

**Univerzita Palackého v Olomouci  
Cyrilometodějská teologická fakulta**

**Katedra křesťanské sociální práce**

Charitativní a sociální práce

Lenka Vyzourková

**Proces asistované reprodukce jako výzva  
pro činnost sociálního pracovníka**

Diplomová práce

vedoucí práce: Mgr. Walerian Bugel, dr.

**2015**

### **Čestné prohlášení**

„Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.“

V Olomouci 12. dubna 2015

.....  
Lenka Vyzourková

## **Poděkování**

Děkuji panu Mgr. Walerianu Bugelovi, dr. za odborné vedení práce, mnoho cenných rad a podnětů a zejména jeho trpělivost a čas, který mi při psaní věnoval. Současně děkuji paní Mgr. Haně Šlechtové, Ph.D. za pomoc před realizací výzkumu a při analýze rozhovorů. Také děkuji všem svým respondentům za jejich chuť účastnit se mého výzkumu a také jejich důvěru ke mně, stejně tak děkuji i všem, kdo mi pomohl respondenty oslovit. Největší poděkování patří mé rodině, protože bez nich bych práci nenapsala. Děkuji své dceři a manželovi za trpělivost a rodičům za bezpodmínečnou pomoc.

# OBSAH

Úvod .....	5
1 Vymezení pojmu neplodnost .....	7
1.1 Příčiny neplodnosti .....	8
1.1.1 Neplodnost muže .....	8
1.1.2 Neplodnost ženy.....	9
1.2 Faktory ovlivňující plodnost .....	9
2 Možnosti řešení bezdětnosti asistovanou reprodukcí .....	111
2.1 Metody asistované reprodukce .....	12
2.1.1 Indukce ovulace .....	122
2.1.2 Artificiální inseminace.....	133
2.1.3 Intrafolikulární inseminace (IFI).....	133
2.1.4 In vitro maturace (IVM).....	133
2.1.5 In vitro fertilizace (IVF).....	144
2.2 Mikromanipulační techniky .....	15
2.3 Možné zdravotní komplikace léčby .....	17
2.4 Výsledky léčby asistovanou reprodukcí .....	117
3 Asistovaná reprodukce jako výzva pro sociální práci.....	19
3.1 Etická dilemata kolem procesu asistované reprodukce .....	200
3.1.1 Morální status embrya.....	22
3.1.2 Darování genetického materiálu .....	23
3.1.3 Surogátní mateřství .....	25
3.1.4 Redukce vícečetného těhotenství.....	277
3.1.5 Přebytečná embrya.....	288
3.1.6 Embryo a výzkum, klonování.....	29
3.2 Další specifické problémy zájemců o asistovanou reprodukci .....	30
3.2.1 Žena a muž.....	30
3.2.2 Rodinný život.....	31
3.2.3 Partnerské soužití .....	322
3.2.4 Vztahy páru a okolí.....	33
3.2.5 Práce a kariéra.....	34
3.2.6 Finanční náročnost.....	35
3.2.7 Právní aspekty .....	366

3.2.8	Reprodukční turistika.....	36
3.3	Stávající možnosti pomoci ze strany soc. pracovníků pro zájemce o asistovanou reprodukci .....	37
4	Kvalitativní výzkum.....	40
4.1	Cíl a metodologie výzkumu .....	40
4.2	Sběr dat a jejich zpracování .....	41
4.3	Výzkumný soubor .....	444
4.4	Představení respondentů .....	45
5	Před léčbou v centru asistované reprodukce .....	48
5.1	Chci dítě .....	48
5.2	Nejde to - co s tím? .....	50
6	Léčba v centru asistované reprodukce .....	532
6.1	Co nám (ne)říkali a jak .....	52
6.2	Léčba a překážky .....	55
6.3	Léčba jako zklamání a zátěž .....	57
7	Léčba a konec?.....	600
7.1	Asistovaná reprodukce a děti .....	60
7.2	Asistovaná reprodukce a vztahy .....	611
	Závěr.....	66
	Seznam literatury a použitých zdrojů.....	68

# ÚVOD

Letos uplyne 37 let od okamžiku, kdy se narodilo první dítěte ze „zkumavky“. Za tu dobu reprodukční medicína učinila velký pokrok a nabízí již celou řadu speciálních postupů, které výrazně zvyšují úspěšnost oplodnění. Neplodných párů nebo těch, jež mají s početím dítěte potíže, přibývá. Uvádí se, že s otěhotněním má potíže každý desátý až sedmý pár (Mardešič 1996, s. 10).

Práce se zabývá osobami nedobrovolně bezdětnými, tedy jedinci s poruchou plodnosti, jejichž nadějí pro narození dítěte se stávají metody asistované reprodukce. Asistovaná reprodukce je obecně definovaná jako obor medicíny, který pracuje mimo tělo člověka se spermii, vajíčky a embryi s cílem oplodnění ženy (Řežábek 2008, s. 10).

Neplodnost je v literatuře označována jako nemoc, ve své práci chci však poukázat na to, že se jedná také o velmi stresující a nepříznivou situaci – sociální situaci, která zasahuje do různých oblastí lidského života. Mnoho knih, které jsou věnovány tématu neplodnosti a asistované reprodukce pojednává pouze o medicínské stránce věci, případně o etických či právních souvislostech. Jen málo autorů se tématu věnuje z hlediska psychologie, příp. sociologie. Pouze dílo Hany Konečné (2006) toto téma pojednává interdisciplinárně a autorky Lenka Slepíčková, Hana Haškovcová a Lenka Zamykalová se zabývají tématem z pohledu sociologie. Slepíčková představuje neplodnost a nedobrovolnou bezdětnost jako sociální problém (Slepíčková 2011). Na poli sociální práce se tomuto tématu nevěnuje žádná publikace, jen např. studentské kvalifikační práce<sup>1</sup> a také Mária Kerekešová v časopise Sociální práce/Sociální práca v článku s názvem Bezdetné manželství a prázdne hniezdo<sup>2</sup>.

K asistované reprodukci je navíc často přistupováno jako k (jediné) léčbě neplodnosti, méně pak jako k jednomu z možných řešení bezdětnosti, které navíc nemusí být pro každého přijatelné. Nejčastějším důvodem bývá náboženské přesvědčení zpochybňující morální aspekt těchto metod. Práce má také poukázat na

---

<sup>1</sup> Např. Balabánová, S. (2013). *Životní situace neplodných žen* (bakalářská práce). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

<sup>2</sup> Kerekešová, M. 2013. Bezdetné manželství a prázdne hniezdo. Sociální práce/Sociální práca. č. 3, s. 12-14.

širší souvislosti neplodnosti a její léčby asistovanou reprodukcí, které je potřeba při řešení neplodnosti a i při provázení neplodné osoby mít na zřeteli.

V konceptuální části je popsána neplodnost, její příčiny a faktory ovlivňující plodnost. Dále jsou představeny jednotlivé metody asistované reprodukce spolu s mikromanipulačními technikami. Cílem této práce není komplexně popsat příčiny neplodnosti a léčebné postupy asistované reprodukce, jde spíše jen o jejich stručné představení, pro lepší orientaci v tématu asistované reprodukce a jejich souvislostí na nepříznivou situaci neplodné osoby. Dále jsou v práci zahrnuty etické, právní, finanční, psychologické i sociální aspekty neplodnosti a její léčby asistovanou reprodukcí. V práci jsou také reflektovány různé oblasti lidského života, které léčba neplodnosti může ovlivnit. Také představuji současné možnosti pomoci ze strany sociálních pracovníků.

Ve výzkumné části stanovuji cíle výzkumu a výzkumné otázky a popisuji výzkumný soubor a etické otázky, které hrají ve výzkumu důležitou roli. Krátce vysvětluji způsob sběru dat na základě narativního rozhovoru a jejich zpracování pomocí interpretativní fenomenologické analýzy.

Cílem diplomové práce je zjistit, zda je v procesu léčby asistovanou reprodukcí prostor pro činnost sociálního pracovníka a případně kterým konkrétním oblastem by se mohl sociální pracovník věnovat a pokusit se tak vymezit jeho roli v procesu asistované reprodukce, charakterizovat jeho možnosti intervence u zájemců o tuto službu.

Téma asistované reprodukce jsem si vybrala mimo jiné proto, že mne samotnou tato problematika zajímá již několik let, neboť v mém okolí je několik osob, které mají z léčbou přímou zkušenost. Jedná se o problém aktuální a v určitých směrech stále neprobádaný. Hlavně bych byla ráda, kdyby se téma stalo i tématem pro sociální pracovníky.

# 1 Vymezení pojmu neplodnost

V této kapitole přiblížím co neplodnost znamená, o jakou se jedná nemoc, jaké jsou její příčiny a čím může být ovlivněna, což je důležité pro pochopení dalších souvislostí v životě neplodného páru.

Neplodnost, tedy neschopnost počít dítě přirozeným způsobem, je považována za nemoc celého páru, protože její léčba a následky v podobě bezdětnosti se týkají celého páru. Neplodnost (v naší literatuře sterilita, pozn. autorky) se týká takového páru, kterému se nepodaří počít dítě po roce pravidelného pohlavního styku. Tato časová hranice je stanovena podle Řežábka (2008, s. 10) uměle, někdy se uvádí i hranice dvouletá. Centra většinou striktně netrvají na dodržení této časové hranice, zejména je-li žena ve vyšším věku.

V souvislosti s termínem neplodnost nemůžeme opomenout ani ty páry, resp. ženy, kterým se nedaří dítě donosit. Také musíme zmínit i ty páry, které už dítě mají, ale nedaří se jim počít dítě další, v tomto případě mluvíme o tzv. sekundární neplodnosti. Odborná literatura pracuje i s pojmem „idiopatická neplodnost“ jako označení pro stav, kdy není rozpoznána příčina po absolvování všech možných vyšetření. Některé prameny uvádí, že je stanovena po vyloučení všech ostatních příčin neplodnosti a týká se dokonce 5 – 10 % párů (např. Doherty, Clark 2006, s. 24). Řežábek (2008, s. 24) uvádí, že v těchto případech (pokud to však věk ženy dovolí) je vhodné dát ještě páru možnost přirozeně počít a připomíná, že také dobře působí rehabilitační cvičení podle Mojžíšové.

Konečná (2003, s. 14 - 15) upozorňuje, že tyto termíny neplodnost, sterilita atd. nepoužívá pouze medicína, ale jsou běžné v našem životě, a zejména pak pojem sterilita, v nás vyvolává představu něčeho, co nemá žádný projev života a pokud řekneme o někom, že je neplodný, působí to jakoby nikdy nic dobrého nemohl udělat. Konečná (2003, s. 14) dále poznamenává, že: *„Angličtina důsledněji rozlišuje medicínské „sterility“ a „infertility“ a psychologické „childless“ a „childfree“, což je obojí bezdětnost, ale jednou „free“, tedy něco pozitivního a zřejmě chtěného a podruhé „less“ tedy něco, co schází.*



## 1.1 Příčiny neplodnosti

Snad stále častěji se setkáváme se zprávami o rostoucím počtu párů řešících problémy s plodností. Podle odborníků je příčinou snižující se plodnosti zejména zhoršující se úroveň kvality životního prostředí a stres. Vyskytují se však i názory, které tvrdí, že míra neplodnosti je stále stejná, změnilo se jen chování lidí - ženy i muži odkládají početí dítěte do vyššího věku, kdy je jejich reprodukční schopnost snížena.

Neplodnost je tedy, jak již bylo uvedeno, nemocí páru, můžeme ji tedy rozdělit na neplodnost ženskou a mužskou. Samozřejmě může také jít o problém s plodností současně u obou partnerů. Uvádí se, že příčina pouze na straně ženy je ve 35 % případů, pouze na straně muže také ve 35 % a asi ve 25 % případu se na neplodnosti podílí kombinace příčin u obou partnerů. U zbývajících částí případů, tj. 5 % se nepodaří příčinu zjistit. Pokud nemůžeme po všech dostupných vyšetřeních odhalit příčinu neplodnosti, mluvíme o neobjasněné (idiopatické) neplodnosti. (Mardešič 1996, s. 10)

Konečná (2003, s. 19) upozorňuje na psychologický aspekt při určení diagnózy a doporučuje vždy používat pouze označení „příčina“, nikoli „vina“ – za poruchu plodnosti dle ní nikdo nemůže, a současně se přiklání k citově neutrálním medicínským termínům „andrologická/ gynekologická“ příčina.

### 1.1.1 Neplodnost muže

Hlavní příčinou poruchy plodnosti u muže je neschopnost produkovat dostatek zdravých spermií. Může se jednat buď o nízký počet spermií (oligospermie), jejich nedostatečnou pohyblivost (astenospermie), špatný tvar (morfologie), nebo špatnou funkci nebo se v ejakulátu nevyskytují vůbec žádné spermie (azoospermie). Další příčinou mohou být genetické poruchy, problémy s pohlavním stykem (potíže s ejakulací, ztopořením), úrazy (např. míchy), operace, onkologická léčba a záněty. Řežábek (2008, s. 13-15). Ulčová–Gallová (2006, s. 22-30) upozorňuje, že neplodnost může být také zapříčiněna imunologickými faktory (protilátky proti vlastním spermiím)

### **1.1.2 Neplodnost ženy**

Mezi příčiny neplodnosti u ženy patří podle Mardešiče (1996, s. 43-52) porucha ovulace, ta se může projevit nepravidelným menstruačním cyklem, v některých případech však může být menstruace ale i pravidelná. Dalšími častými příčinami neplodnosti bývají pozánětlivé postižení vejcovodů (zánět může způsobit neprůchodnost vejcovodů, narušení jejich funkce nebo srůsty), endometrióza (tzn. výskyt děložní sliznice mimo dělohu), abnormality dělohy a děložního hrdla (vrozené vady dělohy, nezhoubné nádory, srůsty atd.). Také podle Ulčové–Gallové (2006, s. 42-56) se u žen mohou vyskytovat imunologické protilátky, které negativně ovlivňují pohyb spermií a dochází také k narušení procesu splnutí pohlavních buněk, případně i ovlivnění vývoje embrya (např. autoprotilátky proti zona pellucida, které zabraňují proniknutí spermií do vajíčka).

## **1.2 Faktory ovlivňující plodnost**

V souvislosti s plodností můžeme také zmínit některé obecné faktory, které mohou mít na početí vliv. Jedná se podle Mardešiče (1996, s. 22-24) zejména o věk, sexuální aktivitu a vlivy okolního prostředí, ale můžeme sem zařadit také psychosociální faktor (stres, přepracovanost atd.), stav výživy (např. mentální anorexie, obezita) a různá onemocnění, která mají souvislost s reprodukčním systémem (např. nádorová onemocnění, diabetes, onemocnění štítné žlázy atd.). Plodnost může být ovlivněna také způsobem jedincova života – není zanedbatelný vliv nikotinu, alkoholu a drog a také např. nadměrná fyzická námaha, kontaminace těžkými kovy (rtuť, olovo atd.), radiace.

Řežábek (2008, s. 9) upozorňuje, že s přibývajícím věkem klesá plodnost nejen ženy, ale i muže. U muže se postupem věku lze setkat např. se zhoršenou spermatogenezí, impotencí a dalšími onemocněními, které mohou početí dítěte komplikovat (diabetes, hypertenze). Uvádí se, že žena je plodná optimálně mezi 20. a 30. rokem svého věku, nejlépe však kolem 25. roku věku. Od 35 let věku ženy začíná její možnost otěhotnět výrazně klesat a kolem 42. roku je téměř nulová. U ženy postupně klesá počet normálních ovulačních cyklů a naopak se zvyšuje počet

těch abnormálních, také přibývá možností děložních abnormalit (myomy atd.). Ve vyšším věku dochází také u ženy k častějším spontánním potratům. Mardešič (1996, s. 22-23) upozorňuje, že s přibývajícím věkem také může poklesnout sexuální aktivita, čímž se pravděpodobnost otěhotnění také snižuje.

## 2 Možnosti řešení bezdětnosti asistovanou reprodukcí

Protože Světová zdravotnická organizace uznala neplodnost za nemoc, je jako taková i léčena. Nesmíme ale zapomenout, že léčba, myslím tím řešení prostřednictvím medicíny, není jediným řešením nedobrovolné bezdětnosti, i když v současné době se pro toto řešení rozhodují páry většinou jako k prvnímu, pro které se při své cestě za dítětem, rozhodnou, což je patrné i z rozhovorů s respondenty. Navíc i veřejnost má často za to, že bez technik asistované reprodukce nelze neplodnost řešit, má za to, že jiný způsob řešení neexistuje (navíc i lékaři z center většinou ani nic jiného nenabízí). Metody asistované reprodukce mají však své indikace a podmínky a také své výhody a rizika. Rozhodně tak nejsou nejvhodnější metodou léčby pro všechny páry.

Než lékař stanoví diagnózu neplodnosti, pár zpravidla absolvuje různá vyšetření která jsou různě fyzicky, psychicky i finančně náročná. Při vyšetření se podle Mardešiče (1996, s. 27-28) obvykle postupuje od těch nejjednodušších a nerizikových k vyšetřením náročnějším. Také je nutné dbát na zásadu, že musí být vyšetřeni oba partneři, jak upozorňuje Řežábek (2008 s. 40).

Nejdříve to bývá zpravidla žena, která absolvuje základní vyšetření u svého gynekologa. Pro potřebná další vyšetření je pár odkázán do centra léčby neplodnosti (dále již centrum) – na toto se však může pár obrátit i bez doporučení lékaře. Vyšetření v centru by mělo být zahájeno rozhovorem lékaře s oběma partnery a tvorbou anamnézy. Mezi další vyšetření, která může žena absolvovat, patří vyšetření hladiny hormonů, ultrazvukové vyšetření, vyšetření průchodnosti vejcovodů, vyšetření ovariální rezervy, laparoskopie, hysteroskopie, genetické vyšetření a imunologické vyšetření. Ne všechny tyto výkony jsou hrazeny ze zdravotního pojištění. U mužů lze provést vyšetření spermioqramu, kultivační vyšetření spermatu, genetické vyšetření, vyšetření hladiny hormonů, imunologické vyšetření, urologické vyšetření.

Řežábek (2008, s. 10) říká, že: *„Naprostá většina postupů asistované reprodukce je určena k léčbě či prevenci choroby (neplodnosti), jen v oblasti skladování zárodečných buněk a preimplantační genetické diagnostiky asistovaná reprodukce samotnou léčbu neplodnosti přesahuje.“*

## **2.1 Metody asistované reprodukce**

Je-li stanovena diagnóza, navrhne lékař páru vhodnou léčbu. Jak jsem již uvedla, využití metod a technik asistované reprodukce je jen jednou z možností. S ohledem na diagnózu lze také využít i chirurgickou léčbu nebo farmakoterapii. Lékař by měl podle Řežábka (2008, s. 52) vhodnou metodu léčby volit s ohledem na její efektivitu a zároveň s co nejmenší náročností pro pacienta z hlediska času, financí a jeho zdraví. Při technikách asistované reprodukce se většinou používá hormonální stimulace vajíček. To sice může vést k rychlejšímu otěhotnění, ale na druhou stranu je stimulace spojena se zdravotními riziky, nehledě na to, že tato cesta je dražší a náročnější než metody klasické.

Někteří autoři zpochybňují asistovanou reprodukci jako léčbu neplodnosti. Slepíčková (2011, s. 13) argumentuje, že asistovaná reprodukce neplodnost neléčí, pár zůstává neplodný, tj. neschopný přirozeně počít dítě. Asistovaná reprodukce tak spíše obchází problém bezdětného páru a představuje jedno z možných řešení bezdětnosti.

### **2.1.1 Indukce ovulace**

Jedná se o hormonální podporu růstu a dozrávání vajíček ve vaječnicích pro následné přirozené oplodnění. Je vhodná především u žen s anovulačními cykly - nedochází k pravidelnému uvolňování zralého vajíčka. Pro stimulaci vaječnicků se používají různé hormonální léky. Poté se prostřednictvím ultrazvukového vyšetření sleduje počet a velikost folikulů ve vaječnicích, ve kterých se vajíčka vyvíjejí. Hodnotí se taktéž charakter a výška děložní sliznice. Rizika spojená s touto metodou jsou minimální, s výjimkou možnosti vzniku vícečetného těhotenství a případných komplikací s ním spojených.

### **2.1.2 Artificiální inseminace**

Při této metodě se zavádějí spermie do pohlavního ústrojí ženy. Inseminaci lze provést do pochvy nebo na děložní hrdlo, většinou se však provádí vstříknutí spermie do dělohy - intrauterinní inseminace (IUI), před zavedením se spermie musí vyčistit a zbavit bakterií a cizorodých látek. Jedná se podle Řežábka (2008, s. 11) o relativně jednoduchý a bezbolestný výkon, který se běžně provádí ambulantně a bez anestezie, metoda nevyžaduje odběr vajíčka. Je možné použít sperma dárce, toto musí být vždy zmrazeno minimálně po dobu 6-ti měsíců. Udává se, že úspěšnost metody je 10 až 15 % na jeden cyklus – úspěšnost se snižuje s věkem ženy (pozn. autorky úspěšnost otěhotnění při přirozeném oplodnění je 25 % na jeden cyklus). Úspěšnost této metody se zvyšuje stimulací vaječnicků. Při použití hormonálních přípravků se stimulují 2 až 3 vajíčka k dozrání, ultrazvukem se sleduje růst folikulů, protože je důležité, aby dosáhly určité požadované velikosti. Jakmile folikuly dozrají, žena dostane injekci hCG (Choriogonadotropin), která vyvolá ovulaci. V den ovulace poskytne muž sperma, které se připraví k inseminaci.

### **2.1.3 Intrafolikulární inseminace (IFI)**

Jedná se o metodu asistované reprodukce podobnou intrauterinní inseminaci. U žen je hormonálně stimulována ovulace a IFI je načasována na období ovulace. Pomocí ultrazvuku se monitoruje růst folikulů, jakmile dosáhnou požadované velikosti, je aplikována injekce vyvolávající ovulaci. Do 36 hodin od její aplikace je provedena inseminace – spermie se zavádějí speciální jehlou přímo do folikulu ve vaječnicích. Maximální počet inseminovaných folikulů jsou 4. Tento výkon vyžaduje celkovou anestezii, po výkonu zůstává žena na lůžku minimálně 2 hodiny.

### **2.1.4 In vitro maturace (IVM)**

Při této metodě se pacientce bez stimulační léčby odeberou nezralá vajíčka, které potom dozrávají v laboratorních podmínkách. Oplozování uměle dozrálých vajíček je dále stejné jako při IVF. Tato metoda je indikována u žen s vysokým

rizikem ovariálního hyperstimulačního syndromu (reakce na stimulační léčbu – více viz kap. Možné zdravotní komplikace léčby), nebo také u žen, u kterých není možné ze zdravotních důvodů podávat stimulační léky. Při této metodě se léky nevyužívají vůbec nebo jen minimálně.

### **2.1.5 In vitro fertilizace (IVF)**

Při této metodě se vajíčko oplodňuje mimo tělo – in vitro. Žena si nejčastěji sama denně aplikuje injekčně hormony, které způsobí dozrání většího počtu vajíček. Lékař každé ženě přesně určí jaké léky a jak dlouho má užívat. Průběh stimulace je poté pravidelně sledován ultrazvukem, zralá vajíčka jsou poté odebrána v celkové anestezii. Ve stejný den jako jsou ženě odebrána vajíčka, se získá sperma od partnera – doporučuje se několika denní sexuální abstinence, pro zvýšení kvality spermií.

K oplodnění dochází na laboratorních miskách s kultivačním médiem spontánně, spermie vlastním pohybem docestují k vajíčku a pronikají jeho obaly. Některá centra (např. Centrum asistované reprodukce LF MU a FN Brno, Obilní trh) do zkumavky přidávají speciální kultivační média (Ventruba, P., Crha, I., Žáková H., 2013, s. 7), pro lepší vývoj embryí, jiná toto nabízí za příplatek.

Společná kultivace vajíček a spermií trvá nejméně 2 dny, je možné využít i tzv. prodlouženou kultivaci, která trvá až 6 dní. Při prodloužené kultivaci lze lépe určit nejkvalitnější embrya, zvyšuje se tak jejich šance k úspěšnému uhnízdění. Přestože se kultivační média stále zdokonalují, představuje tento proces podle Řežábka (2008, s. 76) pro embrya nepřirozenou zátěž. Při prodloužené kultivaci lze dle Ventruby, Crhy a Žákové (2013, s. 9-12) také provést genetické vyšetření embrya. Po kultivaci se nejlepší embrya přenášejí bez anestezie do dělohy – tzv. embryotransfer. Počet zavedených embryí závisí hlavně na věku pacientky, počtu předchozích neúspěšných IVF cyklů a přání pacientky. Většinou se přenášejí 1- 2 embrya. Pacientka asi po jedné hodině od zákroku odchází domů. Za 2 týdny se dostaví na kliniku k zjištění těhotenství. Některá centra naopak doporučují po embryotransferu klid na lůžku a třeba i pracovní neschopnost.

Při IVF je dle Ventruby a kol. (2013, s 6) možné využít také přirozeného cyklu (zcela bez hormonální stimulace vaječnicků, využívá se přirozené ovulace, jedná

se o tzv. nativní cyklus) nebo minimální hormonální stimulace (velmi nízká dávka stimulujících léků). K oplodnění dochází prostřednictvím metod ICSI nebo PICSI (viz dále).

## 2.2 Mikromanipulační techniky

Při IVF se mohou použít i různé mikromanipulační techniky – jedná se o laboratorní techniky, které se provádí za pomoci mikromanipulačního zařízení. Jejich podstatou je manipulace s jednotlivými vajíčky, spermii nebo embryi pod mikroskopem. Současná reprodukční medicína nabízí několik mikromanipulačních technik, a vzhledem k tomu, že tento obor medicíny se neustále vyvíjí, jistě dnešní možnosti nejsou konečné. Centra nabízí mnohdy jen některé z těchto technik, na které se více specializují.

Mezi mikromanipulační techniky patří tyto:

- Intra-cytoplazmatická injekce spermie do vajíčka (ICSI) – Tato metoda znamená injekce (jedné) spermie přímo do vajíčka, daná spermie je při této manipulaci znehybněna, nasáta a poté vpravena do vajíčka, tato metoda je považována za účinnou léčbu pro páry, kdy je v ejakulátu velmi nízký počet spermií
- Preselektivní intracytoplasmická injekce spermie (PICSI) – Jedná se o novější variantu metody ICSI, kdy embryolog spermie selektuje nejen dle vizuálního posouzení, ale zejména podle funkční kvality – spermie se navážou na speciální misku a tyto spermie jsou pak použity pro ICSI.
- Intracytoplasmická injekce morfologicky selektované spermie (IMSI) – Při této metodě se užívá velké mikroskopické zvětšení, díky kterému lze lépe vybrat morfologicky vhodnou spermii pro injekci do vajíčka (spermie musí být pohyblivá s pěknou morfologií jádra a bez vakuol v hlavičce).
- Asistovaný hatching – Při této metodě se ještě před přenosem embryi do dělohy otevře obal embrya mikropipetou. Tento vzniklý otvůrek umožní snazší uvolnění embrya z jeho obalu a embryi se tak může lépe uchytit v děloze. Tato technika je indikována v případech, kdy je pacientka starší 35 let, kdy se



opakovaně po transferu kvalitních embryí v předchozích cyklech IVF nezdařilo těhotenství, kdy má pacientka zvýšenou hodnotu FSH (folikuly stimulujícího hormonu), nebo pokud má embryo silnější obal.

- Transfer cytoplasmy – Při této mikromanipulační metodě se tenkou jehlou přenáší do vaječné buňky příjemkyně malé množství cytoplasmy z buňky dárkyně. Při transferu nedochází k přenosu genetické informace, ale pouze organel, enzymů, energetických zásob a mitochondrií, které pomáhají správnému splynutí chromozomů, dělení vaječné buňky a vytvoření kvalitního embrya. Tato metoda je indikována u žen, které tvoří opakovaně vaječné buňky nízké kvality a nechtějí přistoupit na oplodnění darovaného vajíčka.
- Preimplantační genetická diagnostika (PGD) – Jedná se o genetické vyšetření embrya ještě před embryotransferem. Důvodem pro toto vyšetření embrya bývá chromozomální porucha u některého z rodičů, předchozí porod dítěte s vrozenou vývojovou vadou, vyšší věk ženy, opakované potraty nebo dlouhodobá neúspěšná léčba neplodnosti. Embryo tento zákrok většinou nijak nepoškodí, odběr se dělá v časném stádiu jeho vývoje.
- Chirurgický odběr spermií - Současné metody asistované reprodukce umožňují oplodnit vajíčka i v případě, že spermioqram muže vykazuje minimální nebo žádné spermie - umožňuje mít vlastní dítě i mužům s nepřítomností spermií v ejakulátu. Využívá se k tomu těchto metod:
  - TESE - testicular sperm extraction - tato metoda představuje odebrání vzorku tkáně varlete a oplodnění vaječné buňky spermii získanými z této tkáně,
  - MESA - microsurgical sperm aspiration – tato metoda představuje získání spermií z nadvarlete během mikrochirurgického zákroku,
  - PESA - percutaneous sperm aspiration – tato metoda představuje získání spermií punkcí přes kůži šourku.Všechny tyto metody chirurgického odběru spermií jsou prováděny v celkové anestezii. Takto získané spermie jsou použity k oplození vajíček prostřednictvím metody ICSI.
- Kryokonzervace gamet a embryí – jedná se o zmrazení buněk na nízkou teplotu, většinou na -196 oC, při této teplotě ustanou všechny životní pochody a spermie nebo embrya tak lze uchovávat velmi dlouho, téměř neomezeně,

obtížnější je však podle Řežábka (2008, s. 11) samotná fáze zmrazování a rozmrazování, kdy může dojít k poškození buněk. Zmrazení embryí se využívá zejména v případech, kdy při oplození vznikne více kvalitních embryí než je transferováno do dělohy, nebo pokud je nutné transfer z nějakého důvodu odložit. Kryokonzervace se využívá také při dárcovství pohlavních buněk nebo pokud je ohrožena plodnost (chemoterapie, radioterapie apod.). Přenos rozmražených embryí se nazývá kryoembryotransfer a je také zpoplatněn.

- Léčba darovanými gametami – (více viz kap. Etická dilemata kolem procesu asistované reprodukce)

## **2.3 Možné zdravotní komplikace léčby**

Je nutné zmínit i zdravotní komplikace, které se mohou u ženy při provedení asistované reprodukce, vyskytnout. Mezi ně patří mnohočetné těhotenství, mimoděložní těhotenství a ovariální hyperstimulační syndrom (jedná se o reakci vaječnicků na hormonální stimulaci, vyznačuje se zvětšením vaječnicků, vyskytuje se až u pětiny žen po IVF). Při odběru vajíček také může dojít k poranění. V případě vícečetného těhotenství se přistupuje k redukci plodů aplikací hypertonického chloridu draselného. Tento zákrok se provádí až po 10 týdnech těhotenství (Řežábek, 2014, s. 102).

## **2.4 Výsledky léčby asistovanou reprodukcí**

Ač pojem neplodnost zní poněkud definitivně, jedná se o stav (nemoc), kterou lze v současné době zejména díky pokroku medicíny mnohdy překonat („vyléčit“) a není tedy vyloučeno, že se pár dočká vytouženého dítěte. Dle Řežábka (2008, s. 24) až 90 % žen díky medikamentózní léčbě a možnostem asistované reprodukce otěhotní. Současně také upozorňuje, že po 35. roku věku začíná klesat pravděpodobnost otěhotnění. Pravděpodobnost úspěchu asistované reprodukce se zvyšuje s počtem zavedených embryí a také s nižším věkem ženy.

Všechna dosažená těhotenství po umělém oplodnění se u nás celostátně evidují v Národním registru asistované reprodukce, který vede Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Zde je možné najít údaje o ženách, u nichž byla provedena ovariální stimulace nebo bylo zahájeno monitorování pro léčbu sterility metodou mimotělního oplodnění (IVF) nebo příbuznými technikami, nejsou sbírána data o inseminacích. Nejaktuálnější data se vztahují k roku 2012 (novější zatím nejsou k dispozici, protože data jsou do registru zadávána průběžně a některá data (zejména o výsledku těhotenství) až se zpožděním, tak jak se je centru podaří zjistit). Z údajů v registru vyplývá, že v roce 2012 u nás provozovalo svoji činnost 39 center asistované reprodukce. V těchto centrech bylo v tomto roce zahájeno 27 353 všech cyklů asistované reprodukce (pouze 23 740 cyklů s cílem otěhotnět), z toho 19 106 cyklů českým občankám (to znamená, že téměř třetina cyklů byla provedena cizinkám). Z údajů také vyplývá, že asistovanou reprodukci podstupují nejčastěji ženy ve věku do 34 let. Je také zajímavé, že podíl žen ve věku 40 let a vyšším na celkovém počtu cyklů se od roku 2007 zvýšil z 10,7 % na 21,7 % v roce 2012. (ÚZIS ČR, 2013)

V registru je také možné dohledat počet dětí narozených po IVF. V roce 2012 to bylo celkem 3 230 dětí (z toho 326 párů dvojčat), toto číslo však nemusí být konečné, protože ne všechna centra mají k dispozici úplné informace (např. u cizinců), které následně odevzdávají do registru (Řežábek, 2014b, s. 28). To znamená, že v roce 2012 by to číslo představovalo necelé 3 % dětí z celkového počtu živě narozených v ČR (živě narozených dětí v ČR v roce 2012 bylo celkem 108 576). (Český statistický úřad, 2013). Zdůrazňuji, že čísla jsou spíše orientační, nejsou v nich zahrnuti děti cizinců, o kterých se informace zjišťují obtížně apod.

Jednotlivá centra lákají neplodné páry nejen svojí nabídkou služeb a jejich cenou, ale také svými dosavadními výsledky, které často zveřejňují na svých webových stránkách (některé z nich dokonce zveřejňují na svých webových stránkách i fotografie „svých“ dětí). Zájemci o léčbu se tak mohou s těmito daty seznámit a i dle těchto kritérií např. vybrat vhodné centrum k vlastní léčbě.

### 3 Asistovaná reprodukce jako výzva pro sociální práci

V této kapitole představím okruh lidí, kterých se týká léčba asistovanou reprodukcí, jako možné potenciální klienty sociálního pracovníka. Vymežím jejich specifické problémy a popíši okolnosti léčby pro přiblížení jejich nepříznivé sociální situace.

Uvedla jsem, že neplodnost je nemocí páru. Léčba a následky v podobě bezdětnosti, ale mnohdy i příčiny, se týkají obou dvou partnerů. Slepíčková (2011, s. 16) upozorňuje na vznik nového typu pacienta, který už není individuem, ale párem, a který prožívá nejen nemoc samotnou, ale také její sociální (v podobě bezdětnosti) a psychické důsledky.

Páry podstupující léčbu neplodnosti se od ostatních nemocných liší tím, že se většinou necítí fyzicky nemocní a nemoc na nich není na první pohled patrná. Slepíčková (2011, s. 12) uvádí, že neplodnost je také sociální situací, protože můžeme rozlišit její sociálně konstruovanou povahu, kdy neplodnost jako problém budou vnímat pouze ti, kteří si přejí mít dítě.

K léčbě tedy přicházejí ti, kterým je ztíženo nebo znemožněno naplnit touhu mít vlastního potomka. Hansmanová a Dostál (2011, s.179-182) uvádí, že tito lidé bývají často velmi aktivní ve snaze změnit svou situaci, stávají se odborníky na svůj problém, studují např. léčebné postupy a možnosti jednotlivých center. Páry jsou ochotny léčbě podřídit mnohem více než běžný pacient - jsou ochotny absolvovat i náročná vyšetření a plnit léčebný plán. Mohou patřit z hlediska času i nároku na trpělivost lékaře k velmi náročným klientům, protože své názory, obavy a poznatky často chtějí s lékaři konzultovat. Nedostatek informací by u nich mohl vést k nedůvěře v lékaře, léčbu i centrum.

Páry mají pocit, že nové (nebo i další) možnosti léčby nemohou odmítnout. Je zde podle Slepíčkové (2011 s. 8) patrný tlak na využití všech možností, které se v léčbě nabízí, a to často i za vysoké fyzické, psychické a finanční náklady. Podle Haškové, Zamykalové (2006, odst. 20) se normou pro neplodné páry stalo „usilování za každou cenu“. Jak dále uvádí Slepíčková (2011, s. 8), neplodný pár se tak snaží vyhovět normě „heterosexuálního biologicky daného rodičovství“, protože adopce by pro ně znamenala „přiznání selhání a rovnou dvojí stigma, a to stigma neplodnosti a stigma neúspěchu léčby“.

### 3.1 Etická dilemata kolem procesu asistované reprodukce

Reprodukční medicína může svými poznatky ovlivnit nejen vznik ale i kvalitu nového lidského života. Do procesu asistované reprodukce, jak poznamenává Slepíčková (2007 s. 68), také vstupuje vedle páru toužícího po dítěti i další aktér – lékař, dárce nebo dárkyně, příp. náhradní matka (případně i všichni uvedení) a dochází tak k překrývání rodičovství biologického (genetického) a sociálního. Vznikají tak neznámé a složité vztahy, které vyžadují regulaci.

Do jednání o etických dilematech léčby asistovanou reprodukcí se zapojují nejen lékaři a biologové, ale i odborníci z dalších oborů (filozofové, etici, právníci, teologové, politici) a také samotní pacienti nebo různé zájmové skupiny. K některým otázkám se věnují i mezinárodněprávní dokumenty, jako např. Úmluva o lidských právech a biomedicíně, kterou ratifikovala i Česká republika. Vznikly i různé mezinárodní etické komise a lékařské organizace zabývající se touto tematikou. Za všechny mezinárodní instituce, které se etickým otázkám reprodukční medicíny věnují, můžeme alespoň pro ilustraci uvést Evropskou společnost pro lidskou reprodukci a embryologii (dále ESHRE), Mezinárodní federaci společností zabývajících se plodností (dále IFFS) a Světovou organizaci gynekologů a porodníků (dále FIGO). ESHRE na webových stránkách publikuje svá stanoviska ke klíčovým etickým problémům asistované reprodukce, zatím jich vydala celkem 23. Obdobně i FIGO pravidelně vydává svá stanoviska a doporučení na téma aktuálních etických aspektů lidské reprodukce a zdraví žen. Nejnovější verze aktuálních doporučení byla vydána v roce 2009.

Vývoj nových technik reprodukční medicíny může některá etická a právní dilemata vyřešit, případně alespoň nahradit. Takovým příkladem může být podle Dostála (2007 s. 10) technika intracytoplazmatické injekce spermie (ICSI), která tam, kde je to možné, nahradila inseminaci darovaným spermatem a pomohla tak vyřešit otázku vzdání se genetického otcovství. Vyvstaly s tímto však nové obtíže, protože tato metoda je pro léčený pár fyzicky i finančně náročnější.

Mezi hlavní etické otázky můžeme zařadit dle L. Pilky a R. Pilky (2009, s. 14-15) postup IVF jako takový, morální postavení embrya, zahrnutí třetí strany do procesu reprodukce (darování genetického materiálu, surogátní mateřství),

kryokonzervace embryí, manipulace s gametami (vícečetné těhotenství), výzkum a pokusy s preembryi, mikromanipulace, kmenové buňky, klonování.

Jedním z argumentů proti léčbě asistovanou reprodukcí je podle Váchy (2012, s. 173-189) komercializace celé věci. Z dítěte se tak stává zboží, které můžeme koupit, prodat i reklamovat. Etické problémy se odsouvají do pozadí, protože by mohly vadit obchodu. Rodiče o nich nejsou informováni a často až v průběhu celého postupu se dozvědí, že začátek života jednoho embrya a postup k narození dítěte znamená smrt jiných embryí.

Další diskutovanou otázkou je možnost rozšíření léčby asistovanou reprodukcí i mimo klasický rámec medicínských problémů – pro osamělé ženy, homosexuální páry a transsexuální osoby a pomoci tak řešit i sociální problémy některých populačních skupin. Zamykalová (2003, odst. 56) poukazuje na nejednoznačnou roli asistované reprodukce, že: *„V případě některých sporných situací je lepší uchýlit se pod ochranná křídla medicínských indikací a neplést se do věcí společnosti. V jednom případě asistovaná reprodukce aspiruje na prevenci sociálních problémů spojených s neúplnými rodinami, v druhém se drží striktně medicínské indikace neplodnosti.“*

ESHRE k tématu provádění asistované reprodukce u těchto párů vydalo svoje zatím poslední stanovisko. ESHRE upozorňuje na to, že každý jedinec má právo se rozmnožovat, ne všechny státy však toto právo i těmto párům přiznávají. ESHRE má za to, že i u těchto párů může existovat mnoho situací, kdy je provedení asistované reprodukce morálně přípustné. Jedná se např. o lesbické páry, pro které by mělo být eticky oprávněnou formou asistované reprodukce tzv. sdílené biologické mateřství (Shared biological motherhood). Spočívá v tom, že jedna z žen daruje vajíčko, které je oplodněno spermatem dárce a vloženo do dělohy druhé ženy, která jej donosí a porodí. Obě ženy se tak na rodičovství podílí, což pro ně a pro vztah s dítětem je pozitivní. Obdobně se ESHRE přiklání i k provádění asistované reprodukce osamělým ženám. Transsexuálním osobám by měla být před provedením změny pohlaví nabídnuta možnost uchování pohlavních buněk (jejich zmražení). Pokud se poté rozhodnou podstoupit asistovanou reprodukci, pro její zahájení je důležité poradenství psychologa, psychiatra (ESHRE, 2014 s. 1860-1864).

### 3.1.1 Morální status embrya

Situace kolem asistované reprodukce vyvolává problematické otázky nejen právní a etické, ale i sociální a psychologické. Z těchto důvodů mohou být některé techniky léčby, či celá léčba, pro někoho naprosto nepřijatelné. Přijatelnost asistované reprodukce a jejich metod souvisí se způsobem jakým odpovídáme na otázku kdy se člověk stává člověkem, tedy jak morálně hodnotíme postavení embrya.

Podle Váchy (2012, s. 193-194) se rozlišují dva základní názorové proudy, kterými je lidské embryo posuzováno. Prvním z nich je ontologický personalismus který má za to, že neexistuje rozdíl mezi lidskou bytostí a osobou a přiznává tak i zygotě (tedy buňce vzniklé ihned po oplození) všechna práva. Druhým směrem je empirický funkcionalismus, který naopak vidí rozdíl mezi lidskou bytostí a osobou. Od početí je lidské embryo lidskou bytostí, které se v osobu teprve vyvine – osobou se stane až získá určité vlastnosti a dovednosti v průběhu vývoje. Mezi zastánci empirického funkcionalismu neexistuje shoda na tom, v který přesný okamžik se z lidského bytí stává osoba. Určité řešení v praktické medicíně představuje přiznání tzv. doložky svědomí, tzn. že zdravotníci se nemusí účastnit na postupech reprodukční medicíny a výzkumu na gametách a embryu, pokud jim v tom brání svědomí, náboženské či morální postoje.

Ontologický pohled na embryo je známý jako názor, který zastává římskokatolická církev. Lidský plod si tedy dle jejich názoru zasluhuje bezpodmínečnou úctu a také uznání svých lidských práv, mezi které patří zejména neporušitelné právo na život. (Donum vitae I,1). Učení katolické církve tímto tedy odmítá úmyslné ničení embryí při technice IVF, kryokonzervaci embryí a další techniky manipulace s lidskými embryi. (Dignita personae, odst. 14-22).

Katolická nauka církve upozorňuje na skutečnost, že dítě není tím, na koho mají manželé automaticky nárok. Tento požadavek by byl v rozporu s důstojností dítěte. Dítě je pro manžele darem. (Donum vitae B, 8 a Gaudium et spes, 50). Pokud se manželům nedaří počít dítě, je důležité, aby měli na paměti, že manželský život tak neztrácí svoji hodnotu. Také Šimek (2014, s. 206 – 2012) se shoduje s tímto názorem a říká, že ani neplodné páry nemají „přirozené právo na vznik dítěte“, mají však stejně jako ostatní páry „přirozené právo na úkony plození“. Nárok na vznik dítěte označuje jako „domnělé přirozené právo“, kdy není zohledněna perspektiva dítěte,

kteřé má vzniknout. Proto je dle něj eticky problematická asistovaná reprodukce, zejména pro vytváření nadpočetných embryí při metodě IVF, které mimo jiné často dále slouží jako výzkumný materiál.

Podle katolické nauky má k plození dětí docházet v manželství, protože jedině to je prostřednictvím svých úkonů vyhrazené k darování lidského života. (*Gaudium et spes*, 50-51 a *Donum vitae*, A, 1). Právě pro rozpor s požadavkem, aby dítě bylo počato v manželství, katolická církev zcela odmítá umělé oplodnění s dárcovskými pohlavními buňkami. Takové oplodnění by zbavilo jednoty a celistvosti plodnost manželů a také narušilo přirozený vztah mezi dítětem a rodiči. (*Donum vitae*, A, 2). Katolická církev stejně tak odmítá i umělé oplodnění metodou IVF pohlavními buňkami manželů. Důvodem je nahrazení manželského pohlavního styku (který je jediným způsobem k důstojnému početí dítěte) technickým postupem. (*Donum vitae*, B 5). Ze stejného důvodu odmítá i inseminaci. (*Donum vitae*, B 6).

Pro katolickou církev jsou přípustné pouze takové lékařské zákroky, které nenahrazují manželský pohlavní styk, ale naopak usnadňují jeho uskutečnění. Jedině tak je totiž chráněna důstojnost osoby – manželů i dítěte. (*Donum vitae* B, 7 s. 65-66). Povolena tak je např. hormonální léčba neplodnosti, chirurgická léčba endometriózy nebo zprůchodnění vejcovodů. (*Dignita personae*, 2. část, odst. 13). V jednom z rozhovorů pražský arcibiskup Dominik Duka uvedl, že katolická církev umělé oplodnění rezolutně neodmítá, přijatelné pro ně mohou být způsoby, kdy nedochází k ničení embryí. Duka (2011) říká: „... *kdybychom všechno postavili na tom „ne“, tak bychom popřeli jednu věc a to, že Bůh stvořil člověka k tomu, aby spolupracoval na stvoření. Bude-li to stvoření z našeho pohledu etické, myslím, že mu církev nebude stát v cestě.*“

### **3.1.2 Darování genetického materiálu**

Využívá se v případech, kdy léčený pár nemá vhodné vlastní spermie, vajíčka nebo obojí zárodečné buňky. Darovat v procesu asistované reprodukce lze tedy vajíčko, spermii i celé embryo. Dárcem (dárkyní) je osoba stojící mimo neplodný pár. Dárcovství funguje na principech anonymity, bezplatnosti a dobrovolnosti. Dárcům jsou hrazeny pouze nutné výdaje spojené se zákrokem (finanční kompenzace



dárkyním vajíček se pohybuje okolo 17 tisíc korun, dárcům náleží kompenzace v obdobné výši). Dárci jsou podrobeni genetickému a sérologickému vyšetření k vyloučení zjištěných dědičných chorob a infekcí. Vhodné dárcy vybírá lékař na základě vyplněných dotazníků. Dárkyně vajíček jsou ženy ve věku do 34 let, alespoň s ukončeným středoškolským vzděláním. Dárce spermií může být muž do 35 let, požadavky na vzdělání jsou stejné jako u dárkyně vajíček.

Při dárcovství do procesu vstupuje třetí strana, proto vznikají eticky složité situace. Zejména mužům je pak připisován větší důraz na genetickou vazbu k potomkovi, která tvoří součást mužské identity. (Konečná, 2003, s. 135-140)

Metody asistované reprodukce jsou u žen starších 40 let velmi málo úspěšné, proto u takto starých žen se jeví darování oocytů jako vhodné. Otázkou však zůstává horní věková hranice příjemkyň – do jakého věku ženy by se jí tato léčba měla nabízet? Dle Pilky (2009, s. 42-45) s vyšším věkem narůstá riziko porodních komplikací a také výchova narozených dětí pro ženu ve vyšším věku může být problematická. Stejně tak bychom měli vzít do úvahy hledisko dítěte, které je tak vystaveno většímu riziku ztráty rodiče v mladém věku.

Zajímalo mě, jak často vlastně dochází při léčbě k dárcovství. Podle informací Národního registru asistované reprodukce v roce 2012 bylo provedeno celkem 4 297 cyklů s přijetím darovaných oocytů a 169 cyklů s přijetím darovaných embryí. (Řežábek, 2014b, s. 16). Pro další ilustraci uvádím vybrané údaje z výročních zpráv za rok 2014 z centra IVF Zlín je zřejmé, že v loňském roce měli 5 dárců spermií (celkem 38 odběrů), 212 dárkyň oocytů (celkem 285 odběrů) a provedli celkem 25 IUI s dárcem (IVF Czech Republic s.r.o., 2015. [online]. dostupné z: <http://www.ivf-zlin.cz/24761-vyrocní-zprava-2014>. [citováno dne 6. 3. 2015]).

Vzhledem k tomu, že se v současné době často metoda IVF provádí pomocí ICSI, významně klesl zájem o darované spermie. Díky této technice se daří oplodnit i jinak nepohyblivými spermii. Znamená to tedy, že některé páry nemusí stát před etickými dilematy spjatými s dárcovstvím, ale musí zvažovat tuto jinou variantu, která sebou také přináší mnoho otázek, protože je takto obcházen přirozený výběr spermií a současně se vyskytuje riziko poškození zárodku při manipulaci s ním.

### 3.1.3 Surogátní mateřství

Surogátní (náhradní) mateřství znamená zahrnutí třetí osoby do reprodukčního procesu. Náhradní mateřství představuje proces, kdy je embryo vloženo do dělohy náhradní matky. Ta odnese a porodí dítě pro biologické rodiče a souhlasí s tím, že se po narození vzdá svých rodičovských práv a povinností k tomuto dítěti a biologickým rodičům umožní, aby si ho adoptovali.

Náhradní mateřství tak umožňuje různé varianty uspořádání vztahů mezi osobami, které se na procesu podílejí. Mohou tak přijít v úvahu tři různé varianty. První možností je situace, kdy náhradní matka ani pár, pro který náhradní matka plod nosí, nemají k embryu žádnou genetickou vazbu. Toto embryo vzniklo spojením pohlavních buněk od dárců, příp. jde o darované embryo. V takové situaci má tedy dítě pět „rodičů“. Další možností je, že náhradní matka je zároveň genetickou matkou dítěte - je oplodněno její vajíčko spermií muže neplodného páru nebo spermií dárce. Třetí možností je, že embryo je neplodného páru a náhradní matka dítě „pouze“ odnese a porodí. Tento způsob asistované reprodukce se tak setkává s kritikou a rozporuplností nejen etickou a psychologickou, ale i právní, protože za matku je dle právního řádu považována matka. Musí se tedy obejít i zákon.

Podle ESHRE (2005, s. 2705-2707) je náhradní mateřství eticky přijatelné, jedná-li se o altruistický (nekomerční) čin provedený ze zdravotních důvodů (sociální důvody jsou odmítány) a embryo pochází od neplodného páru. Počaté dítě tak bude geneticky spojeno s neplodným párem. Je nutné přijmout taková opatření k ochraně všech stran, aby rozhodnutí bylo promyšlené a minimalizovala se rizika (právní, psychologické a sociální poradenství a také pečlivý výběr kandidátů).

Žena, která ze zdravotních důvodů nemůže donosit dítě (např. přišla o dělohu při léčbě rakoviny), ví o svém stavu poměrně brzy, a proto nemusí zažívat opakované pocity naděje a zklamání při neúspěšných cyklech umělého oplodnění. Zato ale musí jak připomíná Hobzová (2014, s. 14) stejně brzy řešit otázku zda může nějakou další cestou přijmout dítě, nebo se musí vyrovnat s bezdětností.

Český právní řád problematiku náhradního mateřství nijak výslovně neupravuje. Jediná zmínka o něm v platném právu je v zákoně č. 89/2012 Sb. nový občanský zákoník v ustanovení § 804, který říká, že osvojení je vyloučeno mezi osobami příbuznými v přímé linii a sourozenci. To neplatí v případě náhradního

mateřství. Tohoto právního vakua tak využívají ženy, které nemají dělohu nebo se jim nedaří dítě donosit. Centra jim vycházejí vstříc, mnoho z nich veřejně na svých webových stránkách tuto „službu“ nabízí s připomínkou, že náhradní mateřství nijak nezprostředkovávají. Neplodné páry si mohou náhradní matku najít např. přes internet – existují např. internetové diskuse, kde si uživatelé nejen radí, jak lze celý tento proces provést.

Na konferenci Reprodukčné zdravie ženy v centre záujmu konané v Košicích 10. – 11. dubna 2014 vystoupil s příspěvkem i MUDr. Ivan Rumpík, lékař centra IVF Zlín, se svými výsledky provádění surogátního mateřství. Rumpík (2013) v anotaci svého příspěvku říká, že:

*„V letech 2004 – 2013 podstoupilo na naší klinice léčbu v programu surogátního mateřství 63 párů, u kterých byl závažný uterinní faktor neplodnosti. Celkem proběhlo 87 léčebných IVF cyklů, z toho 73 cyklů bylo spojeno s kontrolovanou ovariální stimulací biologické matky, přičemž 23 náhradních matek mělo po embryotransferu pozitivní těhotenský test. Ve 14 cyklech byl současně využit i program darovaného oocyty s následným pozitivním těhotenským testem u 11 surogátních matek. Celkově otěhotnělo 34 náhradních matek.“*

Podle současné české právní úpravy je podle § 775 zákona č. 89/2012 Sb. nového občanského zákoníku je matkou žena, která dítě porodila. Při využití náhradní matky není tedy jisté, zda bude ochotna opustit dítě, které devět měsíců nosila. Přestože pár s náhradní matkou upraví svůj „vztah“ smluvně, tato smlouva není právně vymahatelná. Pro pár, který takto čeká na „své“ dítě, nastává období velké nejistoty. I dle ESHRE (2005, s. 2705-2707) je nutné respektovat autonomii náhradní matky, a to ve všech stádiích těhotenství, a ve všech rozhodnutích, která se těhotenství týkají.

### 3.1.4 Redukce vícečetného těhotenství

Redukce vícečetného těhotenství se provádí v případě, že ženě bylo zavedeno více embryí a tři nebo více se úspěšně uhnízdila. Redukce zavedených embryí se provádí relativně velmi pozdě (mezi 10. a 14. týdnem těhotenství), a to proto, aby lékař mohl spolehlivěji určit, zda se všechna embrya vyvíjejí zdravě. Redukuje se to, u kterého jsou shledány nějaké abnormality. Pokud jsou všechna embrya zdravá, výběr embrya k redukci záleží na okamžitém rozhodnutí lékaře. Redukce se provádí tak, že se do srdce embrya injekčně vpraví roztok chloridu draselného. Embryo je poté absorbováno dělohou. Uvádí se, že tento postup však zvyšuje riziko samovolného potratu – i ostatní embrya totiž mohou být absorbována dělohou. (Řežábek, 2014, s. 102)

Jedním ze způsobů předejití mnohočetného těhotenství je snížení počtu transferovaných embryí na jedno či dvě. Při zavedení jednoho embrya se vybírá tzv. embryo vysoké kvality. To hodnotí embryologové v laboratoři. Podle Toporcerové (2009, s. 134-145) na to neexistuje jednotný postup a systém hodnocení. Hodnocení tak je subjektivní a záleží na zkušenostech embryologa. Také ne u všech pacientek je vhodné zavedení pouze jednoho embrya (např. s ohledem na věk pacientky).

V České republice je dlouhodobý konsensus českých lékařů takový, že při transferu se aplikuje většinou jen jedno embryo. Pacientky jsou navíc i finančně směřovány k zavedení pouze jednoho embrya – podle § 15 zákona č. 48/1997 Sb. o zdravotním pojištění žena, která si v prvních dvou léčebných cyklech nechá transferovat pouze jedno embryo, má nárok celkem na čtyři pojišťovnou hrazené cykly, zatímco žena s přenosem dvou embryí má hrazeny cykly pouze tři. (více viz kapitola finance). Tato zákonná úprava je účinná od 1. dubna 2012, neexistuje k ní však důvodová zpráva, neboť se nejednalo o vládní návrh, ale změnu navrhl při projednávání zákona v Poslanecké sněmovně Výbor pro zdravotnictví. Na stránkách Poslanecké sněmovny tak bohužel nelze dohledat odůvodnění této změny. Do dubna 2012 zdravotní pojišťovna hradila tři cykly, pouze v případě, že v některém z těchto tří cyklů nedošlo k přenosu embrya, ještě další, čtvrtý, pokus.

Zajímalo mne, zda tato změna v úhradě léčby ze zdravotního pojištění nějak ovlivnila rozhodování pacientů. Národní registr asistované reprodukce prozatím uveřejnil údaje o asistované reprodukci do roku 2012 (viz kap.výše), můžeme tedy

porovnat pouze počet provedených léčebných cyklů (cykly s cílem otěhotnět) v roce 2011 a 2012, s tím, že účinnost změny zákona nastala až od dubna 2012, takže tato změna neovlivnila celý rok 2012. Přesto můžeme určité změny pozorovat. V roce 2011 bylo centry asistované reprodukce provedeno celkem 21. 279 cyklů s cílem otěhotnět, o rok později to bylo 23. 740 cyklů. Zajímavý je bezesporu i údaj o počtu cyklů se zmražením oocytů, embryí (bohužel blíže registr nerozlišuje), kdy v roce 2011 jich bylo celkem 152 a v roce 2012 dokonce 426 cyklů. (Řežábek, 2014b, s. 16) Redukce embryí může představovat pro pár složitou situaci, neboť musí odmítnout něco, o co dlouhodobě usilovali, navíc s tím, že existuje riziko, že přijdou i o ostatní embrya.

### **3.1.5 Přebytečná embrya**

Jedná se o embrya, která zbyla po úspěšném provedení cyklu léčby asistovanou reprodukcí. Tato embrya čeká podle zákona č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách jeden z možných osudů, a to kryokonzervace (zmražení), rozmražení a následné použití pro další léčebný cyklus páru, darování embrya jinému páru, využití embryí k výzkumu, nebo jejich zničení (po uplynutí doby jejich skladování nebo se souhlasem páru)

Rozhodnutí „co s nimi“ je na rodičích. Je to zřejmě velmi stresující situace, protože každá možnost má svá pro i proti. Např. výhodou kryokonzervace může být to, že pokud léčebný pokus nevyjde, může pár podstoupit další pokusy bez stimulačního procesu a odběru vajíček, což je pro ženy velmi zdravotně zatěžující. Naopak ale vyvstávají otázky, jako např. zda může být počínající život a následné zdravé dítěte nějakým způsobem zatížen procesem zmražení a rozmražení.

Přestože se postupy reprodukční medicíny neustále zdokonalují, může při kryokonzervaci dojít až k takovému poškození embrya, že ztratí svou životaschopnost (k faktorům, které toto mohou ovlivnit můžeme zařadit např. metodu zmrazování, rychlost zmrazování, kvalitu zmrazovaných gamet a embryí atd.). Jak uvádí Chrenek (2009, s. 47-68) zatím neexistuje jednotný technologický postup zmrazování a rozmrazování gamet a embryí, proto zřejmě dochází k různorodému přežití zmražených buněk. Může se tedy páru, který má zmražené gamety nebo embrya, stát,

že je připraven (fyzicky i psychicky) na další cyklus léčby a dostane zprávu, že „přežila“ jen část buněk, nebo dokonce žádné.

Rozhodnou-li se partneři darovat svá embrya jinému páru, může pro ně být problematické smířit se s tím, že předají jinému páru své geny, na narozené dítě nebudou mít žádný právní nárok a nebudou mít ani možnost kontaktu s ním. Toto přenechání embrya je z etického hlediska podobné jako přenechání dítěte k adopci.

### **3.1.6 Embryo a výzkum, klonování**

Morální přípustnost použití lidských embryonálních kmenových buněk k výzkumu je závislá na pohledu na status lidského embrya a současně také na tom, jak je pro danou společnost biomedicínský výzkum důležitý, jakou mu přiřkládá hodnotu. Dle Doležala (2013, s. 22-30) můžeme rozlišit tři základní názorové skupiny. A to odpůrce takového výzkumu, pro které je embryo osobou, dále zastánce výzkumu, kteří nepovažují embryo za lidskou bytost, a proto není potřeba ji nijak chránit. Podle třetí názorové skupiny záleží na podmínkách, za kterých je možné výzkum provádět.

V České republice je výzkum na embryu právně regulován zákonem č. 227/2006 Sb. o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech. Takový výzkum mohou provádět § 3 - § 6 dle tohoto zákona pouze pracoviště, která k tomuto získala povolení, které vydává Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy na dobu 6 let. Výzkum lze provádět pouze na dovezených liniích ze zahraničí (pokud byly získány z lidských embryí způsobem, který neodporuje právním předpisům České republiky a země původu a jejich dovoz byl povolen ministerstvem a jediným důvodem dovozu do České republiky je jejich využití pro výzkumné účely), nebo na liniích získaných z nadbytečných lidských embryí z center asistované reprodukce v České republice. Výzkum slouží k získávání zásadních vědeckých poznatků nebo k rozšíření lékařských poznatků při vývoji diagnostických, preventivních nebo terapeutických postupů, které lze aplikovat na člověka a tohoto přínosu nelze dosáhnout jiným způsobem. Během výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách nesmí dojít k manipulacím s těmito buňkami, které by vedly k vytvoření nového jedince (reprodukční klonování).

## **3.2 Další specifické problémy zájemců o asistovanou reprodukci**

V této kapitole chci alespoň rámcově nastínit jak může zasáhnout do života ženy, muže i celého páru jejich neplodnost a léčba asistovanou reprodukcí a přiblížím jaké oblasti života partnerů mohou být ovlivněny a jak.

### **3.2.1 Žena a muž**

Neplodnost i její léčbu vnímá jinak žena i muž. U žen můžeme pozorovat pocity bezmoci, strach z budoucnosti, lítost. Některé ženy naopak pocítují zlobu nebo křivdu. U mužů se spíše objevuje hněv a pocit viny. Na diagnózu mohou muži podle Konečné (2003, s. 111-120) reagovat popřením nebo utajením. Reakce mužů je ovlivněna tím, na čí straně je porucha diagnostikována. Je-li porucha diagnostikována na straně muže, je situací mnohem více stresován, protože cítí, že jako muž selhal. Podle Sobotkové (2007, s. 164-165) v takovém případě bývá muž častěji schopen ženu empaticky podporovat a přitom potlačuje své potřeby. Je-li ale příčina na straně ženy, může partner pocítovat vůči ní zlost za to, že mu brání v jeho roli „otce-zploditele“.

Konečná (2003, s. 112, 119) také uvádí, že ženy prožívají situaci obdobně bez ohledu na čí straně je příčina neplodnosti. Dokonce se stává, že svého partnera chrání před následky nepříznivé diagnózy a reakcemi okolí a dobrovolně se staví do role „neschopného“, navíc z jejich výpovědích o léčbě často ani není poznat, jaká je příčina neplodnosti páru.

Neplodnost je pro bezdětné podle Slepíčkové (2011, s. 27) stigmatizující situací, která se však u žen i u mužů odlišuje. Mužská plodnost je spojována se sexualitou a při neplodnosti páru se tak předpokládá jeho impotence. Ženě je naopak přisuzována psychická labilita, přílišné upnutí se na dítě nebo podvědomé odmítání mateřské role.

### 3.2.2 Rodinný život

Jsou-li partneři tzv. sekundárně neplodní, tzn. že dítě už spolu mají, nebo dítě pochází z předchozího vztahu, může být i rodinný život ovlivněn neplodností rodičů. Mají-li rodiče už dítě, to může zmírnit alespoň některé bolesti spojené s neplodností a její léčbou, ale naopak také může rodičům připomínat radosti rodičovství, které by si rodiče přáli zažít znovu s dalším dítětem.

Neplodnost jako jakákoli jiná nemoc zasáhne podle Matějčka a Dytrycha (2002, s. 72-75) totiž všechny členy rodiny, jejich role v rodině, životní styl, ale někdy i jejich hodnoty a normy. Mění se rodinné zvyky, denní program a plány spojené s dalším životem rodiny. Nemoc rodičů se neprojeví jen na atmosféře v rodině, může mít totiž také mnoho dalších nepříznivých faktorů ohrožujících rodinu akutně nebo dlouhodobě. Jedná se především o zhoršenou ekonomickou situaci rodiny, a tím i omezení materiálních potřeb dítěte a ostatních členů. Při takové zátěži se projevuje podle Vágnerové (2004, s. 92) rodinná soudržnost. Situace tak buď rodinu posílí, nebo naopak vede k jejímu rozpadu.

Jak situace neplodnosti zasáhne samotné dítě záleží podle Covington, S. L. a Hammer Burns, L. (2006, s. 467) na jeho věku. Je-li mladší 2 let, nemusí si být vědomo, že se něco děje. Starší děti už situaci budou vnímat a bude záležet na tom, zda o této situaci ví. I když o diagnóze a léčbě rodičů od nich neví, určitě ji do určité míry vnímají, což u nich může vyvolat pocity zmatku a možná i strachu zejména o matku, pokud ji uvidí např. v období hormonální stimulace nebo po neúspěšném pokusu léčby. Určitě tak dítěti neunikne, že se něco děje. Pokud dítě ví, že se rodiče léčí proto, aby měli další dítě, mohou se cítit opuštěně a mít strach, že o ně rodiče nemají zájem.

Nemoc se může také, jak upozorňuje Colorosová (2008, s. 14-15), negativně projevit ve snížené pozornosti, kterou mohou rodiče dítěti věnovat, protože část své energie vynakládají do náročné léčby a svého trápení. Děti i v takové situaci potřebují vědět, že jsou pro své rodiče důležité. Jsou-li léčebné úspěchy neúspěšné, mohou se zase rodiče naopak mnohem více upnout na již narozené dítě.



### 3.2.3 Partnerské soužití

Jeden cyklus IVF představuje asi měsíc trvající téměř každodenní návštěvy centra. Žena chodí v době stimulace pravidelně na ultrazvukové vyšetření, při kterém se sleduje vývoj a růst folikulů. Dopředu se tedy přesně neví, zda nějaká vajíčka budou a kdy tomu bude přesně. Vše se tedy konkrétně plánuje až v samotném průběhu léčby. Po odběru vajíček si žena do centra telefonuje pro zjištění, zda se vajíčka oplodnila a embrya se vyvíjí a kdy je potřeba přijít na transfer. Pár tak musí být připraven a pružně na situaci reagovat. Pozornost páru je tak celou tuto dobu směřována na léčbu, což je pro ně velmi náročné a vyčerpávající. Konečná (2003, s. 76) k tomuto dále poznamenává, že psychicky velmi náročné období pro pár nastává po transferu embrya, kdy se pár blíží k úspěchu, který však nemá pod svou kontrolou.

Léčba neplodnosti si podle Slepíčkové (2007, s. 68-72) od páru žádá neustálé rozhodování, pár je nucen vyjednávat a stanovit si vlastní limity toho, co v léčbě podstoupí a co už zkoušet nechce, navíc názory se mohou v průběhu léčby měnit (co pár dříve odmítal pro něj bude přijatelným řešením a naopak). Pár tedy není v léčbě pasivní (zejména pak ženy). Z výzkumu, který Slepíčková provedla (2007, s. 71) vyplývá, že většina dvojic se na způsobu řešení neplodnosti shodne, v opačných případech je obvykle žena nakloněna možnosti, kterou muž odmítá. Ženy jsou tedy ochotnější využít dostupných možností léčby, jsou více nakloněni i k alternativnímu řešení. Autorka říká, že to souvisí s tím, že pro ženy je rodičovství více významné než pro muže.

Fakt, že se partnerům nedaří počít dítě, zasahuje i do jejich sexuálního života. Uvádí se (Mardešič, 1996, s. 23), že pro početí je optimální frekvence pohlavního styku dvakrát až třikrát týdně. Je logické, že čím je frekvence pohlavního styku vyšší, je větší pravděpodobnost otěhotnění. Důvodem je efektivní využití období kolem ovulace, protože vajíčko i spermie mají omezenou dobu životnosti. K ovulaci dochází přibližně v polovině menstruačního cyklu, poté je vajíčko po dobu asi dvou dnů připraveno k oplodnění, životnost spermie je také asi dva dny, období ideálního oplodnění trvá tedy asi čtyři dny.

Samozřejmě jakákoli čísla, ale i rady a určitá doporučení nemusí být vždy jen užitečná, ale také velmi zavádějící a pro pár, kterému se nedaří počít dítě, možná

dokonce až zbytečně frustrující, kdy se tak ze společného spontánního milování vytratí cit, který se přemění za honbu za dítětem provázenou sledováním ovulačního cyklu, plánováním sexuálního života, striktním dodržováním životosprávy (např. žádné kouření a alkohol) a třeba i různých „babských rad“ o určité milostné poloze či o zvednutí nohou ženy po styku apod. Ze spontánního milování se tak podle Sobotkové (2007, s. 168) stává pro pár nařízený úkol, kdy je určen správný čas a třeba i způsob pro otěhotnění. Zejména muži jsou z takového organizovaného sexuálního života rozladěni a může se u nich vyskytnout snížená sexuální apetence nebo i sexuální poruchy jako např. potíže s ejakulací, erektilitou.

Mám za to, že je pro soužití partnerů důležité, aby trávili čas i jinými aktivitami, než jen léčbou neplodnosti. Zájmové aktivity mohou pomoci zvládat psychickou zátěž spojenou s léčbou. Náplň volného času může být tak i dobrým zdrojem k přesměrování rozhovorů i na jiná témata než je touha po dítěti a léčba neplodnosti.

Prožitek této náročné situace, kterou bezesporu neplodnost a její léčba je, může mít pro pár i pozitivní přínos, kdy dojde k upevnění partnerských vztahů a osobnostnímu růstu, ale může dojít i k rozpadu vztahu. Otázka rozchodu je ale podle Konečné (2003, s. 116 a 126) diskutabilní, neboť se obtížně zjišťuje, zda by k němu nedošlo i za jiných okolností.

Jak uvádí Konečná (2003, s. 125-127), ženy potřebují své pocity nějak vyjádřit a sdílet je s partnerem, muži se naopak se svými pocity svěřují jen málo a neradi. Mám za to, že je důležité, aby partneři spolu nepřestávali komunikovat, protože je mnoho témat, o kterých by měli společně přemýšlet a znát vzájemně své názory na ně. Nejedná se tak pouze o rozhodnutí jak neplodnost řešit, ale je mnoho témat k diskuzi, která se objeví až v průběhu léčby, jako např. zda a co sdělíme přátelům, zda sdělíme dítěti jak bylo počato, zda přijmeme buňky dárce apod.

### **3.2.4 Vztahy páru a okolí**

O neplodnosti se páru mluví s ostatními lidmi velmi špatně, mohou se objevit pocity studu a méněcennosti. Pro nedobrovolně bezdětný pár se také stává obtížný i běžný rozhovor s přáteli, rodinou... Vyhybají se postupem času těmto setkáním

a dostávají se do izolace – přátelé, kteří mají děti se věnují svým rodinám, nemají tak s kým trávit čas, mluvit o tématech, která jsou pro ně zajímavá, neohrožující.

Slepičková (2011, s. 27) upozorňuje, že pokud pár svou diagnózu zveřejní, okolí může reagovat s rozpaky, soucitem a dobrými radami ohledně sexuálního života a nesoustředění se „na to“. Pro okolí je však nutné si uvědomit, že odvést pozornost na něco jiného je pro pár velmi obtížné. Zejména pro ženy je to náročné protože jim nemoc a neúspěch početí dítěte (příp. i prodělaný potrat) každý měsíc připomíná jejich menstruace, a také hračky, těhotné ženy, děti, reklamy – to vše je prostě všudypřítomné. Pokud svou diagnózu pár před okolím tají, může jej okolí považovat za dobrovolně bezdětné a připomínat jim hodnoty rodičovství.

Podle Konečné (2003, s. 171-173) nesmíme zapomenout, že i širší rodina, zejména pak rodiče neplodného páru se mohou setkat s tlakem okolí a poznámkami na jejich očekávající roli prarodičů. Pro rodiče takového páru (a i ostatní blízké osoby) může být situace navíc obtížná v bezmoci situaci jakkoli přímo ovlivnit. Naopak někteří lidé mohou do řešení zasahovat k nelibosti páru, a ten tuto pomoc tak může vnímat jako nepříjemný tlak, což může vyústit až ve spor nebo přerušeni kontaktů.

### **3.2.5 Práce a kariéra**

Kvůli léčbě, která je časově náročná, může být pro pár náročnou situací časté uvolňování z práce a omlouvání absence. Ne všechny procedury lze totiž absolvovat ve volném čase páru. Pracovní schopnost nemusí být samotnou neplodností a léčbou prostřednictvím metod asistované reprodukce výrazně ovlivněna, záleží to však na délce léčby a metodách, které jsou použity, příp. i na komplikacích, které se vyskytnou. Přínos nepřítomnosti v zaměstnání (pro pracovní neschopnost) pro otěhotnění při provádění léčby nebyl prokázán. Ženy přesto povětšinou nastupují do režimu dočasně práce neschopných (alespoň po dobu hormonální stimulace), ale některé této možnosti nevyužijí vůbec. Jsou-li ženy na neschopence (a mnohdy i vícekrát vzhledem k opakovaným pokusům otěhotnět), toto má dopad i na finanční situaci páru, a to zrovna v době, kdy právě mají díky léčbě zvýšené náklady.

Na druhou stranu neplodnost může podle Konečné (2003, s 186) ovlivnit kariéru ženy, pokud se např. brání změnit zaměstnání nebo se zapojit do dlouhodobějších pracovních projektů kvůli předvídaní blížícího se těhotenství. Také se může u ženy projevit ztráta zájmu o pracovní úkoly, protože veškerou svoji energii dává do snahy po dítěti a ostatní záležitosti pro ni tak ztrácí smysl, což se projevuje sníženou pracovní výkonností, a to již nemusí zaměstnavatel akceptovat.

Další obtížné situace mohou podle Konečné (2003, s. 188) zažívat osoby, které vykonávají profese, při kterých přichází ke kontaktu s dětmi (učitelé, zdravotní sestřičky, porodní asistentky apod.), a problém je jim tak stále připomínán. Navíc se také mohou setkat s výčitkami k jejich práci a nepochopení dětí a života s nimi, vzhledem k tomu, že sami žádné dítě nemají.

### **3.2.6 Finanční náročnost**

Finanční náročnost asistované reprodukce je závislá na spoluúčasti zdravotní pojišťovny, zvolené metodě asistované reprodukce, zvoleném centru a na délce léčby (resp. jejím opakování). Ze zdravotního pojištění je dle § 15 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění asistovaná reprodukce hrazena ženám do 39 let. Jde-li o ženu s oboustrannou neprůchodností vejcovodů je jí léčba hrazena od 18 let, ostatním ženám pojišťovna léčbu hradí až od 22 let věku. Pojišťovna léčbu hradí celkem třikrát (pokud bylo v prvních dvou pokusech zavedeno pouze jedno embryo, pak zdravotní pojišťovna hradí čtyři pokusy o umělé oplodnění).

Ze zdravotního pojištění jsou u asistované reprodukce hrazeny pouze základní výkony. Pacienti si dále sami hradí stimulační léky, mikromanipulační techniky, využití dáčkovského programu a prodloužení kultivace embryí. Ceny těchto výkonů se u jednotlivých center liší. Spermilogické vyšetření je běžnou součástí vyšetření páru, a je placeno ze zdravotního pojištění. Doplatky za léčbu mohou být pro páry tedy vysoké a celá léčba tak finančně náročná, obzvláště v případě pokud žena nechodí do práce a zůstane na tzv. neschopence.

Pokud pár již vyčerpá všechny pojišťovnou hrazené pokusy o umělé oplodnění, zaplatí za IVF cyklus s embryotransferem cca 20 000 – 30 000,- Kč, za IUI spermatem partnera pak částku kolem 3 000,- Kč. Centra také nabízí svým

klientům na svých různých cenově zvýhodněné nabídky (např. „IVF na splátky“, slevové akce atd.)

### **3.2.7 Právní aspekty**

Asistovanou reprodukci v ČR upravuje zákon č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách. Dle § 6 tohoto zákona lze léčbu asistovanou reprodukcí na základě písemné žádosti ženy a muže, kteří chtějí léčbu podstoupit společně, provést ženě v jejím plodném věku, pokud její věk nepřekročil 49 let. Asistovanou reprodukci lze provést v případě, že je málo pravděpodobné nebo vyloučené, že žena otěhotní přirozeným způsobem, nebo aby donosila životaschopný plod a jiné způsoby léčby neplodnosti páru nevedly nebo s vysokou pravděpodobností nepovedou k těhotenství. Lze ji také využít pokud hrozí riziko přenosu geneticky podmíněných nemocí či vad. Léčbu může provádět podle § 3 pouze poskytovatel, kterému k tomuto bylo vydáno oprávnění. Tento zákon také nedovoluje při asistované reprodukci výběr pohlaví dítěte. Tuto možnost připouští v § 5 pouze v případě, kdy použitím metod a postupů asistované reprodukce lze předejít vážným genetickým onemocněním s vazbou na pohlaví.

Požadavky na postup při provádění metod asistované reprodukce upravuje zákon č. 296/2008 Sb. o lidských tkáních a buňkách. Určení rodičovství pak upravuje zákon č. 89/2012 Sb. nový občanský zákoník.

### **3.2.8 Reprodukční turistika**

Hlavními důvody pro pacienty, kteří cestují do zahraničí za léčbou neplodnosti mohou být určité léčebné postupy, které nejsou v dané zemi povoleny, nebo nedosahují takové kvality nebo pacientky nesplňují očekávané podmínky. Dalším důvodem může být i cena za léčbu.

Pacient, který se rozhodne absolvovat léčbu v zahraničí, se tak dostává do obtížné situace. Mimo potíže, které sebou neplodnost do jeho života přinesla, musí získat informace o možnostech léčby jinde. Avšak díky rozvoji internetu a existenci mnoha diskusních fór se tyto informace získávají snadněji. Obtížné však není jen

nalézt potřebné informace a vybrat si zdravotnické zařízení, pacient si musí zorganizovat pracovní volno, zajistit ubytování, dopravu, předpis potřebných léků atd. Toho využívají různé agentury, které jsou schopny zajistit nejen léčbu (spolupracují s CENTRY), ale i např. poznávací a kulturní vyžití v zemi (např. <http://www.yourivfjourney.com>)

Centra asistované reprodukce využívají i cizinci. Je to zřejmé nejen ze statistik center, ale např. i jejich webových stránek, které mají přeloženy do několika cizích jazyků, mnohdy zprostředkují i ubytování apod.

### **3.3 Stávající možnosti pomoci ze strany soc. pracovníků pro zájemce o asistovanou reprodukci**

V České republice v procesu léčby asistované reprodukce nijak sociální pracovník nepůsobí. V centrech asistované reprodukce pracují gynekologové, genetici, embryologové, androlog, zdravotní sestry a provozní pracovníci. Většinou není součástí centra ani psycholog, na toho případně pracovníci centra předají kontakt. Například v USA jsou součástí center asistované reprodukce sociální pracovníci (Licensed clinical social Worker). Ti mimo jiné učí strategie zvládnání stresu, provádějí nácvik komunikace o neplodnosti s partnerem, rodinnými příslušníky a přáteli, učí jak zvládnout smutek a hněv spojený s neplodností, předávají doporučení dalším zdravotnickým pracovníkům a pořádají semináře (Licensed Clinical Social Worker. Sharedjourney.com [online]. [cit. 19.2.2015]. © 2015. Dostupné z: <http://www.sharedjourney.com/coping/lcsw.html>).

Je otázkou, zda by sociální pracovník měl být součástí centra asistované reprodukce. Sobotková (2007, s. 168) má za to, že by měl být jeho součástí proto, aby se snížila neochota páru svěřovat se někomu zvenčí. Myslím, že jsou ale situace, kdy by naopak pár nemusel k němu mít plnou důvěru, třeba když bude mít výhrady k léčbě lékaře apod.

Představím 4 poradny, které svoji činnost zaměřují zejména na osoby, které se léčí s neplodností. Je možné, že podobných poraden existuje více, nejsou mi však známy a účelem práce není vytvořit jejich seznam, spíše jen představit stávající praxi.

Jednou z neziskových organizací, která se věnuje lidem s neplodností je Společnost pro psychosomatickou podporu léčby neplodnosti. Společnost byla založena v roce 2010 a působí v Praze. Provozuje informační centrum v rámci něhož nabízí poradenství, konzultaci s odborníky (androlog, gynekolog atd.) a informace o etických a právních aspektech léčby. Dále nabízí psychickou podporu (psychoterapii, krizovou intervenci) a psychosomatickou podporu (alternativní léčba neplodnosti – akupunktura, homeopatie, cvičení podle Mojžíšové atd.). Jejich klienty jsou spíše ženy nebo celé páry. Muži, kterých je jen několik, se na poradnu obrací zejména s tématem dárcovství spermatu. Sociální pracovník v této poradně nepůsobí, i první kontakt s klientem obstarává psycholog. Poradenství je zpoplatněno. Služba je zpoplatněna. (Podpora reprodukce. Podpora léčby neplodnosti. [online]. [cit. 19.2.2015]. © 2010. Dostupné z: <http://www.podporareprodukce.cz/>)

V Praze působí také Projekt Ratolest, který vznikl v roce 2000 ve společnosti GI - konzultace a vzdělávání. Tato služba nabízí informace, poradenství a psychoterapii pro páry či jednotlivce, pokud se potýkají s některou z poruch plodnosti, příp. s touto diagnózou procházejí somatickou léčbou, autogenní trénink jako přípravu na IVF (nácvik relaxace pro co nejlepší celkové vyladění), podpora svépomocných aktivit (skupiny, kontakty, apod.), semináře a kurzy pro odbornou veřejnost (např. pro zdravotnický personál IVF center apod.). V rámci projektu je také provozována internetová poradna "Jak zvládat neplodnost" na portálu rodina.cz. (Projekt ratolest. GI, konzultace a vzdělávání - systemický přístup profesionálně. [online]. [cit. 19.2.2015]. © 2015. Dostupné z: <http://www.g-i.cz/cz/sluzby/osobni-konzultace/72-projekt-ratolest>).

V Brně působí Centrum naděje a pomoci CENAP, které nabízí sociální a zdravotní poradenství a pomoc v souvislosti s těhotenstvím, mateřstvím a rodičovstvím. Provozuje poradnu při neplodnosti, ve které působí sociální pracovníci, poradna ovšem v současné době neposkytuje sociální službu, proto je poradenství zpoplatněno. Jedná se o individuální poradenství buď pro jednotlivce nebo pro pár, poradenství poskytují sociální pracovníci, odborné zdravotní záležitosti řeší lékařka. V rámci konzultací naučí klienty orientovat se v zákonitostech společné plodnosti (uplatňují metodu přirozeného plánování rodičovství), a také doporučí vhodnou léčbu, i hormonální, jak ji správně načasovat, jakými potravinovými doplňky pro ženu i muže můžete svou společnou plodnost zlepšit, jaká další vyšetření

jsou vhodná. V rámci organizace působí i gynekologická ambulance. (Cenap. Poradna při neplodnosti. Cenap. [online]. [cit. 19.2.2015]. © 2015. Dostupné z: <http://www.cenap.cz/neplodnost-porad.php>).

Občanské sdružení ONŽ – pomoc a poradenství po ženy a dívky zřizuje po celé republice celkem 6 poraden pro ženy a dívky. Poradny poskytují registrovanou sociální službu odborného sociálního poradenství a telefonní krizové intervence, které jsou bezplatné. Služby jsou poskytovány, a to nejen ženám, které nemohou otěhotnět, ale i ženám v obtížných životních situacích vzniklých těhotenstvím a porodem (Občanské sdružení ONŽ - pomoc a poradenství pro ženy a dívky. [online]. [cit. 19.2.2015]. © 2015. Dostupné z: <http://www.poradnaprozeny.eu/>).

Pouze ve dvou představených organizacích působí sociální pracovník a pouze v jednom z nich poskytuje poradenství jako sociální službu. Nejenže tedy nejsou sociální služby pro neplodné téměř poskytovány, téma neplodnosti chybí i v publikacích sociální práce, chybí zařazení tématu neplodnosti jako nepříznivé sociální situace, kterou může sociální pracovník řešit. Tyto se věnují mimo jiné podle Matouška (2010, s. 43 – 87) sociální práci s rodinami s dětmi, rodinami v rozvodu, osamělým rodičům a mnohoproblémovými rodinami.

Zřejmě jediným počinem na poli sociální práce je článek Kerekešové v časopise Sociální práce/Sociálna práca (2013, s. 12-14). Autorka úlohu sociálního pracovníka vidí zejména v poradenství manželům nalézt správnou cestu, pokud se nemohou dohodnout, v jejich vyslechnutí a nesměrování, případně předání informací o náhradní rodinné péči. Mám ale za to, že sociální pracovník může v této oblasti dělat více a nejen pro manželské páry.



## **4 Kvalitativní výzkum**

Zkušenost osoby s neplodností má výrazný vliv na kvalitu jejího života a dalšího vývoje, ale také mimo jiné vliv na sociální vztahy a rodinný a partnerský život. Neplodnost totiž není „jen“ nemoc. V následujícím výzkumu zaměřuji pozornost na zkušenosti osob s jejich neplodností a léčbou prostřednictvím metod asistované reprodukce. Skrze to chci přispět k poznání situace neplodných osob a nastínit možnosti intervence sociálního pracovníka u těchto osob. Zvolenou metodou výzkumu je fenomenologické zkoumání formou kvalitativních rozhovorů. Níže představím cíle výzkumu, výzkumné otázky, metodu získávání a způsob zpracování kvalitativních dat a výzkumný soubor.

### **4.1 Cíl a metodologie výzkumu**

Cílem výzkumu je zjistit, zda je v procesu léčby asistovanou reprodukcí prostor pro činnost sociálního pracovníka a případně kterým konkrétním oblastem by se mohl sociální pracovník věnovat. Pro dosažení cíle výzkumu jsem zvolila jako výzkumnou metodu fenomenologické zkoumání, které je více zaměřeno na prožitky a pocity. Jak uvádí Hendl (2008, s. 126) „Hlavním cílem fenomenologického zkoumání je popsat a analyzovat prožitou zkušenost se specifickým fenoménem, kterou má určitý jedinec nebo skupina jedinců.“

Výzkumné otázky, na které snažím odpovědět, zní: Jaké události zažívají neplodné osoby při léčbě asistovanou reprodukcí a jaké zkušenosti a těžkosti zažili na své cestě za dítětem.

Výstupy z výzkumu mohou posloužit nejen pro sociální pracovníky a jiné pomáhající profese, kteří se při své práci setkávají s osobami, jimž se nedaří počít dítě či jejich blízkými, ale i pro širší veřejnost, např. známé a rodinné příslušníky neplodných párů pro přiblížení života s asistovanou reprodukcí.

## 4.2 Sběr dat a jejich zpracování

Jako metodu pro sběr dat jsem použila narativní rozhovor, který není sestaven pomocí standardizovaných otázek, po kterých následují odpovědi, ale respondent je povzbuzován výzkumníkem ke zcela volnému vyprávění svého příběhu. Předpokládá se totiž, že subjektivní významové struktury o určitých událostech se vyjeví při volném vyprávění, nikoli při cíleném dotazování. (Hendl, 2008, s. 176). Výzkumné otázky se vztahují k prožitým zkušenostem osob léčících se prostřednictvím metod asistované reprodukce, které se snažím rozpracovat pomocí interpretativní fenomenologické analýzy, abych tak popsala zkušenost jedince. (Hendl, 2008, s. 268) Podstata narativního rozhovoru podle Miovského (2006, 158) spočívá „*v pomoci dotazovanému vhodnými otázkami, doplňky, narážkami, komentáři atd., aby se nám pokusil vyprávět o jevu, který nás zajímá.*“ (Miovský, 2006, s. 158). Výzkumník si sice připraví seznam otázek, ty jsou však podle Kaufmanna (2010, s. 52) spíše flexibilním návodem, jak respondenty přimět, aby se o daném tématu rozmluvili.

Během rozhovoru mi šlo o aktivní naslouchání, vcítění se do situace každého respondenta a uvědomovala jsem si hloubku sdělených slov. To mi umožnilo lépe nahlédnout do respondentova světa. Pro rozhovory jsem si připravila pouze okruhy témat, abych byla v případě potřeby připravena respondentovi nabídnout téma k dalšímu vyprávění. V případě potřeby upřesnit či ujasnit nějaké informace jsem si tuto potřebu zaznamenala do poznámek, a jakmile to bylo při vyprávění vhodné, jsem se respondenta na potřebné doptala. Položené otázky tedy vyplývaly často z toho, co říkal respondent.

Narativní rozhovor jsem začínala úvodní větou: „*Povídejte mi, prosím, váš příběh, jaká je vaše cesta k rodičovství a jaké kroky jste na ní podnikali až do dnešního dne.*“ Všichni účastníci výzkumu předem věděli, jaké oblasti života se bude rozhovor týkat a jaký je cíl výzkumu, neměli proto s tímto obecnějším zadáním problém. Překvapilo mě, že respondenti sami začali vyprávět kdy, příp. i přesně za jakých okolností, se rozhodli pro početí dítěte s partnerem.

Rozhovory s respondenty probíhaly v rozmezí duben až prosinec 2013 a jeden rozhovor proběhl v dubnu 2015. V době, kdy jsem prováděla první čtyři rozhovory jsem byla těhotná. O tomto respondenti věděli dopředu od těch, co je s výzkumem

a možností se ho účastnit seznámili a následně i znovu ode mě, když jsme si domlouvali setkání k rozhovoru.

Rozhovory trvaly individuálně jednu až dvě hodiny (včetně počátečního seznámení a uvolnění atmosféry a závěrečné fáze a rozloučení). Čas setkání i výběr prostředí jsem nechávala na výběru respondentů. Považovala jsem za důležité uskutečnit rozhovor na místě, kde se budou cítit dobře a bezpečně. S dvěma respondenty jsme se setkali v jejich domácnosti (protože měli malé děti), s dalším v jeho pracovní kanceláři a s ostatními jsme rozhovor uskutečnili v mé pracovní kanceláři, jak si přáli.

Na počátku každého setkání probíhalo krátké osobní seznámení, volné vzájemné představení a také představení tématu diplomové práce, jejího smyslu a důvodu. Respondentům jsem také sdělila, že mohou rozhovor kdykoli ukončit, pokud se při vyprávění nebudou cítit dobře. Vyžádala jsem si také souhlas s nahráváním rozhovoru na digitální diktafon, což nikdo z účastníků neodmítl.

Záleželo mi, aby atmosféra rozhovoru byla důvěrná a respondenti tak mohli sdělovat bez rozpaků i své intimní zážitky. Přislíbila jsem jim zajištění jejich anonymity při zpracování diplomové práce i jejím zveřejnění. Přiblížila jsem jim, jak budu s informacemi od nich zacházet (nahrávka, doslovný přepis a analýza) a také jsem jim přislíbila, že nikde neuveřejním celý rozhovor tak, aby z něj mohlo být zřejmé, kdo mi rozhovor poskytl. Pro zachování anonymity jsem jména respondentů zaměnila, pokud jmenovali centrum asistované reprodukce, lékaře nebo svého partnera, v přepisu ani analýze jsem je nejmenovala. Centrum asistované reprodukce jsem uváděla pouze jako CAR, příp. jsem i označila číslem, které vypovídá o pořadí centra, se kterým měl respondent zkušenost, bylo-li to pro výpověď podstatné.

Rozhovory jsem zaznamenávala na audiozáznam. Metoda audiozáznamu patří k nejčastějším metodám zejména proto, že zvukový záznam je pro výzkumníka vždy velkou podporou a pomocí, protože kromě vyprávění zachycuje i všechny paralingvistické aspekty řeči, jako je síla hlasu, délka pomlky, další doprovodné zvuky či řečové nedostatky apod. Záznam je tedy nestranný a autentický, jelikož je na něm vše tak, jak se odehrálo (Miovský, 2006, s. 197-198). Díky nahrávání rozhovorů jsem měla prostor pro pozorování respondentů. Mohla jsem si tak více všimnout jejich mimiky a lépe se soustředit na samotný rozhovor. Mimické projevy a také např.

podrobnosti k atmosféře rozhovoru jsem si zaznamenávala. Díky audiozáznamu jsem mohla rozhovory přepsat až následně a spojit s vlastními poznámkami.

Pro přípravu analýzy dat jsem si zvolila doslovnou transkripci, což je převod mluveného projevu z interview do písemné podoby. Jedná se sice o časově náročný postup, který je však užitečný, chceme-li provést podrobné vyhodnocení. (Hendl, 2008, s. 208). Rozhovory s respondenty jsem realizovala v poměrně dlouhém časovém rozpětí několika měsíců (z důvodů pracovních i osobních). Měla jsem tak ale po každém rozhovoru dostatečný prostor k jejich přepisu a také jsem díky časovému odstupu mezi jednotlivými rozhovory nebyla jednotlivými sděleními tolik ovlivněna a nepletly se mi jejich obsahy.

Jednotlivé rozhovory jsem následně analyzovala, a to nejdříve každý rozhovor zvlášť jako samostatný případ. K popisu dat jsem použila kódování, které je ústředním bodem analýzy, pomáhá popsat data. Kódy se mají vztahovat k výzkumným otázkám nebo tématům (Hendl, 2008, s. 228). Miles a Huberman (1994, podle Hendl, 2008, s. 229) rozlišují mezi první a druhou úrovní kódování. První úroveň přiřazuje kódy k úsekům textu, druhá pak shlukuje kódy první úrovně do smysluplných skupin podle témat. Při analýze dat jsem si dělala poznámky, které mě při čtení napadly a také jsem si barevně zvýraznila některá slova či věty, které se vztahovaly k určitým fenoménům. Postupně se mi tak začaly vynořovat témata, která jsou v příběhu zásadní. Poté jsem již mohla vytvořit seznam témat a snažila se mezi těmito tématy najít vztahy a souvislosti, na základě kterých jsem je následně shlucovala do skupin a hledala nadřazené pojmy pro tyto skupiny témat.

Výpovědi respondentů jsem rozdělila do tří okruhů s ohledem na fáze procesu léčby asistovanou reprodukcí, aby tak bylo zřejmé, nejen co a jak, ale i kdy respondenti prožívali, což umožní sociálnímu pracovníkovi lepší orientaci v situaci neplodných párů a plánování možné intervence. Na konci každého okruhu shrnuji to, co vzešlo z rozhovorů a v čem by mohl sociální pracovník konkrétně klientům pomoci.

### 4.3 Výzkumný soubor

Výzkumné téma je náročné s ohledem na výběr respondentů vzhledem na citlivost tématu. Pro sestavení výzkumného souboru jsem si dle Miovskeho (2006, s. 136) vybrala metodu prostého záměrného (účelového) výběru. Ten spočívá v tom, že mezi potencionálními respondenty vybíráme toho, který je pro výzkum vhodný (splňuje určité kritérium či soubor kritérií) a s provedením výzkumu souhlasí. Při výběru se tedy neuplatňují další specifické strategie.

Výzkumný soubor pro mou práci tvoří 6 osob, z toho 5 žen a 1 muž. Čtyřem respondentům se již narodily děti pomocí metod asistované reprodukce (celkem šest dětí), ostatní dvě respondentky děti zatím neměly. Mým jediným požadavkem bylo, aby osoby měly zkušenost s léčbou neplodnosti v centru asistované reprodukce, nejlépe aby byly v době výzkumu v různých fázích léčby asistovanou reprodukcí. Chtěla jsem docílit toho, aby tak byly popsány zkušenosti s různým typem léčby a jejím různým průběhem a tak co nejpodrobněji popsána sociální situace osob léčících se prostřednictvím metod asistované reprodukce.

Chtěla jsem také, aby se výzkumu zúčastnili oba partneři, abych měla k dispozici výpovědi obou partnerů pro přiblížení vnímání situace každým z nich. Bohužel se mi toto nepodařilo ani v jednom případě, protože partneři s rozhovorem nesouhlasili, nebo alespoň mi to tak sami respondenti sdělovali. Sama jsem jejich partnery tedy nijak nekontaktovala. Proto mohou být ty výpovědi respondenta, které v sobě zahrnují i účast partnera (např. „rozhodli jsme se“, „nechtěli jsme“ apod.), nepřesné, protože nevíme, zda takto stejně by to vnímal i jeho partner. Velmi si proto cením, že se mi podařilo oslovit alespoň jednoho muže, který s rozhovorem souhlasil, a získat tak alespoň i mužský pohled na tuto záležitost. Dosažení teoretického nasycení výzkumu nebylo účelem práce.

Respondenty jsem vybírala přes své známé. Předpokládala jsem totiž, že pokud se o svoji situaci podělí s přáteli, budou i ochotněji souhlasit s výzkumem. Požádala jsem tedy své známé (kolegy v práci, kamarády apod.), zda by mohli oslovit vhodné potencionální respondenty ze svého okolí a navrhnout jim účast ve výzkumu. K mému velkému překvapení se dokonce 2 respondenti ozvali sami poté, co zjistili, že výzkum dělám. Ostatní jsem kontaktovala poté, co svým známým udělili souhlas k předání jejich kontaktů mně. Můj předpoklad byl tedy správný, protože více méně

každý, kdo mi z okolí sdělil, že někoho takového zná a rozhodl se jej oslovit pro účast ve výzkumu, mi následně sdělil, že potenciální respondent s rozhovorem souhlasí a mohu jej kontaktovat.

#### **4.4 Představení respondentů**

V této kapitole konkrétněji představím respondenty. Jejich jména jsem z důvodu zajištění anonymity změnila.

##### **Věra**

Věra je vdaná a je jí 31 let. Déle než 3 roky se léčí s manželem s neplodností. Příčinou neplodnosti je špatná pohyblivost a morfologie spermií manžela. V léčbě podstoupili dvakrát IVF (vždy se zaváděla 2 embrya) a třikrát IUI s dárce spermií. Věra si sama v průběhu léčby vyžádala další vyšetření – laparoskopii, poté i vyšetření štítné žlázy. Z vyšetření se zjistila snížená funkce štítné žlázy, se kterou se nyní léčí. Čekají na třetí IVF tentokrát s dárce spermií, tento pokus zatím odkládají. Mají zkušenost s léčbou ve dvou centrech asistované reprodukce.

##### **Nikola**

Nikola je vdaná a je jí 28 let. S manželem se s neplodností léčí necelé 2 roky. Z vyšetření se zjistilo, že trpí syndromem polycystických vaječníků. Dosud v léčbě podstoupili pouze hormonální léčbu a indukovanou ovulaci, díky čemuž došlo k jednomu těhotenství. To však skončilo potratem v prvním trimestru. Mají zkušenost s léčbou v jednom centru asistované reprodukce.

##### **Zuzana**

Zuzana je vdaná a má 30 let. Příčinou neplodnosti byl „špatný“ spermioqram manžela. Jedenkrát podstoupili IVF s mikromanipulační technikou PICSI, zavedena byla 2 embrya. Otěhotněla a narodily se jim dvojčata (v době výzkumu měly půl roku). U Zuzany při hormonální stimulaci a i v těhotenství došlo ke zdravotním komplikacím. V těhotenství byla dokonce s embolií hospitalizována. S manželem mají zkušenost s léčbou v jednom centru asistované reprodukce.

### **Hana**

Hana je vdaná, má 34 let. Již v mládí ještě před léčbou neplodnosti prodělala několik operací na děloze, nemá vejcovody. Lékaři jí sdělili, že jinak, než prostřednictvím asistované reprodukce neotěhotní. S manželem dvakrát během dvou let podstoupili IVF. První pokus nebyl s embryotransferem, protože embrya se přestala vyvíjet. Po roce podstoupili druhý pokus IVF, připlatili si mikromanipulační techniky, byla jim na žádost zavedena 2 embrya a narodila se dvojčata. S manželem mají zkušenost s léčbou v jednom centru asistované reprodukce.

### **Jana**

Jana je vdaná, má 35 let. Příčinou neplodnosti byly neprůchodné vejcovody. S manželem se léčili 5 let celkem ve třech centrech asistované reprodukce. Pětkrát podstoupili IVF, při prvním IVF došlo k hyperstimulačnímu syndromu. Před pátým IVF se obrátili na třetí centrum, kde jí nechali vyšetřit i hormony štítné žlázy. Byla zjištěna zvýšená hladina hormonů tyrotropinu (TSH) – úprava hormonální léčbou, a poté úspěšné IVF - narození dítěte.

### **Mírek**

Mírek je ženatý, má 45 let. Při vyšetřeních v centru asistované reprodukce se nezjistily žádné zdravotní důvody neplodnosti. Manželka absolvovala půlroční hormonální léčbu. Protože přes tuto léčbu nedošlo k těhotenství, bylo provedeno jedenkrát IUI a jedenkrát IVF (celková léčba trvala necelý rok). Po IVF se narodil syn (v době výzkumu 15 let). Druhé dítě chtěli také počít prostřednictvím IVF. Embrya měli zamrazena z minulého pokusu, ale rozmrazení nepřežila, muselo tedy dojít znovu k hormonální stimulaci. U manželky došlo k hyperstimulačnímu syndromu, proto se rozhodli léčbu ukončit a přijmout život s jedním dítětem. Po půl roce zjistili, že je manželka těhotná (druhý syn měl v době výzkumu 7 let).

Všichni respondenti plánovali dítě se svými současnými partnery a s nimi také podstoupili léčbu asistovanou reprodukcí. Hana již od lékařů věděla, že jediná možnost jak mít dítě, je cestou asistované reprodukce. Ostatní respondenti ušli před návštěvou centra asistované reprodukce delší cestu za dítětem, protože o své/partnerově neplodnosti nejdříve nevěděli. Čtyři respondenti mají

prostřednictvím metod asistované reprodukce již děti, dvě respondentky dítě zatím nemají. Jejich výpovědi tak mohou být mnohem emotivnější, nebo se naopak některým tématům budou vyhýbat. Mirkova zkušenost s léčbou je 15 let stará, což může ovlivnit jeho náhled na situaci vzhledem k tak velkému odstupu času a také vzhledem k tomu, že další dítě se jim narodilo již přirozenou cestou.



## 5 Před léčbou v centru asistované reprodukce

V této kapitole jsou přiblíženy výpovědi respondentů o jejich rozhodnutí počít dítě, o zjištění jejich nebo partnerově neplodnosti a také o tom jak probíhalo jejich rozhodnutí k léčbě asistovanou reprodukcí.

### 5.1 Chci dítě

Důležitou roli pro neplodnost partnerů může podle Rastislavové a Kašové (2009, s. 74) hrát motivace touhy po dítěti a očekávání, která jsou potenciálními rodiči kladena na vytoužené dítě. Mohou se totiž vyskytnout i nevědomé děje, které mohou být zcela odlišné od zjevného přání ženy, např. mohou existovat obavy z těhotenství, porodu a života s dítětem, které brání splnění přání.

Všichni respondenti popisovali, kdy se s partnerem rozhodli počít dítě a jaké byly souvislosti. Všichni dítě plánovali se současnými partnery. Zajímavé je, že všichni si vybavili ten moment, kdy se rozhodli pro dítě.

Většina respondentů se rozhodla počít dítě po jejich svatbě. Zuzana: „... *No po svatbě jsme si řekli...*“, Nikola: „*Začalo to standardně. Rozhodli jsme se, co dřív – barák, svatba, dítě.*“, Věra: „...*s manželem, to byl jeden z mých prvních dlouhodobých vztahů ... Hned po svatbě jsme začli uvažovat o miminku.*“, Mírek: „*Zkoušeli jsme hned po svatbě.*“ Naopak Jana s manželem zatoužili po dítěti už před jejich svatbou: „*Asi po roce společného bydlení jsme si řekli, že se nemusíme ještě brát, ale mohli bychom založit rodinu.*“ Haně zase otěhotnění doporučili lékaři, protože má odstraněny oba vejcovody: „*Doktoři mi řekli, že jestli chci dítě, tak teď hned. Tak jsme se rozhodli, že jo, ale byli jsme k tomu dotlačeni doktorama. Přirozeně jsme ani nezkoušeli...*“ Hana tedy s partnerem do té doby dítě neplánovala, resp. ne teď hned.

Mírek jako jediný z respondentů měl také zkušenost s plánováním narození dalšího dítěte: „*Druhé dítě jsme chtěli 6 let po prvním dítěti. Manželka je také 6 let od sestry, chtěla to tak, prý je to tak dobrý. První dítě bylo navíc nespavé...*“

Ani jeden z respondentů v souvislosti s rozhodováním se o rodičovství nemluvil o svém nebo partnerově věku. Rodičovství, resp. mateřství tedy neslučovali

s věkem, ale s určitou životní událostí (svatba, stabilní partnerský vztah, operace). Protože dle Slepíčkové (2011, s. 73) je i tlak věku často tím, co přiměje ženu stát se matkou.

Kromě Hany žádný z ostatních respondentů dopředu (při rozhodování se o početí dítěte) nepochyboval o své nebo partnerově plodnosti. U Hany to bylo jiné kvůli jejímu zdravotnímu stavu, o své neplodnosti se dozvěděla od lékařů ještě před tím, než s manželem přemýšleli o dítěti. Podle Slepíčkové (2006, s. 940-941) si jen málo lidí totiž připouští před začátkem snah o dítě možné problémy s otěhotněním, navíc dnes, kdy je obvyklé odkládat těhotenství díky antikoncepci na vhodnou dobu je selhání tohoto plánu velké překvapení. I Věra si představovala, že stačí vysadit antikoncepci: „... vysadila jsem antikoncepci.“, podobné to bylo i u Nikoly: „Myslela jsem, že to přijde standardně ... jsem vysadila antikoncepci.“

Ostatní respondenti se o neplodnosti dozvěděli až poté, co se určitý čas pokoušeli s partnerem počít dítě. Zkušenost Věry ilustruje počáteční neřešení problému její gynekoložkou „*Půl roku po vysazení antikoncepce jsem měla nepravidelnost cyklu, tak jsem šla k doktorce, ke gynekoložce, ona je stará paní doktorka, ke které jsem chodila. Svěřila jsem se, že chci otěhotnět ... Ale už jsem začla být nervózní, kde je nějaký problém. Paní doktorka mi říkala, jste mladá. Bylo mi 24. Že to nemám řešit.*“ I Jana měla podobnou zkušenost se svojí lékařkou: „*Snažili jsme se zhruba rok, ale nehroutila jsem se, že se to zatím ještě nepovedlo. Zkoušeli jsme druhý rok, a to už jsem navštívila svou gynekoložku, aby mi poradila, co dělat. Paní doktorka mě vyšetřila a řekla mi, že se na to nesmím tolik upínat, že je to pouze psychika, co mi brání otěhotnět.*“ Nikola se také obrátila na svoji lékařku, ta také nejdříve nic nezjistila: „*Ještě před svatbou jsem vysadila antikoncepci. Pak jsem měla nepravidelný cyklus. Šla jsem k doktorce. Doktorka mi po několika měsících zjistila polycystické vaječníky.*“ Zuzaně zase její lékařka poradila ohledně frekvence sexu: „*Jsmě se snažili obden. To řekla doktorka.*“ Zuzaně se i přes její radu otěhotnět nepodařilo, odeslala je na vyšetření do centra asistované reprodukce: „*Po tři čtvrtě roce nic ... Poslala nás do CAR.*“

Respondentky, které nebyly spokojeny s péčí svého gynekologa, samy začaly záležitost řešit dále. Jana změnila lékaře: „*...na nic nečekal a ihned mě poslal na vyšetření průchodnosti vejcovodů. ... Když jsem se vzbudila po operaci, pan doktor za mnou přišel a řekl mi, že mi musel levý vejcovod odstranit...*“ I Věra hledala řešení

u jiného lékaře: „Začla jsem o tom mluvit i s cizími lidmi, v práci a tak, získala jsem od ostatních kontakt na známého gynekologa. Udělal mi vyšetření a manžela poslal na spermiogram. Já jsem měla vše v pořádku, u manžela byl špatný spermiogram (špatná pohyblivost a taky špatná morfologie). Řekl, že v té fázi už nám jako ženský lékař nedokáže poradit, že to už musíme do nějakýho centra.“ Tento nový lékař Věry byl jediným gynekologem, který nechal vyšetřit i partnera respondentky, ostatní toto přenechali na centrum asistované reprodukce. Žádný z respondentů k takovému postupu neměl výhrady a ani teď zpětně to nehodnotili negativně. Domnívám se, že je to tím, že u široké veřejnosti převládá představa, že spermiogram se vyšetřuje v centru asistované reprodukce (odběrové kabinky jsou pověstné), málokdo tuší, že se lze v této záležitosti obrátit např. i na androloga či urologa, ke kterému může muž získat žádanku od gynekologa své ženy, příp. si nechat vyšetření udělat jako samopátce.

Mírek se naopak se svou ženou obrátili na centrum asistované reprodukce sami rovnou, zřejmě proto, že se s lékařem centra osobně znali: „Snažili jsme se 2 roky, po dobu stavby domu. Pak jsme se začali pít, jestli tam není nějaký problém na mé straně nebo její. ... Obrátili jsme se na centrum ... Zdravotně nic u nikoho nenašli.“ Mírek byl tedy jediný z respondentů, který byl se ženou podle provedených vyšetření „zdravý“, přesto se jim nedařilo počít dítě.

## 5.2 Nejde to - co s tím?

Všechny respondentky se se svými partnery rovnou na doporučení gynekologa obrátily na centrum asistované reprodukce. Zuzaně kontakt na centrum dala gynekoložka: „Poslala nás do CAR“ (gynekoložka). Zuzana tedy centrum nijak nevybírala. Naopak Věra a Nikola získaly doporučení na konkrétní centrum od příbuzných. Věra: „Kontakt jsme dostali od manželové sestry.“ Nikola: „Objednala jsem se do CAR. Doporučil nám ho bratr manžela, oni tam také chodili.“ Pro Věru bylo navíc důležité i vybavení centra: „Já jsem si vybrala toto centrum a ještě jedno protože mají lůžkové oddělení, to je pro mě jako zdravotníka důležité.“

Jediný Mirek se ženou se na centrum obrátili bez doporučení gynekologa, zřejmě proto, že lékař byl známý manželky: „*Obrátili jsme se na centrum. Tehdy bylo v našem městě jediné ...*“

Je zajímavé, že všichni respondenti se poté, co se jim po určitý čas nepodařilo počít dítě, obrátili na ženského lékaře a ihned poté na centrum asistované reprodukce, příp. ihned na centrum (Mirek), nikdo z nich nezkoušel před léčbou asistovanou reprodukcí žádnou jinou alternativu léčby. Stejně tak i Mirek, když se s manželkou rozhodli pro početí druhého dítěte, znovu se rovnou obrátili na centrum: „*U druhého jsme šli rovnou do centra na IVF.*“ I podle Slepíčkové (2011, s. 55 a s. 119) vyplývá, že v případě problému s početím se osoba pravděpodobně nejdříve obrátí na lékaře či rovnou na centrum asistované reprodukce, protože dle ní je neplodnost vnímána jako fyzický problém, k jehož řešení jsou kompetentní lékaři.

Ani jeden z respondentů neměl s léčbou asistované reprodukce morální problém a například pohled Mirka utvářela jeho profese: „*Pro mě je asistovaná reprodukce samozřejmá. No jsem zoolog, tak s tím mám zkušenost, dívám se na to, že to tak je.*“ Respondenti také více méně nevyužili ani nějaký čas na rozmyšlenou, po té, co jim byla léčba asistovanou reprodukcí doporučena. Hana: „*... rozhodnutí bylo rychlé a spontánní.*“ Léčbu asistovanou reprodukcí dokonce vítala Zuzana: „*Já jsem tam šla s tím, aby se něco dělo, aby se zjistilo, co se děje ... tenkrát jsem to vítala, že se něco děje.*“ a zřejmě tak narážela na několikaměsíční neřešení gynekoložkou. Také Nikola uvítala, že konečně navštíví centrum: „*... já jsem si říkala, že se konečně bude něco dít ...*“ a litovala toho, že se tam neléčili už dříve: „*Kdybych to (že má polycystycké vaječníky) věděla dřív, postupovala bych jinak ... ztratili jsme čas a tak...*“ Výpovědi obou žen byly podobné a odráží současně aktivní (jdou tam, souhlasí s tím atd.) i pasivní přístup (formulace „se“ je spojena s pasivitou).

Respondenti se tedy pro léčbu rozhodli bez delšího přemýšlení a mnoho aspektů léčby přehlíželi nebo si neuvědomovali. Klimeš (2009) naopak párům, které zjistí, že jim hrozí neplodnost, radí aby si vytvořili co nejdříve tzv. krizový plán, tedy uspořádat jejich představy o řešení konkrétních situací jejich léčby.

Při rozhovorech všichni uvedli, že s asistovanou reprodukcí nemají etický problém. Protože nikdo z nich sám nezmínil nějakou obavu nebo rozporuplnost při rozhodování se pro tuto léčbu, všech jsem se tedy zeptala, zda řešili případně i s partnerem etické hledisko léčby asistovanou reprodukcí a uvedla jsem jim

i konkrétnější otázky, jako např. „A co léčba dárcovskými pohlavními buňkami, použití mikromanipulačních technik, zmražení embryí, mluvili jste o tom, vadilo vám to? Nikola nad tím více nepřemýšlela: „...*No né, chtěla jsem, aby se to už řešilo.*“ a ani s manželem podrobněji věc nediskutovali: „*Víc dopodrobna jsme o tom nemluvili, jako embrya a tak.*“ Podobně to (ne)řešila i Jana s partnerem: „*Ne, s tím jsme neměli problém, chtěli jsme dítě.*“ Jediná Zuzana připustila: „*Dárce jsme řešili, mluvili jsme o něm.*“ Jediné, na co někteří z nich pomysleli, byla zdravotní rizika spojená s léčbou. Nikola: „*Zdravotní komplikace, to jo, to jsem přemýšlela. Děsím se přibrání a celkové anestezie. Vím, co dělají, když jsou lidi v anestezii*“ (je zdravotní sestra).

Sociální pracovník by mohl partnery seznámit se souvislostmi asistované reprodukce (právními, etickými, psychosociálními) a pomoci jim vytvořit i takový krizový plán jejich léčby. Také by jim mohl předat informace o možných vyšetřeních, které je možné (dobře) realizovat a i případných alternativách léčby asistovanou reprodukcí, protože toto vše neplodný pár většinou neví a spoléhá jen na informace, které jim předá lékař v centru asistované reprodukce.

## 6 Léčba v centru asistované reprodukce

V této kapitole je přiblížen průběh léčby v centru asistované reprodukce a to, jak respondenti vnímali návštěvy centra, komunikaci s lékaři a jejich odbornou péči.

### 6.1 Co nám (ne)říkali a jak

Respondenti popisovali svoje negativní zkušenosti s tím, jak s nimi lékaři v centru jednali a jak jim předávali informace o léčbě. Měli pocit lékařovi nadřazenosti a někteří i jejich primárního finančního zaměření. Věra v prvním centru neměla dobrou zkušenost: „*Lékař se se mnou bavil stylem – já jsem doktor, ty o tom nic nevíš, i když já jsem taky zdravotník. Nebylo mi tam příjemně. Nemluvílo se mi s ním dobře. Nechtěl s námi diskutovat. Jedině IVF, nemá cenu o tom diskutovat ... Ani manžel nebyl nadšený, rozhodli jsme se, že změníme CAR.*“ Stejně tak Jana, která má zkušenost s léčbou ve 3 centrech zažila v tom prvním centru rychlé jednání a rychlou kalkulaci léčby: „*Pohovor s lékařem trval zhruba deset minut a hlavní věc, kterou jsem se dozvěděli, byla, že si máme připravit tolik a tolik peněz.*“, i Zuzana mluvila o rychlé kalkulaci léčby: „*Hned nám řekli, že IVF a PCSI a hned kalkulace a nabalení léků.*“ a nepřipravenosti lékařky: „*Doktorka příjemná, akorát nikdy nevěděla kdo jsme, nebyla na nás připravena.*“ Hana vzpomínala, jak jim lékařka vynadala kvůli jejich kouření: „*Jsmo kuřáci. Doktorka v centru nás sjela, že se snažíte o dítě a kouříme. Mohla to podat líp.*“

Dvě respondentky měly zkušenost s léčbou ve více centrech asistované reprodukce. Byly to ty, které s jednáním lékaře nebyly spokojeny (viz výše). Popisovaly nejen jiné (lepší) jednání lékařů v novém centru ale Jana i změnu v léčbě: „*Nabrala jsem další síly a hledala jsem jiné CAR (už měla zkušenost s léčbou ve dvou centrech) ... Narazila jsem na CAR 3. ... Nestačila jsem se divit, jak příjemně a věrohodně na nás doktor působil. ... Nechal mi vyšetřit štítnou žlázu, kterou mi nikdo nevyšetřil ... Byla jsem smutná, že do teď (do návštěvy CAR 3) se nikdo nezajímal o to, jak nám pomoci. Mám pocit, že jsme byli jenom dobrý zdroj příjmů.*“ Jana tak touto zkušeností ztratila důvěru v předchozí jednání lékařů: „*Na jedné straně jsem byla ráda, že se konečně něco děje, že se opravdu začínám léčit. Na straně*

*druhé je vztek a smutek z toho, že to nemuselo tak dlouho trvat.*“ Také Věra druhé centrum hodnotila pozitivně: *„Ve druhém CAR byla doktorka. Udělala s námi prvotní rozhovor ... Líp se mi s ní mluvilo...“*

Pouze dva respondenti uvedli, že měli od lékařů všechny potřebné informace. *„Měli jsme dostatek informací. Doktor uměl informace předat, vysvětlit to, měli jsme z CAR dobrý pocit.“*, uvedl Mirek. Hana se vyjadřovala podobně: *„Na cokoli jsem se zeptala, dostali jsme vyčerpávající odpověď ... Jinak byla úžasná, vše nám vysvětlila.“* a také zmínila, že lékařka respektovala jejich tempo při rozhodování postupu léčby: *„Nikdy jsem neměla pocit, že by nás do něčeho nutili. ... Jestli se chceme rovnou objednat, nebo si to promyslet.“*

Ostatní respondenti mají opačnou zkušenost s ochotou lékaře vysvětlit postup léčby a předat potřebné informace. Nikola chtěla vědět více o méně invazivní metodě, než kterou navrhoval lékař (IVF): *„Ptala jsem se na IUI, neřekli mi k tomu nic, vůbec, prý pro nás to není.“* a také přiznává, že nemá dostatek informací o IVF, což jí ale zatím nevadí: *„Soustředím se na to, co je, nevadí mi, že mě zatím neinformovali (v čem IVF spočívá atd.)“*, naopak jí vadí, že lékař zatím stále k provedení IVF nepřistoupil: *„Čekala jsem od něj (doktora) nějaký verdikt (po roce indukované ovulace), ale furt to (IVF) oddaluje.“* Ani Jana nedostala veškeré informace: *„Pan doktor nám řekl, že naše embrya byla zmrazena (po nerealizaci embryotransferu kvůli hyperstimulačnímu syndromu) a začneme novou stimulaci dalšího IVF. Vůbec jsem nevěděla, že nemusíme, že stačí rozmrazit sněhuláčky...“* Zuzana zmínila to, že konzultace netrvaly dlouho: *„... pak jsme byli za čtvrt hodiny venku.“* a nelíbilo se jí jak lékaři postupovali při vyšetření a sdělování jejich výsledků: *„Nejdřív jsem prodělala veškerá vyšetření já. Máma měla také problém s otěhotněním, tak jsem myslela, že je to u mě. No, manžel byl na spermioqramu. Zjistilo se, že je špatný. Ale výsledky (spermioqramu) nám řekli až už byly všechny (moje) vyšetření hotový.“* a jak se lékaři zachovali poté, co se u ní vyskytly zdravotní komplikace spojené s léčbou, o kterých jí dopředu neinformovaly: *„To (zdravotní komplikace) nám v centru neřekli, ani nás na to neupozornili, ona nám v podstatě lhala ... Žádný vedlejší účinky ani rizika. To jsme informace neměli ... Všichni mi pak říkali, že se nemám divit, že to (zdravotní komplikace) mám po IVF ... Jak se nás strašně rychle snažila zbavit. Těhotná jste, to už si řeší gynekolog. Pro mě tím přiznala, že něco zanedbala.“* Zuzana také zmínila, že jí byly zavedeny 2 embrya, aniž by o to s manželem požádali:

*„Po tom odběru jsme s manželem řešili kolik chceme oplodnit. Pak jsme si volali, jak nám rostou, furt jsem čekala, kdy se mě budou ptát, jestli chci jedno nebo dvě. Pak jen oznámili, že zavedli 2 embrya.“*

Věra se musela zase aktivně zapojit do léčby, aby zjistila další informace o svém zdravotním stavu: *„Zatlačili jsme na doktorku, jestli neudělat ještě nějaký další vyšetření mě ... udělali mi laparoskopii, zjistili, že mám zpomalený vaječníky ... zjistili, že mám hypofunkci štítné žlázy.“* a sama si také zařídila cvičení Ludmily Mojžíšové: *„No, cvičení Mojžíšové, našla jsem si to a domluvila. V CAR mi dali žádanku, sama jsem si to řekla, ani mě o tom neinformovali.“*

## **6.2 Léčba a překážky**

Hanu k početí dítěte přiměly zdravotní problémy a názory lékařů. Protože k rozhodnutí byli dotlačeni: *„Byli jsme k tomu (dítěti) dotlačeni doktorama ... Přirozeně jsme ani nezkoušeli.“*, má za to, že to byl důvod, proč první pokus IVF nevyšel: *„Myslím, že to bylo tím, že jsem to úplně nechtěla“* ale do druhého pokusu již s manželem šli s jinou motivací: *„Druhý pokus, to jsme se těšili, chtěli to a vyšlo to.“* Hana popisovala jak po prvním pokusu už nechtěli znovu léčbu asistovanou reprodukcí absolvovat: *„První IVF nevyšlo, ani jedno embryo nepřežilo. Nechtěla jsem do toho jít znova. Byla jsem z toho psychicky vyčerpaná, zavodněná. Manžel taky nechtěl. Ani nevím proč ... Po roce jsem dostali nabídku z CAR, že bude probíhat nějaká studie, jestli chceme ... oba okamžitě jo jo. Pak z výzkumu sešlo, ale vlastně nás to znovu nastartovalo.“* Také Jana popisovala podobné pocity po neúspěšném IVF: *„Přišlo velké zklamání, když jsem začala krvácet a už jsem do dalšího IVF nechtěla jít ... Srazilo mě to na kolena ... Začala jsem krvácet a už mi bylo jasné, že to zase nevyšlo. A zase stejný kolotoč, smutek, slzy a nechut' jít dál.“* Také Mirek s manželkou odmítli jít do dalšího pokusu s IVF: *„Přestali jsme to řešit (neúspěch léčby) a tím jsme se asi uvolnili (a došlo k přirozenému těhotenství). Nutnost opakovat léčbu v případě její neúspěšnosti je spojována podle Slepíčkové (2011, s. 84) zejména s pochybnostmi a frustrací.*

Překážkou na cestě za dítětem jsou pro Věru i finance: *„Na čtvrtý pokus (IVF) nemáme peníze, proto do toho nepůjdeme. Třetí pokus (IVF s dárce spermií)*



*odkládáme, protože je to poslední pokus (od zatím posledního pokusu uplynul rok) ... Do toho teď nepůjdeme jedna věc je finanční stránka, druhá ta psychika hraje velkou roli a chci si od toho teď nějak oprostít, ale ne vždy to jde ... Člověk do toho vrazí tolik peněz a nemá žádnou záruku, že by to mohlo vyjít a že když prošel tím vším a nemá najednou jak dohledat v čem byl problém...“ Věra tedy není ochotná prodělat pokusy, na jejichž úhradě se nepodílí zdravotní pojišťovna. Hranici v léčbě jí tak zatím kladou finance a neusiluje tak o dítě „za každou cenu“. Je obtížné odhadnout, zda je to její rozhodnutí, nebo jen přistoupila na požadavek manžela, a třeba i proto připustila myšlenku na změnu partnera a nebo ji toto řešení napadlo jako to finančně nenáročné: „Já jsem řešila, jestli si nenajít partnera na jednu noc, se kterým bych otěhotněla...“*

Naopak pro Nikolu úhrada léčby nepředstavuje problém: „*Ne, finance nejsou problém, platí se jen hormony, to je částka asi 200 korun za měsíc.*“ zřejmě proto, že za indukovanou ovulaci se nedoplácí tak vysoká částka jako např. za IVF. Také pro Mirka nebyly finance výraznou zátěží: „*Finance jsme úplně moc neřešili, ale to neznamena, že jsme na tom byli finančně dobře, stavěli jsme dům.*“ Haně s úhradou léčby pomohli rodiče: „*První pokus zaplatili naši. Gynekologické problémy mám po matce. To bylo asi 30 tisíc. Druhý pokus jsme platili sami. Připláceli jsme si na všechno, co nám nabídli. To bylo 45 tisíc. Pak když jsme zjistili, že budem mít dvojčata, udělalo se mi mdlo. Vyčerpali jsme, co jsme měli. Naši nám finančně vypomohli, naškudlili jsme na výbavu.*“, navíc po otěhotnění byla s rizikovým těhotenstvím na tzv. neschopence: „*Šla jsem na neschopenku...*“

U 4 respondentů se vyskytly zdravotní komplikace spojené s léčbou a zkomplikovali tak léčbu a život respondentů. Jana a Mirek mají zkušenost s hyperstimulačním syndromem. Jana: „*Urodilo se mi 52 vajíček. Po odběru vajíček mi bylo hodně špatně ... Pak se mně udělalo černo před očima a probrala jsem se, když mě nakládali do sanitky. Měla jsem hyperstimulační syndrom.*“ Mirek: „*Stimulace jí (ženě) neudělala úplně nejlíp, necítila se dobře. Měla hyperstimulační syndrom.*“ Hana popisovala svoji reakci na hormonální stimulaci: „*Poprvé jsem to (stimulaci) snášela hodně špatně. Byla jsem zlá, protivná, brečela jsem, dělala jsem scény, vyčítala jsem manželovi, že je to kvůli němu ... Druhý pokus to byly taky plačtivé nálady, ale bylo to lepší.*“ Zuzanu potkalo dokonce několik zdravotních potíží, a to při hormonální stimulaci: „*Hodně mě bolelo břicho (po hormonální*

stimulaci) ... *Přemlouvala jsem ho (manžela), že se na to vykašlem. Manžel mi injekci píchl ... Bylo to v květnu (hormonální stimulace), to je pylová sezóna. Nemohla jsem brát léky na alergii.*“, při odběru vajíček: *„Při narkóze při odběru blbě píchli kanylu. Dali mi ji do zápěstí, jsem se zděsila, když jsem se probudila ... Tvrдили mi, že mě (po odběru vajíček) nebude bolet břicho, ale mě po odběru bolelo.“* a i po provedení IVF: *„Nesmím brát hormony, v kartě měli, že mám špatnou srážlivost, že ji mají prošetřit. Neudělali to. Měla jsem pak plicní embolii (v těhotenství). Řekli mi, že musím okamžitě přestat brát léky na udržení. Chtěli mi v nemocnici udělat rentgen. Brečela jsem. Manžel nechal zavolat primáře ... Všichni mi pak říkali, že se nemám divit, že to mám po IVF.“* a poukazuje i na *nedbalý postup lékařů.*

Pro Zuzanu komplikaci představovalo i píchání injekcí pro hormonální stimulaci: *„Blbý bylo píchání injekce. Nevěděla jsem jak, neuměla jsem to sama. Mohla jsem zajít na gyndu, ale to o víkendu nefunguje ... Manžel mi píchl injekci.“*

Přes všechny překážky, které respondenti museli v léčbě překonat, více méně ani v průběhu léčby nezkusili žádnou alternativu léčby a ani je lékaři z centra o žádných možnostech neinformovali. Věra: *„Tím, že pracuju ve směnném provozu, nedala se měřit bazální teplota, nic... No, cvičení Mojžíšové, našla jsem si to a domluvila. V CAR mi dali žádanku, sama jsem si to řekla, ani mě o tom neinformovali.“* Věru napadla i další varianta řešení, že by si našla nového partnera: *„Já jsem řešila, jestli si nenajít partnera na jednu noc, se kterým bych otěhotněla...“* Nikola se brání hledání nějakých informací: *„Raději se nikam nedívám ... Diskuze na netu nečtu.“*, ale přemýšlí, že by přeci jen něco jiného zkusila: *“ No, zvažujem, Mojžíšová, léčitel.“* Mirek, ten nezkusil nic jiného: *„Ne, nic jiného jsme nezkusili.“*

### **6.3 Léčba jako zklamání a zátěž**

Někteří z respondentů popisovali jakési rozčarování z (první) návštěvy centra. Hana: *„První návštěva centra byla hodně velká sprcha.“* Na Věru neudělalo dobrý dojem moderní vybavení centra: *„To hezké prostředí, kožené sedačky mě až tak neuchvátily, no naopak, oni jsou spíš na jinou klientelu, na ty cizince a tak ... no je to prostě vidět.“* Zuzaně se nelíbilo dlouhé čekání a krátký čas strávený v ordinaci lékaře: *„Tam to bylo něco úděsného. Pokaždé jsme tři až čtyři hodiny čekali, pak jsme byli za*

*čtvrt hodiny venku.“ a také to jak postupovali v případě manželova spermioqramu: „... ale pak když se manželovi ten spermioqram zlepšil, se mi to přestalo líbit. První spermioqram brali, když byl po nemoci a antibiotikách ... Pak jsem zjistila, že se dá spermioqram ovlivnit životosprávou.“ Nikola zase měla rozporuplný pocit z lékařů a jejich odlišných informací: „Zarazilo mě, myslela jsem, že budu chodit k jednomu doktorovi, ale na ultrazvuk chodím k jinému. Mám pocit, že každý má jiný názor, říkají mi něco jiného.“*

Respondenti reflektovali co bylo v průběhu léčby pro ně náročné. Pro většinu z nich bylo obtížné čekání v průběhu léčby. To trápilo Věru: *„Nejhorší je čekání, na vyšetření, na ultrazvuk, k doktorce..., ale vím, že to jinak udělat nejde.“*, Nikolu: *„Pořád doufám, že...(větu nedokončí, sklopí oči) ... Já ztrácím trpělivost, furt čekat“*, stejně tak i Hanu: *„Nejhorší..., no asi čekání na výsledek.“* Nikole navíc vadilo, že má plánovaný sex i menstruaci: *„... no, to, že přesně vím, že jsem měla styk, pravidelná menstruace.“* Zuzana zase nečekala takovou reakci na hormonální stimulaci: *„Překvapilo mě, jak mě to hlo s psychikou.“* Mirkovi vadilo, že léčba byla náročná pro jeho ženu: *„Asi to, že žena podstupovala ty zákroky, že ten organismus dostal zabrat.“* Zajímavé, že pouze Mirek zmínil jako nejtěžší aspekt léčby fyzickou zátěž pro svou ženu. Zřejmě pro muže, kteří léčbu nezažívají přímo svým tělem a jsou pouze jakýmsi pasivním účastníkem, je právě to přihlížení obtížnější než pro samotné ženy. Škoda, že nevíme, co by jako obtížné označila jeho žena. Pro respondentky byly obtížnější psychické dopady léčby (čekání na výsledek, beznaděj a bezmoc) než ty zdravotní.

Věra se zase trápila otázkou proč nebyla léčba úspěšná: *„Proč to nevyšlo, to je jediné, co člověku hlava nebere ... nikdo mi nedokázal odpovědět, šest vajíček, řešili jsme kolik embryí, vždy jsme nechali dvě embrya a ani jedno se neuchytilo.“* Také Janu trápilo, že nikdo nepátrá po příčině neúspěchu léčby: *„Nikdo neví, kde je chyba, ale taky po ní nepátrají, prý to jednou vyjít musí.“* Obě ženy tak popisovaly určité zklamání z toho, že v případě neúspěchu léčby, se lékaři nesnaží hledat příčiny neúspěchu. Lékaři poté, co je léčba neúspěšná nabízí léčbu opakovat případně ji doplnit invazivnější metodou apod., aby se zvýšila šance na úspěch. Léčba tak má často podle Slepíčkové (2011 s. 93) experimentální povahu a lze na ni pohlížet i jako na „byznys“.

Z výpovědí respondentů je zřejmé, že jednání s lékaři v centru není vždy takové, jak by si představovali a mnohdy jim chybí odpovědi na jejich otázky. Sociální pracovník by tak mohl představovat pro neplodné klienty podporu a také by jim mohl předávat informace, které se od lékařů nedozvědí a příp. jim i aktivně pomáhat při změně centra a lékaře a kontaktování jiného odborníka (nácvik komunikačních dovedností pro dojednávání další léčby). Sociální pracovník by také mohl být ten, kdo bude těmto klientům, naslouchat, u koho se mohou vypovídat, protože lékaři v centru nemají prostor pro naslouchání a otevírání dalších otázek a jen zřídka kdy někoho odkáží na pomoc psychologa (např. respondenty nikdo o možnosti navštívit psychologa, se kterým má centrum navázanou spolupráci, neinformoval). Sociální pracovník také může zprostředkovat další pomoc, např. psychologa.

## 7 Léčba a konec?

Léčba neplodnosti je směřována k početí dítěte. Je ale skutečně dosažení těhotenství a narození dítěte tím, čím toto všechno skončí? V této poslední části jsou výpovědi respondentů o léčbě asistovanou reprodukcí, ze kterých je zřejmé, že léčba není jen řešením neplodnosti resp. jejím vyřešením, ale ovlivňuje i vztahy a další oblasti života partnerů.

### 7.1 Asistovaná reprodukce a děti

U čtyř respondentů byla léčba úspěšná, narodilo se jim dítě prostřednictvím moderních metod asistované reprodukce. Pouze však Hana s Mirkem si v průběhu léčby připustili, že by dítě ani prostřednictvím těchto metod nemuseli mít a měli představu i o řešení takové situace. Jediná Hana, zřejmě vzhledem ke své lékařské diagnóze, uvažovala o životě bez dětí, a to i adoptovaných: *„No asi život bez dětí, se zvířaty. Adopce jen když bychom měli vlastní děti.“* Mirek souhlasil s manželkou s ukončením léčby, když už jedno dítě měli: *„Po IVF (nebylo úspěšné, žena hyperstimulační syndrom) jsme si řekli, že budeme mít jen jedno dítě ... Po půl roce jsme si řekli, že budeme mít jen jedno dítě.“* Naopak Zuzana si život bez dětí nepřipustila: *„No, nenapadlo mě, že bych děti neměla.“* Toto jsou výpovědi těch, co dítě mají. Čas k přemýšlení o životě bez dětí tak neměli úplně dlouhý, protože se jim děti narodily.

Dvě respondentky, které dosud dítě nemají, zároveň zatím nemají představu o tom, co kdyby se dítě prostřednictvím těchto metod nepodařilo počít. Věra s manželem řešení varianty bez dítěte z asistované reprodukce odkládá: *„Nastínila jsem ji (adopci), ale říkali jsme si (s manželem), že se o ní budem bavit až po třetím pokusu ... po neúspěchu možná nějaká poradna, ale nemyslím si, že by mohla nějak víc pomoci.“* Stejně tak i Nikola s manželem: *„Bavíme se o budoucnosti s dětmi, neřešili jsme, co když nebudou. Řekl mi (manžel), že o tom se budem bavit až nám bude 40 (let), o tom že nebudou.“*

Respondenti, kteří dítě díky metodám asistované reprodukce mají, řeší zda jim o tomto říci. Zuzana je rozhodnuta říci dětem, že byly počaty prostřednictvím metod asistované reprodukce a vidí ve způsobu početí i velkou výhodu pro její děti: *„Jo,*

*řeknem jim to. Bude to jednodušší na vysvětlování, jak se narodily (směje se).“ Stejně tak i Hana chce dětem říci pravdu: „Klukům to tajit nebudu, že jsou z umělého oplodnění.“ Tyto dvě respondentky mají zatím děti velmi malé (méně než dva roky), ale Mirek je už ve fázi, kdy toto řeší konkrétněji, protože prvorozenému synovi je 15 let: „Syn o tom neví. Chceme mu to říct, ale nevíme kdy mu to říct. To by nám možná mohl někdo poradit, nějaký profesionál nebo tak, jako kdy mu to říct.“ Naopak Věra, která zatím dítě nemá, přiznala, že neví, jestli s nimi bude o tomto mluvit a odkládá toto rozhodnutí až na dobu těhotenství: „Nemluvili jsme (s manželem) o tom, jestli to dítěti řeknem. Myslím, že tohle budem probírat až budu těhotná.“*

Nikdo z respondentů neměl obavu o zdraví dětí, počatých metodami asistované reprodukce. Přestože reprodukční medicína zaznamenává obrovský pokrok, jedná se stále, z určitého pohledu, o mladý obor medicíny. Neexistují tedy zatím dostatečné informace o vlivu těchto metod na zdraví takto počatých dětí. Např. Krejčířová a kol. (2007) se zabývali psychickým vývojem dětí starších 5 – ti let počatých prostřednictvím metody ICSI. Psychomotorický vývoj těchto dětí se v průměru nelišil významně od populační normy. Tyto děti však vykazovaly oslabení v dílčích hodnoceních, nejvýrazněji pak ve škále paměti. Rodiče také poukazovali na výchovné problémy v emoční oblasti, zejména na zvýšenou stydlivost dětí a dlouho přetrvávající silnou závislost na rodičích. Toto však může podle autorů souviset s patrným sklonem matek k zvýšenému protektivnímu přístupu, který ovšem úzce souvisí s vyšším věkem rodičů.

## **7.2 Asistovaná reprodukce a vztahy**

Respondenti uváděli, zda a jak léčba změnila jejich vztahy s okolím (rodinou, přáteli, v zaměstnání). Věra vzpomněla pouze situaci, kdy se jí její sestra obávala svěřit se svým těhotenstvím: „*Sestra otěhotněla a dlouho se mi to bála říct, že je těhotná. Nevěděla jak budu reagovat*“ (pláče). Mirek přímo uvedl, že dočasná neplodnost a léčba neovlivnily kontakty s přáteli: „*Ne, stýkali jsme se s našima známýma, nebyl v tom žádný problém.*“ Hana zase zmínila finanční podporu od své rodiny: „*První pokus zaplatili naši ... Pak když jsme zjistili, že budem mít dvojčata ... Vyčerpali jsme, co jsme měli. Naši nám finančně vypomohli ...*“

Nikdo z dalších respondentů nemluvil o nějakém svém vyloučení ze světa přátel apod., což bývá často popisováno jako důsledek neplodnosti (Konečná, 2003, s. 179-180) a každý z nich se s někým z okolí o svém problému s neplodností a léčbou podělil. Mirek o léčbě mluvil i ve svém okolí i rodině: „*Mluvili jsme o tom i s okolím, našimi přáteli a rodinou. Ví o tom.*“ Věra se svěří svým kolegům v zaměstnání: „*V práci to ví všichni. To že jsem si brala volno, že jsem si píchala hormony...*“ a připouští, že manžel záležitost zřejmě s nikým neprobírá: „*Myslím, že manžel nemá s kým to probrat.*“ Je to zřejmě proto, že příčina neplodnosti je na jeho straně. Často právě tito muži, nejsou podle Slepíčkové (2011, s. 111-112) ochotni otevřeně o neplodnosti a její léčbě s okolím mluvit.

Naopak manžel Nikoly má komu se svěřit: „*No, manžel o tom mluví s bráchou, jediné ... a pak jeho rodiče, probírají to spolu.*“ A Nikola sama nepotřebuje vyhledávat příležitosti ke svěření se: „*Já jen když se mě na to někdo zeptá, nemám problém o tom mluvit ... Nemám potřebu o tom s někým mluvit, ptám se tam (v CAR) ... No, mluvím o tom s kolegyněmi, co tím prošly.*“ Rodiče Nikoly o tom, čím a proč prochází, nemají tušení: „*Naši o tom neví. S našima o tom nemluví.*“ Jana se se svými zážitky svěřovala zejména na internetových diskuzích: „*No, na internetu hodně, ostatní to ví, ale moc se mi s nima o tom mluvit nechtělo.*“ Stejně tak Zuzana vyhledávala internetové diskuze, ale nejen ty: „*Potřebovala jsem se vyprávět. Blbě se mi snášelo, mě nic není a snáším to já. Řešila jsem tuto nespravedlnost ... Chodila jsem na internet na diskuze. Mohla jsem se zeptat, co mě čeká a taky s kolegyněmi jsem to řešila.*“ Hana situaci okolo léčby řešila pouze s manželem: „*Nechtěla jsem o tom s nikým mluvit. Pitvali jsme si to s manželem doma. Ani s mámou a kamarádkama jsem o tom nemluvila, ale věděli to...*“, ale potřebovala s ostatními sdílet různé jiné věci, internetovým diskuzím se naopak vyhýbala: „*Potřebovala jsem lidi, co by mě přivedli na jiné myšlenky. Všichni byli v práci, nikdo na mě neměl čas, chyběl mi kontakt s lidmi po celou dobu těhotenství ... Hlavně ze začátku, kdy je pravděpodobnost, že se něco podělá, chtěla jsem kamarádky, ne cizí lidi, nechodila jsem na diskuze na internetu.*“ Jediná Hana zmínila, že ji obtěžují reakce od neznámých lidí na její dvojčata, která má díky IVF: „*Lidi na ulici se mě ptají, jestli jsou děti z umělého oplodnění. Vadí mi to.*“

Respondetky dále uvedli, jak léčba ovlivnila jejich zaměstnání. Jen část z nich využila možnosti vyřízení tzv. neschopenky, zřejmě s ohledem na náročnost jejich

pracovní pozice. Hana: „*Šla jsem na neschopenku, v práci to bylo stresový.*“ Naopak Zuzana tuto možnost nevyužila: „*Na stimulaci mi nabídli neschopenku. Nechtěla jsem. Ještě že tak, s těma depresema být doma...*“ Věra o možnosti napsání tzv. neschopenky nejdříve nevěděla: „*O neschopence jsem nevěděla. Až na druhý pokus jsem se na ni zeptala a dostala jsem ji.*“ Věra také přiznala, že léčba pro ni neznamenal velkou komplikaci v práci, přestože pracuje na směny: „*Léčba nebyla pro mě až tak náročná, protože jsem si mohla služby přehodit, jak jsem potřebovala.*“ a přesto (nebo možná právě proto) že o léčbě všichni ví: „*V práci to ví všichni. To že jsem si brala volno, že jsem si píchala hormony.*“ Nikdo z respondentů neměl kvůli léčbě komplikace v zaměstnání, některé z respondentek dokonce přímo s kolegy v zaměstnání řešili svoji neplodnost, a ani zaměstnání jim nekomplikovalo léčbu, pokud to bylo potřebné, nastoupili na tzv. neschopenku.

Jana si po prvním nevydařeném pokusu IVF myslela, že vztah s manželem ukončí: „*Rvalo mi to srdce, ale i tak jsem musela manželovi říct, že svatbu rušíme, že se nechci ve čtyřiceti rozvádět, protože nemáme děti.*“, ale celou léčbu ustáli společně: „*... tahle těžká zkouška nás nerozdělila, no spíš naopak, ještě naše pouto posílila.*“ a vzali se. Mírek hodnotil léčbu pozitivně pro jejich vztah se ženou: „*Utížilo to náš vztah.*“

Zuzana zmínila i dopad snažení se o dítě před zahájením léčby asistované reprodukce na jejich sexuální vztah: „*Jsme se snažili obden. To řekla doktorka. Po tři čtvrtě roce nic, až už jsme z toho byli na rozvod.*“ Také Nikola popsala jejich současnou sexuální aktivitu: „*Narídí nám tři dny sexu (po stimulaci). Jindy sex nemáme ... nenapadlo nás to, stejně bych neotěhotněla, když nemám ovulaci ... Ale pro vztah je to náročný, ten plánovaný styk.*“ Věra si také všimá dopadu léčby na milostný vztah: „*V manželovi jsem měla oporu, ale jak to pokračuje dlouhodoběji, tak ten sexuální život není tak častý ... On si říká proč bychom to dělali častěji, když to k ničemu nevede ... Je pravda, že jsme nikdy nezašli do té fáze teď musíme, teď mám plodné dny.*“ Věra byla jediným respondentem, u kterého CAR chtělo otěhotnění řešit pomocí darovaných pohlavních buněk (resp. spermií). Věra připustila, že uvažovala o sexu s jiným partnerem za účelem otěhotnění: „*Já jsem řešila, jestli si nenajít partnera na jednu noc, se kterým bych otěhotněla. Ale nakonec... já nejsem ten typ, co by to jako takto udělal.*“



Partneři (muži) se mohou do léčby zapojit také aktivněji, přestože převážná část léčby je směřována na ženu, jako třeba manžel Zuzany: *„Přemlouvala jsem ho (manžela), že se na to vykašlem ... Manžel mi injekci píchl ... Brečela jsem. Manžel nechal zavolat primáře.“*. Naopak manžel Věry se zapojit nechce: *„Manžel nechce dodržovat životosprávu...“* a také s ní nechce komunikovat o darování spermií: *„O darování nechce moc mluvit nebo ne se mnou, ale myslím, že kdyby tam byla ta možnost s někým mluvit jak on se s tím má srovnat...“*

Přestože se Zuzanin manžel do léčby určitým způsobem zapojil, cítila Zuzana v období hormonální stimulace vztek vůči němu: *„Měla jsem takový ty stavy... Já jsem úplně zdravá, ale obesrala jsem to nejvíc a on nemusel nic a ještě si jede na chalupu.“* I Hana popisovala svoje chování v období hormonální stimulace jako zátěžové pro jejich partnerský vztah: *„Poprvé jsem to (stimulaci) snášela hodně špatně. Byla jsem zlá, protivná, brečela jsem, dělala jsem scény, vyčítala jsem manželovi, že je to kvůli němu (ač byla příčina neplodnosti na její straně) ... Druhý pokus to byly taky plačtivé nálady, ale bylo to lepší ... Manžel přestal chodit na fotbal a tak. Přizpůsobil se. Věděl, že to nebude napořád ... Před druhým pokusem jsem mu řekla, že je mi líto jak se k němu budu chovat. Bral to jako nutné zlo.“*

Pouze Věra zmínila způsob, jakým se s manželem od léčby odraňují. Věra si s manželem pořídili psa, který jim pomáhá odpoutat pozornost od léčby a změnit téma v komunikaci: *„Po druhém IVF jsme si pořídili psa, to se změnilo, že máme o čem víc diskutovat, že řešíme něco jiného ... chodíme na cvičáky...“*

Protože nepříznivá situace klientů, kteří se léčí s neplodností nekončí jen u její léčby, ale odráží se i do sociálních interakcí, jak je zřejmé i z výpovědí respondentů, je sociální pracovník pro partnery užitečný ať už třeba jen tím, že jim bude naslouchat a zprostředkuje jim potřebnou pomoc psychologa. Partneři totiž mohou prožívat různé obtížné situace ve vztahu k dítěti (jeho přijetí, nadměrný strach o něj), ale třeba i v jejich vzájemném vztahu, zvláště pokud k narození dítěte nedošlo (výčitky, nespokojenost). Sociální pracovník může také podpořit klienta v komunikaci s okolím (např. nacvičit možné reakce na nepříjemné otázky ohledně dětí apod.), může s nimi pracovat na volnočasových aktivitách i na budování života bez dítěte. Na sociálního pracovníka se klienti mohou také obrátit v otázkách náhradní rodinné péče, i zde totiž platí, že pro rozhodnutí se k adopci či pěstounské péči by měli uvážit až poté, co

budou znát veškeré souvislosti a nebude pro ně náhradní rodinná péče představovat jen „náhradní“ řešení jejich bezdětnosti.

## ZÁVĚR

Člověk, který touží po dítěti, které nepřichází, může hledat všechny možné prostředky k dosažení cíle a v tu chvíli moc nepřemýšlí o možných následcích, psychických, sociálních, zdravotních či právních. Rozhodnutí páru tak může být unáhlené, bez zohlednění souvisejících okolností, kterých není málo. Tady vidím prostor pro působení sociálního pracovníka, který by mohl páru představit tyto okolnosti a podnítit tak k přemýšlení o širších souvislostech jednotlivých kroků.

Je zřejmé, že sociální pracovník může intervenovat u klientů s neplodností nejen v procesu léčby prostřednictvím metod asistované reprodukce, ale i v okamžiku, kdy tato léčba není (ještě, už nebo vůbec) prováděna. Sociální práce s těmito klienty se nesmí omezovat pouze na zprostředkování pomoci či předání potřebných informací. Měla by se také zaměřit na pomoc při prosazení práv a zájmů a na obnovení normální sociální role. Vzhledem k tomu, že nemocní mohou žít v určité izolaci, sociální pracovník jim může pomoci z izolace vyjít a začlenit zpět do společnosti, může přispět k nácviku sociálních dovedností (asertivitě při komunikaci s přáteli, rodinou, lékaři), ale i obnovení vztahů a volnočasových aktivit a k přijetí života bez dítěte. Sociální pracovník by také mohl plnit roli koordinátora svépomocné skupiny pro osoby řešící svoji neplodnost.

Sociální pracovník se s klientem, který je neplodný nemusí setkat pouze ve specializovaných poradnách, které jsou na tuto cílovou skupinu zaměřeny, ale může se s nimi setkat i v sociálních službách a dalších institucích, které nejsou primárně zaměřeny pro neplodné, jako např. v občanských poradnách, kde klient může řešit např. svoji finanční situaci, manželských poradnách, kde klient může řešit svůj partnerský vztah, nebo také na obecním úřadě, kde bude žádat o zprostředkování náhradní rodinné péče apod. Je tedy důležité, aby každý sociální pracovník tedy měl alespoň základní poznatky o tomto onemocnění a o dopadu na život klientů.

Bylo by také chybou zaměřit sociální práci pouze na nemocné. Sociální pracovník může působit i jako podpora pro rodiče a jiné blízké osoby nemocného. Může jim srozumitelně předat informace o nemoci a jejích důsledcích, o možnostech léčby a třeba i vhodných komunikačních strategiích a také předat kontakty na psychology či psychiatry jak pro nemocné tak i pro ně samotné. Stejně tak sociální pracovník může působit v rovině osvěty a působit na celý systém.

Práce si kladla za cíl zjistit, zda je v procesu léčby asistovanou reprodukcí prostor pro činnost sociálního pracovníka a případně jakým konkrétním oblastem by se mohl sociální pracovník věnovat a pokusit se tak vymezit jeho roli v procesu asistované reprodukce, charakterizovat jeho možnosti intervence u zájemců o tuto službu. Poukázala jsem nejen na potřebnou poradenskou činnost ale také na potřebu pomoci při prosazení práv a zájmů

V České republice téměř chybí jakákoli sociální práce s osobami s neplodností. Nemocní jsou léčeni převážně pouze v centrech asistované reprodukce, případně navštěvují psychologa. Představila jsem činnost 3 projektů, které nabízí podporu pro neplodné, ale ani jeden nefunguje v režimu sociálních služeb. Považuji toto tak jako dobrou inspiraci pro vznik potřebné sociální služby. Současně chybí i jakákoli publikace či zmínka v publikacích věnovaných sociální práci, proto by toto téma mělo být do těchto příruček doplněno.

# SEZNAM LITERATURY A POUŽITÝCH ZDROJŮ

## Monografie

Colorosová, B. (2008). *Krizové situace v rodině: jak pomoci dětem překonat smrt blízkého člověka, nemoc, rozvod a traumata adopce*. Praha: Ikar.

Covington, S. L., Hammer Burns, L. (2006). *Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians*, New York: Cambridge University Press.

Doherty, C.M., Clark, M.M. P. (2006). *O Léčbě neplodnosti: Podrobný rádce neplodným párům*. Brno: Computer Press.

Doležal, A. (2013). Etické a právní otázky při využívání embryonálních kmenových buněk z tzv. nadbytečných embryí. In Černý, D., Doležal, A. *Etické a právní aspekty výzkumu kmenových buněk: sborník z konference konané dne 18.5.2013 v Praze*. (s. 22-30). Praha: Ústav státu a práva AV ČR.

Dostál, J. 2007. *Etické a právní aspekty asistované reprodukce: situace ve státech přijatých do Evropské unie v roce 2004*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Hansmanová, L., Dostál, J. (2011). Komunikace a etika v asistované reprodukci. In Ptáček, R., Bartůněk, P. (eds.). *Etika a komunikace v medicíně*. (s.179 – 186). Praha: Grada.

Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.

Kaufmann, J.- C. (2010). *Chápající rozhovor*. Praha: Sociologické nakladatelství.

Konečná, H. (2003). *Cesta za dítětem. Dvě malá křídla*. Praha: Academia.

Mardešič, T. (1996). *Neplodnost*. Praha: Makropulos.

Matějček, Z., Dytrych, Z. (2002). *Krizové situace v rodině očima dítěte*. Praha: Grada.

Matoušek, O., Kodymová, P., Koláčková, J. (eds.) 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.

Pilka, L. (2009). Dárcovství oocytů. In Ostró, A., Pilka, L., Lešník, F. *Reprodukční medicína - současnost a perspektivy*. Olomouc: Nakladatelství Olomouc.

Pilka L., Pilka, R. (2009). Bioetické otázky asistované reprodukce. In Ostró, A., Pilka, L., Lešník, F. *Reprodukční medicína - současnost a perspektivy*. Olomouc: Nakladatelství Olomouc.

Řežábek, K. (2008). *Asistovaná reprodukce: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf.

Řežábek, K. (2014). *Asistovaná reprodukce: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf.

Sobotková, I. (2007). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.

Toporcerová S. (2009). Elektivní transfer jednoho embrya: Etické a praktické otázky. In Ostró, A., Pilka, L., Lešník, F. *Reprodukční medicína - současnost a perspektivy*. (s. 134 – 145). Olomouc: Nakladatelství Olomouc.

Ulčová-Gallová, Z. 2006. *Neploďnost - útok imunity: metody vyšetření, příčiny neploďnosti, důvody potráčovosti, metody léčby, nejčastější otázky*. Praha: Grada.

Vácha, M. (2012). Asistovaná reprodukce. In Vácha, M., Königová, R., Mauer, M. *Základy moderní lékařské etiky*. (s. 173-189). Praha: Portál.

Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

Ventruba, P., Crha, I., Žáková H. (2013). *Průvodce léčbou poruch plodnosti: informační příručka programu asistované reprodukce*. Brno: Gynekologicko-porodnická klinika Lékařské fakulty Masarykovy univerzity.

## Články

ESHRE. (2005). Surrogacy. *Human Reproduction*. Vol. 20, No. 10, p. 2705–2707.

Dostupné také na

adrese: <http://www.eshre.eu/~media/emagic%20files/SIGs/Ethics%20and%20Law/Task%20Forces/Task%20Force%2010.pdf>.

ESHRE. (2014). Medically assisted reproduction in singles, lesbian and gay couples, and transsexual people. *Human Reproduction*. Vol. 29, No.9, p. 1859–1865.

Dostupné také ze:

<http://www.eshre.eu/~media/emagic%20files/SIGs/Ethics%20and%20Law/Task%20Forces/ESHRE%20TF%20EL%2023%20Medically%20assisted%20reproduction%20in%20singles%20lesbian%20and%20gay%20couples%20and%20transsexual%20people.pdf>

Hašková, H., L. Zamykalová. (2006). Mít děti - co je to za normu? Čí je to norma? *Biograf*, (40-41), 130 odst. Dostupné na adrese <http://www.biograf.org/clanek.php?clanek=v4001>.

Hobzová, H. (2014). Náhradní mateřství. *Psychologie dnes*. č. 7-8, s. 12-15.

Lajkep, T. (2000). Přehled zákl. přístupů k určení morálního statutu lidského embrya. *Československá gynekologie*. č. 6, s. 483-486.

Kerekešová, M. 2013. Bezdetné manželství a prázdné hnízdo. *Sociální práce/Sociálna práca*. č. 3, s. 12-14.

Krejčířová, D., Sobotková, D. (eds.). (2007). Psychický vývoj dětí předškolního a školního věku narozených po mimotělním oplodnění metodou intracytoplasmatické injekce spermie (ICSI) In *Psychologické dny 2006: Prožívání sebe a měnícího se světa: sborník příspěvků z konference*. Praha: Univerzita Karlova v Praze

Ratislavová, K., Kašová, L. (2009). Psychosomatický doprovod při léčbě sterility v centrech asistované reprodukce. *Zdravotnické štúdie*, č. 2, s. 73-77.

Slepičková, L. (2006). Nedobrovolná bezdětnost jako sociologické téma. *Sociologický časopis*. č. 5, s. 937-951.

Slepičková, L. (2007). Vajíčko, spermie, zkumavka... a gender. Postoje českých žen a mužů k asistované reprodukci a adoptivnímu rodičovství. *Gender, rovné příležitosti a výzkum*, č. 2, s. 68-75.

Šimek, V. (2014). Má neplodný pár přirozené právo na dítě? *Studia Theologica*, č. 3, s. 192–213.

Zamykalová, L. (2003): Kdo smí participovat na asistované reprodukci? Ustavování hranic neplodnosti. *Biograf* (31): 86 odst. Dostupné na adrese <http://www.biograf.org/clanek.php?clanek=v3103>

### **Kvalifikační práce**

Balabánová, S. (2013). *Životní situace neplodných žen* (bakalářská práce). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Slepičková, L. (2011). *Nedobrovolná bezdětnost jako medikalizovaný problém* (disertační práce). Brno: Masarykova univerzita.



## Internetové zdroje

CENAP. (2015). Poradna při neplodnosti. *Cenap*. [online]. [cit. 19.2.2015]. Dostupné z: <http://www.cenap.cz/neplodnost-porad.php>).

Český statistický úřad. (2013). Stav a pohyb obyvatelstva v ČR v roce 2012. [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 28. 1. 2015]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/D600220573/\\$File/400713u.pdf](http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/D600220573/$File/400713u.pdf)

Duka, D. (2011). *Žádný světec není svatý*. *Hospodářské noviny*. [online]. [cit. 28. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.dominikduka.cz/rozhovory-menu/zadny-svetec-neni-svaty/>.

VF Czech Republic s.r.o. (2015) Výroční zpráva Kliniky reprodukční medicíny a gynekologie Zlín za rok 2014. IVF Zlín. [online]. [cit. 19.2.2015]. Dostupné z: <http://www.ivf-zlin.cz/24761-vyrocní-zprava-2014>.

Licensed Clinical Social Worker. (2015). *Sharedjourney.com* [online]. [cit. 19.2.2015]. Dostupné z: <http://www.sharedjourney.com/coping/lcsw.html>

Klimeš, J. (2009). *Krizový plán při neplodnosti*. [online]. [cit. 19.3.2015]. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/ocima-psychologa-krizovy-plan-pri-neplodnosti/>

Občanské sdružení ONŽ - pomoc a poradenství pro ženy a dívky. (2015). [online]. [cit. 19.2.2015]. Dostupné z: <http://www.poradnaprozeny.eu/>

Podpora reprodukce. *Podpora léčby neplodnosti*. (2010). [online]. [cit. 19.2.2015]. Dostupné z: <http://www.podporareprodukce.cz/>

Projekt ratolest. *GI, konzultace a vzdělávání - systemický přístup profesionálně*. (2015). [online]. [cit. 19.2.2015]. Dostupné z: <http://www.g-i.cz/cz/sluzby/osobni-konzultace/72-projekt-ratolest>).

Rumpík, D. (2013). Surogátní mateřství: naše výsledky. *Konferencia Reprodukčné zdravie ženy v centre záujmu*. [online]. MEDIUS, Komora pre medicínske právo. [cit. 2. 1. 2015]. Dostupné z: <http://konferencia2014.medius.sk/?program&gid=54,%20citov%C3%A1no%20dne%2024.%203.%202015>.

Řežábek, K. (2014). Asistovaná reprodukce v České republice 2012. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné také z: <http://www.uzis.cz/system/files/asistreprodukce2012.pdf>

ÚZIS ČR, (2013). *Asistovaná reprodukce 2012*. ÚZIS ČR, *Aktuální informace č. 56/2013*. [online]. [cit. 10.1. 2015]. Dostupné z: [http://www.uzis.cz/system/files/ai\\_2013\\_56.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/ai_2013_56.pdf)

### **Církevní dokumenty**

*Donum vitae: O respektování počínajícího lidského života a o důstojnosti plození. Odpovědi na některé aktuální otázky*. (2007). Brno: Hippokrates.

*Gaudium et spes: pastorální konstituce o církvi v dnešním světě*. (1969). Praha: Vyšehrad.

*Instrukce Dignitas personae: o některých otázkách bioetiky*. (2009). Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.

### **Zákony**

Nový občanský zákoník. Zákon č. 89/2012 Sb. v účinném znění ke dni 10.1.2015.

Zákon o zdravotním pojištění. Zákon č. 48/1997 Sb. v účinném znění ke dni 10.1.2015.

Zákon o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech. Zákon č. 227/2006 Sb. v účinném znění ke dni 1.2.2015.

Zákon o specifických zdravotních službách. Zákon č. 373/2011 Sb. v účinném znění ke dni 1.2.2015.

Zákon č. o lidských tkáních a buňkách. Zákon č. 296/2008 Sb. v účinném znění ke dni 3.2.2015.