

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2023**

**Barbora Pánková**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B0913P360005

**Barbora Pánková**

**PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY LÉČBY NEPLODNOSTI**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

PLZEŇ 2023

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2023

.....

vlastnoruční podpis

## **Abstrakt**

Příjmení a jméno: Pánková Barbora

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Psychosociální aspekty léčby neplodnosti

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

Počet stran – číslované: 57

Počet stran – nečíslované: 16

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 35

Klíčová slova: psychosociální aspekty – neplodnost – léčba – asistovaná reprodukce – početí

### **Souhrn:**

Bakalářská práce se věnuje psychosociálním aspektům léčby neplodnosti u žen. Práce je rozdělena na dvě části. Na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část se zabývá neplodností, léčbou v centru asistované reprodukce, psychogenní neplodností, vlivy na neplodnost a také rolí porodní asistentky. Teoretická část je tedy popsána z hlediska zdravotnického a psychologického.

Praktická část bakalářské práce je zpracována formou kvalitativního výzkumu. Výzkumu se zúčastnily dvě participantky, které z důvodu neplodnosti podstoupily metody asistované reprodukce. Cílem této bakalářské práce je zjistit, jak ženy prožívají léčbu a zda u nich došlo k nějakým změnám v oblasti psychického stavu, partnerství, komunikace, chování, zaměstnání či životního stylu.

## **Abstract**

Surname and name: Pánková Barbora

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Psychosocial aspects of infertility treatment

Consultant: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

Number of pages – numbered: 57

Number of pages – unnumbered: 16

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 35

Keywords: psychosocial aspects – infertility – treatment – assisted reproduction – conception

### Summary:

The bachelor thesis deals with psychosocial aspects of infertility treatment in women. The thesis is divided into two parts. The theoretical part and the practical part. The theoretical part deals with infertility, treatment in the center of assisted reproduction, psychogenic infertility, influences on infertility and also the role of midwifery. The theoretical part is described from the medical and psychological point of view.

The practical part of the bachelor thesis is processed in the form of qualitative research. The research involved two participants who underwent methods of assisted reproduction due to infertility. The aim of this bachelor thesis is to find out how women experience treatment and whether they have experienced any changes in their psychological state, relationship, communication, behavior, employment or lifestyle.

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Kateřině Ratislavové, Ph.D. za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji rodině za umožnění studia a příteli za velkou podporu. V neposlední řadě bych ráda poděkovala participantkám, které si udělaly čas a sdílely se mnou své příběhy v rozhovorech.

# OBSAH

SEZNAM ZKRATEK .....	9
ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST .....	12
1 NEPLODNOST .....	12
1.1 Vyšetření u ženy .....	12
1.1.1 Ultrazvukové vyšetření.....	13
1.1.2 Ovariální rezerva .....	13
1.1.3 Stanovení ovulace.....	13
1.1.4 Laparoskopie a hysteroskopie .....	14
1.1.5 Imunologické vyšetření .....	15
1.1.6 Genetické vyšetření .....	15
1.2 Vyšetření u muže .....	15
1.2.1 Spermioqram .....	16
1.3 Příčiny neplodnosti u ženy.....	16
1.3.1 Anovulační cyklus .....	18
1.3.2 Syndrom polycystických ovarií .....	18
1.3.3 Endometrióza.....	18
1.3.4 Neprůchodnost vejcovodů .....	19
1.4 Příčiny neplodnosti u muže.....	19
1.4.1 Varikokéla .....	20
1.4.2 Kryptorchismus .....	20
2 LÉČBA V CENTRU ASISTOVANÉ REPRODUKCE.....	21
2.1 Asistovaná reprodukce a historie ve světě .....	21
2.2 Asistovaná reprodukce v České republice .....	22
2.3 Metody asistované reprodukce .....	22
2.3.1 Intrauterinní inseminace .....	22
2.3.2 In vitro fertilizace a embryotransfer .....	23
2.3.3 Mikromanipulační techniky.....	25
3 PSYCHOGENNÍ NEPLODNOST .....	26
3.1 Psychogenní příčina neplodnosti .....	26
3.1.1 Neplodnost po traumatu .....	26
3.1.2 Syndrom prázdné kolébky .....	27
3.1.3 Syndrom prázdné dělohy .....	27
3.2 Postupná psychická destabilizace .....	27
3.2.1 Prožívání ženy při léčbě neplodnosti.....	29

4	NEPLODNOST A JEJÍ VLIV .....	30
4.1	Sexualita neplodného páru .....	30
4.1.1	Libido .....	30
4.2	Komunikace .....	31
4.3	Sociální vztahy .....	32
4.4	Vliv zaměstnání .....	32
4.5	Vliv věku .....	32
4.6	Vliv prostředí .....	33
5	ROLE PORODNÍ ASISTENTKY .....	35
5.1	Porodní asistentka jako edukátorka .....	35
	PRAKTICKÁ ČÁST .....	36
6	FORMULACE PROBLÉMU .....	36
7	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY .....	37
7.1	Hlavní cíl .....	37
7.2	Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy .....	37
8	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU .....	38
9	METODIKA PRÁCE .....	39
10	ORGANIZACE VÝZKUMU .....	40
11	ZPRACOVÁNÍ DAT .....	41
12	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ .....	42
12.1	Rozhovor č. 1 .....	42
12.2	Rozhovor č. 2 .....	47
	DISKUZE .....	55
	ZÁVĚR .....	66
	SEZNAM LITERATURY .....	67
	SEZNAM PŘÍLOH .....	71
	PŘÍLOHY .....	72
	Příloha A – Informovaný souhlas .....	72
	Příloha B – Okruhy k rozhovoru .....	73



## SEZNAM ZKRATEK

AFC	Antral follicles count, počet antrálních folikulů
AH	Asistovaný hatching
AMH	Antimülleriánský hormon
BMI	Body Mass Index, index tělesné hmotnosti
CAR	Centrum asistované reprodukce
FSH	Folikulostimulační hormon
GIFT	Gamete intrafallopian tube transfer, transfer gamet do vejcovodu
GnRH	Gonadotropin-releasing hormone, hormon uvolňující gonadotropin
hCG	Human chorionic gonadotropin, lidský choriový gonadotropin
ICSI	Intracytoplasmic sperm injection, intracytoplazmatická injekce spermií
IVF	In vitro fertilizace, oplodnění ve zkumavce
LH	Luteinizační hormon
MESA	Microsurgical epididymal sperm aspiration, mikrochirurgická aspirace spermií z nadvarlete
OHSS	Ovarian hyperstimulation syndrome, ovariální hyperstimulační syndrom
OPU	Ovum pick-up, odběr oocytů
PA	Porodní asistentka
PCOS	Polycystic ovarian syndrome, syndrom polycystických ovarii
PESA	Percutaneous epididymal sperm aspiration, perkutánní aspirace spermií z nadvarlete
PGD	Preimplantační genetická diagnostika
PGS	Preimplantační genetický screening
PND	Prenatální diagnostika
TESA	Testicular sperm aspiration, aspirace spermií z varlete
TESE	Testicular sperm extraction, extrakce spermií z varlete
VEX	Vakuumextrakce
WHO	Světová zdravotnická organizace

## ÚVOD

Neplodnost je v dnešní době velmi častým řešeným problémem, o které se zajímá mnoho párů bez možnosti úspěšného přirozeného oplodnění, a proto využívají metod asistované reprodukce. Páry, které se rozhodnou podstoupit asistovanou reprodukci musí očekávat dlouhý průběh za vysněným miminkem, ale i finanční, časovou a psychickou náročnost pro oba partnery. Bohužel jsou i takové páry, pro které není asistovaná reprodukce vhodnou metodou a musí zvážit možnost života bez dítěte, adopce nebo pěstounské péče, i když je medicína na vysoké úrovni.

S výběrem tématu své bakalářské práce jsem se inspirovala u sebe, kdy se moji rodiče pokoušeli o miminko, a protože se jim to stále nedařilo, vyzkoušeli metodu IVF. Po dlouhém snažení jsem se svým rodičům narodila společně se svou sestrou – dvouvaječným dvojčetem za lékařské pomoci metodou IVF. Bez této metody bychom se nikdy nenarodily a nestaly se „dětmi ze zkumavky“.

Cílem mé bakalářské práce je popsat z teoretické stránky problematiku léčby u žen s neplodností a zjistit, jak ženy léčbu prožívají a jaké změny se u nich v tomto období objevily.

V teoretické části bakalářské práce se věnuji vyšetřením, která se provádí při diagnóze neplodnosti a také příčinám, které mohou neplodnost způsobit. Dále se zaměřuji na léčbu v centru asistované reprodukce a metody, které se využívají pro zvýšení šance početí miminka. Značný prostor je také věnován psychice a prožívání při neplodnosti, protože se na tuto oblast velmi často zapomíná a řeší se neplodnost spíše z medicínského hlediska. Dále se teoretická část zaměřuje na neplodnost a její vlivy v oblastech sexuálního života partnerů, komunikace, sociálních vztahů, zaměstnání, věku či prostředí. V mé práci je také zmíněné libido, které je velmi důležité k tomu, aby došlo k pohlavnímu styku, a tedy poté k otěhotnění. Teoretická část je zakončena kapitolou o roli porodní asistentky.

V praktické části bakalářské práce byl použit kvalitativní výzkum, kdy jsem porovnávala změny, které se vyskytly u žen před, během a po léčbě neplodnosti metodou asistované reprodukce. Informace jsem získala pomocí polostrukturovaného rozhovoru.

Jak jednou Carl Gustav Jung (1875-1961) řekl: „*Neexistují jen psychické či jen fyzické poruchy. Vše je propojeno.*“ (Máslová, 2021, str. 38).

Informace, které jsou využity v bakalářské práci, jsem vyhledávala v odborné literatuře a vědeckých či internetových člancích. Ve Studijní a vědecké knihovně Plzeňského kraje a také v knihovně Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni jsem si opatřila odbornou literaturu.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 NEPLODNOST

V české terminologii je neplodnost označována jako sterilita. Sterilita je vždy diagnózou celého páru, tedy ženy a muže (Řežábek, 2018, str. 12). Je vnímána jedinci jako selhání základních lidských, společenských a rodinných funkcí (Šimůnková, 2012, str. 31). V případě, že nedojde k otěhotnění do jednoho nebo dvou let pravidelného nechráněného pohlavního styku, považujeme tyto páry za neplodné (Řežábek, 2018, str. 12). Pár by měl po neúspěšných pokusech vyhledat odbornou pomoc. Některé páry se rozhodnou vyhledat pomoc až po několika letech nezdařených pokusů o početí, protože je pro ně těžké o tom hovořit a stydí se (WHO, 2020, online).

Odhady naznačují, že celosvětově žije s neplodností 48 milionů párů a 186 milionů jedinců (WHO, 2020, online). Přibližně 10–15 % párů je u nás v České republice nechtěně sterilních a toto číslo se neustále zvyšuje (Řežábek, 2018, str. 12).

### 1.1 Vyšetření u ženy

U ženy by mělo dojít k celkovému vyšetření. Mezi tato vyšetření patří stanovení BMI, cytologie, maskulinizace, virilizace, vyšetření prsu, vyšetření infekcí a kontrola průchodnosti vejcovodů.

Radíme tam stanovení BMI indexu, kdy ideální rozmezí by mělo být 20-30 kg/m<sup>2</sup>. Pokud ženy nesplňují ideální rozmezí, měly by se odeslat ke specialistovi. Obzvláště u žen s nadváhou je důležité zvolit citlivý přístup k nabádání k redukci váhy, protože se stává, že ženy při necitlivém jednání často léčbu neplodnosti přerušují. Pokud existují pochybnosti, že v posledním roce nebyla provedena cytologie cervixu, je nutné ji provést. Dále dochází k zaznamenávání známek maskulinizace (zvýšené ochlupení), virilizace (klitredomegalie), vyšetření prsu (k vyloučení tumorů prsní žlázy nebo sekrece). Pokud by došlo k přehlédnutí tumorů a aplikovaly se hormony, postup by se hodnotil jako non lege artis. Provádí se běžné vyšetření na infekce jako je syphilis, hepatitis, HIV a dále navíc screening protilátek proti Chlamydia trachomatis. Protilátky jsou důležité k upozornění, že v minulosti proběhla infekce. V důsledku velkého rizika poškození vejcovodů a následným srůstům je indikována kontrola průchodnosti vejcovodů (Řežáčová, 2018, str. 100).

### **1.1.1 Ultrazvukové vyšetření**

Radíme dnes mezi hlavní součást gynekologického vyšetření. Vyšetřuje se děloha, sliznice děložní, měří se délka a tělo děložní, výška sliznice, kvalita myometria nebo dále kvalita jizev po předchozích operacích. Vyšetřením se může zjistit podezření na vývojové vady dělohy nebo nedostatečný vývoj endometria v jednotlivých fázích cyklu. Dále se při ultrazvukovém vyšetření stanovuje 3. den menstruačního cyklu počet AFC (počet antrálních folikulů) (Řezáčová, 2018, str. 107).

### **1.1.2 Ovariální rezerva**

Na začátek je důležité zmínit, že s přibývajícím věkem ženy klesá plodnost. Tento podstatný faktor zásadně ovlivňuje nejen spontánní koncepci, ale také úspěšnou léčbu při poruše plodnosti. Potíží je, že se ženy narodí již s určitým počtem folikulů v oocytech narozdíl od mužů, kdy u nich spermatogeneze probíhá až do vysokého věku (Mardešić, 2013, str. 13).

První známkou, kdy dochází k reprodukčnímu stárnutí bez doprovázení dalších příznaků se nazývá relativní snížení plodnosti. V další fázi nastává elevace hladin FSH většinou doprovázená zkrácením folikulární fáze, a tudíž i menstruačního cyklu (z 28 dní na 24-25 dnů). Vzestup hladin LH je opožděn oproti FSH a udává nám pokročilé selhávání ovarií. Další fáze nám udává již hluboce narušenou fertilitu se střídáním ovulačních a anovulačních cyklů s postupným nástupem menopauzy. Věk ženy je tedy velice ovlivňujícím faktorem plodnosti (Mardešić, 2013, str. 13).

Podstata vyšetření ovariální rezervy spočívá v podání informací reprodukčního potenciálu v závislosti na existujícím počtu oocytů. K posouzení ovariální rezervy se využívají testy: bazální hladiny FSH, LH, estradiolu, počet AFC a hladina AMH. Počet AFC se zjišťuje při ultrazvukovém vyšetření vaginální sondou (Doporučený postup ČGPS ČLS JEP č.3, 2021, str. 2). Ke stanovení bazálních hladin hormonů je neoptimálnější 2. den cyklu (Řežábek, 2018, str. 75).

### **1.1.3 Stanovení ovulace**

Využívá se ke stanovení výskytu ovulace v průběhu roku. Informace o výskytu získáme z kalendáře bazálních teplot. Jen malá část žen přináší kalendář bazálních teplot z důvodu uspěchané a přetechnizované doby, ale na tuto metodu by se zapomínat nemělo. Potvrzení ovulace a dostatečné hladiny progesteronu v sekreční fázi nám udává bifazická křivka s vzrůstem teploty o 0,5 °C. Zaznamenávání frekvence sexuálních kontaktů a kvality

cervikálního hleny je velice přínosná (Řezáčová, 2018, str. 101). Bazální teplota se měří vaginálně, orálně nebo rektálně. Měření by mělo probíhat vždy ráno po probuzení, zhruba po dobu 5. minut, ve stejný čas, stejné části těla a totožným teploměrem (Široká, 2020, online).

Další možností je ultrazvuková predikce ovulace, která se v centrech asistované reprodukce využívá denně. Je jednoduchá a také velice přínosná. Pokud dochází k vývoji folikulu (2 mm denně) znamená to, že se oocyt kvalitně vyvíjí. Pokud dojde k vymizení folikulu je to známka dobré ovulace (Řezáčová, 2018, str. 101).

#### **1.1.4 Laparoskopie a hysteroskopie**

Jedná se o gynekologické operace, které jsou minimálně invazivní. Při operacích se využívá optika a projekce operovaného orgánu na obrazovku monitoru, tím tedy byla nahrazena přímá vizualizace orgánu. Operace probíhají za pomoci nástrojů, které jsou zavedeny do dutiny břišní. Při laparoskopii nedochází k velkému porušení integrity břišní stěny, pouze v oblasti pupku k zavedení optiky a dále většinou v genitoabdominální rýze k zavedení portů. Při hysteroskopii nedochází k porušení integrity tkání, pouze dochází k dilataci hrdla děložního (Roztočil, 2011, str. 397). Například u Ashermannového syndromu se hysteroskopicky provede rozrušení nitroděložních srůstů a laparoskopicky se kontroluje neporušení integrity děložní stěny (Roztočil, 2011, str. 422).

Laparoskopie se využívá k diagnostice tuboperitoneálního faktoru sterility nebo při léčbě neplodnosti a rozhodování se o dalším postupu. V 40-70 % nedojde k nalezení žádné patologie nebo pouze k mírné endometrióze. Častým případem bývá indikace mimotělního oplodnění bez předchozího laparoskopického vyšetření. Podle finské studie Harkkiho a kolektivu hrozí riziko komplikací v souvislosti s diagnostickou laparoskopií u 0,6 provedených výkonů z 1000. Mezi výhody můžeme zařadit kombinaci diagnostickoterapeutického výkonu v malé pánvi během jednoho dne (Mardešić, 2013, str. 31). Mezi nevýhody můžeme zařadit nutnost narkózy nebo možné falešné projevení (zhruba 1 %) tuby jako neprůchodné (Řežábek, 2018, str. 77). Laparoskopie se využívá při neprůchodnosti vejcovodů, endometrióze, děložních myomech (hlavně submukózních) či pro zvýšení úspěšnosti metod asistované reprodukce a omezení chirurgických postupů (Mardešić, 2013, str. 31).

Hysteroskopie se využívá k diagnostice děložních abnormalit, kdy zhruba ve 4 % případů zapříčiňují poruchu plodnosti. Dále se může jednat o infertilitu, kdy

pravděpodobnost děložního faktoru stoupá až na 25 %. Na možnou přítomnost intrauterinní patologie často upozorní hypermenorea (při submukózních myomech), intermenstruační krvácení (známka polypu děložní sliznice), hypomenorea či amenorea (podezření na Ashermannův syndrom). Diagnostická hysteroskopie se provádí ambulantně buď s lokální anestezii nebo bez ní a operační hysteroskopie se provádí v celkové anestezii. Při hysteroskopii docílíme přímé vizualizace dělohy a ústí vejcovodů. Dále je možné provést okamžitou korekci patologického nálezu či cílenou biopsii (Mardešić, 2017, str. 29). Hysteroskopie se využívá při vrozených vývojových vadách dělohy (uterus septus, bicornis), Ashermannova syndromu či endometriálního polypu (Roztočil, 2011, str. 422).

### **1.1.5 Imunologické vyšetření**

Neplodnost zapříčiněná imunologickým faktorem je relativně vzácná. Vyšetření je doporučováno především ženám s infertilitou, kdy imunologická příčina může být tou hlavní. V tomto případě je důležité se svěřit do péče odborníků v imunologii. (Řežábek, 2018, str. 79). Vyšetření se indikuje v případech, kdy došlo k vyloučení jiných etiologických příčin neplodnosti, po dvou nezdařilých mimotělních oplodnění či dvou nezdařilých embryotransferech. Dále například při známé diagnóze související s poruchou imunity jako je například onemocnění štítné žlázy nebo systémová autoimunita. Vyšetření spočívá ve stanovení buněčné a humorální imunity, kdy je možnost určit poměr jednotlivých frakcí leukocytů (Doporučený postup ČGPS ČLS JEP č.3, 2021, str. 4).

### **1.1.6 Genetické vyšetření**

Příčinou neplodnosti a stále opakovaných neúspěchů při léčbě neplodnosti mohou být chromozomové aberace numerické i strukturní. Riziko potomků s mnohočetnými vývojovými vadami hrozí u přenašečů balancované chromozomové aberace, protože dochází ke vzniku nebalancovaných forem těchto aberací (Doporučený postup ČGPS ČLS JEP č.3, 2021, str. 3). K průkazu chromozomové aberace je indikován preimplantační genetický screening (PGS), preimplantační genetická diagnostika (PGD) či prenatalní diagnostika (PND). U žen s poruchou menstruačního cyklu, opakovaných neúspěších metod IVF nebo těhotenských ztrátách či v rodinně vyskytující se geneticky přenosné nemoci je indikováno vyšetření karyotypu. Bylo zjištěno, že výskyt aneuploidií u žen s poruchami plodnosti je zhruba 6x vyšší, než je výskyt populační (Řežáčová, 2018, str. 122).

## **1.2 Vyšetření u muže**

Důležité je, aby u mužů došlo k celkovému vyšetření. Celkové vyšetření zahrnuje hodnocení výživových návyků, různých zlovyků jako je například kouření nebo rizikových

faktorů jako je například užívání anabolik. Dále je důležité se zaměřit na odchýlnou morfologii orgánů a jejich reakce, protože by se mohlo jednat o příznak geneticky přenosné choroby. Nemělo by se také zapomínat na vyšetření varlat. Je téměř nemožné odeslat všechny muže na urologické vyšetření, proto se provádí screening varlat při první vstupní konzultaci. Provede se palpační a ultrazvukové vyšetření a také vyšetření varikokély. Dojde tak k selekci malé skupiny mužů, kteří se odešlou ke kompletnímu urologickému vyšetření. Základní metodou vyšetření u mužů je spermioqram (Řezáčová, 2018, str. 91).

### **1.2.1 Spermioqram**

Jedná se o vyšetření spermií, kdy by se vyšetření mělo řídit manuálem Světové zdravotnické organizace vydaného v roce 2010. Důležitá je sexuální abstinence, která by měla být 2-7 dní před vyšetřením. Muž začne masturbovat, kdy po určitém času dosáhne ejakulace. Ejakulací muž vyprodukuje vzorek spermatu do sterilní nádoby. Vzorek spermatu je poté uchován v pokojové teplotě, kdy zhruba po 20 minutách dojde k jeho zpracování, až po jeho zkapalnění (Řezáčová, 2018, str. 92). Poté se měří objem spermatu v odměrném válci, váží na digitálních váhách či se natáhne do sterilní injekční stříkačky. Dojde k promíchání spermatu opakovaným nasátím do pipety a zpětnému vypuštění do kelímku. Na lakmusovém papírku se stanoví pH po nanesení kapky spermatu. K určení počtu spermií se nanese další kapka spermatu na sklo Macklerovy komůrky. Zjistí se tím, koncentrace pohyblivých a nepohyblivých spermií. Dále se při vyšetření zkoumá morfologie spermií, zdali nemají jakékoliv tvarové odchylky od ideálního tvaru. Důležité je nezapomenout na to, že se při manipulaci se spermatem musí zacházet jako s potencionálním infekčním materiálem (Řežábek, 2018, str. 67).

### **1.3 Příčiny neplodnosti u ženy**

Pokud pochází příčina neplodnosti od ženy, je to považováno za ženskou neplodnost nebo neplodnost „ženského faktoru“ (Clevelandclinic, 2020, on-line). Podílí se na neplodnosti celého páru zhruba v 35-45 % (Řezáčová, 2018, str. 36). Neplodnost dělíme na primární a sekundární. Neplodnosti primární rozumíme tak, že žena nebyla nikdy v životě těhotná a neplodnosti sekundární, kdy žena byla těhotná, ale nemohla znovu otěhotnět. Dalším důležitým pojmem je infertilita, což znamená neschopnost donosit dítě (Řežábek, 2018, str. 12).

Ženskou neplodnost můžeme rozdělit do třech kategorií: dle Mezinárodní klasifikace nemocí, dle základního rozdělení, dle etiologického rozdělení.



#### dle Mezinárodní klasifikace nemocí

- ženská neplodnost, která je spojená s anovulací
- ženská neplodnost, původu tubárního
- ženská neplodnost původu děložního
- ženská neplodnost původu cervikálního
- ženská neplodnost, která je spojena s mužskými faktory
- ženská neplodnost jiného původu
- ženská neplodnost (nespecifikováno)

Značením N97 je podle Mezinárodní klasifikace nemocí vedena „ženská neplodnost“ (Řezáčová, 2018, str. 63).

#### dle základního rozdělení

- preovariální – mentální anorexie, hyperprolaktinemie, tyreopatie, nadměrná obezita, diabetes mellitus, Sheehanův syndrom, užívání hormonální antikoncepce s estrogením/gestagením účinkem
- ovariální – luteální insuficience, ovariální vyčerpání, ageneze ovarií, syndrom neprasklého folikulu
- postovariální – vaginismus, Ashermanův syndrom, protilátky proti spermiím, tubární neprůchodnost, nepřítomnost cervikálního hlenu

(Řežábek, 2018, str. 32).

#### dle etiologického rozdělení

- vrozená – Turnerův syndrom, androgenní senzitivita, adrenogenitální syndrom
- morfologicky podmíněná – endometriální polyp, Ashermanův syndrom, pozánětlivý uzávěr obou tub
- hormonální – hyperandrogenní syndrom, hyperprolaktinemie, tyreopatie
- z vyčerpání ovarií – vlivem věku, radiace, toxicity, opakovaných chirurgických resekcí ovarií
- imunologická – endometrióza, antispermatické protilátky
- infekční – toxoplazmóza, borelióza, chronická endometritida, tuberkulóza
- psychogenní – mentální anorexie
- lékové interference – antikoncepce, syndrom neprasklého folikulu

- související s jiným onemocněním – kachexie, diabetes mellitus, tyreopatie, morfinismus
- idiopatická – není zřejmá příčina po provedení dostupných vyšetření

(Řežábek, 2018, str. 33).

### **1.3.1 Anovulační cyklus**

Jedná se o menstruační cyklus, kdy nedochází k ovulaci ani k plodným dnům. Během ovulace by se mělo za normálních podmínek uvolnit zralé vajíčko z vaječníku, putovat do vejcovodu a tam být oplodněno spermií. U ženy není možné otěhotnění, pokud se neuvolní zralé vajíčko. Důležité je zmínit, že při anovulaci ženy mohou běžně menstruat a nemusí vůbec tušit, že ovulaci vůbec nemají. Další možností je, že ženy mají opožděnou menstruaci či jí vůbec nemají. K rozpoznání proběhlé ovulace se využívá metoda měření bazální teploty, ultrazvuková predikce ovulace, zvýšená tvorba výtoku nebo ovulační test (viz stanovení ovulace). K anovulaci dochází, pokud je narušena hormonální rovnováha a snížená hladina progesteronu, kdy nemůže nastat dozrání vajíčka (Široká, 2020, on-line).

### **1.3.2 Syndrom polycystických ovarii**

Řadí se mezi endokrinní poruchy. Dochází k hormonální nerovnováze, kdy vaječník nedokáže vytvářet hormony ve správném poměru (Ulčová-Gallová, 2013, str. 93). Incidence tohoto syndromu je 6-33 % u žen fertillního věku, z toho 28 % je obézních žen a 5 % eutrofických žen (Marešová, 2021, str. 67). Menstruační cyklus u žen bývá delší než 35 dní (oligomenorea) nebo menstruaci nemají po dobu 4-6 měsíců (amenorea). Mezi příznaky PCOS patří nadměrné ochlupení v obličeji (hirsutismus), plešatění, akné, deprese či sklony k přibývání na váze (West, Bailey, 2018, str. 22). Při vyšetřeních jako je laparoskopické a ultrasonografické jsou nalezeny zvětšené, hladké vaječníky s prosvítajícími cystami, které mají různé velikosti. V důsledku těchto útvarů žena nemenstruuje a neovuluje. Při laboratorních vyšetřeních je zvýšená hodnota LH, testosteronu a často prokázána rezistence na inzulin (Ulčová-Gallová, 2013, str. 94).

### **1.3.3 Endometrióza**

Řadí se mezi jedno z nejzávažnějších imunologických onemocnění, kdy dochází k výskytu funkční sliznice děložní, ostrůvků, ložisek mimo dělohu a nachází se ve vnitřním či někdy zevním pohlavním ústrojí ženy. Endometrióza se může vyskytovat například i na vejcovodech, v jizvě, pobřišnici, na čípku či v pochvě (Ulčová-Gallová, 2013, str. 89). Incidence se pohybuje v rozmezí 10–15 % u žen v reprodukčním věku (Marešová, 2021, str.

248). U párů s poruchou plodnosti je prevalence endometriózy vyšší až o 3,3 % než u žen v reprodukčním věku. Endometrióza může vést k poruše anatomických poměrů v malé pánvi, dále může ovlivnit plodnost změnění složení peritoneální tekutiny (Mardešić, 2013, str. 31). Na toto onemocnění se často přichází při laparotomii či laparoskopii dutiny břišní ke zpřesnění diagnózy neplodnosti. Ženy nemají žádné potíže nebo mají bolestivé příznaky, které se váží k menstruaci. Vyvinutá ložiska mimo dutinu děložní reagují na vaječnickové hormony stejně jako dutina děložní. Rozdíl nastává v závěru cyklu, kdy z dělohy odchází menstruační krev a z ostrůvků endometriózy neodchází krev. Vznik tohoto onemocnění nebyl dnes jednoznačně objasněn (Ulčová-Gallová, 2013, str. 89).

#### **1.3.4 Neprůchodnost vejcovodů**

Ke zjištění této poruchy dochází až při potížích s otěhotněním. Ženy, které trpí neprůchodností vejcovodů o tom často nevědí, protože nemají většinou žádné příznaky. U hydrosalpinxu, kdy se zvětšuje vejcovod v důsledku přítomnosti kapaliny, se může projevit na jedné straně břicha pravidelná bolest. Například endometrióza nebo srůsty po předešlých operacích mohou také zvýšit riziko neprůchodnosti vejcovodů. Mezi další příčiny patří prodělaný pánevní zánět, kam můžeme zařadit infekci dělohy, vejcovodů nebo vaječníků, které jsou způsobené například syfilisem nebo chlamydií. Dochází tedy k blokaci vejcovodů v důsledku jizvy či adheze pánve. Nejčastější komplikace, která se může vyskytnout je mimoděložní oplodnění. Lékaři ve většině případů ženy odesílají rovnou na IVF, protože chirurgický zákrok může také zvýšit riziko mimoděložního oplodnění (Tým rehabilitace, 2020, on-line).

### **1.4 Příčiny neplodnosti u muže**

Podílí se na neplodnosti ve 30-40 % (Řezáčová, 2018, str. 63). Je důležité zmínit, že příčiny neplodnosti u mužů se vyskytují téměř stejně často jako u žen (Řežábek, 2018, str. 32). Zatímco ženy se narodí s určitým počtem vajíček, muži dokáží vytvářet spermie stále dokola (West, Bailey, 2018, str. 28). Příčiny neplodnosti se nerozdělují podrobně podle Mezinárodní klasifikace nemocí. Je tam pouze zmíněný kód N46 „mužská neplodnost“ a poznamenaná existence azoospermie a oligozoospermie (Řežábek, 2018, str. 31). Mezi hlavní příčiny neplodnosti u muže se řadí varikokéla, kryptorchismus, poruchy erekce a ejakulace, stárnutí, genetické, zánětlivé či imunologické příčiny. Dále to mohou být například endokrinologické, iatrogenní příčiny nebo anorchie (syndrom vymizelých varlat) (Řezáčová, 2018, str. 251).

#### **1.4.1 Varikokéla**

Jedná se o rozšíření žilní pleteně v oblasti scrota. Dochází ke zvýšení teploty ve skrotu a městnání krve v cévách zásobující varle. Vzniká většinou pomalu. Projevuje se zhoršenou tvorbou spermií a sníženou sekrecí mužských hormonů. Mezi faktory, které ovlivňují vznik varikokély patří dlouhé stání či sezení, zdvihání těžkých břemen, chronická zácpa či chronický kašel, žilní insuficience dolních končetin nebo například autoimunitní onemocnění. Pokud dojde k včasné diagnostice a léčbě, může se atrofizaci semenotvorných kanálků a poruše plodnosti zabránit (Řezáčová, 2018, str. 252).

#### **1.4.2 Kryptorchismus**

V prenatálním vývoji u mužských plodů vznikají varlata uvnitř dutiny břišní. Okolo sedmého měsíce by varlata měla začít sestupovat a dostat se do scrota. Pokud varlata nesešoupí, nemůže nastat spermatogeneze a vývoj spermií je porušen. U mužů tedy toto onemocnění způsobuje neplodnost, ale je také rizikovým faktorem pro karcinom varlete (Řezáčová, 2018, str. 253).

## 2 LÉČBA V CENTRU ASISTOVANÉ REPRODUKCE

*„Asistovanou reprodukcí se rozumí metody a postupy, při kterých dochází k odběru zárodečných buněk, k manipulaci s nimi, ke vzniku lidského embrya oplodněním vajíčka spermií mimo tělo ženy, k manipulaci s lidskými embryi, včetně jejich uchování, a to za účelem umělého oplodnění ženy“ (Zákon č. 373/2011 Sb. §3).*

Mezi indikace k metodám asistované reprodukce se řadí porucha mužské plodnosti, geneticky přenosné choroby, anovulační cykly při nereagování na klomifen, předčasné ovariální selhání, endometrióza, uzavřené vejcovody, idiopatické či imunologické. U žen nad 35 let věku je nutné vyšetření prsů před plánovaným IVF (Marešová, 2021, str. 84).

Podmínky k provedení asistované reprodukce zahrnují nepřekročení věku ženy nad 49 let, podání písemné žádosti a zdravotní způsobilost ženy a muže. Písemnou žádost musí podat žena i muž, přičemž nemusejí být manželé. Žádost páru o asistovanou reprodukci nesmí být starší více než 6 měsíců (Zákon č. 373/2011 Sb. §6, §7).

Šestkrát za život je ze zdravotního pojištění hrazena inseminace. Čtyřikrát za život je ze zdravotního pojištění hrazena in vitro fertilizace s embryotransferem, pokud bylo zavedeno jedno embryo. Pokud se zavedlo více embryí, hrazeny jsou cykly tři. Ze zdravotního pojištění jsou hrazeny všechny metody IVF do 39 let, popřípadě u samoplátce do 49 let (Marešová, 2021, str. 84).

### 2.1 Asistovaná reprodukce a historie ve světě

Prvním začátkem asistované reprodukce u člověka byly experimentální práce na zvířatech publikované řadou autorů v posledních 120. letech. Například Regnierem de Graafem, který objevil ovariální folikul (po něm pojmenoval Graafův folikul) nebo Janem Evangelistou Purkyně, který popsal zárodečný měchýřek (germinal vesicle). Dodnes je ve vědecké literatuře jádro oocyty před uvolněním meiózy (buněčné dělení umožňující pohlavní množení) označováno jako zárodečný měchýřek. První přenos králíčího embrya do dělohy uskutečnil v roce 1890 Waltr Heape a jeho výsledkem byl porod šesti mláďat (Trávník, on-line).

Louise Brownová se stala „prvním dítětem ze zkumavky“, která se narodila císařským řezem 27.5.1978 v Oldhamu ve Velké Británii. Početí ve zkumavce se uskutečnilo na IVF klinice v Bourn Hall v Cambridgi (Šimůnková, 2012, str. 31). O narození holčičky se zasloužili embryolog Robert Edwards s gynekologem Patrickem Steptoem. Edwards za

tento objev získal v roce 2010 Nobelovu cenu (Haasová, 2012, str. 254-258). V roce 2007 Louise porodila syna Camerona, který byl počat přirozenou cestou (Šimůnková, 2012, str. 31).

## **2.2 Asistovaná reprodukce v České republice**

V roce 1982 se v Brně po několika nepovedených pokusech za pomoci profesora Ladislava Pilky a ostatních lékařů narodilo první dítě „ze zkumavky“. Lékaři použili metodu GIFT (transfer gamet do vejcovodu), při níž operativně zprůchodnili vejcovod, do něhož bylo vloženo vajíčko se spermií. Pracoviště dále rozvíjela i nové diagnostické a léčebné postupy pro neplodné páry. Podstatné zlepšení materiálních podmínek pro léčbu neplodnosti metodami asistované reprodukce přinesla 90. léta. Změny ve společnosti i ve zdravotnictví vyústily ve vznik prvních nestátních center asistované reprodukce v ČR (Trávník, on-line).

## **2.3 Metody asistované reprodukce**

Jedná se o metody, při kterých dochází k manipulaci zárodečných buněk (vajíček ženy, spermie muže) za účelem usnadnění či docílení jejich splynutí. Se zárodečnými buňkami manipuluje lékař s embryologem (Konečná, 2017, str. 109). Kdyby nedošlo k rozvoji asistované reprodukce, páry by nemohli mít geneticky vlastní děti a byli by bezdětnými (Řezáčová, 2018, str. 130). V medializovaném světě vzbuzují metody asistované reprodukce často dva falešné dojmy. První dojem je, že žena určitě otěhotní s pomocí těchto metod a druhý dojem je, že bez nich se neplodnost vyléčit nedá (Roztočil, 2011, str. 234).

### **2.3.1 Intrauterinní inseminace**

Řadí se většinou mezi metodu první volby. Tato metoda funguje na principu vpravení spermií v živném roztoku za pomoci inseminačního katétru přes děložní hrdlo do dutiny děložní během ovulace. Jedná se o jednoduchou, nenákladnou, neinvazivní a také pro ženu bezpečnou techniku. Zhruba kolem 7 % se u ženy pohybuje šance na otěhotnění po metodě IUI v přirozeném ovulačním cyklu. Pokud by došlo ke stimulaci růstu vajíček kломifencitrátem, šance na otěhotnění by byla v tomto případě mezi 10-13 %. V případě použití hormonu FSH by se pravděpodobnost otěhotnění zvýšila až na 18 %, ale zároveň by došlo k většímu riziku hyperstimulačního hormonu a vícečetného těhotenství. Z těchto důvodů se hormon FSH využívá výjimečně (Řezáčová, 2018, str. 130).

#### dělení IUI:

- AI (arteficial insemination) – vpravení spermií do ženského pohlavního ústrojí
- AIH (arteficial insemination from husband) – vpravení spermií od manžela

- AID (arteficial insemination from donor) – vpravení spermií od dárce

(Řežábek, 2018, str.13).

Inseminace se nejčastěji provádí do dutiny děložní, ale je možná také do pochvy či hrdla děložního. Důležité je, aby před tím došlo k vyčištění, zbavení se bakterií a seminální plazmy (Řežábek, 2018, str. 13). Mezi podmínky IUI se řadí průchodnost alespoň jednoho vejcovodu, funkčnost alespoň jednoho vaječníku, zdravotní schopnost ženy vůči těhotenství, výška endometria minimálně 6 mm v den IUI, dostatečná propustnost děložního hrdla pro katétr a po laboratorní přípravě nejméně milion pohyblivých spermií (Marešová, 2021, str. 84).

### **2.3.2 In vitro fertilizace a embryotransfer**

Při metodě IVF ET se odebírá vajíčko a dochází k jeho laboratornímu ošetření, tedy kultivaci se spermiemi. Poté se sleduje jeho vývoj a vzniklé embryo se přenese do dělohy. Tato metoda se provádí nejčastěji z indikace neprůchodnosti vejcovodů (Řežábek, 2018, str. 13).

IVF ET lze rozdělit do pěti fází: 1. hormonální příprava ženy

2. odběr vajíček

3. oplození vajíček a kultivace embryí

4. embryotransfer

5. luteální podpora

(Řezáčová, 2018, str. 137).

Je nutné, aby lékař před hormonální přípravou ženy zvolil stimulační protokol, typ gonadotropinů a určil jejich dávky. Protokoly se rozdělují podle toho, jestli je použit antagonist GnRH nebo agonista GnRH. Protokol s agonisty GnRH se rozděluje na krátký a dlouhý. Z folikulární či luteální fáze menstruačního cyklu se zahajuje dlouhý protokol. Důležité je, aby se při volbě protokolu zohlednil věk ženy, zvýšené riziko OHSS (ovariálního hyperstimulačního syndromu nebo například reakce ženy na předešlý cyklus hormonální stimulace. Využívají se gonadotropiny FSH nebo FSH a LH, které se aplikují subkutánně a získávají se z moči žen po přechodu. Dále se využívají novější rekombinantní gonadotropiny, které se aplikují subkutánně speciálním perem a jsou vyráběny laboratorně. Během hormonální stimulace ženy se provádí vaginální ultrazvukovou sondou časté měření průměru folikulů a tloušťka endometria. Sledují se také hladiny estradiolu, popřípadě LH a progesteronu v krvi. Jedná se o řízenou hormonální stimulaci (Řezáčová, 2018, str. 138).

Odběr vajíček se zkratkou OPU (ovum pick up) se provádí pod ultrazvukovou kontrolou v analgosedaci či krátkodobé celkové narkóze. Přes postranní poševní klenbu se provede punkce folikulů. Speciální vodič pro punkční jehlu je umístěn na ultrazvukové vaginální sondě. Gynekolog poté embryologovi předá folikulární tekutinu ve zkumavkách. Embryolog pod mikroskopem vyhledá vajíčka. Optimálně by měl být zisk 8-15 vajíček (Marešová, 2021, str. 85).

Nejméně 48 hodin a nejvíce 144 hodin od OPU dochází k oplození vajíček in vitro a následné kultivaci embryí. Během prvních dvou hodin po odběru jsou vajíčka ponechána v kultivačním boxu při teplotě 37 °C s 5 % oxidem uhličitým ve vzduchu. Embryolog po této době vyhodnotí zralost vajíček. Pokud je vajíčko zralé, bude mít pólové tělísko. Poté se vajíčka ponechají ještě 4-6 hodin v kultivačním boxu, aby mohlo dojít k jejich dozrání. Partner mezitím, kdy se ženě odebírají vajíčka, odevzdá sperma, které získá masturbací. Ze spermií se centrifugací odstraní seminální plazma. Spermie poté šest hodin kapacitují v kultivačním médiu. Po uplynutí šesti hodin od OPU se spermie přidají k vajíčkům do média. Počet oplozených vajíček embryolog zjistí za 17-22 hodin od jejich odsátí. Možností je také prodloužená kultivace embryí, která trvá maximální 144 hodin. Sleduje se kontinuálně vývoj embryí v inkubátoru pro jejich spontánní selekci.

Embryotransfer se provádí za 48-144 hodin od aspirace vajíček. Provádí ho gynekolog, kdy transferuje jedno, dvě či výjimečně tři embrya. Většinou se zavádí jedno embryo, aby se minimalizovalo riziko vícečetné gravidity. Jedná se o ambulantní zákrok, který je nebolestivý. Při zákroku se tenkým katétreem přes vnitřní branku hrdla děložního do horní třetiny děložní dutiny zavedou embrya. Výkon se provádí pod kontrolou abdominální ultrazvukové sondy. Podle provedení techniky výkonu, kvality a počtu transferovaných embryí či stavu endometria se posuzuje úspěšnost. Pokud zbyde více kvalitních embryí či gamet, je možné jejich zamražení (kryokonzervace) a následný transfer (kryoembryotransfer) (Řezáčová, 2018, str. 139-140). Využívá se k jejich dlouhodobému skladování před léčbou neplodnosti. Buňky se zmrazí na -196 °C, což odpovídá teplotě kapalného dusíku. Spermie nebo embrya se tak mohou uchovávat velice dlouho. Důvodem je zastavení všech životních procesů. Mezi rizikové fáze patří zmrazování a rozmrazování, protože hrozí poškození buněk. K zabránění tomuto poškození se provádí zmrazování buněk ve speciálních zařízeních, kde je naprogramováno postupné snižování teploty. Buňky jsou před mrazem chráněny roztokem, který se nachází v jejich okolí (Řežábek, 2018, str. 14).



Po embryotransferu následuje luteální podpora. Ta je důležitá k podpoření luteální fáze cyklu a ke zvýšení šance na otěhotnění. K podpoře se využívá Utrogestan, Crinone gel či hormon hCG. Při podání hCG je zvýšené riziko rozvoje hyperstimulačního syndromu (Marešová, 2021, str. 85).

### **2.3.3 Mikromanipulační techniky**

Řadí se mezi pomocné či rozšiřující metody, které se dle potřeby využívají při IVF. Zahrnují metodu ICSI, při které se speciální skleněnou jehlou zavede pod mikroskopem spermie přímo do vajíčka přes zonu pellucidu. Při této metodě postačí pouze několik desítek spermií v celém objemu ejakulátu. Po metodách MESA (mikrochirurgické odsátí spermií z nadvarlete), TESE (extrakce spermií z varlete), TESA (odsátí spermií z varlete) či PESA (perkutánní odsátí spermií z nadvarlete) následuje vždy intracytoplazmatická injekce spermie (Roztočil, 2011, str. 239). Další metodou je AH (asistovaný hatching), kdy dochází k narušení zony pellucidy vlivem mechanickým, chemickým či laserovým. Nebylo prokázáno zvýšení implantace embrya, proto se od této metody ustupuje. Důležité je také zmínit metody PGD (preimplantační genetická diagnostika) a PGS (preimplantační genetický screening) Lékař, který má specializovanou působnost v lékařské genetice, provede před embryotransferem genetické vyšetření buněk (Řezáčová, 2018, str. 134-135).

### 3 PSYCHOGENNÍ NEPLODNOST

Zhruba před třiceti lety byl tento pojem odmítnut gynekologickou společností, protože se věřilo, že má neplodnost pouze anatomickou či endokrinologickou příčinu. V posledních letech ale začalo přibývat neplodných párů, u kterých se přes sofistikovaná vyšetření žádná patologie nenašla, proto byl tento termín znovu rehabilitován (Máslová, 2021, str. 127).

Ženy si často kladou otázky – proč zrovna já nemohu otěhotnět? Snažím se jíst zdravě, nekouřím a cvičím. Specifické je to, že se naše společenská kritéria liší od biologických kritérií. Mezi společenská kritéria můžeme zařadit například: mít kde bydlet, být nějakým způsobem finančně zajištěna, žít ve fungujícím vztahu. Mezi biologická kritéria zařazujeme uvolnění a fyzické zdraví ženy. Příroda se nerozhoduje podle společenských kritérií, ale podle biologických, kdy se stává, že žena závislá na alkoholu či drogách otěhotní bez problému, na rozdíl od jiné ženy, která by si otěhotnět přála. Plodnost totiž toleruje většinu úrazů, pokud nedojde k poškození pánve (Máslová, 2021, str.78).

#### 3.1 Psychogenní příčina neplodnosti

Může se vyskytovat samostatně nebo jako součást ostatních příčin neplodnosti. Šedá kůra mozková řídí funkce téměř celého organismu a reaguje na podněty z vnitřního a zevního prostředí. Orgány a jejich jednotlivá činnost je potom ovlivňovaná nervovou, hormonální i imunitní cestou. Vlivem některých extrémních podmínek jako je například úmrtí v rodině, období před zkouškami, nevyléčitelná nemoc v okolí a další, může dojít nepřímo ke konfliktním situacím doma nebo v zaměstnání a následkem toho k vynechání menarché. Někdy stačí u psychogenní příčiny neplodnosti změnit ošetřujícího lékaře (Ulčová-Gallová, 2013, str. 37). Muži z psychologického hlediska obvykle hůře snášejí poruchu plodnosti, protože to pro ně znamená, že nemůžou být v roli ochránce, podporovatele a hrozí ohrožení jejich mužské identity (Řezáčová, 2018, str. 18).

O idiopatickou neboli nevysvětlitelnou příčinu neplodnosti se jedná, když při všech dostupných vyšetření jsou výsledky obou partnerů hodnoceny normálními výsledky (Ulčová-Gallová, 2013, str. 41).

##### 3.1.1 Neplodnost po traumatu

Je dána aktivací pudu sebezáchovy a emoční paměťovou stopou uloženou v mozku, konkrétně v limbickém systému po těžkém psychickém nebo somatickém zážitku. Mohlo jít

například o znásilnění, poranění, zneužívání v nezletilosti, ponížení, zotročení, zesměšnění v počáteční fázi zahájení sexuálního života a mnoho dalšího. Při zneužívání v dětství může být problémem zvědomení, které se může projevit buď frigiditou až asexuálností nebo naopak promiskuitou, kdy má žena problém navázat trvalý vztah. Tyto ženy mají většinou dobrou prognózu a po terapii většinou otěhotní. U porodního traumatu často vznikne sekundární posttraumatická frigidita, kdy ne vždycky dojde k obnovení sexuality. Pokud má žena ale dítě, potom se lépe smíří s posttraumatickou neplodností. Horší je to v případě umělého ukončení gravidity ve vyšším stupni těhotenství z důvodu diagnostikované vrozené vývojové vady u dítěte nebo zdravotního problému těhotné jako je například HELLP syndrom nebo preeklampsie. Ke vzniku traumatu mohlo dojít také v souvislosti s potratem, porodem a šestinedělím. V šestinedělí může žena propadnout do hluboké deprese, poporodní psychózy, nesnesitelné úzkosti, obsese, kompulze nebo nebude schopná několik dní usnout. Velký vliv také představuje chování personálu k ženě. Cílem je integrovat negativní zážitek a opět nalézt důvěru (Másllová, 2021, str. 151).

### **3.1.2 Syndrom prázdné kolébky**

Tento termín se používá k popisu psychického stavu žen, které neustále potrácejí nebo se jim nedaří otěhotnět. Výraz kolébka označuje místo, které bylo vytvořeno pro nenarozené dítě, jak v mentální mysli ženy, tak i často jako místo faktické. Tato očekávání mají na prožívání ženy fatální důsledky, protože žena investovala do budoucího dítěte značné množství energie a celý její dosavadní život směřovala k založení rodiny (Másllová, 2021, str. 256).

### **3.1.3 Syndrom prázdné dělohy**

Psychosomatická medicína používá termín syndrom prázdné dělohy neboli „nepravé“ těhotenství. Jedná se o ženy, které somatizují jejich touhu po miminku a začne docházet k tomu, že se tělo začne chovat jako těhotné, zastaví se menstruační cyklus, zvětší se břicho a někdy tento syndrom může doprovázet i emesis gravidarum (Másllová, 2021, str. 257).

## **3.2 Postupná psychická destabilizace**

Jedná se o soubor specifických psychických stavů a chování, které se vyskytují při léčbě neplodnosti u žen. Mají vliv na léčebný proces a mohou se projevovat až jako neurózy, fobie, reaktivní deprese a jiné. Ženy často na začátku léčby uvádí psychickou pohodu, stabilitu a funkční vztahy, ale později v průběhu léčby je někdy nutná pomoc lékařů, protože se může u žen pomalu rozvíjet například neefektivní zvládnání stresu nebo nereálná očekávání

vůči sama sobě. Mnohdy se stává, že se u nich ztratí přirozená orientace v ženské roli anebo vnímání sebe sama. To se projevují tím, že by rády znaly přesný postupy, jak se chovat, co mají cítit, a to právě bývá spouštěčem psychické destabilizace. Dlouhodobé problémy s otěhotněním vedou ke specifickým psychickým potížím v různých podobách a intenzitách a mají vliv na proces léčby neplodnosti. Změny jsou nejvíce patrné v oblasti tolerance stresu, kdy dochází ke změně priorit, v oblasti sexuální, partnerské a vztahové, pojetí sebe sama, ženské role nebo také poruchy přizpůsobení (Březinová, 2014, str. 14-15).

Pro pár je také velmi zatěžující léčba v CAR z důvodu zásahu do intimity páru a nahrazení jí lékařskými technikami, sledováním a vytvářením přesných plánů terapie (Březinová, 2014, str. 14-15). Ženě by měla být nabídnuta v centru asistované reprodukce pomoc psychologa, aby mohla lépe zvládat náročnou léčbu. Přístup lékaře, který se o ženu stará by měl být citlivý, protože se často úspěch léčby spojuje právě s lékařem, kterému důvěřuje (Řezáčová, 2018, str. 89). Problém s otěhotněním se v dnešní době objevuje u párů čím dál častěji a představuje to pro oba velkou psychickou zátěž.

#### Specifické příčiny postupné destabilizace:

- Neúspěšné pokusy a potraty – opakující se stresová situace
- Jediným životním cílem je mít dítě – přehodnocování priorit
- Psychická onemocnění, neurózy, emoční labilita
- Priorita kariérního růstu
- Nedostatečná komunikace v partnerském vztahu
- Vyšší věk – frustrace z neúspěchu
- Nepřijetí metod asistované reprodukce – psychospirituální krize

Dochází buď k rozvoji nebo k terapeutické změně, proto se můžeme setkat s progresí potíží nebo kompenzací a jejich ústupem (Březinová, 2014, str. 14-15).

Nadměrná touha po dítěti, výhody či nevýhody mít vlastní dítě, řešení problémů početím dítěte či předem určením funkce dítěti ze strany rodičů je důležitým tématem při psychosomatické léčbě. Psychosomatický pohovor by měl být zaměřen na psychosociální problémy, na možné změny v psychice a sociálních rolích, na neúspěch při léčbě, popřípadě na bezdětný život nebo adopci. Při výběru invazivních metod léčby neplodnosti je potřeba postupovat opatrně. Pokud se dítě nenarodí, může být psychosomatická léčba účinná k překonání krize po nadměrné touze po dítěti. V CAR by tedy měla probíhat supervize

zdravotnického týmu a také psychosomatické vzdělávání lékařů a porodních asistentek, aby ženy nemusely být odesílány k dalším odborníkům (Ratislavová, Kašová, 2016, str. 1-6)

### **3.2.1 Prožívání ženy při léčbě neplodnosti**

Pro ženu je velice stresovou zkušeností, když není schopná početí nebo donošení dítěte. Neplodnost může být spojena se zásahem do identity, kdy žena začne pochybovat sama o sobě a cítit se „nenormální“. Důležité je od sebe odlišit pojmy úzkost a úzkostnost. Úzkost je jedním z projevů stresu na léčbu a řadíme ji mezi emoce, které se nachází na rovině psychické (pocitů ohrožení), mimické (rozšíření zornic), somatické (zblednutí, svalové napětí), chování (změna priorit) a výkonu (snížení). Jedná se o přechodný stav. Úzkostnost chápeme jako dlouhodobější charakteristiku člověka, který má větší tendenci prožívat a reagovat úzkostně na situace (Hampl a Ďurašková, 2014, str. 127-130). Dlouhodobá neschopnost otěhotnět vede ještě k vyššímu stresu. Čím více se podstupuje vyšetření, tím je stresovější čekání na výsledky (Máslová, 2021, str. 207).

V australském výzkumu bylo zjištěno, že se značně zvyšuje úzkost u pacientek před odběrem vajíček a embryotransferem. V centru asistované reprodukce Sanus Pardubice byl proveden dotazníkový výzkum v letech 2009-2013 u žen mladších 35 let, který měl zjistit, zdali má vliv úzkosti ženy na výsledek prvního IVF/ICSI. Výsledkem bylo zjištění, že se nepotvrdil vliv úzkosti na úspěšnost léčby (Hampl a Ďurašková, 2014, str. 127-130).

Stres ovlivňuje neplodnost u žen i mužů. Působí poruchu hypotalamoovarální osy (poruchy sekrece gonadotropinů), aktivuje hypotalamoadrenální osu (hyperkortizolemie snižuje sekreci GnRH), aktivuje neurotransmitery (dopamin, serotonin, noradrenalin a další), vyvolává hyperprolaktinémii, snižuje sexuální touhu, působí například na poruchy spermiogeneze anebo na poruchu ovulace a amenoreu (Pastor, 2019, 16-17).

U ženy se projevují emocionální reakce jako smutek, skleslá nálada, lakrimozita (plačtivost), zklamání, vyhýbání se běžným činnostem. Později se mohou objevit také pocity beznaděje, marnosti, viny, agrese, fobie z těhotenství nebo reaktivní deprese (Březinová, 2014, str. 14-15).

## 4 NEPLODNOST A JEJÍ VLIV

Ženy s poruchou plodnosti se často dozvídají z různých článků, že neplodnost ovlivňuje nezdravý životní styl. Ženy se ve většině případů snaží jíst pravidelně a zdravě. Nekonzumují alkohol, občas si dají kávu a stravují se nejkvalitnějšími potravinami, které jsou nejlépe v biokvalitě. Dále nekouří a pravidelně sportují. Zapomíná se ale na ostatní faktory, které ovlivňují určité oblasti života žen (Máslová, 2021, str. 84).

### 4.1 Sexualita neplodného páru

Dříve byl pohlavní styk nezbytnou podmínkou pro úspěšnou koncepci, ale od zavedení metod asistované reprodukce tomu tak už úplně není. Sexualitu můžeme dělit na dvě kategorie, a to na prokreační (za účelem oplodnění) anebo rekreační (pro potěšení) (Pastor, 2019, str. 16-17).

Neplodnost komplikuje ve většině případů lidskou sexualitu a mnohdy přináší i různé pohlavní dysfunkce. V důsledku dlouhodobých neúspěšných snah o početí se nejčastěji setkáváme se sexuálními problémy. Problém často nastává u žen, které vidí u vykonávání sexuálních aktivit pouze jedinou motivaci a tou je dosažení těhotenství. Pohlavní styk mimo plodné dny berou ženy jako ztrátu času (Pastor, 2019, str. 16-17). Důležité je také zmínit, že orgasmus během pohlavního styku nemá vliv na oplodnění (West, Bailey, 2018, str. 123). Může také dojít k nevěře (většinou ze strany muže), kdy je za příčinou absence sexuálního života nebo velké zaměření ženy na plánované těhotenství (Březinová, 2014, str. 14-15). Existují páry, které si přejí mít dítě, ale nechtějí mít spolu pohlavní styk. Vyskytuje se u nich velká touha po dítěti, a proto u ženy může dojít k otěhotnění formou inseminace (Máslová, 2017, str. 44-48).

#### 4.1.1 Libido

Pro pár je naprosto zásadní. Libido je odborně nazývané jako vzájemná touha po sexu. U mužů bývá ráno zvýšená hladina hormonu testosteronu (hormon mužské touhy), a proto jsou náruživější. Hormon oxytocin (hormon lásky) u žen probouzí sexuální touhu a připravuje tělo na oplodnění. Hladiny hormonů testosteronu a oxytocinu mohou klesat z důsledku zhoršené nálady (smutek, vztek, agrese) a to má vliv právě na libido.

Některé potraviny ovlivňují tvorbu neurotransmiterů a zvyšují tak libido. Dopamin v těle navozuje pocity radosti, štěstí a vyplavuje se při sexuálním vzrušení. Vyrábí se z tyrosinu (aminokyselina), který se hojně vyskytuje v potravinách bohatých na bílkoviny

a tím je například maso (kuřecí, krůtí, hovězí), ryby (štika, tuňák, treska) nebo avokádo či ovesné vločky. Serotonin nám zase dokáže zvednout náladu a vyrábí se z tryptofanu (aminokyselina), který najdeme například v ořechách (vlašské, lískové), různých semínkách, chřestu, bramborách či jogurtu (West, Bailey, 2018, str. 12).

## 4.2 Komunikace

Má velký vliv na partnerský vztah. Často dochází k neshodám v komunikaci, kdy žena chce situaci ohledně neplodnosti řešit, ale partner chce vyčkávat (Březinová, 2014, str. 14-15). Zvyšují se nároky na partnerskou komunikaci a znesnadňuje spokojené společné soužití (Hampel a Ďurašková, 2014, str. 127-130). Většinou jsou problémy zvladatelné partnery bez odborné pomoci a dochází mezi nimi například k neshodám ohledně změny životního stylu nebo financování péče. Některé páry ale vyžadují odbornou pomoc v sexuálním životě, s plánováním volného času apod. Pokud je ve vztahu funkční komunikace, může to vztah i upevnit (Březinová, 2014, str. 14-15).

Návod na úspěšnou komunikaci neexistuje. Ženy jsou zvyklé již od časně puberty se zabývat svou plodností, chodit ke gynekologovi a řešit „ženské“ otázky, které jsou tématem u žen všech věkových skupin. Muži navštíví lékaře až při nějaké obtíži a o plánování rodičovství se spolu nebaví. Žena tedy většinou problém s otěhotněním začne řešit sama, kdy navštíví odborníka.

Pár by se měl prvně domluvit, jak budou situaci řešit a až poté by měli vyhledat lékaře. Dále je důležité se v páru dohodnout, co a jak se sdělí okolí a důsledně to dodržovat. Osoba, která chce sdělit méně, má rozhodující slovo. Problém může nastat, když je IVF léčba neúspěšná anebo naopak, když je úspěšná, ale jen na chvíli. Pro někoho jsou různé dotazy na těhotenství velice nepříjemné a někdo potřebuje svoji bolest sdílet s ostatními. Doporučuje se tedy radostnou zprávu povědět po ukončeném prvním trimestru, který je nejrizikovější nebo až po dosažení 25. týdne, kdy je schopný plod přežít mimo dělohu.

Rodina bývá častým konverzačním tématem ve společnosti a pro jedince, kteří nemají dítě, je toto téma velmi nepříjemné a někdo ho může v extrémním případě považovat za jistý druh šikany. Často se stává, že bezdětná žena je okolím hůře tolerována než bezdětný muž. Náročnější komunikace je také s vlastními rodiči a příbuznými, protože jejich touha stát se prarodiči nebo mít nového člena rodiny je u nich někdy silnější než u samotného páru (Konečná, 2017, str. 63-64).

### **4.3 Sociální vztahy**

U ženy dochází k postupnému omezování vztahů a sociálních kontaktů. Žena si vybírá, s kým se bude vídat, komu se svěřovat. Může sdělovat svoji situaci každému nebo naopak o ni mluvit vůbec nebude. Snaží se omezit návštěvy u rodin s dětmi, kdy v extrémní situaci je žena schopna i dítě ukrást (Březinová, 2014, str. 14-15).

Velmi často se stává ženám, že okolí hledá důvod neplodnosti právě u nich, i když tomu tak ve skutečnosti nemusí ani být. Může to u nich vyvolat pocit viny, vlastní nedokonalosti, frustraci nebo obviňování sebe (Pastor, 2019, str. 16-17). Nedobrovolně bezdětně ženy mohou být vyloučeny ze sociálních situací a může na ně přecházet sociální stigma (Hampl a Ďurašková, 2014, str. 127-130).

### **4.4 Vliv zaměstnání**

Málokdo zvládne zůstat být zdravý kvůli náročnému rozvrhu pracovního dne. Velice ovlivňujícím faktorem plodnosti je tedy druh zaměstnání. Dalo by se říct, že ženy jsou nuceny pracovat přes přesčasy a vykonávat nezdravé výkony z důvodu dostatečného finančního zabezpečení. Většina pracovních pozic je sedavých, u počítače, ovlivněny pasivním stresem, klimatizací, elektromagnetickým zářením, nedostatkem přísunu denního světla a dalším.

V minulosti ženy také tvrdě pracovaly, ale jednalo se o fyzickou práci, kdy více času trávily venku, proto dříve práce neměla tak devastující vliv na plodnost jako je tomu v dnešní době. V dnešní době trpí neplodností často například kadeřnice, ženy v lakovnách, ve výrobnách plastů apod. Je to zapříčiněno vlivem chemikálií. Dále herečky, zpěvačky a baletky, které zažívají nárazové stresové situace, větší tlak na svůj vzhled a často se po nich vyžaduje hubnutí. Nejlépe jsou na tom s plodností ženy, které pracují v zemědělství, zahradnictví, lesnictví, rybářství nebo nekvalifikované ženy či ženy nezaměstnané. Dlouhodobé sezení je pro ženský organismus riziková poloha, protože dochází k velkému tlaku břišních orgánů a střev na pánevní dno (Máslová, 2021, str. 121).

### **4.5 Vliv věku**

U žen je optimální období pro početí mezi 18. a 30. rokem věku. V současné době bývá věk z biologického hlediska nepříznivý pro rodičovství a mateřství, a proto se začaly využívat více metody asistované reprodukce (Konečná, 2017, str. 40). Mezi důvody



odkládání rodičovství patří nestálý partner, pocit nepřipravenosti na dítě, nedostatečné ekonomické zabezpečení, kariérní růst a další (Řezáčová, 2018, str. 23).

S věkem matky stoupá větší riziko neplodnosti a potratovosti. Mladé ženy si myslí, že mají dostatek času na otěhotnění, ale jakmile překročí věk po třicítce, začne se u nich často objevovat reprodukční stres. Rozhodnou se přestat užívat antikoncepci, pokud jí užívaly a začnou mít strach z toho, že je partner opustí, protože mu nezvládnou porodit dítě a najdou si někoho mladšího. Pokud se žena rozhodne otěhotnět po čtyřicítce, bude muset pravděpodobně počítat s pomocí asistované reprodukce nebo použitím vajíček od mladé dárkyně. Podle zákona č. 373/2011 Sb. umožňuje ženě být dárkyní vajíček mezi 18. a 35. rokem (dárcem spermií do 40 let), kdy mnoho center asistované reprodukce požaduje od žen vajíčka jen do 30 let kvůli lepší prognóze úspěšnosti. V lékařské dokumentaci se u ženy po porodu objeví termín „primipara vetus“, neboli stará prvorodička. Nezvyšuje se pouze věk u žen, ale i u mužů. Muži, kteří mají první dítě jsou často ve věku od 30-34 let. Muži nemají problém s početím ani po padesátce či šedesátce.

Ideální období pro plodnost se nazývá tzv. reprodukční okno, kdy se setkává biologická plodnost, zralost sociální a psychologická. V tomto období jsou jedinci schopni a ochotni počít dítě. Často dochází k tomu, že než dojde k psychosociální zralosti, biologická plodnost je již dávno pryč. Pokud se tedy podcení biologický rytmus, může to mít fatální dopad na plodnost. Důvodem odkládání těhotenství může být dáno tím, že se biologická zralost odtrhne od zralosti psychické a sociální (Máslová, 2021, str. 113).

#### **4.6 Vliv prostředí**

Míra plodnosti není na světě rovnoměrná. Česká republika patří k jednomu z nejméně plodným místům. Mohou za to dva faktory. Tím prvním je množství toxických látek v životním prostředí a tím druhým celková kulturně-sociální atmosféra. Plodnost je rozdílná, jak ve městě, tak i na venkově. Nejhorším místem pro plodnost je Praha (Máslová, 2012, str. 132).

V noci by měla být tma, ale není, protože se venku vyskytuje mnoho veřejného osvětlení, a proto má v ložnici málokdo tmu. Tma je velice důležitá pro produkci pohlavních hormonů, protože se děje v noci. Ženy často před spaním surfují na sociálních sítích, a to by vysvětlovalo nízkou hladinu progesteronu. Mírné ionizující záření ovlivňuje štítnou žlázu. Tyreopatie má v klinickém obrazu kromě únavy, bledost, slabost, suchou kůži a také sníženou plodnost (Máslová, 2012, str. 125-126). Potvrdilo se, že dlouhodobé vystavení se

ozonu ( $O_3$ ) ovlivňuje vývoj kognitivních funkcí plodu během těhotenství a celkově poškozuje reprodukční zdraví, včetně potratovosti, předčasných porodů a neplodnosti (Máslová, 2012, str. 141).

## 5 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY

*„Porodní asistentka je osoba, která byla řádně přijata do oficiálního vzdělávacího programu pro porodní asistentky, uznávaného v dané zemi, která úspěšně ukončila daný vzdělávací program pro porodní asistentky a získala tak požadovanou kvalifikaci a registraci pro výkon povolání porodní asistentky“.*

*„Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí, včetně domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik nebo zdravotnických středisek“ (Štormerová, 2010, str. 7).*

Porodní asistentka by měla být vzdělaná a mít přehled o všech věkových stádiích žen (Dušová, Hermannová, Majdyšová, 2019). Nevěnuje se pouze ženám, ale pracuje i s celou rodinou a také s partnerem ženy (Ratislavová, 2008, str. 14).

### 5.1 Porodní asistentka jako edukátorka

Porodní asistentka má roli edukátorky a to je zakotveno v Zákoně 96/2004 Sb. a Vyhlášce 55/2011 Sb. v jejich platném znění (§3 §4, §5 zmíněné ve vyhlášce). Porodní asistentka předává klientce/pacientce informace v souladu se svými kompetencemi. Motivuje osoby ke zdravějšímu životnímu stylu a k lepší péči o sebe. Dále edukuje o ošetrovatelských postupech a správné péči. Poskytuje informace v oblasti těhotenství, kojení, porodu, novorozence, antikoncepce.

Porodní asistentka je odpovědná za to, že bude předávat aktuální informace a sledovat doporučení dle evidence based practice a nejnovější trendy. Potřebné je, aby se PA celoživotně vzdělávala a inklinovala k určitému výchovnému stylu.

Mezi důležité osobnostní charakteristiky, kterými by každá PA měla disponovat jsou komunikační dovednosti, schopnost naslouchání, empatie, mezilidských vztahů, ochota, trpělivost, zodpovědnost a další. PA nemá za úkol pouze předávat informace a edukovat, ale také aktivně zapojit klientku/pacientku do učení (Dušová, Hermannová, Janíková, Saloňová, 2019, str. 13-14).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 6 FORMULACE PROBLÉMU

Pro většinu žen je těhotenství jedním z nejdůležitějších období života. Ženy často nenapadne skutečnost, že by mohly mít problém s přirozeným početím. Uvědomí si to, až když se začnou snažit o miminko a nedaří se jim. Problém s početím nemusí být pouze u žen, ale také i u mužů. Pokud se u jednoho nebo obou partnerů objeví diagnóza neplodnost, ovlivní to velkou část jejich života.

V dnešní době lze tento problém vyřešit za pomoci metod asistované reprodukce, které jsou čím dál více vyhledávány, než tomu tak bylo dříve. Jedná se o velmi citlivé a intimní téma, o kterém se ve společnosti příliš nehovoří. U žen to má velký vliv na jejich psychický stav, protože nikdy není jisté, zda bude léčba úspěšná. Důležitá je také dostatečná podpora od partnera.

Jaký vliv má tedy léčba neplodnosti u žen na jejich psychosociální oblast života?

## **7 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY**

### **7.1 Hlavní cíl**

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak léčba neplodnosti ovlivnila psychosociální oblast života žen.

### **7.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy**

1. Zjistit, jaké jsou zkušenosti a prožitky žen před léčbou sterility.
2. Zjistit, jaké jsou zkušenosti a prožitky žen během léčby sterility.
3. Zjistit, jaké jsou zkušenosti a prožitky žen po léčbě sterility.
4. Analyzovat, psychosociální oblasti života žen léčených pro neplodnost.
5. Analyzovat, jaký vliv má diagnóza neplodnosti na životní styl participantek.
6. Analyzovat, jaký je názor participantek na přístup zdravotníků při léčbě neplodnosti.

## **8 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU**

Zvolila jsem záměrný výběr participantek pro svůj výzkum. Hlavním kritériem výběru byly ženy, které si prošly jakoukoli léčbou neplodnosti během posledních pěti let. Do výzkumu byly vybrány dvě ženy.

Pro můj výzkum byla jako první žena vybrána Jana. Janě je 28 let a využila metodu inseminace od manžela, která se vydařila na druhý pokus. Jako druhá žena byla vybrána Veronika. Veronice je 39 let a využila třikrát neúspěšně metodu inseminace od manžela a poté jednou metodu in vitro fertilizace s embryotransferem. Otěhotnět se jí tedy podařilo na čtvrtý pokus.

Participantky byly předem ubezpečeny, že výzkum probíhá zcela anonymně a poté podepsaly informovaný souhlas. Jejich jména by měla být smyšlená.

## 9 METODIKA PRÁCE

Kvalitativní výzkum je zaměřen na studium jednotlivých případů do hloubky. Účelem formulace výzkumného problému je pochopit význam. Výzkumník je hlavním nástrojem pro kvalitativní výzkum a sbírá informace pomocí zvolených metod. Vytvoří si předem téma a poté výzkumné otázky. Výzkumník také shromažďuje přepisy z rozhovorů, pozorování, deníků, fotografií, videozáznamů či cokoliv, co přibližuje každodenní život lidí. Snaží se také popsat, čeho všeho si při výzkumu všimnul a co si zaznamenal. Důležité je nic nevynechat. Nejprve dochází ke sběru dat a poté k analýze kvalitativního výzkumu. Sběr a analýza probíhá dlouhodobě (Hendl, 2016, str. 47-48).

Pro výzkumnou část mé bakalářské práce jsem zvolila kvalitativní formu šetření vzhledem k intimitě tématu a potřeby dostat se do hloubky problematiky. Konkrétně byl využit polostrukturovaný individuální rozhovor s otevřenými otázkami. Každý rozhovor byl dlouhý minimálně 45 minut. Rozhovory byly provedeny formou videohovoru na přání obou participantek. Zeptala jsem se obou participantek, zda budou souhlasit s nahráváním rozhovoru na mobilní telefon. Z důvodu dodržení dostatečné anonymity byla jména v rozhovoru nahrazena pseudonymy.

K vytvořené tabulce s konkrétními okruhy témat jsem si připravila otázky k rozhovorům. Při rozhovorech jsem se nesoustředila pouze na připravené otázky, ale také na odpovědi participantek a následné doptávání k získání, co nejvíce informací potřebných ke stanovení cílů.

## 10 ORGANIZACE VÝZKUMU

Participantky byly osloveny v soukromé gynekologické ambulanci v Plzni. Poskytla jsem jim k přečtení informovaný souhlas, abych zjistila, zda nebudou mít problém s uskutečněním rozhovoru. Obě participantky jsem poté telefonicky kontaktovala a domluvila se s nimi na rozhovoru formou videohovoru. Zvolila jsem formu videohovoru z důvodu přání participantek, protože by měly problém opatřit hlídání pro své děti.

U obou participantek se uskutečnil jeden rozhovor. Rozhovor s Janou trval 45 minut a rozhovor s Veronikou trval 60 minut. Na začátku jsem Janu a Veroniku ujistila v tom, že všechno bude probíhat zcela anonymně a opět jsem se jich zeptala, zda nebudou mít problém s nahráváním rozhovoru na mobilní telefon, jak se mohly již předtím dočíst v informovaném souhlasu. Při rozhovorech jsem se snažila navodit důvěrnou atmosféru, aby se ženy cítily komfortně, protože jsem měla pro ně připravené i citlivější otázky.

V rozhovoru s ženami jsem se zaměřila na jejich prožívání a různé změny, které se u nich vyskytly v období před, během a po léčbě metodou asistované reprodukce.



## **11 ZPRACOVÁNÍ DAT**

Rozhovory jsem přepsala z nahrávek, které byly vytvořeny mobilním telefonem a převedla je do textové podoby v programu Word. Roztřídila jsem důležité informace a poté je zanalyzovala. Rozhovory jsem opakovaně pročítala a použila jsem metodu otevřeného kódování a kategorizaci dat, pracovala jsem metodou „tužka-papír“.

## 12 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

### 12.1 Rozhovor č. 1

První participantkou, se kterou se uskutečnil rozhovor je paní Jana. Janě je dnes 28 let a pochází ze západních Čech. Jana má odborné vzdělání s maturitou a pracovala jako fakturantka v jedné firmě. Momentálně je na mateřské dovolené. Je vzdaná a vztah s manželem trvá 7 let. Žijí spolu s manželem Vaškem a dcerou Kristýnou v bytě ve větším městě. Participantka má dceru Kristýnu, kterou porodila na konci roku 2019 za pomoci indukce ovulace a metody inseminace od manžela. V současné době je Jana podruhé těhotná, kdy již nebylo potřeba lékařské pomoci a došlo ke spontánnímu otěhotnění. Jana se neléčí s žádným chronickým onemocněním, pouze trpí občas na nízký tlak. Nikdy nepodstoupila potrat ani u ní nikdy nedošlo k potratu. Neví o nikom z rodiny, že by měl problém nebo se léčil s poruchou plodnosti.

#### Před léčbou

Jana se snažila otěhotnět s manželem rok a půl. Snažení probíhalo od srpna roku 2017 do března roku 2019. V březnu roku 2019 Jana otěhotněla.

Jana navštívila svoji gynekologickou doktorku, která ji vyšetřila jako při běžné gynekologické prohlídce. Udělala ji ultrazvukové vyšetření, kdy si Jana pamatuje, že jí paní doktorka, řekla něco v tom smyslu: „*Máte až moc vajíček, která ale nedokážou uzrát*“ a poté Jana dostala doporučení do centra asistované reprodukce, že tam ji s problémem pomůžou.

Do centra se Jana s Vaškem dostavili společně, kde byla s oběma dopodrobna probrána anamnéza. Nejdříve šel na vyšetření manžel, protože je to prý „*snazší*“. Manžel podstoupil vyšetření spermiogramu, kdy se u něho nezjistila žádná příčina a všechno bylo v pořádku. Janě dělali opět ultrazvukové vyšetření a také náběry krve „*asi na to, co mi chybí a nechybí*“. Jana si přesně pamatuje, jak jí pan doktor vysvětloval, jaká je u ní příčina neplodnosti a uvedla: „*Mně to pan doktor říkal tak, že by to nazval socialismem, že se uvolní až moc vajíček, ale ta energie se nedokáže soustředit jenom na pár vyvolených, ale na všechny, takže je to málo a nedozraje ani jedno.*“ Jana zmiňovala, že **vůbec nezná odborné názvy** a smála se. S panem doktorem probírali, co se bude dále dít. Domluvili se na tom, že u Jany vyvolají ovulaci a pokud bude vše v pořádku, provede se inseminace od manžela. Jana uvedla: „*Jak mi upravovali ty vajíčka, protože dostatečně nedozrávaly, jak měly, tak to se povedlo až napodruhé, protože napoprvé to bylo v cyklu na ten vaječník, který byl trošku*

*slabší, takže jsem musela na ten druhý. Ale když to bylo v tom správném cyklu, tak se ta inseminace podařila napoprvé.“*

Jana si myslí, že má docela štěstí, protože to všechno vyšlo napoprvé a nenastaly naštěstí žádné komplikace. Vzpomíná také na to, že před léčbou zkoušela alespoň posilovat pánevní dno podle videí, ale jinak nic speciálního nevyhledávala.

Jana se mi zmínila, že před naším rozhovorem dost přemýšlela o tom, co mi bude povídat o ovlivnění po psychické stránce. Jana uvedla: „**Byla jsem z toho špatná, to je jasné, říkala jsem si, že jsem mladá, zdravá, prostě jsem nechápala a nevěděla proč.**“ Neměla žádné deprese nebo nějaké podobné stavy. Jana v té době chodila stále do práce, tak se její myšlenky neupínali pouze na poruchu plodnosti. „*V dnešním chaotickém životě má člověk více možností, čím se zabavit*“, řekla Jana. Pokud by došlo k tomu, že by léčba probíhala delší dobu, Jana by tuto situaci určitě hůře snášela, jak sama uvedla.

S manželem Vaškem je tato situace více sblížila a prožili si společně „něco nového“. Byli si vzájemně oporou a **prohloubilo to jejich vztah**. Nemyslí si, že by se u nich ve vztahu něco zásadně změnilo nebo docházelo k nějakým hádkám či neshodám. K žádným negativním změnám u nich nedošlo.

Při snažení se o otěhotnění Jana upozorňovala Vaška na „*své dny*“. U Vaška se poté začaly objevovat otázky, jestli se chce s ním Jana **milovat pouze kvůli otěhotnění**. Nebylo to samozřejmě pouze kvůli otěhotnění, ale také proto, že Jana opravdu chtěla. **Všechno si poté vyříkali** a bylo to v pořádku.

Jana se snažila stravovat pravidelně, nedodržovala žádný dietní jídelníček ani nechodila do fastfoodů. Nemyslí si, že by se stravovala nějak nezdravě. Začala užívat také vitamíny, mezi kterými si pamatuje určitě kyseliny listovou. S dodržováním pitného režimu problém také neměla. Pila neperlivou vodu, čaje a jeden šálek kávy denně. Více kávy nepila, protože jí to nedělá dobře. Alkohol či jiné omamné látky nepožívala, cigarety nekouřila. Dělalala břišní tance dvakrát týdně a chodila na procházky.

O poruše plodnosti věděla jenom Jana, manžel a sestra. Jana uvedla: „*Myslím si, že tohle je každého věc a právě rodina, alespoň u nás vždycky všechno moc řeší a vědělo by to za chvíli celé město, tak o to já nestojím.*“ Jana si celkově chrání hodně své soukromí.

Podle Jany byly v centru asistované reprodukce porodní asistentky, sestřičky i doktoři „*hrozně fajn a lidský*“. Když Jana do centra vešla, všichni se na ní **usmívali** a nebyli nepříjemný. Jana udává příklad „*jako třeba většina prodavaček*“. Naladilo ji to na dobrou vlnu. **Snažili se podpořit** a drželi jim palce.

Jana měla pocit, že se u ní úplně **nezajímali o psychický stav**, protože viděli, že situaci zvládá v pořádku. Janě to nevadilo, protože byla ráda, že se jí vše podařilo podle ní napoprvé. Myslí si ale, že pokud by jí personál viděl zkroušenou, určitě by se zajímali více a snažili by se jí pomoci.

Jana si po návštěvě doktora **vyhledávala některé pojmy na internetu**, aby rozuměla, co jí bylo sděleno. Důvodem bylo to, že pan doktor mluvil odborně a používal odborné názvy. Janě by byly jakékoliv nejasnosti vysvětleny, ale to by se musela zeptat téměř na všechno.

## **Během léčby**

Janě byl po ultrazvukovém vyšetření a náběrech krve zjištěn stav vajíček. Jana dostala ke stimulaci ovulace Clostilbegyt. Užívala ho dvakrát denně po dobu pěti dnů. Cyklus ale zrovna vyšel na levý vaječník, který nedostatečně produkoval vajíčka. Janě byla tedy v dalším cyklu navýšena dávka. Užívala Clostilbegyt třikrát denně po dobu také pěti dnů. Jana uvedla: „*Když se vypočítalo, kdy by mělo být vajíčko zralé, tak jsem přišla do centra, provedli mi tam kontrolu a řekli, že je vše v pořádku.*“ Hned druhý den přišla Jana i s Vaškem do centra asistované reprodukce. Manžel musel před zákrokem vyprodukovat vzorek spermatu, aby mohlo dojít k jeho vyšetření a přípravě na inseminaci. S Janou mezitím doktor probral všechno potřebné a poté tedy došlo k inseminaci. Janu hodně uklidňovalo to, že **pan doktor během zákroku popisoval, co právě dělá**. Zákrok podle ní nebyl úplně příjemný. Cítila během něho mírné křeče v podbřišku, ale dalo se to normálně vydržet. Přirovnala by ho ke gynekologickému vyšetření. Jana setrvala po zákroku chvíli v centru asistované reprodukce, kdyby se jí náhodou udělalo nevolno. Bylo ji několikrát připomenuto, že po čtrnácti dnech má provést těhotenský test. Poté s manželem odešli domů. **Oba doufali, že se to podaří.**

Během stimulování ovulace, kdy cyklus vyšel na levý vaječník se ukázalo, že vajíčka dostatečně nedozrála. To bylo pro Janu velice bolestivé a **přišlo jí to samozřejmě i líto**. „*Snažila jsem se to brát nějak sportovně, protože člověku nic jiného nezbyvá a věděla jsem,*

že není všem dnům konec a že jsou ještě další možnosti. Čekala jsem rok a půl, takže ten měsíc mě nezabil, když to tak řeknu.“ Situace Janu samozřejmě trápila, ale když poté začala navštěvovat centrum asistované reprodukce, tak jí to trochu **uklidnilo** v tom, že začala pro otěhotnění něco dělat.

Jana nevedla nic negativního, co by ovlivňovalo partnerský vztah a vedlo to k nějakým neshodám. **Manžel jí byl obrovskou podporou.** Jana **měla pouze větší potřebu dané téma více probírat** než Vašek. To je úplně normální, protože podle Jany ženy mají většinou větší potřebu všechno více probírat. **Sexuální život to nijak neovlivnilo** a probíhalo to jako předtím.

Stravování se během léčby výrazně nezměnilo. Jana se snažila do svého jídelníčku zakomponovat více ryb. Začala užívat také „lepší“ vitamíny jako například nějaké komplexy nebo speciální vitamin Pregnafofin z lékárny Dr. Maxe. V pitném režimu nedošlo k žádným změnám, stále ho Jana pravidelně a dostatečně dodržovala. Chodila také na břišní tance a procházky.

Bylo pro ni velice těžké na všechno ohledně léčby nemyslet. „**Člověk na to hrozně myslí, říká se, že to má člověk hodit za hlavu, ale ono to samozřejmě nejde.**“ Když z toho byla někdy více špatná, projevovalo se to v jejím chování tak, že „**byla trochu protivná**“. Jana by to přirovnala k tomu „*když má ženská hlad nebo když to dostane.*“ Po léčích, které Jana dostávala na stimulaci ovulace, se cítila velice **unavená a motala se jí i někdy hlava.** Pracovní výkon v zaměstnání to nijak neovlivnilo. Měla větší potřebu odpočívat. Občas se jí stávalo, že jí bylo mdlo, ale to mohl ovlivnit klidně i nízký tlak, na který Jana trpí.

Jana už **neměla potřebu vyhledávat žádné informace**, když věděla, že je léčba zahájena. **Nikomu v okolí o své situaci nepověděla** a ovšem věděla stále jenom Jana, Vašek a sestra.

Podle Jany byl personál skvělý. Líbilo se jí, že **všechno brali přirozeně**, i když se jedná o velice intimní oblast. Nemusela se cítit vůbec trapně nebo hloupě. Jana uvedla: „*Celkově to **prostředí tam bylo příjemně udělané, jako domácky úplně ne, lékařské prostředí nejde úplně udělat domácky, ale působilo to tam na mě v rámci možností pozitivně.***“ Janě tam zlepšil náladu třeba automat na horké nápoje zdarma, i když se jedná o takovou maličkost.

## Po léčbě

Po čtrnácti dnech si Jana udělala doma těhotenský test. Těhotenský test byl pozitivní. Nemohla tomu vůbec uvěřit, tak si raději udělala ještě druhý test, aby se ujistila. Druhý test byl také pozitivní. Manžel byl v tu dobu doma a netrpělivě čekal na výsledek testu. Když Jana zjistila a potvrdila si, že je opravdu těhotná, zavolala na manžela, aby rychle přišel. Jana uvedla: „*Když manžel přišel do koupelny, viděl mě, jak pláču. On v tu chvíli vůbec netušil, jestli je to štěstím nebo smutkem. Nebyla jsem schopná nic říct a jenom jsem mu ukázala ty dva pozitivní těhotenské testy.*“ Pro oba bylo velice náročné a dlouhé čekat čtrnáct dní, kdy se již mohl provést těhotenský test. Jana poté navštívila svoji paní doktorku, která u Jany těhotenství potvrdila.

Po zjištění těhotenství byla Jana od začátku doma. Chtěla si těhotenství pořádně užít. Důležité pro ni bylo, aby všechno probíhalo v pořádku a měla dostatečně času na **odpočinek**. Myslela také na to, že je na rizikovém těhotenství. Po všem, co Jana musela podstoupit, si přála mít klid a **nechtěla se stresovat** fakturami v práci.

Těhotenství bylo podle Jany **hezké**. V prvním trimestru pouze trpěla ranními nevolnostmi, ale nezvracela. Strašně moc **se těšila na miminko**. Měla obrovskou radost, že všechna vyšetření, ultrazvuky a screeniny byly v pořádku. Na kontroly chodila již ke své paní doktorce do gynekologické ambulance. Jana zavzpomínala na jeden krásný moment. Bylo to při ultrazvukovém vyšetření, kdy se společně s Vaškem dozvěděli, že budou mít holčičku.

U Jany se začaly objevovat také první myšlenky na porod. Nejčastější myšlenkou bylo to, že **pocit'uje strach z porodu**, ale to považovala za normální. S Vaškem si toto **období velice užívali a nemohli se dočkat**, až se z nich stane rodina. V partnerství prožívali jen to příjemné.

Jana začala trpět výkyvy nálad. Nejčastěji to bylo, když měla hlad. Vaškovi to ale vůbec nevadilo, protože je vášnivý kuchař, takže vyvařoval samá zdravá jídla. Vaškovi často Jana říkala „*Zlato, nemluv na mě, já mám hlad*“. Vašek poté věděl, že když uvaří něco dobrého, Jana bude spokojená a zlepší se jí nálada.

Když Jana byla doma a nechodila do práce, začala si užívat volného času. Zkoušela vařit nová jídla, spala do devíti a připravovala si vybavení pro miminko. **Chtěla mít všechno připravené**, až přijde z porodnice. Začala také číst knihu Péče o novorozence a kojence na

doporučení od jedné z kamarádek, která v té době měla už tři děti. To byla pro ni velká změna, protože nebyla vůbec zvyklá na tolik volného času. Svůj čas trávila také častěji na procházkách. Vadilo jí ale, že měla dané vycházky, od kolika do kolika musí být doma. Kvůli vycházkám přestala tančit břišní tance a začala cvičit doma podle videí na YouTube. Není to nic, co by se podle Jany nedalo zvládnout.

Jana začala více myslet na stravování, protože to bylo podle ní velice důležité. Přestala pít kávu a vyhýbala se bylinkám, které se v těhotenství nesmí.

Rodina a okolí měli z Janina těhotenství neskutečnou radost. Pomáhali jí se vším, co byla potřeba. Nikdo z nich ale stále netušil, že se otěhotnění muselo trochu pomoci. Dodnes to ví pouze Jana, Vašek a sestra.

Těhotenství si Jana velmi užívala, ale přišlo jí, že uteklo strašně moc rychle. Jana uvedla „*Těhotenství pro mě bylo nejhezčím obdobím, které jsem v životě prožila. To jsem ale netušila, co mě ještě čeká při porodu.*“ Jana rodila nakonec **akutním císařským řezem**. Byl to pro ni obrovský šok, protože s tím vůbec nepočítala. „*V tu chvíli jsem nevěděla, co se děje, bylo to tak rychlé.*“ Janu začaly porodní asistentky připravovat na císařský řez. Jediné, co se stihla Jana od pana doktora dozvědět bylo, že má miminko málo kyslíku a musí ven.

Způsobilo to u Jany **velký strach**. Nevěděla v tu chvíli, jestli se bojí více řezu nebo toho, že se něco pokazí, když se s manželem tak dlouho snažili o těhotenství. Byla ráda, že u porodu mohl být i manžel. **To jí moc pomohlo a uklidnilo**. Pro Janu bylo v té chvíli hlavně důležité, aby všechno dopadlo v pořádku a nějak to nepostihlo holčičku. Chlapečka to nijak nepostihlo a dnes je z ní zdravá holčička, která dělá Janě, Vaškovi a celé rodině samou radost.

Jana si uvědomila, že i přes tyto komplikace při porodu měla vlastně štěstí, protože jiné ženy se děťátka třeba nikdy nedočkají. Byla velice vděčná za to, že personál dokázal včas zareagovat a všechno dopadlo v pořádku.

## 12.2 Rozhovor č. 2

Druhou participantkou, se kterou se uskutečnil rozhovor je paní Veronika. Veronice je dnes 39 let a pochází ze západních Čech. Veronika má středoškolské vzdělání a pracovala jako geodetka v malé firmě. Momentálně je na mateřské dovolené. Je vdaná a vztah s manželem trvá 10 let. Žijí spolu s manželem Lukášem a synem Tomášem v domě v malé vesničce. Participantka má syna Tomáše, kterého porodila na začátku roku 2021 za pomoci

metody in vitro fertilizace a embryotransferu. V současné době je Veronika podruhé těhotná, kdy byla potřeba opětovného využití metody IVF a ET. V rozhovoru je popisovaná zkušenost s první léčbou. Veronika má také dvě nevlastní děti. Veronika se neléčí s žádným chronickým onemocněním. Nikdy nepodstoupila potrat ani u ní nikdy nedošlo k potratu. V rodině neví o nikom, že by měl problém či se léčil s poruchou plodnosti.

### **Před léčbou**

Veronika s Lukášem se společně rozhodli, že by chtěli miminko. Veronika byla ale spokojená, tak jak to bylo – bez miminka. *„Neměla jsem pocit, že by mi tikaly mateřské hodiny. Bylo mi fajn, tak jak jsme si žili. Chodili jsme ven na procházky, běhat, na koloběžky, a tak různě.“* Čím byla Veronika starší, začala si uvědomovat, že by bylo na čase založit rodinu. Veronika rodinu vždycky chtěla, ale pořád se cítila mladě a říkala si, že na založení rodiny mají stále dostatek času. Poté si s manželem řekli, že už mladý úplně nejsou a bylo by dobré začít se pokoušet o miminko. O miminko se snažili rok a půl, ale stále se jim nedařilo. Snažení probíhalo od prosince 2018 do května 2020.

Veronika se s tímto problémem svěřila svému gynekologovi, který ji poslal k jinému lékaři do centra asistované reprodukce, aby si s ním domluvila konzultaci. Veronika uvedla: *„To jsem pořád byla taková, že se mi moc nechce. Myslela jsem si, že to zvládneme sami. Jediný psychický blok byl, že člověk měl pocit, že je takový neschopný sám počít dítě. Bohužel nám nic jiného nezbylo, tak jsem tam teda zavolala.“* Oba byli z první konzultace velice nervózní. Veronika to přirovnala ke **stresu** „před maturitou“. Pan doktor Veronice a Lukášovi na konzultaci sdělil, co je bude čekat a jak bude všechno probíhat. *„Když jsem se dozvěděla, že do sebe budu muset píchat injekce asi půl roku, tak to jsem si myslela, že mě omejou.“* Veronika má již od malička velký strach z odběru krve, očkování a čehokoliv, co se týká jehel.

Cítila se pořád napjatě, protože se bála toho, aby to vyšlo. Oplodnění se podařilo na první pokus a v červnu roku 2020 Veronika otěhotněla. Předtím proběhly ještě tři nezdařilé inseminace. Veronika uvedla *„Mrzelo nás s manželem, když nevyšly ty inseminace, ale jsme silní jedinci, kteří se jen tak z ničeho nehrouťí a bereme to tak, jak to je.“*

Veronika s Lukášem pocítili změnu v sexuálním životě. *„Jak se člověk samozřejmě víc snaží a hlídá si tu ovulaci, tak se sex stane takovou rutinou, že musíte, protože jsou teď“*



*ty správné dny. Pro toho chlapa je to potom otravné.*“ Nehádali se kvůli tomu ani neměli nějaké rozepře.

Veronika chodila normálně do práce. O problémech s otěhotněním věděl pouze vedoucí. *„Řekla jsem mu to, protože by mu bylo divné, proč chodím každou chvíli po doktorech. Naštěstí jsou v práci vstřícní, a tak to nebyl problém.*“ S vedoucím se domluvili, že to zůstane pouze mezi nimi a nikdo ostatní z práce se to nedozví, protože se jedná o velice citlivé téma.

Veronika stále myslela na to, co bude a svůj **strach** zajídala nezdravými jídly. Než se jí podařilo otěhotnět přibrala asi pět kilo. *„Člověk se musí dát do pohody a ne řešit, jestli jsem hubená nebo že jsem si ukrojila kousek salámu. Na to jsem se úplně vyprdla. Jedla jsem prostě všechno na co jsem měla chuť.*“ Důležitá pro ni byla **psychická pohoda**. Začala také užívat Acidum Folicum. Snažila se dodržovat pitný režim. Pila nejvíce vodu a šťávy či sladké limonády vynechávala. Třikrát denně si dopřála šálek kávy a alkohol nekonzumovala vůbec. Když s Lukášem začali přemýšlet o miminku, rozhodli se, že zkusí přestat s kouřením. Oba kouřili téměř dvacet let, takže to pro ně bylo opravdu těžké, ale když na to byli společně, tak se jim nakonec přestat kouřit podařilo.

**Velkou podporu** měla Veronika od Lukáše, ale také od její rodiny. Na WhatsAppu si s maminkou a bratrem vytvořili společnou skupinu, aby si mohli společně psát o tom, jak se Veronika cítí a co jí čeká. Maminka s bratrem to s nimi velice prožívali.

Veronice s Lukášem se líbilo, že jim pan doktor na začátku **sdělil všechny informace**. Dozvěděli se, co je bude čekat, na co se mají připravit, kolik, co bude stát či jaké hormony Veronika bude užívat a z jakého důvodu. *„V centru jsou opravdu zlatí, asi je to kvůli tomu, že to stojí tolik peněz“* zasmála se Veronika.

## **Během léčby**

Veronika chodila na ultrazvuková vyšetření do centra asistované reprodukce. První ultrazvuk proběhl ještě před léčbou, aby pan doktor zjistil, jak u Veroniky probíhá ovulace. Pan doktor zjistil, že Veronika téměř vůbec neovuluje. *„Nabrali mi krev, hormony a dělali všechny možné rozborů. Manželovi kontrolovali spermie, jestli nejsou líný.“* Vyzkoušeli třikrát metodu inseminaci, ale neúspěšně. Lukášovi odebrali sperma a vyčistilo ho. Manžel musel do centra ráno, aby odevzdal sperma, které připravili na odpoledne, kdy se prováděla inseminace. Veronika uvedla: *„Pan doktor říkal, že kdyby do mě vložili sperma pod tlakem,*

*keré by nebylo vyčištěné, mohla bych dostat anafylaktický šok.*“ Po inseminaci Veronika ležela zhruba deset minut, kdy jí sestřičky přikryly a na lůžku přizvedly pánev. Sestřičky se ujistily, že manželé všemu rozumí a popřály jim hodně štěstí. Veronika s Lukášem poté odešli domů. Od pana doktora měla Veronika nařízený tři dny klidový režim, tedy nemýt pohlavní styk, nekoupat se ve vaně, neplavat a jen odpočívat. Po inseminaci Veronice nebylo nějak nevolno.

Inseminace byly neúspěšné, a tak se zahájila samotná léčba metodou in vitro fertilizace a embryotransferu. Veronika chodila po celou dobu až do transferu na kontroly do centra asistované reprodukce. Žádnou konzervativní léčbu před metodou IVF nezkoušeli.

Podle Veroniky byl pan doktor **hodný, ale docela rázný**, protože manželům vždy řekl všechno na rovinu, tak jak to je. Jím to nevadilo a **byli rádi, že vědí „na čem jsou“**. Pana doktora se mohli zeptat na cokoliv, a tak si vždycky Veronika s Lukášem už doma **připravili otázky**, na co se budou chtít zeptat. Veronika uvedla: *„Přišlo mi to v centru jako na běžícím páse. Každému musí dvacetkrát vysvětlovat to samé.“* Když jim pan doktor vysvětlil, jak bude léčba probíhat, posadili se manželé v čekárně. V čekárně se jich po chvíli ujaly milé sestřičky, které Veronice a Lukášovi předaly rozvrh den po dni, jak bude probíhat hormonální léčba a kdy se začnou aplikovat injekce.

Veronika uvedla: *„Nikdo nezjistil, co mi vlastně je. Pan doktor říkal, že pokud budeme zjišťovat, jestli mám neprůchodné vejcovody nebo něco jiného, tak jsou to zbytečně dlouhé procedury.“* Veronika se rozhodla rovnou podstoupit IVF s ET, protože nechtěla podstupovat další vyšetření a věděla, že tato možnost bude nejrychlejší. Manžel měl spermioqram v pořádku. *„V centru říkali, že má výsledky jako nějaký dvacetiletý kluk, i když je manžel ještě o pár let starší než já.“*

Veroniku **uklidnilo** to, když začala docházet do centra asistované reprodukce. Věděla, že s Lukášem to sami nezvládnou a nedočkají se miminka, pokud nevyhledají odbornou pomoc.

Začalo se hormonální léčbou. Léčba začala od první menstruace. První injekci Veronice aplikovala v centru sestřička, aby manžel věděl, jak se to dělá. *„Pamatuji si, že mi na zadku udělaly fixem takové kolečko, aby manžel vědět, kam má píchnout.“* Lukáš hormonální léčbu prožíval hůře než Veronika, protože musel hormony injekčně aplikovat on a z toho mu nebylo dobře. Před odběrem vajíček si Veronika injekčně aplikovala do břicha

Ovitrelle. Poté podstoupila odběr vajíček, který se provádí v narkóze. Veronika **hůře prožívala to, že bude pod narkózou**, ale byla ráda, že se výkon provádí ambulantně. Chvíli si po výkonu poležela, aby rozdýchala narkózu a poté odešli s manželem domů. To Veronice nebylo úplně dobře, ale nějak to zvládli. Poté se pokračovalo opět v hormonální léčbě.

Po odebrání a výběru vhodných vajíček došlo k jejich oplodnění. Veronika s Lukášem čekali pět dní, protože až po této době je vidět, jak se embrya vyvíjí. Veronice odebraly dvacet devět vajíček, devatenáct jich bylo schopných oplodnění a deset se jich vyvíjelo správně. Po pěti dnech tedy podstoupila Veronika embryotransfer s jedním embryem. Veronika šla poté do centra asistované reprodukce na ultrazvukové vyšetření. Veronika uvedla: „**Zaplat' pán bůh se embryo hned ujalo. Víím, že je hodně párů, kterým se to napoprvé nepodaří a musí všechno podstupovat několikrát. Jsem ráda, že nás to minulo, protože jinak to musí být strašné zklamání a neumím si to vůbec představit.**“

Zbytek embryí si Veronika s Lukášem nechali zamrazit. Zamraženo jich bylo devět. Manžel se zmražením embryí **nesouhlasil**, protože má již dvě děti z předchozího manželství a je také o pár let starší než Veronika. Veronika uvedla: „*Začala jsem škemrat, že bych ještě jedno miminko chtěla, ale manžel o tom nechtěl vůbec slyšet.*“ Veronika tedy každý rok platila pronájem za uchování zmražených embryí, kdyby si to Lukáš přeci jen rozmyslel. Veronika o tom po čase přestala mluvit a smířila se s tím, že bude mít jenom Tomáška. „*Manžel jednou za mnou přišel a řekl mi, že by chtěl ještě jedno miminko. Nevím, jestli mu někdo promluvil do duše nebo co se v něm zlomilo, ale já byla radostí bez sebe.*“ Veroniku zajímalo, jak se po rozmrazení pozná vhodné embryo k transferu. „*Pan doktor mi to vysvětlil tak, že po rozmrazení jsou embrya vyfouklá a čeká se na to, až se nafouknou*“ uvedla Veronika.

Veronika s Lukášem chodili společně na všechny konzultace a ultrazvuková vyšetření. **Po návštěvě centra vždy zašli do restaurace nebo cukrárny, aby si mohli v klidu popovídat.** Veronika uvedla: „*Manželovi jsem ze srandy říkala, ať mě něčím odmění, za to všechno, co musím absolvovat. On se vždy zasmál a řekl, že pro něho je to ještě horší, když mi musí píchat ty injekce.*“ Nikdy nediskutovali o tom, jestli Veronika může víc za to, že se jim nedařilo počít dítě.

V sexuálním životě pocítili menší změny. Byli rádi, že už se mužou milovat, kdy chtějí a nemusí si hlídat, jestli má Veronika zrovna ovulaci. Po embryotransferu jim byla doporučena čtyřdenní sexuální abstinence. Veronika se ale bála, aby se něco nepokazilo,

a tak s **pohlavním stykem počkali** až do prvního ultrazvukového vyšetření, dokud nebudou mít jistotu, že je všechno v pořádku. Lukáš s tím problémem neměl.

Během léčby Veronika **chodila do práce**. Když se u Veroniky po transferu prokázalo těhotenství, začala pracovat z domova. „*Chtěla jsem se hodit do klidu a nepokazit to tím, že budu vstávat v pět hodin ráno do práce a lítat sem a tam. Když jsem potřebovala, tak jsem se doma na půl hodky natáhla a pak šla pracovat dál. Člověk si udělal takovou pohodu.*“

Všechno probíhalo v pořádku. Veronice nebylo špatně ani neměla žádné psychické či fyzické potíže. „*Člověku to přijde na mysl, ale že bych se z toho nějak hroutila, tak to ne.*“ **Velkou oporou** jí byl Lukáš, na kterého se mohla kdykoliv obrátit a spolehnout. Mezi Veronikou a Lukášem nedocházelo k žádným hádkám.

O těhotenství, které se podařilo za pomoci metody IVF, věděla Veroniky maminka, bratr a kamarádka z bývalé práce. Dále o tom věděla společná kamarádka Veroniky a Lukáše, která já zároveň i jeho kolegyní v práci. Lukášova rodina se jen dozvěděla, že je Veronika těhotná, a to bylo všechno, protože Lukáš s nimi nemá úplně dobré vztahy. **Jinak to v okolí vůbec nikomu neříkali**. Veronika uvádí „*Není to tak, že by se člověk styděl, ale je to tak soukromá věc, že by potom na nás lidé ukazovali, že máme dítě z umělého oplodnění, protože jsou zlí.*“

Během léčby Veronika přestala cvičit. „*To už jsem věděla, že mám v sobě oplodněné embryo, začínající miminko, tak to jsem se hodila do klidového režimu, protože jsem měla strach.*“

Veronika neměla potřebu vyhledávat informace, protože ji v centru lékař a sestřičky všechno sdělili. S personálem byla v centru asistované reprodukce velice spokojená. „*Mají tam strašně moc milé a hodné sestřičky, kterých jsem se mohla vždycky na všechno zeptat a neměla jsem pocit, že je otravuji.*“ S porodními asistentkami se setkala až při porodu. Prostředí centra bylo pro ni příjemné.

## Po léčbě

Veronika si udělala po čtrnácti dnech po transferu těhotenský test, který byl pozitivní. Zavolala tedy do centra asistované reprodukce, kde jí objednali na ultrazvukové vyšetření. Pan doktor ji potvrdil těhotenství. Veronika uvedla: „*Začala jsem štěstím plakat, ale bylo mi líto, že tam semnou nebyl manžel, protože musel někam odjet služebně.*“ Veronika

nechtěla jít na vyšetření sama, a proto si sebou přivedla **maminku**, aby měla s kým sdílet radost či smutek. Její maminka si vzala volno v práci a tím udělala Veronice obrovskou radost, že při této radostné zprávě nebyla sama. Poté již Veronika chodila na kontroly ke své gynekoložce. Veronika uvedla: „*Když jsem se dozvěděla, že budu mít chlapečka, tak mi bylo jasné, že budu mít poklidné těhotenství, protože si myslím, že ti kluci jsou na maminky hodnější.*“ Téměř celé těhotenství si Veronika užívala. Nebylo jí vůbec špatně, nezvracela. Ke konci těhotenství se jen více zadýchávala a také trpěla syndromem neklidných nohou. „*Ten syndrom, to bylo něco šíleného. Vůbec jsem nemohla spát, protože mi ty nohy pořád šily. Manžel mi vždycky večer masíroval chodidla eukalyptovou masťou a bylo mi strašné horko.*“ Byla také trochu více nemotorná s větším bříškem, ale nějak moc to neprožívala, protože to brala jako součásti toho, že je těhotná a k těhotenství to patří.

Když bylo vidět břicho, manžel ho začal hladit a dávat mu pusinky. Při pohlavním styku se Lukáš bál, aby něco miminku neudělal, byl takový opatrnější a trochu se zdráhal. Veronika mu říkala: „*Máš nás vůbec rád, že si nás moc nevšímáš.*“

Veronika se snažila jíst zdravěji a také pít více vody, protože měla vždy problém s dodržáním dostatečného pitného režimu. Začala užívat doplněk stravy Femibion. Doktoři ji později zjistili gestační diabetes, takže si hladinu cukru v krvi měřila glukometrem a musela si více hlídat stravu. „*Místo rohlíku s lovečkem, jsem si dala rohlík s lučinou a k tomu rajče.*“ zasmála se Veronika. Snažila se jíst také více vitamínů a zařadit do jídelníčku ryby, které vůbec nejí. Nepřeháněla to nijak se zdravější stravou a občas si dopřála i něco, co by neměla. „*Nebrala jsem to tak, že když jsem těhotná, budu chroupat jenom nějaké klíčky.*“ Veronika přestala pít kávu, protože už ji nechutnala. Problém měla také s kváskem, který nemohla ani vidět či cítit. To byly jediné dvě věci, které jí vadily. Po prvním trimestru začala Veronika opět chodit na procházky, ale jen na kratší.

Veronika už **nechodila do práce** a byla doma. Párkrát si do práce třeba zajela, když potřebovala něco vytisknout, ale nedocházela tam nějak pravidelně.

Každý měsíc si vyhledávala na internetu, jak se miminko vyvíjí a co právě roste. Před porodem Veronika začala vyhledávat také **informace** o tom, co si má připravit k porodu a co má po porodu očekávat. Po porodu začala číst knihy o manipulaci a navázání kontaktu s miminkem.

Veronika měla dvanácti hodinový trvajícím velice bolestivý porod. „*Tomášek byl velké miminko a měl obtočenou pupeční šňůru okolo krku. Nastříhávali mě a Tomáška museli tahat vexem, protože jsem nebyla schopná ho vytlačit ven.*“ Veronika měla obrovské křeče v břiše a dostávala léky na bolest. Léky ji vůbec nepomáhaly a akorát ji spíše uspávaly. Dostala tedy epidurální analgezií. Veronika uvádí „*Manžela poslali pryč. Mrzelo mě to, protože obě jeho předešlé děti z prvního manželství šly císařem, takže u samotného porodu nikdy nebyl.*“ U Tomáška se nevyskytly žádné komplikace a dnes je z něho zdravý chlapec. Veronice se jizva po episiotomii zhojila hezky.

Veronika byla velmi spokojená se zdravotnickým personálem při porodu. O Veroniku se staraly celkem tři porodní asistentky, které se u ní vystřídaly, než porodila. S porodní asistentkou ji chodila kontrolovat také paní doktorka. Veronika uvedla: „*Nejlepší mi přišla poslední porodní asistentka, protože mi připomínala tu manželovu kolegyni z práce. Byla to **normální ženská, bezvadná.** V tu chvíli tam má ona několik těch ženských a každý jí říká to samé. Když jsem tam byla ale já, tak jsem měla pocit, že to prostě přeje mě. Držela mě vždycky za ruku a říkala maminko, vy jste tak šikovná, bude to dobrý.*“ To Veroniku velice namotivovalo a nepřišla si tam tak sama, protože Lukáš s ní v tu chvíli nemohl být kvůli situaci Covidu 19 a mohl přijet až později.

Veronika měla o Tomáška **velký strach**, aby všechno dopadlo v pořádku. Vztah k němu to ale nijak neovlivnilo, protože byl počat po IVF, a ne spontánní cestou. Veronika uvedla: „*Člověk se mu snaží dát, co nejvíc může. **Kojila jsem rok a půl, aby měl to nejlepší z maminky.***“

Rodina byla nadšená, že Veronika s Lukášem mají zdravé miminko. Celou dobu jim drželi palce a přáli jim to nejlepší. „*Když jsme přijeli z porodnice domů, tak jsme je jenom nechali nahlédnout do auta a **všichni plakali.***“

## DISKUZE

### Zkušenosti a prožitky žen před léčbou

Výzkumný cíl č. 1: Zjistit, jaké jsou zkušenosti a prožitky žen před léčbou sterility.

	Jana	Veronika
Problematika otěhotnění	<ul style="list-style-type: none"><li>• snaha o otěhotnění trvala rok a půl</li><li>• příčinou neplodnosti byla nedostatečná ovulace levého vaječníku</li><li>• proběhla jedna nezdařilá inseminace</li><li>• otěhotnění se podařilo na druhý pokus</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• snaha o otěhotnění trvala rok a půl</li><li>• příčina neplodnosti neznámá</li><li>• proběhly tři nezdařilé inseminace</li><li>• otěhotnění se podařilo na čtvrtý pokus</li></ul>
Prožívání	<ul style="list-style-type: none"><li>• pocit lítosti – nedaření se otěhotnět: „<i>byla jsem z toho špatná.</i>“</li><li>• nepochopení nemožnosti otěhotnět – „<i>prostě jsem nechápala a nevěděla proč nemohu otěhotnět.</i>“</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• pocit lítosti – z nezdařilých inseminací</li><li>• pocit strachu – z dlouhodobého aplikování injekcí</li><li>• stres – z první konzultace v CAR</li><li>• pocit neschopnosti - „<i>člověk měl pocit, že je takový neschopný sám počít dítě.</i>“</li></ul>
Sexuální život	<ul style="list-style-type: none"><li>• milování v době ovulace</li><li>• milování pouze za účelem otěhotnění – obava partnera</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• milování v době ovulace</li><li>• milování pouze za účelem otěhotnění – obava partnera</li></ul>
Pracovní kariéra	<ul style="list-style-type: none"><li>• docházela do zaměstnání</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• docházela do zaměstnání</li></ul>

*Zdroj: vlastní tvorba*

Jana a Veronika se snažily o početí miminka rok a půl. U Jany se zjistila jako příčina neplodnosti nedostatečná ovulace levého vaječníku. U Veroniky se příčina neplodnosti nezjišťovala a raději se rozhodla rovnou podstoupit metodu IVF s ET. Pokud je příčina neplodnosti na straně ženy, pocítují před léčbou a během léčby vyšší míru úzkosti

a celkového stresu, pravděpodobně související s pocitem viny (Starc, Trampuš a kol., 2019, str. 508-515). Nejčastějšími příčinami neplodnosti jsou ovulační dysfunkce a neprůchodnost vejcovodů. Zbývajících 15 % neplodných párů má „nevysvětlitelnou příčinu neplodnosti“ (Carson, Kallen, 2021, str. 65-76). Obě ženy podstoupily nezdařilé inseminace od partnera. Jana podstoupila jednu a Veronika tři. Otěhotnět se tedy Janě podařilo na druhý pokus a Veronice na čtvrtý pokus. Obě participantky mi ale sdělily, že se jim otěhotnět podařilo na první pokus, protože předešlé inseminace do toho nepočítaly. Podle Jany se jí podařilo těhotnět poprvé, protože to bylo ve správném cyklu. Podle Veroniky se jí podařilo otěhotnět poprvé metodou in vitro fertilizace s embryotransferem. Obě participantky mluvily o pocitech lítosti. Jana pociťovala také nepochopení toho, proč nemůže otěhotnět, když je mladá a problém s početím by mít neměla. Veronika pociťovala také pocit strachu, neschopnosti a stres. Obě participantky popisovaly, že k pohlavnímu styku u nich docházelo hlavně v době ovulace. Veronika mluvila o pohlavním styku jako rutíně. Partneri byli upozorňováni na to, kdy ovulace probíhá. Participantky chtěly využít příležitosti, kdy je největší šance na otěhotnění a partneri to chápali tak, že k pohlavnímu styku dochází pouze kvůli otěhotnění. U obou párů o tom komunikovali a dospěli k závěru, že k pohlavnímu styku nedochází pouze za účelem otěhotnění, ale dochází k němu také kvůli prožitku. Dle článku autorů Luk a Loke (2015, str. 610-625) výrazně více mužů, než žen považovalo svůj sexuální život za nekvalitní. Pokud jde o vnímanou intimitu, více žen, než mužů uvedlo, že svému partnerovi sdělili své pocity a negativní emoce. Prodlužující se délka trvání neplodnosti je rizikovým faktorem pro výskyt sexuální dysfunkce. S prodlužujícím se trváním neplodnosti by se tedy mohl zvýšit i výskyt sexuálních dysfunkcí a psychických potíží, zejména pokud je délka trvání neplodnosti delší než 8 let (Bala, Singh V., Rajender, Singh K., 2020, str. 617-638). Obě participantky chodili stále do zaměstnání. Jana byla ráda, že se její myšlenky neupínali pouze na poruchu plodnosti a zabavila se jinými činnostmi.

### **Zkušenosti a prožitky žen během léčby**

Výzkumný cíl č. 2: Zjistit, jaké jsou zkušenosti a prožitky žen během léčby sterility.

	Jana	Veronika
Podstoupení metod AR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• otěhotnění metodou inseminace</li> <li>• anamnéza</li> <li>• ultrazvuková vyšetření</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• otěhotnění metodou IVF a ET</li> <li>• anamnéza</li> <li>• ultrazvuková vyšetření</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• náběry krve</li> <li>• stimulace ovulace</li> <li>• odběr spermatu partnera</li> <li>• inseminace</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• náběry krve</li> <li>• hormonální léčba</li> <li>• odběr spermatu partnera</li> <li>• odběr vajíček a jejich oplodnění</li> <li>• ET</li> <li>• kryokonzervace</li> </ul>
Prožívání	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pocit lítosti – z nezdařilé inseminace</li> <li>• pocit uklidnění – docházení do car</li> <li>• myšlenky na léčbu</li> <li>• chování – více protivná</li> <li>• pocit naděje – vydaření se léčby</li> <li>• pocit radosti – úspěšná metoda inseminace</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pocit uklidnění – docházení do CAR</li> <li>• myšlenky na léčbu</li> <li>• pocit radosti – úspěšná metoda IVF s ET</li> <li>• pocit nadšení – snažení se o druhé miminko</li> <li>• pocit většího klidu – práce z domova</li> </ul>
Sexuální život	<ul style="list-style-type: none"> <li>• milování mimo ovulaci</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• milování mimo ovulaci</li> <li>• sexuální abstinence až do prvního ultrazvuku po ET</li> </ul>
Pracovní kariéra	<ul style="list-style-type: none"> <li>• docházela do zaměstnání – po prokázání těhotenství přestala</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• docházela do zaměstnání</li> <li>• práce z domova – po prokázání se těhotenství</li> </ul>

*Zdroj: vlastní tvorba*

Janě se podařilo otěhotnět metodou inseminace. Veronika otěhotněla metodou in vitro fertilizace s embryotransferem. V italském centru pro léčbu neplodnosti provedli longitudinální observační studii u párů, kteří navštívili centrum asistované reprodukce poprvé. Bylo zjištěno, že ženy s depresivními a úzkostnými příznaky byly mladší, častěji měly mladšího partnera a měly delší historii neplodnosti (Chiaffarino, 2011, str. 235-241). Obě participantky podstoupily ultrazvuková vyšetření, náběry krve a na začátku léčby s nimi byla probrána dopodrobna anamnéza. U Jany se zjistil stav vajíček a zahájila se stimulace ovulace. Po vypočítání termínu dostatečné zralosti vajíčka, partner musel odevzdat vzorek spermatu. Poté se provedla inseminace. U Veroniky se začalo hormonální léčbou. Poté podstoupila odběr vajíček a vajíčka se oplodnila. Počkalo se, až se embrya vyvinou a následoval embryotransfer. Zbylá embrya se nechala zamrazit. Partner Jany i partner

Veroniky měli oba normální hodnoty spermiogramu. Obě participantky popisovaly pocit uklidnění, když začaly navštěvovat centrum asistované reprodukce. Uklidňovalo je, že pro těhotenství začaly něco dělat. Obě ženy mluvily také o častých myšlenkách na léčbu. U Jany se objevovaly pocity lítosti, naděje, radosti, ale také změny v chování. Veronika se snažila zaměřovat pouze na to pozitivní, a tak se u ní objevovaly pocity radosti, nadšení a většího klidu. Obě participantky se zmínily, že pociťovaly jakousi úlevu, když už si nemusely hlídat, kdy budou mít ovulaci. Veronika mluvila o sexuální abstinenci, kterou chtěla dodržet až do prvního ultrazvuku po embryotransferu. Partnerovi to nevadilo, protože chtěl mít také jistotu, že bude všechno v pořádku. Jana celou dobu docházela do zaměstnání. Byla více unavená, ale její pracovní výkon to neovlivnilo. Po prokázání těhotenství přestala pracovat. Veronika docházela do zaměstnání, až do té doby, než se u ní prokázalo těhotenství. Po prokázání těhotenství začala pracovat z domova.

### **Zkušenosti a prožitky žen po léčbě**

Výzkumný cíl č. 3: Zjistit, jaké jsou zkušenosti a prožitky žen po léčbě sterility.

	Jana	Veronika
Těhotenství	<ul style="list-style-type: none"> <li>• poklidné těhotenství</li> <li>• ranní nevolnosti</li> <li>• dostatek odpočinku</li> <li>• pravidelné kontroly u gynekoložky</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• téměř poklidné těhotenství</li> <li>• nepociťovala nevolnosti</li> <li>• zadýchávání – ke konci těhotenství</li> <li>• syndrom neklidných nohou – ke konci těhotenství</li> <li>• pravidelné kontroly u gynekoložky</li> </ul>
Prožívání	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pocit štěstí – pozitivní těhotenský test</li> <li>• radostný pláč – zjištění těhotenství</li> <li>• těšení se na miminko</li> <li>• strach z porodu</li> <li>• výkyvy nálad</li> <li>• pocit strachu z císařského řezu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pocit štěstí – pozitivní těhotenský test</li> <li>• radostný pláč – zjištění těhotenství</li> <li>• těšení se na miminko</li> <li>• pocit lítosti – partner nebyl u potvrzení těhotenství ani u porodu</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• pocit radosti – u potvrzení těhotenství byla maminka</li> <li>• strach u probíhajícího porodu</li> </ul>
Sexuální život	<ul style="list-style-type: none"> <li>• žádné změny v sexuálním životě</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zdráhání partnera při milování</li> <li>• strach partnera z milování – kvůli miminku</li> </ul>
Pracovní kariéra	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nedocházela do zaměstnání</li> <li>• mateřská dovolená</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• práce z domova</li> <li>• mateřská dovolená</li> </ul>
Porod	<ul style="list-style-type: none"> <li>• akutní císařský řez – hypoxie plodu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bolestivý spontánní porod – velký plod</li> <li>• epidurální analgezie</li> <li>• epiziotomie</li> <li>• vex</li> </ul>

*Zdroj: vlastní tvorba*

Obě participantky docházely pravidelně na kontroly k obvodnímu gynekologovi. Jana popisovala své těhotenství jako poklidné. Dopřávala si dostatek odpočinku. Odpočinek byl pro ni důležitý, když cesta k těhotenství nebyla jednoduchá. Trpěla pouze ranními nevolnostmi. Veronika o svém těhotenství mluvila jako o téměř poklidným, ale až na jeho konec. V těhotenství nepocítovala žádné nevolnosti. Veronika zmiňovala na konci těhotenství větší zadýchávání a syndrom neklidných nohou. Obě participantky pocítovaly stejné pocity a měly stejnou reakci, když se dozvěděly o těhotenství. Popisovaly, že cítily pocit štěstí. Dále sdělily, že neudržely pláč a nemůžou se už miminka dočkat. Jana začala pocítovat strach z porodu a také trpěla výkyvy nálad. Pocity strachu se nezbavila, když zjistila, že nebude rodit spontánně, ale akutním císařským řezem. Veronika zase mluvila o pocitech radosti a zároveň lítosti. Pocity radosti měla, když u prokázání těhotenství s ní byla alespoň její maminka a pocit lítosti pocítovala, protože tam s ní nebyl partner. Pocity lítosti vnímala opět při porodu, kdy s ní partner nemohl být u porodu, a protože u porodu nikdy nebyl, i když má dvě děti z předchozího manželství. Dále při porodu pocítovala strach z naskytnutých komplikací. Podle Americké studie je oplodnění in vitro spojeno se zvýšeným rizikem závažné mateřské morbidity (Kawwass, Badell, 2018, str. 763-772). Jana v sexuálním životě neuvedla žádné změny. Na rozdíl od Veroniky, která popisovala, že se

její partner zdráhal milování a také, že měl strach, aby něco neudělal miminku. Jana nechodila do zaměstnání, byla na nemocenské a poté nastoupila mateřskou dovolenou. Veronika přestala pracovat z domova po prokázání těhotenství a poté nastoupila na mateřskou dovolenou. U obou participantek došlo ke komplikacím při porodu. Jana nakonec rodila akutním císařským řezem z důvodu hypoxie u plodu. Veronika zase popisovala bolestivý spontánní porod, při kterém dostala epidurální analgezií, protože jí na bolest nic nepomáhalo. Dále mluvila o epiziotomii a následném porodu vakuem extrakcí.

### Sociální oblast života žen

Výzkumný cíl č. 4: Analyzovat sociální oblasti života žen léčených pro neplodnost.

	Jana	Veronika
Partnerský vztah	<ul style="list-style-type: none"> <li>větší sblížení partnerů</li> <li>prohloubení vztahu</li> <li>podpora od partnera</li> <li>větší potřeba probírat situaci než partner</li> <li>nedošlo k zásadním změnám – hádky nebo neshody nebyly</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>větší sblížení partnerů</li> <li>prohloubení vztahu</li> <li>podpora od partnera</li> <li>oba měli větší potřebu situaci probírat</li> <li>nedošlo k zásadním změnám – hádky nebo neshody nebyly</li> </ul>
Rodina	<ul style="list-style-type: none"> <li>o léčbě věděla pouze její sestra</li> <li>podpora od její rodiny v těhotenství</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o léčbě věděli – maminka a bratr</li> <li>vytvořená společná skupina na WhatsAppu – s maminkou a bratrem</li> <li>podpora od její rodiny v těhotenství</li> <li>partnerova rodina věděla jenom o těhotenství – špatné vztahy</li> </ul>
Přátelé	<ul style="list-style-type: none"> <li>nikdo nevěděl o léčbě</li> </ul>	o léčbě věděla: <ul style="list-style-type: none"> <li>kamarádka z bývalé práce</li> <li>společná kamarádka partnerů</li> </ul>
Lidé ze zaměstnání	<ul style="list-style-type: none"> <li>nikdo nevěděl o léčbě</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o léčbě věděl pouze vedoucí firmy</li> </ul>

Okolí	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nikdo nevěděl o léčbě – soukromá věc</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nikdo nevěděl o léčbě – soukromá věc</li> </ul>
-------	--	--

*Zdroj: vlastní tvorba*

Obě participantky popisovaly vztah s partnery téměř stejně. Pociťovaly větší sblížení, podporu od partnera a také větší prohloubení jejich vztahu. Nedocházelo u nich k hádkám či neshodám. Jana mluvila o tom, že měla větší potřebu probírat situaci ohledně léčby než partner. Veronika zase popisovala to, že oba v páru měli stejnou potřebu probírat situaci ohledně léčby. Zjištění zdůrazňují důležitost zapojení mužů do procesu léčby neplodnosti, což posiluje dyadickou povahu procesů neplodnosti (Chaves, Canavarró, Moura-Ramos, 2019, str. 509-523). Jana zmiňovala, že o léčbě věděla pouze její sestra. Nikdo jiný z rodiny, přátel, zaměstnání či okolí o léčbě nevěděl. Na rozdíl u Veroniky to věděl větší počet lidí. Veronika o léčbě řekla mamince, bratrovi, kamarádce z bývalé práce, společné kamarádce s partnerem a vedoucímu firmy. U obou participantek nikdo v okolí nevěděl o léčbě. Obě mluvily o tom, že léčbu považují za velice soukromou věc. Obě participantky uvedly, že od jejich rodiny měly podporu během celého těhotenství. Také se shodovaly v tvrzení, že se s partnery dohromady domluvily, komu o léčbě řeknou. Podle Konečné je důležité se v páru dohodnout, komu se v okolí o léčbě poví a důsledně to dodržovat. Osoba, která chce sdělit méně, má rozhodující slovo (2017, str. 63).

### **Životní styl**

Výzkumný cíl č. 5: Analyzovat, jaký vliv má diagnóza neplodnosti na životní styl participantek.

	Jana	Veronika
Stravování	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zdravé stravování</li> <li>• pravidelné stravování</li> <li>• užívání vitaminů – kys. listová, komplexy, Preganfolin</li> <li>• zakomponování více ryb</li> <li>• bez držení diet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nezdravé stravování – zajídala strach z toho „co bude“</li> <li>• užívání doplňku stravy – Femibion</li> <li>• zjištění gestačního diabetu</li> <li>• snaha o zdravější stravování</li> <li>• zakomponování více ryb</li> <li>• nevolnost z kvásku</li> </ul>

Pitný režim	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pravidelný pitný režim</li> <li>• neperlivá voda, ovocný čaj</li> <li>• šálek kávy denně – kromě těhotenství</li> <li>• alkohol nekonzumovala</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• snaha o dodržování pitného režimu</li> <li>• neperlivá voda</li> <li>• šálek kávy třikrát denně – kromě těhotenství</li> <li>• alkohol nekonzumovala</li> </ul>
Kouření	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nekouřila</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• přestala kouřit – po dvaceti letech</li> </ul>
Pohyb	<ul style="list-style-type: none"> <li>• posilování pánevního dna – před léčbou</li> <li>• břišní tanec – v těhotenství přestala</li> <li>• procházky</li> <li>• domácí cvičení – podle videí</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• běhání – v těhotenství přestala</li> <li>• jízda na koloběžce – v těhotenství přestala</li> <li>• procházky</li> </ul>

*Zdroj: vlastní tvorba*

Jana popisovala, že se pravidelně a zdravě stravovala. Nedržela žádné diety a užívala vitaminy. Na rozdíl Veronika se stravovala nezdravě a zajídala tím svůj strach. Užívala doplňky stravy. Veronika mluvila o tom, že v těhotenství ji byl zjištěn gestační diabetes. Poté se snažila jíst zdravěji. Zmínila také, že měla v těhotenství problém s kváskem. Obě participantky uvedly, že se snažily do svého jídelníčku zakomponovat ryby. Jana popisovala, že dodržovala pravidelný pitný režim a pila neperlivou vodu, ovocné čaje a šálek kávy denně. Nikdy nekouřila a kouření se vyhýbala. Posilovala pánevní dno, tancovala břišní tance, chodila na procházky a cvičila doma podle videí. Veronika se snažila dodržovat pravidelný pitný režim, i když s tím má celý život potíže. Pila neperlivou vodu a tři šálky kávy denně. Při pokoušení se o miminko se s partnerem rozhodli, že po dvaceti letech přestanou kouřit. Podařilo se to a oba tedy kouřit přestali. Životní styl jako je kouření a obezita nebo vlivy prostředí mohou nepříznivě ovlivnit plodnost (Carson, Kallen, 2021, str. 65-76). Veronika běhala, jezdila na koloběžce a chodila na procházky. Obě participantky nekonzumovaly alkohol a v době těhotenství přestaly pít kávu. Na plodnost žen má negativní vliv kouření, zvýšená konzumace kofeinu, stres, agonistické sporty a chronický výskyt znečišťujících látek v prostředí (Silvestris, Lovero, Palmirotta, 2019, str. 346).

## Přístup zdravotníků

Výzkumný cíl č. 6: Analyzovat, jaký je názor participantek na přístup zdravotníků při léčbě neplodnosti.

	Jana	Veronika
Zdravotníci a porodní asistentka	<ul style="list-style-type: none"><li>• spokojenost</li><li>• „hrozně fajn a lidský“</li><li>• snaha podpořit – drží palce</li><li>• pocit jistoty – necítila se trapně nebo hloupě</li><li>• o psychický stav se nezajímali</li><li>• rychlé reagování na situaci – při císařském řezu</li><li>• setkání s PA až při porodu</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• spokojenost</li><li>• „milí a zlatí“</li><li>• snaha podpořit – přáli štěstí</li><li>• pocit jistoty – necítila se trapně nebo hloupě</li><li>• o psychický stav se nezajímali</li><li>• rychlé reagování na situaci – porod vexem</li><li>• setkání s PA až při porodu</li></ul>
Informovanost	<ul style="list-style-type: none"><li>• pocit jistoty – průběh léčby</li><li>• informace podávány odborně</li><li>• potřeba vyhledávání odborných pojmů – na internetu</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• pocit jistoty – průběh léčby</li><li>• domácí příprava otázek na konzultaci</li><li>• ujištění – srozumitelnost informací</li><li>• nebyla potřeba vyhledávání odborných pojmů</li></ul>

Zdroj: vlastní tvorba

Obě participantky popsaly, že s přístupem zdravotníků a porodních asistentek byly spokojeny. Snažili se je v nelehkém období podpořit a vytvořit pro ně pocit jistoty. Zajímaly se o ně spíše ze zdravotnického hlediska a o psychický stav se nezajímali. Obě participantky uvedly, že kdyby psychickou pomoc potřebovaly, tak by jim byla určitě nabídnuta. Ratislavová s Kašovou uvádějí, že je důležité nabídnout páru v centru asistované reprodukce psychosomatický doprovod, aby se snížilo riziko zátěže u páru (2016, str. 1–6). Jana popisovala, že informace ji byly podávány moc odborně. Odborné názvy si musela tedy dohledávat na internetu. Na rozdíl Veronika s podáváním informací problém neměla a vyhledávat si odborné pojmy nemusela, protože ji všechno bylo sděleno tak, aby to

pochopila. Přípravovala si doma předem také otázky, na které se potřebovala zeptat. Obě participantky si v těhotenství začaly vyhledávat informace, aby se dozvěděly něco o těhotenství, porodu a péči o novorozence. Tvrzení participantek se také shodla v tom, že s péčí porodní asistentky se setkaly až při porodu. Zmínily se také o tom, že je možné, že se s porodní asistentkou mohly setkat ještě před porodem, ale nejsou si toho vědomy. Jana se více o přítomnosti porodní asistentky při porodu nevyjadřovala, protože pro ni bylo velice těžké se smířit s tím, že nakonec porodila akutním císařským řezem. Veronika mluvila o tom, jak se jí při porodu vystřídaly tři porodní asistentky, protože její porod trval dlouho. Práci porodních asistentek si vychvalovala. Jedna porodní asistentka ji připomínala kamarádku a ta jí byla nejsympatičtější. Snažila se ji uklidnit, motivovat a dávat najevo, že je tam pro ni. Participantky také mluvily o tom, že by vyzdvihly rychlé jednání zdravotníků a porodních asistentek při náhlé komplikaci u porodu.

### **Limity výzkumu**

Bakalářské práce má ve výsledcích výzkumu určité limity. Kvalitativní výzkum je zaměřený na zabývání se problému do hloubky, ale provádí se s malým počtem participantů. Na mém výzkumu se podílely celkově dvě participantky. Participantky měly dostatečnou možnost se k dané problematice vyjádřit, ale z důvodu malého počtu zúčastněných žen se výsledky práce nedají zobecnit na širší populaci. Do limitů práce bych zahrнула vedení rozhovorů, které se realizovaly pomocí videohovoru. Při videohovorech často docházelo k výpadku signálu. Dalším rušivým elementem bylo přerušování rozhovorů dětmi participantek. Myslím si, že kdyby rozhovory byly uskutečněny při osobním setkání, tak by se ženy více rozpovídaly o svých zkušenostech léčby metodami asistované reprodukce.

### **DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

1. Včasná edukace žen porodní asistentkou či lékařem v gynekologické ambulanci o odkládání mateřství do vyššího věku. Hrozí zvýšené riziko vyskytnutí se problému s otěhotněním spontánní cestou.
2. Navázání důvěrného vztahu pacientka – porodní asistentka a vztahu pacientka – lékař. Ženy by se nebály vyhledat pomoc, mluvit o svých problémech a po psychické stránce by jim pomohlo, že je někdo vyslechne.
3. Porodní asistentka či lékař by mohli v gynekologických ambulancích doporučit ženám konzervativní metody léčby neplodnosti. Participantkám v mém výzkumu nebyly tyto metody léčby nabídnuty.



4. Pro porodní asistentky je náročné po psychické stránce pomáhat, povídat si a naslouchat ženám s poruchou plodnosti. Porodní asistentky by měly mít možnost se vzdělávat v této problematice, aby u nich nedošlo k syndromu vyhoření.
5. Porodní asistentky a lékaři by k ženám měli přistupovat individuálně. Každá žena diagnózu neplodnosti prožívá jinak.
6. Informace předávané porodní asistentkou či lékařem by měli být jasné a srozumitelné. Participantka v mém výzkumu měla problém s pochopením odborných pojmů. Doporučila bych tedy vytvořit seznam se zjednodušeně vysvětlenými odbornými pojmy.
7. Věnovat se při léčbě neplodnosti celému páru. Příčina neplodnosti nemusí být jen na straně ženy.

### **Sebereflexe**

Při vedení polostrukturovaných rozhovorů jsem se cítila nejistě, protože nemám žádné zkušenosti s tím, že bych rozhovory někdy vedla. Bylo pro mě obtížné reagovat a také vymýšlet otázky v průběhu rozhovoru, abych se dostala do hloubky příběhů participantek se zkušenostmi s metodami asistované reprodukce a dozvěděla se od nich, co nejvíce informací. Náročné také bylo to, že jsem se s ženami poprvé viděla až při videohovoru, a proto pro mě bylo těžké vést rozhovory, které obsahovaly citlivá témata. Před videohovory proběhl telefonát s každou participantkou, abych je seznámila o mém výzkumu. Snažila jsem se tak docílit větší otevřenosti a důvěry mezi námi. V průběhu rozhovorů bylo mojí snahou zůstat, co nejvíce objektivní, abych neovlivnila výsledky výzkumu.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá psychosociálními aspekty léčby neplodnosti u žen. Teoretická část popisuje téma v pěti kapitolách. První kapitola pojednává o vyšetřeních a příčinách neplodnosti. Druhá kapitola se věnuje léčbě v centru asistované reprodukce. Třetí kapitola je zaměřena na psychiku a prožívání při neplodnosti. Čtvrtá kapitola popisuje, jaké má neplodnost vlivy. Pátá kapitola pojednává o roli porodní asistentky.

V praktické části bakalářské práce byl použit kvalitativní výzkum. Hlavním cílem bylo zjistit, jak léčba neplodnosti ovlivnila psychosociální oblast života žen. Bylo stanoveno šest výzkumných cílů na základě hlavního cíle. Získávání odpovědí na stanovené výzkumné cíle probíhalo za pomoci polostrukturovaných rozhovorů. Cíle práce byly naplněny analýzou rozhovorů se dvěma ženami, které podstoupily jakoukoli léčbu neplodnosti za posledních pět let. Participantky popsaly změny, které se u nich vyskytly před, během a po léčbě metodou asistované reprodukce. Zjištěné zkušenosti, prožitky, změny v oblasti sociální či životního stylu a přístupu zdravotníků není možné zobecňovat, ale jsou užitečné pro odhalení problematiky neplodnosti. Hlavní zjištění této bakalářské práce objevují, že se u žen střídaly pocity lítosti, strachu, radosti nebo štěstí. Nejtěžší pro ně bylo, když se dozvěděly, že se inseminace nepodařily. U žen došlo k většímu upevnění vztahu s partnerem. Sexuální život ovlivnilo hlavně období před léčbou, kdy k pohlavnímu styku docházelo hlavně ve dnech ovulace. Ženy se snažily stravovat více zdravěji. Změny pocítily také v omezení oblíbených aktivit a sportů. Dalším zjištěním bylo, že se zdravotníci zajímali o ženy po zdravotnické stránce a o psychickou stránku se nezajímali. Informace podávané lékaři byly vysvětlovány moc odborně. Ženy se s porodní asistentkou setkaly až při porodu.

Na základě získaných výsledků z výzkumného šetření se mohlo vypracovat doporučení pro praxi, které se zaměřovalo na zdravotnický personál a přístup k ženám jako klientkám a pacientkám.

Myslím si, že výsledky výzkumného šetření, by byli přínosné nejen pro porodní asistentky, ale také pro ostatní zdravotníky, kteří jsou v kontaktu s ženami s poruchou plodnosti. Zjištěné poznatky by mohl zdravotnický personál využívat v gynekologických ambulancích nebo centrech asistované reprodukce. Docílilo by se tak zkvalitnění péče u žen hlavně po psychické stránce.

# SEZNAM LITERATURY

## Knižní zdroje

1. DUŠOVÁ, Bohdana, HERMANNOVÁ, Martina a MAJDYŠOVÁ, Vladimíra. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2019. s. 143. ISBN 978-80-271-0837-4.
2. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. s. 437. ISBN 978-80-262-0982-9.
3. KONEČNÁ, Hana a kol. *Rodičem kdykoliv a jakkoliv?: průvodce asistovanou reprodukcí a náhradní rodinnou péčí*. Praha: Mladá fronta, 2017. s. 255. Medical services. ISBN 978-80-204-4652-7.
4. MARDEŠIĆ, Tonko a kol. *Diagnostika a léčba poruch plodnosti*. Praha: Grada, 2013. s. 86. ISBN 978-80-247-4458-2.
5. MAREŠOVÁ, Pavlína. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf, 2021. s. 767. Medica. Jessenius. ISBN 978-80-7345-709-9.
6. MÁŠLOVÁ, Helena. *Plodnost: cesta k mateřství*. V Brně: CPress, 2021. s. 269. ISBN 978-80-264-3945-5.
7. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. s. 106. ISBN 978-80-254-2186-4.
8. ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. s. 508. ISBN 978-80-247-2832-2.
9. ŘEZÁČOVÁ, Jitka a kol. *Reprodukční medicína: současné možnosti v asistované reprodukci*. Praha: Mladá fronta, 2018. s. 710. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4657-2.
10. ŘEŽÁBEK, Karel. *Asistovaná reprodukce*. 3. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf, [2018], ©2018. s. 154. Farmakoterapie pro praxi; sv. 76. Jessenius. ISBN 978-80-7345-553-8.
11. ŠTROMEROVÁ, Zuzana a kol. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvidavé rodiče)*. Praha: Argo, 2010. s. 313. ISBN 978-80-257-0324-3.

12. ULČOVÁ-GALLOVÁ, Zdenka a LOŠAN, Petr. *Neploďnost: útok imunity*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. s. 149. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-4555-8.
13. WEST, Zita a BAILEY, Christine, ed. *Projezte se k těhotenství: jedinečné recepty pro zlepšení plodnosti*. Překlad Hana Vašková. V Brně: CPress, 2018. s. 160. ISBN 978-80-264-2019-4.

### Odborné články

1. BŘEZINOVÁ, Jana. *Postupná psychická destabilizace při neploďnosti*. Lékařské listy. Civilizační nemoci. 2014, 2014 č. 7, s. 14-15. ISSN 2533-6770.
2. ĎURAŠKOVÁ, Gabriela, SOBOTKOVÁ, Irena, HAMPL, Radek a VIKTOROVÁ, Lucie. *Životní spokojenost a copingové strategie žen, které podstupují své první umělé oplodnění (IVF)*. E-psychologie [online]. 2016, roč. 10, č. 1, s. 47-62 [cit. 2022-10-17]. ISSN 1802-8853. Dostupné z: [https://e-psycholog.eu/pdf/duras-kova\\_etal.pdf](https://e-psycholog.eu/pdf/duras-kova_etal.pdf)
3. HAASOVÁ, Ilona. *Etika asistované reprodukce*. Urologie pro praxi. 2012, roč. 13, č.6, s. 254-258. ISSN 1213-1768. Dostupné také z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2012/06/05.pdf>
4. MÁŠLOVÁ, Helena a BAJEROVÁ, Marika. *Rozhovor s MUDr. Helenou Máslovou – psychogynekologie*. Umění fyzioterapie. 2017, 2017 č. 3, s. 44-48. ISSN 2464-6784.
5. PASTOR, Zlatko. *Sexualita sterilního páru*. Neonatologické listy. 2019, roč. 25, č.1, s. 16-17. ISSN 1211-1600. Dostupné také z: <http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/Neolisty/neolisty20191.pdf>
6. RATISLAVOVÁ, Kateřina, KAŠOVÁ Lucie. *Psychosomatický doprovod při léčbě sterility v centrech asistované reprodukce*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: <https://docplayer.cz/7245140-Psychosomaticky-doprovod-pri-lecbe-sterility-v-centrech-asistovane-reprodukce.html>

### Zahraniční zdroje

1. BALA, R., SINGH V., RAJENDER S., SINGH K. *Environment, Lifestyle, and Female Infertility*. Reprod Sci. [online]. 2021, roč. 28, č.3, s. 617-638. [cit. 2023-03-21]. DOI: 10.1007/s43032-020-00279-3.

2. CARSON, S.A, KALLEN A.N., *Diagnosis and Management of Infertility: A Review*. JAMA [online]. 2021, č. 326, roč. 1, str. 65-76. [cit. 2023-03-21]. DOI: 10.1001/jama.2021.4788.
3. Female Infertility In: *Cleveland Clinic* [online]. Ohio, Cleveland: © 2023 [cit. 2023-03-21]. Dostupné z: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/17774-female-infertility>
4. CHAVES, Catarina, CANAVARRO, Maria Cristina, MOURA – RAMOS, Mariana. *The role of dyadic coping on the marital and emotional adjustment of couples with infertility*. Family process [online]. 2014, č. 58, roč. 2, s. 509-523. [cit. 2023-03-21]. DOI: <https://doi.org/10.1111/famp.12364>.
5. CHIAFFARINO, Francesca a kol. *Prevalence and incidence of depressive and anxious symptoms in couples undergoing assisted reproductive treatment in an Italian infertility department*. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology [online]. 2011, č. 158, roč. 2, s. 235-241. [cit. 2023-03-21]. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2011.04.032>.
6. Infertility In: *World Health Organization* [online]. Geneva, Switzerland: © 2023 [cit. 2023-03-21]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
7. KAWWASS, J.F., BADELL M.L. *Maternal and Fetal Risk Associated With Assisted Reproductive Technology*. Obstet Gynecol. [online]. 2018, roč. 132, č. 3, s. 763-772. [cit. 2023-03-21]. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002786.
8. LUK, B. H. K., Loke, A. Y. *The impact of infertility on the psychological well-being, ma-rital relationships, sexual relationships, and quality of life of couples: A systematic review*. Journal of Sex and Marital Therapy [online]. 2015, roč. 41, č. 6, s. 610–625. [cit. 2023-03-21]. DOI: <https://doi.org/10.1080/0092623X.2014.958789>
9. SILVESTRIS, E., LOVERO, D., PALMIROTTA, R. *Nutrition and Female Fertility: An Interdependent Correlation*. Front Endocrinol (Lausanne) [online]. 2019, č. 7, roč. 10, s. 346. [cit. 2023-03-21] DOI: 10.3389/fendo.2019.00346.
10. STARC, A., TRAMPUŠ, M. a kol. *Infertility and sexual dysfunctions: a systematic literature review*. Acta Clin Croat [online]. 2019, č. 58, roč. 3, s. 508-515. [cit. 2023-03-21]. DOI: 10.20471/acc.2019.58.03.15.

## Internetové zdroje

1. ČGPS ČLS JEP. *Diagnostika páru s poruchou plodnosti* [online]. 22.1.2021 [cit. 2023-03-21]. Dostupné z: <https://www.sarcgps.cz/wcd/docs/2022/2021-03-diagnostika-paru-s-poruchou-plodnosti-dp-cgps-cls-jep.pdf>
2. ŠIROKÁ, Pavlína. *Anovulační cyklus je jedním z častých důvodů, proč ženy nemohou otěhotnět.* [online]. 28.2.2020 [cit. 2023-03-21]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/anovulacni-cyklus/>
3. ŠIROKÁ, Pavlína. *Bazální teplota je jedním z ukazatelů plodných dnů a úspěšného otěhotnění. Jak ji správně měřit?* [online]. 11.6.2020 [cit. 2023-03-21]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/bazalni-teplota/>
4. TRÁVNÍK, Pavel. *Experimentální základy asistované reprodukce* [online]. 3.9.2020 [cit. 2023-03-21]. Dostupné z: <https://www.travnik-brno.cz/history.php>
5. Tým rehabilitace.info. *Neprůchodné vejcovody – co byste měli vědět o zablokovaných vejcovodech – příznaky, příčiny a léčba* [online]. 29.11.2020 [cit. 2023-03-21]. Dostupné z: <https://www.rehabilitace.info/nemoci/nepruchodne-vejcovody-co-byste-meli-vedet-o-zablokovanych-vejcovodech-priznaky-priciny-a-lecba/>
6. Zákon č. 373 o specifických zdravotních službách. In: *Sbírka zákonů Česká republika*. 2011, částka 131, s. 4802–4838. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-373>. (zde zejm. §3, §6, §7).

## **SEZNAM PŘÍLOH**

- Příloha A – Informovaný souhlas
- Příloha B – Okruhy k rozhovoru

# PŘÍLOHY

## Příloha A – Informovaný souhlas

### INFORMOVANÝ SOUHLAS

#### PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY LÉČBY NEPLODNOSTI

##### STUDENT

Jméno: Barbora Pánková  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
Fakulta zdravotnických studií ZČU  
e-mail: BPankova@seznam.cz

##### VEDOUcí BP:

Jméno: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
Fakulta zdravotnických studií ZČU  
e-mail: ratislav@kos.zcu.cz

##### CÍL STUDIE

Cílem studie je zjistit, jaký vliv má léčba neplodnosti u participantky na její psychosociální oblast života.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Uryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym. Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

##### SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já .....  
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu: ..... Datum: .....

Podpis studenta: ..... Datum: .....

*Zdroj: ZČU v Plzni, Fakulta zdravotnických studií*



## Příloha B – Okruhy k rozhovoru

Před léčbou	<ul style="list-style-type: none"> <li>• problematika otěhotnění ženy – trvání, kolikátý pokus, vyšetření, příčina</li> <li>• ovlivnění psychiky – prožívání, pocity</li> <li>• partnerství – komunikace, sexuální život, změny ve vztahu</li> <li>• každodenní život – změny chování, pracovní kariéra</li> <li>• sociální okolí – změny vztahů, reakce blízkých</li> <li>• životní styl</li> <li>• vliv porodní asistentky – podpora, přístup, dostatečná informovanost</li> </ul>
Během léčby	<ul style="list-style-type: none"> <li>• problematika otěhotnění – vyšetření, metoda, průběh</li> <li>• ovlivnění psychiky – prožívání, pocity</li> <li>• partnerství – komunikace, sexuální život, změny ve vztahu</li> <li>• každodenní život – změny chování, pracovní kariéra</li> <li>• sociální okolí – změny vztahů, reakce blízkých</li> <li>• životní styl</li> <li>• vliv porodní asistentky – podpora, přístup, dostatečná informovanost</li> </ul>
Po léčbě	<ul style="list-style-type: none"> <li>• těhotenství – průběh</li> <li>• ovlivnění psychiky – prožívání, pocity</li> <li>• partnerství – komunikace, sexuální život, změny ve vztahu</li> <li>• každodenní život – změny chování, pracovní kariéra</li> <li>• sociální okolí – změny vztahů, reakce blízkých</li> <li>• životní styl</li> <li>• vliv porodní asistentky – podpora, přístup, dostatečná informovanost</li> <li>• vztah k dítěti</li> <li>• porod – průběh</li> </ul>

*Zdroj: vlastní tvorba*