

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

KRIZOVÁ INTERVENCE U ŽEN PROCHÁZEJÍCÍCH LÉČBOU
NEPLODNOSTI V CENTRECH ASISTOVANÉ REPRODUKCE

Rigorózní práce

Autor: Mgr. Jana Müllerová

25.2. 2013

Crisis intervention in women undergoing infertility treatment at assisted reproduction centres

In general, infertility has been widely discussed not only in our society, but also worldwide. Infertility can be characterized as a disorder of a couple which causes a lot of sadness and suffering to both partners. The need of specialized assistance also in this respect is thus more than pressing.

This thesis called “Crisis intervention in women undergoing infertility treatment at assisted reproduction centres“ provides a view of the infertility diagnosis, presents current treatment options including assisted reproduction, as well as essential conditions for artificial fertilization in the Czech Republic. The practical part is focused on the issues of a crisis and related crisis intervention in women with the diagnosis of infertility, while at the same time summarizing psychosocial impacts of treatment at assisted reproduction centres on common lives of these women.

The primary objective of the thesis was to present and evaluate the use of crisis intervention provided based on a specifically built intervention plan in women undergoing infertility treatment at assisted reproduction centres, and to monitor and summarize psychosocial impacts of this form of treatment on everyday life of the women. The author presents a special form of crisis intervention, which differs from interventions commonly performed at crisis centres; this form of intervention has been conceived particularly as a therapeutic procedure that enables the patient in a crisis to enter in contact with her crisis through a relationship to another person – the therapist, and perform a creative turn subsequently.

The quantitative method of questioning, and the data collection technique using an anonymous questionnaire were used for the research part of the thesis.

The diagnosis of infertility and its treatment including related psychosocial consequences have been viewed as a more than urgent problem by the author. The present form of crisis intervention is seen as one of potential forms of how to work effectively with these clients. In terms of the future, the author envisages the use of this procedure not only in individual work with individual patients undergoing infertility treatment, but also for working with entire couples.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci na téma „Krizová intervence u žen procházejících léčbou neplodnosti v centrech asistované reprodukce“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své rigorózní práce, a to v nezkrácené podobě, ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 25.2. 2013

.....
podpis autora rigorózní práce

Poděkování

Zde na tomto místě bych ráda poděkovala zejména všem pacientkám, které byly ochotné se tohoto výzkumu zúčastnit.

OBSAH

ÚVOD.....	7
1. SOUČASNÝ STAV.....	9
1.1 Problematika neplodnosti.....	9
1.1.1 Co je to neplodnost (sterilita)?.....	9
1.1.2 Faktory ovlivňující plodnost.....	10
1.1.3 Příčiny neplodnosti.....	11
1.1.4 Aktuální léčebné možnosti poruch plodnosti v České republice.....	17
1.1.5 Asistovaná reprodukce.....	19
1.1.6 Základní podmínky pro provádění umělého oplodnění v České republice.....	25
1.2 Krize a krizová intervence.....	27
1.2.1 Co je to krize?.....	27
1.2.2 Příčiny krize a její typologie.....	27
1.2.3 Průběh krize.....	31
1.2.4 Řešení krize.....	32
1.2.5 Základní postup pro provádění krizové intervence v ČR.....	42
1.2.6 Neplodnost jako krizová životní situace.....	46
1.2.7 Krizová intervence u žen s diagnózou neplodnost.....	47
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY.....	48
2.1 Cíl práce.....	48
2.2 Hypotézy práce.....	49
3. METODIKA.....	50
3.1 Použitá metoda a technika sběru dat.....	50
3.1.1 Dotazník.....	50
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	51
3.3 Zpracování a analýza dat výzkumu.....	51
4. VÝSLEDKY.....	52
4.1 Krizová intervence u žen s diagnózou neplodnost – intervenční plán.....	87

4.1.1	Využité metody a techniky.....	88
4.1.1.1	Systemický přístup.....	88
4.1.1.2	Edukace.....	93
4.1.1.3	Katastrofický scénář.....	94
4.1.1.4	Emočně prožitkové techniky.....	94
4.1.1.5	Práce s tělem.....	95
4.1.2	Intervenční plán – postup práce.....	96
4.2	Psychosociální dopady léčby neplodnosti do života žen.....	104
4.3	Poznatky o krizi a krizové intervenci u žen s diagnózou neplodnost zjištěné výzkumem.....	107
4.4	Shrnutí výsledků výzkumu.....	111
5.	DISKUSE.....	115
6.	ZÁVĚR.....	125
7.	KLÍČOVÁ SLOVA.....	129
8.	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	130
9.	PŘÍLOHY.....	138

ÚVOD

Fenomén snížené plodnosti, případně medicínou klasifikované neplodnosti infertility se stává nejen v naší zemi, ale i celosvětově stále palčivějším problémem. Problematika neplodnosti patří mezi aktuální témata zejména v hospodářsky vyspělých zemích Českou republiku nevyjímaje. V současné době světová zdravotnická organizace WHO odhaduje, že problémy s plodností nově prožívají asi 2 milióny párů ročně. Všeobecně se předpokládá, že na každých 100 párů připadá 80 tzv. „normálně plodných“ a 4 zcela neplodné, zbývající páry mají plodnost sniženou, což znamená, že jeden nebo oba partneři trpí nějakou poruchou, která podstatně snižuje pravděpodobnost početí. Z odhadů dále vyplývá, že přibližně 33 % párů z této poslední skupiny zůstane po uplynutí tří let zcela bezdětných. Lékařský slovník definuje neplodnost jako neschopnost oplodnění, koncepce při pravidelném nechráněném pohlavním styku páru trvajícím déle než jeden rok. Příčin neplodnosti je mnoho a zahrnuje celou řadu poruch jak na straně žen tak i na straně mužů včetně nepříznivých vlivů životního stylu a prostředí a není výjimkou i jejich vzájemná kombinace. I když se úspěšnost léčby díky vysoce moderním metodám zejména asistované reprodukce zvyšuje a je tak umožněno mnoha párům dosáhnout vlastní reprodukce, je diagnóza neplodnosti i její terapie v životě páru zkušeností naprosto zásadní a často velmi neblahou. Není proto vůbec ojedinělé, že se léčba neplodnosti často přirovnává k běhu na dlouhou trať, při kterém jsou partneři nuceni překonat mnoho překážek a problémů, které souvisí nejen s fyzickým, ale také s psychickým zdravím. Když totiž pomíneme dopady související s tzv. biologickou dimenzí reprodukce a zaměříme se na psychosociální oblast tohoto problému, zjistíme, že lékařští odborníci jsou stále více a častěji konfrontováni právě s emočním vlivem nesplněného přání po vlastním dítěti do života pacientů. S přihlédnutím k tomuto faktu a následně k možnostem péče v této oblasti v naší zemi je pak nutné přiznat, že odborná pomoc na tomto poli není zdaleka tak samozřejmá jako v oblasti odborné lékařské péče zaměřené na fyzické zdraví. Aktuální světový trend totiž požaduje do odborné lékařské péče zařadit i poradenské a psychoterapeutické intervence. Hovoří se o tzv. integrativním přístupu v léčbě neplodnosti. Takto ideálně je péče v dnešní době pojímána například ve Švýcarsku a Německu, kde je poskytována

formou odborné psycho-sociální na klienta zaměřené péče, která je součástí odborné specializované pomoci klinik orientujících se na léčbu neplodnosti. Klienti v terapii neplodnosti u nás jsou z velké části odkázáni zejména na pomoc privátních psychologických či psychoterapeutických ambulancí. Zde si pomoc vyhledávají převážně sami nebo jsou na tento druh pomoci ošetřujícími lékaři přímo odkazováni, neboť centra asistované reprodukce, která nabízejí vlastní psychologickou pomoc klientům přímo v centrech jsou v menšině. Neplodnost vnímám jako společensky velmi citlivé téma. Diagnózu neplodnosti si nikdo nevybírá, avšak příroda i život často hraje za nás bez našeho přičinění. Kdyby byla možnost výběru určitě by si nikdo neplodným být nepřál, neboť být neplodným znamená pro mnohé klienty velké utrpení. Svoji rigorózní práci nazvanou „Krizová intervence u žen procházejících léčbou neplodnosti v centrech asistované reprodukce“ tak pojmám jako příležitost ke shrnutí psychosociálních dopadů léčby neplodnosti v centrech asistované reprodukce do života žen a zejména představení vlastního stylu práce právě s pacientkami s diagnózou neplodnost. Text práce mimo jiné přibližuje diagnózu neplodnost, aktuální možnosti léčby, včetně asistované reprodukce i základní podmínky pro provádění umělého oplodnění v České republice. Práce prezentuje více než tříletou osobní zkušenost v oblasti poskytování krizové intervence v psychoterapeutické praxi pacientkám procházejícím léčbou neplodnosti v centrech asistované reprodukce dle osobně sestaveného intervenčního plánu.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 *Problematika neplodnosti*

„Mít tolik dětí, kolik si rodina přeje, mít tyto děti v době, kterou považuje za nejvhodnější“ to je základní právo rodiny, které komise pro populaci Organizace spojených národů vyhlásila v osmdesátých letech minulého století.

Ačkoli z hlediska všeobecného povědomí se zdá, že těhotenství je zcela běžnou záležitostí a přirozeným výsledkem rozhodnutí muže a ženy počít dítě, je dle současných statistických údajů nepochybným faktem, že pro každý 7. až 10. pár zůstává přání zplození vlastního dítěte nesplněno (51). Početí se tak stalo pro mnohé dvojice otázkou mnohem složitější a komplexnější, než jakou bývalo dříve. Neplodnost vzrůstá především v hospodářsky vyspělých zemích, kde patří mezi aktuální témata společnosti, Českou republiku nevyjímaje. Podle hrubých odhadů Světové zdravotnické organizace se dokonce uvádí údaj o tom, že problémy s plodností je možné vysledovat nově asi u 2 milionů párů ročně, přičemž procento neplodných párů stále mírně narůstá (38).

1.1.1 *Co je to neplodnost (sterilita)?*

Sterilitu můžeme definovat jako stav, kdy žena není schopna otěhotnět. U těch žen, které v anamnéze neudávají žádné těhotenství, pak hovoříme o primární sterilitě. Za sekundární sterilitu pak považujeme takovou situaci, kdy aktuálně žena sice není schopna otěhotnět, avšak v anamnéze uvádí těhotenství ukončené porodem či potratem nebo těhotenství mimoděložní. O tzv. infertilitě pak hovoříme tehdy, pokud žena bez problémů otěhotní, ale není schopna těhotenství donosit a porodit životaschopný plod(41).

Z hlediska Světové zdravotnické organizace je lidská neplodnost považována za nemoc páru. Je definována jako stav, kdy v průběhu dvou let nechráněných sexuálních styků dvojice nedosáhne koncepce. American Fertility Society pak uvádí ve své definici jeden rok. Tento interval vychází z poznatku, že 95 % párů dosáhne otěhotnění do 13 měsíců nechráněného pohlavního styku (59). Také v České republice je neplodnost definována jako stav, kdy k otěhotnění ženy nedojde v průběhu jednoho roku při pravidelném pohlavním životě páru.

1.1.2 Faktory ovlivňující plodnost

V souvislosti s plodností lze hovořit o některých obecných faktorech, které mají k reprodukci bezprostřední vztah. Jedná se především o věk, sexuální aktivitu a vlivy zevního prostředí (30).

Za nejdůležitější faktor ovlivňujícím ženskou plodnost považují lékaři odborníci věk. Je totiž biologickou skutečností, že se fertilitní potenciál ženy od 35 let věku výrazně snižuje. Klesá počet normálních ovulačních cyklů a zvyšuje se procento cyklů abnormálních, přibývá možností vzniku děložních patologií jako příčin sterility, například myomů, polypů či změn v cévním řečišti dělohy aj., klesá sexuální aktivita. Snížená plodnost starších žen mimo jiné souvisí i s vyšším výskytem spontánních potratů. Tento fakt byl potvrzen při léčbě sterility právě metodou mimotělního oplodnění za použití oocytů dárkyň, kdy bylo zjištěno, že určité procento potratů souvisí s věkem dárkyň, a nikoli s věkem příjemkyně, z čehož jasně vyplývá, že problém s otěhotněním, případně těhotenské ztráty starších žen jsou způsobeny zejména abnormalitami oocytů a to především chromozomálními (36). Maximum plodnosti u žen spadá dle odborníků do období od 19 do 25 let, u mužů ohraničení jejich nejplodnějšího období neexistuje, neboť lze doložit i přesné genetické záznamy o tom, že zdraví jedinci mužského pohlaví jsou schopni oplodnit ženu i ve vysokém věku svého života (41).

Při nechráněném pohlavním styku páru 4-5x do týdne, žena nejčastěji otěhotní do půl roku, je-li splněna podmínka neporušeného reprodukčního zdraví obou partnerů. Z toho vyplývá, že takové páry, které mají vyšší frekvenci pohlavních styků, mají také vyšší pravděpodobnost otěhotnění než páry s frekvencí pohlavních styků nižších. Zdravá sexuální aktivita je tedy žádoucí na rozdíl od jejího poklesu. Důvodem je efektivní využití periovulačního období neboť vajíčko i spermie mají omezenou dobu životnosti. U oocytu se životnost udává maximálně 24 hodin u spermie 48 hodin. K vlastní ovulaci dochází asi v polovině menstruačního cyklu tedy 14. až 16. den cyklu, pak je uvolněné vajíčko po dobu asi dvou dnů připraveno k oplodnění. Jak bylo výše uvedeno, délka života spermie je maximálně 48 hodin, z čehož vyplývá, že období ideální pro oplodnění trvá asi 3-4 dny (52).

Není pochyb o tom, že v našem zevním prostředí existuje značné množství škodlivých látek, které svými účinky mohou negativně ovlivnit reprodukční děje člověka. Prokázat skutečnou důležitost a vliv faktorů zevního prostředí je však velmi obtížné, neboť u mnohých z těchto látek není dosud zcela jasné jaký vliv mohou mít na plodnost či zárodek v raných stádiích těhotenství. K těm u nichž jsou již tyto negativní vlivy prozkoumány patří alkohol, cigarety, drogy, organická rozpouštědla, radioaktivní záření, olovo, rtuť, pesticidy a vinylmonomery používané při výrobě plastů (49). Největšími zdroji toxických látek jsou pak bezpochyby cigarety, alkohol a drogy, jejichž konzumace naprosto zásadním způsobem ovlivňuje proces tvorby spermií, jejich kvalitu i fertilitu ženy. Z dosud získaných poznatků odborníků totiž vyplývá, že spermiogenní epitel je zřejmě velmi citlivý na toxické vlivy zevního prostředí. Tento názor pak zcela jasně koresponduje s kontinuálním poklesem průměrného počtu spermií v ejakulátu mužů, který je popisován již od počátku minulého století a je zřejmě důsledkem všeobecného zhoršování kvality životního prostředí. Stejně vlivy negativně ovlivňují i fertilitu žen, u nichž se mimo jiné daleko více uplatňuje také vliv centrálního nervového systému při stresu či jiné nadměrné psychické zátěži jakož i vliv nepřiměřené námahy fyzické (53).

1.1.3 Příčiny neplodnosti

Na příčinách neplodnosti se v 40 % podílí muž v 50 % žena u 10 % párů lékaři žádnou příčinu nenaleznou. U části párů, přibližně 20 % je také porucha jak u ženy, tak u muže (51).

Příčiny neplodnosti u muže

Jak bylo již výše uvedeno porucha plodnosti muže je příčinou sterility asi u 40% všech léčených párů. Příčinou neplodnosti u muže může být porucha pohlavní aktivity, porucha vytváření spermií ve varlatech a nadvarlatech, uzávěr vývodných cest pohlavního traktu, hormonální (endokrinní) příčiny, imunologické příčiny neplodnosti, cévní změny (varikokéla), infekce, chemoterapie a radioterapie (30,63).

Porucha pohlavní aktivity – sexuální problémy mohou být psychogenní nebo mohou mít organickou příčinu, mohou vzniknout u muže při některých vážných vývojových nepravidelnostech, při některých neurologických či metabolických onemocněních. Projevují se neúspěšnými pokusy o pohlavní styk pak hovoříme o tzv. impotencia coeundi. Jeli tato porucha spojena i s poruchou spermatogeneze pak hovoříme o impotencia generandi. Psychogenní příčiny lze ovlivnit psychoterapií a léčbou pod dohledem sexuologa-specialisty, při organické příčině je nezbytné postupovat individuálně, a to nejlépe ve spolupráci s dalšími experty z oboru neurologie, urologie, genetiky, psychologie, dermatovenerologie a gynekologie (30,52).

Porucha vytváření spermií ve varlatech a nadvarlatech – jedná se o vážnou poruchu při které v ejakulátu chybějí spermie. Hovoříme o azoospermii. Důvodů nevytváření spermií může být několik: varlata jsou sice dostatečně vyvinutá nikoli však chámovody a semenné vázky, které se primárně nevytvořily, nedojde k sestupu varlat původně uložených v dutině břišní do šourku – v tomto případě je vývoj spermií poškozen, neboť pro vyzářování varlat a spermií je zapotřebí teploty nižší o dva stupně než je teplota těla, dalším důvodem nevytváření spermií nebo tvorby spermií ve velmi malém množství jsou malá hypoplastická či zakrnělá varlata. Poruchy spermiogeneze se často vyskytují též u mužů, kteří v dospělosti prodělali zánět průušnicemi (53).

Uzávěr vývodných cest pohlavního traktu – v tomto případě příčina neplodnosti tkví v neprůchodnosti vývodných kanálků varlat. V organismu sice k vytváření spermií dochází avšak z důvodu neprůchodnosti kanálků nemohou opustit organismus. Tento uzávěr může být také lokalizován i v oblasti nadvarlat. Nejčastěji bývá tato porucha diagnostikována u mužů s následky úrazů při kopané, hokeji, jízdě na kole, na lyžích apod. Dále také po vážných infekcích pohlavního traktu nebo může být porucha vyvolána uměle po vyžádaném podvázání chámovodů tzv. vasektomií (51,41).

Endokrinní příčiny – tato příčina neplodnosti se zjišťuje u mužů pouze ve velmi malém počtu případů. U pacientů s poruchou plodnosti dochází k poruše určité hladiny

plazmatického testosteronu v některých případech může neplodnost souviset i s poruchou štítné žlázy, kdy její snížená funkce může narušit vytváření spermií tzv. spermiogenezu (30).

Imunologická příčina neplodnosti – příčinou neplodnosti v tomto případě je přítomnost tzv. autoprotilátek, kdy vytváření protilátek u některých mužů, nejčastěji jako důsledek zánětu či poranění je namířeno proti vlastním spermiím a negativně ovlivňuje proces plození. Plodnost muže je tedy z imunologického pohledu snížena tím více, čím vyšší je koncentrace nežádoucích protilátek a čím větší množství nebo procento spermií je jimi povlečeno. Protilátky významně ovlivňují pohyb spermií, které pak v organismu ženy nemohou prostoupit přes hrdlo děložní do vyšších struktur pohlavního ústrojí a setkat se tak na své cestě s vajíčkem a do vajíčka prostoupit (49).

Cévní změny (varikokéla) – jedná se o rozšířeně vinuté a prodloužené žilní pleteně v oblasti varlat, které bývají příčinou snížených hodnot počtu spermií v ejakulátu. Vlivem zvýšeného žilního tlaku a hlavně tepelných změn v oblasti varlete se oblast stává mnohem teplejší a tedy nevýhodnější pro tvorbu spermií (36).

Infekce – v důsledku některých vážných infekčních onemocnění pohlavního traktu, jako je například gonorea, může také docházet k uzávěru tedy neprůchodnosti vývodných kanálků varlat (51).

Chemoterapie a radioterapie – z důvodu nádoru varlete u mužů je v některých případech nezbytné provést chemoterapii či radioterapii. Bohužel jako důsledek této léčby lze očekávat mimo jiné i výrazné snížení až zástavu tvorby spermií (51,49).

Příčiny neplodnosti u ženy

Fertilizace oocyty i následně vývoj těhotenství je výsledkem mnoha složitých dějů, jejichž patologické odchylky a vzájemná kombinace mohou být důsledkem

sterility ženy. Bouřlivý rozvoj znalostí o lidské reprodukci v posledních několika desetiletích umožnil, že lze v současné době většinu příčin poruch plodnosti úspěšně diagnostikovat. Neobjasněno zůstává přibližně jen 5 % případů. Rozdělení příčin neplodnosti není jednotné a značně se liší podle jednotlivých autorů (51). K nejčastějším příčinám neplodnosti u žen patří: poruchy ovulace, pozánětlivá postižení vejcovodů, endometrióza, abnormality dělohy a děložního hrdla, nevysvětlitelná sterilita, psychogenní příčiny neplodnosti (30,36).

Poruchy ovulace – jsou příčinou sterility žen asi v 25 %. U mnoha žen jsou příčinou anovulace nepravidelné menstruační cykly, ale byly popsány i případy žen s menstruačním cyklem pravidelným. Při úplném chybění menstruace je nutné rozlišovat mezi ženami, které vůbec menstruovat nezačaly, a mezi těmi, u nichž po různě dlouhém období menstruačních cyklů došlo k vynechání krvácení, neboť u první skupiny se velmi často jedná o závažné genetické postižení či vrozenou vývojovou vadu, ve druhém případě mohou cílená hormonální vyšetření a testy vést k úspěšné terapii (53). Příčinou anovulačních cyklů může být také tzv. syndrom polycystických ovárií, jehož doprovodným příznakem je často obezita, nadměrné ochlupení a akné (9).

Pozánětlivá postižení vejcovodů (tubární sterilita) – patří po poruchách ovulace k druhé nejčastější příčině sterility žen. Z důvodu zánětů vnitřních rodidel například u sexuálně přenosných onemocnění, ale i při nepoznaném či pozdě rozpoznaném zánětu slepého střeva, kdy dochází k přenosu zánětu do okolních struktur, může docházet k neprůchodnosti vejcovodů, vzniku srůstů v této oblasti a tak poruše jejich funkce, která má za následek poruchu zachycení vajíčka vejcovodem či jeho dalšího transportu do dělohy (51,68).

Endometrióza – je název pro gynekologické onemocnění žen, při kterém se děložní sliznice vyskytuje mimo dutinu děložní. Ložiska endometriózy se mohou vyskytovat prakticky kdekoli v těle, nejčastěji v malé pánvi na pobřišnici, na vaječnicích, ale mohou se vyskytnout i na jiných místech břišní dutiny. V těchto ostrůvcích děložní

sliznice dochází ke stejným cyklickým změnám jako ve sliznici děložní, tedy k růstu s následným rozpadem a krvácením. Přítomnost těchto ložisek v organismu ženy nemusí být nutně vždy zdrojem obtíží, avšak v některých případech mohou vyvolávat opakované bolesti typicky vázané na období před očekávanou menstruací (29). Pokud se nacházejí takováto ložiska na vaječnicích, hromadí se v nich krev a následně dochází ke tvorbě cyst, které se postupně zvětšují. Ložiska endometriózy na pobřišnici pak vedou ke srůstům, jejichž následkem může dojít k neprůchodnosti vejcovodů (29,49). V každém případě všechny tyto změny vyvolávají tkáňový neklid případně změny vnitřního prostředí, které narušují proces oplodnění (29).

Abnormality dělohy a děložního hrdla – existuje celá řada abnormalit dělohy a děložního hrdla, které mohou vést ke sterilitě či k opakovaným potratům. Typickou příčinou pozdních potratů i sterility jsou vrozené vady dělohy. Nejčastěji se jedná o výskyt tzv. septa v normálně tvarované děloze. Tuto vadu lékaři často zjišťují v různých modifikacích, kdy může docházet až ke kompletnímu zdvojení dělohy či některá její část není vyvinuta vůbec. Typickým výsledkem této vady je malformovaná děloha s malou kapacitou dutiny děložní, která pak neposkytuje dostatečný prostor pro rozvoj a průběh těhotenství a je příčinou habituálních potratů vyskytujících se typicky v druhém trimestru těhotenství. Vada je též příčinou sterility a to z důvodu nedostatečného cévního zásobení, které negativně ovlivňuje implantaci oplodněného vajíčka do děložní sliznice (51).

U predisponovaných pacientek jako následek nitroděložního výkonu (nejčastěji kyretáže) mohou vznikat srůsty, které také způsobují poruchu uhnízdění vajíčka do děložní sliznice. V nejzávažnějších případech může dojít až k vymizení děložní dutiny následkem srůstu jejích stěn a k zástavě menstruace. V tomto případě hovoříme o tzv. Ashermannově syndromu (51,49).

Jinou příčinou sterility mohou být tzv. polypy děložní sliznice, které vznikají hyperplasií endometrální tkáně a je možné je odhalit pečlivým provedením ultrazvukového vyšetření. Sterilitu způsobují stejnými mechanismy jako zavedené nitroděložní tělísko (51).

Potrasy, předčasné porody i sterilitu způsobují také děložní myomy. Jedná se o benigní nádory dělohy vznikající růstem svalových a vazivových vláken děložní stěny. Mohou se vyskytovat na různých místech dělohy a růst i různými směry (49).

Příčinou sterility může být také narušený proces tvorby sekretu děložního hrdla, případně jeho porušená kvalita způsobená zánětem, nadměrnou či nedostatečnou sekrecí nebo přítomností protilátek. Děložní hrdlo je jakýmsi uzávěrovým aparátem dělohy a v procesu reprodukce vykonává funkci účinného „filtru spermií“, neboť pouze optimální kvalita sekretu v hrdle děložním v periovulačním období umožňuje průnik kvalitním spermiím do děložní dutiny a následně do vyšších oddílů vnitřních rodidel ženy (41).

Nevysvětlitelná sterilita – tento termín není diagnózou, neboť sterilita je pouze symptomem poruchy v reprodukčním procesu a označení „nevysvětlitelná“ vyjadřuje fakt, že zatím není v silách odborníků tuto poruchu dostupnými diagnostickými metodami odhalit. Příčinou tzv. nevysvětlitelné sterility mohou být například poruchy funkce spermií, kdy lékaři při různých odborných vyšetřeních odhalují celou řadu jejich drobných odchylek od normy, které pak snižují pravděpodobnost oplodnění. Hormonální poruchy jsou často příčinou tzv. syndromu defektních ovocytů, kdy následkem abnormálního zrání žena neprodukuje vajíčka schopná oplodnění. Poruchy funkce vejcovodů související s abnormální funkcí řasinkových buněk ve výstelce vejcovodu má také za následek sterilitu. V nevelkém počtu případů je příčinou sterility také chromozomální defekt či jiný abnormální genetický nále. Nižší pravděpodobnost otěhotnění lze také spojovat s různými sexuálními dysfunkcemi, kdy některé páry mají pohlavní styk pouze nahodile či neadekvátně, také kombinace více příčin byt' méně závažných může být důvodem ke snížení pravděpodobnosti otěhotnění (43,68). Pokud zůstává příčina neplodnosti i přes veškeré snahy specialistů neodhalena hovoříme o tzv. idiopatické sterilitě (30,36).

Psychogenní příčiny neplodnosti – psychogenní příčina může být zcela samostatná nebo je součástí ostatních příčin neplodnosti. Ženy, které touží po těhotenství bývají velmi

často úzkostlivé, neboť touha po vlastním dítěti a neustálé sledování pravidelného měsíčního krvácení ji neurotizuje. Neplodnost vede nezdědka k nesouladu mezi partnery, někdy nepřímou i ke konfliktním situacím doma i na pracovišti. Také extrémní stresové životní situace, jako je náhlé úmrtí v rodině či nevyléčitelná nemoc v okolí, může vést k hormonální poruše organismu, k vynechání ovulace i měsíčního krvácení. Řešením je regulace psychosomatického stavu prostřednictvím návštěv psychologa nebo psychoterapeuta, změnou gynekologa či doporučení adopce (17,37).

1.1.4 Aktuální léčebné možnosti poruch plodnosti v České republice

Léčebné možnosti poruch plodnosti u muže

U mužů, kde příčina snížené plodnosti není známa se jedná především o léčbu empirickou. Určité zlepšení aktuálního zdravotního stavu mohou přinést všeobecně platná doporučení týkající se životosprávy, jako je úprava denního režimu a návyků například redukce váhy, omezení stresových situací, eliminace škodlivých návyků především kouření, konzumace alkoholu a drog. Neméně důležitý je i dostatečný přísun vitamínů. V případech, kdy se porucha plodnosti odborníkům podaří odhalit, je léčba následující. U prokázaných infekcí je nezbytné kultivačním vyšetřením zjistit vyvolavatele onemocnění. Následuje cílená léčba antibiotiky, která vede ke zlepšení parametrů spermioqramu až v 50 % případů. V případě uzávěru vývodných cest pohlavního traktu a při zachované tvorbě spermií ve varleti je často úspěšná mikrochirurgická operace, při neúspěchu lze použít některé metody asistované reprodukce jako je aspirace spermií či prespermií z kanálků varlat či nadvarlat(30). Cévní změny v případě varikokély jsou řešeny chirurgicky, chirurgický výkon přináší zlepšení asi ve 20 % případů. Endokrinní příčiny neplodnosti lze ovlivnit léčbou folikulostimulačními preparáty a choriovým gonadotropinem. Léčba přítomnosti autoprotilátek proti spermiím probíhá prostřednictvím mimotělního oplodnění. Očekávaným důsledkům chemoterapie či radioterapie lze předejít zamrazením většího počtu dávek spermií muže před započítím této léčby, které lze později použít pro případné umělé oplodnění. Sexuální (kostální) problémy, které jsou způsobeny

psychickou příčinou lze ovlivnit psychoterapií a léčbou pod dohledem sexuologa, při organické příčině je vždy nutný individuální přístup (36,53).

Speciální léčebné postupy pak představují. intrauterinní inseminace spermiemi partnera či inseminace spermiemi dárce. Cílem intrauterinní inseminace je dosáhnout co nejtěsnějšího kontaktu mezi spermiemi a vajíčkem uvolněného při ovulaci. Podstatou metody je aplikace spermií přímo do děložní dutiny, která zamezí ztrátám velkého počtu spermií, ke kterým za normálních okolností vždy při průchodu rodidly ženy dochází. Intrauterinní inseminace se řadí k metodám asistované reprodukce. Je tomu tak z toho důvodu, že spermie muže je nutné před tímto výkonem upravit speciálním způsobem tak, aby při jejich následné aplikaci do dělohy nedošlo k vyvolání těžké celkové reakce organismu podobné vážné alergii, vzhledem k přítomnosti vysokého obsahu prostaglandinů. Inseminace spermiemi dárce je pak užívána v nezávažnějších případech a to za předpokladu písemného souhlasu obou partnerů. Lze použít pouze takové spermie dárce, jejichž zdravotní stav a genetická anamnéza splňují všechna požadovaná kritéria, čímž je zajištěna bezpečnost celého výkonu (30,36).

Léčebné možnosti poruch plodnosti u ženy

U poruch ovulace, které jsou příčinou asi u 25 % sterility žen, se po podrobném gynekologickém vyšetření aplikuje speciální hormonální léčba či následuje léčba chirurgická. U těch žen, kde lékaři hovoří o tzv. předčasném ovariálním selhání, je prognóza velmi nepříznivá a vyžaduje zavedení trvalé hormonální náhradní léčby, neboť steroidní hormony ženy mají v těle řadu jiných důležitých úloh, než jen účast v reprodukčních pochodech. Ve vhodných případech lze též uvažovat o řešení prostřednictvím darovaného ovocytu (8). Chirurgická léčba je indikována u těch pacientek, kde jsou diagnostikovány tzv. polycystická ovária, a kde se ani hormonální léčbou nepodařilo vyvolat ovulaci. Speciální chirurgický výkon, při kterém jsou redukovány ztlustělé obaly vaječnicků, se provádí v celkové narkóze pacientky laparoskopicky s minimálním zdravotním zatížením a s minimální hospitalizací (9).

Tubární sterilitu uváděnou v literatuře někdy též jako pozánětlivé postižení vejcovodů, které je druhou nejčastější příčinou sterility žen, je možno diagnostikovat

pomocí metod hysterosalpingografie a laparoskopie a jediné možné řešení ve vhodných případech je chirurgické. Cílem operačního výkonu je úprava anatomických poměrů v malé pánvi. Výkon je prováděn ve většině případů laparoskopicky s minimálním zatížením pacientky a jen s krátkou hospitalizací. U pacientek se závažnými nálezy je pak vhodné jejich zařazení do programu léčby prostřednictvím mimotělního oplodnění(49,68).

Léčba výskytu děložní sliznice mimo dutinu děložní, tzv. endometriózy, je hormonální dlouhodobá nejčastěji šestiměsíční, kratší léčba je ve většině případů nedostačující. Pokud se jedná o rozsáhlejší nález, pak je nutné hormonální léčbu kombinovat s léčbou chirurgickou, kdy gynekolog specialista odstraňuje endometriotické cysty a srůsty v průběhu nejčastěji laparoskopického výkonu (29,53).

Při řešení abnormalit dělohy a děložního hrdla odborníci využívají především nejrozumnější chirurgické postupy. Cílem chirurgického zásahu u vrozených vad dělohy je vytvořit jednu děložní dutinu s dostatečnou kapacitou pro vývoj plodu a pro následný bezproblémový průběh těhotenství. Preferují se zejména endoskopické chirurgické metody jako například hysteroskopie, která se dnes nejčastěji využívá pro odstranění děložních sept a nese minimální riziko vytváření pooperačních srůstů. Při komplikovanějších abnormalitách jako je kompletní či částečné zdvojení dělohy je nezbytná plastická operace abdominální cestou. I u dalších abnormalit jako jsou srůsty v děložní dutině při Ashermannově syndromu, polypů děložní sliznice či myomů je také využívána léčba chirurgická. Především výše zmíněná hysteroskopie je využívána k odstranění srůstů a polypů v děložní dutině, u myomatózy se uplatňuje zejména operační laparoskopie či klasická abdominální operace. Při neúspěšné léčbě zánětů děložního hrdla, nedostatečné sekrece v děložním hrdle či přítomnosti protilátek je možné využít metodu nitroděložní inseminace, která je v případech čistě cervikálního faktoru sterility vysoce úspěšná (51,49).

1.1.5 Asistovaná reprodukce

K metodám asistované reprodukce odborníci řadí takové léčebné postupy, při nichž je v rámci terapie neplodnosti manipulováno s lidskými zárodečnými buňkami

spermii a oocyty. Je na tomto místě také nezbytné připomenout, že právě díky metodám asistované reprodukce došlo v posledních desetiletích k zásadní změně charakteru léčby sterility. Vysoká efektivita těchto metod totiž radikálně zužuje indikace pro některé klasické léčebné postupy a mimo jiné se značné množství poznatků z této oblasti využívá i při léčbě sterilních párů jinými metodami (36,70).

V současné době existuje celá řada metod z nichž je však z důvodů technické a finanční náročnosti nejčastěji prováděna již výše zmíněná intrauterinní inseminace IUI, mimotělní oplodnění oocyty tzv. in vitro fertilizace IVF případně GIFT – Gamets IntraFalopian Transfer (zavedení spermií a vajíčka do vejcovodu). Dalšími metodami asistované reprodukce jsou: FREDI – Fallopian Replacement of Eggs with Delayet Intrauterine Insemination (zavedení vajíčka do vejcovodu s následným provedením inseminace), PROST – Pronucleus Stage Transfer, ZIFT – Zygote IntraFallopian Transfer, EIFT – Embryo Stage IntraFallopian Transfer (zavedení embryí různého vývojového stádia do vejcovodů), VITI – Vaginal IntraTubal Insemination (zavedení spermií do vejcovodů), DIFI – Direct IntraFallopian Insemination, DIPI – Direct IntraPeritoneal Insemination (zavedení spermií do břišní dutiny), POST – Peritoneal Oocyte and sperm Transfer (zavedení vajíček a spermií do břišní dutiny) (36). Ráda bych také zmínila, že velkým přínosem v léčbě neplodnosti bylo zavedení operačních technik MESA – Microsurgical Epididymal Sperm Aspiration či TESE – Testicular Sperm Ectraction, které se využívají v takových případech, kdy příčinou neplodnosti je nepřítomnost spermií ve spermatu muže a spermie je možné pomocí těchto metod získat přímo z nadvarlat (MESA) nebo z tkáně varlat (TESE). Následně je pak možné prostřednictvím tzv. mikromanipulace získané spermie do vajíčka ženy aktivně vpravit. Pak hovoříme o ICSI – Intracytoplasmic Sperm Injection tedy o aktivním zavedení jedné spermie do oocyty pomocí injekce. Mezi jiné velmi zajímavé mikromanipulační techniky pak dále patří AH – Asissted Hatching (narušení obalu embrya usnadňující uhnízdění vajíčka). Tato technika je doporučována odborníky ženám nad 37 let věku, v případech opakovaného neúspěšného mimotělního oplození. Metodou volby pro větší šanci na otěhotnění je možnost zamražení embryí, která se do dělohy aktuálně nepřenesou a mohou se později, pokud nedojde ke graviditě z předchozího

embryotransferu, rozmrazit a přenést do dělohy. Pak odborníci hovoří o tzv. kryoembryotransferu označovaném též zkratkou KET. Také uchovávání spermií ve zmrazeném stavu je běžně používaná metodika. Obě posledně jmenované metody jsou pak nesmírně důležité zejména pro ty jedince, kteří procházejí léčbou zhoubných nádorů, neboť se jim skrze tyto metody otevírá jedinečná nová možnost jak mít své biologicky vlastní dítě (36).

Intrauterinní inseminace

Intrauterinní inseminaci můžeme zařadit mezi relativně jednoduché a ve vhodně indikovaných případech také značně účinné léčebné metody. Nemají-li ženy problém s průchodností vejcovodů, pravidelně ovulují a partner má normální či mírně snížený počet pohyblivých spermií je možné předpokládat přirozený způsob početí. Pokud ale dojde k situaci, kdy se ženě otěhotnět nepodaří nebo ve spermioqramu partnera jsou zjištěny vážnější odchylky doporučuje se provedení právě nitroděložní inseminace. Spermie muže pro IUI jsou ve speciální laboratoři odborným postupem odděleny od seminární plasmy a následně tenkým katétrem zavedeny přímo do dělohy ženy (30). Cílem této metody je dosáhnout daleko větší koncentrace spermií v ampulárním úseku vejcovodu, tedy v místě nejpravděpodobnějšího oplodnění vajíčka. Tento postup tak výrazně snižuje početní ztráty spermií, ke kterým běžně dochází v průběhu jejich prostupu přirozenou cestou vnitřními rodidly ženy. U těch párů, kde muž nemá v ejakulátu žádné spermie lze pro intrauterinní inseminaci použít spermie dárce (36). Metoda IUI je aplikována u ovulujících žen bez léčby, v jiném případě vlastnímu výkonu předchází hormonální léčba, kterou se ovulace ve vaječnicích uměle vyvolá. Specialisté dále uvádějí, že pro úspěšnost léčby je důležité i správné načasování výkonu a to na základě UZV vyšetření a zhodnocení křivky bazálních teplot ženy, případně pozitivní ovlivnění pravděpodobného kontaktu vajíčka a spermií zvýšením počtu přítomných oocytů cílenou hormonální léčbou také zvyšuje šance na otěhotnění (30). Úspěšnost početí po intrauterinní inseminaci se pohybuje podle dostupných údajů od 10 do 20 % (36).

In vitro fertilizace a emryotransfer (IVF, ET)

Metoda fertilizace lidského oocyty in vitro a transfer embrya do dělohy (IVF a ET) vzbudila obrovskou pozornost odborné i laické veřejnosti v roce 1978 kdy se narodilo první „dítě ze zkumavky“. Tato metoda dala tak novou naději i těm manželským párům, jejichž léčba nebyla až dosud možná (17).

Principem metody in vitro fertilizace je oplození vajíčka mimo tělo ženy a následné přenesení embrya do děložní dutiny. Metoda tak nahrazuje tu část oplození, která probíhá ve vejcovodu (52). Původně byla vypracována a vyhrazena jako léčebná metoda pro ženy s nenapravitelně poškozenými či chybějícími vejcovody, avšak v průběhu let bylo odborníky zjištěno, že lze tohoto způsobu léčby využít prakticky u všech typů sterility. Souhrnně lze tedy říci, že pomocí mimotělního oplodnění lze v dnešní době pomoci párům neplodným z jakéhokoli důvodu, u nichž obvyklé léčebné postupy selhaly (52,70). Mezi nejčastější indikace k IVF se řadí poškození vejcovodů ženy po endometrióze a mimoděložní graviditě dále imunologické příčiny sterility, mužský faktor snížené plodnosti a neplodnost z neznámé příčiny, kde se nepodařilo ženě otěhotnět po jednodušších metodách léčby. Průběh metody mimotělního oplození lze rozdělit na několik etap. Její úspěch je podmíněn získáním zralých oocytů z ovárií ženy, fertilizací těchto oocytů in vitro, kultivací embryí a transferem embrya do vnitřních rodidel ženy (70).

Jednotlivé etapy léčby sterility metodou IVF jsou: Hormonální stimulace vaječnicků, odběr vajíček, oplození vajíček a přenos embryí do dělohy (30,36). Za běžných okolností se u zdravé ženy ve vaječnicích vyvíjí každý měsíc několik vajíček z nichž pak většinou dozrává pouze jediné. Jeho vývoj, zrání a uvolnění je řízeno hormony hypofýzy. Pro zvýšení úspěšnosti IVF jsou v průběhu léčby od počátku menstruačního cyklu podávány ženě speciální hormonální léky, které způsobují, že ve vaječnicích dozrává najednou větší množství vajíček. S vyšším počtem získaných oocytů tak roste i pravděpodobnost přenosu alespoň jednoho embrya do dělohy (30). Pro hormonální stimulaci se využívají hormony předního laloku hypofýzy, které řídí činnost pohlavních žláz, jinak známé pod názvem gonadotropiny. Mezi nejužívanější léky tohoto typu patří například Menogon a Humegon a dále synteticky vyráběné

GonalF a Puregon (30). Specialisté reakci pacientky na stimulaci pečlivě sledují, provádějí opakovaná vyšetření hormonálních hladin v krevním séru a tato vyšetření dále doplňují ultrazvukovým vyšetřením. Aby se zabránilo u stimulovaných klientek předčasné ovulaci tj. prasknutí folikulů a uvolnění vajíček ještě před vlastním odběrem, aplikují lékaři současně s léky podporujícími růst vajíček i další hormony, kterými ovulaci přesně načasují. Tyto hormony utlumí funkci hypofýzy a tím zabrání vyplavení hormonu, který je zodpovědný za uvolnění zralých vajíček z folikulu. Používají se dva typy těchto léků tzv. agonisté mezi které patří Decapeptyl, Zoladex nebo Suprecur a dále tzv. antagonisté mezi které řadíme Cetrotide, Orgalutran. V asistované reprodukci existují různé léčebné protokoly, což znamená, že odborníci využívají různé kombinace při aplikaci zmíněných léků (36). K výběru hormonální stimulace, tedy léčby dle určitého protokolu, pak odborníci přistupují u každé ženy přísně individuálně. Vlastní odběr vajíček je proces krátký a nekomplikovaný. Provádí se v celkové anestezii, proto musí žena před odběrem oocytů absolvovat u svého praktického lékaře předoperační vyšetření (EKG, krevní obraz a vyšetření moče). Vlastní výkon obvykle trvá pět, deset, maximálně patnáct minut. Odběr vajíček se provádí jednu až dvě hodiny před plánovanou ovulací vpichem jehly do folikulů na vaječnicích přes poševní stěnu pod kontrolou ultrazvuku. Odborníci hovoří o trasvaginální punkci folikulů, která je metodou vysoce efektivní a bezpečnou a při které dochází k odsátí tekutiny z jednotlivých folikulů i s vajíčky. Po výkonu je žena převezena na lůžko, kde po odběru odpočívá a pokud se cítí dobře může za dvě hodiny odejít domů s doprovodem. V den odběru je také nezbytné provést odběr spermatu partnera. Vlastní mimotělní oplodnění je prováděno za přísně definovaných a kontrolních podmínek v embryologické laboratoři. Zde jsou vajíčka přenesena do speciálního výživného roztoku - média, kam se následně přidají i spermie partnera. Po uplynutí 16 až 18 hodin po přidání spermií se hodnotí zda došlo k oplození a zda dochází k vývoji a rýhování časného embrya. Embryotransfer tedy přenos embryí do dělohy je prováděn většinou za 48-72 hodin pobytu ve výživném médiu. Embryo či embrya jsou přenesena pomocí velmi tenkého katétru zpět do dělohy. V tomto období mají embrya 4-8 buněk. Embryotransfer je výkon, který se provádí ambulantně a je naprosto bezbolestný. Žena

leží v gynekologické vyšetřovací poloze jako při gynekologickém vyšetření a embrya jsou zavedena do děložní dutiny pomocí měkkého elastického katétru kanálkem děložního čípku. S rostoucím počtem přenesených embryí logicky stoupá pravděpodobnost úspěchu otěhotnění, avšak zvyšuje se také riziko mnohočetných těhotenství. V České republice jsou proto z tohoto důvodu pacientkám přenášena do dělohy v průměru dvě embrya, dle některých autorů i čtyři (30,36). Tento počet je považován za optimální pro otěhotnění při minimálním riziku vícečetného těhotenství. Po provedení embryotransferu pak žena odpočívá půl až jednu hodinu na lůžku. Toto opatření není nezbytné, ale je pravdou, že většina center asistované reprodukce ho doporučuje a dodržuje. Také se ženám doporučuje v následujících dnech po výkonu pracovní neschopnost, neboť není vhodné provádět psychicky či fyzicky namáhavou práci. Pokud dojde k implantaci embrya do děložní sliznice, mohou odborníci již za 14 dní po transferu prokázat v moči a v krvi hormon choriový gonadotropin, pak hovoří o stadiu tzv. biochemické gravidity. Následně za dva až tři týdny je možné těhotenství prokázat ultrazvukem.. V této době již může lékař sledovat zřetelnou srdeční akci embrya a těhotné ženy jsou předávány k další péči svým gynekologům (36,52).

Na tomto místě bych ještě ráda připomněla, že mimořádně závažnou skupinu v léčbě neplodnosti tvoří páry, kde indikací k léčbě je snížená plodnost muže. Je sice pravdou, že pro in vitro oplození není nezbytné tak velké množství spermií jako pro oplození in vivo, avšak zachování určitých minimálních kritérií je nutné i zde. Donedávna tak při velmi závažných nálezech bylo jediným možným řešením použití spermií dárce. Současná medicína naštěstí přináší nové léčebné postupy tzv. asistované fertilizace, které za pomoci speciální techniky mikromanipulace umožňují oplodnění vajíčka i v případech dříve zcela neléčitelných. Metodou číslo jedna je dnes intracytoplazmatická injekce spermie (ICSI), která spočívá v aplikaci jediné spermie přímo do cytoplazmy ovocytu, která zásadně snížila počet případů, kdy k oplození bylo použito spermií dárce (30).

Úspěšnost mimotělního oplodnění se v České republice pohybuje okolo 25-30%, avšak ne všechny léčené páry mají stejnou naději na úspěch, neboť se zde uplatňuje mnoho vlivů jako je věk, příčina sterility, typ zvolené léčby a podobně (30).

1.1.6 Základní podmínky pro provádění umělého oplodnění v České republice

Provádění umělého oplodnění v České republice upravuje Zákon o specifických zdravotních službách č. 373/2011 Sb. z kterého vyplívá následující: Asistovanou reprodukci se rozumí všechny metody a postupy, při kterých dochází k odběru zárodečných buněk, k manipulaci s nimi, ke vzniku lidského embrya oplodněním vajíčka spermií mimo tělo ženy, k manipulaci s lidskými embryi, včetně jejich uchovávání a to za účelem umělého oplodnění (74).

Umělé oplodnění je přípustné provádět ze zdravotních důvodů při léčbě neplodnosti ženy nebo neplodnosti muže, jestliže je málo pravděpodobné nebo zcela vyloučené, aby žena otěhotněla přirozeným způsobem nebo aby donosila životaschopný plod nebo v případě, že jiné způsoby léčby její neplodnosti nebo neplodnosti muže nevedly nebo s vysokou mírou pravděpodobnosti nepovedou k jejímu otěhotnění. Umělé oplodnění je také možné provádět v těch případech pokud jde o potřebu časného genetického vyšetření lidského embrya, je-li zdraví budoucího dítěte ohroženo z důvodu prokazatelného rizika přenosu geneticky podmíněných nemocí nebo vad, jejichž nositelem je léčená žena nebo muž. Zárodečnými buňkami se pro účely asistované reprodukce rozumí vajíčka a spermie. Umělým oplodněním ženy se pak rozumí zavedení spermií do pohlavních orgánů ženy, nebo přenos lidského embrya vzniklého oplodněním vajíčka spermií mimo tělo ženy do pohlavních orgánů ženy. Pro umělé oplodnění ženy lze použít vajíčka získaná od této ženy a spermie získané od muže, který se ženou podstupuje léčbu neplodnosti společně, nebo zárodečné buňky darované jinou osobou tzv. anonymním dárcem, kterým může být pouze žena, která dovršila věk 18 let a nepřekročila věk 35 let, nebo muž, který dovršil věk 18 let a nepřekročil věk 40 let. Anonymním dárcem nesmí být osoba zbavená způsobilosti k právním úkonům nebo osoba s omezenou způsobilostí k právním úkonům tak, že není způsobilá posoudit poskytnutí zdravotních služeb, popřípadě důsledky jejich poskytnutí, osoba umístěná v policejní cele, ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence, které byla nařízena izolace, karanténa nebo je ve výkonu lůžkového ochranného léčení, nebo hospitalizovaná bez souhlasu. Umělé oplodnění lze provést ženě v jejím plodném věku, pokud její věk nepřekročil 49 let, a to na základě písemné žádosti ženy a muže,

kteří tuto zdravotní službu hodlají podstoupit společně. Žádost neplodného páru žádajícího o umělé oplodnění nesmí být starší než 6 měsíců. Postupy asistované reprodukce pak mohou být použity pouze u těch osob u nichž byla posouzena zdravotní způsobilost a příjemkyní nesmí být žena zbavená způsobilosti k právním úkonům nebo osoba s omezenou způsobilostí k právním úkonům tak, že není způsobilá posoudit poskytnutí zdravotních služeb, popřípadě důsledky jejich poskytnutí, nebo není způsobilá k rodičovské zodpovědnosti, a to i částečně. Příjemkyní nesmí být rovněž osoba umístěná v policejní cele, ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence. Před zahájením metod a postupů asistované reprodukce musí být neplodný pár informován o povaze navrhovaných metod a postupů, jejich trvalých následcích a možných rizicích a o způsobu, jakým může být naloženo s nadbytečnými lidskými embryi. Záznam o podání informace podepíše neplodný pár, ošetřující lékař, popřípadě svědek a záznam je součástí zdravotnické dokumentace. Na základě informací poté neplodný pár udělí písemný souhlas s provedením asistované reprodukce, přičemž písemný souhlas musí být opakovaně udělen před každým dalším provedením umělého oplodnění. Také jednotlivé výkony asistované reprodukce lze příjemkyni provést pouze tehdy, jestliže před jejich započítím k nim udělila souhlas. Udělení souhlasu zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o příjemkyni ošetřující lékař, který záznam podepíše; záznam rovněž podepíše příjemkyně. Veškeré údaje související s umělým oplodněním jsou chráněny povinnou mlčenlivostí (74).

Výkony asistované reprodukce jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění na základě doporučení registrujícího lékaře v oboru gynekologie a porodnictví v souvislosti s umělým oplodněním, a to nejvíce třikrát za život, nebo pokud bylo v prvních dvou případech přeneseno do pohlavních orgánů ženy pouze 1 lidské embryo vzniklé oplodněním vajíčka spermií mimo tělo ženy, čtyřikrát za život a to ženám s oboustrannou neprůchodností vejcovodů ve věku od 18 do 39 let ostatním ženám ve věku od 22 do 39let (75). Techniky asistované reprodukce jako je ICSI, asistovaný hatching, prodloužená kultivace embryí, kryokonzervace embryí, oocytů či spermií, KET, MESA a TESE z veřejného zdravotního pojištění hrazeny nejsou (36,52).

Léčbu metodami asistované reprodukce může provádět pouze poskytovatel, kterému bylo uděleno oprávnění k poskytování zdravotních služeb v oboru reprodukční medicíny (74).

1.2 Krize a krizová intervence

1.2.1 Co je to krize?

Psychologický slovník definuje krizi jako situaci selhání dosavadních regulativních mechanismů organismu a jako nefunkčnost v oblasti biologické, psychické a sociální (12). Můžeme ji tedy chápat jako životní situaci, která přesahuje obvyklý repertoár vyrovnávacích mechanismů jedince. Z toho vyplývá, že krize jako taková má subjektivní charakter a pro každého znamená něco jiného, je definována jedincem. Charakterizovat ji proto můžeme také jako subjektivně ohrožující situaci s velkým dynamickým nábojem a potenciálem změny. Bez ní by paradoxně nebylo možné dosáhnout životního posunu a zrání. Krize tak sebou přináší možnost zásadní změny, zpravidla vede ke změně regulačního vzorce, ke změně regulativních způsobů našeho chování a jednání. Vzhledem k této skutečnosti je možné ji považovat jak za nebezpečí tak i za příležitost. Někteří myslitelé považují krizi za určitou součást kontinua lidského bytí a označují ji za nevyhnutelný a zákonitý jev lidské civilizace(65).

1.2.2 Příčiny krize a její typologie

Příčiny krize

Za příčiny krizí jsou označovány tzv. vnější a vnitřní spouštěče (precipitatory). K vnějším spouštěčům řadíme ztrátu, změnu a volbu, k vnitřním adaptaci na vývoj a náhradní opatření (2,58).

Ztrátu jako jeden z aspektů vnějších urychlovačů můžeme označit za jednu z univerzálních lidských zkušeností. Ztráty k běžnému životu člověka patří, život je plný různých ztrát, nepřetržitého ztracení, hledání a nalézání. Ztrátu obecně lze vymezit jako náročnou životní situaci pro níž je typické především ireverzibilní odloučení od signifikantního objektu nebo funkce. To, jakým způsobem je událost ve formě životní

ztráty prožívána, pak úzce souvisí s emocionální vazbou jedince ke ztracenému objektu. Ke ztrátám řadíme smrt, rozchod, přerušeni vazby na dřívější zdroj pomoci, zklamání a zradu, stud, zranění, ztrátu hybnosti, rozplynutí očekávaného jako je nezdařená zkouška, nedostaví se očekávané povýšení, dojde k potratu či narození postiženého dítěte apod.(32,57). Ke změnám jako druhému aspektu vnějších urychlovačů řadíme změnu zdravotního stavu, změnu stavu rodinného či pracovního, atmosférické změny, změny prostředí, změny životních zvyklostí, změny letního a zimního času atd. (32). Volbou pak rozumíme rozhodnutí jedince mezi dvěma stejnými kvalitami jako je volba mezi dvěma partnery nebo volba povolání aj. (65).

Nutnost adaptace subjektu na svůj vlastní vývoj a především změny z toho pramenící řadíme mezi tzv. vnitřní precipitory krizí. Souvisí se schopností jedince vyhovět požadavkům vlastního vývoje, nárokům a zodpovědnosti (3,32). V této souvislosti hovoříme například o typických krizových obdobích v životě člověka o krizi ranného dětského věku, krizi dospívání, krizi středního věku, krizi stáří a dále krizích, které mají své příčiny v osobním osudu (4). Jev, který René Tom nazývá náhradní opatření je druhým vnitřním precipitorem krizí. Náhradním opatřením rozumíme určité dočasné řešení krizové situace takovým způsobem, aby mohlo dále docházet v životě jedince k plynulému vývoji i za stávajících nepříznivých podmínek. Náhradní opatření je tedy cosi, co má omezenou platnost v čase. Nebezpečím však je, že takové řešení situace může přestat vyhovovat postupně anebo naráz. Výsledkem je, že jedinec je pak často neschopen jakéhokoli dalšího konstruktivního kroku a dochází opětovnému rozvoji krize (16).

Typologie krizí

Různí autoři rozdělují krize různým způsobem. Osobně považuji za smysluplný klasifikační systém Baldwina, který je založen na odstupňování krizí z hlediska jejich závažnosti. Baldwin rozděluje krize do šesti tříd od méně závažnějších k nejzávažnější, přičemž zdroj stresu postupně v těchto krizích přechází od vnějšího k vnitřnímu (3,32). Klasifikace tak hovoří o situačních krizích, tranzitorních krizích,

krizích pramenících z náhlého traumatizujícího stresoru, krizích vývojových, krizích pramenících z psychopatologie a konečně o neodkladných krizových stavech (32).

Situační krizi lze charakterizovat jako událost jejímž hlavním spouštěčem se stává především nepředvídatelný stres a vnější precipitory jako je ztráta či její hrozba, změna a její anticipace a volba. Závažnost takové krize úzce souvisí se subjektivním pohledem jedince na danou situaci. Mezi situační krize řadíme zejména ztrátu zdraví, ztrátu blízkého člověka, obavu z neúspěchu, nemožnost pokračovat v nějaké činnosti, rozvody, rozchody, změny v postavení, například v zaměstnání, změnu klimatických podmínek, změnu bydliště, změnu životního rytmu, změnu pracovních návyků. Jako situační krizi lze hodnotit i nutnost volby jako je rozhodování mezi dvěma partnery či partnerkami nebo rozhodování o budoucím studiu (32,57).

Tranzitorní krize souvisí s nutností jedince překonávat v životě řadu přirozených překážek. Tyto překážky vznikají v důsledku růstu a zrání individua. Lze je tedy definovat jako určité předvídatelné procesy související s vlastním růstem a vývojem jedince, které se objevují v určitém časovém období. V rámci vývoje jednotlivce pak hovoříme například o období pubescence, období adolescence, období klimakteria. Můžeme však tyto krize vymezit i v rámci životního cyklu rodiny, kdy rodinný systém sám o sobě prochází změnami a také je nucen se těmto změnám i změněným podmínkám přizpůsobovat, v tomto smyslu pak hovoříme o krizích souvisejících s výběrem partnera, sňatkem, s narozením prvního dítěte, s narozením druhého dítěte, s odchodem dětí z rodiny a tak pod. (32,3).

Krize pramenící z náhlého traumatizujícího stresoru, lze vymezit jako krize, které jsou způsobeny extrémními vnějšími událostmi, nad nimiž jedinec nemá téměř žádnou kontrolu a které jsou naprosto neočekávány. Často následkem takových stresorů dochází ke zdrcení a naprostému ochromení jedince. Charakter událostí je pro člověka zpravidla nový a neznámý a proto lidé nemají dopředu vytvořený obranný vzorec chování a jednání. Do této skupiny řadíme zejména přírodní katastrofy, válečné události, hromadná neštěstí, ale i znásilnění či náhlé úmrtí blízké osoby (57,58).

O vývojové krizi hovoříme všude tam, kde z nějakého důvodu nemohla zdárným způsobem proběhnout krize tranzitorní, která souvisí s přirozenými reakcemi jedince

nebo rodinného systému na určité životní změny či vývojové úkoly. V rámci mezilidských vztahů je totiž jedinec i rodinný systém vystaven otázkám jejichž řešení je pro jejich další vývoj důležité. V průběhu řešení těchto nastolených otázek však může docházet k selhání, které často úzce souvisí nebo má vztah k některým nedořešeným či nedokončeným tématům z předchozího vývoje. Takovými tématy může být otázka jistoty a bezpečí, nasycení potřeb, symbióza či separace, intimita, moc, bezmoc, nemoc, zralost, nezralost, sexualita či sexuální identita, vztahy, partnerství, rodičovství atd.(55). Prostřednictvím vývojové krize tak vlastně jedinec řeší to, co ve svém dřívějším životě řešil dočasně nebo náhradně, či problém přeskočil nebo nevyřešil vůbec. Dochází tak k jakémusi dorovnání do přirozeného toku života (32,54).

Krize pramenící z psychopatologie mají též svůj původ v provizorně řešených nebo přímo nevyřešených vývojových otázkách. Kořeny obtíží těchto krizí však pravděpodobně zasahují až do nejranějšího období vývojových stádií jedince. Často se jedná o jedince, kteří mají zkušenosti s psychiatrickou léčbou, jako jsou klienti s poruchou osobnosti, neurotickými obtížemi, jedinci závislí na alkoholu, drogách, klienti s depresí či psychózou. Spouštěčem krizí u těchto jedinců může být prakticky cokoli jako je změna, ztráta, volba, vývojové nároky a vše je navíc umocněno obecně větší zranitelností těchto jedinců a nerovnováhou rodinného systému (32,22).

Situace pro něž je charakteristický vysoký potenciál naléhavosti označujeme jako neodkladné krizové stavy. Do této skupiny patří takové stavy, které mohou, ale nemusí provázet aktuálně probíhající psychické onemocnění. Odborníci do této skupiny řadí: akutní psychotické stavy, alkoholové či drogové intoxikace, problémy spojené s kontrolou impulsů, jako je sebevražedné chování, vražedné chování, nekontrolovatelná zlost a agrese. Dále je do této skupiny možné zařadit panickou úzkost a některé disociativní stavy, jako je ztráta vědomí a různé typy automatického a dezorganizovaného chování, které nepodléhá volní kontrole a tak si je klient nepamatuje, a stavy spojené s extrémním psychickým vypětím projevující se jak psychicky tak somaticky (4,32).

1.2.3 Průběh krize

Krizi chápeme jako situaci, v níž je významným způsobem narušena rovnováha mezi základními charakteristikami systému, je narušeno poslání, filozofie, hodnoty, cíle i styl fungování systému. U každého krizového jevu dále můžeme vysledovat i časově ohraničené fáze, které tvoří dohromady tzv. životní cyklus krize (65,72).

Vývoj vlastního krizového stavu je tedy možné rozdělit do několika stádií u kterých lze vysledovat různou dobu trvání. Jedním z autorů, kteří se zabývali průběhem krize je Caplan, který definoval čtyři fáze krizového stavu (32).

V první fázi krize, která se nejčastěji odehrává v horizontu několika minut až hodin, maximálně několika málo dnů, jedinec vnímá ohrožení jehož konečným důsledkem je zvýšená úzkost. Následně dochází k aktivizaci obvyklých známých vyrovnávacích strategií, kdy jedinec nejčastěji situaci řeší svépomocí nebo hledá pomoc u blízkých lidí, jako je rodina a přátelé. Pokud je řešení neúspěšné, nastupuje druhá fáze, která ve svém důsledku vede k nedostatku kontroly jedince nad situací a k jeho pocitům zranitelnosti. Jedinec se v této fázi snaží řešit situaci náhodným způsobem, avšak může dojít i k jeho ochromení. V této fázi také často dochází k prvním kontaktům klienta s linkou důvěry. Druhá fáze trvá několik hodin až několik dnů. Pokud k řešení závažné situace nedojde, dochází k rozvoji další fáze, v které se jedinec snaží o předefinování krize s nadějí, že důvěrně známé vyrovnávací mechanismy budou úspěšné, někdy využívá k řešení situace i nové způsoby řešení. Jedinec je v této fázi nejprístupnější pomoci. Krizová intervence jako metoda péče je v tomto případě často plně dostačující, klienti v této fázi navštěvují krizová centra většinou spontánně a tak není ojedinělé, že díky této péči se mohou opět vrátit na předkrizovou úroveň fungování. Pokud však přes všechnu snahu klienta nelze najít vhodné řešení situace, dochází k rozvoji čtvrté fáze krize, jež je charakteristická závažnou psychologickou dezorganizovaností a prohlubováním úzkosti jedince natolik, že často vyústí až do stavu paniky. Objevují se také hluboké kognitivní, emocionální a psychologické změny. Síla vnitřního utrpení je tak veliká, že začíná zkreslovat „optiku“ vnitřního prožívání jedince. Zorné pole klienta má tendenci se zužovat pouze na úzký paprsek vjemů. Dochází k poklesu schopnosti vyhledat odbornou pomoc. Je tedy nesporné, že tato

poslední čtvrtá fáze přináší jisté ohrožení člověka. Nebezpečí takového stavu tkví především v možnosti jeho přechodu do chronicity a vzniku syndromu psychického ohrožení, který následně může přispět ke vzniku duševního či somatického onemocnění (32,40). Pro syndrom psychického ohrožení je typické, že zasahuje klienta v jeho tělesné i psychické jednotě. Jedinec není schopen unést své psychické prožitky, není schopen je zvládat ani si s nimi jakkoli poradit, nezvládá úzkost, na základě nezvládnuté zátěže svědomí trpí často neúnosným pocitem viny, v důsledku nízkého sebevědomí a sebehodnocení cítí stud a příkoří, jeho vnímání a vyhodnocování skutečnosti je omezeno. Dochází k tzv. dynamickému zúžení apercepce, které je mimo jiné i jedním ze znaků presuicidiálního syndromu. Zúžená apercepce nemusí nutně provázet jenom presuicidiální syndrom, pro který je typické právě zúžení prostoru, potlačování agrese a její zaměření proti sobě a sebevražedné fantazie. Může vzniknout i obtížně zvladatelná reakce patologického až destruktivního rázu. Mohou se objevit agresivní reakce, útkové chování, regresivní chování, panická reakce či derealizace. Všechny tyto uvedené reakce mohou reálně syndrom psychického ohrožení doprovázet, mohou však být i součástí reakce na závažný stres nebo poruchy přizpůsobení jako důsledek působení stresu a traumatických podnětů precipitujících krizový stav (44,47,57,65).

1.2.4 Řešení krize

Přirozené ochranné mechanismy a adaptivní vědomé strategie

Při řešení krizových stavů a situací se uplatňují různé formy pomoci, jejichž hlavním cílem je navrátit jedinci jeho psychickou rovnováhu narušenou kritickou životní událostí (66,71). Kromě odborné krizové pomoci, která zahrnuje především péči psychologickou, lékařskou, sociální a právní, se při řešení krize uplatňují i vlastní vyrovnávací (coping) strategie jedince, které mu umožňují jeho adaptaci aktuálním nárokům života (57,72). Schopnost zvládnání neboli coping strategie je možné odvodit od základních reakcí organismu na zátěž ve smyslu útěk, útok a ochromení, které si je jedinec schopen uvědomit a více či méně je též schopen je podle potřeby měnit. Ve svém výsledku pak tyto reakce mohou být hodnoceny jako adaptivní či maladaptivní odpověď na vzniklou situaci. Tyto mechanismy jsou vývojově staré a jsou vrozené jak

lidem tak i zvířatům. Jejich hlavním cílem je zajistit přežití. Hovoříme o tzv. vrozených vyrovnávacích strategiích. Z hlediska fyziologie jde vlastně o reakci určité části vegetativního nervstva, která zajišťuje aktivaci organismu nebo jeho útlum. Ve smyslu aktivace pak jde o reakce typu útok a útěk, ještě starší reakcí, která se vyznačuje vysokým stupněm dezorganizovanosti je panika. Za reakci ve smyslu útlumu je pak možné považovat ochromení, kdy jsou zablokovány myšlenkové pochody, jedinec není schopen pohybu nebo má tendenci omdlít. Pro tyto mechanismy je typické, že se objevují v případech velkého stresu, kdy se stírají vyšší a zralejší vrstvy osobnosti a jedinec reaguje na úrovni instinktů zajišťujících přežití (65,67). Kromě vrozených vyrovnávacích strategií můžeme v souvislosti s reakcí na krizi u jedinců pozorovat tzv. přirozené mechanismy chránící před fyzickou a psychickou bolestí. Jedním z takových ochranných procesů je regres, jehož účel tkví v návratu k nižším stupňům vývoje jedince, tedy ke starým osvědčeným vzorcům chování v situaci mezního ohrožení. Jinou formou ochranného procesu je disociace, při níž se dva psychické procesy od sebe oddělí a koexistují vedle sebe, aniž by se propojily. Tato reakce umožňuje přežít dlouhodobě nepříznivé podmínky a neúnosné prožitky. Ochranný proces, při němž subjekt nevnímá určité ohraničené oblasti svého prostředí nebo přímo sebe sama se nazývá skotomizace. Skotomizace bývá často důsledkem takových prožitků, které nelze přijmout a integrovat. Projevuje se neschopností individua vzpomenout si na určitou událost. Jedinec není schopný si vzpomenout na vše, vzpomínky jsou buď zcela nedostupné nebo zkreslené či velmi kusé. Jiným projevem skotomizace pak může být neschopnost empatie s někým, kdo prožil něco podobného jako poškozený subjekt(46,65).

Za vysoce užitečné, zdravé a život obohacující můžeme však považovat i takové vyrovnávací strategie, které jsou známé jako tzv. vědomé adaptivní postupy. K takovým postupům řadíme například schopnost kontaktu s pocity, tedy schopnost ulevit si pláčem, hněvem, dovednost zorientovat se v ambivalentních pocitech a respektovat emoce u druhých lidí. Je pravdou, že mnoho lidí je v zátěžové situaci zaskočeno svými vlastními emocemi, které jsou natolik silné, že je prakticky nemožné je skrývat. Mnozí jedinci tak neví, jak se svými emocemi pracovat, nezřídka se za své emoce omlouvají,

neboť nechtějí zatěžovat své okolí, prožívají pocity studu či nepatřičnosti. Takové jednání je vlastně výsledkem určitého společenského mýtu o duševní síle, podle kterého „Silný člověk má své emoce vždy pod kontrolou“. Je chybou, že pláč, zlost nebo úzkost jsou v současné moderní společnosti tabuizovány a proto je nezbytné klientům pomoci ve vyjadřování jejich emocí, jejich emoce respektovat a také podporovat názor, že takové dovednosti se lze naučit prakticky kdykoli (44,11,14).

Mezi vědomé adaptivní postupy patří i schopnost sdílet a sdělovat. Tato schopnost se jeví jako velmi užitečná především v mezilidských vztazích. Takový člověk, dokáže vyjít ze své vlastní ochranné hradby a dá nahlédnout do svého nitra tím, že dokáže jiným lidem sdělit to, co prožívá a současně také umí naslouchat a pobývat s druhými, když oni něco prožívají. Výsledkem je nejen obohacující zážitek pro něho samotného, ale i pro všechny zúčastněné (11,14).

Vědomým vyrovnávacím mechanismem je i dobrý kontakt jedince s vlastním tělem. Lidské tělo je velmi důležitým indikátorem toho, co se s člověkem děje, neboť dává každému zprávu o jeho individuálních mezích únosnosti prakticky ve všech situacích a má tak důležitý ochranný a varovný význam. Člověk může prostřednictvím vlastního těla prožívat jak zájem tak i averzi, jak dostatek energie tak i únavu, slast i bolest. Je důležité si uvědomit, že tělová reakce velmi často předchází vědomí a při troše vlastní vnímavosti k sobě samému tak může zachytit, že se něco nesprávného děje ještě dříve, než je to zjevně patrné. Také kontakt s vlastními potřebami je v krizových situacích důležitý. Někdy se jedná o potřeby naprosto bazální, které však byli dosud opomíjeny a zanedbávány. Potřeby klientů je nutné nejen respektovat, ale jejich uspokojení podporovat, neboť jsou jedním ze základních kroků přispívajících ke zdárnému vyřešení krize (7,28,65).

Krizová situace často jedince přiměje k uvědomění si vlastních hranic, k potřebě vymezit se tam, kde to dosud nebylo možné či vůbec neuvědomované. Jedná se zejména o schopnost vyjadřovat souhlas či nesouhlas s něčím podle vlastních potřeb (4,19). Také schopnost orientovat se v situaci s využitím dostupných prostředků a informací a schopnost využít vlastní starší zkušenosti je pro řešení krizové situace důležité. Problémem jedince v krizi nemusí být ani tak nedostatek informací, jako spíše jejich

dostupnost, přehlednost a jejich uspořádání tak, aby se pro vlastní využití jedinci neztrácely ze zorného pole a jeho představa o stávajícím problému byla úplná. Je také důležité si uvědomit, že pro řešení situace je mnohdy možné využít i stávající zkušenosti, znalosti a dovednosti, které jedinec získal v průběhu svého vlastního života, ať už se jedná o zkušenosti kladné či záporné, neboť i ty mají svůj směřující význam(58).

Podobnou možnost jako výše uvedená problematika přináší pro řešení krizové situace i schopnost využití existence a zkušenosti blízkých lidí, schopnost využít potenciálu přirozené komunity a využití vzorců kolektivního chování (57,66). Životní krize velmi často souvisí se vztahy s blízkými lidmi a je běžné, že mnohdy potřebujeme nejen radu a přítomnost těchto lidí, ale také určitou změnu z jejich strany vůči nám. Není ojedinělé, že jedinec nejprve řeší krizi s rodinou a přáteli, neboť je zcela přirozené, že jsou to právě naši blízcí, s kterými hovoříme o tom, co se nám přihodilo a v ideálním případě s nimi své problémy a potřeby probíráme. Také jsou to často naši nejbližší, kteří si v souvislosti s naší osobou všimnou, že se něco děje, případně vlastní řešení krize nacházíme právě v rámci vztahového systému s nimi (44,65). Také síla a potenciál přirozené komunity je zdrojem nenásilné podpory jedinců, kteří mají problémy a potřebují je řešit. Společenství přirozené komunity tak může poskytnout potřebným výpomoc, radu, podporu, případně přítomnost i účast a umožní jim sledovat a učit se z různých modelů chování i řešení náročných životních situací. Na tomto místě je nutné připomenout, že i určité společenské rituály přispívají k řešení nepříznivých životních problémů. Určité vzorce kolektivního chování totiž mnohdy problémy zviditelňují a usnadňují přechod z jedné životní etapy do druhé, pomáhají při průchodu emocí a orientaci ve společenských situacích. Z takové podpory zde mohou profitovat jedinci různého věku od dětí, které potřebují napodobovat, přes dospělé až k seniorům. Podstatou pomoci v komunitě se stává princip vzájemnosti (40,66).

K vědomým mechanismům, které také velmi často přispívají k řešení krizí patří i určitá otevřenost neobvyklým řešením, zapojení vlastní fantazie a inspirace literárními příběhy. Proces ve kterém dochází ke zvládnutí krizové ho stavu lze přirovnat k procesu tvorby. Jedinec potřebuje určitou schopnost tvořivosti především v okamžiku, kdy

vyčerpal dostupná a známá řešení a musí tak hledat nové cesty dalšího postupu. V tuto chvíli se ocitá na poli zvýšené vnímavosti vůči novým možnostem a je otevřen změně. Krizový stav tak paradoxně učí jedince něčemu novému, obohacuje ho, přináší do jeho života zkušenost a mnohdy i moudrost. Také literární příběhy, které jsou často staré jako lidstvo samé, nejen vyprávějí, ale především učí, obohacují a rozšiřují vlastní sféru možností individua pro řešení kritických životních událostí (22,25).

V traumatických a kritických životních situacích velmi často člověku uniká smysl toho, co se stalo nebo toho, co se právě děje, může cítit zlobu, hněv na nespravedlnost světa či zásah vyšší moci. Je však důležité si uvědomit, že člověk psychicky umírá až tehdy, kdy zemřela jeho naděje (58,65). Bez takové jiskry se svět a bytí samo osobě stává děsivé a proto je důležité, aby žádný člověk v těžké životní situaci nebyl připraven o naději. Naděje a víra ve zlepšení, v budoucnost a ve spravedlnost dává určitý přesah vedoucí do lepšího života a světa. Je tak důležitým a nepostradatelným motivem k přežití i u lidí v těch nejobtížnějších životních situacích(2).

Odborná pomoc v krizi

Odbornou pomocí v krizi je prakticky zaměřená činnost, pro kterou užíváme specifický název krizová intervence (62,65). Můžeme ji charakterizovat jako určitý komplex vysoce odborných služeb, které se podílejí na řešení velmi závažných životních situací či událostí v životě jedince, který je nedokáže aktuálně vlastními silami ani s pomocí vlastních zdrojů vyřešit (57). Hlavním cílem této činnosti je zajistit klientovi bezpečí, poskytnout podporu, pomoc, naději a vedení, které mu umožní pocítit úlevu a následně aktivovat jeho schopnost situaci zvládat tak, aby se v jeho stavu docílilo předkrizové úrovně fungování (57,58). Aktuální cíl pak spočívá ve stabilizaci stavu klienta a zabránění progresu krizového stavu. Perspektivním cílem je pak propracování klientovi blízké budoucnosti a jeho směřování k dalším možnostem řešení za podpory jeho samostatnosti a kompetence (65). Je velmi důležité, aby odborná krizová pomoc byla dostupná, neodkladná, bezbariérová, komplexní a vždy přihlížela k individuálnímu chápání krizového stavu klientem s ohledem na rozdíly věku, pohlaví,

původu, náboženské a sexuální orientace (57,65,71). Neméně důležitý je též princip návaznosti péče, který zajišťuje předání klienta dle povahy jeho problémů a potřeb do rukou dalšího odborníka či do péče jiných specializovaných pracovišť (65).

V České republice můžeme hovořit o dvou základních formách pomoci v krizi o prezenční a distanční formě pomoci. Prezenční forma pomoci zahrnuje terénní a mobilní služby, ambulantní formu péče a péči ve formě hospitalizace (65).

Terénní a mobilní služba krizové intervence spočívá v přenesení procesu krizové intervence na místo, kde se osoba nebo osoby v krizi nachází. Forma této pomoci má několik podob. Může se jednat o výjezd ke klientovi, kdy krizový intervent či odborný krizový tým vyjíždí do terénu a pomoc klientovi poskytuje přímo v jeho přirozeném prostředí. Děje se tak v takových situacích, kdy klient není z nějakého důvodu schopen sám osobně krizové centrum kde se služby poskytují navštívit. Takovým místem může být domov, škola, nemocnice, ulice, nebo jiné místo, kde došlo k neštěstí či krizové události. Jinou podobou terénní služby může být doprovod klienta na úřad, do nemocnice či k lékaři, na policii nebo k soudu. Speciální terénní služby jsou pak poskytovány při mimořádných událostech jako jsou katastrofy. V tomto případě vzhledem k tomu, že se předpokládá mohutné zasažení obyvatelstva, se v prvních dnech, týdnech případně i měsících vysílají krizoví pracovníci na místo události aktivně a to buď celoplošně nebo do takových oblastí, kde lidé situaci nezvládají a nebo se zvládnutím situace mají veliké obtíže. Speciální mobilní krizové týmy tak pomáhají obyvatelům zvládnout počáteční šok, prožívání, pomáhají informovat a podporují schopnost obyvatelstva informace přijímat, podporují konstruktivní řešení a pomáhají zprostředkovat i další odbornou a specializovanou péči všem, kteří ji potřebují (32,65).

Ambulantní krizová pomoc předpokládá schopnost klienta do zařízení či pracoviště krizové pomoci docházet. Tato forma pomoci je poskytována v zařízeních a institucích speciálně k tomu určených a zahrnuje pomoc i formou denního stacionáře, která často navazuje na péči formou hospitalizace. Klienti mohou vyhledat ambulantní pomoc na základě vlastního rozhodnutí nebo jim může být taková pomoc doporučena jiným pracovištěm, jako jsou linky důvěry, policie, sociální odbory či instituce zdravotnické (32,65).

K formě krizové intervence hospitalizací se pak přistupuje v takovém případě, kdy klientův stav je vážný a neumožňuje mu setrvat v domácím prostředí nebo by takový pobyt klienta byl hodnocen jako kontraproduktivní, tedy ohrožující s rizikem možného prohloubení krizového stavu. Klienti jsou hospitalizováni zejména v krizových centrech eventuelně v jiných pracovištích k tomu určených, například na krizových lůžkách v rámci nemocničních zařízení, domovů pro seniory v diagnostických ústavech či v azylových domech a podobně (3,32,65).

Zařízení, která primárně poskytují výše uvedené formy pomoci jsou nazývána krizová centra a pomoc poskytují dle svých personálních, prostorových, finančních a organizačních možností. V krizových centrech působí speciální multidisciplinární týmy jejichž členy tvoří psychologové, sociální pracovníci, lékaři a zdravotní sestry, spolupracovat s týmem mohou dále i právníci a duchovní, dobrovolníci či školení laici a studenti. Krizová centra tedy plní jednak funkci diagnostickou a terapeutickou, není výjimkou, že jsou také provozovateli linek důvěry. Kromě těchto základních úkolů také spolupracují s dalšími pomáhajícími institucemi, organizují podpůrné a svépomocné skupiny, podávají informace na téma krize a její zvládání a informují o své existenci a možnostech pomoci v krizi prostřednictvím médií (65).

Proces krizové pomoci, kdy je krizový intervent prostorově vzdálen od klienta, představuje distanční formu krizové intervence. Jedná se zejména o telefonickou krizovou pomoc či kontakt s klientem prostřednictvím internetu. Telefonická pomoc nabízí klientům v krizi podporu a pomoc prostřednictvím telefonu. Tuto formu pomoci v České republice zajišťují zejména tzv. kontaktní linky, specializované linky a linky důvěry. Kontaktní linky jsou takové linky, které nemají charakter linek důvěry a tak mohou, avšak nemusí přímo sloužit klientům v krizi. Jsou součástí kontaktních center, některých krizových center nebo občanských poraden, které jsou obvykle k dispozici klientům těchto pracovišť především pro navázání prvního kontaktu a předpokládá, že po telefonátu bude následovat osobní návštěva klienta. Specializované linky v cizině, také nazývané hot line, jsou takové linky, které jsou zaměřené na určitou problematiku jako je domácí násilí, drogová problematika, problematika onemocnění AIDS, problematika sekt apod. Na tuto primární pomoc pak dále navazuje možnost osobní

návštěvy další léčby v konkrétních specializovaných pracovištích. Telefonické linky, které jsou otevřené celé populaci a nejsou specializované pouze na určitou konkrétní problematiku se nazývají linky důvěry. Jsou určené dětem, dospívajícím i dospělým a jsou připraveny pomoci klientům vyřešit jakýkoli problém. Jedním z důležitých nástrojů těchto pracovišť je velmi dobře propracovaná databáze odborných kontaktů z psychosociální i zdravotnické oblasti, která garantuje klientům navazující specializovanou péči dle potřeby (18,58,65). Novou a velmi aktuální formou krizové pomoci se v současné době stává internetová krizová pomoc, která je realizována prostřednictvím internetové sítě. Internetová komunikace nabízí několik možností: uveřejňování statických informací na www stránkách, e-mailovou korespondenci, newslettery, chaty a diskusní skupiny, propagaci prostřednictvím bannerů, ikoněk apod. To jak mohou být tyto jednotlivé možnosti využívány závisí především na typu klientely a poskytované služby. Internet se stává prostorem k řešení zejména u takových témat, kde klienti preferují anonymitu, a která jsou často spojena se sociální stigmatizací jako problematika AIDS, drogy, násilí, problematika sexuální orientace aj. Jako určité alternativní komunikační médium je také nápomocný těm klientům, kteří jsou ohroženi komunikačními bariérami jako zdravotně postižení a bezdomovci. V každém případě vzhledem ke stále zvyšujícímu se počtu uživatelů internetu a k velkým komunikačním možnostem právě prostřednictvím tohoto média, představuje tento způsob pomoci jeden z nejmodernějších způsobů krizové intervence vůbec(57,65).

Krizová intervence tváří v tvář

Krizovou intervencí tváří v tvář můžeme charakterizovat jako vysoce odbornou práci s klientem, který se ocitl v krizové situaci. Přístup krizového intervenanta-odborníka, spočívá v aktivní práci, která je založena na okamžité intervenci v několika krocích. Vzhledem k různorodosti problémů klientů je zřejmé, že pořadí jednotlivých kroků nelze předem přesně naplánovat, avšak určitý základní postup existuje (18,65).

Výchozí body a principy krizové intervence jsou následující: Je profesionální mít stále na paměti, že krize má individuální charakter, tedy pro každého jedince znamená něco jiného. Vlastní krizový stav je časově omezený a není-li úspěšně vyřešen

včas, nabývá v zájmu udržení životní rovnováhy méně produktivních podob. Je také důležité, aby odborná práce s klientem byla založena na eklektickém principu, který předpokládá individuální přístup a na míru člověku a jeho situaci šitou intervenci a to v celém kontextu bio-psycho-sociálním a duchovním (19,21,65).

K základním postupům v krizové intervenci patří: Úvodní fáze konzultace, práce s klientem a jeho příběhem a závěr konzultace. V úvodní fázi konzultace dochází k tzv. přípravě rámce. Odborník se představuje klientovi a za použití nejrůznějších podpůrných prostředků zajišťuje klientovo bezpečí a stabilizaci tělesných potřeb. Již v této době před započítím vlastní konzultace dochází k odhadu závažnosti situace a k případné reflexi emocí slovy či neverbálně. Následuje kontrakt, který spočívá v informování klienta o časovém rámci konzultace, jejím hrazení a možnosti zůstat v anonymitě (65,57).

Druhá fáze práce s klientem a jeho příběhem zahrnuje tyto aktivity: Popis aktuální situace, tedy co se stalo či děje a popis přítomných obtíží, dále následuje posouzení precipitujících faktorů, vztahového kontextu a posouzení duševního stavu klienta. Na základě těchto informací a vlastního očekávání klienta vzniká klientova zakázka a práce s ní. V průběhu této činnosti odborník posuzuje předkrizovou úroveň fungování klienta, tzv. katastrofický scénář, tedy to jak a do jaké míry je klient reálně ohrožen, hodnotí případné suicidiální úvahy a celkovou osobní zranitelnost a snaží se analyzovat stávající vyrovnávací strategie, komunikační dovednosti a sociální podpůrný systém (46,57,65).

V závěru konzultace pak dochází k uzavření kontraktu s klientem o dalším postupu (65). Během celé práce usnadňují odborníkovi komunikaci s klientem nejrůznější techniky práce jako je provázení, vedení, techniky efektivní komunikace jako je objasňování rekapitulace, parafráze, kotvení a zhodnocující formulace. Využívá též pozitivní konotace k posunutí zdánlivě negativního obsahu sdělení do pozitivnějšího světla. Odborník též pracuje s nejrůznějšími typy otázek směřujících k zjištění faktů, určitých cílů či k umožnění klientovi jiného pohledu na svoji situaci (27,33,65).

Telefonická krizová intervence

Telefonická krizová intervence představuje poskytování podpory a pomoci klientům v krizové situaci prostřednictvím telefonu. Tato služba umožňuje bezprostřední telefonický kontakt klienta v krizi s kvalifikovaným odborníkem, který klientovi aktivně naslouchá hovoří s ním a neomezuje ho v jeho svobodě a vyjádření. Nabízená pomoc touto formou nezahrnuje pouze první kontakt, ale platí po celou dobu krizového stavu a umožňuje klientovi i následnou péči i její zprostředkování v případě zájmu klienta. Pomoc pracovníka telefonické krizové intervence spočívá zejména v poskytnutí podpory klientovi a v jeho opětovném zplnomocnění k řešení vlastních problémů i snášení jeho starostí. Mezi hlavní povinnosti krizového pracovníka patří zachování naprosté mlčenlivosti o všech skutečnostech souvisejících s případem klienta a dále respekt k anonymitě jak vlastní tak i klienta. Pomoc na linkách telefonické krizové intervence je dosažitelná nepřetržitě nebo v určitém daném časovém limitu dle typu linky. Mezi výhody této formy krizové pomoci patří zejména snadná dostupnost, tedy možnost okamžité intervence bez podmínek pro volajícího, rychlost, na rozhovor není obvykle nutno čekat, anonymita, možnost mapování setkání s kompetentním pracovníkem v případech, kdy klient není ještě rozhodnut k návštěvě odborného pracoviště, šance pro ty klienty, kteří nemohou z objektivních důvodů osobně navštívit odbornou psychologickou pomoc, možnost volat znovu a podle vlastní aktuální potřeby. Telefonická krizová pomoc má však i svá určitá omezení a nevýhody daná možnostmi telefonního aparátu, jedná se například o absenci tzv. vizuálního klíče, kdy odborník nemá možnost odezírat z obličeje a gest i dalších nonverbálních charakteristik klienta, které zpravidla má k dispozici při kontaktu face to face, nevýhodou je dále určitý časový stres, který omezuje kvalitní navázání kontaktu či může způsobit přerušování hovoru v důsledku poruchy telefonní sítě či vlastního rozhodnutí klienta z důvodu nedostatku finančních prostředků. Nevýhodou je také nedostatečná zpětná vazba, kdy vzhledem k jednorázovým hovorům na linkách nemá krizový intervent žádnou zpětnou vazbu o účinnosti zásahu a náročnost, neboť telefonická krizová pomoc je v mnoha ohledech obtížnější a náročnější než jiné formy pomoci (57,65).

Telefonická krizová intervence nejčastěji probíhá tímto způsobem: Po navázání kontaktu pracovníka s klientem následuje aktivní naslouchání klientova příběhu, identifikace objednávky a očekávání klienta. Krizový intervent pak pokračuje ve své práci dotazováním a analýzou aktuálního problému při současném respektování individuálních potřeb klienta a dále navazuje řešením klientova problému s případným doporučením návazné péče na jiného vhodného odborníka v závěru rozhovoru (65).

V souhrnu lze závěrem této stati říci, že krizová intervence je u svého konečného cíle tehdy, když je klient zorientován v realitě, chápe svoji situaci a je schopen cítit i vyjadřovat emoce jakož i předjímat možné následky. Je také schopen uvažovat o životě a možnostech v blízké budoucnosti a spolu s odborníkem dokáže případně zvolit i varianty další péče nebo jiná opatření. Intervenci je vždy vhodné ukončit celkovou rekapitulací s vyjasněním dalších možností klienta pokud by došlo k opětovnému zhoršení situace (57,65).

1.2.5 Základní postup pro provádění krizové intervence v České republice

Zásady krizové intervence a krizové pomoci i konkrétní doporučený postup jejího provádění v České republice je dílčím výstupem projektu MATRA III z roku 2004. Krizová intervence je dle tohoto projektu součástí tzv. krizové pomoci a je interpretována jako zásah v krizi, přičemž vlastní pojem krizová intervence je vnímán jak v širším, tak i v užším slova smyslu a tak je i vlastní postup jejího provedení v tomto smyslu prezentován (3).

V širším slova smyslu tak krizová intervence představuje metodu, tedy uspořádání a návaznost postupů, jejichž hlavním cílem je vyřešení současné situace a obnova sil jedince od nejmenšího cíle, který představuje návrat na předkrizovou úroveň k cíli největšímu jež je definován jako tzv. pokrizový růst (3).

V užším slova smyslu pak pojem znamená techniky a strategie, které jsou využívány při zacházení s člověkem, který se ocitl v krizi. Hlavním cílem je, aby daný jedinec získal opět nad sebou vládu (3,57).

Krizová intervence jako metoda – postup provedení

Cílem krizové intervence jako metody je pomoci klientovi zvládnout situaci tak, aby se vrátil na předkrizovou úroveň žití, případně, aby se podpořil jeho růst. Zaměřuje se zejména na podnět, který krizovou reakci vyvolal, na pocity s ním spojené a na možné zdroje pomoci v klientově okolí i na jeho vlastní síly. U daného případu může sestávat i z řady dílčích krizových intervencí, které zahrnují i jiné osoby, například jednotlivé členy rodiny. Postup krizové intervence jako metody sestává z jednotlivých kroků, které lze různě řadit: jedná se o posouzení – plánování – provedení – vyhodnocení. V ideálním případě se tyto kroky dějí okamžitě a téměř neznatelně a kruhově na sebe navazují (3).

Cílem posouzení je zjistit: v jaké situaci člověk je, co se stalo nebo děje, zjišťujeme problém, ohnisko, spouštěč a jak člověk krizi vnímá. Dále se zaměřujeme na to co člověk potřebuje, snažíme se zjistit, jaká je jeho zakázka. Zjišťujeme také tzv. katastrofický scénář čeho se člověk či rodina nejvíce obává, a jaké má k dispozici vlastní síly včetně copingových strategií. Posuzujeme i případné sebevražedné riziko. Zajímáme se také o to, jaké má k dispozici zdroje v okolí, zkoumáme dostupnost jeho podpůrné sítě i formální zdroje sociální opory. Součástí posouzení jako první fáze kontaktu je i smlouva, která je jakýmsi rámcem pro spolupráci klienta a pracovníka krizové intervence. Patří sem i dojednání o případných platbách, o četnosti návštěv, o místě a cíli společných setkání jímž by měl být vytoužený výsledek, kterého se má společnou prací dosáhnout, a o mlčenlivosti. V případě sebevražedného rizika lze uzavřít i dohodu proti sebevraždě. Sběr údajů při posouzení má být systematický, pružný, rychlý a pečlivý a neměl by působit jako výslech (3).

Cílem plánování je v první řadě vytvoření plánu, který bude reálný, tedy splnitelný, bude omezený časově, jasně formulovaný, konkrétní a při jeho plnění se bude postupovat po malých krocích s blízkým časovým výhledem. A dále prozkoumání alternativních možností řešení pro případ, že by plán neuspěl, případně i vytvoření tzv. krizového plánu, neboť zjištění, že existuje více možností řešení, může samo o sobě přinášet klientovi úlevu. V plánu je potřebné stanovit krátkodobé i dlouhodobé cíle pomoci, postupy k jejich dosažení a měřítko, kterými se vyhodnotí (3).

Fáze provedení zprostředkovává jedinci v krizi řešení jeho situace s cílem obnovení rovnováhy jeho života. K dosažení vytyčených cílů lze použít dle projektu MATRA III několik prostředků. Těmi jsou: Lidsky obecný nebo individuální přístup ke klientovi, obecná podpora, úprava podmínek a prostředí, anticipatorní vedení a zprostředkování návazných služeb (3).

Lidsky obecný přístup ke klientovi je takovým typem krizové intervence, který předpokládá, že krize se vyřeší tehdy, splní-li jedinec určité obecné psychologické úkoly a jeho chování se zaměří na řešení problémů. Individuální přístup pak více zdůrazňuje psychodynamické souvislosti krize u daného člověka a jeho neřešení, krizi oživené vývojové otázky. Je náročnější, přesahuje do poradenství, případně do psychoterapie, neboť se zaměřuje na jedinečný problém jedinečného člověka. Je však velmi nutné upozornit, že součástí tohoto přístupu je i přístup obecně lidský uvedený výše (3).

Obecná podpora je poskytována mnoha způsoby a souvisí s kreativitou krizového intervanta a souvisí například také s hájením práv a zájmů člověka v krizi. Úprava podmínek a prostředí zahrnuje intervence, které přímo mění klientovu tělesnou nebo mezilidskou situaci aby se odstranila zátěž nebo aby se mu dostalo situační opory(3).

Anticipatorní vedení seznamuje člověka s tím, co s velkou pravděpodobností nastane, jaké myšlenky, pocity či činy může očekávat. Prostřednictvím takového vedení si člověk v krizi uvědomuje, že jeho prožitky a zkušenosti jsou podobné prožitkům ostatních lidí, což mu pomáhá obnovit vládu nad sebou a situací (3).

Krizový intervent potřebuje dobře znát místní psychosociální síť služeb včetně svépomocných aktivit, tak může zprostředkovat klientovi další služby pokud oba uznají, že je to zapotřebí. Člověk v krizi má však právo zprostředkovaných navazujících služeb nevyužít (3,65).

Vyhodnocení postupu jako posledního kroku krizové intervence vnímané v širším slova smyslu obsahuje vyhodnocení účinku krizové intervence. Součástí je shrnutí dosažených výsledků a případné rozhodnutí pro ukončení spolupráce s možnou domluvou následného sledování, které by mělo proběhnout nejpozději do jednoho

měsíce. Obsahem je dále možné zprostředkování navazujících služeb nebo případná změna smlouvy pokud se nenaplnily cíle intervence nebo se objevily nové skutečnosti, které mění pohled na věc a vyžadují intervenci novou. Vyhodnocení se pak v tomto případě stává součástí nového posouzení, po němž následuje opětovné plánování a provedení atd. (3).

Vlastní účinnost krizové intervence se hodnotí podle několika měřítek. Jako poskytovatele krizové intervence by nás mělo zajímat, zda byla v konkrétním daném případě krize vyřešena, zda bylo dosaženo stanovených cílů, zda se změnilo chování člověka a je nyní opět schopen vyrovnávat se zátěží, co se o sobě člověk procházející krizí dozvěděl, co z toho může použít v budoucnu, zda se vytvořily či oživily systémy sociální opory případně jaké potřeby zůstaly nenaplněné nebo nevyslovené. V každém případě člověk, který byl v krizi, by si měl po ukončení krizové intervence věřit, že zvládne svůj život a měl by si být vědom, že v případě potřeby se mu dostane pomoci i v budoucnu (3).

Krizová intervence jako soubor technik a strategií – postup provedení

Cílem krizové intervence jako souboru technik a strategií je pomoci klientovi zvládnout sebe v dané situaci. Základní postup krizové intervence je tvořen fázemi posouzení, plánování, provedení a vyhodnocení přičemž jednotlivé fáze jsou pak tvořeny z jednotlivých kroků tedy konkrétně využívaných technik a strategií (3). Vodáčková například za základní prostředek k provádění krizové intervence vůbec považuje zejména pracovníkovy projevy úcty k člověku a zájmu o něj, jeho nehodnotící postoj i schopnost tvorby bezpečného rámce setkání. Základními technikami jsou pak techniky aktivního naslouchání, včetně technik práce s tichem, strategie používané při neklidu a úzkosti jako je uzemnění a hledání středu, techniky usnadňující komunikaci jako je provázení, vedení dále techniky efektivní komunikace jako je zrcadlení, rekapitulace, parafráze, kotvení, zhodnocující formulace, techniky kladení otázek jako je například dovednost kladení otázek lineárních, strategických a konstruktivních. Technika pozitivní konotace a práce s emocemi jako je pláč, strach, úzkost, panika, hněv a vztek, patří mezi další dovednosti, které by měl dobrý krizový intervent znát (65).

Konkrétní výběr strategie a techniky pak souvisí nejen s typem řešené krize, ale je do jisté míry ovlivněn i vlastní osobností krizového intervenanta a především jeho odbornými dovednostmi, znalostmi a zejména zkušenostmi a kreativitou (57).

Technická dokonalost provedení krizové intervence jak upozorňuje Roberts má jistě své kouzlo avšak připomíná, že vlastní techniky se mohou snadno vyprázdnit, chybí-li pracovníkovi osobitost a zájem o klienta, neboť to se naučit nedá (3).

1.2.6 Neplodnost jako krizová životní situace

Diagnóza sterility přináší jak samotným ženám tak celým párům toužícím po těhotenství, které nepřichází mnoho smutku a trápení. Pokud vstupují do manželství či do partnerského vztahu jedinci, kteří jsou již oba předem informováni o tom, že pro neplodnost nebo jiné vážné onemocnění některého z nich nebudou moci mít v budoucnu společné potomky a je-li proto jejich vztah primárně zaměřen na realizaci a uspokojování jiných cílů a potřeb než je plození a výchova vlastních dětí, žádné závažné problémy zpravidla nevznikají (26). Pokud však u partnerů, kteří s narozením vlastních potomků počítali k plánovanému otěhotnění delší dobu nedochází a není-li přání mít vlastní dítě vyplněno, problém neplodnosti vystupuje dramaticky do popředí, stává se zřejmým a vzniká stresová situace často s následným rozvojem krize. Ta nepříznivě zasahuje jak do života jednotlivce, tak do souladu manželského žití (5,26). Období lékařské diagnostiky, terapie i přizpůsobování termínů případně i technik intimního života páru k optimalizaci koncepce, opakované pokusy o umělé oplodnění pak způsobují dlouhodobou tenzi, která se odráží v širokém komplexu bio-psycho-sociálních problémů. Ty nezřídka vedou ke zhoršené kvalitě sexuálního soužití a k pochybnostem o smyslu manželství, k beznaději s pocity viny či deprese a k obavám o osud manželství i citového vztahu vůbec (17,64). Přesto, že výše uvedené psychosociální důsledky sterility mluví o jejím negativním vlivu v těchto oblastech jasně, stále je téměř pravidlem, že často dochází ze strany odborníků k jejich nezdravé redukci a řešení problémů pouze v oblasti biologické. Psychickým a sociálním důsledkům neblahé diagnózy je tak věnována pozornost minimální a péče je z velké části zaměřena zejména do oblasti fyzického zdraví. Potřeba specializované péče i

v tomto směru je tedy více než aktuální a měla by zahrnovat jak poradenské tak psychoterapeutické intervence (59). Z tohoto důvodu Evropská sekce pro asistovanou reprodukci ESHRE vytvořila a ustanovila konkrétní postup, který je jakýmsi rámcem pro poradenství neplodným párům. Doporučené schéma není založeno na striktních pravidlech nebo pevných postupech neboť jeho tvůrci si uvědomují a následně i zohledňují ten fakt, že v poradenství této specializace je nutné vycházet nejen ze zákonných norem, ale je nutné přihlížet i ke kulturnímu pozadí a etickým normám každé země. Guidline je založen na současných nejlepších poznacích a zkušenostech odborníků a je doporučován všem specialistům pracujícím na tomto poli jako oficiální rámec a postup Evropské asociace pro asistovanou reprodukci (14,60).

1.2.7 Krizová intervence u žen s diagnózou neplodnost

Šatenková a Vodáčková se k poskytování krizové intervence u žen řešících problematiku neplodnosti vyjadřují takto: Ženy toužící po těhotenství, které nepřichází zažívají mnoho smutku a trápení a prožívají hluboký zármutek spojený se ztrátou role a očekáváním vzhledem k této roli – roli rodiče, matky (57). Žena, která kontaktuje krizové pracoviště, si chce promluvit právě o své neplodnosti. Potřebuje mluvit o nespravedlnosti, o tom jak někdo má děti, o které se nestará, kterých si neváží, jak ona je plná lásky a touhy, a dítě nemá a třeba nikdy mít nebude. Taková žena zpravidla potřebuje sdílet, protože její nejbližší už ji od tématu odvádějí, avšak ona na tento problém přestat myslet nemůže a je ho plná. Proto s ní prostě sdílíme, s veškerým soustředěním a zájmem s plnou přítomností u jejích emocí. Někdy je dobré dodat naději a podpořit ji v tom, aby si dala oddych, aby se tolik nesnažila, aby se pokusila nechat vše být, nechat vše plynout neboť usilovná snaha o početí může otěhotnění blokovat. Hovor o možnosti asistované reprodukce musí být citlivý, neboť je pro někoho tato možnost nepřijatelná příliš umělá. Stejně opatrní musíme být, pokud jde o osvojení dítěte, někdo je schopen přijmout dítě skutečně za své někdo má strach a obavy. Nemá smysl sdělovat, že mít vlastní dítě je také riskantní. Musíme se držet toho, že krizová intervence zde není proto, aby té ženě v krizi naplánovala život, ale aby jí umožnila uklidnit se, zpevnit se, zakotvit a propojit se s vlastními zdroji (65).

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cílem této rigorózní práce je zhodnotit a představit krizovou intervenci vedenou dle specificky sestaveného intervenčního plánu a dále zmonitorovat a shrnout psychosociální dopady léčby v populaci českých žen léčících se s diagnózou neplodnost v centrech asistované reprodukce.

Dílčí cíle:

1. Zjistit, zda léčba neplodnosti v centrech asistované reprodukce zatěžuje psychický stav žen.
2. Zjistit, zda léčba neplodnosti v centrech asistované reprodukce zatěžuje fyzické zdraví žen.
3. Zjistit, zda v průběhu léčby neplodnosti v centrech asistované reprodukce dochází u žen k negativnímu ovlivnění sociálních vztahů.
4. Zjistit, které konkrétní situace v průběhu léčby neplodnosti v centrech asistované reprodukce vedou ke vzniku krize.
5. Zjistit, zda krizová intervence vedená dle specificky sestaveného intervenčního plánu ovlivňuje u žen pozitivně motivaci k léčbě.
6. Zjistit, jaká je u žen po ukončení krizové intervence vedené dle specificky sestaveného intervenčního plánu spokojenost se svým životem.
7. Zjistit, zda u žen, které využily krizovou intervenci vedenou dle specificky sestaveného intervenčního plánu byla krize vyřešena.

2.2 Hypotézy práce

Hlavní hypotéza

Krizová intervence vedená dle specificky sestaveného intervenčního plánu je metodou volby pro řešení krize vznikající u žen s diagnózou neplodnost v souvislosti s léčbou v centrech asistované reprodukce.

Pracovní hypotézy

1. Proces léčby neplodnosti v centrech asistované reprodukce zatěžuje psychický stav žen.
2. V průběhu procesu léčby neplodnosti dochází k zatížení fyzického zdraví žen.
3. V důsledku léčby neplodnosti v centrech asistované reprodukce dochází u žen nejvíce k negativnímu narušení vztahů s přáteli.
4. Neotěhotnění po transferu embrya je nejčastějším spouštěčem krize u žen léčících se s neplodností v centrech asistované reprodukce.
5. Ženy absolvující krizovou intervenci dle specificky sestaveného intervenčního plánu nerezignují na léčbu.
6. Více než polovina žen, které absolvovaly krizovou intervenci vedenou dle specificky sestaveného intervenčního plánu je spokojena se svým životem na více než 70 %.
7. V důsledku krizové intervence vedené dle specificky sestaveného intervenčního plánu více než 70 % žen dosahuje svých hlavních stanovených cílů.

3. METODIKA

Metodika výzkumu zahrnuje výběr samotné metody výzkumu a charakteristiku výzkumného souboru.

3.1 Použitá metoda a technika sběru dat

Výběr samotné metody výzkumu byl ovlivněn následujícími faktory: primárním cílem výzkumu a jeho dílčími cíli, charakterem výzkumu a specifikací výzkumného souboru, která může být dána stanovením podmínek, které by měli všichni účastníci výzkumu splňovat.

Pro účely tohoto výzkumu byla zvolena kvantitativní metoda dotazování a technika sběru dat anonymním dotazníkem.

3.1.1 Dotazník

Dotazník je standardizovaným souborem formulovaných písemných otázek na předem připraveném formuláři, který slouží k nepřímému dotazování respondentů.

Podmínkou konstrukce dotazníku byla jeho logická struktura, dynamika a omezená délka. Dotazníky byly respondentkám účastnicím se výzkumu poskytnuty v písemné formě. Tento dotazník pro pacientky (viz. Příloha 1), celkově obsahoval 30 otázek, byl zcela anonymní a jeho vyplnění dobrovolné. Vlastní otázky jsem sestavila do tří okruhů. Typově se jednalo o otázky uzavřené, polouzavřené a otevřené. První okruh otázek byl použit v úvodní části dotazníku s cílem získat informace, které by blíže charakterizovaly soubor dotázaných respondentek. Jednalo se o otázky č.1 až č.5. Následoval druhý okruh otázek, které zkoumaly konkrétní psychosociální dopady léčby neplodnosti v centrech asistované reprodukce do života žen. Tento oddíl zahrnoval otázky č. 6 až č.15. Otázka č.16 až otázka č.30 pak tvořily poslední okruh otázek, jehož cílem bylo zjistit informace související s okolnostmi krize a dále zhodnotit využití krizové intervence, která byla u pacientek vedena dle specificky sestaveného intervenčního plánu.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Pro účely tohoto výzkumu byly stanoveny níže uvedené podmínky, které musel výzkumný soubor respondentů splňovat: respondenti pouze ženského pohlaví (tedy ženy), ženy různých věkových kategorií, ženy s diagnózou neplodnost léčící se v centrech asistované reprodukce, ženy, které absolvovaly krizovou intervenci vedenou dle specificky sestaveného intervenčního plánu.

Specifickou cílovou skupinou (tedy výběrovým souborem) byly ženy bez rozdílu věku, kterým byla stanovena diagnóza neplodnost, které se léčily v centrech asistované reprodukce a které absolvovaly krizovou intervenci vedenou dle specificky sestaveného intervenčního plánu. Výběr výzkumného souboru byl tedy účelový neboli záměrný, neboť všichni účastníci výzkumu museli splňovat výše uvedené podmínky, které reprezentují výzkumný soubor.

Do výzkumu bylo zapojeno celkem 300 respondentek, ve všech případech se jednalo o ženy léčící se s diagnózou neplodnost v centrech asistované reprodukce, které mne osobně nebo prostřednictvím někoho telefonicky kontaktovaly, objednaly se a kterým byla na jejich vlastní žádost poskytnuta krizová intervence, která byla vedena dle specificky sestaveného intervenčního plánu.

Výzkum byl realizován v gynekologicko-porodnické ambulanci Plagyn v ulici Nádražní 19 v Praze 5 a probíhal od listopadu 2010 do listopadu 2012. V průběhu této doby bylo ženám, ihned po ukončení krizové intervence, rozdáno celkem 300 dotazníků, z nichž se mi vrátilo 280 správně vyplněných. Tento počet odpovídá návratnosti 93 %.

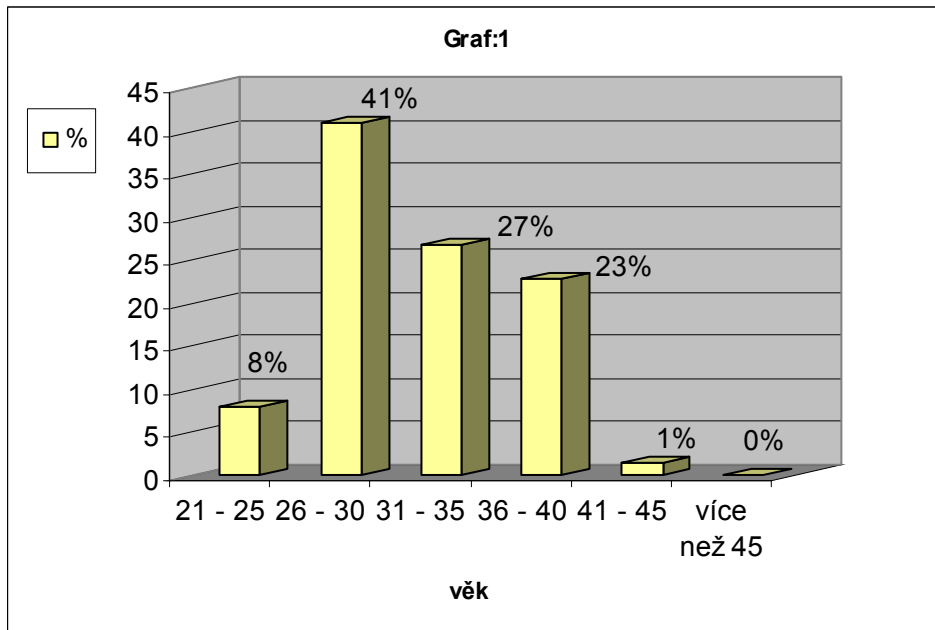
3.3 Zpracování a analýza dat výzkumu

Získaná data z dotazníků vyplněných respondentkami byla zpracována v programu MS Excel, jejichž výstupem jsou grafy s příslušnými komentáři, vypovídajícími o jednotlivých odpovědích výzkumného souboru.

4. VÝSLEDKY

Graf 1: Věk respondentek (Dotazník, otázka č. 1)

n = 280

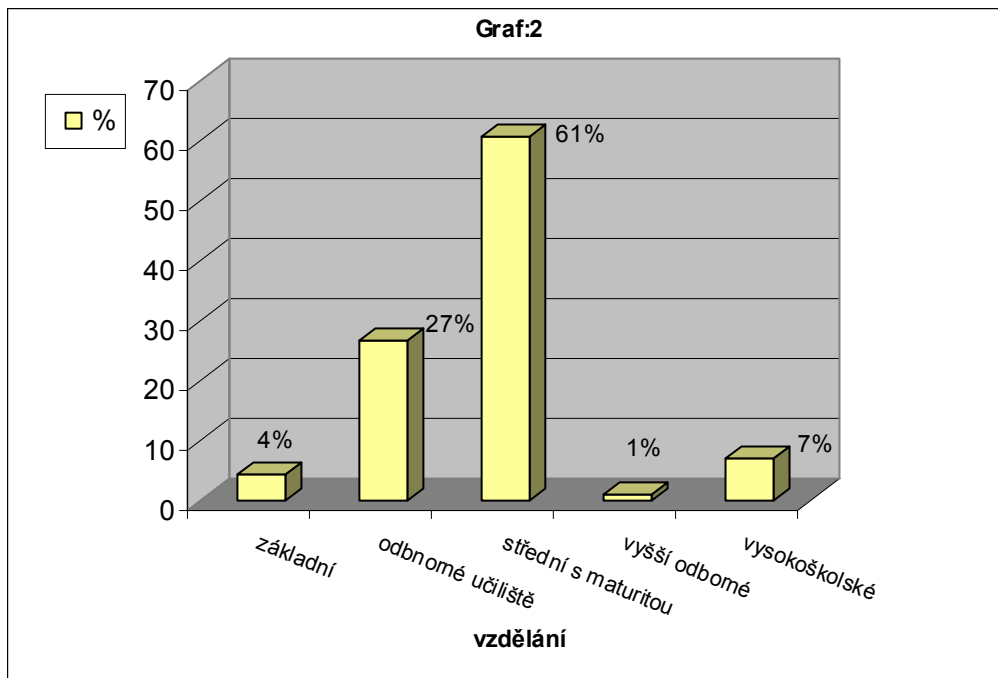


Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

Nejvíce zastoupenou věkovou skupinu tvořily ženy mezi 26-30 lety jejichž počet dosáhl 115 (41 %), druhou nejpočetnější skupinu pak vytvořily ženy ve věkovém rozmezí 31-35 let od nichž jsem získala 75 (27 %) dotazníků, třetí v pořadí následovaly ženy ve věkovém rozmezí 36-40 let s počtem 64 (23 %), čtvrtou pozici zaujaly ženy ve věku 21-25 let od nichž bylo získáno 22 (8 %) dotazníků, nejméně dotazníků bylo získáno od žen ve věkové skupině 41-45 let 4 (1 %), ve věkové skupině nad 45 let nebyl vyplněn dotazník žádný.

Graf 2: Vzdělání respondentek (Dotazník, otázka č. 2)

n = 280

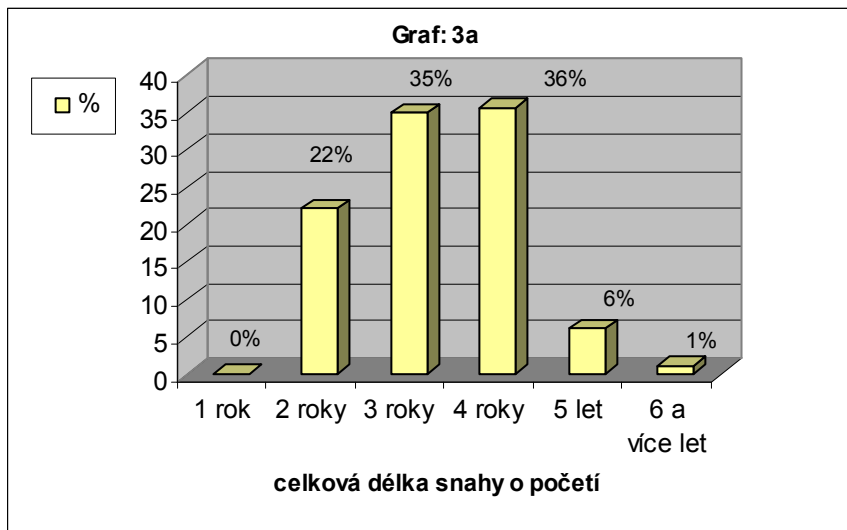


Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

Z grafu je patrné, že nejvíce žen v počtu 170 (61 %) dosáhlo středoškolské vzdělání s maturitou, druhou nejpočetnější skupinu vytvořily ženy se vzděláním na odborném učilišti 75 (27 %), 20 (7 %) žen bylo vysokoškolsky vzdělaných, 12 (4 %) žen dosáhlo pouze základního vzdělání a nejméně dotazníků vyplnily ženy s vyšším odborným vzděláním 3 (1 %).

Graf 3a: Délka snahy o otěhotnění (Dotazník, otázka č. 3a)

n = 280

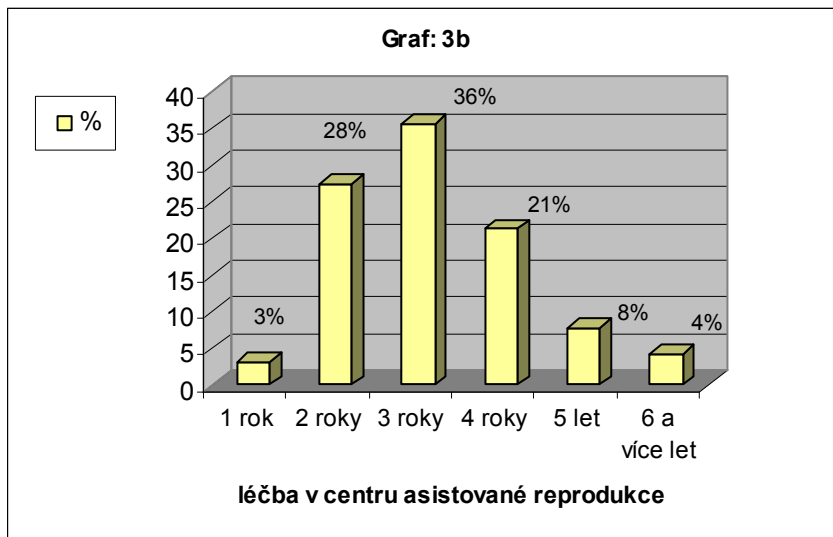


Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

Největší skupinu v počtu 100 (36 %) vytvořily ženy, které se snažily otěhotnět čtyři roky, druhou nejpočetnější skupinou, která absolvovala krizovou intervenci byly ženy, které se snažily otěhotnět 3 roky 98 (35 %), následovala skupina žen v počtu 62 (22 %), které se snažily otěhotnět dva roky, 17 (6 %) žen se snažilo otěhotnět pět let a pouze 3 (1 %) ženy se pokoušely otěhotnět více jak šest let. Ženy se snahou otěhotnět v délce 1 rok krizovou intervenci neabsolvovaly.

Graf 3b: Délka léčby v centru asistované reprodukce (Dotazník, otázka č. 3b)

n = 280

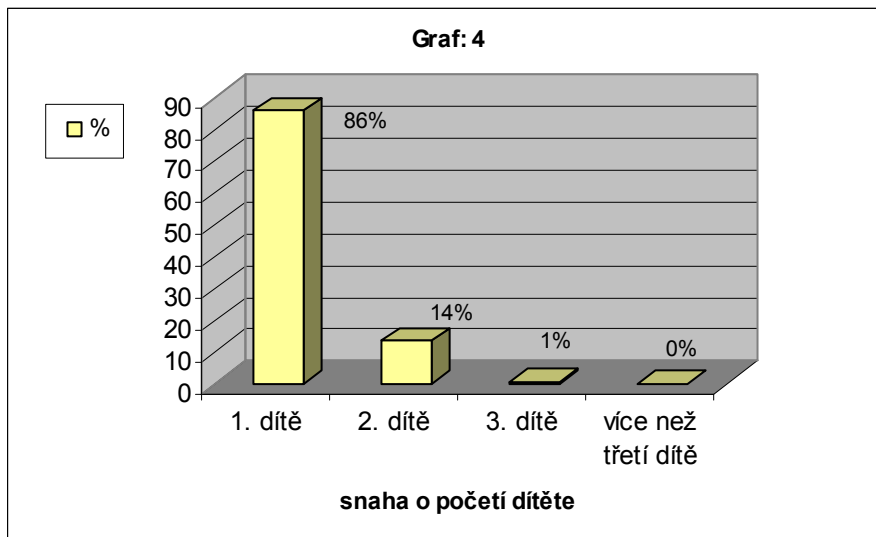


Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

Nejpočetnější skupinou, která využila krizovou intervenci se stala skupina žen, která se v centru asistované reprodukce léčila tři roky jednalo se o 100 (36 %) žen. Ženy, které se v centru asistované reprodukce léčily dva roky vytvořily druhou nejpočetnější skupinu jednalo se o 77 (28 %) žen. 60 (21 %) žen se v centru léčilo čtyři roky, 12 (4 %) žen více jak šest let. Nejméně početnou skupinou se staly ženy léčící se v centru asistované reprodukce jeden rok 9 (3 %) žen.

Graf 4: Kolikáté dítě se pacientky snažily počít (Dotazník, otázka č. 4)

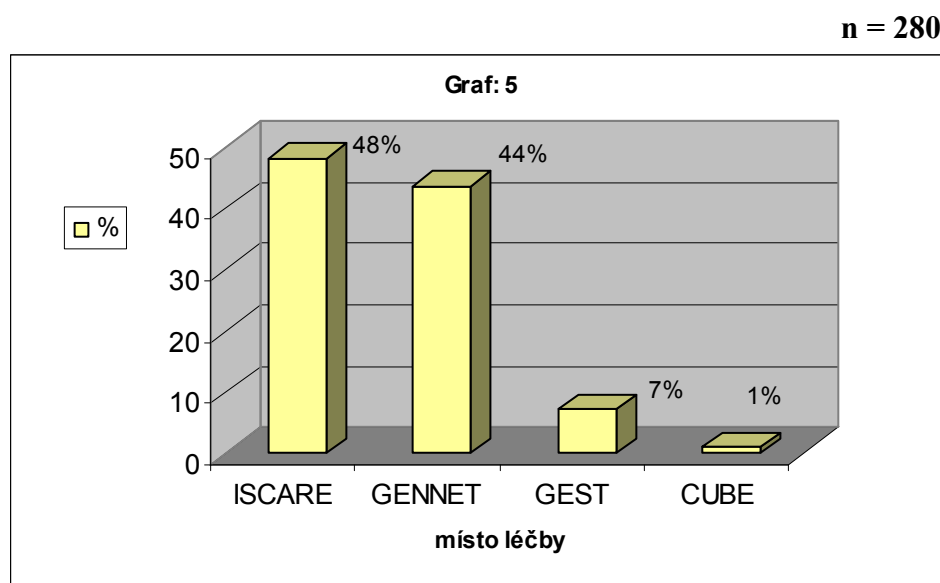
n = 280



Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

Největší skupinou žen, která využila krizovou intervenci byly ženy, které se snažily počít první dítě 240 (86 %) žen. Ženy, které se snažily o početí druhého dítěte absolvovaly krizovou intervenci v počtu 38 (14 %). Pouze 2 (1 %) ženy se snažily o početí dítěte třetího. Krizové intervence se nezúčastnila žádná žena, která by se snažila počít více jak třetí dítě.

Graf 5: Místo léčby v době vyhledání krizové intervence (Dotazník, otázka č. 5)

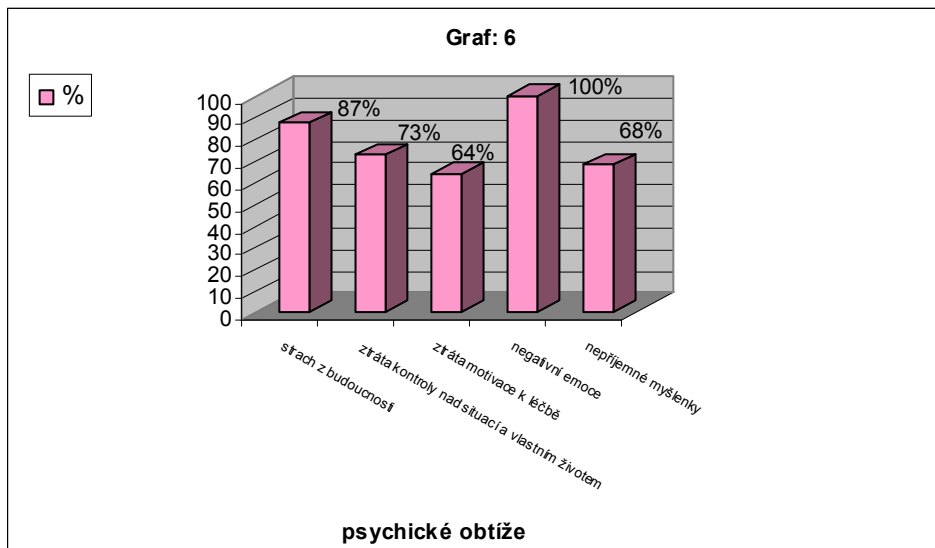


Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

Graf ukazuje, že největší počet žen 135 (48 %) se v době vyhledání krizové intervence léčilo v centru asistované reprodukce ISCARE, druhou největší skupinu vytvořily ženy léčící se v centru GENNET 122 (44 %) žen, 20 (7 %) žen se léčilo v centru GEST a pouze 1 (1 %) se léčilo c centru CUBE.

Graf 6: Psychické obtíže v průběhu léčby (Dotazník, otázka č. 6)

n = 280

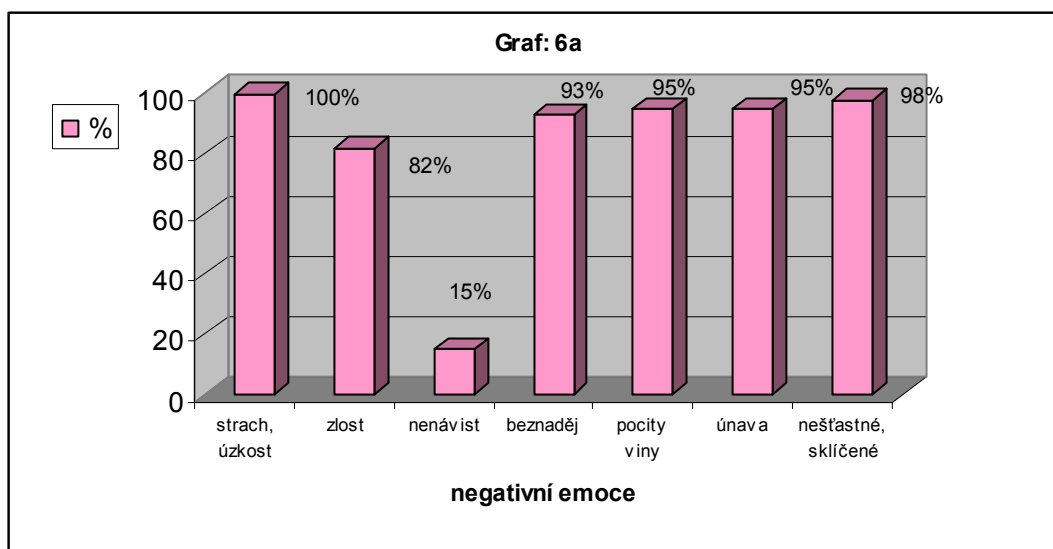


Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

Graf ukazuje jaké psychické obtíže se u žen vyskytovaly v průběhu léčby. Všechny ženy, které vyplnily dotazník 280 (100 %) trpělo negativními emocemi, 244 (87 %) žen uvedlo strach z budoucnosti, 204 (73 %) žen zmínilo ztrátu kontroly nad situací i vlastním životem, 190 (68 %) žen nepříjemné myšlenky a 179 (64 %) ztrátu motivace k léčbě.

Graf 6a: Negativní emoce jako nejvíce se vyskytující psychické obtíže v průběhu léčby (Dotazník, otázka č. 6)

n = 280

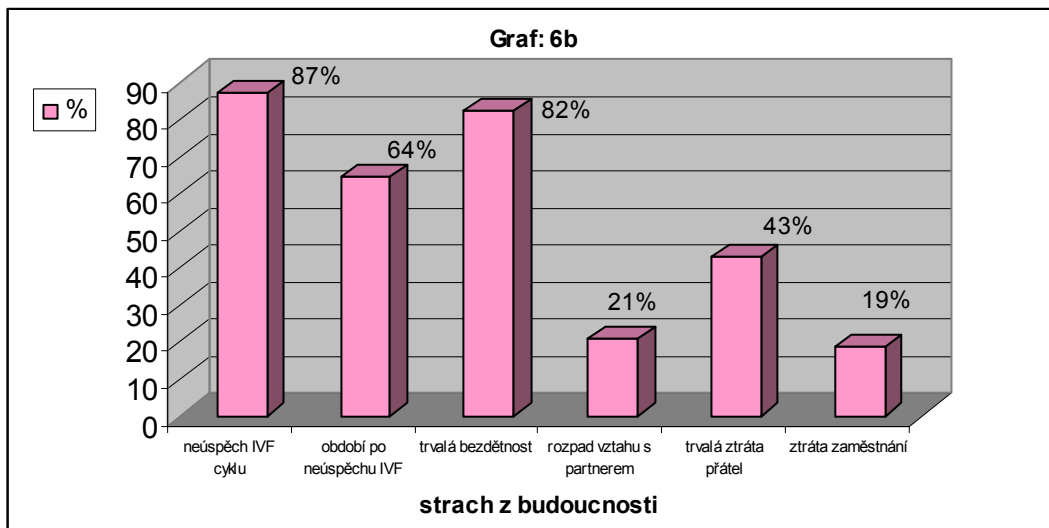


Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

Graf 6a nabízí přehled nejčastějších negativních emocí, které se v průběhu léčby u pacientek vyskytovaly. U všech pacientek, které vyplnily dotazník 280 (100 %) se objevil strach a úzkost. Mnoho pacientek 274 (98 %) uvedlo, že se cítily nešťastné a sklíčené. Velmi často se objevovala i únava a pocity viny a to u 266 (95 %) žen. Ženy také často uváděly pocity beznaděje 260 (93 %) a zlost 230 (82 %), 42 (15 %) žen zažívalo i nenávist.

Graf 6b: Strach z budoucnosti jako druhá nejvíce se vyskytující psychická obtíž v průběhu léčby (Dotazník, otázka č. 6)

n = 280

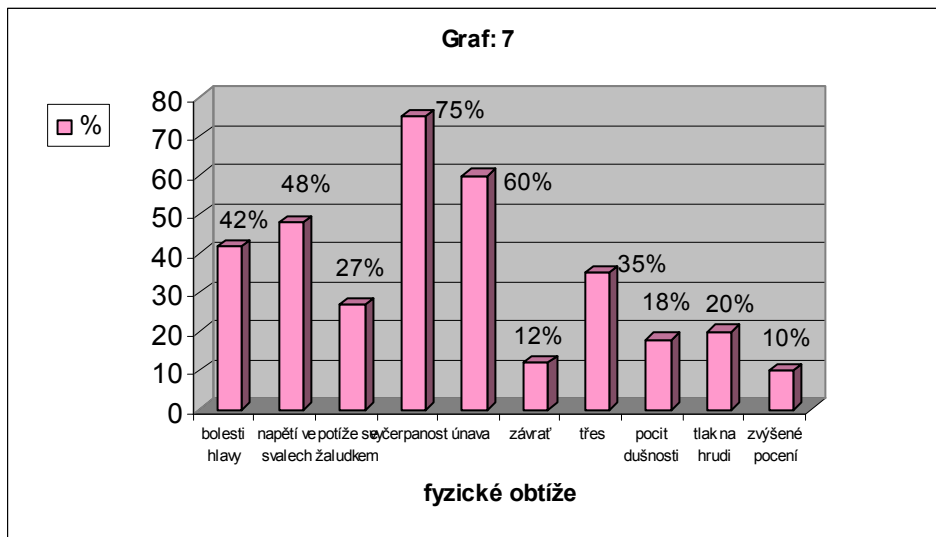


Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

Graf 6b umožňuje pohled na to, čeho se nejčastěji týkal u žen strach z budoucnosti. Nejvíce žen se obávalo budoucího neúspěchu v dalším cyklu IVF 244 (87 %), následoval strach z trvalé bezdětnosti u 230 (82 %) žen, strach jak zvládnout období po neúspěšném IVF u 180 (64 %) žen. Ženy se dále obávaly trvalé ztráty přátel ze stran vrstevníků 120 (43 %), rozpadu vztahu s partnerem 58 (21 %) a také ztráty zaměstnání 52 (19 %) žen.

Graf 7: Obtíže v oblasti fyzického zdraví (Dotazník, otázka č. 7)

n = 280

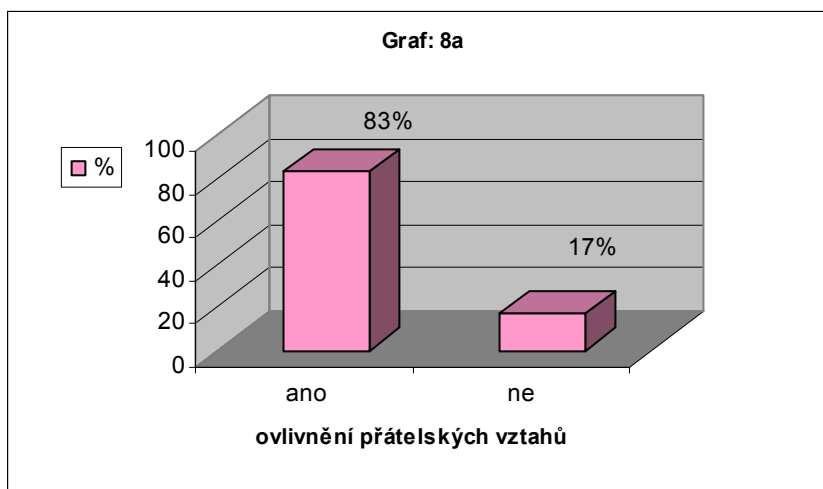


Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

Nejvíce žen 210 (75 %) udává v dotazníku pocity vyčerpanosti, 168 (60 %) žen trpělo únavou, 134 (48 %) pociťovalo časté napětí ve svalech, 118 (42 %) uvedlo časté bolesti hlavy, 98 (35 %) žen uvedlo třes rukou nebo celého těla, 76 (27 %) uvádí potíže se žaludkem, 56 (20 %) žen občasný tlak na hrudi, 50 (18 %) občasný pocit dušnosti, 34 (12 %) zmínilo závrať a 28 (10 %) uvedlo zvýšené pocení.

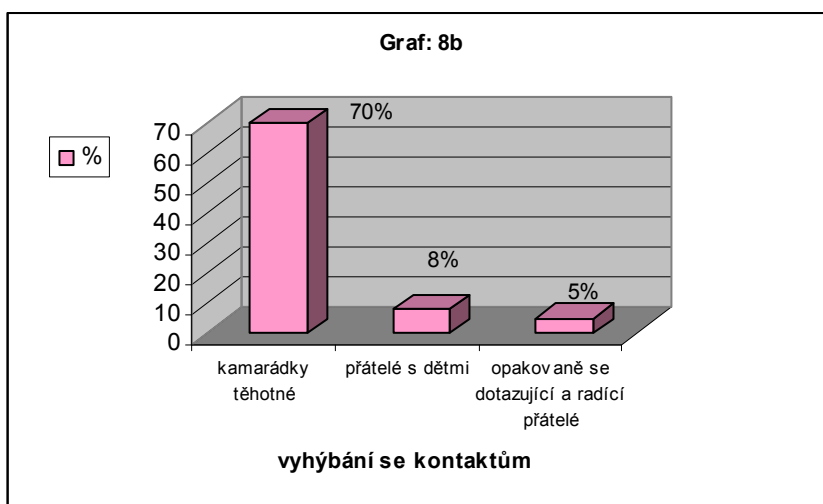
Graf 8a,b: Vliv léčby na vztahy s přáteli (Dotazník, otázka č. 8)

n = 280



Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

n = 232

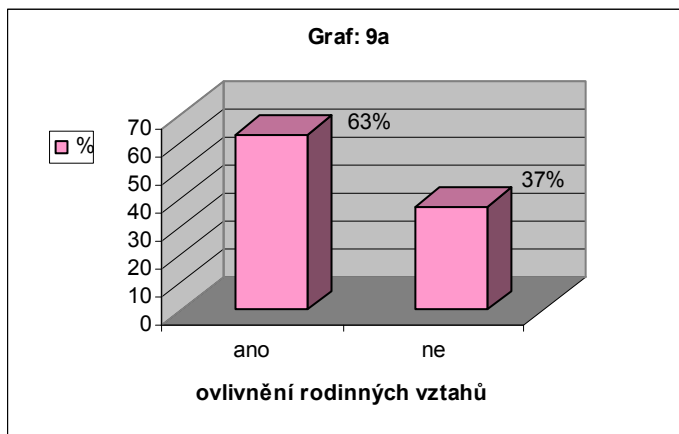


Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

Graf 8a ukazuje, že celkem u 232 (83 %) žen došlo v průběhu léčby k nějakému ovlivnění vztahů s přáteli. U 48 (17 %) žen nikoli. Z grafu 8b lze vysledovat k jakému konkrétnímu ovlivnění přátelských vztahů u žen došlo. Nejvíce žen 196 (70 %) uvedlo, že se začaly vyhýbat kontaktům s těhotnými kamarádkami, 22 (8 %) se začalo vyhýbat kontaktům přátel s dětmi a u 14 (5 %) žen se objevila nechuť vidat se s přáteli opakovaně se dotazující mi nebo radícími v oblasti jejich plodnosti.

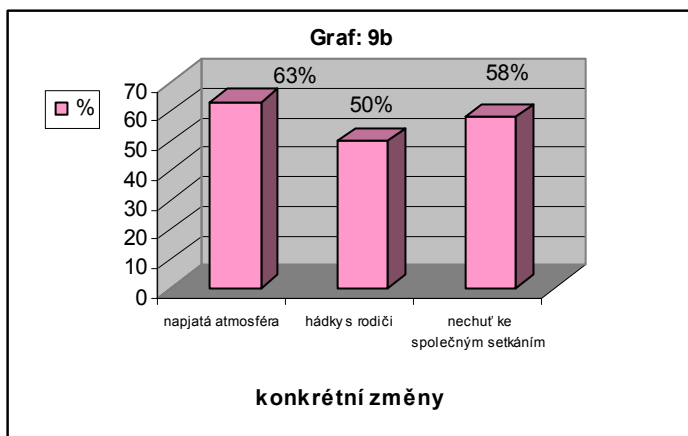
Graf 9a, 9b: Vliv léčby na rodinné vztahy (Dotazník, otázka č. 9)

n = 280



Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

n = 280

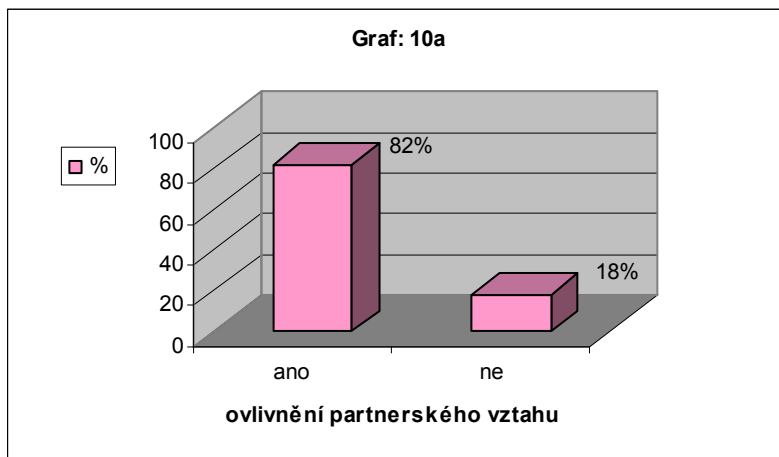


Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

Rodinné vztahy byly ovlivněny léčbou u 176 (63 %) žen, 104 (37 %) žen nevedlo žádné ovlivnění rodinných vztahů v souvislosti s léčbou toto zjištění odráží graf 9a. Graf 9b ukazuje, které konkrétní změny v rodinných vztazích ženy zmiňují: 176 (63 %) žen zmínilo napjatou atmosféru v rodině, 140 (50 %) žen uvedlo hádky s rodiči a 162 (58 %) nechut' ke společným setkáním.

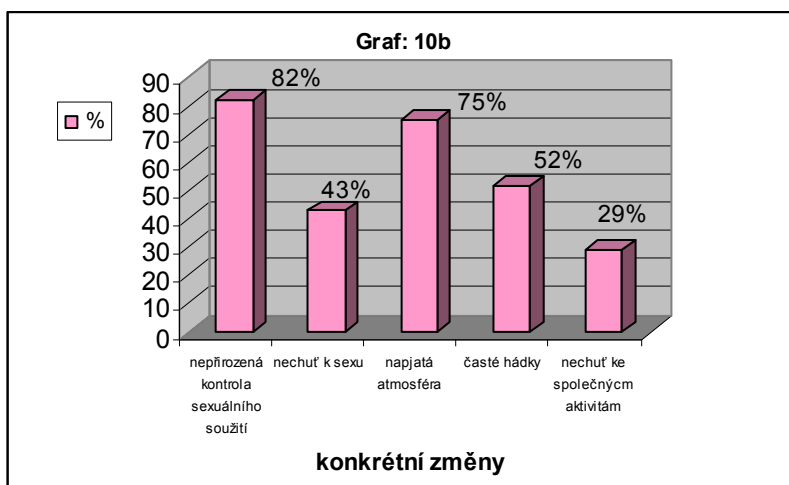
Graf 10a a 10b: Vliv léčby na partnerský vztah (Dotazník, otázka č. 10)

n = 280



Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

n = 280

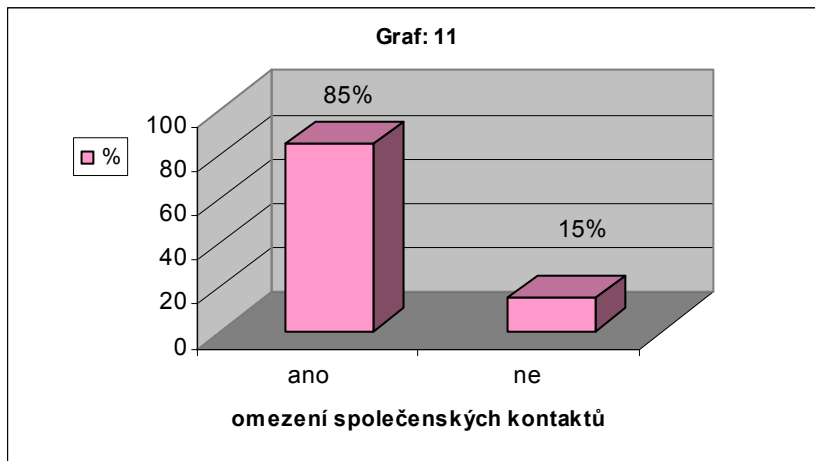


Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

Z grafu 10a je zjevné, že v průběhu léčby neplodnosti v centru asistované reprodukce došlo k ovlivnění partnerského vztahu u 230 (82 %) žen, 50 (18 %) žen žádné takové ovlivnění neudává. Konkrétní změny v partnerském vztahu následně shrnuje graf 10 b z něhož vyplývá, že u 230 (82 %) žen dochází v páru k nepřirozené kontrole sexuálního soužití a 120 (43 %) přiznává i jistou nechut' k sexu. Napjatou atmosféru v partnerském soužití uvedlo 210 (75 %) žen, 145 (52 %) zmiňuje časté hádky a 81 (29 %) respondentek uvedlo nechut' ke společným aktivitám.

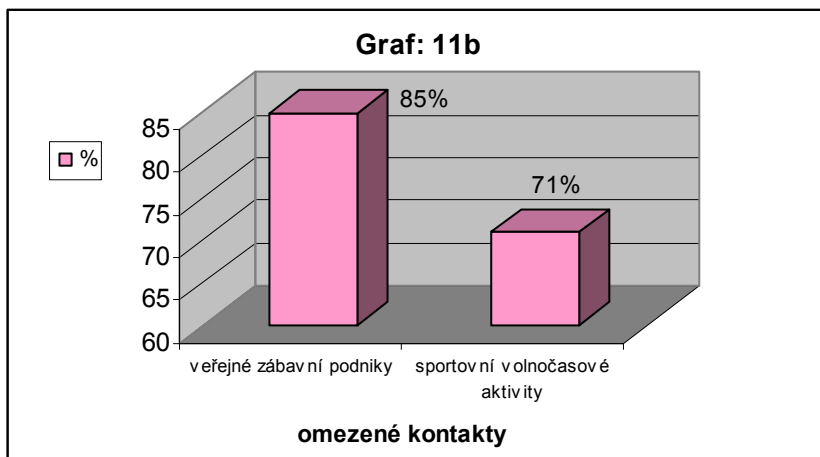
**Graf 11a a 11b: Omezení společenských kontaktů v průběhu léčby
(Dotazník, otázka č. 11)**

n =280



Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

n =280

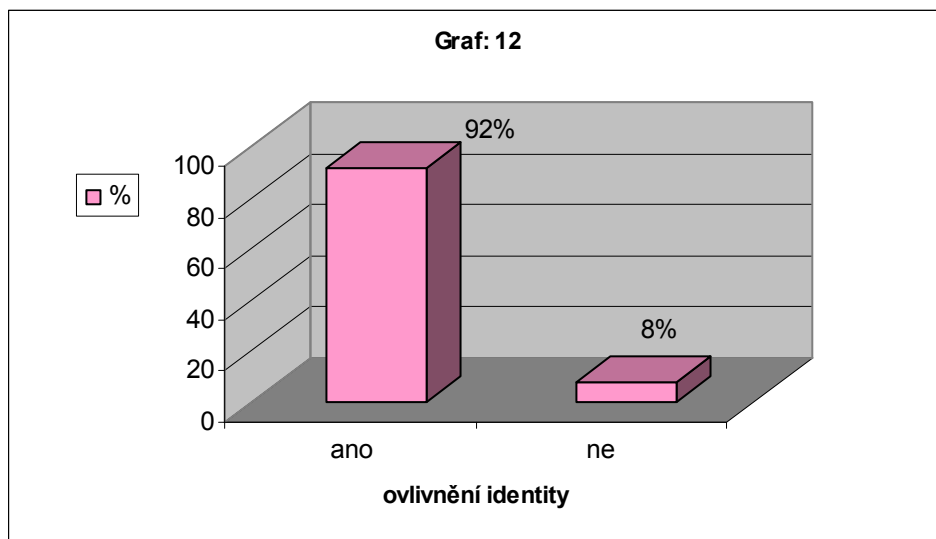


Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

Omezení společenských kontaktů bylo zjištěno celkem u 238 (85 %) žen, 42 (15 %) omezení společenských kontaktů neuvvedlo. Graf 11b ukazuje, že všech 85 % žen udává omezení v oblasti veřejných zábavních podniků, 200 (71 %) zmínilo také omezení v oblasti sportovních volnočasových aktivit.

Graf 12: Vliv léčby na identitu žen (Dotazník, otázka č. 12)

n = 280

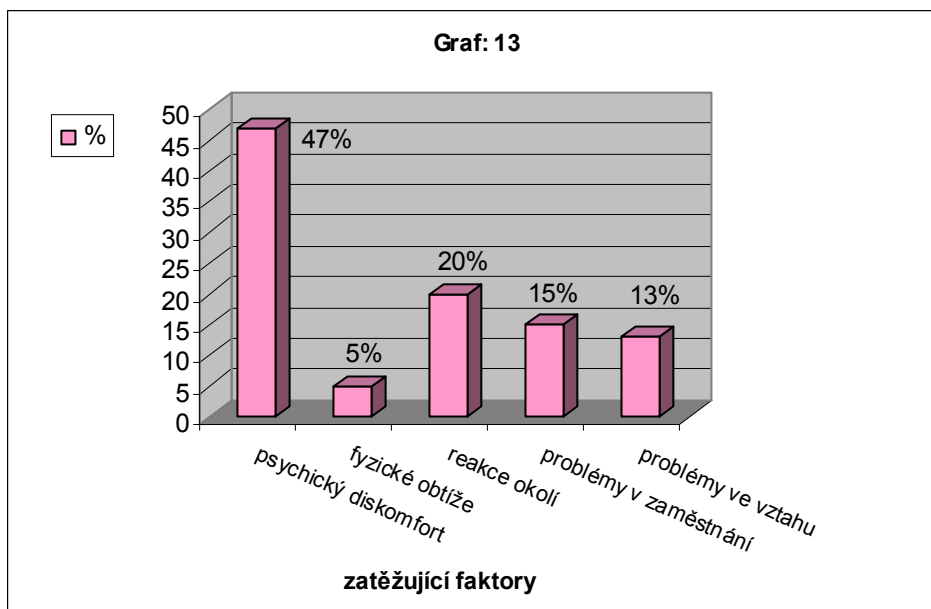


Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

Pohled na sebe samu mění v důsledku léčby 258 (92 %) žen, které absolvovaly krizovou intervenci 22 (8 %) žen tento pohled nemění.

Graf 13: Nejvíce zatěžující faktor v průběhu léčby (Dotazník, otázka č. 13)

n = 280

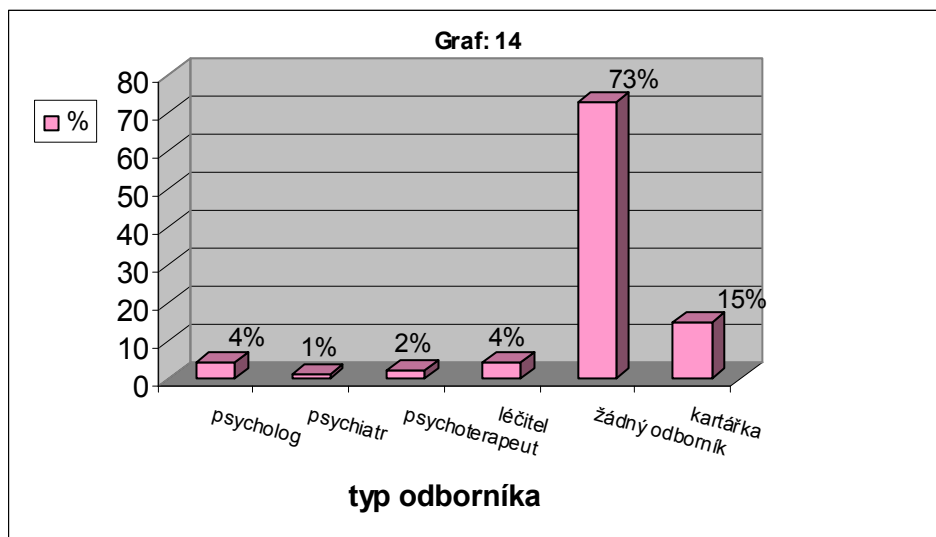


Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

Nejvíce žen 132 (47 %) považuje za nejvíce zatěžující faktor v průběhu léčby psychický diskomfort, pro 56 (20 %) žen je to reakce okolí, 42 (15 %) žen bylo nejvíce zatíženo problémy v zaměstnání a 36 (13 %) žen uvedlo jako nejvíce zatěžující faktor problémy ve vztahu. Pro 14 (5 %) žen byly nejvíce zatěžujícím faktorem fyzické obtíže.

Graf 14: Využití jiné odborné pomoci v průběhu léčby (Dotazník, otázka č. 14)

n = 280

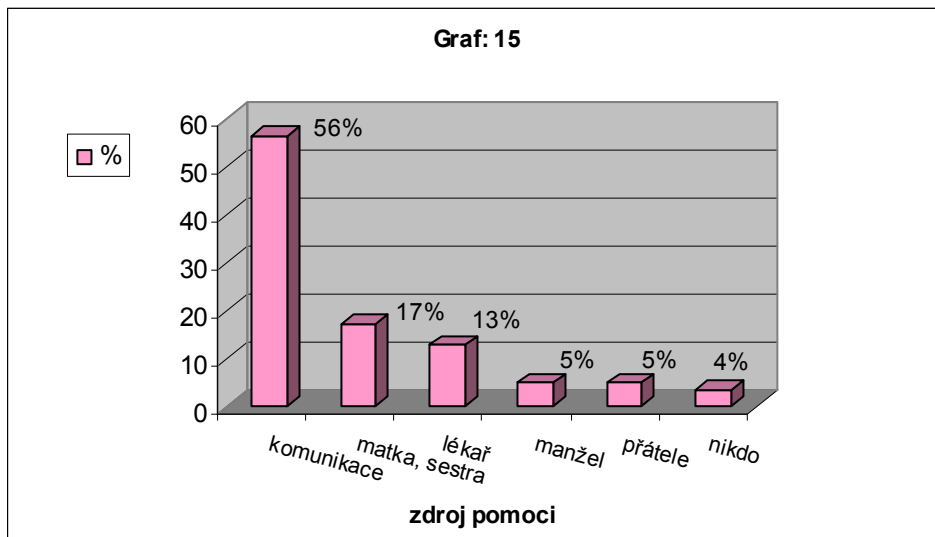


Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

Graf ukazuje, že nejvíce žen 204 (73 %) nevyužilo v průběhu léčby žádného dalšího odborníka, 42 (15 %) navštívilo kartářku, 12 (4 %) léčitele a psychologa, 6 (2 %) žen psychoterapeuta a 4 (1 %) ženy psychiatra.

Graf 15: Zdroje opory pacientek v průběhu léčby (Dotazník, otázka č. 15)

n = 280

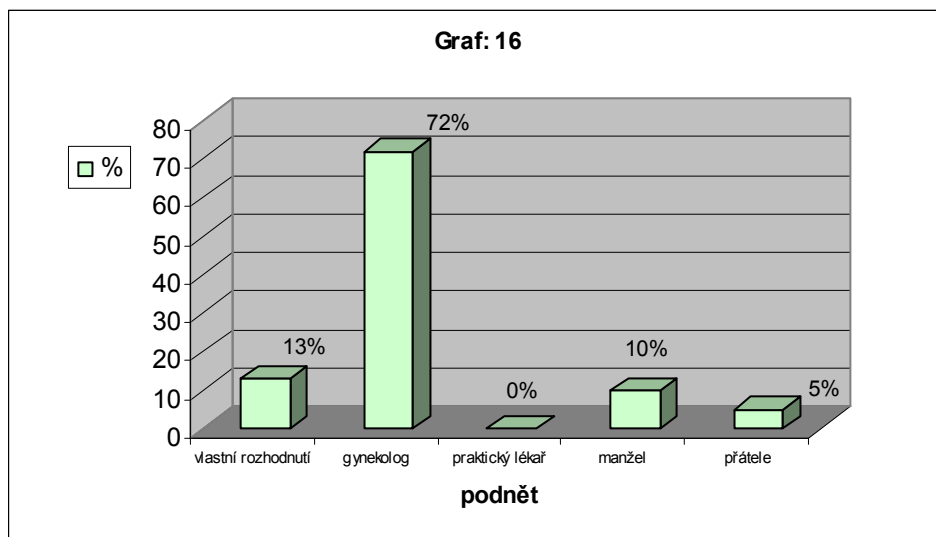


Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

Nejčastější oporou pacientek v souvislosti s diagnózou a léčbou se stala komunikace se ženami se stejnou diagnózou a to u 158 (56 %), žen pro 48 (17 %) žen byla největší oporou matka nebo sestra, pro 36 (13 %) žen lékař gynekolog 14 (5 %) žen nacházelo oporu v manželovi nebo v přátelích a 10 (4 %) žen nevedlo nikoho.

Graf 16: Podnět k vyhledání krizové pomoci (Dotazník, otázka č. 16)

n = 280

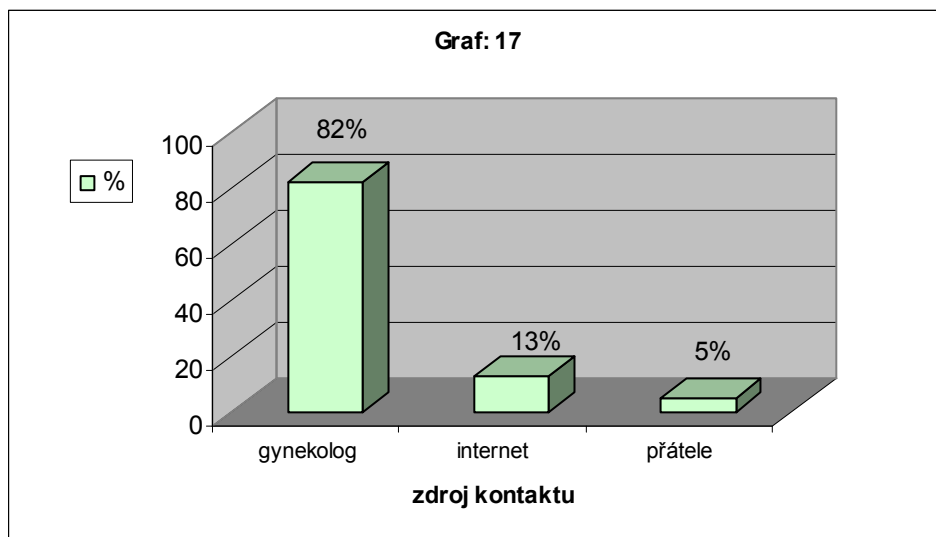


Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

Největší skupinou v počtu 202 (72 %) žen tvořily ty pacientky, které vyhledaly krizovou intervenci na základě doporučení lékaře, 36 (13 %) žen vyhledalo krizovou pomoc na základě vlastního rozhodnutí, 28 (10 %) žen objednal na krizovou intervenci manžel a 14 (5 %) žen absolvovalo krizovou intervenci na doporučení přátel.

Graf 17: Zdroj kontaktu (Dotazník, otázka č. 17)

n = 280

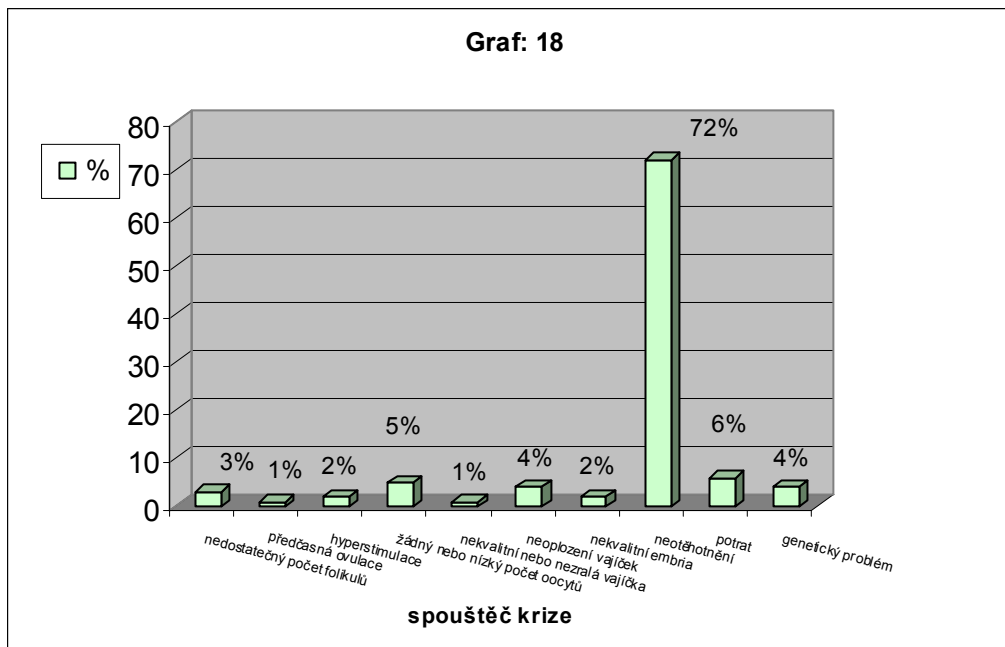


Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

Největší počet žen 230 (82 %) získalo kontakt od svého gynekologa, 36 (13 %) žen vyhledalo kontakt na internetu a 14 (5 %) žen získalo kontakt od přátel.

Graf 18: Situace vedoucí v průběhu léčby ke krizi (Dotazník, otázka č. 18)

n = 280

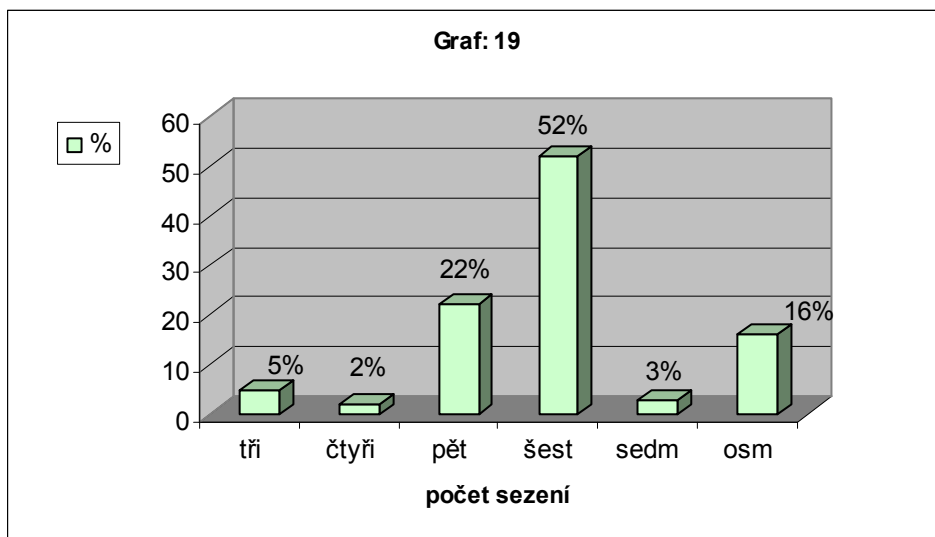


Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

Nejčastější situací vedoucí ke vzniku krize se stalo neotěhotnění, tato situace způsobila krizový stav u 202 (72 %) žen, 17 (6 %) žen vyhledalo krizovou intervenci z důvodu spontánního abortu plodu, u 14 (5 %) žen vyvolala krizi informace o nízkém nebo žádném počtu oocytů, 11 (4 %) žen navštívilo krizovou intervenci z důvodu neoplození vajíček nebo odhalení genetické zátěže, informace o nedostatečném počtu folikulů vyvolala krizi u 8 (3 %) žen, stejný počet 6 (2 %) žen bylo nuceno vyhledat krizovou intervenci z důvodu vzniku hyperstimulace nebo z důvodu nekvalitních nebo nevzniklých embryí a také stejný počet žen 3 (1 %) z důvodu předčasné ovulace před odběrem vajíček nebo z důvodu nezralých nebo nekvalitních vajíček po odběru.

Graf 19: Délka průběhu krizové intervence (Dotazník, otázka č. 19)

n = 280

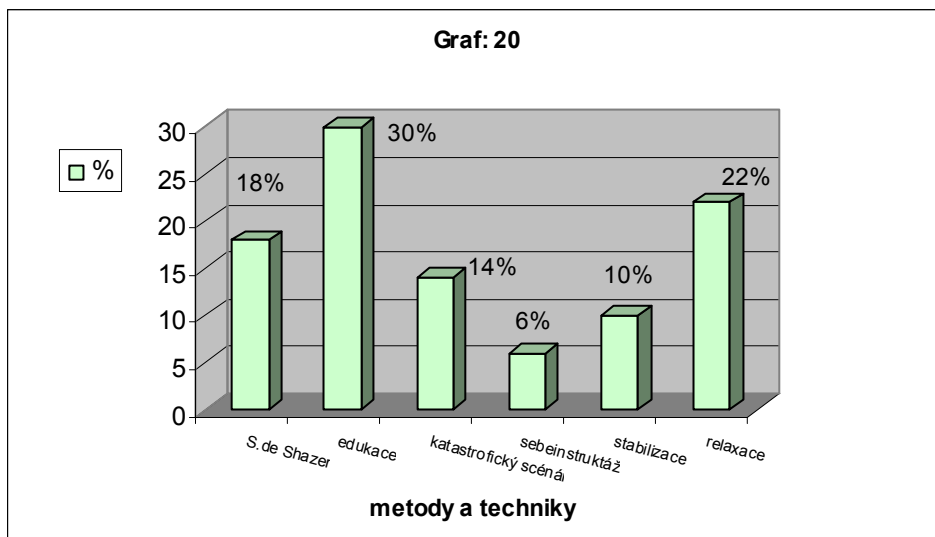


Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

Nejdéle probíhala krizová intervence v počtu osmi setkání u 45 (16 %) žen, u 8 (3 %) žen byla krizová intervence ukončena po sedmi setkáních nejvyšší počet žen 146 (52 %) vyřešilo svoji krizovou situaci během šesti setkání, 62 (22 %) krizi vyřešilo během pěti setkání, čtyři setkání absolvovalo 6 (2 %) žen a pouze tři setkání potřebovalo k vyřešení krize 14 (5 %) žen.

Graf 20: Přínosnost využitých metod a technik v průběhu krizové intervence (Dotazník, otázka č. 20)

n = 280

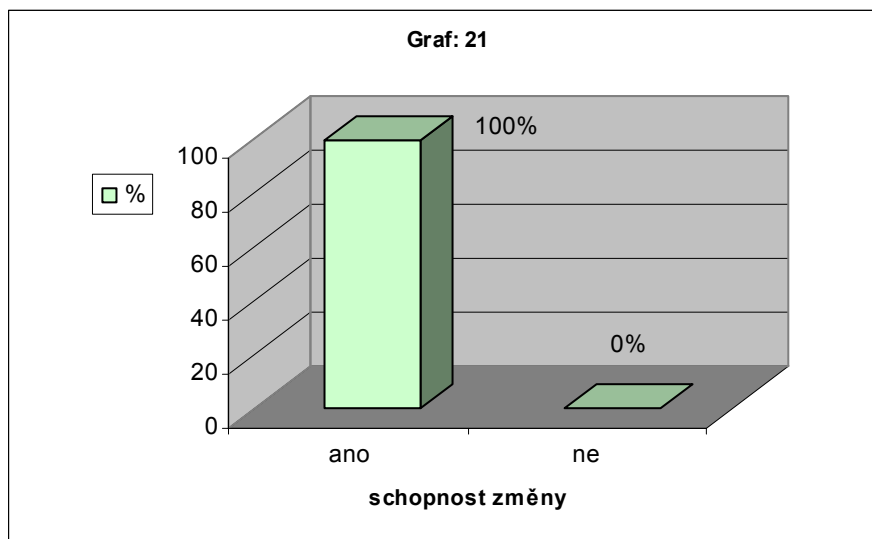


Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

Za nejvíce přínosnou metodu v průběhu krizové intervence považují pacientky edukaci, uvedlo jí v dotazníku 84 (30 %) žen, jako druhou nejvíce přínosnou metodu značily ženy relaxaci 62 (22 %) žen, na třetím místě z hlediska přínosnosti pro pacientky se umístila na řešení orientovaná terapie S.de Shazera tu označilo 50 (18 %) žen, čtvrté místo zaujal katastrofický scénář, který označilo 39 (14 %) žen. Stabilizace byla nejvíce přínosná pro 28 (10 %) žen a instruktáž pro 17 (6 %) žen.

Graf 21: Schopnost určit co je třeba změnit (Dotazník, otázka č. 21)

n = 280

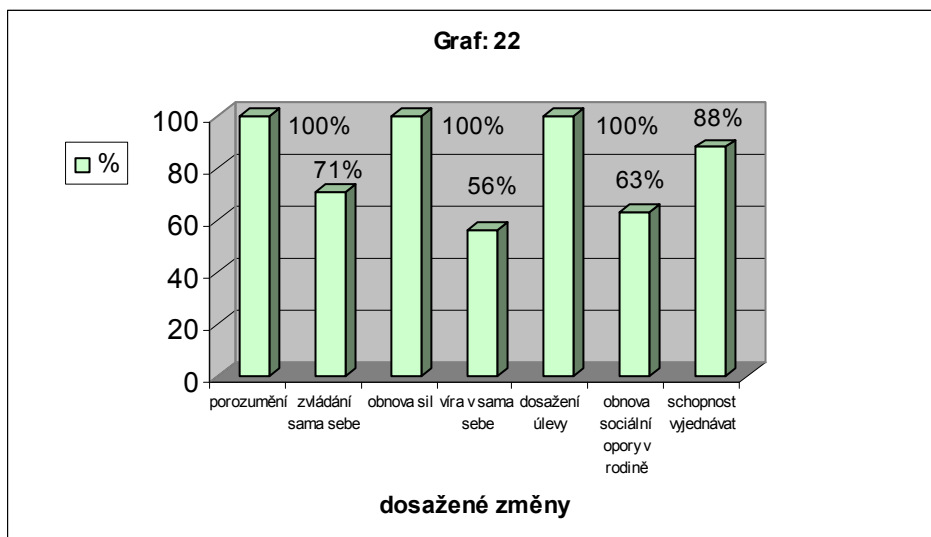


Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

Z grafu je zjevné, že všechny pacientky 280 (100 %) jsou díky krizové intervenci schopné určit, co je třeba v jejich životě změnit.

Graf 22: Konkrétní změny dosažené pacientkami (Dotazník, otázka č. 22)

n = 280

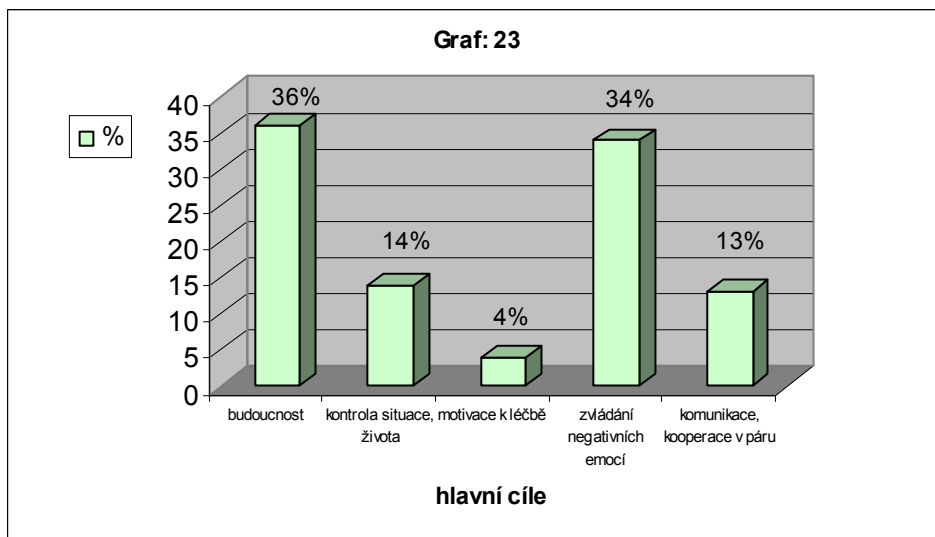


Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

Graf ukazuje, které konkrétní změny byly pacientky schopny díky krizové intervenci rozvinout a které ze svého pohledu považují za nejdůležitější. Všechny pacientky 280 (100 %) žen, které absolvovaly krizovou intervenci uvedly, že za nejdůležitější změny považují: rozvoj tzv. schopnosti porozumění v několika základních životních oblastech, obnovu sil a dosažení úlevy. Na druhém místě 246 (88 %) ženy uvádějí rozvinutí schopnosti otevřeně komunikovat a vyjednávat s ostatními, třetí v pořadí 199 (71 %) pacientek uvádí změnu zvládnání sama sebe, na čtvrté místo 176 (63%) žen řadí obnovu sociální opory v rodině a na posledním místě 157 (56 %) žen řadí víru v sama sebe.

**Graf 23: Oblasti ve kterých pacientky dosahovaly hlavních cílů
(Dotazník, otázka č. 23)**

n = 280

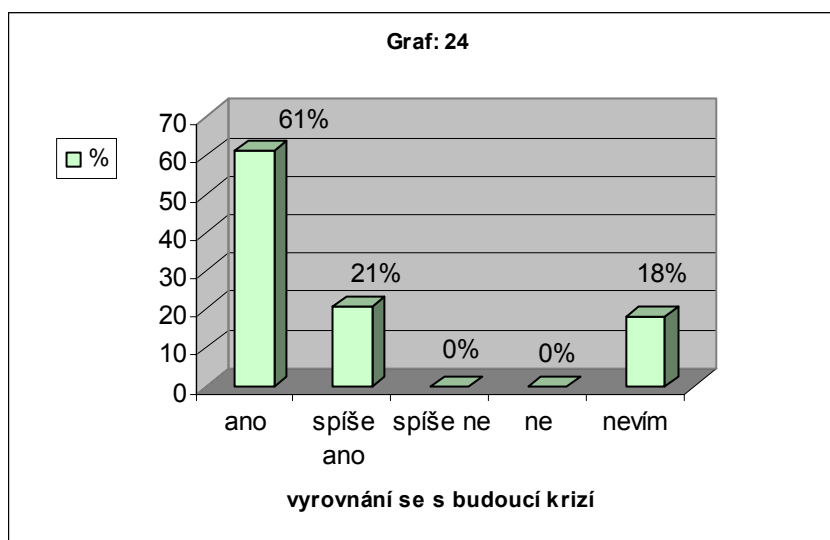


Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

Z grafu vyplývá, že všechny pacientky 280 (100 %), které absolvovaly krizovou intervenci dosáhly svého hlavního stanoveného cíle a také shrnuje, v jakých oblastech byly tyto hlavní cíle, které si pacientky stanovily dosahovány. Nejpočetnější skupina 100 (36 %) zahrnuje cíle, které se týkají tématu strachu z budoucnosti, druhou oblastí v pořadí 95 (34 %) se stala oblast zvládání negativních emocí a prožitků, třetí místo 39 (14 %) zaujaly cíle zaměřené na kontrolu situace a vlastního života, 35 (13 %) žen dosáhlo hlavních cílů souvisejících s komunikací a kooperací v páru a 11 (4 %) žen si stanovilo a dosáhlo hlavního cíle souvisejícího s motivací.

**Graf 24: Schopnost pacientek vyrovnávat se z budoucími krizovými situacemi
((Dotazník, otázka č. 24)**

n = 280

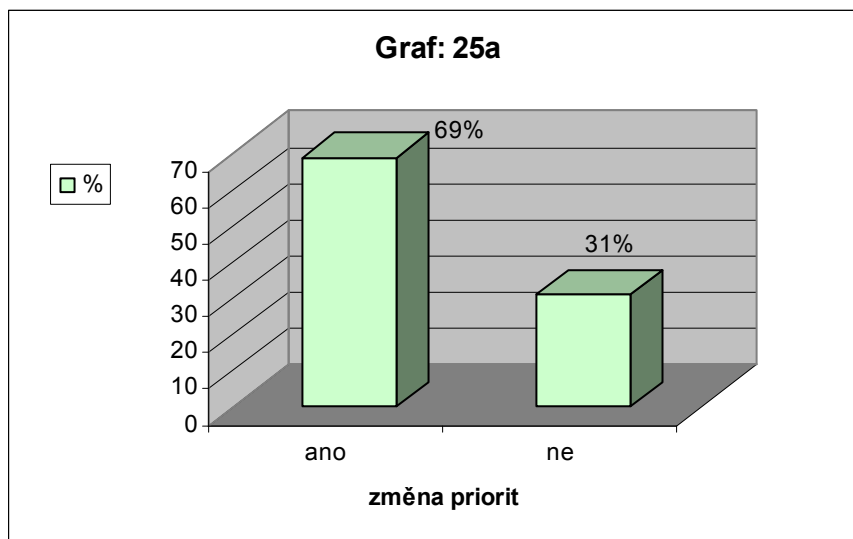


Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

Na tuto otázku odpovědělo 172 (61 %) žen ano, 58 (21 %) žen spíše ano a 50 (18 %) žen neví. Žádná žena ne zvolila odpověď spíše ne nebo ne.

Graf 25a: Změna priorit jako výsledek krizové intervence (Dotazník, otázka č. 25)

n = 280

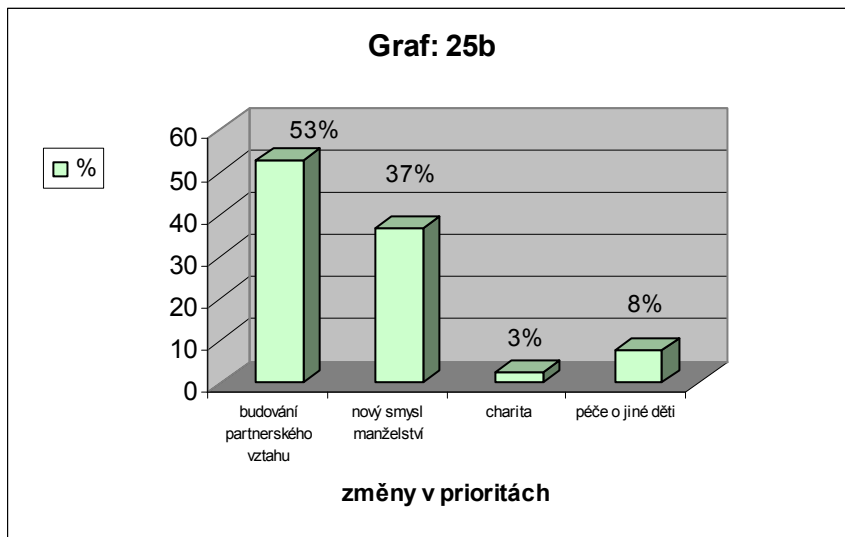


Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

Z grafu 25a vyplývá, že 193 (69 %) žen změnilo po absolvování krizové intervence své priority, 87 (31 %) žen nikoli.

Graf 25b: Konkrétní změny v prioritách (Dotazník, otázka č. 25)

n = 193

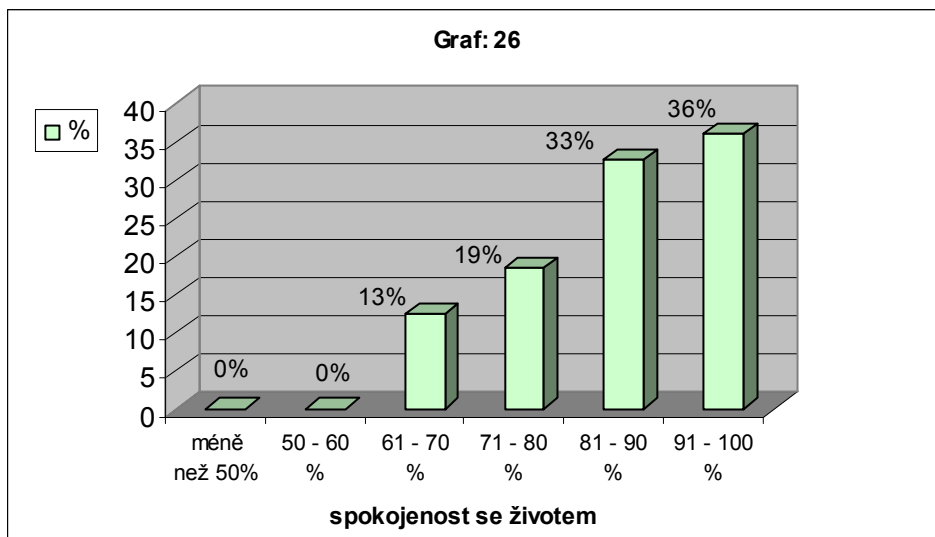


Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

Graf ukazuje, co je po skončení krizové intervence hlavní prioritou u pacientek léčících se s neplodností. Největší počet žen 102 (53 %) uvedlo jako hlavní prioritu budování partnerského vztahu u 71 (37 %) žen je to hledání nového smyslu manželství, 5 (3 %) žen uvedlo jako hlavní prioritu zaměření se na charitativní činnost a 15 (8 %) žen péči o děti jiných osob.

Graf 26: Spokojenost pacientek se svým životem po skončení krizové intervence (Dotazník, otázka č. 26)

n = 280

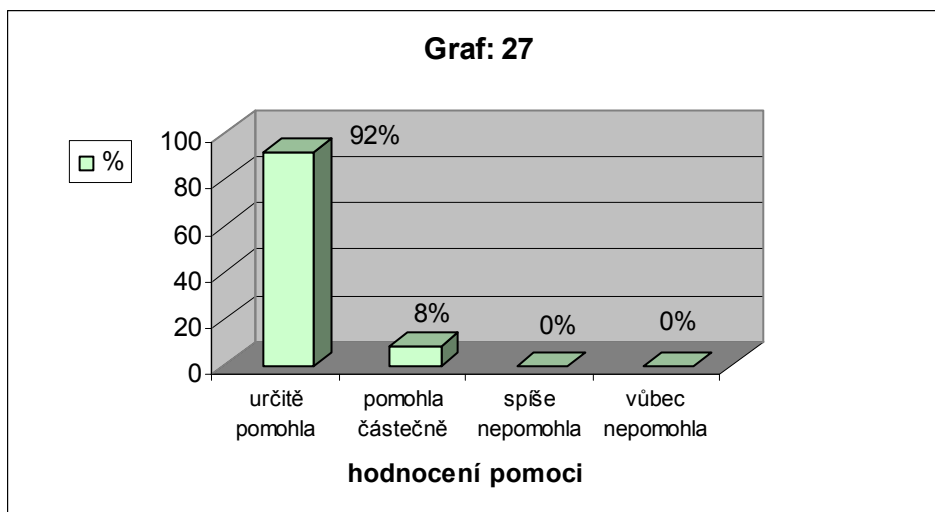


Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

Nejpočetnější skupinu vytvořily ženy v počtu 101 (36 %), které označily svoji aktuální spokojenost se životem mezi 91-100 %, druhou nejpočetnější skupinou 92 (33%) žen pak byly ty ženy, jejichž spokojenost byla označena mezi 81-90 %. Aktuální spokojenost se svým životem mezi 71-80 % označilo 52 (19 %) žen a 35 (13 %) žen bylo po skončení krizové intervence spokojeno se svým životem mezi 61-70 %. Méně než 61% spokojenost nebyla označena ani jednou ženou.

Graf 27: Zhodnocení výsledného efektu krizové intervence (Dotazník, otázka č. 27)

n = 280

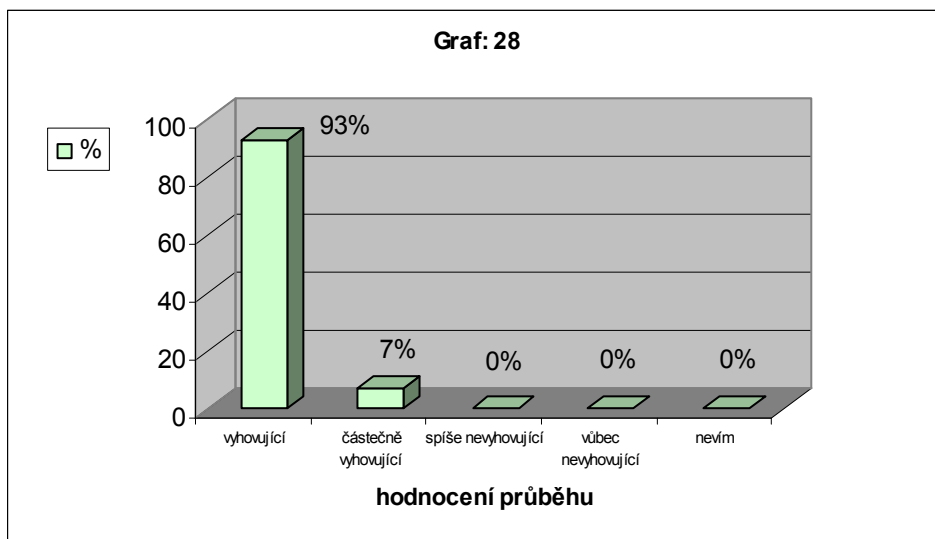


Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

Z grafu lze vysledovat, že v celkovém počtu 257 (92 %) žen ve svém výsledném efektu krizová intervence pacientkám určitě pomohla v 23 (8 %) případech pomohla jen částečně. Nikdo v dotazníku nevedl, že by krizová intervence spíše nepomohla nebo nepomohla vůbec.

Graf 28: Hodnocení průběhu krizové intervence (Dotazník, otázka č. 28)

n = 280

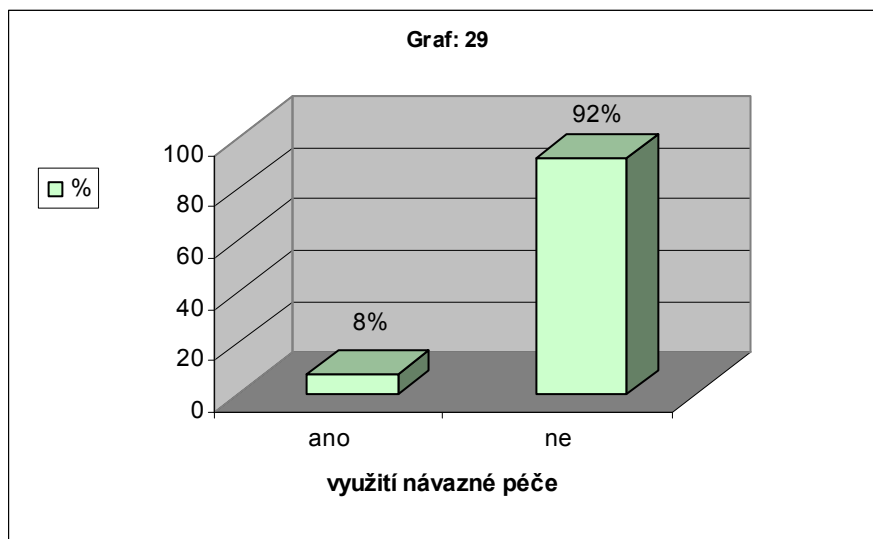


Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

Graf ukazuje, že z celkového počtu 280 žen, které absolvovaly krizovou intervenci průběh krizové intervence určitě vyhovoval 260 (93 %) ženám a 20 (7 %) ženám vyhovoval jen částečně. V dotazníku žádná z žen nevedla, že by průběh krizové intervence spíše nevyhovoval ani nevyhovoval vůbec, žádná z pacientek též nevedla odpověď nevím.

Graf 29: Využití návazné péče (Dotazník, otázka č. 29)

n = 280

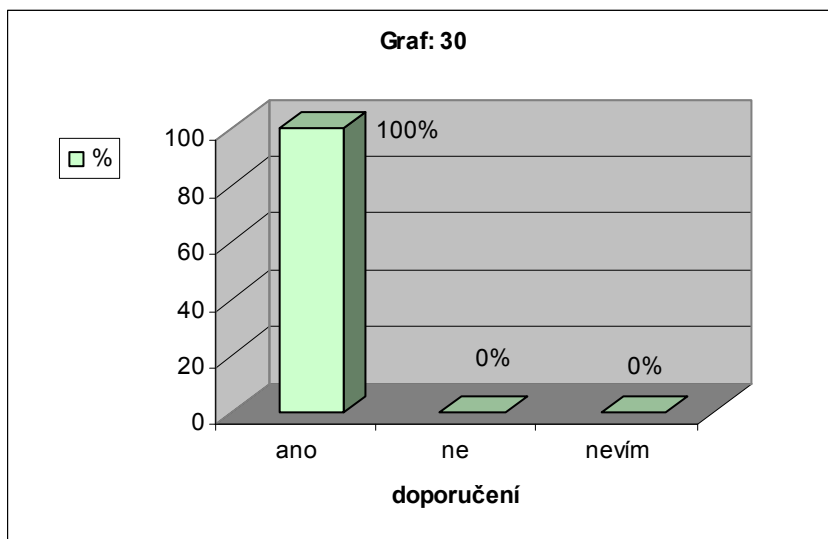


Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

Po skončení krizové intervence 23 (8 %) žen využilo možnosti návazné péče ve formě systemické psychoterapie 257 (92 %) žádnou návaznou péči dále nevyužily.

Graf 30: Doporučení této formy pomoci i jiným ženám (Dotazník, otázka č. 30)

n = 280

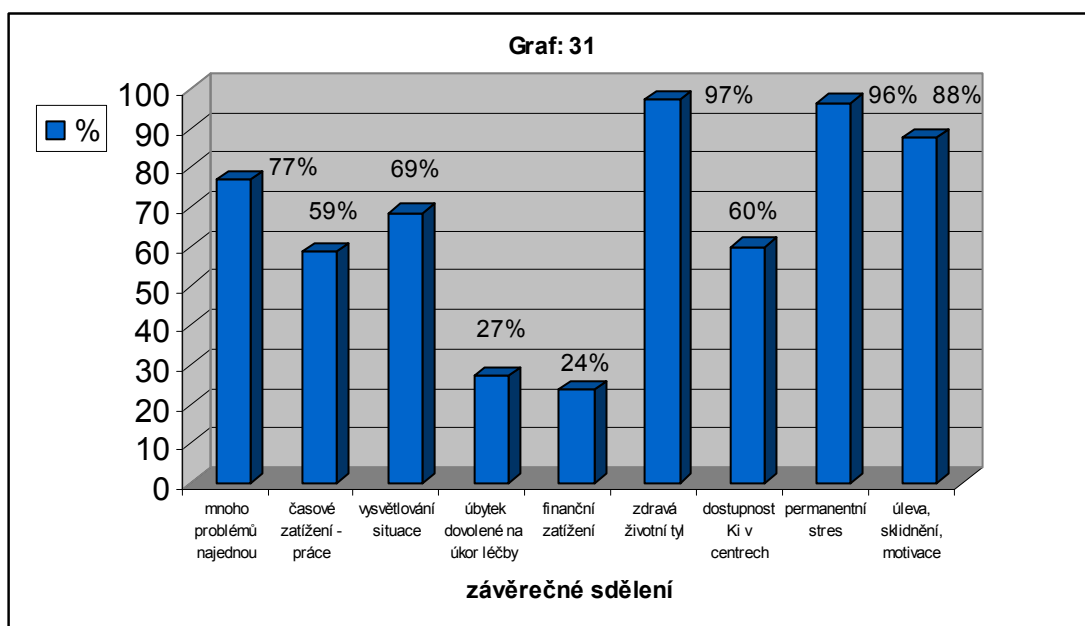


Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

Z grafu jasně vyplývá, že tuto formu krizové pomoci by všechny ženy v počtu 280 (100 %) jiným ženám léčícím se s neplodností doporučily.

Graf 31: Shrnutí závěrečných sdělení žen

n = 280



Zdroj: Vlastní výzkum, 2012

Graf 31 shrnuje závěrečná sdělení žen uvedená na konci dotazníku. Nejvíce žen 272 (97 %) zde zmiňuje velké zatížení a vyčerpání z důvodu permanentního dodržování zdravého životního stylu a 270 (96 %) upozorňuje na permanentní stres, kterému byly v průběhu léčby vystaveny. Značný počet 245 (88 %) uvádí dosažení úlevy, zklidnění a nové motivace pokračovat v boji s neplodností dál, jako zásadní výsledek po absolvování krizové intervence. Mnoho problémů k řešení najednou, jako jeden z velmi zatěžujících faktorů v průběhu léčby připomíná 215 (77 %) žen. Některé ženy dále zmiňují, že jsou unavené z neustálého vysvětlování své situace 192 (69 %), stěžují si na určité časové zatížení v oblasti pracovních povinností 164 (59 %), úbytek dovolené na úkor léčby 76 (27 %) a finanční zatížení z důvodu nutných příplatků za některé léky a postupy v asistované reprodukci, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Více než polovina žen 168 (60 %) by pak přivítala možnost využít krizovou intervenci přímo v centrech asistované reprodukce.

4.1 Krizová intervence u žen s diagnózou neplodnost – intervenční plán

V této části rigorózní práce bych ráda představila osobně sestavený intervenční plán pro poskytování krizové intervence u pacientek s diagnózou neplodnost a způsob práce s ním. Tento konkrétní postup práce byl v průběhu tří let využit pro poskytování specializované krizové pomoci u pacientek, jež se u nich vyvinula následkem nejrůznějších problémů a obtíží souvisejících s léčbou neplodnosti i s touto diagnózou vůbec.

Při sestavování výše uvedeného plánu jsem se držela nejen základního doporučeného postupu pro provádění krizové intervence, který je dílčím výstupem projektu MATRA, ale jako psychoterapeut pracující pod supervizi jsem vycházela také z vlastního přístupu k poskytování krizové intervence v psychoterapeutické praxi. Domnívám se totiž, že provádět krizovou intervenci striktně dle doporučeného postupu není vždy úplně možné již z toho důvodu, že existují specifická témata krizové intervence, jejichž zpracování vyžadují od krizového intervenanta hlubší znalosti a specifické dovednosti. Příklady těchto témat uvádí například Vodáčková ve své knize *Krizová intervence*. Konkrétně jde o krize související s během lidského života jako je přechod, růstové proměny, rodinný cyklus, krize související s vývojem sexuality, krize u dospívajících, partnerské a manželské krize, psychospirituální krize, krize u seniorů, krizové situace v životě muže a patří sem i zpracování témat smrti a umírání a mimo jiné i krizové situace v životě ženy jako je menstruace, těhotenství, sterilita, či krize v období klimakteria (65).

Já osobně vnímám krizi především jako příležitost vyzkoušet sebe sama a i jako příležitost prověřit své možnosti a meze. Poskytování krizové intervence u žen s diagnózou neplodnost pojmám jako terapeutický postup, jímž se pacientka v krizi dostává prostřednictvím vztahu k druhému člověku - k terapeutovi do kontaktu se svojí krizí. Takové pacientce má být dle mého umožněno zejména otevřít se, poznat svůj potenciál a následně uskutečnit tvořivý obrat.

Při výběru konkrétních metod a technik jsem se mimo výše uvedené opřela také o poznatky získané z vlastní praxe v původním zaměstnání sestry specialistky na operačním sále, kdy jsem se více než 10 let setkávala se ženami procházejícími léčbou

neplodnosti, během výkonů a po výkonech asistované reprodukce. Jako základ tohoto intervenčního plánu pro poskytování krizové intervence u pacientek s diagnózou neplodnost jsem zvolila systemický způsob práce a obohatila jsem ho o edukativní činnost, práci s tělem a kognitivní, behaviorální a emočně prožitkové metody a techniky.

4.1.1 Využití metody a techniky

4.1.1.1 Systemický přístup – Na řešení orientovaná terapie S. de Shazera

Systemický přístup můžeme charakterizovat jako samostatný psychoterapeutický přístup s vlastní teorií i praxí, kde výraz „systemický“ znamená specifický přístup, zakotvený v určitém způsobu myšlení – tedy v systemickém myšlení. „Systemický“ zde znamená celostní pojetí člověka a světa vytvořené ve druhé polovině 20. století. Toto pojetí vzniklo v různých vědních oborech současně, kde je označováno nejrůznějšími pojmy jako např. „systémová teorie“, „sebeorganizace“, „kybernetika“, „autopoiesis“, „synergetika“ či „konstruktivismus“. Základem pozorování a myšlení se v tomto přístupu stávají komplexní objekty a oproti analytickému přístupu se toto myšlení zaměřuje na to, aby se s komplexností zacházelo co nejméně redukcionisticky. K. Ludewig přední reprezentant evropské systemické terapie hovoří v souvislosti se systemickým přístupem o nejmladší formě psychoterapie, kterou považuje do určité míry za legitimní nástupkyni své předchůdkyně rodinné terapie a považuje ji za její další vývojovou fázi. Její vznik klade do roku 1981, kdy začal vývoj její koncepce, došlo nejen k rozšíření a upevnění teoretického rámce, ale také k vymanění rodinné terapie z příliš těsného sevření vlastního aranžmá. Tento nový vývoj se setkal s pozitivní odezvou zejména v Evropě, kde se systemické myšlení setkala s velkým zájmem a systemická terapie zřetelně zakotvila zejména v oblasti sociální. Od té doby se její metody a techniky používají i v jiných terapeutických školách a mají uplatnění i v nejrůznějších aplikačních oblastech (75).

Na řešení orientovaná terapie S.de Shazera - je přístup, který byl na počátku 80. let minulého století rozvíjen S. de Shazerem a Insoo Kim Bergovou v centru pro

krátkou rodinnou terapii v Palo Alto v Milwaukee. Přístup můžeme charakterizovat jako pragmatický a v praxi založený než jako teoretický směr. Hlavní principy, které slouží mimo jiné i jako vodítka pro praktikování tohoto přístupu jsou následující: *Když to není rozbité, nespravuj to.* Toto je hlavní zásada na řešení orientované terapie. Teorie, modely a filozofie intervencí nejsou relevantní, jestliže klient už svůj problém vyřešil. Neexistuje-li problém, nemá být ani terapie. *Když to funguje, dělej toho víc.* Tato zásada vyjadřuje, že je-li klient v procesu řešení problému, terapeut by měl klienta povzbuzovat, aby dělal víc toho, co už funguje. V tomto přístupu se neposuzuje kvalita klientových rozhodnutí, pouze to je-li řešení účinné, neboť v důsledku nalezení toho, co je účinné, je klient schopen následně svůj úspěch opakovat a tak dochází k dalšímu rozvoji řešení. *Když to nefunguje, dělej něco jiného.* V návaznosti na první dva principy tato zásada upozorňuje na fakt, že v lidské povaze existuje jistý sklon k řešení problémů opakováním věcí, které v minulosti neúčinkovaly. Pokud tedy nápad klienta k řešení problému neúčinkuje je v tomto přístupu opuštěn a je navrženo něco jiného. Princip, který říká: *Malé kroky mohou vést k velkým změnám,* předpokládá, že jakmile došlo k malé změně, povede tato změna k řadě dalších změn, které postupně budou mít za následek mnohem větší systémovou změnu. Budování řešení se tedy zde typicky dosahuje v řadě malých, zvládnutelných kroků. *Řešení se nutně nemusí přímo vztahovat k problému.* Tento princip upozorňuje na fakt, že Na řešení orientovaná terapie se soustředí výhradně na současnost a budoucnost a věnuje tak málo času nebo téměř žádný původu nebo povaze problému, klientově patologii či analýze dysfunkčních interakcí. *Jazyk užívaný k řešení se odlišuje od jazyka, jímž se popisuje problém.* Jazyk problémů je totiž obvykle negativní, zaměřuje se na minulost a sugeruje trvalost problémů na rozdíl od jazyka řešení, který je pozitivnější, je v něm více naděje, zaměřuje se na budoucnost a sugeruje pomíjivost problémů. *K žádným problémům nedochází neustále, vždy existují výjimky, kterých lze využít.* Princip vychází z představy pomíjivosti problémů a výjimky mohou být využity k uskutečnění malých změn. *Budoucnost lze vytvářet i o ní vyjednávat.* Dle tohoto principu nejsou lidé pojímáni jako uzamčení do vzorců chování založeného na historii, sociální vrstvě nebo psychologické

diagnóze. Budoucnost je podle něj místem naděje a lidé architektky svého vlastního osudu (75).

Hlavní intervence Na řešení orientované terapie

Pozitivní kolegiální přístup zaměřený na řešení

Obecně platí, že odborník, který využívá při své práci s klienty či pacienty Na řešení orientovaný přístup je pozitivní, vyjadřuje respekt a naději, přičemž sezení a práce s klienty je spíše kolegiální než hierarchické a spíše kooperativní než založené na soupeření.

Hledání předchozích řešení

Vychází z přesvědčení, že většina lidí již v minulosti vyřešila velké množství problémů nebo opakovaně byla nucena řešit problém, který se vrátil. Jde o to, že problém byl vyřešen i když jen na krátkou dobu a jedinec tak má své vlastní zdroje a strategie k jeho řešení, které může opětovně využít.

Hledání výjimek

Výjimka je něco, co se děje obvykle bez klientova záměru a často bez jeho porozumění, místo problému. Výjimku můžeme také charakterizovat jako dobu, kdy se mohl problém vyskytovat, ale nevyskytl se. Když tedy lidé nemohou využít předchozí konkrétní řešení, mohou k ovlivnění problému využít nedávných výjimek ze svého problému.

Otázky versus nařízení nebo interpretace

Otázky jsou v Na řešení orientovaném přístupu primárním komunikačním prostředkem a všudypřítomnou intervencí.

Otázky zaměřené na přítomnost a budoucnost versus orientace na minulost

Otázky, které jsou v systemickém přístupu pokládány se zaměřují zejména na přítomnost nebo budoucnost, což odráží základní přesvědčení tohoto přístupu, že problémy se nejlépe řeší orientací na to, co už funguje a na to, jak si svůj další život klient představuje.

Ocenění

Ocenění při práci s klienty pomáhá podtrhnout fakt, že jedinec dělá něco, co funguje. Oceňování toho, co klient dělá dobře a potvrzování, jak obtížné jeho problémy jsou, jej povzbuzuje nejen ke změně, ale také mu poskytuje zprávu o tom, že odborník poslouchá, rozumí mu a záleží mu na něm.

Jemné vybízení dělat víc toho, co funguje

V průběhu celé práce s klientem odborník vybízí klienta k tomu, aby pozoroval to, co funguje. V případě, že společně odhalí nějaká řešení či výjimky ve vztahu k problému, jemně klienta vede k tomu, aby dělal více z toho, co již dříve fungovalo nebo případně, aby vyzkoušel změny, které sám navrhl.

Cíle zaměřené na řešení

Systemický přístup vybízí k řešení problému po malých krocích. Cíle mají být také stanovovány jasně, konkrétně a reálně a mají být rámovány spíše jako pozitivní než negativní.

Pobízení

Pobízet znamená vyptávat se, vyvolávat pochybnosti, stimulovat a podněcovat k rozvažování. Pobízení je strategií jejímž cílem je motivovat klienty, aby přemítali a zpochybňovali svůj aktuální referenční rámec a přijali jiný, užitečnější pohled, neboť často hodnotí svoji aktuální situaci omezeně a používají k tomu zastaralé nebo chybné mapy. Cílem je tedy, aby klienti své problémy, případně sebe přehodnotili a sestavili

jiný a méně omezující pohled. Pobízení zahrnuje naslouchání, sledování toho, co a jak klienti sdělují, co naznačují, na co poukazují nebo co nechávají stranou a následné dotazování.

Druhy otázek v systemickém přístupu

Otázky, které přispívají k rozvoji spolupráce – Andersenovy otázky - jsou to typy otázek, které se orientují na to, jaký je vlastně příběh cesty klienta do naší péče, jak bychom společného setkání s klientem měli nejlépe využít, zda to na čem dosud s klientem pracujeme je to, co potřebuje a pokud ne, co bychom měli dělat jiného.

Otázky, jež vedou k řešení - do této skupiny řadíme následující otázky: Otázky na změny před setkáním. Otázky na výjimku z problému. Otázky na dosažené úspěchy. Otázky na zvládání. A otázka, Co ještě?

Otázky zjišťovací - jsou to otázky pátrající po informacích, faktech, událostech a problému. Vztahují se k „pravdě“, jak to doopravdy je. Díky těmto otázkám má dotazující k „pravdě“ blíže.

Otázky instruktivní - tyto otázky mají blízko k formulí „buď je to tak, nebo je to onak“. V tomto případě dotazující sám nabízí určité možnosti a jiné vylučuje ze hry.

Otázky reflexivní - odpovídají otázkám typu „proč“. Tyto otázky hledají souvislosti ve faktech, která jsou považována za „pravdy“ a podněcují k přemýšlení ve starých souvislostech.

Otázky konstruktivní - otevírají nový, dosud nepoznaný prostor myšlení. Neodpovídá jim předchozí zkušenost. Zkoumají způsoby, jakými dotyčný došel ke svým „pravdám“. Nejsou na ně předem připravené odpovědi. Patří sem otázky, kterými se dotazujeme na cíle, kterých chce klient dosáhnout, otázky na minulost, otázky na řešení, otázky na průběh spolupráce a otázky na zvládání stávající situace.

4.1.1.2 Edukace

Edukace je zařazována mezi kognitivní metody. Základem edukativního procesu je poučení klienta o povaze jeho potíží, tedy edukace o podstatě problému i možnostech řešení a edukace o případném následném intervenčním postupu či možné navazující terapii. Zařazení edukativního procesu do krizové intervence vnímám jako výhodné zejména proto, že klient zjišťuje, že jeho potíže či problém jsou vlastně známou problematikou a dají se řešit, což ve svém důsledku zvyšuje naději na „vyléčení“. Využitím edukace můžeme docílit také toho, že komplex jistých nesourodých obtíží se zjednoduší na několik navzájem propojených oblastí a v klientovi se formuje pocit, že je zde možnost je dostat pod kontrolu. Klient tak prostřednictvím edukace objevuje určitou perspektivu logických kroků, kterým je schopen sám osobně rozumět a které s využitím jeho vlastního „selského rozumu“ povedou nakonec ke zmírnění jeho obtíží. Aktuální obtíže či problém tak přestanou pro klienta představovat jistou katastrofu a bezprostřední ohrožení. Ve svém důsledku lze tedy říci, že díky edukaci dochází na straně klienta k zásadnímu povzbuzení a lze pozorovat i aktivní zájem o práci na změně jeho problémů a obtíží. Edukaci při poskytování krizové intervence provádím již v průběhu prvního setkání s pacientkou. Edukuji nejprve o struktuře krizové pomoci např. o délce sezení, jejich frekvenci, využívané formě práce a po té poskytuji pacientce co nejvíce informací o tom, co je to krize a jak příznaky krize fungují ve vzájemných souvislostech. Informuji zejména o akutních reakcích na stres typu A i B, reakcích typu „útok“ nebo „útěk“ a dávám je do souvislosti s příznaky pacientky. Považuji také za vhodné pacientce sdělit, že to co prožívá neznamena, že se „zbláznila“, ale že se jedná o normální reakci na nenormální podnět. Mým cílem je nejen pacientku informovat o základních projevech krize, ale také dosáhnout zmenšení počtu problémů například tím, že ukáži, že řada zdánlivě nesouvisejících obtíží jako je bušení srdce, třes rukou, pocení, zamlžené vidění, motání hlavy či lapání po dechu jsou všechno projevy krizového stavu související s úzkostí. Následně pak pacientce poskytnu ještě základní vysvětlení o vztahu mezi myšlením, pocity a chováním. V průběhu jednotlivých setkání pak edukuji pacientku vždy o případných navrhovaných terapeutických intervencích a to v případě

krizové intervence u žen s diagnózou neplodnost zejména o stabilizačních technikách a relaxaci.

4.1.1.3 Katastrofický scénář

Katastrofický scénář je kognitivní metoda, kterou lze využít k tzv. dekatastrofizaci představy. Lidé si často představují určitou situaci jako naprostou katastrofu, v níž se zastaví čas a jejich nepříjemné pocity trvají věčně. V takovém případě můžeme jedinci pomoci, když se jej zeptáme co nejhoršího by se v dané situaci mohlo opravdu stát, jak by situace dále pokračovala a dokonce jaké nejhorší důsledky by mohla přinést. Následně s klientem hledáme možné alternativy toho, co by se dalo dělat, pokud by opravdu k nejhorší situaci došlo. Klient si pak zpravidla uvědomí, že existují možnosti jak přímo on sám nebo s pomocí někoho jiného může nejhorší obávanou situaci zvládnout.

4.1.1.4 Emočně prožitkové techniky

Sebeinstruktáž - energické povzbuzující výroky

Technika vychází z poznatku, že jednání i emoce v určité situaci jsou ovlivněny tím co si jedinec v určité situaci myslí a říká. V první řadě je nutné odhalit situaci, které se pacientka obává a také vnitřní monolog, který souvisí s jejím prožíváním a jednáním. Další krok spočívá ve vytvoření takových myšlenek, které pomohou pacientce situaci zvládnout. Tyto povzbuzující výroky si pacientka nejprve nacvičuje v rámci sezení či za domácí úkol, kdy si problematiku situaci představuje Já osobně využívám sebe jako vzor a nejprve pacientce celý proces předvádím. Povzbuzující výroky si pacientka vytváří sama tak, aby jí osobně vyhovovaly. Při zvládnání určité situace si tyto výroky říká nejprve nahlas, pak šeptem a nakonec v duchu. Někdy doporučuji, aby si pacientka daný výrok napsala na papír, či si vytvořila malou kartičku s výrokem, kterou bude nosit u sebe a ve stresující situaci si ji může přečíst. Já osobně u pacientek s diagnózou neplodnost využívám zejména výroky, které dodávají odvahu a následně oceňují vlastní

jednání. Příkladem mohou být výroky „Vydržím to! Zvládnou to!“ či „Výborně! To jsem to zvládla“ apod. Tuto techniku nevyužívám samostatně, ale kombinuji ji s kontrolovaným dýcháním, které zařazuji před povzbuzující výrok.

4.1.1.5 Práce s tělem

Naše tělo reaguje na vše co prožíváme, jasným důkazem je to, že jakákoli emočně obsažená vzpomínka v něm vyvolá odezvu. V krizi dochází často k našemu neúměrnému zatížení, tedy k zatížení i našeho těla přičemž reakce na zátěž a nejistotu může mít řadu podob. V literatuře můžeme najít nejrůznější tělesné reakce jedince na prožívanou krizi. Jsou uváděny například pocity změněné tělesné celistvosti, pocit ztráty dobrého zdraví, pocity napětí, bolesti a změny ve schopnosti cítit v nejrůznějších částech těla. Není výjimkou, že dochází k omezení fyziologických procesů, k narušení dechu a pocitu tělesného schématu. Velmi častou odpovědí na extrémní zátěž je neschopnost stát pevně na svých nohou, to se projevuje v poruše stability a jedinec může padat a potácet se. Jindy může člověk prožívat takovou úzkost, že se doslova dusí či může realitu tedy i vlastní tělo prožívat fragmentovaně, jako by nebyl celistvý. Mezi jiné tělesné reakce pak patří svalová ztuhlost, špatná pohybová koordinace, necitlivost nebo naopak přehnaná citlivost různých částí těla, únava nespavost, bolesti hlavy aj. Osobně tedy považuji za nutné s tělesnými reakcemi v krizové intervenci počítat a určitou formou s nimi i pracovat.

Stabilizace

U pacientek s diagnózou neplodnost jsem v krizovém intervenčním plánu využila techniku stabilizace pro aplikaci v sedě, která sestává z několika kroků. 1. krok – práce s čelem a spodinou lební. 2. krok – práce se spánky. 3. krok – uzemňující kontakt v nadkolení. 4. krok – uzemňující kontakt v oblasti holení, kotníků a nártů. Pro provádění stabilizace platí, že je vždy nutné před započítím pacientku poučit o postupu provedení a dále je nezbytná komunikace v průběhu provádění týkající se vyvíjeného tlaku.

Relaxace

Relaxace jako taková je řazena mezi behaviorální metody. Je velmi účinnou metodou pro pacienty, kteří uvádějí, že je pro ně velmi těžké uvolnit se nebo pro ty, kteří si stěžují na přetrvávající pocit napětí. Existuje celá řada způsobů nácviku relaxace a je nutné upozornit, že jde o dovednost, kterou je možné získat zejména opakovaným cvičením. Pro účely krizové intervence u pacientek s diagnózou neplodnost jsem zvolila nácvik kontrolovaného dýchání, které lze využít zejména v situacích, kdy se pacientka dostává do velkého napětí a úzkosti. Nácvik kontrolovaného dýchání zahrnuje dvě části. V části první informujeme pacientku o významu nesprávného dýchání při vzniku úzkostného stavu, s upozorněním, že kontrolou dechu je možné zmírnit příznaky úzkosti. V části druhé přistupujeme k nácviku kontrolovaného dechu. Nácvik můžeme vést osobně či je možné využít nahrávky s nahraným rytmem dechu. Já osobně preferuji osobní instruktáž. Rytmus nácviku je určován slovy „nádech“ (3 sec.) a „výdech“ (6 sec.). Mezi nádechem a výdechem nechávám krátkou pauzu. Prodlouženou artikulací slov nádech a výdech lze pak dosáhnout jemného a delšího nádechu a výdechu dle nejvíce vyhovujícího rytmu pro pacienta. Kromě rytmu dýchání pak pacientku učím dýchat do břicha a ne do hrudi a posléze připojuji i nácvik hlubokého dýchání. Pacientka též dostává úkol procvičovat toto dýchání doma. Cílem je, aby pacientka zvládla břišní dýchání nejprve ve chvílích klidu a pak je mohla začít používat i ve chvílích zvýšeného napětí.

4.1.2 Intervenční plán – postup práce

Vlastní postup práce jsem rozdělila do tří fází, které na sebe plynule navazují a jsou obsahem různého počtu setkání s pacientkou.

První fázi práce považuji za jakýsi úvod, který slouží zejména k vytvoření bezpečného prostředí a k navázání dobrého pracovního vztahu s pacientkou. V případě, že se jedná o vůbec první setkání s pacientkou, obsahuje přivítání a usazení klientky, představení mé vlastní osoby, zabezpečení základních potřeb (tekutiny, kapesníčky, příjemné klima apod.), vytvoření bezpečného místa a rámce v němž podávám důležité

informace o délce sezení, případně rekapituluji například to, kdo pacientku posílá a proč a ověřuji, co je cílem našeho setkání. Pokud se jedná o úvod některého z navazujících setkání, táži se pacientky, jak se jí daří, co se událo v době mezi setkáními, zda má nějaké téma, které by potřebovala zmínit a probrat, co je od našeho posledního setkání lepší, případně co jí pomáhá situaci zvládat. V případě úplně prvního setkání s pacientkou využívám v rozhovoru zejména Andersenovy otázky a konstruktivní otázky zaměřené na minulost, pokud se jedná o některé z následných setkání používám konstruktivní otázky zaměřené na zvládání (viz. tab.1)

V druhé fázi začínám s vlastní odbornou individuální prací s pacientkou. Zde nejprve naslouchám příběhu pacientky a po té rozvíjím rozhovor, přičemž hlavním cílem je zde získat důležité informace, které ozřejmí aktuální obtíže. Pacientka je v lepším případě schopna začít hovořit sama na vyzvání nebo hovoří na základě mého vlastního vedení. V prvním případě, tam kde je žena aktivní, ji nechávám mluvit a aktivně naslouchám, pouze v případě, že hovoří dlouho, se snažím vnést do rozhovoru určitou strukturu, a to po částech a nakonec v každém případě její sdělení rekapituluji či provádím reformulaci. Pokud pacientka mlčí, iniciuji rozhovor citlivě otázkami, abych zjistila, proč přichází právě nyní, případně, jak sama vnímá svůj problém, co prožívá, jak uvažuje o problému apod. V každém případě zde považuji za velmi důležité pacientku přesvědčit, že její sdělení má váhu a to užitím zhodnocující formulace, ve které vyjádřím, že je dobré, že se na mne obrátila, že oceňuji její snahu a odvahu problém řešit, či sděluji, že je zcela přirozené, že hledá někoho, s kým by si mohla o problému promluvit. Mojí snahou je zde získat přehled o okolnostech, které souvisejí či vedly k této situaci, snažím se zjistit důležité souvislosti, včetně vlastní reakce pacientky na problém. Ženám citlivě naslouchám, provázím je a vedu formou reformulace a otázek, a postupně se snažím dospět ke zjištění aktuální zakázky, tedy toho, co je nyní pro pacientku nejdůležitější. Za prioritní v této fázi však považuji práci s aktuálním problémem pacientky. Mým cílem je zde snaha pomoci najít řešení a to prostřednictvím hlubší analýzy situace. Tato fáze tedy souvisí zejména s otázkou jak pacientkám pomoci, aby sebe a své aktuální problémy uviděli nově v jiném světle. Klíčové je zde to, jak ženy ovlivnit tak, aby svůj zorný úhel pohledu poopravili,

přehodnotili a posléze přijali pohled či názor jiný. Podstatou totiž je, že člověk často rozumí svým problémům i sám sobě tak, že je to pro něho velmi omezující, sebezničující až paralyzující. Mezi základní formy práce, které v této části intervenčního procesu využívám patří zejména edukativní činnost, ocenění, na řešení orientovaný přístup S.de Shazera, kognitivní, behaviorální a emočně prožitkové metody a techniky (viz. tab.2) Za naprosto prioritní zde však považuji především bezpečí důvěrného vztahu. Já osobně přikládám všeobecně při práci se svými klienty velkou váhu edukaci a procesu pobízení. Edukaci považuji za naprosto nepostradatelnou součást krizové intervence, neboť se domnívám, že svým konečným efektem naprosto zásadně přispívá k rozvoji a podpoře vzájemné spolupráce mezi pomáhajícím pracovníkem a klientem. O výše zmíněném procesu pobízení někteří odborníci hovoří jako o tzv. překonávání slepých skvrn, což znamená, že se pozornost klienta přesouvá k tomu, co si on sám primárně neuvědomuje nebo pouze jen matně, či se danému tématu cíleně vyhýbá, ignoruje ho nebo přehlíží. Osobně se domnívám, že je možné podrobit zkoumání prakticky vše, s čím klient přichází, s cílem zaměřit se na to, jak klienti rozumějí a chápou svůj svět, jaký dávají smysl svému vlastnímu chování, ale i chování druhých lidí i situacím v nichž se ocitají. Dle aktuální situace se tak zaměřuji například na to, co klienti naznačují, sleduji v jejich životě určité zaběhlé vzorce a témata, hledám souvislosti, upozorňuji klienta na přehlížení vlastních předností a nedostatků, všímám si nesrovnalostí tedy rozporů v tom, co klient říká a jak doopravdy jedná, sleduji nedostatečné porozumění následkům chování a sleduji i různá iracionální přesvědčení a z nich vyvozované důsledky. V neposlední řadě pak učím klienty porozumění vlastním emocím i schopnostem je pojmenovat a vyjádřit. Domnívám se, že pobízení je v procesu práce s klientem nezastupitelné, neboť jinak nepřijmou odlišný pohled na svět a neopustí své současné omezující názory, jež je udržují často bezbranné a bezmocné. Výše uvedené považuji za opravdový základ individuální práce s klienty, který dále doplňuji ještě kognitivními, behaviorálními a emočně prožitkovými metodami a technikami. Z kognitivních technik používám zejména imaginaci ve formě tzv. katastrofického scénáře. K posílení kognitivního pokroku pak využívám zejména behaviorálních technik jako je posílení, nejčastěji ve

formě odměny sebe sama, nácvik dovedností, které klientka potřebuje získat ke zvládnání stresových situací a také se zaměřuji na prevenci recidivy, kdy s pacientkami probírám možná řešení problémových situací. Ráda používám i tzv. energické povzbuzující výroky a humor, pokud je to ovšem možné, a které mají sloužit k doplnění a posílení kognitivních intervencí, přičemž mají přispět i k pozitivním změnám v myšlení a patří mezi emočně prožitkové techniky. K hledání řešení tedy využívám výše uvedené, průběžně zkoumám a ptám se, co s problémem dál a hledám řešení mimo jiné i v individuálních vyrovnávacích strategiích klienta, mapuji jeho silná místa i vnitřní a vnější opěrné body, zpevňuji, kotvím a přeznačkovávám, tedy pozitivně interpretuji klientovo chování, respektuji tempo klienta a mapuji, co potřebuje k tomu, aby především on sám zakázku vyřešil. Na tomto základě pak s klientem vypracovávám konkrétní plán dalšího postupu při jehož plnění postupujeme v malých krocích. Vzhledem k tomu, že v krizové intervenci jde o případy takové závažnosti, že je klient svým aktuálním životním problémem významně ochromen nebo až paralyzován, vždy zařazuji v průběhu procesu práce také stabilizační techniky a to zejména na začátku sezení a po té kdykoli kdy je to vzhledem ke stavu pacientky potřebné. V závěru své intervenční činnosti pak provádím i určitá preventivní opatření proti zhoršování situace. Konkrétně se jedná o společné vypracování jasného a pokud možno reálného a splnitelného postupu, který povede k pozitivnímu ovlivnění nejbližších dnů pacientky a dále o případné navržení nejbližší možné návštěvy. Velmi odpovědně též přistupuji i k vlastnímu ukončení sezení s klientem. Považuji například za nepřijatelné vrhat očividně významné pohledy na hodinky či ukončit sezení okamžitě z ničeho nic jako na povel. S blížícím se koncem sezení klienta citlivě upozorňuji na to, že se náš společně vymezený čas pro sezení blíží ke konci, uvedu kolik máme ještě času pro společnou práci a požádám klienta o zpětnou vazbu. Ještě před tím však rekapituluji to, co bylo dnes probráno. Zpětnou vazbu klienta považuji za velmi užitečnou, neboť slouží nejen k vlastnímu zhodnocení právě proběhlé činnosti, ale i k mému osobnímu odbornému růstu krizového intervenanta a terapeuta. Tak například zjišťuji, zda je pacientka spokojena s formou mé vlastní práce, jí bylo umožněno hovořit o tom o čem potřebovala, co bylo dnes pro ni v našem setkání důležité, co si konkrétně odnáší a

s jakými pocity a úvahami končí náš dnešní rozhovor. Dále se zajímám také o to, zdali má pacientka zájem o další návštěvu, případně jí přímo navrhuji konkrétní datum dalšího setkání. Následně se s pacientkou loučím.

Fáze třetí – končení. V ukončení spolupráce se mísí odborné představy pracovníka o výsledku krizové intervence s osobní konzumentskou spokojeností klienta. Spolupráci můžeme zakončit na základě dohody, dosažením stanoveného cíle spolupráce, naplněním či nenaplněním představ klienta. Já osobně se domnívám, že v případě krizové intervence je to v prvé řadě klient, kdo sám o sobě je kompetentní spolupráci ukončit. Také odborník může klientovi zveřejnit svoji představu o případném ukončení intervence na základě prozkoumání trvalosti a smysluplnosti dosažených změn, vyhodnocení jejího účinku a shrnutí dosažených výsledků. V každém případě však považuji za vhodné navrhnout klientovi následné sledování či zprostředkování navazujících služeb. Souhrn jednotlivých kroků i konkrétně kladených otázek nabízí tabulka 3.

Tabulka 1: Konkrétní kroky a kladené otázky v první fázi krizové intervence pro ženy s diagnózou neplodnost – shrnutí

Fáze 1.	
Cíl: Vytvoření bezpečného prostředí. Navázání dobrého pracovního vztahu s pacientkou.	
První setkání s pacientkou	
Strategie	Kladené otázky
<p>Krok 1. Přivítání pacientky. Představení vlastní osoby. Zabezpečení základních potřeb. Podání důležitých informací o délce a počtu sezení.</p> <p>Krok 2. Rekapitulace cesty pacientky do naší péče. Zodpovězení případných dotazů.</p>	<p>Andersenovy otázky: Jaký je příběh vaší cesty sem? Jak bychom měli naše společné setkání nejlépe využít?</p> <p>Konstruktivní otázky – otázky na minulost: Jak rozumíte tomu, že vás sem pan doktor poslal? Co si myslíte, že od toho čeká? Na čem pozná, že už je to lepší, a nemusíte sem dál chodit?</p>
Následná setkání s pacientkou	
Strategie	Kladené otázky
<p>Krok 1. Přivítání pacientky.</p> <p>Krok 2. Vyhodnocování zvládání aktuální situace. Reflexe dosažených změn</p>	<p>Konstruktivní otázky – otázky na zvládání: Změnil se nějak váš pohled na situaci? Jaké je to nyní? Co je lepší? Co vám pomáhá situaci zvládat? Kdo vám pomáhá? Co konkrétně funguje? Co děláte nyní jinak?</p>

Zdroj: vlastní výzkum 2013

Tabulka 2: Konkrétní kroky a kladené otázky v druhé fázi krizové intervence pro ženy s diagnózou neplodnost – shrnutí

Fáze 2.	
Cíl: Zvládnutí krizové situace pacientky	
Strategie	Kladené otázky
<p>Krok 1. Vyslechnutí příběhu pacientky. Ocenění. Edukace k problematice krize.</p> <p>Krok 2. Práce s krizovou situací pacientky (Na řešení orientovaný přístup S.de Shazera) Práce s tělem - stabilizace Katastrofický scénář Práce s tělem – relaxace Emočně prožitkové techniky</p> <p>Krok 3. Ukončení setkání Rekapitulace Zpětná vazba pacientky</p>	<p>S čím vám mohu pomoci? Co vás ke mně přivádí? Co byste nyní nejvíc potřebovala?</p> <p>Otázky, jež vedou k řešení (S. de Shazer) Co bylo tím posledním impulsem k návštěvě? Jak jste problém dosud řešila? Co fungovalo a co ne? Jak to děláte, že to vydržíte? Jak to děláte, aby to nebylo ještě horší? Bylo to takhle vždycky? Co by mělo být jinak? Co nejmenšího byste nyní potřebovala změnit? Co by vám tato změna měla přinést? K čemu by to mělo být? Co byste potřebovala udělat? Co nebo kdo by vám v tom mohl pomoci? Co mohu udělat já? Už jste někdy něco podobného řešila? Jak? S jakým výsledkem? Říká vám to něco? Co byste poradila kamarádce? Co byste potřebovala udělat jako první? Co potom? Jak byste mohla postupovat dál? Jak by to vypadalo, kdyby se problém zlepšil? Kdo by to poznal jako první a jak? Co by bylo jinak? Co vás vede k tomu, že jednáte tak a tak...? Odkud se to bere? Je vám to k něčemu? Co nejhoršího se může stát? Co byste pak mohla udělat? Co nebo kdo by vám mohl pomoci? A co ještě?</p> <p>Máte pocit, že jsme dnes probraly něco co jste potřebovala? Co vám naše dnešní setkání přineslo? Je něco na co jsem se nezeptala a měla jsem? Vyhovuje vám tento způsob práce? Chcete v setkáních pokračovat?</p>

Zdroj: vlastní výzkum 2013

Tabulka 3: Konkrétní kroky a kladené otázky ve třetí fázi krizové intervence pro ženy s diagnózou neplodnost – shrnutí

Fáze 3.	
Cíl: Ukončení pracovního vztahu a spolupráce	
Strategie	Kladené otázky
<p>Krok 1. Vyhodnocování činnosti.</p>	<p>Jak jste se cítila na začátku naší spolupráce? Jaké je to nyní? Změnil se nějak pohled na problém? K jakému konkrétnímu poznání jste došla? Co vám pomohlo? Co děláte nyní jinak? Co konkrétně funguje?</p>
<p>Krok 2. Udržení změny.</p>	<p>Vyřeší se váš problém tímto jednáním? Co konkrétně pomáhá? Existuje někdo o koho se můžete opřít? Které situace by mohly podporovat vaše staré chování? Jaké prostředí by mohlo podporovat vaše staré chování? Jak byste to řešila? Co byste mohla udělat? Je někdo nebo něco, co by vám pomohlo podpořit vaše nové jednání? Co všechno můžete nyní využít pro řešení nových problémů?</p>
<p>Krok 3. Rekapitulace pozitivních kroků. Shrnutí výsledků. Edukace o návazné péči. Rozloučení.</p>	

Zdroj: vlastní výzkum 2013

4.2 Psychosociální dopady léčby neplodnosti v centrech asistované reprodukce do života žen

Neplodnost lze v současné době všeobecně považovat za závažný celospolečenský problém. Tato problematika patří mezi velmi aktuální témata a to nejen v naší společnosti, ale obecně na celém světě. Přejít k rodičovství je v západní společnosti v rámci životní dráhy velmi významnou událostí a tak případná konfrontace s neplodností znamená velkou změnu pro každodenní život i sociální identitu ženy a celého páru vůbec. Neplodnost je pro každou ženu naprosto zlomovou životní zkušeností stejně jako jiné chronické nemoci, neboť zásadním způsobem narušuje očekávání i předpoklad vlastní plodnosti a její kontroly.

I když v efektivitě léčby neplodnosti bylo dosaženo značného pokroku a lékaři jsou schopni asi v 90 % případů neplodnost vyléčit, zejména vzhledem k zásadnímu terapeutickému objevu, oplození oocyty spermií muže mimo tělo ženy s následným přenosem vyvíjejícího se embrya do děložní dutiny matky, jinak také nazývaný asistovaná reprodukce, úspěšné stoprocentní početí nemůže zaručit nikdo. Léčba neplodnosti probíhá většinou podle klasického scénáře, kdy po určité době marných pokusů o otěhotnění i léčby se pár přesouvá na specializované pracoviště asistované reprodukce, kde dle závažnosti diagnózy následuje nejčastěji inseminace nebo v případě vážnějších poruch IVF. Psychosociální zátěž, které jsou ženy v průběhu léčby neplodnosti vystaveny si dokážou v této oblasti zdraví lidé jen těžko představit a obtížně pochopit. V každém případě neplodnost a její léčba znamená změnu v dosavadním nerušeném a zaběhnutém stylu života a narušuje i sociální vztahy s ostatními. Charakter problémů tedy může být jak intrapersonální, tak interpersonální a sociální.

Právě samotná léčba, která by měla přinést ženám vytoužené těhotenství paradoxně přináší do života žen mnoho problémů a bývá pacientkami často popisována jako horší než diagnóza sama. Žena v centru asistované reprodukce podstupuje řadu nepříjemných vyšetření, užívá hormonální léky a v závěru nejčastěji absolvuje instrumentální odběr oocytů s jejich následnou implantací do dělohy. Je potřeba upozornit, že léčba neplodnosti je často poměrně zdlouhavá záležitost a není výjimkou, že se ženy léčí i mnoho let. Pravdou je, že ženy se zdlouhavým průběhem léčby často

nepočítají, a tak není divu, že je pro ně nesmírně obtížné udržet si psychickou rovnováhu a optimistický pohled na svět, neboť se mohou díky protrahované léčbě potýkat s nejrůznějšími psychickými obtížemi. Výzkum, který byl proveden odhalil, že prakticky všechny ženy, které vyhledaly krizovou intervenci trpěly v průběhu léčby ještě před vypuknutím krize nějakými psychickými obtížemi. Bylo zjištěno, že u všech žen se vyskytovaly negativní emoce. Strach a úzkost uvedlo všech 100 % dotázaných žen, 98 % žen uvedlo, že se cítily nešťastné a sklíčené, často se objevovala únava a pocity viny a to u 95 % žen. Pacientky také často uváděly pocity beznaděje 93 % a zlost 82 % a 15 % uvedlo v dotazníku i nenávisť. Mezi psychickými obtížemi, které ženy trápily v průběhu léčby byl uveden i strach z budoucnosti a to u 87 % žen, dále ztráta kontroly nad situací i vlastním životem u 73 % žen, 68 % žen zmínilo nepříjemné myšlenky a u 64 % žen došlo ke ztrátě motivace k léčbě. Zajímavý pohled přináší výzkum na to, čeho se nejčastěji ženy v budoucnu obávaly. Nejvíce žen se obávalo budoucího neúspěchu, tedy negativního výsledku v dalším cyklu IVF, strach v této oblasti byl zjištěn u 87 % žen, mnoho žen se také obávalo trvalé bezdětnosti 82 %, obavy se také týkaly toho, jak ženy zvládnou období po neúspěšném IVF, tato obava byla zjištěna u 64 % žen. Ženy se dále obávaly i trvalé ztráty přátel ze stran vrstevníků, rozpadu vztahu s partnerem a také ztráty zaměstnání. Výzkum se také zaměřil na výskyt obtíží v oblasti fyzického zdraví a to zejména takových, které před započítím léčby ženy netrápily. Ženy například uváděly pocity vyčerpanosti, únavu, napětí ve svalech, časté bolesti hlavy, třes rukou případně celého těla, část žen popsalo žaludeční obtíže občasný tlak na hrudi, pocit dušnosti závrať a zvýšené pocení. Vzhledem k názoru odborníků gynekologů z oblasti asistované reprodukce, kteří tvrdí, že vedlejší účinky užívaných léků v průběhu léčby nejsou žádné nebo naprosto minimální, domnívám se, že psychická zátěž vznikající v průběhu léčby může ve svém důsledku přispívat k rozvoji tzv. psychosomatických obtíží a dovoluji si tvrdit, že jejich zvýšený výskyt může ohlašovat i aktuální nebezpečí či vyšší možnost vzniku krizového stavu.

Problémy přináší léčba i do oblasti interpersonální a sociální. Negativní dopady vznikající v této oblasti mohou zahrnovat široký okruh lidí. Často se týkají zejména partnerských vztahů, rodiny, dětí, přátel a také nejrůznějších situací například v oblasti

práce, kariéry, financí, pohlavního života, volného času či naplňování osobních cílů. Zvláště dlouhodobá zátěž může být po určitém čase důsledkem mnoha problémů jak v rodině, tak i v oblasti přátelských vztahů. Celkem u 83 % žen výzkum odhalil negativní ovlivnění vztahů s přáteli. Bylo zjištěno, že nejvíce žen - 70 % se začalo vyhýbat kontaktům s těhotnými kamarádkami, další ženy se přestaly kontaktovat s přáteli s dětmi a u části žen se vyskytla nechuť vídat se s přáteli opakovaně se dotazujícími nebo radícími v oblasti jejich plodnosti. Rodinné vztahy byly negativně ovlivněny u 63 % pacientek. Kromě napjaté atmosféry ženy uváděly hádky s rodiči a obecnou nechuť ke společným rodinným setkáním. Léčba neplodnosti se stává i jakousi prověrkou partnerského soužití, negativní ovlivnění partnerského vztahu uvedlo 82 % žen. Mezi konkrétní zjištěné změny v této oblasti patří nepřírozená kontrola sexuálního soužití, následkem čehož vzniká i určitá nechuť mužů k plánovanému sexu, 75 % žen uvádí napjatou atmosféru, více než polovina žen zmiňuje časté hádky a některé ženy nechuť ke společným aktivitám. Není také vůbec výjimečné, že jsou to právě ženy, které v důsledku neúspěšné léčby trpí frustrací, zažívají zoufalství a strach z opuštění svými partnery a nezdědka také nedostatečné pochopení kvůli svému nedostatku zájmu o zájmové činnosti nebo rekreaci, které před léčbou dělaly rády. Celkem 85 % žen v dotazníku zmínilo omezení společenských kontaktů. Výzkum odhalil, že ženy nejvíce omezily návštěvy veřejných zábavních podniků, jako jsou kina, divadla, koncerty, výstavy a to nejen z důvodu zdravotních, ale i z toho důvodu, aby nebyly konfrontovány s těhotenstvím jiných žen. Dále ženy omezily sportovní volnočasové aktivity. Ženy s trpící sterilitou se za svoji diagnózu velmi často stydí, nebo ještě častěji se kvůli ní cítí nejisté, nesebevědomé a nekvalitní, a tak dochází postupně k odcizení ostatním. Výzkum prokázal, že u 92 % žen, které absolvovaly krizovou intervenci došlo v průběhu léčby k negativnímu ovlivnění pohledu na sebe sama. Ženy o sobě hovoří často jako o neschopných, hovoří o tom, že jsou k ničemu, mají pochybnosti i o své budoucí roli jako matky, prožívají pocity viny a trapnosti, že se těhotenství nedaří. Uvádějí také, že se cítí osamocené, vyloučené z kolektivu stejně starých žen a jako ženy se hodnotí coby bezcenné. Za nejvíce zatěžující faktor v průběhu léčby téměř polovina žen 47 % považuje psychický diskomfort a v závěrečných připomínkách pak 96 % žen

připomínkuje permanentní stres zejména v období po transferu embryí, kdy napjatě očekávají vynechání menstruace jako známky případného těhotenství. Ženy jako velmi stresové také zmiňují nutnost řešení mnoha problémů najednou a za velmi vyčerpávající permanentní dodržování zdravého životního stylu. Za druhý nejvíce zatěžující faktor ženy považují reakci okolí na jejich diagnózu, zejména vyčerpávající je pro ně neustálé vysvětlování své situace a to nejen přátelům a rodině, ale často i zaměstnavatelům či spolupracovníkům. Všeobecně problémy vznikající v souvislosti se zaměstnáním považuje za nejvíce zatěžující faktor v průběhu léčby 15 % žen. Ženy jsou z důvodu léčby také více časově zatížené v oblasti pracovních povinností, stěžují si na úbytek dovolené na úkor léčby, často nemohou participovat na dlouhodobých pracovních projektech a zmiňováno je i finanční zatížení z důvodů příplatků za některé léky, postupy v asistované reprodukci nehrazené pojišťovny a za dopravu k lékaři.

4.3 Poznatky o krizi a krizové intervenci u žen s diagnózou neplodnost zjištěné výzkumem

Z výzkumu, který byl zaměřen na informace související s okolnostmi krize a na zhodnocení využití krizové intervence, která byla vedena u pacientek procházejících léčbou neplodnosti dle výše prezentovaného intervenčního plánu bylo zjištěno následující: Ženy vyhledaly krizovou intervenci nejčastěji na základě doporučení ošetřujícího lékaře 72 %. Některé ženy se rozhodly využít krizovou intervenci na základě vlastního rozhodnutí 13 %, jiné objednal na krizovou intervenci manžel 10 % a 5 % žen absolvovalo krizovou intervenci na základě přímého objednání nebo doporučení přátel. Kontakt na zdravotnické zařízení Plagyn, kde byla krizová intervence poskytována obdrželo nejvíce žen od svého gynekologa 82 %, část žen získalo kontakt na internetu 13 % a zbytek 5 % obdrželo kontakt od přátel. Výzkum odhalil jako nejčastější spouštěč krize neotěhotnění po transferu embrya či embryí, kdy tato situace způsobila krizový stav u 72 % žen, což potvrzuje, že neotěhotnění patří mezi nejvíce zatěžující situace v průběhu léčby neplodnosti vůbec. Mezi další iniciátory krize pak dále patří spontánní abort plodu, v souvislosti s touto situací vyhledalo krizovou

intervenci 6 % žen, dále zjištění žen o nízkém nebo žádném počtu oocytů, po odběru jehož důsledkem je nutnost opětovného absolvování hormonální stimulace. Krizová intervence byla ženami vyhledána i z důvodu neoplození získaných vajíček po odběru nebo odhalení genetické zátěže, či jiné vážné zdravotní diagnózy v oblasti plodnosti, jako je nedostatek spermií partnera či jejich nedostatečná kvalita. Krize byla také u některých žen vyvolána zjištěním informace o nedostatečném počtu folikulů, jejímž důsledkem je pak nemožnost absolvovat odběr vajíček a nutnost podstoupit opětovnou hormonální stimulaci, čímž se možnost otěhotnění dále oddaluje, stejně jako je to ve výše uvedeném případě nízkého nebo žádného počtu oocytů. Toto zjištění vyvolalo krizový stav u 3 % žen, 2 % žen vyhledalo krizovou pomoc z důvodu rozvoje hyperstimulačního syndromu a stejný počet také z důvodu zjištění o vzniku nekvalitních embryí nebo z toho důvodu, že embrya nevznikla vůbec žádná. Malý počet žen 1 % jako spouštěč krize uvedlo předčasnou ovulaci před vlastním odběrem oocytů a stejný počet žen, nezralá nebo nekvalitní vajíčka po odběru. Délka průběhu krizové intervence u žen se pohybovala od 3 do 8 setkání. Přičemž největší počet žen, více než polovina zúčastněných 52 % byla schopna vyřešit krizi během šesti setkání, což je v případě využití na řešení orientovaného přístupu S.de Shazera ideální. Nejdéle by tato intervence měla trvat osm setkání což bylo zjištěno u 16% žen. Výzkum dále hodnotil konkrétně využití metody a techniky práce. Bylo zjištěno, že za nejvíce přínosnou metodu ženy považují edukaci 30 % žen. K tomu uváděli v dotazníku, že díky edukaci získaly nové informace a znalosti, které vedly k tomu, že začaly lépe chápat podstatu svého chování a jednání, a to co cítí jak souvisí s tím co prožívají, začaly se v situaci lépe orientovat a celkově lépe rozumět svému problému. Často uváděly, že díky vysvětlení provázanosti pocitů, způsobu myšlení a chování s krizí jsou rády, že zjistily, že některé jejich reakce jsou normální a, že nejsou divné a dokázaly tedy svému stavu lépe porozumět. Jako druhou nejvíce přínosnou metodu uváděly ženy relaxaci 22 % žen. Tato metoda přinášela dle jejich komentáře zklidnění a uvolnění, klid v duši, zážitek pozitivních emocí, alespoň chvíli se cítit bez napětí, úlevu a možnost alespoň chvíli nemyslet. Ti kteří pracují s klienty v krizi vědí, že takový klient není schopen sám o sobě dosáhnout uvolnění a tak dobře zvolená relaxace může přinést alespoň chvíli

oddechu a uvolnění. Na řešení orientovaný přístup S de Shazera pacientky řadily na třetí místo z hlediska přínosnosti. Uváděly, že díky systemickému dotazování zcela přehodnotily pohled na problém, začaly vidět problém jinak, lépe mu rozumět či vnímat ho jako výzvu, všeobecně se v problému začaly lépe orientovat a získaly výhled na možná řešení. Uváděly také uvolnění díky možnosti problémy s někým sdílet a uváděly pocity čisté hlavy z možnosti kontroly budoucího vývoje i pocitu, že nejsou s problémy samy. Katastrofický scénář přinesl ženám zejména naději, že i v nejhorších představách se dá s problémem něco dělat, získaly výhled na možná řešení a tím i částečné uklidnění. Stabilizace byla nejvíce přínosná pro 10 % žen a to okamžitým zklidněním a uvolněním. Sebeinstruktáž pak pomáhala ženám lépe relaxovat a uvolnit se zejména v případech objevení se negativních myšlenek, či v konkrétních obávaných situacích pomohla zachovat klid a nepanikařit. Hlavním cílem krizové intervence obecně je pomoci klientům získat nad sebou vládu, navodit pocity zvládnání situace, dojít k vyřešení současné situace a obnovit síly jedince tak, aby dokázal spoléhat více sám na sebe než na okolí. K tomu je však potřeba, aby klient sám ve svém životě uskutečnil některé změny, které k výše uvedenému efektu povedou. Bylo zjištěno, že všech 100 % žen, které absolvovaly krizovou intervenci byly schopny určit, co je třeba v jejich životě změnit. Všech 100 % žen řadí mezi nejdůležitější změny rozvoj tzv. schopnosti porozumění v několika základních životních oblastech a dále obnovu sil a dosažení úlevy. Ženy uvádějí, že díky krizové intervenci nyní lépe rozumí podmínkám ve kterých žijí, lépe chápou stávající situaci ve které se nacházejí, lépe se v ní orientují, uvědomují si své aktuální potřeby, silné i slabé stránky a všeobecně lépe chápou svůj problém. Cítí se tak méně pod tlakem i lépe fyzicky a získávají chuť problému se postavit. Bylo uvedeno i zlepšení v oblasti fyzických obtíží. Ženy pozorovaly například menší výskyt bolestí hlavy, vymizení napětí a třesu, méně časté obtíže se žaludkem, uváděly i vymizení tlaku na hrudi a závratí. Ženy mezi dalšími změnami uvádějí, že rozvinuly schopnost otevřeně komunikovat a vyjednávat s ostatními a to především o svých aktuálních přáních a potřebách a to zejména s partnerem a nejbližší rodinou. Další ženy 71 % uvádějí změnu v oblasti zvládnání sama sebe. Tyto ženy například zmiňují, že si dokázaly uvědomit své chyby v jednání a chování, dokáží se ve stresových situacích

uklidnit a relaxovat, dokáží vidět problém jinak, pracovat s negativními myšlenkami a zvládat negativní pocity. Více než polovina žen dále uvádí 63 %, že obnovila sociální oporu a podporu v rodině a uvědomila si i další aktuální zdroje pomoci. Také více než polovina žen 56 % mezi změnami, které v životě díky krizové intervenci dosáhly, zmiňují opětovnou víru v sama sebe. Ženy popisují, že začaly o sobě přemýšlet jinak, začaly dělat věci kvůli sobě a ne kvůli okolí, uvědomily si své znalosti, schopnosti a dovednosti, opustily příliš kritický pohled na sebe sama, přestaly svoji kvalitu spojovat se schopností plození a získaly větší sebedůvěru. Pozitivní účinnost krizové intervence lze hodnotit dle dosažení hlavních stanovených cílů. Výzkum potvrdil, že všech 100 % žen dosáhlo v průběhu krizové intervence svého stanoveného hlavního cíle z čehož 36 % takových, které se týkaly tématu strachu z budoucnosti. Konkrétní cíle v této oblasti se týkaly například zvládnání strachu z negativního výsledku následujícího cyklu IVF, zvládnání strachu a dalších negativních emocí v období po absolvování cyklu IVF při čekání na konečný výsledek, zvládnání strachu z trvalé bezdětnosti, zvládnání strachu z rozpadu vztahu s partnerem, zvládnání strachu z trvalé ztráty přátel či zaměstnání. Jiné cíle 34 % zahrnovaly zaměření se na zvládnání nejružnějších negativních emocí jako je lítost, zklamání, bezradnost, osamocení, ale i vztek, nervozitu, ztrátu chuti do života či pocit izolace a vyloučení z kolektivu stejně starých žen. Čtrnáct procent žen zaměřovalo svoje cíle do oblasti kontroly stávající situace či vlastního života, přičemž cíle v této oblasti řešily nejčastěji problematiku pasivního postoje partnera k diagnóze a léčbě, sexuální problémy v páru zejména ztrátu sexuální bezprostřednosti, problematiku omezování osobních plánů, pocit neovlivnitelnosti situace či pocity neřešitelnosti dalšího vývoje. Ženy také volily hlavní cíle související s prací na lepší komunikaci a kooperaci v páru 13 %, a to zejména v oblasti prosazování vlastních potřeb či v oblasti otevřené komunikace o aktuálním prožívání partnerů. Prostřednictvím hlavního cíle 4 % žen řešilo ztrátu chuti či energie k další léčbě, nechť i aktuální přesvědčení o nemožnosti dále v léčbě pokračovat, pocity marnosti, zklamání netrpělivost či nervozitu spojené s léčbou. Zajímavé výsledky přinesly odpovědi respondentek v oblasti změny priorit v důsledku absolvování krizové intervence. Z výzkumu vyplynulo, že 69 % žen změnilo po absolvování krizové intervence své

priority, přičemž hlavní prioritou se stává budování partnerského vztahu na druhém místě hledání nového smyslu manželství. Některé z žen staví na první místo zaměření se na charitativní činnost a některé se zaměřují na péči o děti jiných osob. Po skončení krizové intervence je více než polovina žen spokojena se svým aktuálním životem a to mezi 90-100 %. Pacientky také hodnotí velmi pozitivně výsledný efekt krizové intervence, kdy 92 % potvrdilo, že jim krizová intervence ve výsledném efektu určitě pomohla a pouze 8 % žen uvedlo, že jim pomohla jen částečně, přičemž těchto osm procent žen následně pokračovalo v psychoterapii. Velký počet žen také pozitivně ohodnotilo vlastní průběh krizové intervence, kdy 93 % určitě vyhovoval a jen 7 % vyhovoval jen částečně a to z toho důvodu, že nemohly tuto pomoc využít přímo v centru asistované reprodukce, ale musely za touto péčí dojíždět do jiného zařízení. Byla zkoumána i budoucí schopnost žen, vyrovnávat se z budoucími krizovými situacemi, kdy 61 % žen se domnívalo že ano, 21 % žen uvedlo, že spíše ano a 18 % respondentek uvedlo, že neví, žádná z žen ne zvolila odpověď spíše ne nebo ne. Domnívám se tedy, že ve svém výsledném efektu byla touto formou prováděná krizová intervence úspěšná, neboť v závěrečných připomínkách 88 % žen zmínilo jako zásadní výsledek této intervence dosažení úlevy, zklidnění a nové motivace pokračovat v léčbě dál. Všechny 280 žen by také doporučily tuto formu krizové intervence i jiným ženám léčícím se s neplodností a více než polovina žen 60 % by pak přivítala možnost využít takto vedenou krizovou intervenci přímo v centrech asistované reprodukce.

4.4 Shrnutí výsledků výzkumu

Diagnóza neplodnost je pro každou ženu naprosto zlomovou životní zkušeností, neboť v naší společnosti je mateřství silně normováno a považováno za klíčovou součást ženské identity. Pacientky s diagnózou neplodnost léčící se v centrech asistované reprodukce jsou konfrontovány s obrovskou zátěží. Diagnóza zasahuje ženu jako lidskou bytost ve všech jejích dimenzích, přičemž v této oblasti zdraví lidé mohou tomuto stavu jen těžko porozumět. Netuší totiž, jaké to je pociťovat strach a úzkost z trvalé bezdětnosti na rozdíl od žen s diagnózou neplodnost, které se touto myšlenkou i

zabývají intenzivně. V jejich případě je totiž zpochybněna tzv. přirozená samozřejmost plození. Psychosociální dopady léčby neplodnosti v centrech asistované reprodukce u žen mohou být značné. Náročnost probíhající léčby se nejčastěji odráží v jejich psychice, fyzickém zdraví i chování. Nastávají změny i v obvyklých sociálních vztazích a to nejen z důvodu vždy přiměřených reakcí okolí na tuto diagnózu, ale i na základě změněných reakcí dotyčných žen vůči svému okolí. Není divu, že výsledkem takové zátěže je v mnoha případech i vznik krizového stavu.

Z výsledků výzkumu můžeme zkonstatovat následující: Krizovou intervencí, která byla poskytována ženám v souvislosti se vznikem krize v průběhu s léčby neplodnosti v centrech asistované reprodukce a to dle specificky sestaveného intervenčního plánu právě pro tuto klientelu, využily nejčastěji ženy ve věkové skupině mezi 26 – 30 lety, což stále ukazuje na fakt, že v České republice podstupují asistovanou reprodukci spíše mladší ženy. Krize v souvislosti s diagnózou neplodnost a její léčbou nejčastěji vznikaly u těch žen, které se snažily celkově otěhotnět čtyři roky, v centrech asistované reprodukce se léčily 3 nebo 2 roky a snažily se o početí svého prvního dítěte. Vyhledat pomoc ve formě krizové intervence se ženy rozhodovaly zejména na základě doporučení svého lékaře gynekologa. Také největší počet žen obdrželo kontakt na zařízení poskytující tuto pomoc od stejného lékaře. To vysvětluje zjištění, proč nejvíce žen se v době vyhledání pomoci léčilo právě centrech asistované reprodukce ISCARE a GENNET, neboť s těmito centry byla přímo rozvinuta spolupráce v oblasti pomoci poskytování krizové intervence jejich pacientkám. Léčba neplodnosti je často zdlouhavá, lze ji přirovnat k běhu na dlouhou trať a tak není divu, že ovlivňuje běžný život žen v mnoha oblastech. Za nejvíce zatěžující faktor v průběhu léčby většina žen považuje psychický diskomfort a permanentní stres. Prakticky všechny ženy ještě před vypuknutím krize trpěly nějakými psychickými obtížemi a objevovaly se u nich zejména negativní emoce. Nejvíce ženy trápil strach z budoucnosti, ztráta kontroly nad situací i vlastním životem, nepříjemné myšlenky a u více než poloviny žen došlo ke ztrátě motivace k léčbě. Doprovodným fenoménem léčby se staly i obtíže v oblasti fyzického zdraví, které lze charakterizovat jako psychosomatické. Negativní dopady přináší léčba i do oblasti interpersonální a sociální.

Problémy nastávají nejvíce v oblasti přátelských vztahů a vztahů partnerských, nastávají i problémy v užší i širší rodině zejména díky neustálému vysvětlování své situace. Ze stejného důvodu ženy omezují i společenské kontakty. Jako velmi zatěžující hodnotí ženy i nutnost řešit mnoho problémů najednou, dodržování zdravého životního stylu, problémy v oblasti pracovních povinností. Výsledným efektem je pak negativní sebepojetí, odcizení a do jisté míry i sociální izolace. Krizových situací nastává v průběhu léčby mnoho. Krize vznikají u žen nejčastěji v souvislosti s neotěhotněním, spontánním abortem plodu či s problémy v oblasti pohlavních buněk. Ke krizím dochází i z dalších důvodů jako je genetická zátěž nebo vzniku komplikací v průběhu stimulační léčby. Výzkum dále odhalil že, krizová intervence vedená dle specificky sestaveného intervenčního plánu pro ženy s diagnózou neplodnost umožňuje vyřešit krizi nejpozději do osmi setkání s pacientkou. V průběhu krizové intervence se ženy nezaměřují na řešení vlastního spouštěče krize, ale hlavním cílem vedoucím k vyřešení krizové situace se stává zaměření se na konkrétní psychosociální dopady vznikající v průběhu léčby. Nejčastěji ženy hledají řešení v oblasti nejrůznějších obav z budoucnosti, zaměřují se na zvládnání negativních emocí, řeší jak dostat pod kontrolu stávající situaci neplodnosti či vlastní život a pracují na lepší kooperaci a komunikaci v páru. Prostřednictvím hlavního cíle řeší i změny motivace k léčbě. Díky specifickému provedení krizové intervence (užitým metodám a technikám) jsou pacientky schopny reflexe jak individuálních tak rodinných problémů a historie. Jsou schopny dosáhnout abreakce, krizovou situaci jako takovou lépe chápou, lépe se v ní orientují a posléze tuto situaci přijímají a akceptují ji. Díky uvědomění si stávajícího potenciálu, tedy schopností, dovedností, silných a slabých stránek a dalších zdrojů pomoci souvisejících zejména s přirozenými sociálními vztahy a vazbami s nejbližším sociálním okolím, dokáží následně uskutečnit konkrétní potřebné změny, mění své priority a jsou schopny vyvíjet a osvojit si nové strategie zvládnání. Po skončení krizové intervence je pak více než polovina žen spokojena s aktuálním životem na 90 %. Krizovou intervenci v celkovém efektu hodnotí jako vyhovující. Všechny ženy by tuto formu krizové intervence doporučily i jiným ženám léčícím se s neplodností, přičemž více než polovina žen by přivítala možnost využít takto vedenou krizovou intervenci přímo v centrech asistované reprodukce.

Závěrem lze konstatovat následující: Výzkum potvrdil, že krizová intervence vedená dle specificky sestaveného intervenčního plánu u žen procházejících léčbou neplodnosti pomáhá ženám nejenom zvládnout vlastní krizový stav nebo situaci, ale pomáhá zvládat zejména závažné psychosociální dopady objevující se v průběhu léčby. Ženy získávají kontrolu nad vlastním životem i situací, vyrovnávají se s nejistotou a obavami z budoucnosti, nerezignují na léčbu a obnovují komunikaci a kooperaci v páru. Domnívám se tedy, že takto vedená krizová intervence pomáhá ve svém vedlejším efektu i k psychosociální adaptaci na diagnózu neplodnost a její léčbu.

5. DISKUSE

Cílem této rigorózní práce bylo představit a zhodnotit využití krizové intervence vedené dle specificky sestaveného intervenčního plánu u žen procházejících léčbou neplodnosti v centrech asistované reprodukce a současně zmonitorovat a shrnout psychosociální dopady touto formou vedené léčby do života žen. Aby bylo možné posoudit výše uvedenou problematiku, bylo stanoveno ještě několik dalších dílčích cílů, které měli pomoci danou problematiku objasnit. Ženy byly požádány o vyplnění anonymního dotazníku, jehož otázky byly sestaveny do tří okruhů tak, aby odpovídaly zaměření jednotlivých dílčích cílů. V první části dotazníku se objevují především takové otázky, které sloužily k bližší specifikaci zkoumaného vzorku žen. Jednalo se o prvních pět otázek zjišťujících věk respondentek, nejvyšší dosažené vzdělání, celkovou délku snahy o otěhotnění včetně délky vlastní léčby v centru asistované reprodukce, dále otázky zkoumaly o počtu kolikátého dítěte se ženy snaží a ve kterém centru asistované reprodukce se ženy léčí v době vyhledání krizové intervence.

Výsledek zhodnocených odpovědí na otázku č. 1 nám ukazuje, že nejvíce zastoupenou věkovou skupinou, která absolvovala krizovou intervenci v průběhu léčby neplodnosti v centru asistované reprodukce se staly ženy mezi 26-30 lety, jejichž počet dosáhl 115 (41 %). Tento výsledek tak úzce koresponduje se zjištěním Kocourkové a Burčina (2012), že asistovanou reprodukci v České republice podstupují spíše mladší ženy (23). Druhou nejpočetnější skupinu pak vytvořily ženy ve věkovém rozmezí 31-35 let od nichž bylo získáno 75 (27 %) dotazníků, třetí v pořadí následovaly ženy ve věkovém rozmezí 36-40 let s počtem 64 (23 %), čtvrtou pozici zaujaly ženy ve věku 21-25 let od nichž bylo získáno 22 (8 %) dotazníků, nejméně dotazníků bylo získáno od žen ve věkové skupině 41-45 let 4 (1 %), ve věkové skupině nad 45 let nebyl vyplněn dotazník žádný. Druhá otázka zjišťovala nejvyšší dosažené vzdělání žen, které absolvovaly krizovou intervenci. Výsledek ukazuje, že krizovou intervenci využilo nejvíce žen se středoškolským vzděláním s maturitou 170 (61 %), druhou nejpočetnější skupinou se pak stala skupina žen se vzděláním na odborném učilišti 75 (27 %). Vysokoškolsky vzdělaných žen bylo 20 (7 %), 12 (4 %) žen, které krizovou intervenci absolvovaly dosáhlo pouze základního vzdělání a nejméně početnou skupinou se staly

ženy s vyšším odborným vzděláním 3 (1 %). Otázka č. 3 zjišťovala celkovou délku snahy žen o těhotenství a celkovou délku léčby žen v centru asistované reprodukce až do vypuknutí krize. Z výzkumu vyplývá, že nejpočetnější skupinu vytvořily ženy 100 (36 %), které se snažily otěhotnět čtyři roky, druhou nejpočetnější skupinou, která absolvovala krizovou intervenci byly ženy, které se snažily otěhotnět 3 roky 98 (35 %), následovala skupina žen v počtu 62 (22 %), které se snažily otěhotnět dva roky, 17 (6%) žen se snažilo otěhotnět pět let a pouze 3 (1 %) ženy se pokoušely otěhotnět více jak šest let. Ženy se snahou otěhotnět v délce 1 rok krizovou intervenci neabsolvovaly. Nejvíce žen v počtu 100 (36 %) se pak v centru asistované reprodukce léčilo tři roky, ženy, které se v centru asistované reprodukce léčily dva roky vytvořily druhou nejpočetnější skupinu, jednalo se o 77 (28 %) žen, 60 (21 %) žen se v centru léčilo čtyři roky, 12 (4 %) žen více jak šest let. Nejméně početnou skupinou se staly ženy léčící se v centru asistované reprodukce jeden rok 9 (3 %) žen. Dále bylo výzkumem zjištěno, že největší skupinou žen, která využila krizovou intervenci byly ženy, které se snažily počít první dítě, jednalo se o 240 (86 %) žen. Ženy, které se snažily o početí druhého dítěte absolvovaly krizovou intervenci v počtu 38 (14 %) a pouze 2 (1 %) ženy se snažily o početí dítěte třetího. Krizové intervence se nezúčastnila žádná žena, která by se snažila počít více jak třetí dítě. V centru asistované reprodukce ISCARE se v době vyhledání krizové intervence léčilo nejvíce žen 135 (48 %), druhou nejpočetnější skupinu vytvořily ženy léčící se v centru GENNET 122 (44 %) žen, 20 (7 %) žen se léčilo v centru GEST a pouze 1 žena (1 %) se léčilo v centru CUBE.

Druhý okruh otázek se zaměřoval na zjištění konkrétních psychosociálních dopadů léčby neplodnosti v centrech asistované reprodukce do běžného života žen. Tento oddíl zahrnoval otázky č. 6 až č. 15. Otázka č. 6 se snažila odhalit psychické obtíže, které se u žen mohly objevovat již v průběhu léčby ještě před vypuknutím krize. Všech 280 žen, které se zúčastnily krizové intervence uvedly výskyt nějakých psychických obtíží v průběhu léčby. Graf 6 tyto obtíže shrnuje do několika základních oblastí. Všechny ženy, které vyplnily dotazník 280 (100 %) trpěly nějakými negativními emocemi, 244 (87 %) žen uvedlo strach z budoucnosti, 204 (73 %) žen zmínilo ztrátu kontroly nad situací i vlastním životem, 190 (68 %) žen zmínilo nepříjemné myšlenky

a 179 (64 %) ztrátu motivace k léčbě. Toto zjištění potvrzuje jasně i tvrzení Vodáčkové (2007) a současně i Šatenkové (2011), které tvrdí, že ženy, které touží po těhotenství, jež nepřichází, zažívají mnoho smutku a trápení a upozorňují, že takové ženy potřebují především sdílet. Doporučují s takovými ženami sdílet s veškerým našim soustředěním a zájmem u jejich emocí (65,57). Graf 6a přináší zajímavé shrnutí negativních emocí jako nejvíce se vyskytujících psychických obtíží v průběhu léčby. U všech pacientek, které vyplnily dotazník 280 (100 %) se objevil strach a úzkost. Mnoho pacientek 274 (98 %) uvedlo, že se cítily nešťastné a sklíčené. Velmi často se objevovala i únava a pocity viny a to u 266 (95 %) žen. Ženy také často uváděly pocity beznaděje 260 (93 %) a zlost 230 (82 %), 42 (15 %) žen zažívalo i nenávist. Graf 6b pak umožňuje pohled na to, čeho se nejčastěji týkal u žen strach z budoucnosti. Nejvíce žen se obávalo budoucího neúspěchu v dalším cyklu IVF 244 (87 %), následoval strach z trvalé bezdětnosti u 230 (82 %) žen, strach jak zvládnout období po neúspěšném IVF u 180 (64 %) žen. Ženy se dále obávaly trvalé ztráty přátel ze stran vrstevníků 120 (43 %), rozpadu vztahu s partnerem (21 %) a také ztráty zaměstnání 52 (19 %) žen. Ze zjištěných informací tedy lze učinit jasný závěr, který je i potvrzením pracovní hypotézy č.1 ve znění: „Proces léčby neplodnosti v centrech asistované reprodukce zatěžuje psychický stav žen“. Výzkum se dále zaměřil na sledování výskytu obtíží v oblasti fyzického zdraví a to takových, které před započítím léčby ženy netrápily. Bylo zjištěno následující: Nejvíce žen 210 (75 %) zmínilo v dotazníku pocity vyčerpanosti, 168 (60%) žen trpělo únavou, 134 (48 %) pociťovalo časté napětí ve svalech, 118 (42 %) uvedlo časté bolesti hlavy, 98 (35 %) žen uvedlo třes rukou nebo celého těla, 76 (27 %) také popsalo potíže se žaludkem. U 56 (20 %) žen se dle dotazníku vyskytl občasný tlak na hrudi, 50 (18 %) žen popsalo občasný pocit dušnosti, 34 (12 %) žen zmínilo závrať a 28 (10 %) uvedlo zvýšené pocení. Z výše zjištěného lze odtušit, že zátěž vznikající v průběhu léčby sterility může přispívat k rozvoji tzv. psychosomatických obtíží a to vzhledem k faktu, že se jedná o obtíže, které se před započítím léčby u pacientek nevyskytovaly. Osobně se také domnívám, že jejich výskyt může ohlašovat a úzce souviset i s aktuálním nebezpečím vzniku krizového stavu. Souhlasím tak naprosto s Luckou (2007) která popisuje, že v krizi dochází k neúměrnému tělesnému zatížení

a uvádí „Tělesná reakce na zátěž a nejistotu může mít řadu podob.“ A dodává „Typickými tělesnými reakcemi na krizi jsou pocity napětí, bolesti i změny citit v nejrůznějších částech těla. Objevuje se svalová ztuhlost, špatná pohybová koordinace, únava, nespavost a bolesti hlavy, může dojít k narušení dechu a objevuje se i neschopnost stát pevně na svých nohou“ (65). Zjištěná fakta tak potvrzují i pracovní hypotézu č.2, že v průběhu procesu léčby neplodnosti dochází k zatížení fyzického zdraví žen. Otázky č. 8, 9, 10 a 11 se zaměřily na průzkum vlivu léčby neplodnosti absolvované centrech asistované reprodukce do oblasti sociálních vztahů a kontaktů. Slepíčková (2009) zmiňuje, že neplodnost přináší do života žen radikální změnu a narušuje vztahy s ostatními (56). S tímto tvrzením lze jen souhlasit, neboť výzkumem bylo zjištěno následující: Celkem u 232 (83 %) žen které absolvovaly krizovou intervenci došlo v průběhu léčby k nějakému ovlivnění vztahů s přáteli, rodinné vztahy byly negativně ovlivněny u 176 (63 %) žen, k negativnímu ovlivnění partnerského vztahu došlo u 230 (82 %) žen a celkem 238 (85 %) žen v dotazníku uvedlo omezení společenských kontaktů, přičemž graf 11b odhaluje, že ženy nejvíce omezují veřejné zábavní podniky a sportovní volnočasové aktivity. Z výše uvedeného výsledku lze tedy souhlasit i s tvrzením, že v průběhu léčby neplodnosti v centrech asistované reprodukce dochází u žen nejvíce k negativnímu narušení vztahů s přáteli, což potvrzuje hypotézu č.3. Graf 12 pak ukazuje jak léčba neplodnosti ovlivňuje identitu žen. Z výzkumu vyplynulo, že u 258 (92 %) žen došlo k negativnímu ovlivnění identity v důsledku léčby, 22 (8 %) žen tento pohled na sebe nijak nemění. To co považují ženy v souvislosti s léčbou za nejvíce zatěžující odkrývá otázka č.13. Z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že za nejvíce zatěžující faktor v průběhu léčby nejvíce žen 132 (47 %) považuje psychický diskomfort, pro 56 (20 %) žen je to reakce okolí na jejich diagnózu, 42 (15 %) žen bylo nejvíce zatíženo problémy v zaměstnání a 36 (13 %) žen uvedlo jako nejvíce zatěžující faktor problémy ve vztahu. Zajímavé tedy je, že i přes všechny tyto výše uvedené negativní dopady léčby pouze malé procento žen celkem 7 % využilo pomoci odborníků zaměřených na oblast psychického zdraví a největší oporou se jim stala zejména komunikace se ženami se stejnou diagnózou a to pro 56 % žen, pro 48 (17 %) žen pak byla největší oporou matka nebo sestra. Ostatním 36 (13 %) ženám

poskytl oporu lékař gynekolog, 14 (5 %) žen nacházelo oporu v manželovi nebo v přátelích a 10 (4 %) žen nemělo oporu žádnou. V tomto směru výsledek potvrzuje i studii Boivinové (2004) v oblasti využití psychologické pomoci při léčbě neplodnosti, která tvrdí, že až dvě třetiny pacientů uvádějí, že by využili služeb psychoterapeuta či poradce, kdyby byly v době jejich léčby k dispozici, přičemž se prokázalo, že ve skutečnosti této možnosti využije pouze mizivé procento (31).

Poslední okruh otázek v dotazníku byl zaměřen na informace související s okolnostmi krize a dále bylo jejich cílem zhodnotit využití krizové intervence, která byla u pacientek vedena dle specificky sestaveného intervenčního plánu. Otázka č.16 odhalila na jakém základě se pacientky rozhodly vyhledat krizovou intervenci. Bylo zjištěno, že největší skupinou v počtu 202 (72 %) žen vytvořily ty pacientky, které vyhledaly krizovou intervenci na základě doporučení lékaře. Na základě vlastního rozhodnutí vyhledalo krizovou pomoc 36 (13 %) žen, 28 (10 %) žen objednal na krizovou intervenci manžel a 14 (5 %) žen absolvovalo krizovou intervenci na základě přímého objednání či doporučení přátel. Kontakt na zdravotnické zařízení Plagyn, kde byla krizová intervence poskytována obdrželo nejvíce žen 82 % od svého gynekologa, druhou nejpočetnější skupinou 13 % se staly ženy, které kontakt získaly na internetu, zbytek 5 % žen získalo kontakt od přátel. Graf 18 odhaluje situace vedoucí v průběhu léčby k rozvoji krize. Z grafu je zcela zřejmé, že nejčastější situací vedoucí ke vzniku krize se stalo neotěhotnění, tato situace způsobila krizový stav u 202 (72 %) žen. Již Slepíčková (2009) zmiňuje, následující: „Po zavedení embrya prožívají ženy velmi stresující a náročné období. Tuto zkušenost často popisují jako vysoce emocionální a psychicky vyčerpávající“ (56). Domnívám se, že tato informace tak zřetelně potvrzuje, že dostavení se menstruace a tedy nepotvrzení těhotenství – neotěhotnění, patří mezi nejvíce zatěžující situace v průběhu léčby neplodnosti vůbec a není divu, že se tak stává nejčastějším spouštěčem krizového stavu u žen. Tento fakt je tedy i potvrzením hypotézy č. 4 ve znění „Neotěhotnění po transferu embrya je nejčastějším spouštěčem krize u žen léčících se s neplodností v centrech asistované reprodukce“. Graf však ukazuje i jiné druhy spouštěčů krize. Těmi jsou v 6 % spontánní abort plodu v 5 % informace o nízkém nebo žádném počtu oocytů, 4 % žen vyhledalo krizovou intervenci

z důvodu neoplození vajíček nebo odhalení genetické zátěže. Informace o nedostatečném počtu folikulů vyvolala krizi u 8 (3 %) žen. Stejný počet 6 (2 %) žen bylo nuceno vyhledat krizovou intervenci z důvodu vzniku hyperstimulace a z důvodu zjištění vzniku nekvalitních embryí nebo z toho důvodu, že embrya nevznikla vůbec žádná. Také stejný počet žen 3 (1 %) z důvodu předčasné ovulace před odběrem vajíček nebo z důvodu nezralých nebo nekvalitních vajíček po odběru. Otázka č. 19 následně zkoumala jak dlouho krizová intervence u žen probíhala. Na konkrétní délku krizové intervence mají různí odborníci i různý názor. Vodáčková (2007) například uvádí, že krizová intervence má trvat po dobu klientova krizového stavu a v případě ambulantního kontaktu má jít o zhruba jedno až tři setkání (65). Pro případ hospitalizace pak doporučuje trvání pěti po sobě jdoucích dnů. Šatenková (2011) krizovou intervenci ohraničuje do 6-10 setkání a pro případ krátkodobé hospitalizace doporučuje 6-10 dní (57). Já osobně se přikláním k názoru Šatenkové neboť na základě své vlastní praxe zjišťuji, že nejčastěji je krize vyřešena do 10 dnů. Graf 19 ukazuje v jakém časovém úseku docházelo k vyřešení krize u žen, která vznikla v souvislosti s léčbou neplodnosti. Nejdéle trvala krizová intervence u 45 (16 %) žen, kdy byla krize vyřešena do osmi setkání. Po sedmi setkáních byla krizová intervence ukončena u 8 (3 %) žen, nejvyšší počet žen 146 (52 %) vyřešilo svoji krizovou situaci během šesti setkání, 62 (2 %) krizi vyřešilo během pěti setkání, čtyři setkání absolvovalo 6 (2 %) žen a pouze tři setkání potřebovalo k vyřešení krize 14 (5%) žen. Výsledek tohoto zkoumání tedy jasně koresponduje s názorem Strnada (2007), který upozorňuje, že dobře vedeným na řešení orientovaným přístupem lze pomoci klientovi vyřešit problém do 8 sezení (73). Otázka č. 20 se zaměřila na zhodnocení konkrétně využitých metod a technik v průběhu krizové intervence. Bylo zjištěno následující: Za nejvíce přínosnou metodu v průběhu krizové intervence považují pacientky edukaci, uvedlo jí v dotazníku 84 (30 %) žen, jako druhou nejvíce přínosnou metodu značily ženy relaxaci 62 (22 %) žen, na třetím místě z hlediska přínosnosti pro pacientky se umístila na řešení orientovaná terapie S.de Shazera tu označilo 50 (18 %) žen, čtvrté místo zaujal katastrofický scénář, který označilo 39 (14 %) žen. Stabilizace byla nejvíce přínosná pro 28 (10 %) žen a instruktáž pro 17 (6 %) žen. Toto zjištění potvrzuje zejména můj

osobní názor související s využitím edukace v průběhu práce s klienty, kterou já považuji za naprosto prioritní a velmi důležitou pro dosažení viditelného zklidnění a stabilizace klienta a souhlasím tak naprosto s Pražkem (2005), který uvádí, že u klientů se někdy stává, že jen samotná edukace je dostatečným zásahem k „odlčení“ problému i s názorem Možného (2007), že poučením klienta dochází často k jeho zklidnění, neboť je povzbuzen a získá jistou perspektivu, které rozumí, a tak dochází i ke zmírnění jeho potíží (47,46). Zda pacientky byly schopny v průběhu krizové intervence rozvinout schopnost, co je třeba změnit a následně, jaké konkrétní změny vyplývající z procesu krizové intervence pacientky ve svém životě uskutečnily, zkoumaly otázky č. 21 a 22. Z odpovědí respondentek bylo zjištěno, že všech 280 (100 %) pacientek bylo díky krizové intervenci schopno určit, co je třeba v jejich životě změnit. Graf 22 pak ukazuje, které konkrétní změny byly pacientky schopny díky krizové intervenci rozvinout a které ze svého pohledu považují za nejdůležitější. Všechny pacientky 280 (100 %) žen, které absolvovaly krizovou intervenci uvedly, že za nejdůležitější změny považují: rozvoj tzv. schopnosti porozumění v několika základních životních oblastech a dále obnovu sil a dosažení úlevy. Na druhém místě 246 (88 %) žen uvedlo rozvinutí schopnosti otevřeně komunikovat a vyjednávat s ostatními, třetí skupina žen v pořadí 199 (71 %) pacientek uvádí změnu zvládání sama sebe, na čtvrté místo 176 (63 %) žen řadí obnovu sociální opory v rodině a na posledním místě 157 (56 %) žen řadí víru v sama sebe. Všechny tyto zjištěné dosažené změny tak ukazují na pozitivní výsledek krizové intervence, neboť jak uvádí Baštecká(2005), cílem psychosociální krizové pomoci je dosáhnout toho, aby člověk na základě uskutečněných změn a to zejména v oblasti porozumění situace a podmínek ve kterých žije a na základě schopnosti určit, co je třeba napravit nebo zlepšit, se naučil vyjednávat s ostatními o svých potřebách a zvládal svůj život vlastními silami (3). Na pozitivní účinnost krizové intervence, která byla vedena dle specificky sestaveného intervenčního plánu ukazuje i výsledek výzkumu související s otázkou č. 23. Zde bylo odhaleno, že všech 100 % dotázaných pacientek dosáhlo v průběhu krizové intervence hlavního stanoveného cíle. Baštecká (2005) v souvislosti s vyhodnocováním postupu a účinku krizové intervence zdůrazňuje: „Účinnost krizové intervence se hodnotí podle

několika měřítek, hodnotí se zejména zda byla krize vyřešena a zda bylo dosaženo hlavních stanovených cílů “ a dodává „Bez stanovení cílů na počátku intervence nelze vyhodnocovat na konci její účinnost“ (3). Graf 23 odhaluje ve kterých oblastech dosahovaly pacientky svých hlavních cílů. Nejpočetněji zastoupenou skupinou je skupina cílů 36 %, které se týkají tématu strachu z budoucnosti, druhou nejpočetnější skupinou cílů v pořadí 95 (34 %) se stala oblast zvládnání negativních emocí a prožitků, třetí místo 39 (14 %) zaujaly cíle zaměřené na kontrolu situace a vlastního života, 35 (13 %) žen dosáhlo hlavních cílů souvisejících s komunikací a kooperací v páru a 11 (4 %) žen si stanovilo a dosáhlo hlavního cíle souvisejícího s obnovením motivace k léčbě. Lze tedy deklarovat, že v důsledku krizové intervence vedené dle specificky sestaveného intervenčního plánu více než 70 % žen dosahuje svých hlavních stanovených cílů, což je potvrzením pracovní hypotézy č.7. To zda se v budoucnu pacientky budou schopny vyrovnávat s krizovými situacemi vznikajícími v souvislosti s léčbou neplodnosti ukazuje graf 24, 172 (61 %) žen odpovědělo, že ano, 58 (21 %) žen se domnívalo, že spíše ano a 50 (18 %) žen odpovědělo, že neví. Žádná žena ne zvolila odpověď spíše ne nebo ne. Zajímavé zjištění vyplynulo z výsledů odpovědí respondentek na otázku č. 25. Bylo zjištěno, že po skončení krizové intervence došlo u 69 % žen ke změně priorit. Graf 25b ukazuje konkrétní změny v prioritách žen. Po skončení krizové intervence se hlavní prioritou u pacientek léčících se s neplodností stává v 53 % budování partnerského vztahu u 71 (37%) žen je to hledání nového smyslu manželství, 5 (3 %) žen uvedlo jako hlavní prioritu zaměření se na charitativní činnost a 15 (8 %) žen péči o děti jiných osob. Tento výsledek naprosto potvrzuje i zjištění Slepíckové (2009), která uvádí, že mnoho žen dlouhodobě léčících se s neplodností má snahu řešit svoji dlouhodobou neplodnost zaměřením se více než na plození na péči o manželství či potomky svých příbuzných (56). Jak jsou ženy spokojeny po skončení krizové intervence se svým životem na úrovni každodenní zdatnosti ukazuje graf 26. Nejpočetnější skupinu vytvořily ženy v počtu 101 (36 %), které označily svoji aktuální spokojenost se životem mezi 91-100 %, druhou nejpočetnější skupinou 92 (33 %) žen pak byly ty ženy jejichž spokojenost byla označena mezi 81-90 %. Aktuální spokojenost se svým životem mezi 71-80 % označilo 52 (19 %) žen a 35 (13 %) žen bylo po

skončení krizové intervence spokojeno se svým životem mezi 61-70 %. Méně než 61 % spokojenost nebyla označena ani jednou ženou. Z výsledných zjištění lze potvrdit hypotézu č. 6 „Více než polovina žen které absolvovaly krizovou intervenci vedenou dle specificky sestaveného intervenčního plánu je spokojena se svým životem na více než 70 %“. Velmi pozitivní výsledek byl výzkumem zjištěn z hodnocení výsledného efektu krizové intervence i toho jak průběh krizové intervence pacientkám vyhovoval. Z grafu 27 lze vysledovat, že v celkovém počtu 257 (92 %) žen ve svém výsledném efektu krizová intervence pacientkám určitě pomohla ve 23 (8 %) případech pomohla jen částečně. Nikdo v dotazníku neuvedl, že by krizová intervence spíše nepomohla nebo nepomohla vůbec. Graf 28 pak ukazuje, že z celkového počtu 280 žen, které absolvovaly krizovou intervenci průběh krizové intervence určitě vyhovoval 260 (93 %) ženám a 20 (7 %) ženám vyhovoval jen částečně. V dotazníku nikdo z žen neuvedl, že by průběh krizové intervence spíše nevyhovoval ani nevyhovoval vůbec, žádná z pacientek též neuvedla odpověď nevím. Výsledek odpovědi na otázku 29 ukazuje, že po skončení krizové intervence 23 (8 %) žen využilo možnosti návazné péče ve formě systemické psychoterapie a 257 (92 %) žen žádnou návaznou péči dále nevyužily nebo dosud nehodlají využít. Domnívám se, že tento výsledek tak úzce souvisí s výsledkem odpovědi na otázku č. 27, kdy ženy, které zde odpověděly, že jim krizová intervence pomohla jen částečně, následně využily pomoc ve formě pokračování formou systemické psychoterapie. Všech 280 žen, které krizovou intervenci absolvovaly by pak tuto formu pomoci doporučilo i jiným ženám léčícím se s neplodností, tento fakt zobrazuje graf č. 30. Z výše uvedených zjištění lze dojít k závěru, že zde prezentovaná krizová intervence vedená, dle specificky sestaveného intervenčního plánu, umožňuje ženám dosáhnout svých hlavních stanovených cílů a změn, které ve svém důsledku vedou k vyřešení krize vzniklé v souvislosti s léčbou neplodnosti. Domnívám se tedy, že lze potvrdit hlavní hypotézu této rigorózní práce ve znění „Krizová intervence vedená dle specificky sestaveného intervenčního plánu je metodou volby pro řešení krize vznikající u žen s diagnózou neplodnost v souvislosti s léčbou v centrech asistované reprodukce“. V grafu č. 31 jsou shrnuta závěrečná sdělení žen uvedená na konci dotazníku. Nejvíce žen 272 (97 %) zde zmiňuje velké

zatížení a vyčerpání z důvodu permanentního dodržování zdravého životního stylu a 270 (96 %) upozorňuje na permanentní stres, kterému byly v průběhu léčby vystaveny. Bez výhrady tedy souhlasím s Weissem (2004), který připomíná, že hlavním úkolem odborníka pečujícího o psychické zdraví neplodných párů se nejčastěji stává pomoc zvládnout emocionální stres doprovázející vyšetření a léčbu, případně pomoc unést fakt dlouhotrvající bezdětnosti (31). Značný počet 245 (88 %) uvádí dosažení úlevy, zklidnění a nové motivace pokračovat v boji s neplodností dál jako zásadní výsledek po absolvování krizové intervence. Tento fakt společně s výsledkem zjištění na otázku č. 23, že 11 (4 %) žen si stanovilo a dosáhlo hlavního cíle souvisejícího s motivací k léčbě potvrzuje hypotézu č. 5 ve znění „Ženy absolvující krizovou intervenci vedenou dle specificky sestaveného intervenčního plánu nerezignují na léčbu neplodnosti“. Mnoho problémů k řešení najednou, jako jeden z velmi zatěžujících faktorů v průběhu léčby připomíná 215 (77 %) žen. Některé ženy dále zmiňují, že jsou unavené z neustálého vysvětlování své situace 192 (69 %), stěžují si na určité časové zatížení v oblasti pracovních povinností 164 (59 %), úbytek dovolené na úkor léčby 76 (27 %) a zmiňují i finanční zatížení z důvodu nutných příplatků za některé léky. Více než polovina žen 168 (60 %) by pak přivítala možnost využít krizovou intervenci přímo v centrech asistované reprodukce.

V závěru této diskuse je možné zkonstatovat následující: Všechny cíle této rigorózní práce se podařilo splnit. Hlavní hypotéza byla na základě výsledků výzkumu potvrzena a také všech sedm pracovních hypotéz bylo potvrzeno.

6. ZÁVĚR

Problematika neplodnosti patří nejen v naší společnosti, ale na celém světě obecně mezi aktuálně velmi diskutovaná témata. Neplodnost lze charakterizovat jako onemocnění páru, které nejen samotným ženám, ale i jejich partnerům přináší mnoho smutku a trápení. Psychickým a sociálním důsledkům neblahé diagnózy je však v současné době často věnována pozornost pouze okrajově a péče je z velké části zaměřena zejména do oblasti fyzického zdraví. Potřeba specializované pomoci je tak i zde v oblasti psychického zdraví značně aktuální.

Rigorózní práce, která nese název Krizová intervence u žen procházejících léčbou neplodnosti v centrech asistované reprodukce se zaměřila nejen na problematiku krize a krizové intervence u těchto žen, ale i na problematiku psychosociálních dopadů léčby neplodnosti v centrech asistované reprodukce do života žen. Text teoretické části práce pojednává zejména o diagnóze neplodnosti, aktuálních možnostech léčby včetně asistované reprodukce i základních podmínkách pro provádění umělého oplodnění v České republice. Praktická část práce pak prezentuje psychosociální dopady léčby neplodnosti v centrech asistované reprodukce do života žen, nastíněna je problematika krize a s ní související krizové intervence.

Hlavním cílem této rigorózní práce bylo představit a zhodnotit využití krizové intervence vedené dle specificky sestaveného intervenčního plánu u žen procházejících léčbou neplodnosti v centrech asistované reprodukce a současně zmonitorovat a shrnout psychosociální dopady touto formou vedené léčby do života žen. Krizová intervence zde prezentovaná je pojímána jako forma psychoterapeutické krizové intervence opírající se o konkrétní terapeutický postup ve formě sestaveného intervenčního plánu pro pacientky procházející léčbou neplodnosti. Aby bylo možné posoudit výše uvedenou problematiku, bylo stanoveno ještě několik dalších dílčích cílů, které měly pomoci stanovený problém objasnit. Ženy byly požádány o vyplnění anonymního dotazníku, jehož otázky byly sestaveny do tří okruhů tak, aby odpovídaly zaměření jednotlivých dílčích cílů. V první části dotazníku se objevují především takové otázky, které sloužily k bližší specifikaci zkoumaného vzorku žen. Druhý okruh otázek se

zaměřoval na zjištění konkrétních psychosociálních dopadů léčby neplodnosti v centrech asistované reprodukce do běžného života žen. Poslední okruh otázek byl zaměřen na informace související s okolnostmi krize a dále bylo jejich cílem zhodnotit využití krizové intervence, která byla u pacientek vedena dle specificky sestaveného intervenčního plánu.

Výzkum probíhal v období od listopadu 2010 do listopadu 2012. Výzkumem shromážděné informace a data umožnily následné zhodnocení několika předem stanovených hypotéz. Hlavní hypotéza byla potvrzena a i všech sedm stanovených pracovních hypotéz bylo potvrzeno. Hlavní hypotéza předpokládala, že krizová intervence vedená dle specificky sestaveného intervenčního plánu je metodou volby pro řešení krize vznikající u žen s diagnózou neplodnost v souvislosti s léčbou v centrech asistované reprodukce. Tato hypotéza byla potvrzena. Pracovní hypotéza č.1, která předpokládala, že proces léčby neplodnosti v centrech asistované reprodukce zatěžuje psychický stav žen, byla potvrzena. Následující hypotéza č. 2, ve znění v průběhu procesu léčby neplodnosti dochází k zatížení fyzického zdraví žen, byla potvrzena. Hypotéza č. 3 předpokládající, že v důsledku léčby neplodnosti v centrech asistované reprodukce dochází u žen nejvíce k negativnímu narušení vztahů s přáteli byla také potvrzena. Čtvrtá hypotéza předpokládající, že neotěhotnění po transferu embrya je nejčastějším spouštěčem krize u žen léčících se s neplodností v centrech asistované reprodukce, byla potvrzena. Potvrzena byla i hypotéza, že ženy absolvující krizovou intervenci vedenou dle specificky sestaveného intervenčního plánu nerezignují na léčbu neplodnosti. I následující dvě pracovní hypotézy č. 6 a č. 7 byly potvrzeny, neboť byl potvrzen předpoklad, že více než polovina žen, které absolvovaly krizovou intervenci vedenou dle specificky sestaveného intervenčního plánu je spokojena se svým životem na více než 70 % a také, že v důsledku krizové intervence vedené dle specificky sestaveného intervenčního plánu více než 70 % žen dosahuje svých hlavních stanovených cílů.

Souhrnně lze konstatovat následující: Krizovou intervenci využily nejčastěji mladší ženy ve věkové skupině 26 – 30 let. Nejvíce vznikaly krizové situace u těch žen, které se snažily otěhotnět čtyři roky a počít první dítě a v centrech asistované

reprodukce se léčily 2 nebo 3 roky. Pomoc ve formě krizové intervence vyhledaly nejčastěji na základě doporučení svého lékaře gynekologa. Z výzkumu je zjevné, že léčba neplodnosti způsobuje závažné dopady v oblasti jak psychického tak fyzického zdraví, působí negativně i v oblasti interpersonální a sociální, přičemž problémy se objevují nejvíce v oblasti přátelských a partnerských vztahů. Krizové situace v průběhu léčby vznikají nejčastěji v souvislosti s neotěhotněním po transferu embrya, dále se spontánním abortem plodu, následkem nejrůznějších problémů s pohlavními buňkami a z důvodu genetické zátěže či komplikací v průběhu stimulační léčby. Je zajímavé, že v průběhu krizové intervence se ženy nezaměřují na řešení spouštěče krize, ale po sdělení příběhu hledají řešení pro konkrétní psychosociální dopady léčby. Krizová intervence tak jak je prezentovaná v této rigorózní práci umožňuje pacientkám krizi vyřešit nejpozději do osmi setkání. Z metod a technik využívaných v průběhu krizové intervence pacientky považují za tři nejprínosnější edukaci, relaxaci a na řešení orientovaný přístup S. de Shazera. Díky těmto a dalším prezentovaným technikám pacientky uskutečňují ve svém životě konkrétní potřebné změny, mění své priority a vyvíjejí i osvojují si nové strategie zvládnání. Bylo zjištěno, že v 92 % případů takto vedená krizová intervence pacientkám ve svém konečném efektu pomohla a 93 % průběh krizové intervence vyhovoval. Všechny ženy by také tuto formu krizové intervence doporučily i jiným ženám léčícím se s neplodností a více než polovina žen by přivítala možnost využít ji přímo v centrech asistované reprodukce. Domnívám se, že právě o tomto faktu by bylo dobré informovat zejména lékaře reprodukčních center, pokusit se s nimi spolupracovat a v budoucnu tuto formu pomoci pro ženy přímo v centrech zajistit. Za velmi zajímavé osobně považuji i zjištění, že i přes značné psychosociální dopady léčby pouze minimální procento žen využívá pomoci i jiných odborníků pro oblast psychického zdraví. V každém případě najít odpověď proč tomu tak je, již přesahuje možnosti této práce. Vzhledem k tomu, že nejvíce žen využilo krizovou pomoc na doporučení lékaře, domnívám se, že přispět ke zlepšení na tomto poli by mohli zejména lékaři gynekologové, ale i zdravotní sestry případně i jiný personál center asistované reprodukce. Dle mého názoru právě tito odborníci, kteří mají možnost se ženami hovořit a pracovat v rámci návštěv v průběhu léčby, mohou přispět

k jejich lepší informovanosti o konkrétní pomoci v oblasti psychického zdraví ať již formou jednoduchých letáčků či odborných přednášek. Domnívám se také, že hlubší prozkoumání by si zasloužila i problematika vlivu výše prezentované formy krizové intervence na konkrétní psychosomatické obtíže žen. Pouze opakování výzkumu orientovaného do této oblasti, by patrně mohlo přinést hlubší rozbor i vzhled do této problematiky.

Léčba neplodnosti je nezřídka zdlouhavou záležitostí a přináší mnoho těžkostí nejen do života jednotlivých žen, ale i do života celého páru vůbec. Proto vnímám zde představenou krizovou intervenci zejména jako jednu z možných forem práce v oblasti podpory dobrého psychického zdraví těchto pacientů. Do budoucna dále spatřuji využití této formy pomoci nejen pro individuální práci s jednotlivými pacientkami procházejícími léčbou neplodnosti, ale i pro práci s celými páry. Rigorózní práce může být i zajímavým studijním materiálem pro všechny, kteří již s těmito pacienty pracují nebo by v budoucnu rádi pracovali.

7. KLÍČOVÁ SLOVA

NEPLODNOST

ASISTOVANÁ REPRODUKCE

KRIZE

KRIZOVÁ INTERVENCE

8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ANGENENDT, G. et al., *Psychoedukace, poradenství a terapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 328 s. ISBN 978-80-7367-781-7.
2. BARBANEL, L.- STERNBERG, R.J. *Psychological Interventions in Times of Crisis*. 1st. ed. New York: Springer Publishing Company, Inc., 2005. 288 p. ISBN 0-8261-3225-1.
3. BAŠTECKÁ, B. *Terénní krizová práce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 299 s. ISBN 80-247-0708-X.
4. BAŠTECKÁ, B. et al., *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 424 s. ISBN 80-7178-735-3.
5. BAYER, S.R. et al., *The Boston IVF handbook of infertility: a practical guide for practitioners who care for infertile couples*. 2. vyd. Abingdon: Informa Healthcare, 2007. 259 s. ISBN 9780415394321.
6. BOADELLA. – FRANKEL. – CORREA. *Biosyntéza*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. 144 s. ISBN 978-80-7387-297-7.
7. BOBEK, M.- PENIŠKA, P. *Práce s lidmi*. 1. vyd. Praha: NC Publishing, 2008. 288 s. ISBN 978-80-903858-2-5.
8. BORINI, A.- COTICHIO, G. *Preservations of Human Oocytes*. Vol. 1. Reproductive Medicine nad Assisted, 2009. 224 s. ISBN 978-0415-476-799.
9. CIBULA, D. *Syndrom polycystických ovárií*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 121 s. ISBN 80-7345-005-4.

10. CULLEY, S.- BOND, T. *Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 224 s. ISBN 978-80-7367-452-6.
11. HÁJEK, K. *Práce s emocemi pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 120 s. ISBN 978-80-7367-346-8.
12. HARTL, P.- HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.
13. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
14. HODGES, S. *The Counseling Practicum and Internship Manual*. 1st. ed. New York: Springer Publishing Company, 2010. 311 p. ISBN 978-0-8261-1832-5.
15. HONZÁK, R. *Úzkostný pacient*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 180 s. ISBN 80-7262-367-2.
16. HOSKOVCOVÁ, S. *Psychosociální intervence*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2009. 186 s. ISBN 978-80-246-1626-1.
17. CHRISTOPHER, D.- WILLIAMS, M.D. *Nejrychlejší cesta k přirozenému početí*. 1. vyd. Praha: Práh, 2008. 247 s. ISBN 978-80-7252-221-7.
18. JAMES, R.K. *Crisis Intervention Strategies*. 6 th. ed. Belmont: Thomson Brooks Cole Publishing, 2007. 644 p. ISBN 978-0-495-10026-3.
19. JANÁČKOVÁ, L. *Základy zdravotnické psychologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7387-179-6.

20. JEDLIČKA, R. et al., *Děti a mládež v obtížných životních situacích*. 1. vyd. Praha: Themis, 2004. 480 s. ISBN 80-7312-038-0.
21. KAPPL, M. *Metody sociální práce s jednotlivcem*. 1. vyd. Praha: Gaudeamus, 2004. 80 s. ISBN 80-7041-846-X.
22. KASTOVÁ, V. *Krize a tvořivý přístup k ní*. 2.vyd. Praha: Portál, 2010. 168 s. ISBN 978-80-7367-800-5.
23. KOCOURKOVÁ, J.- BURCÍN, B. Demografická specifika asistované reprodukce v České republice v evropském kontextu. *Demografie*, 2012, roč. 54, č. 3, s. 250-263. ISSN 0011-8265.
24. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. 152 s. ISBN 80-7367-181-6.
25. KRAHULCOVÁ, B. *Kontexty sociální a charitativní práce*. 1. vyd. Praha: L. Marek, 2008. 208 s. ISBN 978-80-87127-07-0.
26. KRATOCHVÍL, S. *Manželská a párová terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-646-9.
27. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 5.vyd. Praha: Portál, 2006. 384 s. ISBN 80-7367-122-0.
28. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak přežít vztek, zlost a agresi*. 6.vyd. České Budějovice: Grada Publishing, 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-0818-8.
29. KUČERA, E. *Endometrióza*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2008. 172 s. ISBN 987-80-7345-144-8.

30. MARDEŠIČ, T. *Když se nedaří otěhotnět*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010. 30 s. ISBN 978-80-204-2174-6.
31. MATĚJŮ, I. - WEISS, P. Psychoterapie při léčbě neplodnosti. *Časopis české psychiatrické společnosti*, 2004, roč. 100, č. 2, s. 84-87. ISSN 1212-0383.
32. MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
33. MIOVSKÁ, L. et al.: *Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze v roce 2003*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2005. 79 s. ISBN 80-86734-39-0.
34. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
35. MORRISON, J. *The First Interview*. 3rd. ed. New York: The Guilford Press, 2008. 370 p. ISBN 978-1-59385-636-6.
36. MRÁZEK, M. *Umělé oplodnění I*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 62 s. ISBN 80-7254-413-6.
37. MUSIL, L. „*Ráda bych vám pomohla, ale*“ 1. vyd. Praha: Marek Zeman, 2004. 244 s. ISBN 80-903070-1-9.
38. NOUZOVÁ, K. *Gynekologická péče*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010. 66 s. ISBN 978-80-204-2072-5.
39. NOVÁK, T. *Manželské a rodinné poradenství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 108 s. ISBN 80-247-1316-0.

40. OLÁH, M.- SCHAVEL, M. *Sociálne poradenstvo a komunikácia*. 1. vyd. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2006. 194 s. ISBN 80-8068-487-1.
41. OSTRÓ, A. et al., *Reprodukční medicína: současnost a perspektivy*. 1. vyd. Olomouc: 2009. 287 s. ISBN 978-80-7182-278-3.
42. PAULÍK, K. *Vybrané poradenské a psychoterapeutické směry*. 1. vyd. Ostrava: OU, 2009. 180 s. ISBN 978-80-7368-739-7.
43. PEPPERELL, J.R.- McBAIN, J.C. Unexplained infertility. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* [online]. 2005, vol. 92, no. 6 [cit. 2010-01-11]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.1985tb01394.x> ISSN 1471-0528.
44. PRAŠKO, J. *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. 2. vyd. Praha: Grada, 2004. 208 s. ISBN 978-80-247-0185-1.
45. PRAŠKO, J.- HÁJEK, T.- PAŠKOVÁ, B. *Stop traumatickým vzpomínkám*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 372 s. ISBN 80-7178-811-2.
46. PRAŠKO, J. et al., *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. 1. vyd. Praha/Kroměříž: Triton, 2007. 1048 s. ISBN 978-80-7254-865-1.
47. PRAŠKO, J. *Úzkostné poruchy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 416 s. ISBN 80-7178-997-6.
48. PREISS, M. *Slovník psychiatrických termínů*. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2008. 102 s. ISBN 978-80-87142-03-5.

49. ROB, L. et al., *Gynekologie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2008. 319 s. ISBN 978-80-7262-5017.
50. ROSENBLOOM, D. et al., *Life After Trauma*. 2nd. ed. New York: The Guilford Press, 2010. 300 p. ISBN 1-57230-239-9.
51. ROZTOČIL, A. et al., *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
52. ŘEŽÁBEK, K. *Asistovaná reprodukce*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2008. 112 s. ISBN 978-80-7345-154-7.
53. ŘEŽÁBEK, K. *Léčba neplodnosti*. 4.vyd. Praha: Grada, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2103-3.
54. SCHNEIDER, J.W. *O smyslu a důležitosti životních krizí*. 1. vyd. Hranice: Fabula, 2005. 217 s. ISBN 80-86600-27-0.
55. SIEGBERT, E. *Bez stresu za 15 minut. 8 programů pro tělo a ducha*. 1.vyd. München: Grada Publishing, 2009. 96 s. ISBN 978-80-247-2611-3.
56. SLEPIČKOVÁ, L. Neplodnost jeho a neplodnost její: Generové aspekty asistované reprodukce. *Sociologický časopis*, 2009, roč. 45, č.1, s. 177 – 203. ISSN 0038-0288.
57. ŠPATENKOVÁ, N. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 200 s. ISBN 80-247-0586-9
58. ŠPATENKOVÁ, N. *Krize. Psychologický a sociologický fenomén*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 132 s. ISBN 80-247-0888-4.

59. THE ESHRE CAPRI WORKSHOP GROUP. Europe the continent with the lowest fertility. *Oxford Journals* [online]. 2010, vol.16, no. 6 [cit. 2010-04-06]. Dostupné z: <[http:// humupd. oxfordjournals.org/content/16/6/590.full](http://humupd.oxfordjournals.org/content/16/6/590.full)>. ISSN 1460-2369.
60. The Eshre European Society of Human Reproduction and Emriology [online]. 2010 [cit.2011-08-11]. Dostupné z: <http://www.eshre.eu/home/page.aspx/2>.
61. TIMULÁK, L. *Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 182 s. ISBN 80-7367-106-9.
62. ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. 2. vyd. Praha: Slon, 2007. 128 s. ISBN 978-80-86429-36-6.
63. VAN LOENDERSLOOT, L. L. et al., Predictive factors in in vitro fertilization (IVF): a systematic review and metaanalysis. *Oxford Journals* [online]. 2010, vol. 16, no 6 [cit. 2010-04-06] Dostupné z: <[http:// humupd.oxfordjournals.org/content/-current](http://humupd.oxfordjournals.org/content/-current)>. ISSN 1460-2369.
64. VAN EMPEL, W.H. et al., Weaknesses, strengths, and needs in infertility care according to patients. *Oxford Journals* [online]. 2010, vol. 25, no. 1 [cit. 2010-01-11]. Dostupné z: < [http:// humrep.oxfordjournals.org/content/25/1/142.full](http://humrep.oxfordjournals.org/content/25/1/142.full) >. ISSN 1460-2369.
65. VODÁČKOVÁ, D. et al., *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 544 s. ISBN 978-80-7367-342-0.
66. VYMĚTAL, Š. *Krizová komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2510-9

67. WEBER, R. *Páry v psychoterapii*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 247 s. ISBN 978-80-7367-301-7.
68. WILLIAM, L. et al., *The fallopian tube in infertility and IVF practise. 1st. ed* New York: Cambridge University Press, 2010. 130 s. ISBN 9780521873789.
69. WILSON, J.P.- KEANE, T.M. *Assesing Psychological Trauma and PTSD*. 2nd. ed. New York: The Guilford Press, 2004. 668 p. ISBN 978-1-59385-035-7.
70. *What is in vitro fertilization ?* [online]. [cit. 2010-02-10]. Dostupné z: < [http//video.about.com/infertility/ in-vitro-fertilization htm](http://video.about.com/infertility/in-vitro-fertilization.htm). >
71. WAINRIB, B.R. *Healing Crisis and Trauma with Mind, Body, and Spirit*. 1st. ed. New York: Springer Publishing Company, Inc., 2006.168 p. ISBN 9780826132451.
72. WRIGHT, H.N. *The New guide to crisis and Trauma Counseling*. 1st ed. Ventura: Regal Books, 2003. 460 p. ISBN 0-8307-3241-1.
73. ZÁKLADY SYSTEMICKÉ TERAPIE *Podnětové materiály pro účastníky výcviků Cestou systemických terapií*, ISZ-MC, 2007. 36 s.
74. Zákon číslo 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.
75. Zákon číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

9. PŘÍLOHY

Příloha 1: Dotazníkový formulář

DOTAZNÍK

Vážená paní, ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který jste právě obdržela. Jeho cílem je shrnutí psychosociálních dopadů a následné vyhodnocení účinnosti krizové intervence vedené dle specificky sestaveného intervenčního plánu u žen procházejících léčbou v centrech asistované reprodukce. Informace z něho získané budou následně použity pro vypracování praktické části mé rigorózní práce nazvané „Krizová intervence u žen procházejících léčbou neplodnosti v centrech asistované reprodukce“. Prosím přečtěte si následující otázky, zaškrtněte odpověď, která je pro Vás vyhovující, případně u některých otázek odpověď sama doplňte. Děkuji předem za Váš čas, vstřícnost a ochotu dotazník vyplnit.

Mgr. Jana Müllerová

1. Kolik je Vám let?

- a) méně než 20 let
- b) 21 – 25 let
- c) 26 – 30 let
- d) 31 – 35 let
- e) 36 – 40 let
- f) 41 – 45 let
- g) více než 45 let

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je?

- a) základní škola
- b) střední odborné učiliště – bez maturity
- c) střední škola ukončená maturitou
- d) vyšší odborná škola
- e) vysoká škola

3. Jak dlouho se snažíte otěhotnět? Uveďte prosím:

- a) celkovou délku snahy o těhotenství.....
- b) celkovou délku léčby v centru či centrech asistované reprodukce až do vypuknutí krize.....

4. Vaše diagnóza neplodnost souvisí se snahou:

- a) počít první dítě
- b) počít druhé dítě
- c) počít třetí dítě
- d) více než třetí dítě

5. Ve kterém centru asistované reprodukce jste se léčila, když jste vyhledala krizovou intervenci?

.....

6. Objevily se u Vás v průběhu léčby, ještě před vypuknutím krize nějaké psychické obtíže?

a) ano (prosím vypište jaké).....

.....

b) ne

7. Objevily se u Vás v průběhu léčby, ještě před vypuknutím krize nějaké obtíže v oblasti fyzického zdraví, které vás před započatím léčby netrápily?

a) ano (prosím vypište jaké).....

.....

b) ne

8. Ovlivnila léčba nějak Vaše vztahy s přáteli?

a) ano (jak).....

.....

b) ne

9. Ovlivnila léčba nějak Vaše rodinné vztahy?

a) ano (jak).....

.....

b) ne

10. Ovlivnila léčba nějak Váš partnerský vztah?

a) ano (jak).....

.....

b) ne

11. Omezila u Vás léčba nějak Vaše společenské kontakty?

- a) ano (napište které a jak).....
.....
.....
b) ne

12. Ovlivnila léčba nějak Váš pohled na sebe samu?

- a) ano (jak).....
.....
.....
b) ne

13. Co považujete v souvislosti s léčbou za nejvíce zatěžující?

.....
.....
.....

14. Vyhledala jste v souvislosti s léčbou některého z těchto odborníků?

- a) psychiatr
b) psycholog
c) psychoterapeut
d) léčitel
e) jiné (vypište koho jste vyhledala).....
f) nikoho

15. Kdo nebo co byl, bylo až dosud vaší největší oporou v souvislosti s diagnózou a léčbou neplodnosti?

.....
.....

16. Krizovou intervenci jste se rozhodla vyhledat na základě:

- a) vlastního rozhodnutí
b) doporučení lékaře gynekologa
c) doporučení praktického lékaře
d) jiné (doplňte prosím).....

17. Kde jste získala kontakt na pracoviště provádějící krizovou intervenci?

.....

18. Jaká konkrétní situace u Vás vedla k rozvoji krize?

.....

19. Jak dlouho u Vás krizová intervence probíhala? Uveďte prosím přesný počet setkání.

.....

20. V průběhu krizové intervence, kterou jste absolvovala byly využity následující metody a techniky práce: systemické dotazování (S.de Shazer), poučení o povaze potíží a možnostech jejich řešení (edukace), práce s nejobávanější představou (katastrofický scénář), práce s povzbuzujícími výroky které dodávají odvahu, či oceňují vlastní jednání (sebeinstruktáž), práce s tělem pomocí doteků (stabilizace), práce s tělem (relaxace). Seřad'te je prosím dle největší přínosnosti pro Vás a po té zhodno'te a uveďte, co konkrétně Vám přinesly.

1.místo + přínos.....

2.místo + přínos.....

3.místo + přínos.....

4.místo + přínos.....

5.místo + přínos.....

6.místo + přínos.....

21. Rozvinula jste díky krizové intervenci schopnost určit co je třeba změnit ?

a) ano

b) ne

22. K jakým konkrétním změnám vyplívajícím z procesu krizové intervence ve Vašem životě došlo – co je nyní jinak?

.....
.....
.....

23. Dosáhla jste během krizové intervence hlavního cíle, který jste si stanovila?

- a) ano (co jste dosáhla).....
- b) ne

24. Myslíte si, že jste nyní schopna vyrovnávat se s budoucími krizovými situacemi vznikajícími v souvislosti s léčbou neplodnosti?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

25. Změnily se u Vás díky krizové intervenci Vaše priority?

- a) ano (co je nyní jinak, co je nyní vaší hlavní prioritou).....
- b) ne

26. Zhodnoťte prosím a označte číslem na škále, jak jste nyní po skončení krizové intervence spokojena se svým životem na úrovni každodenní zdatnosti, která zahrnuje, chuť do života a schopnost běžně fungovat. 0% na škále označuje den kdy jste vstoupila do krizové intervence.

0 % ----- 100 %

27. Poskytovaná krizová intervence Vám celkově v řešení krizové situace, která se vyvinula v souvislosti s léčbou neplodnosti:

- a) určitě pomohla
- b) pomohla jen částečně (proč).....
- c) spíše nepomohla (proč).....
- d) vůbec nepomohla (proč).....

28. Jak Vám průběh krizové intervence vyhovoval?

- a) určitě vyhovoval
- b) vyhovoval jen částečně (proč).....
- c) spíše nevyhovoval (proč).....
- d) vůbec nevyhovoval (proč).....
- c) nevím

29. Hodláte využít nebo jste již využila některou z možností návazné péče o které jste byla po skončení krizové intervence informována?

- a) ano (co).....
- b) ne

30. Doporučila byste formu krizové pomoci (intervence), kterou jste absolvovala i jiným ženám léčícím se s neplodností?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Vážená paní, ráda bych Vám na tomto místě ještě jednou poděkovala za Vaši ochotu, čas i trpělivost při vyplňování tohoto dotazníku. Pokud existuje ještě něco, co byste ráda k tomuto tématu sdělila, nyní máte možnost. Budu Vám velice vděčná za vše, co uvedete.

Zde je prostor pro Vaše případné další sdělení

.....
.....
.....
.....
.....
.....

