

Léčba neplodnosti je v principu hrazena zdravotní pojišťovnou podobně jako léčba jiných onemocnění. Pokud nejde o asistovanou reprodukci, nejsou doplatky za některé léky či výkony příliš vysoké.

Jistá omezení úhrad pojišťovnami má asistovaná reprodukce. Tak například 6x ročně je hrazena inseminace, avšak sperma dárce zdravotní pojišťovna nehradí (činí 500 – 1000 Kč). Od 18 do 39 let (některé pojišťovny do 40 let) je in vitro fertilizace hrazeno pojišťovnami tak, že proplatí maximálně 4 monitorované cykly se stimulací a v rámci nich nejvíce 3x cyklus IVF s přenosem embryí.

Ve všech centrech asistované reprodukce však cena za výkony nemusí být shodná. Může se lišit i provedení či čekací lhůty, proto je dobré se na daném pracovišti telefonicky informovat.

2.6.8 Etika asistované reprodukce

„ART (léčba pomocí technik asistované reprodukce) vyžaduje manipulaci s gametami a časnými lidskými embryi, proto ve státech, kde je prováděna, probíhá živá diskuze nad etickými, náboženskými, právními a medicínskými aspekty nových postupů ART.“ (Dostál, 2007, s. 9)

Odpověď na otázku, zda je správné využívat metod asistované reprodukce k léčbě neplodnosti, závisí na tradicích každé společnosti a na jejím kulturním prostředí.

V nemocnicích jsou zřizovány etické komise, avšak jejich závěry jsou pouze doporučením, jak postupovat.

„Etické pohledy tvoří základ, který se následně zčásti přenáší do zákonů, jejichž dodržování je už vymahatelné. Příkladem je zákon o darování spermatu nebo zákon o interrupcích.“ (Řežábek, 1999, s. 89)

Na rozdíl od islámských zemí, kde je darování spermatu totožné jako cizoložství, u nás je přijímáno bez problémů. Například ve Švédsku má přednost právo dítěte znát svého genetického otce. V České republice a mnoha jiných státech je upřednostněno právo dárce spermatu zůstat v anonymitě.

Eticky zamítnuté je klonování embryí a to spíše ze strachu z neznáma. Monochoriální (jednovaječná) dvojčata, která vlastně naklonovala sama příroda, není úplně ojedinělý jev a není v tom žádný etický problém.

Co je však nesprávné a eticky nepřijatelné, je výběr pohlaví budoucího dítěte. A to s tím ohledem na rovnost muže a ženy, a aby nedošlo k převaze jednoho pohlaví. Avšak zde je evidentní, že etické doporučení je nezávazné a nevymahatelné, protože existují ve světě pracoviště, kde se pohlaví zjišťuje a v případě děvčete následuje potrat.

Mezi další často diskutovaná témata patří otázka výzkumu na embryích, jestli má být zkoumána snaha odchovat lidský plod v děloze jiného tvora.

2.7 Jiné metody léčby neplodnosti

2.7.1 Balneoterapie

Balneoterapie zahrnuje různé léčebné metody a postupy, které jsou využívány v lázeňském prostředí pod dohledem lékaře, obvykle po dobu několika týdnů. Nejznámější léčebné procedury pro léčbu neplodnosti jsou tzv. *rašelinné tampony*, kdy je jemně rozdrcená a zahřátá slatina zavedena jednoduchým zařízením do vagíny a hned na to se může podat celková slatinná koupel. Po ukončení procedury se slatina odstraní z pochvy pomocí výplachu. Účinek je komplexní - mechanický, tepelný a chemický.

Dle Konečné (2003) je druhou nejvyužívanější lázeňskou procedurou *diatermie*, při které se využívají vysokofrekvenční proudy. Jejich průchodem dochází v hloubce tkání k jejich prohřátí, následuje rozšíření cév, zvyšuje se prokrvení a látková výměna, zlepšuje se výživa tkání a dochází k podpoře vstřebávání výpotků a otoků. Účinky diatermie se často využívají v gynekologii u zánětlivých adnexitid (zánětlivé onemocnění vejcovodů a

vaječnicků), parametritid (zánětlivé onemocnění závěsného děložního aparátu) a u infertility a sterility.

„Pobyt v lázních je velká změna, znamená vytržení ze stereotypu a odloučení od partnera. Pro někoho je to změna příjemná, protože partneři si od sebe odpočinou, přijdou na jiné myšlenky a nesoustředí se na sex v plodných dnech.“ (Konečná, 2003, s. 65) Někteří však mohou mít pocit, že nevyužili tento měsíc plodné dny, tudíž se těhotenství oddálí.

Nejčastěji navštěvované lázně pro tyto účely jsou Františkovy Lázně a Klimkovice.

2.7.2 Metoda Ludmily Mojžíšové

Cvičení dle paní Mojžíšové je ministerstvem zdravotnictví uznaná metoda léčby funkční neplodnosti. Provádět ji smí pouze fyzioterapeuti, kteří jsou vyškoleni v kurzech.

Princip této metody je založen na existenci reflexního vztahu mezi páteří a vnitřními orgány. Má-li páteř špatnou funkci, má ji špatnou i příslušný orgán a opačně. Při nadměrném a dlouhodobém dráždění nervových vláken dochází ke spasmům svalů kolem obratlů i svalů dna pánevního. Může to vzniknout jako následek úrazu, zánětlivého procesu v pánvi, vlivem opakovaných mikrotraumat, změnami konfigurace obratlových těl, ale i díky civilizačním chorobám. Zvýšené napětí svaloviny vejcovodů pravděpodobně způsobuje jejich neprůchodnost, bolestivou menstruaci vyvolává spasmus děložního hrdla, spasmus děložního těla má za následek vznik tzv. dráždivé dělohy a spasmus pochvy způsobuje bolesti při pohlavním styku.

Cvičit by žena měla na klidném místě, nejdříve 2 hodiny po jídle, přibližně ve stejný čas. Důležité je dodržování pitného režimu, vyvarovat se odvodňujícím tekutinám jako je černý čaj, alkohol a kofein. Při cvičení by žena neměla být rušena poslechem rádia či sledováním TV, aby udržela pozornost a mohla se soustředit. Vhodný je volný oděv, aby nebránil správnému provedení cviků, optimální teplota v místnosti je asi 22 stupňů a neméně důležitý je i pozitivní přístup ke cvičení.

2.7.3 Akupunktura a akupresura

„Akupunktura je stará čínská metoda, která léčí pacienta a jeho choroby drážděním určitých bodů na povrchu těla vpichováním jemných jehel nebo požehováním.“ (Konečná, 2003, s. 79)

Akupresura je alternativou akupunktury, při které do bodů nepícháme jehly, nýbrž je stlačujeme. Dalším pojmem je moxování, při kterém body nahříváme díky doutnajícímu smotku z čínského pelyňku.

Tyto metody celkem uznávají i kritici nekonvenční medicíny. Riziko vzniká při neodborně prováděné akupunktuře, kdy může dojít i k poškození některých struktur (cév, nervů) a je zde i riziko přenosu infekcí či HIV, pokud nejsou jehly dokonale sterilizovány.

2.7.4 Homeopatie

Tento způsob léčení byl založen na zásadě, že podobné se léčí podobným. Tento druh léčby má za cíl podpořit životní sílu, která následně povzbudí obranu organismu proti různým chorobám. Kritici homeopatie vyčítají této metodě její nevědecké principy, náročnost diagnostiky, která může trvat i několik hodin a dlouhodobost léčby.

2.7.5 Psychoterapie

„Zatímco v době metod asistované reprodukce nelze o kauzální terapii sterility psychoterapií hovořit, podpůrná terapie zaměřená na zvládnání stresu je považována za velmi užitečnou. Jednak ji pacientky samy velmi pozitivně hodnotí a jednak byl po jejím absolvování v ojedinělých randomizovaných studiích potvrzen lepší výsledek léčby sterility, a to bez závislosti na použité metodě (IVF, stimulace gonadotropiny, inseminace).“ (Koryntová, 2002, s. 635)

2.8 Jiná cesta k dítěti

„Nenaplněná touha po dítěti není fyzické onemocnění, ale velká osobní bolest.“ (Freundl, 2009, s. 151)

Přiznat si, že nezbyvá, než vzdát svoji touhu po vlastním dítěti, je pro většinu párů těžké. Smířit se s tím, že nejspíš nikdy nebudou mít vlastního potomka je tak bolestivá, že tento okamžik stále odsouvají a doufají. Je však nesmírně důležité být zdravým člověkem s nenaplněnou touhou, než se stát pacientem, který není v pořádku.

Důležitá je vzájemná podpora partnerů a společná komunikace. Často vyplují na povrch zásadní otázky: Chceme žít společně? Kdo jsem? Máme společnou budoucnost i bez dítěte? Partneri se musí vyvarovat vinění toho druhého.

2.8.1 Adopce

„Zkušenost ukazuje, že návrat k plnohodnotnému milování se svým partnerem, zlepšení vztahů mezi ostatními členy rodiny či v zaměstnání vnese do svazku adoptovaný človíček.“ (Ulčová – Gallová, 2006, s. 113)

Adopce (osvojení) znamená přijetí cizího dítěte za vlastní. Vzhledem k přísným kritériím a běžným několikaletým čekacím lhůtám je daleko jednodušší adopce většího či postiženého dítěte. Možností je adopce dítěte ze zahraničí, avšak je nutné překonat hromadu nejrůznějších formalit.

Existuje zrušitelné osvojení, kdy nastanou závažné důvody a osvojitel či osvojenec ho může na žádost zrušit, či nezrušitelné, kdy osvojitelé jsou ve všech dokladech osvojenec uvedeni jako jeho rodiče.

Od června 2000 je možné osvojení z ciziny.

2.8.2 Pěstounská péče

Pěstounská péče převažuje nad osvojením. Děti u svých pěstounů tráví buď dny, celé týdny nebo zde žijí trvale, avšak kontakt s biologickými rodiči je stále zachován. Občas se děti po několika letech ke svým rodičům vrací, většinou ale zůstávají u pěstounů navždy.

„Pěstounská péče po právní stránce končí zletilostí dítěte, respektive nástupem do pracovního procesu nebo ukončením studia.“ (Kuzníková a kolektiv, 2011, s. 146)

2.9 Psychické dopady neplodnosti

„Rozhodují-li se partneři pro umělé oplodnění, většinou si ani nedovedou představit, jak mimořádně náročné období je čeká. Pokud by se jim ale včas dostalo vhodné psychosomatické péče, někteří z nich by možná pomoc ze zkumavky vůbec nepotřebovali.“ (Jedelská, 2011, s. 32)

Na začátku zjištění neplodnosti ženy zpravidla zpanikaří a odmítají této skutečnosti uvěřit. Většina po čase dojde do fáze přijetí pravdy. U žen, které nepřestanou pravdu

odmítat, hrozí riziko, že v tomto stádiu setrvají, nejsou schopny vyhledat pomoc, čímž často dochází ke zhoršení původní diagnózy a nutnosti náročnější léčby. Psychické napětí tento stav jen prohloubí.

Mezi pocity, které neplodnost přináší, patří hlavně hněv, pocit viny, závist a smutek.

Lidé se většinou zlobí nesprávně, což je dané tím, že emoce a logika nejdou dohromady. Zlobí se na sebe, na partnera, na své tělo, na okolí a své přátele, kteří rodi děti bez problémů, a neméně na vyšší moc a na Boha.

Důležité je vyrovnat se s celou situací. K tomu je potřeba dostatek informací, protože kvůli obavám se člověk stává zranitelnějším. Pro vyrovnání se s neplodností je nutné pokračovat v normálním životě. Pár by se měl věnovat svým zálibám a životu tak, jakoby žádná léčba nebyla. Doporučuje se vyhýbat situacím, které jsou bolestivé, například návštěva přátel, kteří mají malé dítě, nakupování ve velkých obchodních centrech, kde se nachází mnoho mladých rodin, apod.

Dalším úskalím je komunikace s přáteli a rodinnými příslušníky. Často totiž netuší, jak se chovat a jak mluvit s lidmi, kteří nemohou mít děti.

Psychologové doporučují vést si deník a zapisovat do něho během léčby své pocity. Vyjádření emocí může uvolnit tlak a napětí a pomůže si také uvědomit, jaký pokrok partner či partnerka udělali.

Mužská potřeba chránit ženu může vést k odcizení. Nesvěřují se se svojí bolestí a tak žena může mít pocit, že jen ona po dítěti tolik touží a může se cítit osamělá.

Freundl (2009) doporučuje v léčbě udělat čas od času pauzu, pokud to některý z partnerů potřebuje, a začít se věnovat relaxačním technikám. Ty totiž podporují kontakt s vlastním tělem, a to napomáhá vybudování pozitivního přístupu vůči svému tělu, o kterém si většina pacientů myslí, že je nechalo na holičkách.

Rozvoj těžké deprese vyžaduje pomoc psychiatra, který pomůže zvládnout jejich stavu vzniklé vleklou a neúspěšnou léčbou.

3 Metodika práce

Tato kapitola obsahuje charakteristiku souboru dotazovaných osob, způsob vyhodnocení získaných dat a organizaci výzkumného šetření.

3.1 Charakteristika souboru dotazovaných osob

Výzkumu se zúčastnilo 15 žen, které otěhotněly pomocí metody asistované reprodukce, porodily zdravé dítě ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové a byly ochotné účastnit se výzkumu.

Věk žen se pohyboval mezi 22 a 32 lety. Ženám, které mají zájem o metody asistované reprodukce v České republice, je nejčastěji mezi 30 – 39 lety. Mého výzkumu se však účastnily i ženy výrazně mladší (viz tabulka 2).

Tabulka 2. Věk

Věk ženy	Četnost
22	1
23	2
25	2
26	1
27	1
29	2
30	4
31	1
32	1

Nejvíce dotazovaných žen bylo středoškolsky vzdělaných (47 %). Vysokoškolské vzdělání mělo 5 dotazovaných (33 %), 2 dotazované (13 %) byly vyučené a vyšší odborné vzdělání měla jedna dotazovaná (7 %), (viz tabulka 3).

Tabulka 3. Vzdělání

Vzdělání	Četnost
Základní	0
Vyučena	2
Středoškolské s maturitou	7
Vyšší odborné	1
Vysokoškolské	5

Až na jednu ženu (7 %) byly všechny dotazované (93 %) zaměstnané. Nestudovala žádná z nich (viz tabulka 4).

Tabulka 4. Zaměstnání

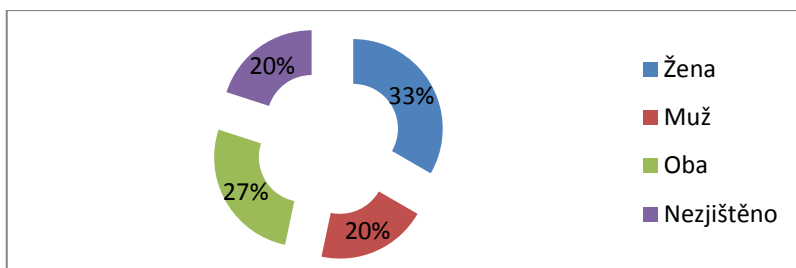
Zaměstnání	Četnost
Zaměstnaná	14
Nezaměstnaná	1
Studující	0

Délku snahy spontánně otěhotnět udaly ženy od 1 roku do 6 let. Vždy po jedné dotazované (33 %) se snažilo spontánně otěhotnět po dobu 1 roku, 1,5 roku, 2,5 roku, 5 a 6 let. Dvě dotazované (13 %) vyhledaly pomoc po 3 letech a čtyři dotazované podstoupily vyšetření po 2 a 4 letech (54 %), (viz tabulka 5).

Tabulka 5. Délka snahy spontánně otěhotnět

Snaha spontánně otěhotnět (roky)	Četnost
1	1
1,5	1
2	4
2,5	1
3	2
4	4
5	1
6	1

Příčina neplodnosti už není pouze na straně ženy. Z 15 dotazovaných byla zjištěna příčina u ženy v 5 případech (33 %), u 4 párů (27 %) byla vina na straně obou partnerů, mužská neplodnost byla zjištěna u 3 párů (20 %) a shodně, tedy 3 ženy (20 %) uvedly, že příčina zjištěna nebyla (viz graf 1).



Graf 1. Příčina neplodnosti

Všechny dotázané ženy (100 %) podstoupily minimálně jeden pokus o fertilizaci in vitro s následným embryotransferem a 12 párů (80 %) bylo alespoň jednou na intrauterinní inseminaci (viz tabulka 6).

Tabulka 6. Metody asistované reprodukce

Respondentka	Intrauterinní inseminace	Fertilizace in vitro + embryotransfer
1.	0	6
2.	5	1
3.	0	7
4.	4	4
5.	5	1
6.	2	1
7.	4	8
8.	0	5
9.	1	2
10.	3	1
11.	3	5
12.	4	3
13.	5	1
14.	2	2
15.	4	3

3.2 Metoda výzkumu a zpracování dat

Vzhledem k zaměření výzkumu diplomové práce na kvalitu života by bylo nejvhodnější provést se ženami osobní rozhovory. Proto jsem písemně zažádala Etickou komisi vybrané Fakultní nemocnice v Hradci Králové, abych mohla na Porodnicko – gynekologické klinice, na oddělení šestinedělí, oslovit pacientky po porodu, které otěhotněly pomocí metody IVF. Žádost mi byla bez problémů schválena, stejně jako žádost u vrchní sestry příslušné kliniky.

Problém nastal při přímém oslovení pacientek, které se mnou odmítaly rozhovor v porodnici uskutečnit. Nyní to s odstupem času jako čerstvá matka chápu.

Z tohoto důvodu jsem zvolila metodu SEIQoL (Schedule for the Evaluation of individual Quality of Life), kterou v Čechách uvedl Křivohlavý (2001) a MGI (Mother Generated Index), jejímž autorem je Dr. Symon z Velké Británie a v ČR se poprvé objevila v bakalářské práci Závodníkové (2015) a disertační práci Lorenzové (2015). Jedná se o individualizované metody, kdy se ke kvalitě života přistupuje tak, jak ji vidí zkoumaná osoba. To, jak je vnímána kvalita života určité osoby, závisí na jejím vlastním systému hodnot. Dané oblasti se mohou v průběhu života měnit a i s tím se počítá.

Metoda MGI i SEIQoL jsou pro respondenty náročné, protože si sami musí vybrat důležité životní oblasti na základě svých hlavních životních cílů a spokojenosti se životem. Obě metody jsou blíže popsány v teoretické části, v kapitole 2.3.1.

3.2.1 Způsob vyhodnocení dotazníku SEIQoL

Poté, co respondent vyplní potřebné údaje dle svého uvážení, odešle dotazník např. elektronicky, poštou apod.

„Vyhodnocení kvality života se provádí tak, že se u každého životního cíle násobí jeho důležitost (uvedená v procentech) mírou spokojenosti (uvedenou též v procentech).“ (Zeman, in Křivohlavý, 2002, s. 144) Výsledek je pak dle Zemana rovný součtu takto zjištěných součinů pro všech pět řádků, přičemž nejvyšší zjištěná hodnota může mít hodnotu 10 000). Výsledný součet vydělíme stem, aby se výsledek pohyboval mezi 0 a 100. Výslednou hodnotu poté označujeme jako index kvality života (QL).

Dále je respondent vyzván, aby na vizuální analogové škále (VAS), která se většinou rozdělí na 100 dílků, udělal křížek. Ten značí hodnotu jeho celkové spokojenosti se životem (v rozmezí 0 – 100 %).

„Je nutné zdůraznit, že na výslednou hodnotu indexu kvality života nemají uvedené konkrétní životní cíle vůbec žádný vliv! Jinými slovy, nezajímá nás, jestli respondent uvedl jako životní cíle „zdraví, naději, lásku, rodinu a víru“ nebo „kanárka, motorku, ženy, fotbal a pivo.“ (Zeman, 2008, s. 144)

Interpretaci výsledků jsem zvolila dle Závodníkové (2015).

3.2.2 Způsob vyhodnocení dotazníku MGI

Metoda MGI není v České republice doposud rozšířená. Jak uvádím v teoretické části, poprvé ji ve své bakalářské práci použila Závodníková (2015), v disertační práci Lorenzová (2015) a teoreticky se o MGI zmínila ve své disertační práci Vachková (2014). Autor metody, Dr. Symon, uvádí, že MGI je spojením mezi srovnávacím výkonem kvantitativních vzorců a vypovídací schopností kvalitativního výzkumu (Symon et al., 2011).

Respondentka je v prvním kroku dotazníku vyzvána, aby do příslušných kolonek zapsala jednu až osm životních oblastí, kterých se dotklo podstoupení asistované reprodukce, a následně je zhodnotila, jestli ovlivnění bylo pozitivní, negativní, pozitivní i negativní nebo žádné. Druhý krok znamená na škále od 0 do 10 zaznamenat, jak se změny po absolvování IVF dotkly jednotlivých oblastí života respondentky. Přičemž ohodnocení nula znamená nejhorší pocit a deset znamená nejlepší pocit. V posledním třetím kroku má respondentka zvážit, jak důležité jsou zapsané životní oblasti pro vnímání její kvality života. K dispozici má 20 bodů, které však nemusí rozdělit mezi všechny uvedené oblasti, pouze mezi ty nejdůležitější (Závodníková, 2015; Symon, Dobb, 2011).

Vyhodnocení dotazníků jsem provedla dle Dr. Symona (Symon et al., 2011) a interpretaci výsledků jsem zvolila dle Závodníkové (Závodníková, 2015).

3.3 Organizace výzkumného šetření

Dotazník obsahuje tři části. První z nich zahrnuje demografické údaje a základní data neplodného páru. Respondentky správnou odpověď podtrhly nebo doplnily. Druhou a třetí část tvoří dotazníky MGI a SEIQoL, které obsahují podrobný popis, jak mají být správně vyplněny. Pacientky měly prostor pro otázky, dotazníky si odnesly domů a domluvily jsme se tak, že mi dotazníky po vyplnění zašlou elektronicky z vymyšlené

adresy, aby byla zachována jejich anonymita. Na oddělení jsem rozdala 25 dotazníků, vrátilo se mi jich pouze 15, což znamená 60% návratnost.

3.4 Hodnocení kvality života metodou SEIQoL a MGI u jednotlivých respondentek

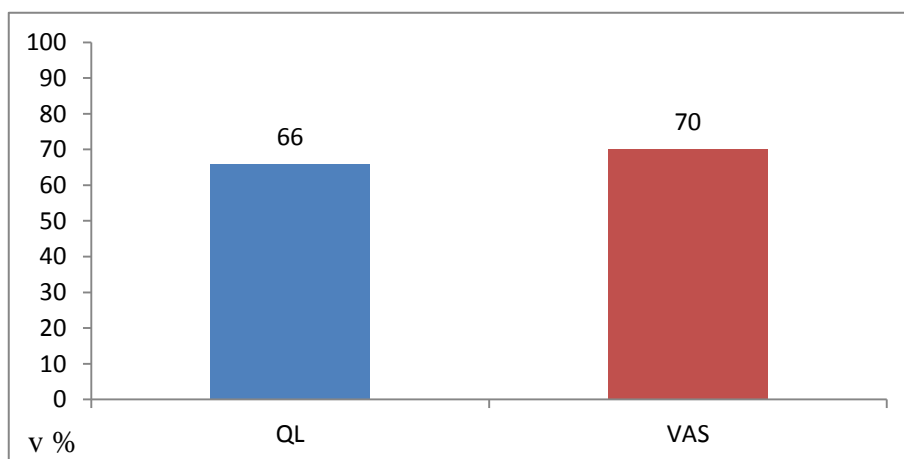
Respondentka č. 1

Respondentkou č. 1 je středoškolsky vzdělaná, t. č. nezaměstnaná žena. Spontánně se s partnerem snažili o miminko 3 roky. Vyšetření v centru asistované reprodukce neodhalilo žádný zdravotní problém ani jednoho z partnerů. Žena podstoupila IVF (Fertilizace in vitro) s následnými 6 ET (embryotransfery). V době otěhotnění bylo ženě 22 let a porodila spontánně.

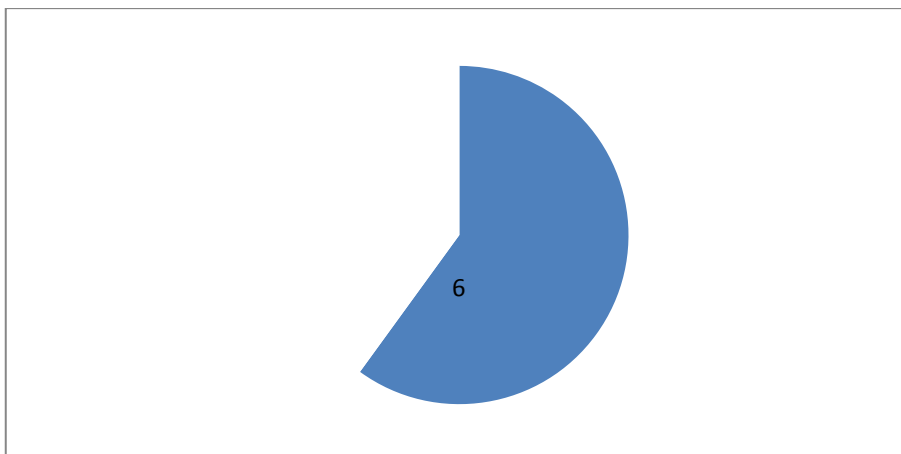
V dotazníku MGI uvedla jako nejdůležitější životní oblasti ovlivněné pozitivně rodinu a vztah s partnerem. Negativně bylo ovlivněno její fyzické zdraví a jako kombinaci negativních a pozitivních dojmů uvedla oblasti psychického zdraví a času pro sebe. Celkové MGI skóre je 6 z 10.

Dle metody SEIQoL je respondentka se svým životem celkem spokojená. Nejdůležitější v životě je pro ni rodina, vztah s partnerem a zdraví dětí, u kterého doplňuje, že je někdy až příliš úzkostlivá, což je nejspíš způsobeno tím, že má děti po IVF. Jako důležité ještě uvádí osobní naplnění a svůj vzhled. Spokojenost se životem (VAS) označila 70 (subjektivní spokojenost), hodnota QL byla 66. Objektivní spokojenost tedy byla oproti subjektivní nepatrně nižší.

Výsledky z obou metod se takřka shodují.



Graf 2. Výsledky metody SEIQoL u respondentky č. 1



Graf 3. Výsledky metody MGI u respondentky č. 1

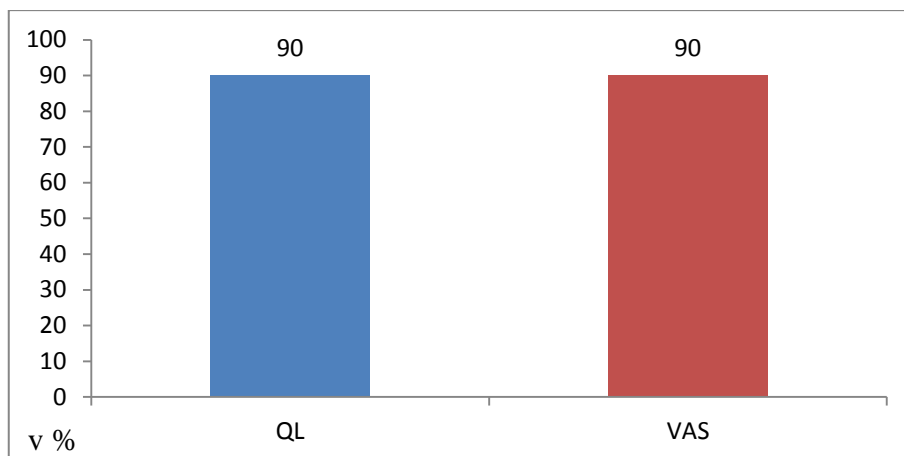
Respondentka č. 2

Druhá respondentka otěhotněla ve 30 letech. Dosáhla vysokoškolského vzdělání, byla zaměstnaná a spontánně se snažili počít 5 let. Vyšetření odhalilo příčinu neplodnosti na straně muže. Po 5 neúspěšných inseminacích následovalo IVF a jeden úspěšný ET. Porodila per forcipem.

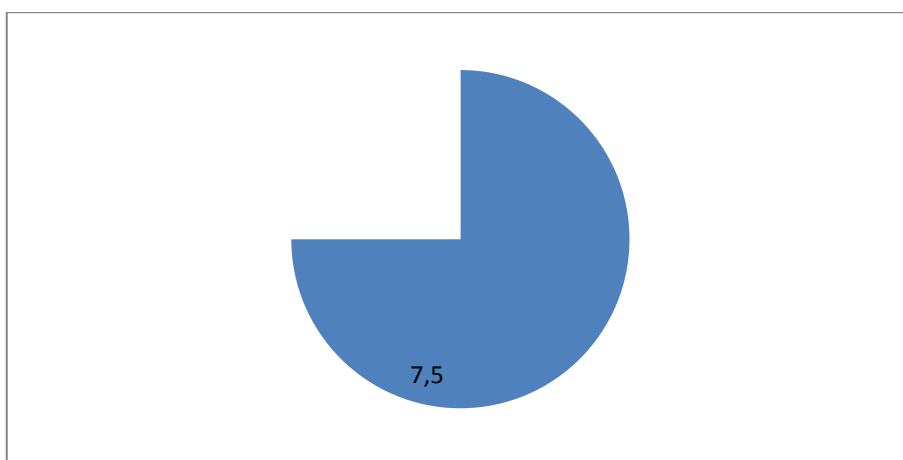
Dle metody MGI je pro pacientku velmi důležité mateřství, které narození miminka díky asistované reprodukci ovlivnilo pozitivně. S tím souvisí i další uvedená oblast, životní naplnění, což však respondentka hodnotí negativně. Záporně hodnotí i oblast volnočasových aktivit. Vztah s partnerem podstoupení asistované reprodukce ovlivnila pozitivně i negativně. Celkové MGI skóre je 7,5 z 10.

Nejdůležitější životní témata dle formuláře SEIQoL pro tuto respondentku jsou zdraví, děti, partner, sociální jistota a volný čas. K dětem uvedla, že jsou pro ni smyslem života, potřeba věnovat se jim, předat jim své zkušenosti. Kdyby tato oblast nebyla uspokojena, musela by hledat jinde. Spokojenost se životem udala 90 (subjektivní spokojenost), hodnota QL byla 90 (objektivní spokojenost). Žena je se svým životem výrazně spokojená.

Objektivní i subjektivní hodnocení v metodě SEIQoL bylo tedy shodné, oproti metodě MGI vyšší.



Graf 4. Výsledky metody SEIQoL u respondentky č. 2



Graf 5. Výsledky metody MGI u respondentky č. 2

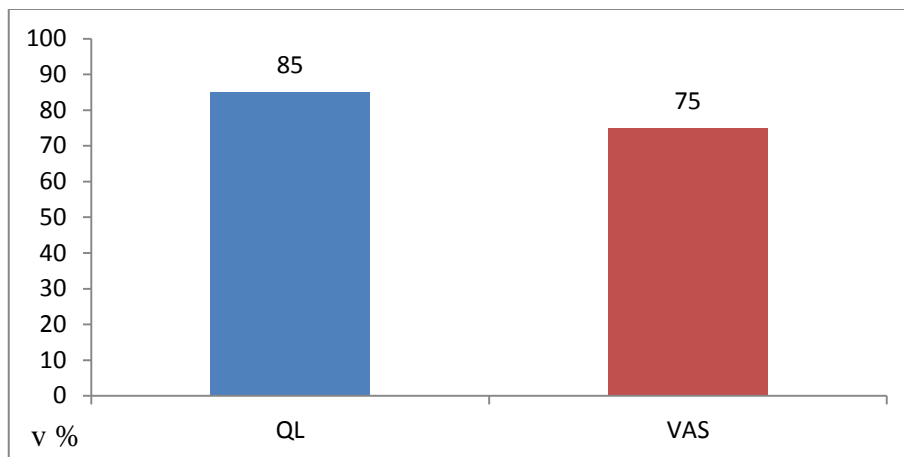
Respondentka č. 3

Po roční snaze spontánně otěhotnět se dostavila s partnerem na vyšetření středoškolsky vzdělaná, zaměstnaná žena. Příčina neplodnosti byla na straně respondentky, vzhledem k výsledkům na IUI (intrauterinní inseminace) nedošlo a rovnou podstoupila IVF. Otěhotněla ve 30 letech po sedmém ET. Porodila spontánně.

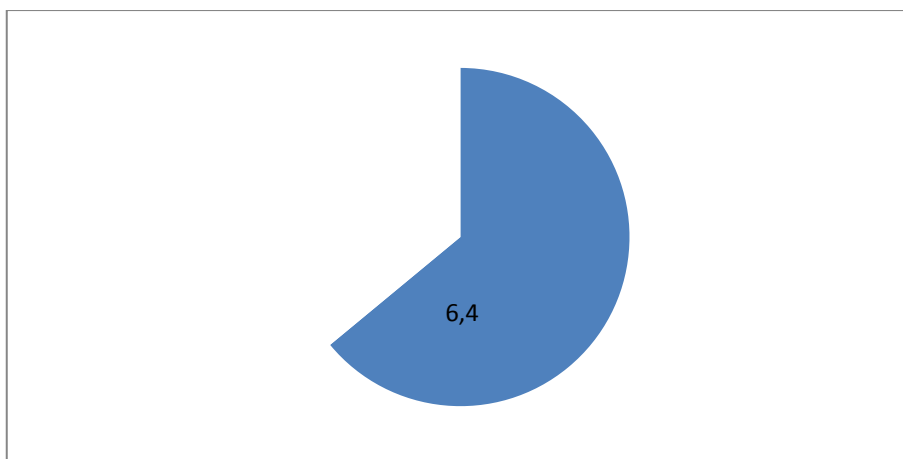
V dotazníku MGI uvedla 7 důležitých oblastí jejího života. Těhotenství po IVF pozitivně ovlivnilo její vztah s partnerem, vztah k sobě samé a souznění s mateřskou rolí. Psychické zdraví bylo ovlivněno jak pozitivně, tak negativně. K žádné změně nedošlo v oblastech tělesného zdraví, ve vztahu k širší rodině či ve vztahu s nejlepší kamarádkou. Celkové MGI skóre je 6,4 z 10.

Podle metody SEIQoL byla žena se svým životem celkem spokojená. Jako většina respondentek uvedla rodinu jako nejdůležitější životní oblast, díky dětem vnímá rodinu jako úplnou. Poté uvedla zdraví, kdy řešení její neplodnosti vyléčilo její gynekologické

obtíže. Bez dalších komentářů uvedla přátelství, finance a psychické zdraví. Spokojenost se životem udala 75 (subjektivní spokojenost), hodnota QL byla 85 (objektivní spokojenost). Objektivní spokojenost je zde vyšší než subjektivní.



Graf 6. Výsledky metody SEIQoL u respondentky č. 3



Graf 7. Výsledky metody MGI u respondentky č. 3

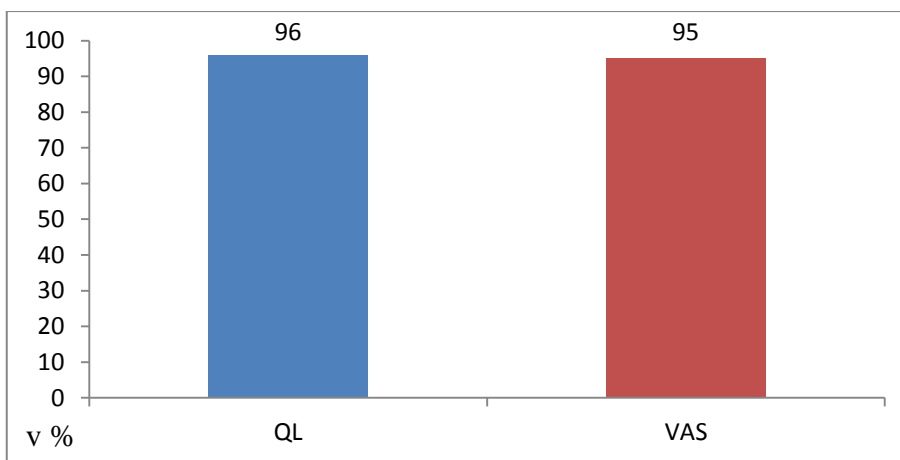
Respondentka č. 4

Čtvrtá respondentka otěhotněla ve 26 letech. Má středoškolské vzdělání, je zaměstnaná a o miminko se snažili dva a půl roku. Problém byl u obou partnerů. Nejdříve absolvovali čtyři pokusy IUI, následovalo IVF a 4 ET. Porodila plánovaným císařským řezem.

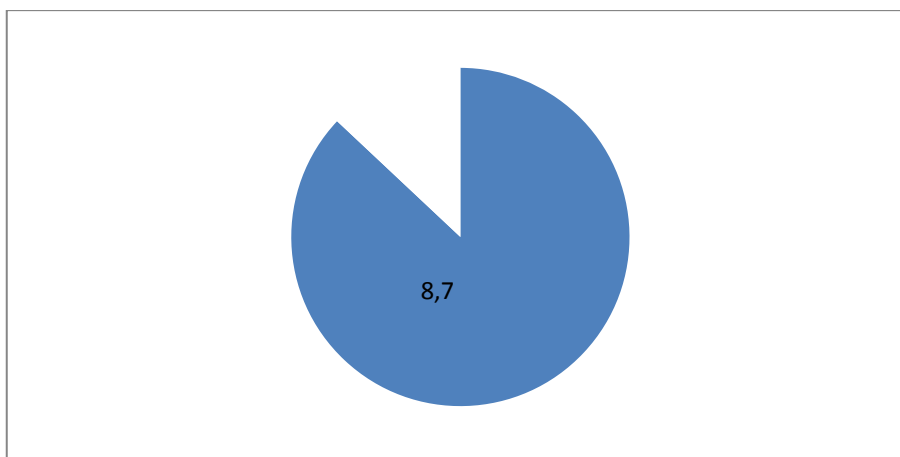
Mezi pozitivně ovlivněné oblasti života v dotazníku MGI uvedla vztah s partnerem, vztah prarodičů k dětem, souznění s mateřskou rolí a pocit tělesného zdraví. To, že nemohla počít přirozeně, hodnotí negativně, stejně jako vztah k sobě samé, vyčítá si svoji nedokonalost. Celkové MGI skóre je 8,7 z 10.

V případě metody SEIQoL označila jako nejdůležitější životní oblast děti, se kterými je na 100% spokojená. Jsou pro ni smyslem života. Stejně tak je spokojená s partnerem, bez kterého by děti nebyly. Důležití jsou pro ni i přátelé, které tato žena k životu potřebuje, aby se jim mohla vyzpovídat, odreagovat se s nimi. Neméně důležité je pro ni zdraví a zájmy. Spokojenost se životem udala 95 (subjektivní spokojenost), hodnota QL byla 96 (objektivní spokojenost). Navíc pacientka doplňuje spokojenost s IVF centrem.

Objektivní a subjektivní spokojenost je téměř shodná a velmi vysoká, stejně tak MGI skóre.



Graf 8. Výsledky metody SEIQoL u respondentky č. 4



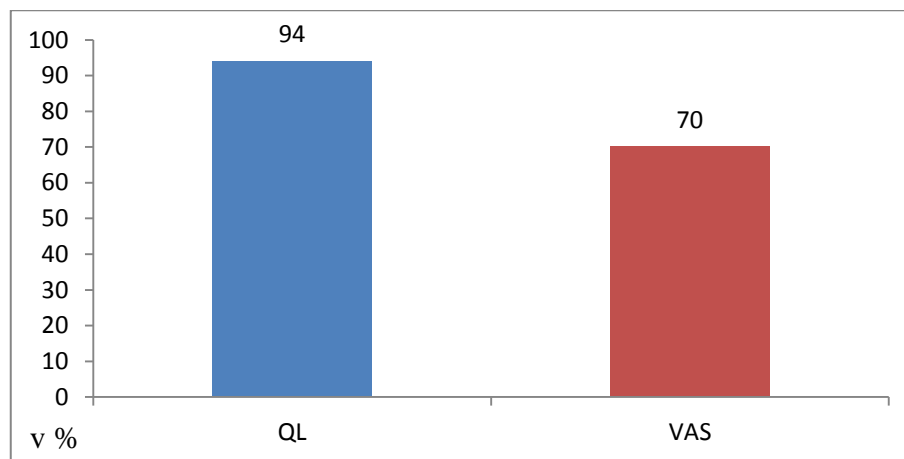
Graf 9. Výsledky metody MGI u respondentky č. 4

Respondentka č. 5

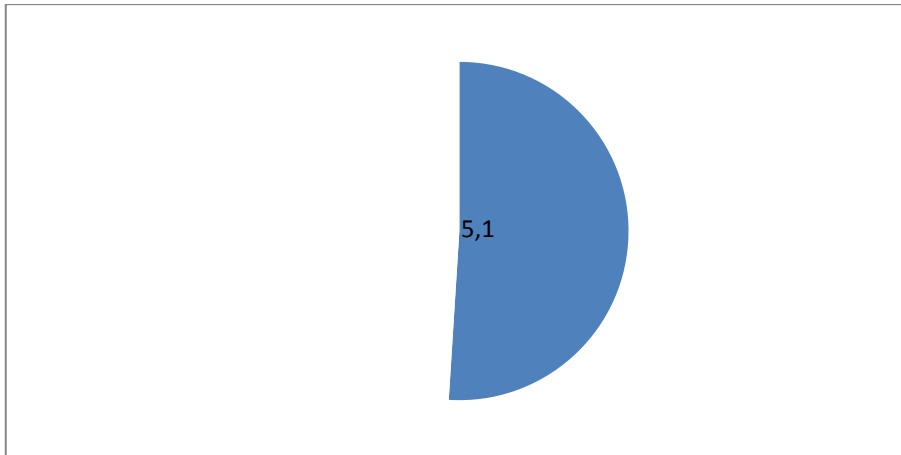
Respondentka č. 5 je zaměstnaná, středoškolsky vzdělaná žena, která se snažila spontánně otěhotnět po dobu 6 let. Příčina neplodnosti byla objevena na její straně. Po 5 neúspěšných IUI následovalo IVF a jeden úspěšný ET. Otěhotněla ve 27 letech.

Dle metody MGI je pro respondentku nejdůležitější vztah s partnerem a podstoupení IVF ho ovlivnilo maximálně pozitivně. Další důležitou oblastí je psychická stránka, ta byla ovlivněna jak pozitivně, tak i negativně. Negativně hodnotí změnu v tělesné, zdravotní stránce, ve vztahu k sobě samé a návštěvy lékařů. Informovanost a plánování těhotenství ji ovlivnilo pozitivně, ale k těmto oblastem nepřikládá ve svém životě důležitost, co se týče hodnocení jeho kvality. Celkové MGI skóre je 5,1 z 10.

Naproti tomu dle metody SEIQoL je respondentka se svým životem spokojená. Nejdůležitější je pro ni partnerský vztah. Uvádí, že neplodnost ve vztazích má dva konce. První, kdy to naprosto rozbourá vztah a pár se rozejde, anebo druhý, kdy to k sobě partnery o to víc semkne, pomáhají si a podporují se, což byl i její případ. Je za to nesmírně vděčná. Stejně jako u prvních čtyřech respondentek, je pro tuto ženu důležité zdraví. Díky vyšetření, které musela podstoupit před IVF, zjistila, že má Leidenskou mutaci a ví, čemu se má vyvarovat, aby nenastaly v budoucnu nějaké zdravotní komplikace. Shoduje se s ostatními též v oblasti rodiny a role rodiče. Nová je oblast sexu, dokud respondentka nevěděla, že nemůže spontánně otěhotnět, dávala si veliký pozor. Nyní je klidnější a sex si užívá víc naplno. Spokojenost se životem udala 70 (subjektivní spokojenost), hodnota QL byla 94 (objektivní spokojenost). Objektivní spokojenost je výrazně vyšší než subjektivní.



Graf 10. Výsledky metody SEIQoL u respondentky č. 5



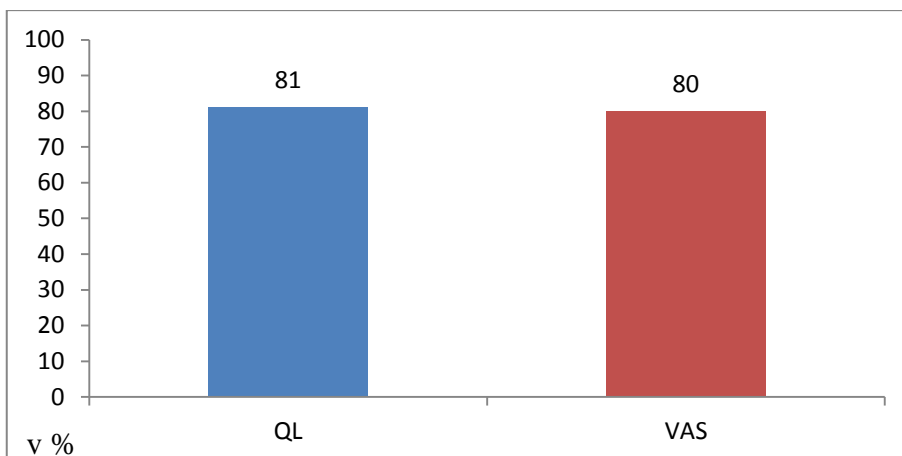
Graf 11. Výsledky metody MGI u respondentky č. 5

Respondentka č. 6

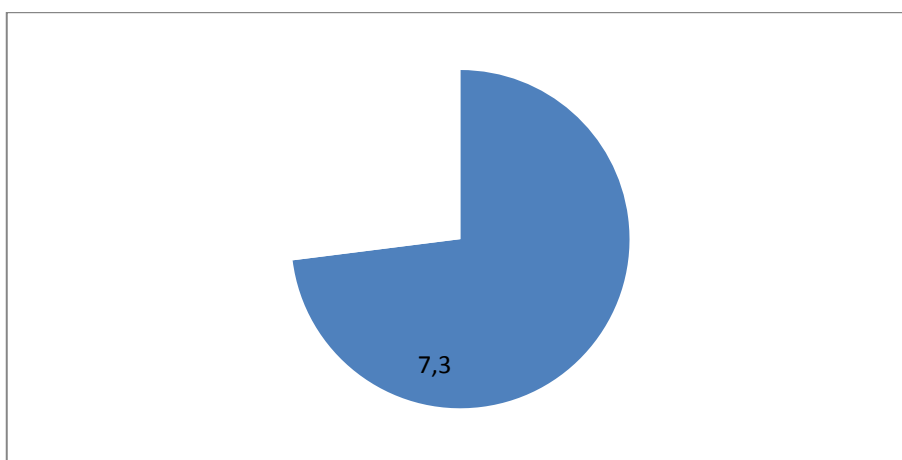
Šestá respondentka má vyšší odborné vzdělání, je zaměstnaná a o těhotenství se spontánně snažili 2 roky. Příčina neplodnosti byla zjištěna u obou partnerů. Po dvou neúspěšných pokusech IUI podstoupila respondentka IVF s následným ET. První pokus byl úspěšný, otěhotněla ve 23 letech. Kvůli zdravotní indikaci porodila plánovaným císařským řezem.

V dotazníku MGI uvedla jako nejdůležitější životní oblasti tělesné zdraví, které bylo ovlivněno negativně, změna životního stylu, změna oblasti práce a vztah s partnerem, které byly ovlivněny pozitivně. Celkové MGI skóre je 7,3 z 10.

V dotazníku podle metody SEIQoL uvedla jako nejdůležitější životní téma děti, dvojčata, se kterými je na 90 % spokojená. Hodně důležité je pro ni i zaměstnání, pracuje ve zdravotnictví a naplňuje ji to. S nižší důležitostí a bez dalšího komentáře zapsala partnera, peníze a svůj vzhled. Spokojenost se životem udala 80 (subjektivní spokojenost), hodnota QL byla 81 (objektivní spokojenost). Objektivní a subjektivní spokojenost je téměř shodná a celkem vysoká. Žena je se svým životem spokojená.



Graf 12. Výsledky metody SEIQoL u respondentky č. 6



Graf 13. Výsledky metody MGI u respondentky č. 6

Respondentka č. 7

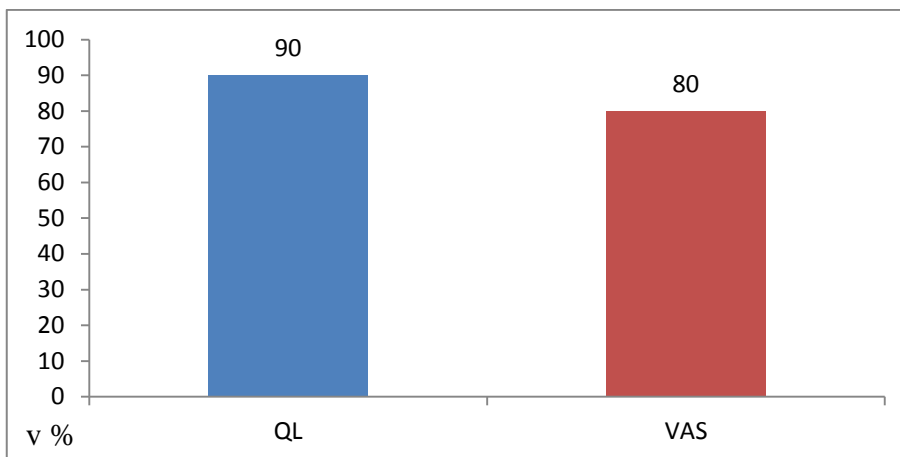
Respondentka č. 7 otěhotněla ve 29 letech. Je zaměstnaná, má středoškolské vzdělání a spontánně se snažila otěhotnět čtyři roky. Příčina byla zjištěna stejně jako u předchozí respondentky u obou partnerů. Metodu IUI absolvovali 4x, neúspěšně. Poté následovalo IVF a těhotenství bylo potvrzeno až po osmém ET. Žena porodila spontánně.

Dle MGI dotazníku asistovaná reprodukce ovlivnila pozitivně její život ve vztahu s partnerem, vztahu k sobě samé, její roli matky a rodinu. Negativní dopad měla na ženiny tělesné proporce a sexualitu, tomu však nepřikládá vysokou důležitost ve vnímání kvality života. Kombinovaně (negativně i pozitivně) se to dotklo zdraví a vztahu s přáteli. Celkové MGI skóre je 6 z 10.

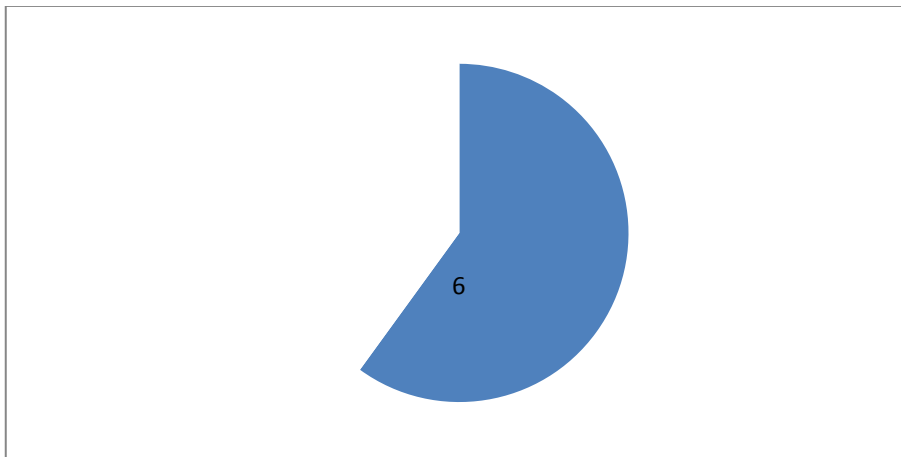
V metodě SEIQoL svoji kvalitu života ohodnotila výrazně lépe, než v metodě MGI. Na prvním místě, jako ve většině případů, je rodina, se kterou je spokojená na 100%. Doplňuje, že aby byli ucelení, nestačí být jen ona a partner. Důležitá je pro ni pohoda,

klid v rodině, uspokojení, které popisuje jako sebevyjádření a přechod na jinou rovinu vztahů ze dvou dospělých na rodinu. Dále zdraví a peníze, které jsou pro život potřebné. Spokojenost se životem udala 80 (subjektivní spokojenost), hodnota QL byla 90 (objektivní spokojenost).

V porovnání s MGI skóre, kde se zdá, že respondentka není až tolik spokojená, hodnocení dle metody SEIQoL ukazuje subjektivně vysokou spokojenost, objektivně dokonce ještě vyšší.



Graf 14. Výsledky metody SEIQoL u respondentky č. 7



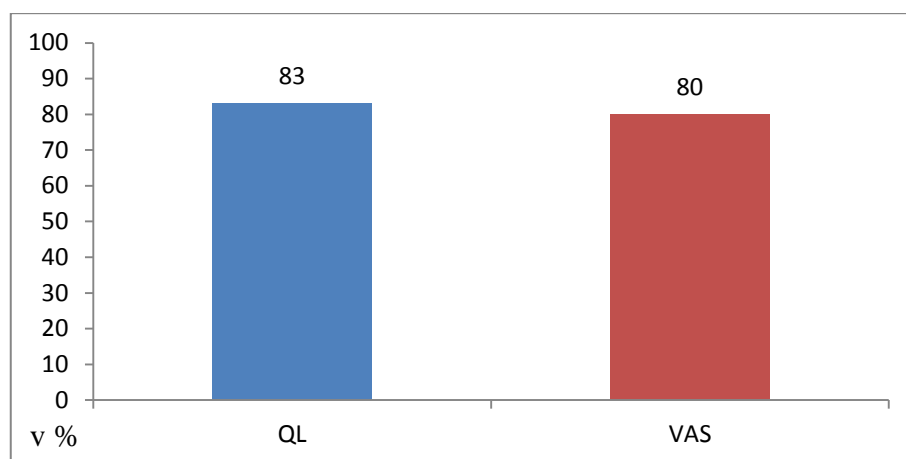
Graf 15. Výsledky metody MGI u respondentky č. 7

Respondentka č. 8

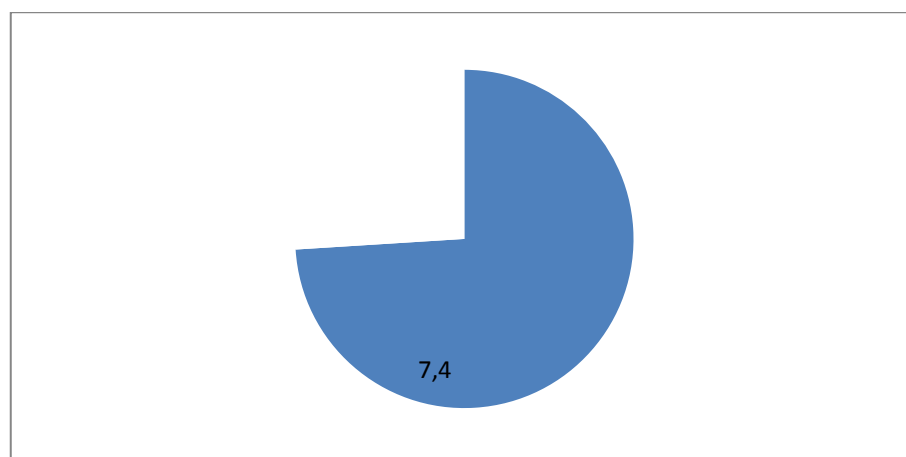
Osmá respondentka má vysokoškolské vzdělání, je zaměstnaná a na vyšetření se s partnerem dostavili po dvouleté snaze spontánně otěhotnět. Dle vyšetření příčina u obou partnerů, tudíž respondentka rovnou absolvovala proces IVF. Otěhotněla ve 29 letech po pátém ET a porodila akutním císařským řezem.

Mezi důležité oblasti života v dotazníku MGI uvedla vztah s partnerem, který je pro ni velmi důležitý a procesem asistované reprodukce nebyl nijak ovlivněn. Negativní ovlivnění zaznamenala u financí a tělesné kondice, které však nehodnotí jako příliš důležité ve svém životě. Vztah k přátelům s dětmi a psychiku to nijak neovlivnilo. Celkové MGI skóre je 7,4 z 10.

Dle metody SEIQoL je se svým životem respondentka spokojená. Důležitý je pro ni především partner. Doplnuje, že celý proces IVF a nezdary spontánně otěhotnět hodně ovlivnily jejich vztah, který je nyní pevnější, klidnější a více vyrovnaný. Dalšími důležitými oblastmi je mateřství, zdraví, životní optimismus a rodina. Udává, že vztahy s rodinou se kvůli IVF trochu zhoršily. Rodiče obou partnerů nesouhlasili s vynaloženým úsilím a financemi, které do IVF investovali. Dle jejich názoru měli počkat, až přijde dítě samo. Spokojenost se životem udala 80 (subjektivní spokojenost), hodnota QL byla 83 (objektivní spokojenost).



Graf 16. Výsledky metody SEIQoL u respondentky č. 8



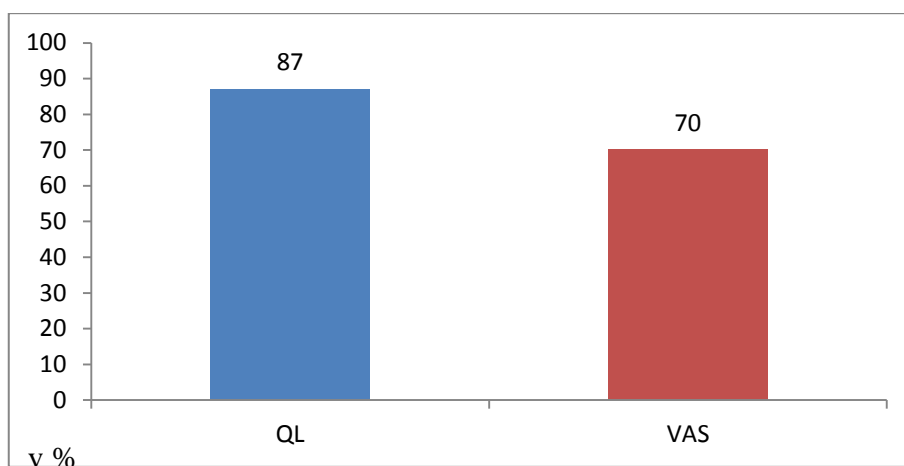
Graf 17. Výsledky metody MGI u respondentky č. 8

Respondentka č. 9

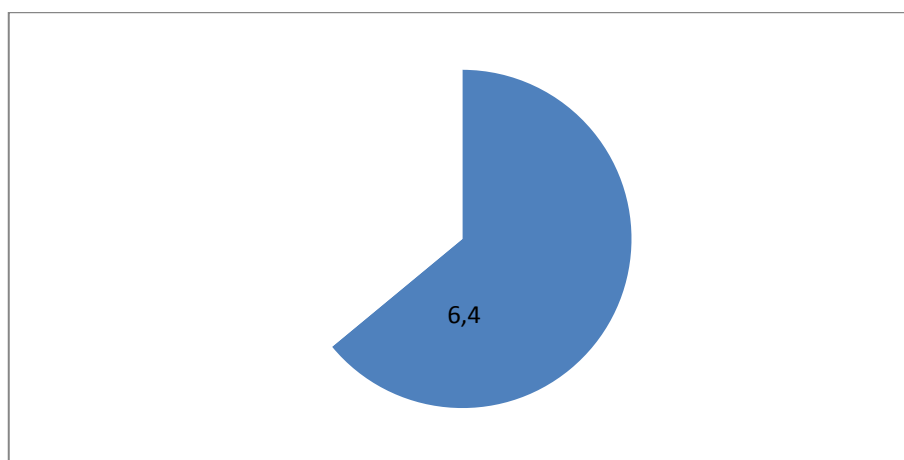
Po čtyřech letech spontánní snahy otěhotnět byla vyšetřena devátá respondentka. Je zaměstnaná, vyučená a příčina neplodnosti byla zjištěna u ní. Po jednom neúspěšném pokusu IUI podstoupila proces IVF a hned po prvním ET otěhotněla. Bylo jí 23 let a porodila spontánně.

Jako nejdůležitější oblasti života v dotazníku MGI uvedla vztah s manželem, s rodinou a s rolí matky. Všechny oblasti byly vlivem procesu asistované reprodukce ovlivněny pozitivně. Negativně se to dotklo respondentčina zdraví a vztahu s přáteli. Celkové MGI skóre je 6,4 z 10.

V dotazníku SEIQoL uvedla kromě rodiny a zdraví ještě domov, peníze a vzhled. Za možnost asistované reprodukce je velmi vděčná, díky ní má svoji vytouženou dcerku. Spokojenost se životem udala 70 (subjektivní spokojenost), hodnota QL byla 87 (objektivní spokojenost). Tedy objektivní spokojenost byla o hodně vyšší než subjektivní spokojenost.



Graf 18. Výsledky metody SEIQoL u respondentky č. 9



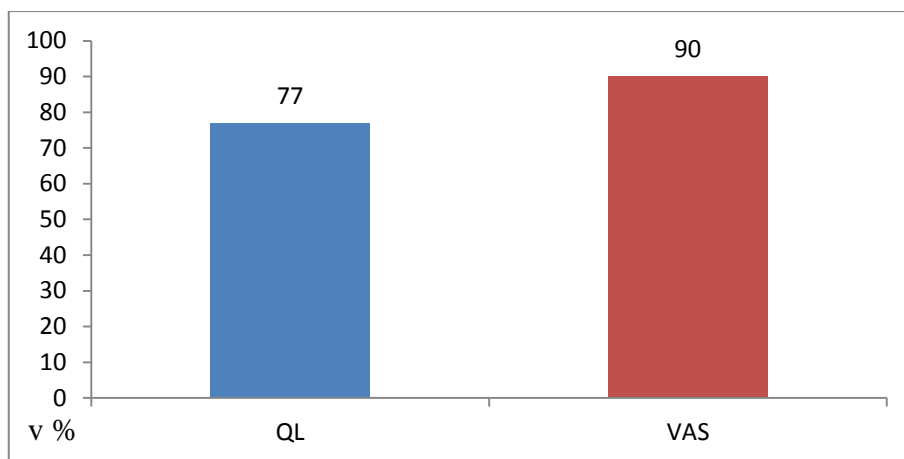
Graf 19. Výsledky metody MGI u respondentky č. 9

Respondentka č. 10

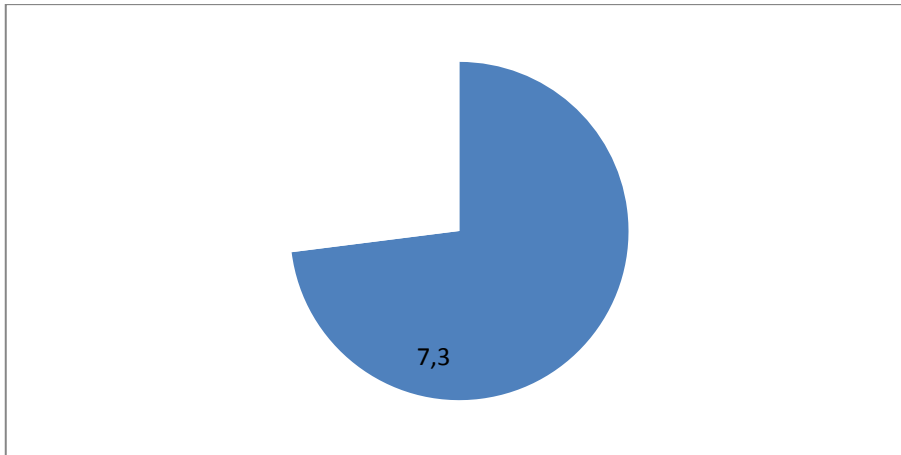
U 10. respondentky, která je vysokoškolsky vzdělaná a zaměstnaná, nebyl zjištěn žádný zdravotní problém. Spontánně se snažili o miminko 2 roky. Absolvovali 3x IUI, avšak neúspěšně. Po procesu IVF žena otěhotněla hned po prvním ET. Bylo jí 30 let a porodila spontánně.

V MGI dotazníku zaznamenala pozitivní vliv ve vztahu s rodiči, s partnerem a s mateřskou rolí. Naproti tomu negativně to zasáhlo práci a fyzické zdraví. Kombinaci pozitivního a negativního vlivu se to týká oblastí vztahu s přáteli a psychiky. Celkové MGI skóre je 7,3 z 10.

V dotazníku SEIQoL jako nejdůležitější životní téma uvádí, stejně jako většina respondentek, zdraví a rodinu. Pro ženu je životním cílem být dobrou matkou, partnerkou i dcerou. Oblast zdraví byla při snaze o otěhotnění výrazně podlomena. Pro vytvoření dobrého zázemí uvádí jako další důležité téma finanční jistotu, kterou asistovaná reprodukce jistým způsobem zhoršila. Poslední důležitou oblastí je spokojenost, což uvádí v podstatě jako souhrn výše uvedeného. Spokojenost se životem udala 90 (subjektivní spokojenost), hodnota QL byla 77 (objektivní spokojenost). Objektivní spokojenost byla u této respondentky výrazně nižší než subjektivní spokojenost.



Graf 20. Výsledky metody SEIQoL u respondentky č. 10



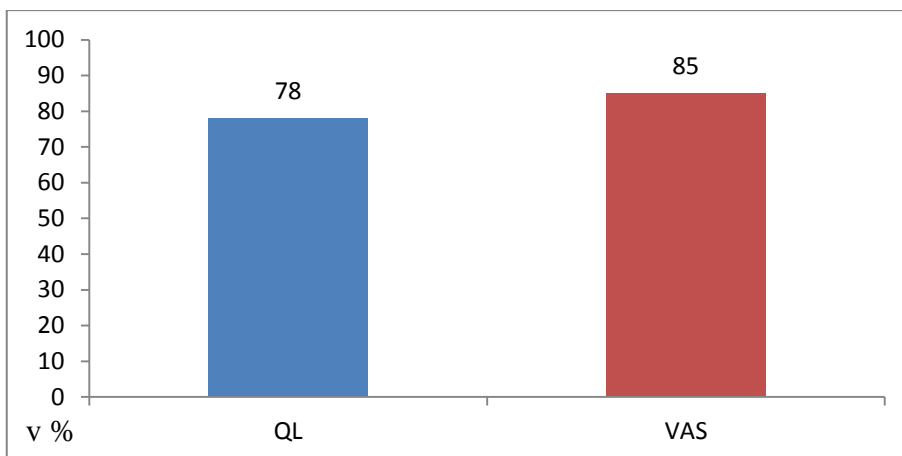
Graf 21. Výsledky metody MGI u respondentky č. 10

Respondentka č. 11

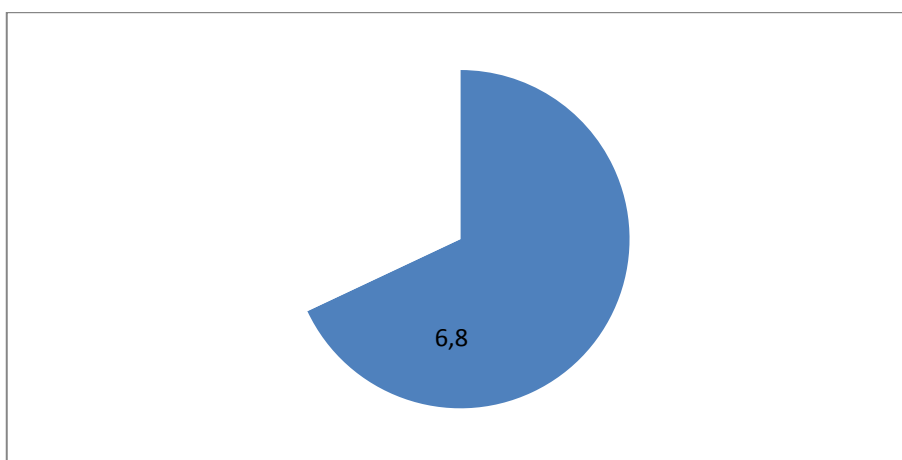
Jedenáctá respondentka je středoškolsky vzdělaná, zaměstnaná žena. O spontánní početí se snažili 4 roky. Neplodnost byla zjištěna na straně muže. Po třech neúspěšných IUI absolvovala respondentka proces IVF. Otěhotněla ve 25 letech po pátém ET. Porod byl veden operativně, pomocí VEX (vakuumextrakce).

Jako důležité oblasti v dotazníku MGI zapsala vztah s manželem a psychický stav. Obojí bylo ovlivněno procesem asistované reprodukce pozitivně i negativně a v životě je to pro ni velmi důležité. U rodiny a přátel došlo k pozitivnímu ovlivnění a pouze finance ohodnotila negativně, avšak těm v životě nepřikládá velikou důležitost. Celkové MGI skóre je 6,8 z 10.

Dle dotazníku metody SEIQoL je pro tuto respondentku důležitá rodina, dodává, že partner taky, ale aby mohli být kompletní, jsou potřeba i děti. Další životní témata pro ni jsou kariéra, zdraví, zájmy, psychická pohoda a zdraví. Žena má práci, která ji hodně baví a naplňuje ji, po porodu ji hodně chybí a těší se, až se k ní zase vrátí. Spokojenost se životem udala 85 (subjektivní spokojenost), hodnota QL byla 78 (objektivní spokojenost), tedy o málo nižší.



Graf 22. Výsledky metody SEIQoL u respondentky č. 11



Graf 23. Výsledky metody MGI u respondentky č. 11

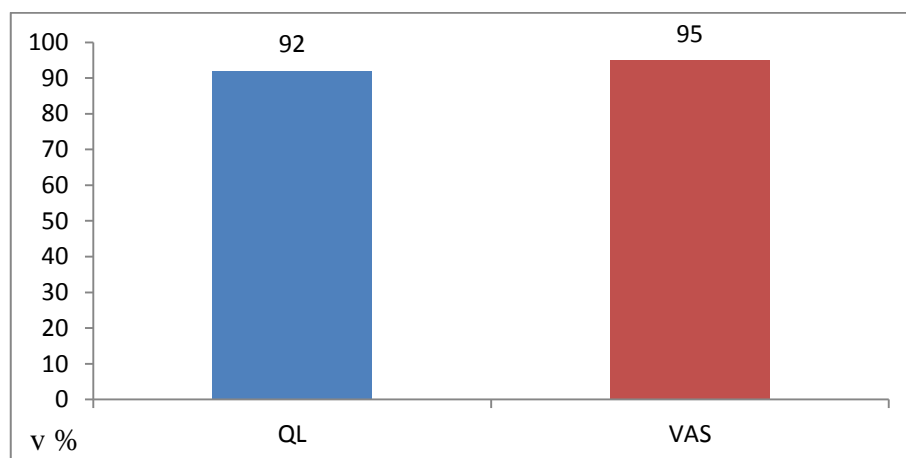
Respondentka č. 12

Respondentka č. 12 je nezaměstnaná, vysokoškolsky vzdělaná žena. Příčina neplodnosti nebyla zjištěna. Spontánně se snažili o miminko 3 roky. Po čtyřech neúspěšných pokusech IUI podstoupila žena proces IVF a otěhotněla po třetím ET. Porodila spontánně ve 32 letech.

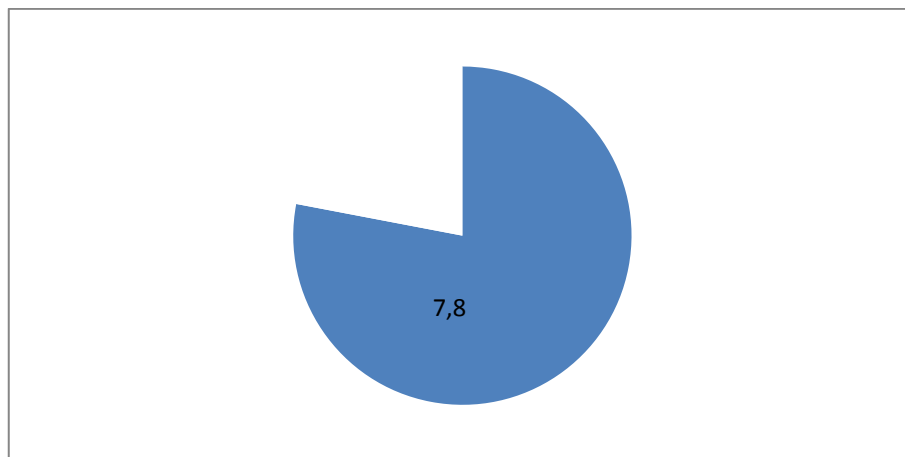
Jako důležité oblasti života v dotazníku MGI zapsala mateřství, partnera a psychickou pohodu, ohodnotila je jako velmi důležité, navíc ji ovlivnily pozitivně. Negativní dopad zaznamenala u spánku, což ale nepovažuje za příliš důležité pro kvalitu svého života. Celkové MGI skóre je 7,8 z 10.

Dle dotazníku SEIQoL je tato žena se svým životem velmi spokojená. Jako nejdůležitější oblasti života popsala rodinu – mít dobrý vztah s manželem, jeho a jejími rodiči. Dále děti, kvůli kterým hodně prožili, zdraví, peníze a přátele, kterých si váží a kteří jim byli oporou v těžkém období jejich života. Spokojenost se životem udala 95

(subjektivní spokojenost), hodnota QL byla 92 (objektivní spokojenost), tedy téměř shodná.



Graf 24. Výsledky metody SEIQoL u respondentky č. 12



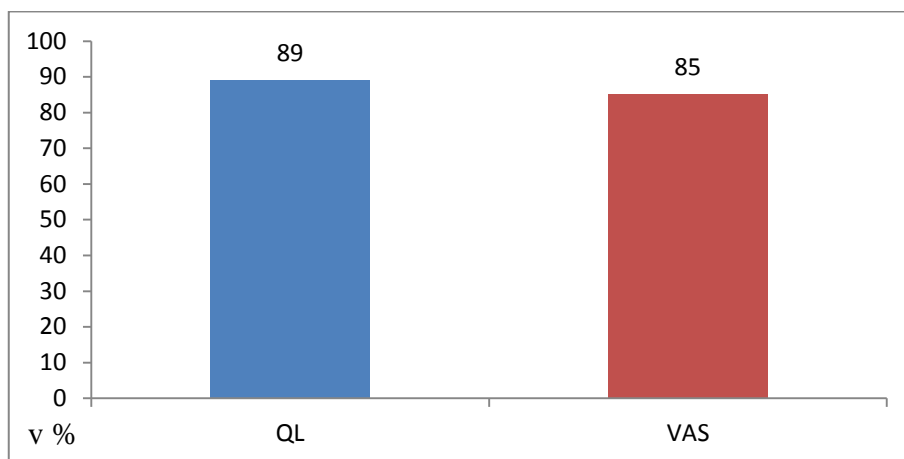
Graf 25. Výsledky metody SEIQoL u respondentky č. 12

Respondentka č. 13

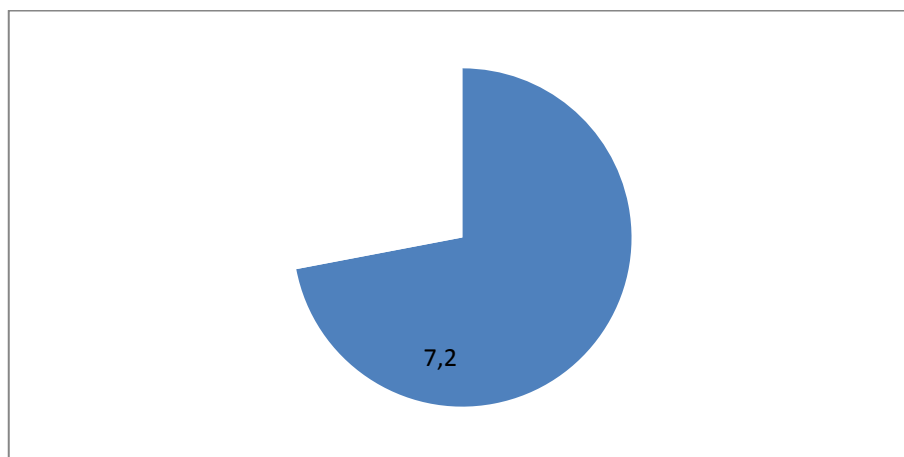
Třináctá respondentka se snažila spontánně otěhotnět 2 roky. Je zaměstnaná, vysokoškolsky vzdělaná a po vyšetření byla zjištěna příčina neplodnosti na její straně. Po pěti pokusech IUI absolvovala proces IVF a hned po prvním ET se potvrdilo těhotenství. Bylo jí 31 let a porodila akutním císařským řezem.

V MGI dotazníku uvedla jako důležité oblasti života zdraví, mateřství, vztah k partnerovi, psychickou pohodu a roli ženy. Poslední tři oblasti byly ovlivněny pozitivně i negativně. Zdraví, které je pro ni nejdůležitější, bylo změněno negativně, naproti tomu mateřství pozitivně. Celkové MGI skóre je 7,2.

Tato respondentka vždy věděla, že chce a snad bude dobrou matkou, proto je pro ni mateřství v životě nejvíce důležité. Další, pro ni důležité, životní oblasti jsou rodina – spokojený manžel, děti a tím pádem i respondentka, záliby, zdraví a peníze. Spokojenost se životem udala 85 (subjektivní spokojenost), hodnota QL byla 89 (objektivní spokojenost). Žena je tedy dle dotazníku SEIQoL se svým životem hodně spokojená.



Graf 26. Výsledky metody SEIQoL u respondentky č. 13



Graf 27. Výsledky metody MGI u respondentky č. 13

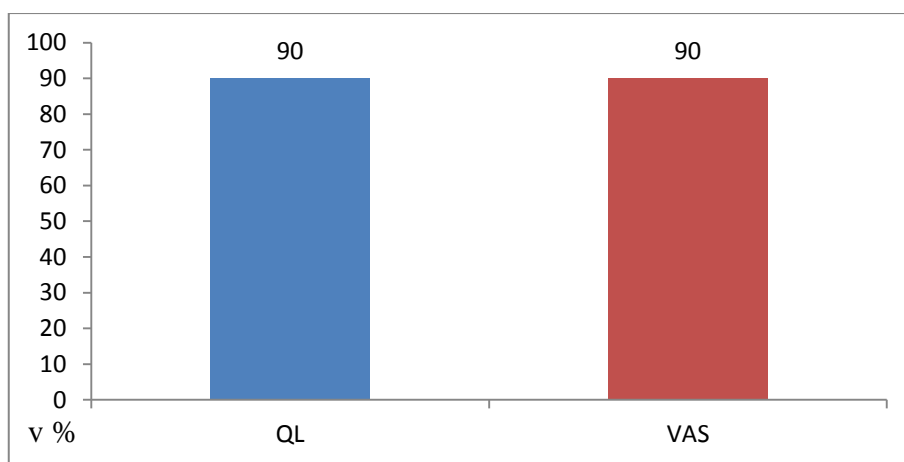
Respondentka č. 14

U respondentky č. 14 byla zjištěna příčina neplodnosti u muže. Po dvou neúspěšných pokusech IUI podstoupila žena IVF a 2 ET. Porodila spontánně ve 30 letech. Je středoškolsky vzdělaná, zaměstnaná a spontánně se snažila otěhotnět jeden a půl roku.

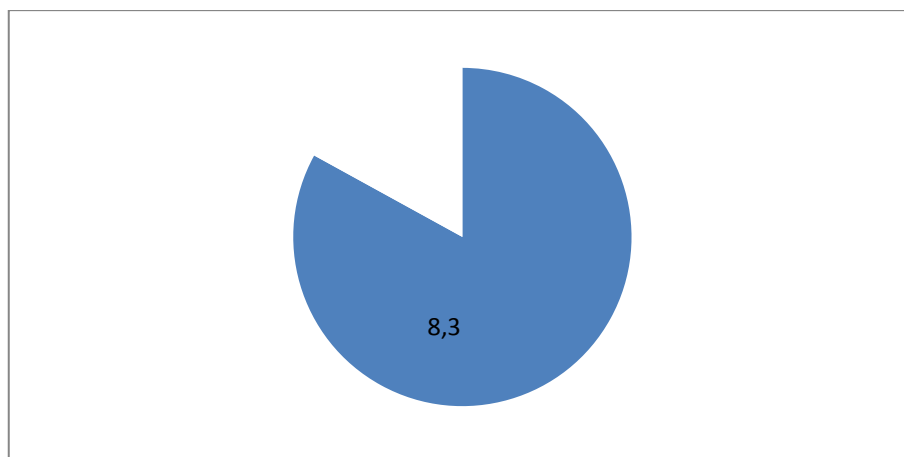
Dle dotazníku MGI jsou pro ženu nejdůležitější životní oblasti tělesné a psychické zdraví, partner a vztah k sobě samé. Kromě tělesného zdraví, které nebylo asistovanou reprodukcí nijak ovlivněno, vše ostatní vnímá pozitivně. Celkové skóre MGI je 8,3 z 10.

Dle formuláře SEIQoL je pro respondentku důležitá spokojená a fungující rodina, domov – tedy hezké bydlení pro její rodinu, partner, který jí byl oporou, zdraví a kariéra. Spokojenost se životem udala 90 (subjektivní spokojenost), hodnota QL byla 90 (objektivní spokojenost).

Výsledky metody MGI i SEIQoL jsou velmi vysoké.



Graf 28. Výsledky metody SEIQoL u respondentky č. 14



Graf 29. Výsledky metody MGI u respondentky č. 14

Respondentka č. 15

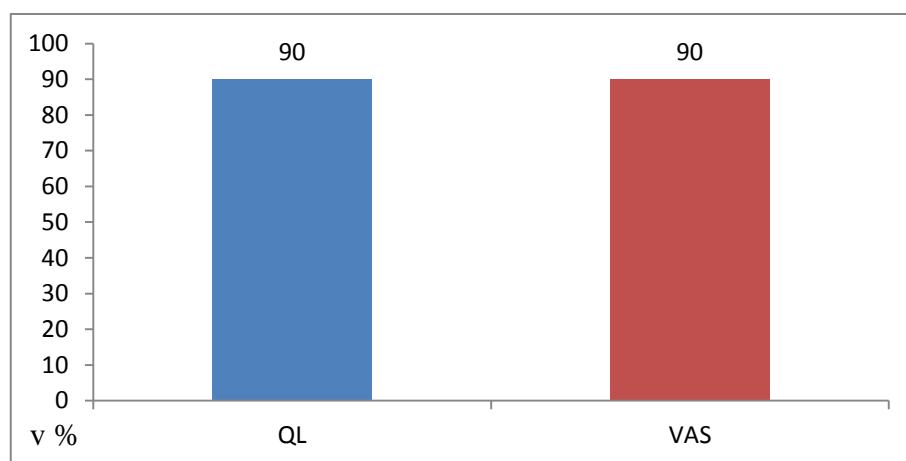
Patnáctá respondentka je vyučená a zaměstnaná. Po čtyřleté snaze spontánně otěhotnět při vyšetření zjistili, že je příčina dosavadní neplodnosti na straně ženy. Po 4

neúspěšných pokusech IUI podstoupila žena IVF a hned první ET byl úspěšný. Otěhotněla ve 25 letech a porodila spontánně.

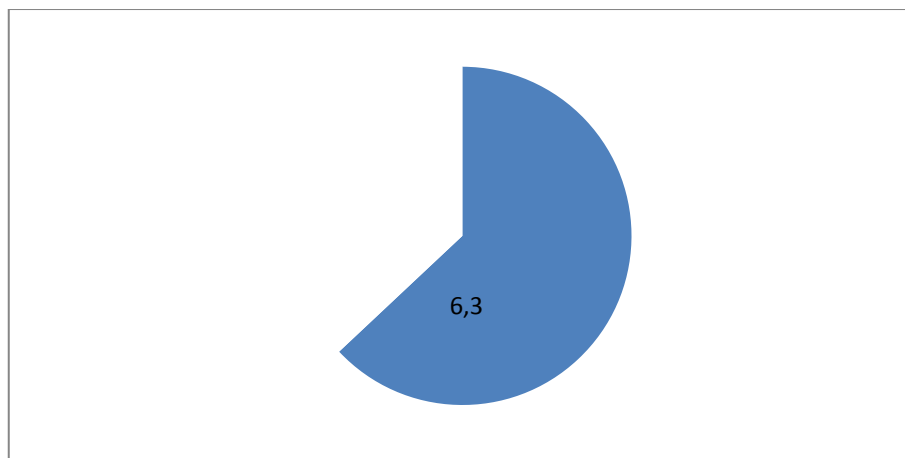
Jako důležité oblasti života uvedla v dotazníku MGI mateřství a vztah s partnerem, které asistovaná reprodukce ovlivnila pozitivně. Negativně byly ovlivněny ženiny zájmy a sex, čemuž přikládá v životě menší význam, než prvním dvěma oblastem. Celkové MGI skóre je 6,3 z 10.

V dotazníku SEIQoL zapsala mezi nejdůležitější životní oblasti zdraví a rodinu, doplňuje, že pro „úplnost“ jsou potřeba 3 a více a musí být zdraví. Hned za nimi uvádí partnera, celkovou spokojenost a sex. Spokojenost se životem udala 90 (subjektivní spokojenost), hodnota QL byla 90 (objektivní spokojenost).

Pacientka je se svým životem dle formuláře SEIQoL velmi spokojená, hodnocení MGI bylo nižší.



Graf 30. Výsledky metody SEIQoL u respondentky č. 15



Graf 31. Výsledky metody MGI u respondentky č. 15

4 Výsledky

Cílem této kapitoly je jednotlivě vyhodnotit informace, které jsem získala pomocí dotazníků SEIQoL a MGI. Nejdříve uvedu výsledky jednotlivých metod a poté obě metody porovnam. Podobně výsledky zpracovala Závodníková (2015).

4.1 Výsledky šetření metody MGI

4.1.1 Oblasti života

V tabulce 7 je přehled všech důležitých oblastí života, které respondentky uvedly. Ženy mohly zapsat maximálně osm oblastí, kterých se dotklo podstoupení asistované reprodukce. Z hodnocení vyplynulo 19 různých životních oblastí. Každé oblasti jsem přiřadila kód, zapsala je do tabulky a poté jsem vypočítala jejich absolutní a relativní četnost.

Tabulka 7. Kódy a četnosti oblastí MGI

Oblast	Kód	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Vztah s partnerem	1	15	19,0
Mateřství	2	9	11,4
Životní naplnění	3	1	1,3
Zájmy	4	3	3,8
Fyzické zdraví	5	10	12,7
Změna životního stylu	6	1	1,3
Změna v oblasti práce	7	2	2,5
Spánek	8	1	1,3
Psychického zdraví	9	10	12,7
Vztah k sobě samé	10	5	6,3
Sex	11	2	2,5
Peníze	12	2	2,5
Tělesná kondice	13	1	1,3
Vztah k přátelům s dětmi	14	1	1,3
Vztah s rodinou	15	7	8,9
Vztah s přáteli	16	5	6,3
Výčitky, nedokonalost	18	2	2,5
Návštěvy lékařů	19	1	1,3
Informovanost	20	1	1,3

Jak z tabulky vyplývá, nejčastěji uváděnou oblastí je pro respondentky partner (19%), dále pak fyzické a psychické zdraví (12,7 %) a mateřství (11,4 %). Dalšími významnými oblastmi je ještě vztah s rodinou (8,9 %), vztah s přáteli a vztah k sobě samé (6,3 %). Ostatní oblasti byly důležité jen pro malý počet respondentek.

4.1.2 Hodnocení oblastí MGI

Po zapsání důležitých oblastí pro život, následovalo hodnocení, jak daná oblast respondentku ovlivnila. V tom vidím přednost metody MGI. Na druhé straně metoda SEIQoL umožňuje zapsat podrobnější komentář, ten však nejde plošně vyhodnotit.

V tabulce 8 je přehled životních oblastí, jejich četnost a způsob, jak ji podstoupení asistované reprodukce ovlivnilo.

Tabulka 8. Hodnocení oblastí MGI

Oblast	Kód	Četnost	Pozitivní	Negativní	Obojí	Žádné
Vztah s partnerem	1	15	12		2	1
Mateřství	2	9	9			
Životní naplnění	3	1		1		
Zájmy	4	3		2		1
Fyzické zdraví	5	10	1	6	1	2
Změna životního stylu	6	1	1			
Změna v oblasti práce	7	2	1	1		
Spánek	8	1		1		
Psychického zdraví	9	10	2	1	7	
Vztah k sobě samé	10	5	3		2	
Sex	11	2		2		
Peníze	12	2		2		
Tělesná kondice	13	1		1		
Vztah k přátelům s dětmi	14	1				1
Vztah s rodinou	15	7	6			1
Vztah s přáteli	16	5	1	1	1	2
Výčitky, nedokonalost	18	2		2		
Návštěvy lékařů	19	1		1		
Informovanost	20	1	1			

Vztah s partnerem byl dle respondentek nejen nejvíce uveřejňován, navíc uvedly, že asistovaná reprodukce ho ve dvanácti případech pozitivně ovlivnila. Jak jedna

pacientka uvedla v dotazníku SEIQoL, neplodnost buď páry semkne, anebo rozvrátí. Dle mého názoru tím, že u těchto respondentek po absolvování IVF došlo k otěhotnění, ovlivnilo je to a hodnotily to pozitivně.

4.1.3 Vyhodnocení životních oblastí MGI

Tabulka 9 ukazuje přehled celkových skóre MGI u jednotlivých respondentek. Minimální skóre mohlo být 0, maximální 10 (viz tabulka 9).

Tabulka 9. Přehled skóre MGI

Respondentka	MGI skóre
1.	6
2.	7,5
3.	6,4
4.	8,7
5.	5,1
6.	7,3
7.	6
8.	7,4
9.	6,4
10.	7,3
11.	6,8
12.	7,8
13.	7,2
14.	8,3
15.	6,3

Podle výsledků v tabulce 9 je vidět, že respondentky jsou se svojí kvalitou života po porodu díky asistované reprodukci spokojené. Jejich skóre se pohybuje v horní polovině rozpětí možných bodů.

Jak ukazuje tabulka 10, nejvíce respondentek (6) se pohybuje v rozmezí 7,1 – 8 bodů z 10 možných. Tři ženy jsou v rozmezí 0 – 6 bodů z 10 možných, v rozmezí 6,1 – 7 bodů z 10 možných se pohybují čtyři respondentky a nejvyšší skóre, tedy v rozmezí 8,1 – 10 bodů z 10 možných získal nejmenší počet žen (2).

Tabulka 10. Četnost MGI skóre

Četnost MGI			
0 až 6	6,1 až 7	7,1 až 8	8,1 až 10
3	4	6	2

4.1.4 Přidělování bodů v dotazníku MGI

Respondentky měly k dispozici 20 bodů, které měly rozdělit mezi zapsané oblasti, nemusely obodovat každou z nich (viz tabulka 11).

Tabulka 11. Přidělené body v MGI

Oblast	Celkový počet bodů
Vztah s partnerem	90
Mateřství	42
Životní naplnění	5
Zájmy	8
Fyzické zdraví	41
Změna životního stylu	6
Změna v oblasti práce	7
Spánek	1
Psychického zdraví	41
Vztah k sobě samé	8
Sex	6
Peníze	5
Tělesná kondice	2
Vztah k přátelům s dětmi	4
Vztah s rodinou	23
Vztah s přáteli	10
Výčitky, nedokonalost	0
Návštěvy lékařů	0
Informovanost	0

Nejlépe hodnocený je vztah s partnerem (90 bodů), skoro o polovinu méně má mateřství (42 bodů) a třetí nejlépe hodnocené bylo fyzické a psychické zdraví (41 bodů).

4.2 Výsledky šetření metody SEIQoL

4.2.1 Životní témata

Tabulka 12 nabízí přehled všech životních témat, které byly od respondentek zjištěny. Jedná se o 14 různých oblastí, kterým jsem přidělila kódy a poté jsem vypočítala jejich absolutní a relativní četnost.

Tabulka 12. Kódy a četnost témat SEIQoL

Téma	Kód	Absolutní Četnost	Relativní četnost v %
Rodina	1	12	16,2
Zdraví	2	14	18,9
Kariéra	3	4	5,4
Peníze	4	7	9,5
Spokojenost	5	4	5,4
Domov	6	2	2,7
Vzhled	7	3	4,1
Partner	8	8	10,8
Rodičovství	9	3	4,1
Psychická pohoda	10	3	4,1
Děti	11	4	5,4
Sex	12	2	2,7
Přátelé	13	3	4,1
Zájmy	14	5	6,8

Nejčetnějším tématem pro respondentky je zdraví (18,9 %). Hned za ním rodina (16,2 %) a třetí nejpočetnější je partner (10,8 %). Zajímavé je, že hned za partnerem jsou peníze (9,5 %) a zájmy (6,8 %) a děti (5,4 %) jsou hodnocené až jako šesté nejpočetnější téma (viz tabulka 12).

4.2.2 Důležitost životního tématu

Důležitost jednotlivých životních témat shrnuje tabulka 13. Mezi pět životních témat, které si respondentky samy určily, rozdělily dle důležitosti 100 %.

Tabulka 13. Důležitost životních témat SEIQoL

Téma	Zastoupení v %	Průměr v %
rodina	10 - 50 %	29 %
zdraví	5 - 40 %	20 %
kariéra	10 - 30 %	17 %
peníze	5 - 18 %	9 %
spokojenost	10 - 20 %	15 %
domov	25 - 30 %	28 %
vzhled	5 %	5 %
partner	10 - 40 %	21 %
mateřství	10 - 40 %	25 %
psychická pohoda	10 - 20 %	16 %
děti	20 - 60 %	39 %
sex	10 - 20 %	15 %
přátelé	10 - 20 %	15 %
zájmy	10 - 20 %	14 %

Podle výpočtů jsou pro respondentky nejdůležitějším životním tématem děti (39 %). Na druhém místě je rodina (29 %) a pouze o procento méně má třetí, ženami uvedené téma, domov (28 %). Trochu překvapivě je téma mateřství (25 %) až čtvrté nejdůležitější a zdraví, které bylo vyhodnoceno jako nejčtenější téma, získalo jen 20 %. Ostatní životní témata získaly pod 20 % důležitosti.

4.2.3 Spokojenost se životními tématy

V tabulce 14 je zaznamenáno, jak pacientky hodnotily spokojenost jednotlivých životních témat. K dispozici měly 0-100 % pro každou oblast.

Tabulka 14. Spokojenost s tématy SEIQoL

Téma	Zastoupení v %	Průměr v %
Rodina	70-100 %	89
Zdraví	70-100 %	85
Kariéra	60-80 %	71
Peníze	30-80 %	67
Spokojenost	80-95 %	89
Domov	70-95 %	83
Vzhled	60-70 %	67
Partner	60-100 %	89
Mateřství	70-95 %	85
Psychická pohoda	70-100 %	88
Děti	80-100 %	90
Sex	80-100%	90
Přátelé	70-100 %	83
Zájmy	50-80 %	62

Největší spokojenost uvedly ženy s dětmi (90 %) a sexem (90 %, byl však uveden pouze dvakrát), druhá největší spokojenost je s partnerem, rodinou (89 %) a na třetím místě je spokojenost s psychickou pohodou (88 %). Nejméně spokojené jsou ženy se vzhledem, penězi (67 %) a časem pro své zájmy.

4.2.4 Celková (QL) a subjektivní míra spokojenosti

V této kapitole jsem porovnála subjektivní míru spokojenosti se životem, kterou respondentky označily na vizuální analogové škále (VAS) a celkovou (objektivní) míru spokojenosti se životem (QL) vypočítanou z jednotlivých životních témat. Rozdíly jsou označené znaménky plus a mínus (viz tabulka 15).

Tabulka 15. Přehled celkové a subjektivní míry životní spokojenosti

Respondentka	Subjektivní míra QL (v %)	Objektivní míra QL (v %)	Rozdíl
1.	70	66	+ 4
2.	90	90	0
3.	75	85	- 10
4.	95	96	- 1
5.	70	94	- 24
6.	80	81	- 1
7.	80	90	- 10
8.	80	83	- 3
9.	70	87	- 17
10.	90	77	+ 13
11.	85	78	+ 7
12.	95	92	+ 3
13.	85	89	- 4
14.	90	90	0
15.	90	90	0

Z tabulky vyplývá, že 4 respondentky (27 %) udávají subjektivní míru životní spokojenosti vyšší, než je skutečná objektivní míra QL. Naopak 8 dotazovaných (53 %) uvedlo nižší subjektivní míru spokojenosti, než tu objektivní. U třech žen (20 %) se objektivní a subjektivní míra životní spokojenosti shodovala. Největší rozdíl byl vypočten u respondentky č. 5.

4.2.5 Souhrnná subjektivní a objektivní míra spokojenosti

V následující tabulce jsem uvedla průměrné hodnoty subjektivní a objektivní míry životní spokojenosti všech respondentek a jejich mediány.

Tabulka 16. Průměry a mediány subjektivní a objektivní kvality života

	Průměr	Medián
Subjektivní míra spokojenosti	83 %	85 %
Objektivní míra spokojenosti	86 %	89 %

U subjektivní spokojenosti je rozdíl mezi průměrem a mediánem jsou 2 procentní body. Lze tedy říci, že rozptýl vnímání spokojenosti respondentkami je nepatrný.

Objektivně zjišťujeme, že onen rozptyl vnímání spokojenosti je mírně vyšší. Rozdíl mezi průměrem a mediánem je roven 3 procentním bodům.

5 Diskuze

Cíl 1: Zjistit pomocí metody MGI a SEIQoL, jak žena vnímala subjektivně kvalitu života po absolvování metody IVF

MGI

V metodě MGI (Mother Generated Index) respondentky mohly dosáhnout maximálního skóre 10 bodů. Nejnižší dosažené skóre bylo 5,1 bodů a nejvyšší skóre 8,7 bodů. Průměrné skóre tedy bylo 7 bodů, medián činí 7,2 bodů. Z výsledků vyplývá, že byly ženy celkem spokojené.

Po zapsání důležitých životních oblastí měly respondentky k dispozici 20 bodů, které rozdělily dle svého mínění k jednotlivým oblastem dle důležitosti daného tématu. Pokud u některé oblasti nechtěly dát body, nemusely. Nejvíce ohodnocená byla oblast vztahu s partnerem (90), dále mateřství (42) a na třetím místě shodně psychické a fyzické zdraví (41). Za zmínku ještě stojí vztah s rodinou (23) a vztah s přáteli (10), ostatní oblasti získaly méně než 10 bodů.

Studii zaměřenou na vnímání kvality života po léčbě neplodnosti se mi nepodařilo nikde dohledat. Většinou se zaměřují na konkrétní cíle, na kvalitu vztahu po léčbě nebo na psychiku ženy, tudíž k přímé komparaci zjištěných výsledků mi nic neposloužilo. Z výše uvedených výsledků mého výzkumu shodně vyplývá, že pro ženy jsou vztah s partnerem a psychika nejdůležitějšími oblastmi v životě.

Ve srovnání s výzkumem Závodníkové (2015) respondentky po spontánním otěhotnění uvádí jako nejdůležitější oblasti v životě vztah s partnerem, rodinu a mateřství.

SEIQoL

Subjektivní spokojenost se životem v dotazníku SEIQoL respondentky značily na vizuální analogové škále (VAS) v rozmezí 0 – 100 %. Nejnižší subjektivní míra spokojenosti se životem byla 70 % a nejvyšší 95 %. Průměrná subjektivní spokojenost se životem žen po IVF v mém výzkumu činí 83 % a medián je 85.

Respondentky byly se svými životy velmi spokojené. Komentáře, kterými doplňovaly jednotlivé oblasti života, byly převážně pozitivní. Část respondentek (33 %) akorát poukazovalo na přecitlivělost ve smyslu větší starost o dítě, právě z důvodu otěhotnění po IVF a většina žen (80 %) doplnilo, že si svého dítěte o to víc váží, že bylo počato po umělém oplodnění.

Pro srovnání s výzkumem Závodníkové (2015), kde byla průměrná subjektivní spokojenost žen po spontánním otěhotnění 84,8 %.

Cíl 2: Zhodnotit dobu snahy spontánně otěhotnět, podíl příčiny neplodnosti a četnost podstoupených metod asistované reprodukce

Výzkumné šetření ukázalo, že se o spontánní početí respondentky snažily od 1 roku do 6 let. Poté vyhledaly odborníka a podstoupily se svými partnery vyšetření, aby zjistily příčinu jejich neplodnosti. I na tak malém výzkumném vzorku se potvrdilo, že příčinu neplodnosti dnes už nelze hledat pouze na straně ženy. U 20 % respondentek byla vina na straně partnera, u obou byla zjištěna příčina u 27 % žen, u 33 % dotázaných byla vina na jejich straně a bez zjištění příčiny neplodnosti podstoupilo IVF 20 % párů. Dále bylo zjištěno, že před podstoupením IVF bylo 80 % párů na minimálně jednom pokusu o IUI.

Cíl 3: Zhodnotit jak a jaké oblasti života ovlivňují vnímání mateřství po absolvování metody IVF.

MGI

Nejdůležitější oblastí života pro respondentky byl vztah s partnerem, který uvedlo všech 15 žen a hodnocen byl většinou pozitivně (80 %). Oblast fyzického zdraví byla druhá nejčastěji uvedená oblast (10) a většinu respondentek (60 %) ovlivnilo absolvování metody IVF negativně. Psychické zdraví respondentek (10) bylo ovlivněno většinou pozitivně i negativně. Pozitivně byla ovlivněna oblast mateřství, která byla čtvrtá nejčastěji uváděná oblast života (9).

Výsledky výzkumu Závodníkové (2015) ukazují, že ženy po spontánním početí uvedly nejčastěji oblast volného času, kterou hodnotily negativně, dále vztah s partnerem ohodnocenou pozitivně a finance, které byly též hodnoceny negativně.

Vzhledem k náročnosti metody IVF mě ani nepřekvapují špatné výsledky hodnocení oblasti fyzického zdraví. Oblast vztahu s partnerem u žen, které otěhotněly spontánně, je skoro stejně tak často uváděná, jako u žen po IVF. Podpora partnera je evidentně vždy důležitá.

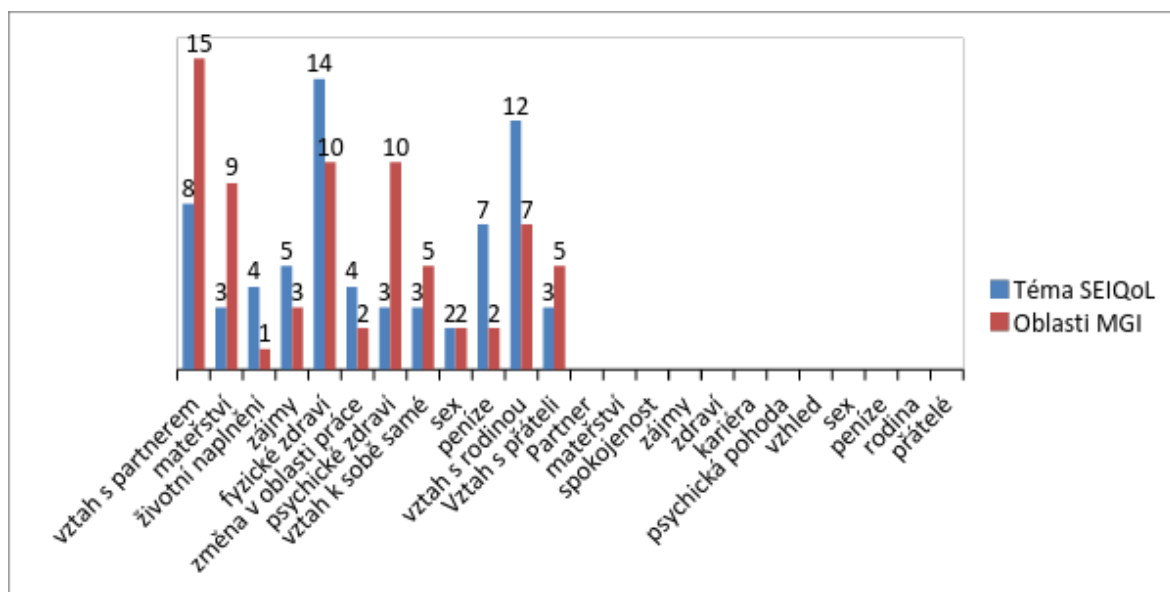
SEIQoL

V dotazníku metody SEIQoL uvedly respondentky jako nejdůležitější oblasti zdraví (14), rodinu (12) a partnera (8). Důležité je pro ně i téma financí (7) a jejich zájmy (5). Roli tam ještě však hraje důležitost daného tématu, kdy nejdůležitější jsou pro ně děti (39 %), rodina (29 %), domov (28 %), mateřství (25 %) a zdraví (20 %).

Výsledky studie Závodníkové (2015) ukazují, že pro respondentky po spontánní koncepci byla důležitá témata rodina, partner, finance, zdraví a volný čas. Témata se shodují, pouze jejich pořadí umístění se liší.

Cíl 4: Porovnat zjištěnou kvalitu života pomocí metody MGI s metodou SEIQoL.

V dotaznících pro metodu MGI a SEIQoL jsem zjistila, že některá témata se shodují. Vypsala jsem je i jejich četnost a znázornila je v grafu 32. Jedná se o témata vztah s partnerem, mateřství, životní naplnění, zájmy, fyzické zdraví, změny v oblasti práce, psychické zdraví, vztah k sobě samé, sex, peníze, vztah s rodinou, vztah s přáteli, mateřství, spokojenost, zájmy, zdraví, kariéra, psychická pohoda, vzhled, sex, peníze, rodina, přátelé.



Graf 32. Shodná témata MGI a SEIQoL

Nejčetnějšími tématy u metody MGI jsou pro respondentky vztah s partnerem (15), fyzické a psychické zdraví (10) a mateřství (9), zatímco u metody SEIQoL ženy nejčastěji uvedly fyzické zdraví (14), vztah s rodinou (12) a vztah s partnerem (8).

Cíl 5: Zmapovat vliv věku a vzdělání na kvalitu života ženy po IVF.

MGI

Tabulka 17. Hodnocení kvality života dle věku metodou MGI

Věk matky	Četnost	Průměr	Medián
22 – 25	5	6,6	6,4
26 - 29	4	6,8	6,7
30 – 32	6	7,4	7,4

Tabulka 17 ukazuje, že nejspokojenější jsou ženy v poslední skupince, ve věku 30 – 32 let, s průměrným MGI skóre 7,4 bodů z 10 ($M = 7,4$).

Výzkum Závodníkové (2015) ukazuje opačné výsledky, kdy nejspokojenější se svým životem byly ženy od 21 do 25 let.

Tabulka 18. Hodnocení kvality života dle vzdělání matek metodou MGI

Vzdělání matky	Četnost	Průměr	Medián
Výuční list	2	6,4	6,4
Středoškolské	7	6,8	6,4
Vysokoškolské	6	7,4	7,4

Podle tabulky 18 vyplývá, že nejspokojenější jsou vysokoškolsky vzdělané respondentky, průměrné MGI skóre je 7,4 bodů z 10 ($M = 7,4$).

Pro srovnání výsledky výzkumu Závodníkové (2015) ukazují, že nejspokojenější byly respondentky s výučním listem.

SEIQoL

Tabulka 19. Hodnocení kvality života dle věku metodou SEIQoL

Věk matky	Subjektivní QL		Objektivní QL	
	Průměr	Medián	Průměr	Medián
22 - 25	79 %	80 %	80 %	81 %
26 - 29	81 %	80 %	91 %	92 %
30 - 32	88 %	90 %	87 %	90 %

Výsledky v tabulce 19 ukazují, že subjektivně nejspokojenější jsou ženy od 30 do 32 let ($M = 90 \%$), avšak z objektivního hodnocení spokojenosti vychází, že jsou spokojenější ženy mezi 26 a 29 lety ($M = 92 \%$).

Z výsledků výzkumu Závodníkové (2015) vyplývá, že subjektivně i objektivně nejspokojenější se svým životem byly respondentky ve věku 31 – 35 let.

Tabulka 20. Hodnocení kvality života dle vzdělání matek metodou SEIQoL

Vzdělání matky	Subjektivní QL		Objektivní QL	
	Průměr	Medián	Průměr	Medián
Výuční list	80 %	80 %	89 %	89 %
Středoškolské	81 %	80 %	86 %	90 %
Vysokoškolské	87 %	88 %	85 %	86 %

Tabulka 20 poukazuje na to, že subjektivně nejspokojenější jsou vysokoškolsky vzdělané respondentky ($M = 88 \%$), přitom objektivní spokojenost se životem mají nejvyšší ženy se středoškolským vzděláním ($M = 90 \%$).

Pro porovnání výzkum Závodníkové (2015) ukazuje, že subjektivně nejspokojenější jsou ženy s výučním listem a objektivně respondentky s vysokoškolským vzděláním.

Závěr

Založení rodiny v poslední době už nepatří k životu tak samozřejmě, jak tomu bylo v době našich rodičů a prarodičů. Touha po dítěti u ženy i u mnohých mužů je vysoká a mnozí z nás netuší, co vše probíhá v mysli těch, kterým se jejich přání neplní dle jejich představ.

Ve své diplomové práci jsem se zabývala kvalitou života ženy, která podstoupila proces in vitro fertilizace, díky moderní medicíně otěhotněla a porodila zdravé a vytožené dítě. Cílem této práce bylo především zjistit, jak subjektivně prožívají tyto ženy své mateřství s ohledem na jiný způsob otěhotnění.

Použila jsem dvě individualizované výzkumné metody, známou metodu SEIQoL a méně známou MGI. Vzhledem k tomu, že ženy odmítaly osobní rozhovory, ukázaly se tyto dvě metody jako výborné náhradní řešení pro získání potřebných dat. Vyplnění dvou dotazníků však bylo pro pacientky časově či pocitově náročné, což dokazuje jejich 60% návratnost. Přestože si dotazníky respondentky odnesly domů a měly tak dostatek času a klidu na jejich vyplnění, z původních 25 rozdaných se mi jich vrátilo pouze 15.

Cíle teoretické práce jsem splnila. Vysvětlila jsem pojem kvalita života, objasnila individualizované metody výzkumu použité v empirické části, definovala jsem ženskou a mužskou neplodnost, její příčiny, vyšetření a možnou léčbu. Další kapitoly jsem věnovala asistované reprodukci, její finanční, právní, etické a psychické stránce. Dále jsem poukázala na jiné možnosti léčby neplodnosti a náhradní řešení rodičovství v podobě pěstounství a adopce.

Hlavním cílem v empirické části bylo zjistit pomocí metody MGI a SEIQoL jak ženy vnímaly subjektivně kvalitu života po absolvování metody IVF. Dalším cílem bylo zhodnotit dobu snahy spontánně otěhotnět, zjistit podíl příčiny neplodnosti a četnost podstoupených metod asistované reprodukce. Třetím cílem bylo zhodnotit, jak a jaké oblasti života ovlivňují vnímání mateřství po absolvování metody IVF. Předposledním cílem bylo porovnat zjištěnou kvalitu života pomocí metody MGI s metodou SEIQoL a jako poslední cíl bylo zmapovat vliv věku a vzdělání na kvalitu života ženy po IVF.

Výzkumných cílů bylo dosaženo. Podle mého očekávání byla negativně ovlivněna psychika ženy. Negativní důsledek vnímají respondentky u fyzického zdraví a naopak velmi pozitivní přínos mělo IVF ve vztazích s partnery. Jedna respondentka napsala: *„Neplodnost ve vztazích má dva konce. První, kdy to naprosto rozbourá vztah a Ti dva se*

rozejdou anebo ten druhý, kdy to partnery k sobě víc semkne, pomáhají si a podporují jeden druhého. A mě, zaplat' pán bůh, čekal ten druhý konec. “

V metodě MGI bylo průměrné skóre životní spokojenosti 7 bodů z 10 možných (M = 7,2 bodů). Nejdůležitějšími tématy byl vztah s partnerem, mateřství a psychické a fyzické zdraví.

U metody SEIQoL bylo možné ohodnotit jak subjektivní, tak objektivní vnímání kvality života. Vzhledem k tomu, že respondentky po absolvování IVF dosáhly vytuouženého dítěte, je nyní kvalita jejich života vnímána velmi dobře. Doplňující komentáře byly vesměs pozitivní. Překvapilo mě však, že ženy vnímání kvality života podhodnocovaly a výsledná subjektivní spokojenost byla nižší než spokojenost objektivní. Průměrná subjektivní míra spokojenosti byla 83 % (M = 85 %) a průměrná objektivní míra spokojenosti byla 86 % (M = 89 %). Mezi nejčtenější oblasti života u respondentek patřilo zdraví, rodina a partner, a však dle důležitosti byly na prvním místě děti, dále rodina, domov, mateřství a zdraví. Příjemně mě překvapilo, že tolik nebyly diskutované finance, ačkoliv vím, že asistovaná reprodukce není plně hrazena pojišťovnou. Výzkumný vzorek však činil jen malé množství respondentek, tudíž se z toho nedají vyvozovat širší závěry.

Přesto, že jsou témata neplodnost i kvalita života v dnešní době velmi aktuální, nebála bych se říct moderní, při psaní mé diplomové práce jsem postrádala zdroje, které by uváděly kombinaci obou. Výzkumy, které jsem dohledala, se zaměřovaly pouze na jednu oblast kvality života, nikoliv na komplexní vnímání.

Výsledky výzkumu ukazují, že pro ženy je důležité nejen psychické zdraví, ale i zdraví fyzické, které bylo často negativně ovlivněno vlivem léčby, kterou podstoupily a o čemž dopředu neměly vůbec tušení.

Myslím si, že by bylo vhodné, aby nějaká osvěta o neplodnosti a možnostech jejího řešení byla součástí osnov již na základních školách.

Souhrn

Diplomová práce se zabývala kvalitou života ženy, která díky metodě in vitro fertilizace otěhotněla a porodila zdravé vytožené dítě. V teoretické části jsou objasněny pojmy kvalita života, neplodnost a její příčiny, vyšetření a možná léčba. Další kapitoly jsou věnované asistované reprodukci, její finanční, právní, etické a psychické stránce, či kapitola s náhradním řešením v podobě pěstounství a adopce. V empirické části, zaměřené na výzkumné šetření, byly ke sběru dat využity dvě individualizované metody. Dotazník MGI, který není v ČR prozatím rozšířený, a dotazník SEIQoL. Výzkumný vzorek tvořilo 15 žen, které porodily ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Hlavním cílem bylo zjistit, jak subjektivně prožívají ženy po IVF své mateřství s ohledem na jiný způsob otěhotnění. Dalším cílem bylo zhodnotit dobu snahy spontánně otěhotnět, zjistit podíl příčiny neplodnosti a četnost podstupovaných metod asistované reprodukce. Třetím cílem bylo zhodnotit, jak a jaké oblasti života ovlivňují vnímání mateřství po absolvování metody IVF. Předposledním cílem bylo porovnat zjištěnou kvalitu života pomocí metody MGI s metodou SEIQoL a jako poslední cíl bylo zmapovat vliv věku a vzdělání na kvalitu života ženy po IVF. Bylo zjištěno, že ženy jsou se svojí kvalitou života velmi spokojené. Nejdůležitější témata pro ženy byla vztah s partnerem, mateřství a psychické a fyzické zdraví. Nejspokojenější byly s dětmi, se svým partnerem a s rodinou.

Klíčová slova: kvalita života, neplodnost, asistovaná reprodukce, SEIQoL, MGI.

Summary

Published work studies quality of life in women who conceived through IVF and delivered a healthy desired child. Quality of life, infertility and its causes, diagnostics and treatment are clarified in theoretical part. Following chapters define assisted reproduction, its financial, legal, ethical and psychological aspects, followed by problematics of alternative solution of foster care and adoption. Two individualized methods were used for gathering data: MGI questionnaire, not yet widely used in Czech Republic recently, and SEIQoL questionnaire. Researched cohort consisted of 15 women who delivered in Teaching Hospital Hradec Králové. Main goal was to find out, how women after IVF subjectively evaluate their pregnancy compared to women conceiving naturally. Next goal was to describe length of infertility, its cause and frequency of assisted reproduction methods used. Third goal was to describe influence of IVF on parameters of quality of life in pregnancy assessment. Fourth goal was to compare MGI and SEIQoL methods of quality of life assessment. Last goal was to describe influence of women age and education on quality of life after IVF. We found women to be very satisfied with their quality of life. Most important themes were relation with partner, pregnancy, psychological and physical well-being. Most satisfied were women with children, partners and family.

Key words: quality of life, infertility, assisted reproduction, SEIQoL, MGI.

Referenční seznam

Monografie

1. CITTERBART, Karel et al. 2001. *Gynekologie*. Praha: Galén, 287 s. ISBN 80-7262-094-0
2. DOHERTY, Maud C., M. M. Clark. 2006. *Léčba neplodnosti; Podrobný rádce pro neplodné páry*. Brno: Computer Press, a.s., 121 s. ISBN 80-251-0771-X
3. DOSTÁL, Jiří. 2007. *Etické a právní aspekty asistované reprodukce*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 170 s. ISBN 978-80-244-1700-4
4. FREUNDL a kol. 2008. *Chceme mít miminko*. Praha: Vašut, 180 s. ISBN 978-80-7236-603-3
5. GILLERNOVÁ, Ilona, Vladimír KEBZA, Milan RYMEŠ a kolektiv. 2011. *Psychologické aspekty změn v české společnosti*. Praha: Grada Publishing a.s., 256 s. ISBN 978-80-247-2798-1
6. GURKOVÁ, Elena. 2011. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing a.s., 224 s. ISBN 80-2477-357-0
7. KONEČNÁ, H. 2003. *Na cestě za dítětem: dvě malá křídla*. Praha: Academia, 318 s. ISBN 80-200-1055-6
8. KOPECKÝ, Miroslav a kolektiv. 2010. *Somatologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 314 s. ISBN 978-80-244-2271-8
9. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing a.s., 198 s. ISBN 80-247-0179-0
10. KUTNOHORSKÁ, Jana. 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing a.s., 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4
11. KUZNÍKOVÁ, Iva a kolektiv. 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing a.s., 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1
12. MARDEŠIĆ, Tonko a kolektiv. 2013. *Diagnostika a léčba poruch plodnosti*. Praha: Grada Publishing a.s., 96 s. ISBN 978-80-247-4458-2
13. MARDEŠIĆ, Tonko. 2010. *Když se nedaří otěhotnět; Průvodce pro páry s narušenou plodností*. Praha: Mladá fronta, 32 s. ISBN 978-80-204-2174-6
14. MITLÖHNER, Miroslav, Olga SOVOVÁ. 2015. *Právní problematika umělé lidské reprodukce*. Hradec Králové: Gaudeamus, 87 s. ISBN 978-80-7435-565-3

15. ŘEŽÁBEK, Karel. 2011. *Nepłodnost, asistovaná reprodukce*. In: ROZTOČIL, Aleš a kolektiv. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada Publishing a.s. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2
16. ŘEŽÁBEK, Karel. 1999. *Léčba neplodnosti aneb – co dělat, když chceme dítě*. Praha: Grada Publishing a.s., 104 s. ISBN 80-7169-707-9
17. ŘEŽÁBEK, Karel. 2008. *Léčba neplodnosti*. Praha: Grada Publishing a.s., 176 s. ISBN 978-80-247-2103-3
18. SLEZÁČKOVÁ, Alena. 2012. *Průvodce pozitivní psychologií*. Praha: Grada Publishing a.s., 304 s. ISBN 978-80-247-8017-7
19. STRUSKOVÁ, O. 2007. *Metoda Ludmily Mojžíšové: Cesta k přirozenému otěhotnění, 10 cviků pro fyzické a duševní zdraví*. Praha: XYZ, 151 s. ISBN 978-80-87021-68-2
20. ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kolektiv. 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada Publishing a.s., 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7
21. ULČOVÁ – GALLOVÁ, Zdenka. 2006. *Nepłodnost – útok imunity*. Praha: Grada Publishing a.s., 144 s. ISBN 80-247-1493-0
22. WILLIAMS, D. Christopher. 2008. *Nejrychlejší cesta k přirozenému početí*. Praha: Práh, 246 s. ISBN 978-80-7252-221-7
23. KUDELA, Milan a kolektiv. 2008. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. 2. Vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 273 s. ISBN 978-80-244-1975-6
24. HNILICOVÁ, Hana. 2005. *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*. In: PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, s. 205-216. ISBN 80-7254-657-0.
25. JANEČKOVÁ, Hana. 2005. *Životní události a kvalita života*. In: PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, s. 205-216. ISBN 80-7254-657-0.

Články z odborného časopisu

1. JEDELSKÁ, Eva. 2011. *Čekání na miminko*. *Psychologie dnes*. Roč. 17, č. 10, s. 32-33. ISSN 1212-9607.
2. KORYNTOVÁ, Dana. 2002. *Psychosomatika sterility*. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Roč. 11, č. 4, s. 635-638. ISSN 1211-1058.

3. MARDEŠIĆ, Tonko. 2000 *Vícečetná těhotenství a asistovaná reprodukce: medicínské, psychologické, sociální a finanční aspekty*. Moderní gynekologie a porodnictví. Supplementum. Roč. 9, č. 3, s. 617-619. ISSN 1214-2093.
4. DUŠOVÁ, Bohdana a Markéta TULISOVÁ. 2011. *Kvalita života žen v těhotenství po spontánním a umělém oplodnění*. Ošetřovatelství a porodní asistence. Roč. 2, č. 3, s. 264-271. ISSN 1804-2740.
5. ZEMAN, Marek. 2008. Koncept SEIQoL jako nástroj pro hodnocení kvality života. Kontakt. Roč. 10, č. 1, s. 140-149. ISSN 1212-4117

Elektronické zdroje

1. *Stopneplodnosti* [online]. 2016 [cit. 2016-02-24]. Dostupné z <http://www.stopneplodnosti.cz/>
2. SYMON, A. et al. *The feasibility and acceptability of using the Mother-Generated Index (MGI) as a Patient Reported Outcome Measure in a randomised controlled trial of maternity care*. [online]. 23. 3. 2011 [cit. 26. 5. 2016]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26582386>

Kvalifikační práce

1. Závodníková, D. *Kvalita života ženy v období mateřství*. Bakalářská práce obhájena na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2015. 116s. Vedoucí práce Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
2. Velešíková, P. *Hodnocení životní spokojenosti a jejich složek a pohybové aktivity u žen s problémem koncepce*. Diplomová práce byla obhájena na Fakultě tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci v r. 2015. 86 s. Vedoucí práce PhDr. Dr. Martin Sigmund, PhD.

Články z databáze EBSCO

1. TOSCANO, Sharyl Eve a Rebecca M. MONTGOMERY. 2009. *The Lived Experience of Women Pregnant (Including Preconception) Post In Vitro Fertilization Through the Lens of Virtual Communities*. Health Care for Women International. 30(11): 1014-1036. ISSN 07399332.

2. JOHANSSON, Marianne et al. 2010. *Gender perspective on quality of life, comparisons between groups 4–5.5 years after unsuccessful or successful IVF treatment*. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. 89(5): 683-691. ISSN 00016349.
3. LETUR-KONIRSCH, Helene, Thierry GRIVEL, Eva WEIL a Francois-Andre ALLAERT. 2001. *Evaluation of the Quality of Life in Patients Undergoing In Vitro Fertilization Procedures*. Reproductive Technologies. 10 (6): 338-343. ISSN 15284840.
4. SYMON, Andrew et al. 2015. *The feasibility and acceptability of using the Mother - Generated Index (MGI) as a Patient Reported Outcome Measure in a randomised controlled trial of maternity care*. BMC Medical Research Methodology, Vol. 15, p1-9. 9p. 5 Charts. ISSN 1471-2288

Seznam zkratek

AH	asistovaný hatching
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
DNA	deoxyribonucleic acid
eSET	elective Single Embryo Transfer
FISH	fluorescent in situ hybridisation
FSH	Folikulo-stimulační hormon
GIFT	gamete intra-Fallopian transfer
GnRH	gonadotropin-releasing hormon
hCG	lidský choriový gonadotropin
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HRQoL	Health Related Quality of Life
ICSI	intracytoplasmatická injekce spermie
IPAQ	International Physical Activity Questionnaire
IUI	intrauterinní inseminace
IVF	in vitro fertilizace
IVF a ET	in vitro fertilizace a embryotransfer
KET	kryoembryotransfer
LH	Luteinizační hormon
MESA	micro epididymal sperm aspiration
MGI	Mother Generated Index
PCR	Polymerase Chain Reaction
PGD	preimplantační genetická diagnostika
PGWI	Psychological General Well-Being Index
PZD	parciální disekce zona pellucida
RTG	radioizotopový termoelektrický generátor
SEIQoL	The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life
SOC	Sense of coherence
SUZI	subzonální inzerce spermii
TESA	testicular sperm aspiration
TET	tubární embryotransfer
UZ	ultrazvuk
VAS	Visual Analogous Scale
VEX	vakuumextrakce
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
ZIFT	Zygote Intrafallopian Transfer

Seznam tabulek

Tabulka 1. Přehled výzkumů o kvalitě života ve spojitosti s asistovanou reprodukcí	16
Tabulka 2. Věk.....	43
Tabulka 3. Vzdělání.....	43
Tabulka 4. Zaměstnání.....	44
Tabulka 5. Délka snahy spontánně otěhotnět	44
Tabulka 6. Metody asistované reprodukce	45
Tabulka 7. Kódy a četnosti oblastí MGI.....	66
Tabulka 8. Hodnocení oblastí MGI	67
Tabulka 9. Přehled skóre MGI.....	68
Tabulka 10. Četnost MGI skóre.....	69
Tabulka 11. Přidělené body v MGI	69
Tabulka 12. Kódy a četnost témat SEIQoL	70
Tabulka 13. Důležitost životních témat SEIQoL.....	71
Tabulka 14. Spokojenost s tématy SEIQoL.....	72
Tabulka 15. Přehled celkové a subjektivní míry životní spokojenosti	73
Tabulka 16. Průměry a mediány subjektivní a objektivní kvality života	73
Tabulka 17. Hodnocení kvality života dle věku metodou MGI	78
Tabulka 18. Hodnocení kvality života dle vzdělání matek metodou MGI.....	78
Tabulka 19. Hodnocení kvality života dle věku metodou SEIQoL	78
Tabulka 20. Hodnocení kvality života dle vzdělání matek metodou SEIQoL	79

Seznam grafů

Graf 1. Příčina neplodnosti	45
Graf 2. Výsledky metody SEIQoL u respondentky č. 1	48
Graf 3. Výsledky metody MGI u respondentky č. 1.....	49
Graf 4. Výsledky metody SEIQoL u respondentky č. 2	50
Graf 5. Výsledky metody MGI u respondentky č. 2.....	50
Graf 6. Výsledky metody SEIQoL u respondentky č. 3	51
Graf 7. Výsledky metody MGI u respondentky č. 3.....	51
Graf 8. Výsledky metody SEIQoL u respondentky č. 4	52
Graf 9. Výsledky metody MGI u respondentky č. 4.....	52
Graf 10. Výsledky metody SEIQoL u respondentky č. 5	53
Graf 11. Výsledky metody MGI u respondentky č. 5.....	54
Graf 12. Výsledky metody SEIQoL u respondentky č. 6	55
Graf 13. Výsledky metody MGI u respondentky č. 6.....	55
Graf 14. Výsledky metody SEIQoL u respondentky č. 7	56
Graf 15. Výsledky metody MGI u respondentky č. 7.....	56
Graf 16. Výsledky metody SEIQoL u respondentky č. 8	57
Graf 17. Výsledky metody MGI u respondentky č. 8.....	57
Graf 18. Výsledky metody SEIQoL u respondentky č. 9	58
Graf 19. Výsledky metody MGI u respondentky č. 9.....	58
Graf 20. Výsledky metody SEIQoL u respondentky č. 10	59
Graf 21. Výsledky metody MGI u respondentky č. 10.....	60
Graf 22. Výsledky metody SEIQoL u respondentky č. 11	61
Graf 23. Výsledky metody MGI u respondentky č. 11.....	61
Graf 24. Výsledky metody SEIQoL u respondentky č. 12	62
Graf 25. Výsledky metody SEIQoL u respondentky č. 12	62
Graf 26. Výsledky metody SEIQoL u respondentky č. 13	63
Graf 27. Výsledky metody MGI u respondentky č. 13.....	63
Graf 28. Výsledky metody SEIQoL u respondentky č. 14	64
Graf 29. Výsledky metody MGI u respondentky č. 14.....	64
Graf 30. Výsledky metody SEIQoL u respondentky č. 15	65
Graf 31. Výsledky metody MGI u respondentky č. 15.....	65
Graf 32. Shodná témata MGI a SEIQoL.....	77

Seznam příloh

Příloha 1. Ceník výkonů IVF (SANUS)	92
Příloha 2. Dotazník pro respondentky	93

Příloha 1. Ceník výkonů IVF (SANUS)



Gynekologické oddělení a centrum asistované reprodukce

Ceník výkonů IVF

platný od 1.11.2015

GN035	IVF cyklus přerušovaný před odběrem oocytů	950
GN036	IVF cyklus s odběrem oocytů, ale bez přenosu embryí	12660
GN037	IVF cyklus s přenosem embryí	26000
GN038	Anestezie a stacionář při získání oocytů	1800
GN039	Intracytoplasmatická injekce spermií - ICSI	7800
GN040	Intracytoplasmatická injekce selektovanou spermií - PICSI	11500
GN041	Odběr blastomer a jejich příprava k PGD	12000
GN042	Prodoužená kultivace embryí /nad 48 hod	3500
GN043	Asistovaný hatching do počtu 3 embryí	2500
GN044	Stacionář v souvislosti s ET	300
GN045	Hospitalizace v souvislosti s ET	1300
GN046	Kryokonzervace do počtu 5 embryí a jejich skladování 1 rok	4500
GN047	Kryokonzervace embryí (cena za pejetí) na 1 rok	700
GN050	Rozmrazení embryí a jejich transfer	4200
GN051	Zpětné domrazení embryí po KETu	1200
GN052	Kryokonzervace spermií a jejich skladování 1 rok	3500
GN053	Skladování kryokonzervovaného materiálu	2600
GN054	Manipulační poplatek při vydání kryokonzervovaného vzorku	500
GN055	Převoz kryokonzervovaných vzorků z jiného centra	1900
GN056	Mikrochirurgická metoda získání spermií	12000
GN057	Preparace tkáně k extrakci spermií	2500
GN058	Anestezie při operačním zákroku u muže	5500
GN059	Hormonální příprava dárkyně	31000
GN060	Darované oocyty v počtu 4-10 oocytů	20000
GN061	Příplatek za darovaný oocyt nad limit	1000
GN062	Darovaná embrya - do počtu 2 embryí a jejich transfer	18800
GN063	Dávka spermií dárce	2500
GN064	Odběr oocytů v nativním cyklu a jejich dvoudenní kultivace	9000
GN065	Odběr oocytů v nativním cyklu s ICSI a dvoudenní kultivace	16800
GN066	Transfer embrya v nativním cyklu	2500
GN067	Inseminace - muž samoplátce, žena zdravotně pojištěna	2000
GN068	Inseminace - žena samoplátce, muž zdravotně pojištěn	3500
GN069	Inseminace - žena i muž samoplátci	4600
GN070	Souprava k provedení intrauterinní inseminace	1000
GN071	Vyšetření spermioqramu samoplátce	900
GN072	Vyšetření kvality DNA spermií	3400
GN073	HBA - test přirozené fertilizační schopnosti spermií	1900
GN074	Testování funkční rezervy ovarií AMH	890
GN075	Rychlé hormonální vyšetření samostatně	100
GN077	Vyšetření STD	2300
GN078	Monitorování embryí systémem PRIMO VISION	3900
GN079	Videozáznam vývoje embryí - PRIMO VISION	1900
GN080	Vyšetření a zpráva pro ostatní instituce	500
GN123	Náklady spojené s nativním cyklem bez zisku oocytů	1700
GN124	2.část IVF cyklu do embryotransferu - doplatek	13340
GN144	Embryo glue	1950
GN148	PGS v rámci pojištění vitrifikace do 2 embryí	5000
GN149	PGS v rámci pojištění vitrifikace každého dalšího embrya	700
GN150	Vyšetření oxidativního stresu v ejakulátu	1900

Příloha 2. Dotazník pro respondentky

Vážená maminko,

jmenuji se Lenka Ullrichová a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia „Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy“ na Pedagogické fakultě v Olomouci. Současně jsem zaměstnaná ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové na Porodnické a gynekologické klinice jako porodní asistentka. V rámci své diplomové práce na téma „Kvalita života ženy po IVF“ se na Vás obracím s prosbou o vyplnění dvou dotazníků SEIQoL a MGI, jejichž cílem je zhodnotit, jak jste vnímala kvalitu svého života od zjištění neplodnosti, přes podstoupení umělého oplodnění, průběhu těhotenství až do porodu. Dotazníky jsou anonymní a údaje budou použity pouze pro účely mé výzkumné práce.

Děkuji Vám za spolupráci

1. Kolik Vám bylo let, když jste podstoupila IVF? Prosím doplňte

.....

2. Nejvyšší dosažené vzdělání

- a) základní
- b) vyučena
- c) středoškolské s maturitou
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské

3. Zaměstnání

- a) zaměstnaná
- b) nezaměstnaná
- c) studující

4. Jak dlouho jste se snažila spontánně otěhotnět? Prosím doplňte.....

5. U koho byla zjištěna příčina neplodnosti?

- a) u ženy
- b) u muže
- c) u obou partnerů
- d) nezjištěn žádný zdravotní problém

6. Kolikrát jste absolvovali jednotlivé metody asistované reprodukce?

Intrauterinní inseminace (IUI)

Embryotransfer (ET)

Fertilizace in vitro (IVF)

Dotazník pro posouzení kvality života ženy v období po porodu – MOTHER-GENERATED INDEX ©

+ 1. Krok – identifikace důležitých oblastí života	2. Krok – ohodnocení oblastí života	3. Krok – přidělování bodů
<p>Prosím Vás o zvážení nejdůležitějších oblastí Vašeho života, kterých se dotkla podstoupení asistované reprodukce. Mohou to být oblasti života, kterých se tato událost dotkla pozitivně či negativně, nebo kombinovaně - pozitivně i negativně. Uveďte, prosím, až 8 zmíněných oblastí do tabulky a označte, k jaké změně došlo (pozitivní, negativní, obojí).</p> <p>Příklady mohou být:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vztah s partnerem • Souznění s mateřskou rolí • Vztah k sobě samé • Pocit tělesného zdraví <p><i>Toto jsou jen příklady. Prosím Vás o Vaše sdělení.</i></p>	<p>Nyní prosím ohodnoťte oblasti Vašeho života, které jste uvedla v předchozím kroku na přiložené škále.</p> <p>Tato škála posuzuje, jak se změny po narození miminka dotkly oblastí Vašeho života za poslední měsíc.</p> <p>Prosím Vás o vyznačení vhodné odpovědi na škále od 0 do 10, kdy:</p> <p>0 = nejhorší pocit – nemůžete se cítit hůře 10 = nejpříjemnější pocit – nemůžete se cítit lépe</p> <p style="text-align: center;"><small>Nejhorší Nejlepší</small></p> <p>0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10</p>	<p>Prosím Vás o zvážení, jak důležité tyto oblasti Vašeho života pro Vaši kvalitu života jsou.</p> <p>Máte k dispozici 20 bodů, které můžete celkem rozdělit. Pokud u nějaké oblasti nechcete dát žádný bod, nemusíte.</p> <p>Nejvíce bodů dávejte k oblasti Vašeho života, která je pro Vás nejdůležitější.</p> <p>Body uvádějte do řádků v tabulce.</p>
<p>Prosím zakroužkujte odpověď: Pozitivně, Negativně Obojí/ Žádné</p>	<p>Pozitivně, Negativně Obojí/ Žádné</p> <p>0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10</p>	
	<p>Pozitivně, Negativně Obojí/ Žádné</p> <p>0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10</p>	
	<p>Pozitivně, Negativně Obojí/ Žádné</p> <p>0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10</p>	
	<p>Pozitivně, Negativně Obojí/ Žádné</p> <p>0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10</p>	
	<p>Pozitivně, Negativně Obojí/ Žádné</p> <p>0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10</p>	
	<p>Pozitivně, Negativně Obojí/ Žádné</p> <p>0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10</p>	
	<p>Pozitivně, Negativně Obojí/ Žádné</p> <p>0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10</p>	
	<p>Pozitivně, Negativně Obojí/ Žádné</p> <p>0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10</p>	

Pamatujte: body ve 3. kroku musí být maximálně do součtu 20.

**Instrukce k metodě SEIQoL
v období mateřství po IVF**

1. Každý člověk má několik věcí, na kterých mu v životě záleží. Můžeme je označit jako **životní témata**. Zkuste se zamyslet, která taková témata jsou ve Vašem osobním životě pro Vás nejdůležitější. Zamyslete se a vyberte jich pět, která považujete za nejdůležitější. Životní téma bývá vyjádřeno stručně, stačí jedno, dvě slova např. rodina. Každé téma napište do níže uvedené tabulky na jeden řádek ve druhém sloupečku. V dalším sloupečku téma rozveďte podrobněji, abychom věděli, co si pod tím představít – např. oč Vám v rodině speciálně jde, v čem a jak byla asistovanou reprodukcí ovlivněna.
2. Uveďte u každého tématu, do pravého krajního sloupečku, jak bylo podle Vašeho názoru asistovanou reprodukcí ovlivněno, tj. jak jste s daným tématem *spokojena*. Uveďte to v procentech od nuly do 100%, kde 0% je nejnižší míra spokojenosti (vůbec nejsem spokojena) a 100% znamená, že jsem zcela spokojena.
3. Uveďte u každého tématu, jak moc je toto téma pro Vás *důležité*. To pište do levého sloupečku – a sice v procentech. Představte si, že pro všech pět témat, které jste uvedla, máte k dispozici celkem 100%. Vaším úkolem je rozdělit těchto pět témat podle toho, jak moc je to či ono téma pro Vás důležité. Součet všech pěti čísel v prvním sloupečku musí dávat dohromady 100%.
4. Nakonec udělejte křížek na čáře, která je určitým druhem teploměru Vaší **životní spokojenosti**.

Děkujeme Vám.



FORMULÁŘ K METODĚ SEIQoL

Dnešní datum:

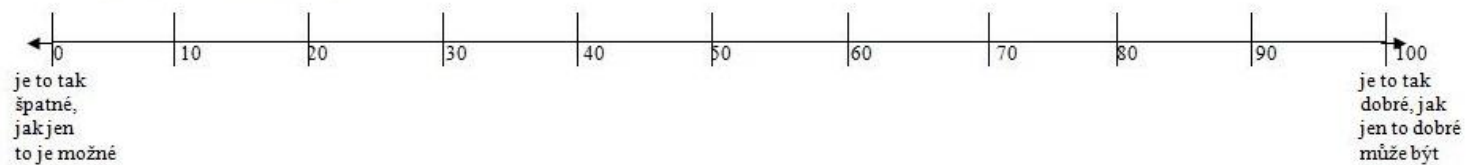
Průběh porodu (zakroužkujte): 1. spontánní 2. císařský řez 3. klešťový 4. VEX (vývěva)

3. Důležitost daného tématu v %	1. Životní téma - oč Vám celkově v životě jde a co bylo absolvováním IVF nejvíce ovlivněno		2. Míra spokojenosti %
	Stručné vyjádření	Podrobnější komentář	

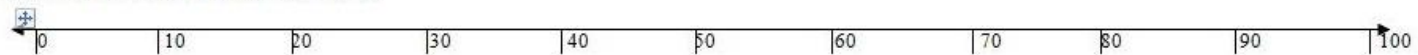
3. Součet procent ve všech pěti řádcích v levém sloupečku musí být roven 100%

2. Možnost vyjádřit se v každém řádku pravého sloupečku od 0-100%

4. Míra spokojenosti se životem:



Celková hodnota QL (nevyplňujte):



Celková míra spokojenosti se životem (nevyplňujte):

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Lenka Ullrichová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2016

Název práce:	Kvalita života ženy po IVF
Název v angličtině:	Quality of life of women after IVF
Anotace práce:	<p>Diplomová práce se zabývala kvalitou života ženy, která díky metodě in vitro fertilizace otěhotněla a porodila zdravé vytoužené dítě. V teoretické části jsou objasněny pojmy kvalita života, neplodnost a její příčiny, vyšetření a možná léčba. Další kapitoly jsou věnované asistované reprodukci, její finanční, právní, etické a psychologické stránce, či kapitola s náhradním řešením v podobě pěstounství a adopce. V empirické části, zaměřené na výzkumné šetření, byly ke sběru dat využity dvě individualizované metody. Dotazník MGI, který není v ČR prozatím rozšířený a dotazník SEIQoL. Výzkumný vzorek tvořilo 15 žen, které porodily ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Hlavním cílem bylo zjistit, jak subjektivně prožívají ženy po IVF své mateřství, s ohledem na jiný způsob otěhotnění. Dalším cílem bylo zhodnotit dobu snahy spontánně otěhotnět, zjistit podíl příčiny neplodnosti a četnost podstupovaných metod asistované reprodukce. Třetím cílem bylo zhodnotit, jak a jaké oblasti života ovlivňují vnímání mateřství po absolvování metody IVF. Předposledním cílem bylo porovnat zjištěnou kvalitu života pomocí metody MGI s metodou SEIQoL a jako poslední cíl bylo zmapovat vliv věku a vzdělání na kvalitu života ženy po IVF. Bylo zjištěno, že ženy jsou se svojí kvalitou života velmi spokojené. Nejdůležitější témata pro ženy byla vztah s partnerem, mateřství a psychologické a fyzické zdraví. Nejspokojenější byly s dětmi, se svým partnerem a s rodinou.</p>
Klíčová slova:	kvalita života, neplodnost, asistovaná reprodukce, SEIQoL, MGI

Anotace v angličtině:	Published work studies quality of life in women who conceived through IVF and delivered a healthy desired child. Quality of life, infertility and its causes, diagnostics and treatment are clarified in theoretical part. Following chapters define assisted reproduction, its financial, legal, ethical and psychical aspects, followed by problematics of alternative solution of foster care and adoption. Two individualized methods were used for gathering data: MGI questionnaire, not yet widely used in Czech Republic recently, and SEIQoL questionnaire. Researched cohort consisted of 15 women who delivered in Teaching Hospital Hradec Králové. Main goal was to find out, how women after IVF subjectively evaluate their pregnancy compared to women conceiving naturally. Next goal was to describe length of infertility, its cause and frequency of assisted reproduction methods used. Third goal was to describe influence of IVF on parameters of quality of life in pregnancy assessment. Fourth goal was to compare MGI and SEIQoL methods of quality of life assessment. Last goal was to describe influence of women age and education on quality of life after IVF. We found women to be very satisfied with their quality of life. Most important themes were relation with partner, pregnancy, psychical and physical well-being. Most satisfied were women with children, partners and family.
Klíčová slova v angličtině:	quality of life, infertility, assisted reproduction, SEIQoL, MGI
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1.: Ceník výkonů IVF (SANUS) Příloha 2.: Dotazník pro respondentky
Rozsah práce:	91 stran
Jazyk práce:	český