

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Psychosociální problematika infertility verbalizovaná pacienty
ambulance pro léčbu neplodnosti**

Bakalářská práce

Autor : Alena Dvořáková

Vedoucí práce: PhDr. Ing. Hana Konečná, Ph.D.

2007

Abstract

Psychosocial problems of infertility verbalized by patients of fertility treatment ambulance.

Infertility is the inability to naturally conceive a child or to carry a pregnancy to full term. There are many reasons why a couple may not be able to conceive, or may not be able to conceive without medical assistance. Infertility may have profound psychological effects. Partners may become more anxious to conceive. Marital discord often develops in infertile couples, especially when they are under pressure to make medical decisions. Women trying to conceive often have clinical depression. Even couples undertaking IVF face considerable stress, especially the female partner.

In vitro fertilisation (IVF) is a technique in which egg cells are fertilised by sperm outside the woman's womb. IVF is a major treatment in infertility when other methods of achieving conception have failed. The process involves hormonally controlling the ovulatory process, removing eggs from the woman's ovaries and letting sperm fertilise them in a fluid medium. The fertilised egg (zygote) is then transferred to the patient's uterus with the intent to establish a successful pregnancy.

In this study ten couples using fertility treatment were analysed. The purpose of this study was to follow and describe their problems during the treatment, troubles with partners, jobs and friends. The author tried to find a solution how to communicate with patients, how to help them to manage the treatment. The elected experimental strategy was qualitative analysis.

This study could be used by staff in centres of artificial reproduction.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Psychosociální problematika infertility verbalizovaná pacienty ambulance pro léčbu neplodnosti“ 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 bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 14.5.2007

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce, doktorce Haně Konečné, jejíž průkopnické práce v oblasti psychologie asistované reprodukce si velmi vážím. Dále chci poděkovat pacientkám centra asistované reprodukce ISCARE, a.s., které byly ochotné se mnou spolupracovat a podělit se o nejsoukromější prožitky.

Obsah

Úvod

| | |
|---|-----------|
| 1. Současný stav..... | 8 |
| 1.1. Neplodnost..... | 8 |
| 1.1.1. Co je to neplodnost ?..... | 8 |
| 1.1.2. Příčiny neplodnosti..... | 8 |
| 1.1.3. Psychosociální dopady neplodnosti..... | 10 |
| 1.2. Léčba neplodnosti pomocí asistované reprodukce..... | 10 |
| 1.2.1. Intrauterinní inseminace..... | 11 |
| 1.2.2. In vitro fertilizace..... | 11 |
| 1.2.3. Kryokonzervace..... | 12 |
| 1.2.4. Preimplantační diagnostika..... | 12 |
| 1.2.5. Mikrochirurgické techniky..... | 12 |
| 1.2.6. Darovaný program..... | 13 |
| 1.2.7. Komplikace IVF | 13 |
| 1.3. Úspěšnost AR..... | 14 |
| 1.4. Úhrada AR..... | 14 |
| 1.5. Zákon o AR..... | 15 |
| 1.6. Některé etické a právní problémy související s AR..... | 15 |
| 1.7. Další metody řešící neplodnost..... | 16 |
| 1.7.1. Rehabilitační metoda Mojžíšové..... | 16 |
| 1.7.2. Další metody..... | 16 |
| 1.7.3. Náhradní rodinná péče..... | 17 |
| 1.8. Proč vlastně lidé chtějí mít děti ?..... | 17 |
| 2. Cíle práce | 19 |
| 3. Metodiky..... | 19 |
| 3.1. Výzkumná strategie..... | 19 |
| 3.2. Zkoumaný soubor..... | 19 |

| | |
|--|-----------|
| 4. Výsledky..... | 21 |
| 4.1. Pomocné otázky a identifikační údaje..... | 21 |
| 4.1.1. Pomocné otázky pro neřízený rozhovor..... | 21 |
| 4.1.2. Další údaje..... | 21 |
| 4.2. Sledované páry..... | 22 |
| 4.2.1. Anna a Roman..... | 22 |
| 4.2.2. Simona a Jan..... | 23 |
| 4.2.3. Helena a Petr..... | 24 |
| 4.2.4. Romana a Jaroslav..... | 26 |
| 4.2.5. Pavla a Zdeněk..... | 28 |
| 4.2.6. Jana a Martin..... | 30 |
| 4.2.7. Gita a Jiří..... | 31 |
| 4.2.8. Lenka a Antonín..... | 32 |
| 4.2.9. Iva a Pavel..... | 33 |
| 4.2.10. Jitka a Libor..... | 34 |
| 5. Diskuse..... | 36 |
| 5.1. Jak muži a ženy léčbu prožívají..... | 36 |
| 5.2. Jak léčba ovlivňuje partnerský vztah..... | 37 |
| 5.3. Co neplodné páry v průběhu léčby nejvíc trápí a jaké mohou být formy pomoci..... | 39 |
| 5.4. Jak si pacienti vybírají IVF centrum..... | 41 |
| 5.5. Informovanost pacientů..... | 41 |
| 5.6. Jak mohou pracovníci IVF center pomoci pacientům léčbu lépe zvládat..... | 42 |
| 6. Závěr..... | 45 |
| 7. Seznam použité literatury..... | 46 |
| 8. Klíčová slova..... | 50 |
| 9. Přílohy..... | 51 |

Úvod

„Hlavně štěstí a zdraví, to ostatní si koupíme.“ – tuto větu prohlásil můj manžel při naší svatbě. V té době jsme ještě netušili, že všechno se koupit nedá.

(Romana – pacientka IVF centra)

Pracuji v centru asistované reprodukce již 9 let. Každý den se setkávám s mnoha páry, které řeší svůj problém – neplodnost. Za tuto dlouhou dobu jsem pochopila, že je to nemoc nejen těla, ale i duše. Neplodnost je stav, který velmi nepříznivě ovlivňuje kvalitu života těchto párů, způsobuje značné psychosociální problémy.

V naší zemi dnes funguje široká nabídka center asistované reprodukce, většina z nich nabízí kvalitní medicínské služby. Co však stále trochu zaostává, je zamyšlení nad psychikou pacientů a komplexní holistický pohled na tuto nemoc. Stále přetrvává zaměření na kurativní léčbu a jsou zanedbávány psychosociální dopady nemoci. Přitom není pochyb, že psychika pacientů má značný vliv na průběh léčby a její výsledek.

Vybrala jsem si toto téma, abych se pokusila zjistit, jaké konkrétní problémy pacienti léčící se v centrech asistované reprodukce řeší, co je trápí, jak jim pracovníci center mohou pomoci a jak s nimi mají komunikovat.

1. Současný stav

1.1. Neplodnost

1.1.1. Co je to neplodnost ?

Neplodnost (infertilita) je definována jako neschopnost otěhotnět po roce pravidelného nechráněného pohlavního styku. Tento problém se dnes týká asi 15 % naší populace (29). V širším pojetí hovoříme o neplodnosti jako o stavu, který má za následek bezdětnost nebo nemožnost mít víc dětí, než manželé chtějí (33).

1.1.2. Příčiny neplodnosti

Co se týká příčin neplodnosti, obě pohlaví jsou zastoupena stejně. 40% případů je způsobeno mužským faktorem a 40% ženským faktorem. Zbývajících 20% je způsobeno kombinací mužského a ženského faktoru. O idiopatické sterilitě hovoříme, když se nepodaří příčinu určit (6).

Kdysi byla hlavní příčinou ženské neplodnosti neprůchodnost vejcovodů. Dnes je to často endometrióza, onemocnění, které způsobuje srůsty a mechanicky tak brání těhotenství (25). Další příčina jsou hormonální poruchy, v jejichž důsledku nemohou ve vaječnicích (ovariích) dozrávat folikuly a nedojde k uvolnění vajíčka (oocytu), tedy k ovulaci (29). K této situaci může docházet i díky stresu, který způsobuje zvýšení hladiny prolaktinu, hormonu spojeného se stresem, což může rovněž zabraňovat ovulaci (37). Neplodnost tedy úzce souvisí s psychickou pohodou. Za dostatečný důkaz se uvádí otěhotnění po adopci, po první návštěvě či změně lékaře nebo po objednání na novou léčebnou proceduru (18).

Imunologická neplodnost je termín, se kterým se v poslední době setkáváme stále častěji. Jde o přítomnost protilátek proti pohlavním buňkám a tkáním reprodukčního systému, a to jak na straně muže, tak na straně ženy. Tyto protilátky mohou negativně ovlivňovat oplození oocytu nebo implantaci (nidaci) embrya do děložní sliznice (22).

Na poruchu plodnosti mohou mít značný vliv i hmotnostní výkyvy. Při sníženém množství tukové tkáně o 20 % dochází ke ztrátě menstruace, a tedy k vymizení procesu zrání vajíček v době ovulace. To je typické např. u mentální anorexie, ale také u vrcholových sportovkyň (36). Naproti tomu, obézní ženy mají často nepravidelný menstruační cyklus, vaječnický mají často patologický vzhled, vyskytuje se tzv. syndrom polycystických ovarií, který je charakterizován anovulačními poruchami (32). Udržení správné hmotnosti je tedy důležitým faktorem ke správné funkci reprodukčních orgánů, zdárnému početí a průběhu těhotenství (36).

Na vzrůstající neplodnost má dozajista velký vliv i fakt, že díky měnící se sociální situaci ve společnosti odsouvají ženy založení rodiny do vyššího věku, než bylo zvykem v dřívějších letech (dnešní ženy porodí první dítě o tři roky později než tomu bylo před dvaceti lety). Přitom výzkumy dokazují, že plodnost začíná klesat po 35. roce života a prudce se snižuje po 40. roce. Schopnost otěhotnět v prvním měsíci je u 25leté ženy 25%, u 30leté 15% a u 40leté jen 5% (6).

V příloze č. 1 je uveden graf pravděpodobnosti výskytu neplodnosti v závislosti na věku ženy.

Mužská neplodnost se projevuje sníženými hodnotami spermioqramu (SPG). Spermioqram představuje základní laboratorní metodu při vyšetření mužské fertility; umožňuje klasifikovat závažnost mužského faktoru neplodnosti. Před odběrem spermatu se doporučuje pohlavní abstinence 3 až 5 dnů. Kratší odstup od předchozí ejakulace může snížit objem ejakulátu a koncentraci spermií. Sperma se odebírá masturbací. Po 60 minutách od odběru se odečítá mikroskopicky počet spermií, motilita (pohyblivost) a přítomnost patologických forem spermií (34).

Odchylky od normy jsou :

- oligospermie - méně než 20 milionů spermií/ml
- asthenospermie – méně než 50% progresivně pohyblivých spermií
- teratozoospermie – více než 70% patologických forem spermií
- oligoasthenoteratozoospermie – kombinovaná porucha
- oligoasthenoteratozoospermie gravis – těžká kombinovaná porucha (méně než 5 milionů spermií/ml)

- azoospermie – žádné spermie

V Evropě podle epidemiologů každý rok klesne průměrně počet spermií o 3%: na vině mohou být civilizační vlivy, účinky toxických látek v ovzduší a vodě, nezdravý životní styl a nedostatek pohybu (10).

Normální hodnoty spermioqramu jsou uvedeny u příloze č. 2.

1.1.3. Psychosociální dopady neplodnosti

Neplodnost je dnes pokládána za stresující životní okolnost, která vyvolává sérii psychosociálních reakcí. Ovlivňuje životní pohodu člověka a jeho schopnost normálně komunikovat a jednat. V atmosféře běžného společenského očekávání, že manželskému páru se mají rodit děti, je rodičovství chápáno dokonce jako jakási morální povinnost. Pokud není toto očekávání naplněno, pár se začne odlišovat a pociťovat stigmatizující efekt.

Pár je ve stavu chronického stresu, zvláště je-li neplodnost na straně muže nebo trvá-li pátrání po příčinách neplodnosti velmi dlouho. Nedá se předem určit, jak bude pár na stresující situaci reagovat. Některé páry jsou společným trápením posíleny. U jiných se naopak objeví známky zhoršení společného soužití – napětí, negativní pocity a rostoucí averze vůči partnerům, stupňuje se riziko rozpadu vztahu (33).

1.2. Léčba neplodnosti pomocí asistované reprodukce (AR)

Prvním dítětem „ze zkumavky“ byla Luisa Joy Brownová, která se narodila 25. července 1978 v Oldhamu v Anglii. Od té doby zaznamenala asistovaná reprodukce značný pokrok. Celosvětově se pomocí umělého oplodnění narodí každý rok asi 100 000 dětí, tedy asi 2 - 3% z celkového počtu narozených dětí. Odhaduje se, že od roku 1978 se těchto dětí narodily asi 3 milióny.

V České republice se první dítě po IVF narodilo v roce 1982, tedy jen 4 roky po narození Luisy Brownové, na gynekologicko-porodnické klinice v Brně. Každoročně u

nás přijde na svět pomocí metod asistované reprodukce asi 20 000, tento údaj nás řadí mezi vyspělé evropské státy (27).

1.2.1. Intrauterinní inseminace (IUI)

IUI je technika asistované reprodukce, kterou lze využít u párů, kdy má žena průchodné vejcovody a není-li závažné snížení hodnot spermioqramu u muže. Lze ji provádět v přirozeném menstruačním cyklu nebo po hormonální stimulaci. Spermie pro IUI se upravují speciální metodou – promývají se a koncentrují a poté se katétre zavedou do děložního hrdla nebo vysoko do dělohy ženy. Výkon se provádí v době ovulace. Výhodou této metody je snadná příprava a fakt, že se jedná o neinvazivní metodu. Nevýhodou je nízká úspěšnost, jen okolo 10% (10).

1.2.2. In vitro fertilizace (IVF)

In vitro fertilizace spočívá v hormonální stimulaci vaječnicků pacientky k vývoji a dozrání většího počtu vajíček, pokud možno v obou vaječnicích. Vajíčka se po dosažení optimálního stupně vývoje získávají z vaječnicků transvaginální punkcí a aspirací. Získaná vajíčka se ve zkumavce smísí se speciálně upravenými spermii z ejakulátu partnera, event. dárce, tzv. klasická IVF. V případě speciální mikromanipulační techniky zvané ICSI (intracytoplasmatická injekce spermie) - se předem upravené spermie injektují pod mikroskopem do cytoplasmy vajíčka (jedna spermie do jednoho vajíčka). ICSI se používá u velmi snížených hodnot SPG. Druhý den embryolog kontroluje, zda došlo k oplození. Oplozená vajíčka se kultivují za speciálních podmínek a vyvíjející se embrya se kontrolují. Po několika dnech kultivace (2-5 dní) se nejlepší embrya transferují katétre do dělohy ženy, tzv. embryotransfer. Ještě před několika lety bylo obvyklé transferovat 3 a více embryí, dnes se však pro snížení rizika vícečetného těhotenství přenášejí jen 2 embrya, někdy i jen jedno embryo (11).

Prodloužená kultivace je metoda, kdy se embrya přenášejí po 4-5 denní kultivaci ve stádiu moruly nebo blastocysty, což je ideální stádium pro implantaci embrya. Prodloužená kultivace rovněž umožňuje selekci nejvitálnějších embryí a její široké využití výrazně zvyšuje úspěšnost AR (11).

Snadnější nidaci embrya do děložní sliznice umožňuje metoda nazývaná se asistovaný hatching. Princip spočívá v šetrném narušení obalu embrya (zona pellucida) pomocí mikromanipulační techniky a to mechanicky mikropipetou nebo laserem (29).

1.2.3. Kryokonzervace (KRYO)

V IVF programu většinou dosáhneme většího počtu oplozených embryí. Nadpočetná, dobře se vyvíjející embrya je možno zamrazit. Pokud nedojde ke graviditě po přenosu čerstvých embryí nebo přejí-li si pacienti další dítě, je možno embrya rozmrazit a přenést do dělohy (kryoembryotransfer - KET).

Kromě embryí v jakýchkoliv stádiích (od stádia jednobuněčného po mnohobuněčnou blastocytu) lze zamrazovat i spermie a dnes již i oocyty (10).

1.2.4. Preimplantační genetická diagnostika (PGD)

PGD zahrnuje sérii technik, které se používají k diagnostice, a vyloučení genetických abnormalit embryí získaných pomocí IVF ještě před jejich umístěním do dělohy. Jedná se o metodu umožňující genetickým vyšetřením jedné nebo dvou buněk, odebraných z šesti až osmi buněčného embrya, odhalit nejběžnější genetická onemocnění (např. Downův syndrom, Turnerův syndrom, cystickou fibrózu...) (39).

1.2.5. Mikrochirurgické techniky

Mikrochirurgické techniky se využívají u azoospermiků, tedy u mužů, v jejichž ejakulátu nejsou žádné spermie. V těchto případech lze mikrochirurgickou operací pod optickým zvětšením spermie získat přímo z kanálků nadvarlete, kde dozrávají (metoda MESA), nebo z kanálků varlete, kde se spermie tvoří (metoda TESE). Takto získané

spermie se pomocí ICSI metody injektují do oocytů. Vzniklá embrya se běžným způsobem kultivují a transferují (15).

1.2.6. Darovaný program

V darovaném programu mluvíme o darování spermií, oocytů a embryí.

Program darovaného oocytu je určen pro ženy, u kterých není možné ani po hormonální léčbě získat vajíčko. Jedná se o ženy s diagnózou předčasné ovarieální selhání nebo o pacientky nad 40 let. Dárkyněmi vajíček jsou ženy, které podstoupí hormonální léčbu a odběr oocytů. Odebrané oocyty se oplodní spermiemi manžela příjemkyně a přenesou se do dělohy příjemkyně, která je hormonálně připravena tak, aby se embryo mohlo uchytit. Takto získaná embrya lze rovněž zamrazovat. Čekací doba na darovaný oocyt je v jednotlivých centrech AR různá, ale průměrně je to řada měsíců až let, protože dárkyň oocytů je stále nedostatek (26.) V květnu 2005 byl sice publikován objev česko-amerického týmu, kterému se podařilo uměle vypěstovat lidská vajíčka z buněk odebraných z povrchu vaječníku, což by mohlo znamenat prodloužení fertilního období žen až o 10 let. Než bude ale tento postup uveden do praxe, uběhne ještě mnoho let (31).

Dárcovství spermií dnes již není tak časté jako dříve díky metodě ICSI a mikrochirurgickým technikám. Využívá se u mužů s genetickým onemocněním nebo v případě, že si muž mikrochirurgickou operací nepřeje.

Dárci gamet musí být v souladu se zákonem 227/2006 Sb. pouze ženy ve věku od 18 do 35 let a muži od 18 do 40 let, musí absolvovat genetické vyšetření včetně karyotypu a vyšetření sexuálně přenosných onemocnění (HBsAg, HCsAg, HIV, Iues) . Dárcovství je anonymní (43).

1.2.7. Komplikace IVF

Nežádoucím průvodním znakem IVF je vícečetné těhotenství. To může způsobit nejen sociální problémy, ale souvisí i s nižší porodní hmotností a větší

pravděpodobností abortu. Jsou ovšem páry, které si dvojčata přejí a vítají je. Další riziko asistované reprodukce je tzv. syndrom hyperstimulace ovarií (OHSS), ke kterému může dojít díky nadměrné stimulaci hormonálními preparáty. Předcházíme mu pečlivým monitoringem v průběhu stimulace (29).

1.3. Úspěšnost asistované reprodukce

Základní míru úspěšnosti centra asistované reprodukce vyjadřuje KT/ET (%) . Udává poměr všech pacientek dané metody, u kterých proběhl embryotransfer, k počtu žen, které po této metodě otěhotněly a bylo u nich klinicky prokázáno těhotenství. Klinická gravidita /ET se dnes pohybuje okolo 35 % (26).

Dalším důležitým ukazatelem je „take home baby rate“, což je procento donošených gravidit po IVF ukončených porodem zdravého plodu. Z zájmu IVF center tedy je, aby take home baby rate byl co nejbližší číslu KT/ET, což svědčí o nízké incidenci abortů (1).

Dnes používáme také údaj zvaný kumulativní úspěšnost, což jsou výsledky vztažené k páru. U párů, které absolvovaly plný počet cyklů hrazených zdravotními pojišťovnami (tzn. 3 IVF cykly) je úspěšnost až 85% (23).

Graf úspěšnosti mimotělního oplodnění v závislosti na věku ženy je uveden v příloze č. 3.

1.4. Úhrada asistované reprodukce

Na základě doporučených standardů postupu při poskytování asistované reprodukce zdravotní pojišťovny hradí 4 monitorované IVF cykly a v rámci nich 3 cykly s přenosem embryí ze všeobecného zdravotního pojištění u pacientek do 39 let (věkové omezení je dáno datem narození plus 364 dní) v indikovaných případech.

Mezi nehrazené výkony patří metody ICSI, asistovaný hatching, kryokonzervace, prodloužená kultivace, preimplantační diagnostika, mikrochirurgické operace a

darovaný program. Pacienti si rovněž přispívají na rekombinantní léky, zdravotní pojišťovny hradí jen část jejich ceny (7).

Přibližné doplatky jsou uvedeny v příloze č. 4.

1.5. Zákon o asistované reprodukci

Asistovaná reprodukce je řízena zákonem č.227/2006 Sb. o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech a o změně některých souvisejících zákonů. Tímto zákonem byla s účinností od 1.6.2006 mimo jiné provedena novelizace zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu (43).

Tento zákon vznikl obtížně. Původní verze, kterou poslanecká sněmovna schválila, limitovala věk pacientů na 40 let, neumožňovala darování embryí a trvala na genetických vyšetřeních všech pacientů, což je často zbytečně nákladné.

Proti této verzi zákona protestovali lékaři z center asistované reprodukce i široká veřejnost včetně samotných pacientů. Zákon byl senátem vrácen do poslanecké sněmovny a přepracován (8).

1.6. Některé etické a právní problémy související s asistovanou reprodukcí

Asistovaná reprodukce je spojena s mnoha etickými problémy. Zřejmě proto, že její rozvoj byl velmi rychlý a technické a medicínské možnosti v tomto případě předběhly legislativu a etické uchopení této problematiky ve společnosti.

Anonymita darovaných gamet je v rozporu s Úmluvou o právech dítěte, zákonem 104/1991 Sb.(38). Článek 7 říká, že dítě má právo znát své rodiče. Tato anonymita může být problematická v případě nutnosti transplantace. Rodinné tajemství také může mít nepříznivý vliv na psychosomatický vývoj dítěte. Tendence ve vyspělých zemích dnes směřuje k „open identity“, tedy ke zveřejnění údajů o biologických rodičích (16).

Další problém je hromadění zamražených embryí v centrech asistované reprodukce. Často diskutovaná otázka je redukce vícečetných těhotenství (18). Dnes však již většina center netransferuje více než dvě embrya a tendence do příštích let je tzv. elective single

embryo transfer, tedy přenos jediného embrya (metoda, která je již dnes v dobře fungujících centrech užívána aniž by se snížila úspěšnost).

1.7. Další možnosti řešící neplodnost

1.7.1. Rehabilitační metoda Mojžíšové

Rehabilitační pracovnice, paní Ludmila Mojžíšová, vyvinula metodu svalového cvičení, které odstraňuje svalové spasmy v oblasti páteře a pánevního dna a tím léčí některé druhy funkční sterility (28).

Metodě bylo v roce 1990 uděleno Ministerstvem zdravotnictví osvědčení jako nové metodě léčení a v indikovaných případech je hrazeno zdravotními pojišťovnami. Léčba je založena na principu reflexních vztahů mezi páteří a vnitřními orgány. Jestliže dojde ke špatné funkci páteře, dochází ke špatné funkci příslušného orgánu. Dlouhodobé a nadměrné zatížení nervových vláken způsobuje spasmus svalů okolo obratlů a pánevního dna, což vzniká úrazem, civilizačními chorobami a podobně.

Cvičení musí být vedené vyškoleným odborníkem a musí být prováděno pravidelně (18).

1.7.2. Další metody

Mezi další metody patří balneoterapie, což je souhrn různých lékařských postupů v lázeňském místě (nejčastěji ve Františkových Lázních) pod lékařským dohledem po dobu několika týdnů. Vhodné je k řešení chronických onemocnění a při rehabilitaci pooperačních a pourazových stavů.

Další možnosti jsou akupunktura, homeopatie a fytoterapie, tedy užívání bylinných čajů. Poměrně často využívané jsou i jiné alternativní metody, např. terapie vycházející z astrologie, kdy je vypočten a načasován termín pro početí dítěte. Tyto pacientky, pokud navštěvují IVF centra, se dožadují provedení embryotransferu ve stanoveném termínu, což je někdy problém (18).

1.7.3. Náhradní rodinná péče (NRP)

Pokud se partnerům nedaří počít vlastní dítě, často se uchylují k náhradní rodinné péči. NRP je ošetřena Zákonem o rodině č. 94/1963Sb., ve znění pozdějších předpisů (41) a zákonem o Sociálně právní ochraně dětí č. 359/1999 Sb. (42).

V České republice existují dvě formy NRP : adopce (osvojení) a pěstounská péče.

Adopcí vzniká mezi osvojitelem a osvojencem takový poměr, jaký je mezi rodiči a dětmi, tedy příbuzenský poměr. Osvojitelé mají rodičovskou zodpovědnost. Zanikají práva mezi původní rodinou a osvojencem. Zákon rozlišuje osvojení prosté, zrušitelné, to je vždy do jednoho roku dítěte, a nezrušitelné, kdy jsou rodiče osvojitelé zapsáni do rodného listu dítěte místo biologických rodičů. O adopci mají zájem hlavně bezdětní rodiče. Většinou chtějí dítě co nejmladší (30).

Pěstounská péče je zvláštní formou státem řízené a kontrolované náhradní rodinné výchovy, která zajišťuje dostatečné hmotné zabezpečení dítěte a přiměřenou odměnu pěstounům, kteří se dítěte ujali. Pěstoun není zákonným zástupcem dítěte a nemá právo rozhodovat o nejdůležitějších otázkách (např. o volbě povolání). Dítě se může vrátit za určitých okolností zpátky k biologickým rodičům, kteří na dítě neztrácí nárok. Proto tato forma NRP není ideální pro bezdětné rodiče, kteří se pak dítěte těžko vzdávají (24).

Je známý fakt, že některé žadatelky o adopci otěhotní brzy po podání žádosti. Přesné statistiky neexistují, ale pracovníci z center NRP odhadují, že se to podaří 5 – 10 % žen. Odborníci si to vysvětlují psychickým uvolněním ženy. Příjemným zjištěním je, že řada rodin v tomto případě žádost o adopci neruší, pouze ji na nějaký čas pozastaví (35).

Přijetí cizího dítěte do rodiny není vždy jednoduché. Tento krok vyžaduje rozvážení a komunikaci celé široké rodiny. Rozhodně nelze adopci považovat za psychoterapii vedoucí k otěhotnění (18).

1.8. Proč vlastně lidé chtějí mít děti ?

Otázkami rodičovství se psychologie zabývá nejprve ve spojitosti s tzv. instinkty. Touha mít děti je prostě dána přírodní zákonitostí působící v člověku tak jako v jiných

živých tvorech na zemi. Bezdětnost je něčím nepřirozeným. Jako existuje pohlavní pud, existuje i rodičovský pud.

Na druhém místě se uvádí motivace psychologická a společenská. Lidé mají potřebu osvědčit svoji ploditelskou schopnost. Rodičovství je tak otázkou společenské prestiže. Tím, že máme děti, se vyrovnáváme ostatním „normálním“ lidem.

Děti dále přináší do rodinného společenství radost a zábavu. Věnujeme jim svou lásku, své myšlení a naděje. Odkážeme jim svůj majetek, nač bychom se jinak „lopotili a dřeli“ ? (24).

2. Cíl práce

Cílem této práce bylo sledovat a popsat psychické a sociální problémy párů, kteří léčí svou neplodnost v centrech asistované reprodukce. Snažila jsem se sledovat kdy a jak do centra přicházejí, podle čeho si centrum vybírají, co při léčbě prožívají, co je trápí a co jim pomáhá léčbu lépe snášet. Hlavním cílem mé práce bylo zjistit, jak jim pracovníci center asistované reprodukce mohou v průběhu léčby pomoci, jak s nimi mají jednat a čeho se mají při kontaktu s pacienty vyvarovat.

3. Metodika

3.1. Výzkumná strategie

Zvolená výzkumná strategie byla kvalitativní. Metodami získávání dat byl neřízený rozhovor a pozorování. Data byla zpracována kvalitativní analýzou spontánních výpovědí a zápisu pozorovaných jevů. Rozhovor a pozorování se odehrávalo v ambulanci v Českých Budějovicích, kde pracuji.

Použitou validizační technikou byla kontrola výsledků kolegy z jiných ambulančí.

3.2. Zkoumaný soubor

Zkoumaným souborem byli pacienti navštěvující ambulanci pro léčbu neplodnosti ISCARE v Českých Budějovicích v době od února 2006 do února 2007. Do studie bylo zařazeno 10 párů. Snažila jsem se o různorodý výběr pacientů a o to, aby zde byli zařazeni co nejzajímavější případy. Vždy to byly páry, se kterými jsem prožila v rámci léčby delší čas, mohli jsme se lépe poznat a mohla jsem nahlédnout do jejich problémů. Proto se zde neobjeví pacienti, kterým se podařilo otěhotnět hned po prvním IVF cyklu, což my, pracovníci center asistované reprodukce, vidíme sice nejraději, ale pro tuto studii nebyli příliš zajímaví. Snažila jsem se vybrat páry, které společný problém

nepločnosti spojoval a zdá se, že posiloval jejich vztah, i páry, pro které byla léčba nepločnosti předmětem hádek a nedorozumění.

Pro tuto práci byla použita zdravotnická dokumentace našeho centra, ze které jsem čerpala diagnózy pacientů, průběh léčby a další potřebné údaje. Jména pacientů jsou fiktivní.

4. Výsledky

4.1. Pomocné otázky a identifikační údaje

4.1.1. Pomocné otázky pro neřízený rozhovor

- Co pro vás bylo v rámci léčby těžké ?
- Jak tento problém nese váš partner ?
- Spojuje vás tento problém nebo je to spíš předmětem vašich neshod ?
- Je pro vás těžké o tom společně mluvit ?
- Mluvíte o vašem problému s rodinou a přáteli ?
- Bojíte se případné další léčby ?
- Co vám pomáhá léčbu lépe snášet ?
- Jak zvládáte léčbu v kombinaci se zaměstnáním ? Umožňuje vám zaměstnavatel uvolňovat se z práce ? Není pro vás problém být v rámci léčby na pracovní neschopnosti ?

4.1.2. Další údaje

- věk obou pacientů
- povolání a dosažené vzdělání
- rodinný stav
- jak dlouho se snaží otěhotnět
- společná nebo individuální docházka do centra
- příčiny neplodnosti páru a dosavadní léčba
- eventuelní další děti v rodině (počaté přirozenou cestou nebo z předchozího IVF)

4.2. Sledované páry

4.2.1. Anna a Roman

Anně je let 36 let, Petrovi 35. Otěhotnět se snaží 3 roky. V našem centru se léčí od května 2006. Anna pracuje na Krajském úřadě v Českých Budějovicích, má vysokoškolské vzdělání. Petr pracuje jako manažer, má rovněž vysokoškolské vzdělání. Jsou manželé a pečují společně o šestiletou dceru z Petrova předchozího manželství.

V tomto případě se jedná o primární sterilitu (Anna nebyla dříve nikdy těhotná). Byla jí doporučena IVF z důvodu ovariálního faktoru, laparoskopického nálezu (lyse adhesí a nález endometriozy) a relativního andrologického faktoru (snížená pohyblivost spermií). V srpnu 2006 absolvovali 1. IVF cyklus, k těhotenství nedošlo. V současné době probíhá příprava 2. cyklu.

Anna po studiích žila a pracovala v cizině, založení rodiny odkládala. Práce na Krajském úřadě ji baví, v současné době dálkově studuje. Po svatbě s Petrem se snažila věnovat dceři z jeho předchozího vztahu. Tuto úlohu zvládá velmi dobře, přesto touží po vlastním dítěti. Anna říká, že si v poslední době stále více uvědomuje „tikání biologických hodin“.

Petra jsem za celou dobu léčby viděla jen jednou, Anna k nám docházela sama, protože Petr často pracuje mimo České Budějovice i mimo republiku. Nemyslím, že by to Anně vadilo, je velmi samostatná a emancipovaná. Jejich komunikace o problému neplodnosti je dobrá, nevadí jim spolu o tom mluvit. Petr je chápavý a laskavý. Mají pocit, že problém je spíš spojuje. Léčba pro ně není hlavním tématem jejich vztahu, zřejmě proto, že vychovávají dceru z Petrova předchozího manželství, oba jsou velmi zaměstnaní, práce je těší a mají mnoho společných zájmů a koníčků.

S přáteli a s rodinou o své léčbě příliš nemluví, jen s několika nejbližšími. Anně velmi vadí otázky typu: „Kdy už přijdeš do jiného stavu? Neměla bys už pomýšlet na dítě?“ Na ně odpovídá ostře a razantně.

Dalšího pokračování se trochu bojí. Je spíš pesimista, takže se připravuje na neúspěch a bude příjemně překvapená úspěchem. Občas ji napadají myšlenky typu:

„Proč právě já? Co jsem komu udělala? Proč a za co jsem trestaná? Proč nemohu mít děti, když jsem nikdy neměla zdravotní problémy?“ Vše zvládnout jí velmi pomáhá manžel, který ji uklidňuje a povzbuzuje.

Se zaměstnavatelem nemá Anna žádné problémy, protože pracuje ve státním sektoru a zaměstnavatel ji uvolňuje bez problémů.

Anna léčbu zvládá dobře. Je to vzdělaná, příjemná žena, stále v dobré náladě. Myslím, že tomu pomáhá její pracovní vytížení, studium, péče o nevlastní dceru, hodně volnočasových aktivit a také fakt, že touha po dítěti pro oba není hlavním tématem jejich vztahu.

4.2.2. *Simona a Jan*

Simoně i Janovi je 34 let. Oba pracují v bance a mají vysokoškolské vzdělání. Nemají žádné děti. Otěhotnět se snaží 7 let. Do naší ambulance chodí od října 2004.

Příčina jejich neplodnosti je předčasné ovariální selhání na straně Simony. To je velmi závažný stav z hlediska plodnosti pacientky, protože hormonální hladina těchto žen je podobná stavu v klimakteriu. Ovaria těchto pacientek netvoří žádná vajíčka, nepomůže zde ani hormonální stimulace. Jedna stimulace se obvykle zkouší (podle individuálních hladin hormonů hypofýzy). Při neadekvátní reakci ovarií je jediná možnost použití darovaného oocyty nebo darovaného embrya. Spermioqram u Jana je normální.

Simona v roce 1998 v našem pražském centru absolvovala jeden neúspěšný pokus o hormonální stimulaci. Pak se rozhodli pro darovaný oocyt oplodněný Janovými spermii. Tato metoda patří mezi nejdražší v asistované reprodukci, protože zdravotní pojišťovny na ni vůbec nepřispívají. Je zde také dlouhá čekací lhůta. Eventuelních příjemkyň je mnoho: kromě pacientek s předčasným ovariálním selháním se touto metodou léčí i pacientky nad 40 let, u kterých je nižší hormonální aktivita a oocyty zde získáváme obtížně – těchto pacientek však v poslední době stále přibývá, v důsledku oddalování rodičovství do vyššího věku. Na druhé straně, dárkyň, ochotných podstoupit ovariální stimulaci je stále málo. Další možná metoda (levnější a časově

dostupnější) je darované embryo. Tu si však Simona nepřála, chtěla, aby jejich dítě mělo alespoň Janovu genetickou výbavu. Simona absolvovala jeden cyklus s darovaným oocyttem, otěhotněla, avšak těhotenství skončilo abortem. V současné době je po druhém přenosu darovaného embrya.

Nejtěžší pro ni bylo smířit se se skutečností, že nikdy nebude mít vlastní dítě. Začala to tušit již ve 20 letech, kdy se objevil problém s menstruačním cyklem. Cesta nejrůznějších vyšetření byla dlouhá a plná zklamání. Zkusila i homeopatickou léčbu, nic však nepomáhalo. Naději jim přinesla až informace o možném použití darovaného oocytu v rámci asistované reprodukce.

Simona k nám dochází sama, manžel je pracovně vytížený. Problém společně snášejí velmi dobře, spíše je spojuje. Jan je citlivý a tolerantní. Simona si velmi dobře uvědomuje, že příčina neplodnosti je jen u ní. Myslí si, že si Jan nezaslouží, aby byl bezdětný, když je zcela zdravý a s jinou ženou by dítě měl bez problémů. Tato skutečnost je pro ni velice bolestivá. Mají ale hezký vztah, Simona v něm má velkou oporu. I když ví, jak je dosavadní bezdětnost pro oba obtížně snesitelná, věří, že problém společně zvládnou. Problém neplodnosti je pro ně stěžejní součástí života, přesto se snaží rozptylovat společnými volnočasovými aktivitami, sportem a cestováním.

Před přáteli a blízkými příbuznými problém netají, ale není lehké o něm hovořit. Spíše se tomuto tématu všichni vyhýbají. Setkávají se však spíše s pochopením a tolerancí, nikdo je nechce zraňovat víc, než je nutné.

Dalšího pokračování se spíše bojí, ale zároveň se těší a doufá, že to dobře dopadne.

Komplikovanou a dlouhodobou léčbu jí pomáhá zvládat důvěra v zařízení, dobrá informovanost v centru a individuální přístup. Psychicky problém zvládá relativně dobře.

4.2.3. Helena a Petr

Heleně je let 30 let, Petrovi 31. Helena má vysokoškolské vzdělání, pracuje jako učitelka na gymnáziu. Petr má středoškolské vzdělání, pracuje jako správce počítačové sítě. Jsou manželé už jedenáct let. Helena se snaží otěhotnět 2 roky, do našeho centra

chodí od července 2006. Jedna z příčin neplodnosti byla odhalena již před příchodem do naší ambulance. Gynekolog Petra odeslal na vyšetření spermiogramu, jehož výsledek nedopadl příznivě. U nás v centru se tento závěr potvrdil, výsledek byl oligoasthenoteratozoospermie gravis, což je těžká porucha co se týče množství, pohyblivosti a přítomnosti patologických forem spermií. Petr následně absolvoval i genetické vyšetření, protože takový výsledek spermiogramu může znamenat i genetickou poruchu, například dispozici k cystické fibróze. Genetické vyšetření žádnou odchylku neprokázalo.

Po odborném gynekologickém vyšetření se však ukázal další problém, tentokrát na straně Heleny, anovulační menstruační cyklus. Na základě těchto závěrů bylo pacientům doporučeno mimotělní oplodnění s použitím metody ICSI (intracytoplazmatická injekce spermie do oocyty), při které je možno dosáhnout oplození i při patologickém spermiogramu.

Helena absolvovala 2 IVF cykly, ani při jednom neotěhotněla, i když HCG bylo při obou pokusech lehce zvýšené. Po druhém cyklu se u Heleny začaly vyskytovat další zdravotní potíže, po interním vyšetření byla u ní zjištěna revmatitická artritida, tedy imunopatologické onemocnění, které může mít vliv na implantaci embrya, tedy jev, který se nazývá imunologická neplodnost. Helena nyní podstupuje další specializovaná interní a imunologická vyšetření a teprve po zhodnocení výsledků bude případně pokračovat v další léčbě u nás.

Helena a Petr od počátku jejich manželství plánovali založení rodiny. Z pracovních a bytových důvodů však čekali do jejich 28 let. Když hned neotěhotněla, začala být nervózní a brzy navštívila svého gynekologa a tam se dozvěděli nepříznivý výsledek spermiogramu. Petr zprávu o výsledku přijal velmi statečně, i když Helena cítí, že ho to trápí. O problému spolu mohou otevřeně hovořit. Petr s ní do naší ambulance často dochází, velmi se o léčbu zajímá, a je zřejmé, že jsou jeden druhému velikou oporou.

Helenu nejvíc trápí otázky typu: „Kdy už budete mít rodinu? A co děti, neplánujete? Nečekáte nějak moc dlouho?“ Zvláště od čerstvých matek ji velmi zraňují. I jen kontakt s kamarádkami s kočárkem je pro ni často bolestivý. Předem se na tyto situace připravuje, snaží se odpovídat s humorem, ale často se neubrání podrážděné reakci. Je

alergická na termín „plánované rodičovství“, někdy má i paranoidní pocit, že se jí lidé posmívají. Má dojem, že pro většinu lidí jsou děti něco samozřejmého, záleží jen na tom, zda je chtějí mít nebo ne.

Nejtěžší pro ně bylo období prvních vyšetření, když se po vyhodnocení spermioqramu ukázalo, že přirozeným způsobem děti mít nebudou. Od chvíle, kdy docházejí do centra asistované reprodukce, našli novou naději. Petra velmi rozladila „fronta na odběrovou místnost pro pány“ v Praze při odběru vajíček, připadalo mu to ponižující.

Heleně připadalo těžko snesitelné čekat 14 dní po embryotransferu, než se prokáže gravidita. Po zjištění, že není těhotná, spěchala do práce, aby nebyla tak sama.

Léčbu jim usnadňuje informovanost a přístup personálu v ambulanci. Velmi si chválí individuální přístup k pacientům.

Práci a léčbu se jí daří zvládat najednou dost obtížně. Snaží si plánovat pracovní neschopnost na prázdniny. Velmi ji zranilo, když si matka jejího žáka stěžovala, že paní učitelka často chybí. Snažila jsem se ji přesvědčit, že musí v tomto případě myslet hlavně na sebe.

Helena celou léčbu zvládá psychicky dost obtížně. Je zřejmé, že se velmi trápí. Snažím se ji povzbuzovat, ale myslím, že se to příliš nedaří.

4.2.4. Romana a Jaroslav

Romaně je 33 let, Jaroslavovi 37. Ona pracuje jako zdravotní sestra, v současné době je na mateřské dovolené. Jaroslav soukromě podniká. Oba mají středoškolské vzdělání. Jsou manželé, mají tříletou dceru po IVF.

Romana přišla do IVF centra, kde jsem dříve pracovala, v roce 2000, poté, co jí byly laparoskopicky odstraněny oba vejcovody, včetně slepého střeva. Operace byla komplikována zánětem pobřišnice. Jediná šance na otěhotnění pro ni bylo IVF. Další problém je častý výskyt ovariálních cyst.

Po prvním cyklu a dvou následujících kryoemryotransferech (přenos rozmražených embryí) neotěhotněla. V roce 2002 absolvovala 2. IVF cyklus, otěhotněla a narodila se

jí zdravá dcera. Po dvou letech se rozhodli mít druhé dítě. Absolvovali další neúspěšný cyklus.

V září 2005 se rozhodli pro změnu centra na základě doporučení obvodního gynekologa a z důvodu nedůvěry k novému lékaři, který do centra přišel. Opět jsme se tedy setkali v centru, kde nyní pracuji. Romana absolvovala další specializovaná vyšetření a podstoupila další hormonální stimulaci ukončenou přenosem embryí. Jednalo se již o 4. cyklus, tedy ten, který si již pacienti hradí sami (zdravotní pojišťovny hradí jen 3 cykly). Ani tentokrát neotěhotněla. Na konci roku 2006 proběhl 5. stimulovaný cyklus. Tentokrát otěhotněla, došlo ke vzestupu HCG, po 20 dnech od přenosu jsme zaznamenali v děloze přítomnost gestačního vaku. Po dalších 14 dnech, kdy je již možno sledovat srdeční akci plodu, však nedošlo k dalšímu progresu gravidity, srdeční akce se neobjevila a Romana musela podstoupit revizi děložní sliznice pro missed abort.

V tomto cyklu byla zamrazena 3 embrya, takže po určitém časovém odstupu plánují přenos rozmražených embryí.

Romana je pro mě velmi zajímavá pacientka, prožily jsme spolu 6 let snahy o početí. Vyprávěla mi, jak se jí zhroutil svět, když se probudila z narkózy po laparoskopii a lékaři jí oznámili, že musely být odstraněny oba vejcovody (původně plánovali odstranit jen jeden) a ve 26 letech se stala „neplodnou“. Už v této době zvažovala adopci, manžel však nesouhlasil. Jinak je jí v průběhu léčby velkou oporou díky svému optimismu, otevřeně o problému komunikují, nikdy si nic vzájemně nevyčítali. Mají pocit, že překonávání překážek jejich vztah posiluje. Do ambulance Romana dochází většinou sama.

Velmi těžce snášela počáteční neúspěch při první stimulaci a následných kryoembryotransferech. Dodnes si ji pamatuji, jak nešťastně stojí před nástěnkou s fotografiemi miminek (která bývá v IVF centrech jako motivace pro pacienty). Před druhým cyklem si nechali časový odstup na regeneraci sil. Druhá stimulace byla problematická. Onemocněla v jejím průběhu zánětem vaječnicků. Léčila se antibiotiky a zároveň pomocí „čínské medicíny“. Další problém nastal při odběru spermatu k oplození odebraných vajíček. Došlo ke zhoršení spermogramu, protože Jaroslav

prodělal těžkou angínu. Vajíčka se ale podařilo oplodnit pomocí ICSI metody. Oba nedoufali, že po těchto obtížích se těhotenství podaří. O to větší byla jejich radost, když byla diagnostikována jednočetná prosperující gravidita.

O jejich léčbě v IVF centru věděla jen rodina a několik nejbližších přátel. Hlavně Jaroslav nechtěl, aby se o jejich problému někdo dozvěděl. Díky tomu se také nesesetkávali s negativními reakcemi okolí. Nemají tedy nepříjemné zkušenosti s litováním a „dobrymi radami“. Romana poprvé otěhotněla ve 27 letech, což dnes není nijak pozdě, takže její okolí ani nezaznamenalo fakt, že může mít problémy s otěhotněním.

Romana v době léčby velmi postrádala kontakt s nějakou ženou, která řeší podobný problém. Vše jí usnadňuje individuální přístup v ambulanci a její důvěra v personál centra.

Co se týká zvládnutí léčby a práce, před první graviditou neměla Romana díky plánování služeb ve zdravotnictví velké problémy, dnes je ještě na mateřské dovolené, takže docházení do centra zvládá bez problémů.

I když mají Romana a Jaroslav velkou radost z krásné a šikovné dcery, stále doufají, že se jim podaří mít další dítě a boj nevzdávají, i když zklamání po abortu bylo velmi bolestivé.

4.2.5. Pavla a Zdeněk

Pavle i Zdeňkovi je 31 let. Jsou manželé. Ona pracuje jako fakturantka, on u hasičského sboru. Oba mají středoškolské vzdělání.

Po dvou letech neúspěšné snahy o graviditu přišli do IVF centra, kde absolvovali 1. IVF cyklus a následný kryoembryotransfer. Indikace k IVF byl andrologický faktor, oligoasthenospermie, tedy snížený počet spermií a snížená pohyblivost. Na straně pacientky nebyly zaznamenány žádné odchylky.

V lednu 2006 přišli do naší ambulance, pro změnu centra se rozhodli na základě doporučení obvodního gynekologa. V březnu absolvovala 2. IVF stimulaci ukončenou přenosem 2 embryí. Ke graviditě nedošlo, bylo však zamrazeno 8 embryí. V říjnu 2006

byla 4 embrya rozmrazena a do děložní sliznice byla přenesena dvě osmibuněčná embrya. Za 14 dní po přenosu jsme zaznamenali vzestup HCG, po týdnu přítomnost gestačního vaku a po pěti týdnech od přenosu byla v děložní sliznici viditelná srdeční akce jednoho plodu. Pacientku jsme předali do péče jejího obvodního gynekologa.

Zdeněk nesl zprávu o patologickém spermioqramu velmi těžce. Pavla říká, že velmi utrpěla jeho „mužská ješitnost“. Jejich vztah to ale nenarušilo. Zdeněk byl pro Pavlu velkou oporou, vždy se jí snažil alespoň utěšit. Do naší ambulance s ní často chodil, k léčbě přistupoval velmi aktivně. Po prvních dvou neúspěšných pokusech Zdeněk sám navrhl adopci. Nakonec se domluvili, že počkají až po kryoembryotransferu.

Pavla velmi těžce prožívala dobu po přenosu embryí. Bylo pro ní těžké smířit se s faktem, že má v děloze „malého tvorečka“ (přenesené embryo) a neví, jak ho tam udržet.

Pavla a Zdeněk žijí v malém městě, takže o jejich léčbě brzy vědělo hodně lidí. Nepříjemné pro ni byly otázky: „Máš už nějaké těhotenské příznaky? Už něco víš?“ Těžko se jí přátelům vysvětlovalo, že se to zase nepovedlo. Všichni jí říkali, že se na dítě příliš upíná a nemyslí na nic jiného. Nedokázala si však pomoci.

Vyskytly se i sociální problémy. Její zaměstnavatelce začaly vadit časté návštěvy lékaře a pracovní neschopnosti po přenosu embryí. Měla pracovní smlouvu na dobu určitou a ta nebyla prodloužena. Zaměstnavatelka se s ní rozloučil se slovy: „Až si vyřešíš tento problém, ráda tě zaměstnám.“ Zaregistrovala se tedy na Úřadu práce. S manželem se domluvili, že zatím nebude nastupovat v novém místě (nechtělo se jí zase vysvětlovat důvody časté absence), chodila jen na brigády. Brzy se však dostavily finanční potíže. Oplození u nich muselo být provedeno pomocí ICSI metody, což je v rámci IVF jedna z nejdražších manipulací. Drahé pro ně byly i doplatky za léky, nezanedbatelná položka bylo i dojíždění do centra v Českých Budějovicích (bydlí ve vzdálenosti asi 100 km). Nevzdali se a peníze si půjčili u rodičů a přátel. Dnes jsou opravdu rádi, že jejich snaha nebyla marná.

Léčbu jí usnadňoval přístup IVF centra. Líbil se jí profesionální přístup, do detailu zodpovězené dotazy ji uklidňovaly. Měla pocit, že jí chceme opravdu pomoci. Dále jí pomáhala kamarádka, která také prošla léčbou pomocí IVF a otěhotněla na 5. pokus.

Pavla mi občas telefonuje, naposledy mi hlásila šestadvaceti týdenní prosperující graviditu. V začátku těhotenství trpěla většími nevolnostmi, které však již ustaly, vše snáší dobře, oba se velmi těší na holčičku (která již byla potvrzena ultrazvukem).

4.2.6. *Jana a Martin*

Janě je 31 let, Martinovi 33. Jsou manželé, mají pětiletého syna počatého přirozeně. Jana pracuje jako učitelka, má vysokoškolské vzdělání, Martin jako technik, má středoškolské vzdělání.

Do našeho centra přišli po roční neúspěšné snaze o druhou graviditu listopadu 2005. U pacientky byl diagnostikován uterus duplex, tedy dvě děložní těla. Při první graviditě nebyly problémy, porod byl proveden sekcí. Poté se objevila dysmenorea (velmi bolestivá menstruace). U manžela byla po vyšetření spermioqramu zjištěna asthenospermie.

V březnu 2006 proběhla IVF stimulace, ukončená přenosem jen jednoho embrya, protože zde byly obavy z nepříznivé prognózy případné vícečetné gravidity. Laparoskopii bylo zjištěno, že levé tělo dělohy nekomunikuje s vagínou, proto bylo embryo ve stádiu expandované blatocysty přeneseno do pravé dělohy pod kontrolou ultrazvukem. Ke graviditě nedošlo. V listopadu 2006 proběhla další stimulace se stejným výsledkem.

Martin někdy jezdí do naší ambulance spolu s Janou. Je na nich patrné, že jejich vztah není ideální, že si nejsou vzájemně oporou. Trvalo dlouho, než Jana začala o jejich vztahu mluvit. Je to inteligentní žena a je zřejmé, že jí není příjemné o jejich nesouladu mluvit, ale zřejmě se potřebovala někomu svěčit (o rozhovor jsem ji nežádala, mluvit začala sama).

I když mají jedno dítě, Martin není spokojen, chce mít mnoho dětí, aby se o něho postarali ve stáří. Sám je jediné dítě svých rodičů a cítí na sobě tíhu péče o ně. Když přišel problém s druhým dítětem, začal Janě vyčítat, že není schopná znovu otěhotnět. Všechnu podíl neúspěchu vidí na straně své manželky. Svůj problém s patologickým

spermioqramem si nepřipouští, zdá se mi, že naší diagnóze ani příliš nevěří. (Jedno dítě zplodil bez problémů, proč by to mělo být podruhé jinak?)

Jana je zoufalá, sama se trápí tím, že by chtěla další dítě, on ji situaci nijak neulehčuje, naopak a jejich vztah velmi trpí. Jana uvažuje o adopci, Martin o ní nechce ani slyšet. Nesmířil by se s cizím dítětem. Martin se vždy chová velmi autoritativně, není příjemný ani k personálu centra, Jana si to uvědomuje, je jí to nepříjemné.

Jana a Martin v naší ambulanci několik měsíců nebyli, nemám o nich žádné zprávy, jestli v léčbě nechtějí pokračovat nebo jestli řeší problémy svého vztahu.

4.2.7. Gita a Jiří

Gitě je 31 let, pracuje jako administrativní pracovnice, Jiřímu je 34 a pracuje jako technik. Oba mají středoškolské vzdělání, jsou manželé.

Gita k nám přišla v květnu 2005 poté, co se pokoušela o graviditu 2 roky. Sterilita byla označena jako primární. Byla u ní laparoskopicky diagnostikována částečná tubární neprůchodnost a endometrioza. U manžela je snižená pohyblivost spermií. V září 2005 proběhl 1. IVC cyklus. Pacientka otěhotněla, ale těhotenství neprosperovalo, byla provedena revize děložní sliznice pro anembryom. V dubnu 2006 proběhla 2. stimulace, ale ke graviditě nedošlo. Potom absolvovali další vyšetření, hysteroskopii a komplexní imunologické vyšetření. V současné době se snaží o očistu organismu pomocí bylinných čajů a plánuje se další stimulace.

Gita dochází do naší ambulance sama. Počáteční léčbu oba snášeli dobře. Po revizi děložní sliznice se objevily první neshody (pacienti snáší graviditu s následným abortem často hůř než stav, kdy po IVF cyklu ke graviditě vůbec nedojde – nejdřív zažijí radost z vysokého HCG, které je vystřídáno velkým zklamáním). Jiří ztrácel trpělivost, Gita se začala uzavírat do sebe. Po nějaké době již neměli sílu ani chuť o problému mluvit. V poslední době se objevily i výčitky ze strany Jiřího, že kdyby měl jinou partnerku, mohl by mít děti bez problémů. Uvažují i o adopci, ale aktivita je jen na straně Gity. Vyzvedla si potřebné formuláře a chce si zažádat o osvojení paralelně s další léčbou. Jiří o něm zatím odmítá mluvit, nezavrhuje ho, ale chce počkat až po 3. IVF cyklu.

V poslední době se objevil další problém. Gita zatím neměla potíže se zaměstnavatelem (je to soukromá firma), věděl o její léčbě a uvolňoval ji. Teď se však chystá propouštět některé zaměstnance a Gitě bylo oznámeno, že pokud rychle neotěhotní, budou ji muset propustit.

Gita byla při poslední návštěvě u nás ve velmi špatném psychickém stavu. Velmi ji trápí neshody s manželem, těžce na ni doléhá ultimatum že jestli rychle neotěhotní, bude si muset hledat nové místo. Zvažuje psychoterapii, která je podle mého názoru velmi potřebná. Tak špatný psychický stav může mít na úspěšnost její léčby negativní vliv.

4.2.8. Lenka a Antonín

Lence je 26 let, Antonínovi 28. Nejsou oddáni. Oba mají dělnické profese, jsou vyučeni.

Do naší ambulance přišli v září 2005. Jednalo se o primární sterilitu, Lenka nikdy nebyla těhotná. U Antonína byla diagnostikována asthenospermie, u Lenky chronická anovulace. Lenka byla léčena na obezitu na specializovaném pracovišti v Praze, její BMI v době příchodu na naše pracoviště bylo 36, tedy těžká obezita. V prosinci absolvovali 1. stimulaci, byla však přerušena pro nedostatečnou odpověď ovarií, což je u obézních pacientek časté. V únoru 2006 byla provedena 2. stimulace, ukončená odběrem vajíček a přenosem dvou embryí. Ke graviditě však nedošlo. V rámci tohoto cyklu byla zamrazena tři embrya, pacientka však léčbu přerušila a zatím nemá zájem o přenos rozmražených embryí. Pacientce byla doporučena i redukce hmotnosti (u nižšího BMI je lepší prognóza).

Lenka občas chodila do ambulance s Antonínem, častěji však s maminkou. Bylo zřejmé, že maminka hraje v jejich rodině důležitou roli. Často nám na otázky odpovídala místo Lenky. Podrobně se na vše vyptávala, snažila se korigovat průběh léčby. Rozhodovala o tom, kdy a jak léčba bude pokračovat. Vyprávěla, jaké problémy měla sama s otěhotněním, snažila se je srovnávat, chtěla, aby ji lékař léčil stejným postupem, jako byla kdysi léčena ona. Když jsem Lence doporučovala zakoupení knihy

o neplodnosti, maminka nesouhlasila s dalším (zbytečným) výdajem. Otázku financí často velmi zdůrazňovala.

Lenka je sice velmi mladá, ale bylo by třeba, aby si uvědomila, že rodiče dítěte budou ona a Antonín, že jejich společná snaha jejich vztah posílí. Tento případ zásahu matky do dceřiny léčby nebyl jediný v mé praxi. Vždy je velmi rušivý, má negativní dopad na komunikaci pacientky a lékaře a zcela určitě i na vztah pacientky a jejího partnera.

4.2.9. Iva a Pavel

Iva pracuje jako řeznice je jí 32 let, Pavel je lesní dělník, je mu 34 let. Oba jsou vyučení. Jsou manželé.

Léčbu v našem centru začali v lednu 2006. U Ivy se jedná o diagnózu absolutní tubární faktor, oba vejcovody jsou neprůchodné. Prodělala dvě mimoděložní těhotenství v obou tubách, proto byly operativně odstraněny spolu s pravým ovariem. Má tedy funkční jen levé ovarium, na kterém se však často vyskytují cystické změny. V únoru byl Pavlovi vyšetřen spermioqram, byla diagnostikována oligoasthenotaratozoospermie gravis, tedy těžká porucha.

V případě absolutního tubárního faktoru je jediná možnost otěhotnění je IVF. V případě těžce patologického spermioqramu je nutno použít mikomanipulační oplození pomocí ICSI. První hormonální stimulace u pacientky proběhla v dubnu 2006. Ovarium na léčbu nereagovalo optimálně (stimulace byla komplikována přítomností cisty) a získány byly jen 2 oocyty. Jen jeden z nich bylo možno oplodnit a po dvou dnech bylo do děložní sliznice přeneseno tříbuněčné embryo. Ke graviditě nedošlo.

V září 2006 proběhla druhá stimulace. Reakce ovaria byla již lepší, získalo se 8 oocytů. Po dvou dnech byla přenesena dvě optimální čtyřbuněčná embrya. Za čtrnáct dní Iva absolvovala těhotenský test, byl pozitivní. Po dalším týdnu však došlo k poklesu HCG, těhotenství neprosperovalo.

V druhém cyklu byla zamražena 2 embrya. Kryobryotransfer však zatím nebyl proveden, pacientka je zatím sledována pro patologické změny na ovariu, uvažuje se o laparoskopii, při nepříznivém nálezu i o resekci ovaria.

Iva a Pavel jsou ze Šumavy, oba těžce pracují, Iva často vypráví o své práci, má ji ráda. Zaměstnavatel ji uvolňuje. Příliš nevydělávají, Pavel byl dlouho na pracovní neschopnosti díky úrazu v lese, nikdy si však nestěžují, že je léčba drahá a příliš je zatěžuje.

Do našeho centra jezdí společně, je zřejmé, že se mohou jeden o druhého opřít, hezky o sobě mluví.

Iva a Pavel jsou velmi příjemní pacienti. S neúspěchem se smiřují dobře, vše vidí realisticky, i když diagnóza obou pacientů je závažná a prognóza není příliš dobrá. Velmi obdivuji jejich vnitřní sílu, která jim umožňuje neúspěchy léčby tak dobře snášet a která se při naší práci vidí jen zřídka.

4.2.10. Jitka a Libor

Jitce je 31 let, Liborovi 39. Oba mají středoškolské vzdělání, ona pracuje jako úřednice, on jako skladník. Jsou manželé.

Jejich léčba v našem zařízení začala v lednu 2005. Jitčin gynekologický nález byl v normě, u Libora byla diagnostikována oligoasthenospermie. Pacientům bylo navrženo IVF z důvodu andrologického faktoru neplodnosti. Libor s navrženým postupem nesouhlasil z důvodu svého náboženského přesvědčení. Přijatelná pro něho byla jen intrauterinní inseminace, která v jejich případě nebyla příliš vhodná z důvodu patologického spermiogramu. Bylo jim vysvětleno, že je jen malá šance dosažení gravidity tímto způsobem. Přesto Libor trval na tomto postupu.

Intrauterinní inseminace byla provedena dvakrát, bez úspěchu. Opět jim byla vysvětlena výhoda IVF s použitím intracytoplazmatické injekce spermie do oocytu, která byla v jejich případě vhodnější. Pacienti nakonec souhlasili.

Po hormonální stimulaci byla v lednu 2006 odebráno 5 oocytů, z nich se 3 oplodnily. Po 48 hodinové kultivaci byla do dělohy přenesena 2 čtyřbuněčná embrya.

Třetí embryo se nevyvíjelo optimálně, pacientům bylo doporučeno ukončení jeho kultivace. Jitka s tímto postupem souhlasila, Libor však telefonoval do laboratoře, že s postupem nesouhlasí, abychom embryo zamrazili v každém případě. Jitka navrhovala (bez Liborovy přítomnosti), abychom mu sdělili, že se embryo nevyvíjí, s tím jsme nesouhlasili. Nakonec oba pacienti přistoupili na návrh, že embryo budeme kultivovat dalších 24 hodin a bude-li vývoj pokračovat, zamrazí se. Embryo však další den ve vývoji nepokračovalo, k zamražení tedy nedošlo.

Po dvou týdnech od embryotransferu byl zaznamenán vzestup HCG , po dalších dvou týdnech byla v děloze dvě prosperující embrya s viditelnou srdeční akcí. V říjnu 2006 Jitka porodila zdravá dvojčata.

U těchto pacientů byl zřetelný rozdíl v přístupu k IVF. Jitka chtěla otěhotnět, byla pro to ochotná udělat vše. Libor s léčbou dlouho nesouhlasil a Jitku stálo mnoho úsilí, než ho k léčbě přemluvila. U Libora bylo zřejmé, že pracovníkům centra příliš nedůvěřuje. V tomto případě byla s pacienty velmi obtížná komunikace, protože se nemohli shodnout na postupu.

5. Diskuse

V diskusi uvádím některé společné znaky psychosociálních problémů, které lze najít u pacientů center asistované reprodukce.

5.1. Jak muži a ženy léčbu prožívají.

Obě pohlaví prožívají většinou léčbu stejně obtížně, ale projevy a reakce bývají odlišné.

Ženy se často o problému nebojí mluvit, více dávají najevo emoce, je na nich více patrné, jak je neúspěch trápí. Často nedokáží myslet na jiné věci (Pavla), soustředění na úspěch nebo neúspěch léčby je pro ně hlavním bodem jejich života. Dokáží však po překonání nejhoršího zklamání (tomu nejčastěji pomůže zavřít se doma a vyplakat se) znovu zmobilizovat síly. Jejich vytrvalost je někdy neuvěřitelná. Většina žen se nebojí bolesti, častých odběrů krve, nepříjemných vyšetření a zákroků, kterých je během léčby dost.

V rámci hormonální stimulace se pacientky musí naučit aplikovat si injekčně hormonální preparát pod kůži (do břicha). Naprostá většina žen se to bez problémů naučí a injekce si připravují i aplikují (ne pro každou je to snadné, když stříkačku a jehlu drží poprvé v životě). Jen málokterá si pak stěžuje, že to bylo nepříjemné nebo že je to bolelo.

Muži prožívají fyzickou bolest v rámci léčby málokdy, každý absolvuje jen jeden odběr krve na vyšetření pohlavně přenosných chorob. I tento jediný odběr je pro ně často nepříjemný, dokonce jsem se setkala s případem, kdy mě pacientka přemlouvala, jestli by to nešlo bez odběru krve u manžela, protože on se opravdu bojí.

Pro většinu mužů je velmi nepříjemné vyšetření spermioqramu. Už samotný odběr je pro ně stresující. Někdy se snažíme jim vyšetření usnadnit a dostanou nádobku domů a odběr provedou doma v pro ně příjemnějším prostředí. Při samotném oplození odebraných vajíček je však třeba, aby byl odběr proveden přímo v centru asistované reprodukce v odběrové místnosti. Důvodů je několik, např. aby nedošlo k výměně

vzorku, ke znehodnocení spermií během transportu a z důvodu zajištění sterility. Pak však může dojít k situaci, kdy muži čekají „ve frontě“ na odběrovou místnost, což mnohým připadá ponižující (Petr). Je velmi obtížné upravit režim centra tak, aby k tomu nedocházelo, protože spermie musí být odebrané v ranních hodinách, aby bylo možno je zpracovat k oplození.

Další stresová záležitost pro muže je vyslechnutí výsledku spermiogramu. Často se stává, že je abnormální a pro muže je velmi nesnadné smířit se s touto skutečností, (Zdeněk a Petr).

Na rozdíl od žen, muži o léčbě neradi mluví, většinou se snaží léčbu tajit před přáteli a kolegy. Opět je zde důležité, aby se k nim pracovníci center chovali velmi diskrétně. Muži často neradi o problému mluví i s partnerkou. Ta často cítí, jak se muž trápí, i když o tom otevřeně nehovoří.

Proč je to pro muže tak citlivá věc? Jak uvádí Konečná (18), plodnost, mužství a potence jsou obecně podvědomí úzce příbuzné. Je-li muž neplodný, podle tradičního myšlení je to proto, že je impotentní.

5.2. *Jak léčba ovlivňuje partnerský vztah*

Jak již bylo řečeno v předchozím bodě, ne vždy jsou partneři schopni o léčbě otevřeně mluvit. Jak uvádí Konečná (18), ženy potřebují své pocity nějak vyjádřit a sdílet je s partnerem, muži se naopak se svými pocity vztahujícími se k rodičovství svěřují jen málo a neradi. V případech, kdy komunikace není optimální, téměř vždy dochází ke zhoršení vztahu (Gita a Jiří). Extrémní situace jsou případy výčitek (Gita a Jiří a Jana a Martin), kdy partneři ženám vyčítají, že nemůžou otěhotnět, a že s jinou ženou by dítě měli bez problémů.

U většiny párů jsem však zaznamenala fakt, že společná snaha je spíše spojuje. Většinou nemají problém o léčbě komunikovat. Tento přístup zcela určitě partnerský vztah posiluje. S tímto přístupem jsem se častěji setkala u párů, které dosáhli vyššího vzdělání (vysokoškolského nebo aspoň středoškolského).

Přístup k léčbě je také patrný u společné docházky do centra. Některé pacientky docházejí většinou samy (Anna, Simona), jiné většinou s partnerem (Iva a Pavel). Důvodem partnerovy přítomnosti může být nižší pracovní vytížení, ale i aktivní snaha o účast na léčbě. Partnery našich pacientek je možno roztřídit do tří skupin :

1. Muži, kteří nechodí s partnerkou.
2. Muži, kteří chodí s partnerkou, ale jsou pasivní, často čekají v čekárně nebo příliš nekomunikují (často jsou jen řidiči).
3. Aktivní muži – tito muži chodí vždy do ambulance i k lékaři, živě se zajímají o léčbu, diskutují, učí se s partnerkou jak jí aplikovat injekce (někdy je i sami aplikují, když se žena bojí). Tento partnerský přístup je velmi přínosný. Pro pacientku je příjemné, že vše vyslechne i muž. Mohou se pak doma poradit, prodiskutovat případné nejasnosti. Pacientka je jistější, když celá zátěž léčby není jen na ní. Pro muže je velmi důležité, když přímo vyslechnou lékaře. Pokud vše slyší zprostředkovaně od své partnerky, může docházet ke zkreslení. Například výsledek spermioqramu by měl muž slyšet sám. Pokud mu ho doma sdělí partnerka a nedostane potřebné odborné vysvětlení, může reagovat hůře. V neposlední řadě, muži si často dokáží zachovat nadhled (na rozdíl od stresovaných žen) a jejich smysl pro humor dokáže přinášet příjemná zpestření a zlehčení náročných situací.

Přítomnost muže při léčbě neplodnosti je velmi důležitá a to nejen z důvodu psychické a sociální podpory. Podle zákonné normy není v České republice možné, aby se žena léčila sama a byly použité spermie dárce (jako je to např. v USA). V naší zemi je nutné, aby léčbu podstoupili oba partneři, je zde nutný podpis informovaného souhlasu obou partnerů. Při použití darovaných spermií nebo oocytů musí být pacienti oddáni (při použití vlastních gamet manželé být nemusí).

Odlišný přístup muže a ženy k léčbě neplodnosti je patrný i v pohledu na případnou náhradní rodinnou péči. Pokud léčba pomocí IVF není úspěšná, většina pacientek často začíná uvažovat o adopci. Většinou si alespoň shánějí informace a příslušnou dokumentaci (a často zároveň pokračují v IVF). Muži často potřebují další čas k akceptování adopce (Jiří), někdy ji zcela odmítají (Jaroslav).

O tom, že by se manželství (či partnerství) z důvodu neplodnosti rozpadaly, nemám konkrétní informace, i když se stává, že pacientka pokračuje v léčbě po nějaké době s jiným partnerem. Není však jasné, jestli hlavní příčinou rozpadu vztahu byla neplodnost. Jak uvádí Konečná (18), těžko se dá dokázat, zda by se manželství nerozpadlo, i kdyby s plodností problémy nebyly, a zda neplodnost není jen problém zástupný, před společností i sebou samým snáze obhajitelný.

5.3. Co neplodné páry v průběhu léčby nejvíc trápí a jaké mohou být formy pomoci léčbu dobře zvládat

Většina pacientek se v průběhu léčby těžko smiřovala s nevhodnými otázkami a radami okolí. Pokud okolí neví, že se pacienti léčí, mají otázky typu: „Není už čas myslet na dítě? Kdy už budete mít rodinu?“ (Anna a Helena). Jestliže je okolí informováno o probíhající léčbě, může klást otázky: „Tak jak to dopadlo? Už něco víš?“ (Pavla). Všechny pacientky si stěžovaly, jak byly tyto otázky nepříjemné, jak bylo obtížné nereagovat na ně podrážděně. Podobně fungují „dobře míněné rady“, když přátelé a rodina nosí novinové výstřižky o léčení neplodnosti. Nutno však podotknout, že lidé, kteří tyto otázky pokládají, většinou nic podobného nezažili a vůbec si neuvědomují, jak mohou být zraňující. Jejich úmyslem není někomu ublížit, jen si nedovedou představit, jak na ně žena, které se nedaří otěhotnět, může reagovat. I mě překvapilo, když jsem se začala problémem zabývat, jaké mohou být reakce. Chtěla bych tedy touto cestou apelovat na diskrétnost populace při podobné komunikaci.

Na rozdíl od mužů, kteří o problému neplodnosti nejradši vůbec nemluví, ženy si rády svěřují své zážitky, dojmy, úspěchy i neúspěchy. Mnoho pacientek si stěžovalo, že si neměly s kým popovídat. Často vznikají i dlouhotrvající přátelství v čekárně IVF ambulance nebo na lůžkovém oddělení (po odběru oocytů nebo přenosu embryí).

Velmi dobrá komunikace mezi IVF pacientkami funguje v rámci internetových stránek www.neplodnost.cz, které spravuje farmaceutická firma Organon (vyrábějící stimulační lék Puregon). Na těchto stránkách lze najít diskusní fórum pacientek (4), kde se denně objeví desítky nových odkazů. Pacientky si svěřují dojmy z léčby, kladou si

nejrůznější otázky, ptají se na kvalitu centra kam docházejí, zjišťují, jestli hodnota HCG které dosáhly, je dostatečná a v neposlední řadě hovoří o věcech s IVF vůbec nesouvisejících, např. co budou vařit k obědu. Stránky mají i tu výhodu, že jsou anonymní, pacientky se často podepisují přezdívkou.

Tato forma však není vždy dostačující. V některých případech, kdy léčba není dlouhodobě úspěšná, se pacientky dostávají do velmi špatného psychického stavu, který může ohrozit nejen úspěšnost léčby, ale i kvalitu života pacientky. V těchto případech nabízíme konzultaci u psychologa, ale pacientky většinou odpovídají, „že to zvládnou samy“. Psychologická podpora je v naší zemi stále tabu, a lidé se bojí ji využívat.

Podle Konečné (18) se pacienti domnívají, že pomoc psychologa je projevem vlastní neschopnosti řešit svoje problémy. Psycholog však může být tím, komu se dá svěřit se svým trápením, může zmírnit pocit izolace, doporučit komunikační zásady potřebné pro vyrovnaný kontakt s terapeuty a okolím a naučit techniky pomáhající zvládat stres.

Zkušenosti u nás i ze zahraničí ukazují, že aktivní vyhledávání kvalifikované sociální opory (psycholog, svépomocné skupiny) je nedostatečné. Důvodem je zřejmě strach ze stigmatizace (vnímání infertility jako osobního selhání) a z psychiatrizace problému. V České republice hraje jistě roli i tradice, zvyk nevyhledávat vnější pomoc pro záležitosti týkající se rodiny. Rodina a blízké nepříbuzné osoby jsou u nedobrovolné bezdětnosti často oporou problematickou (17).

Ideální psychologická podpora pro IVF pacientky by mohla být podle mého názoru terapeutická svépomocná skupina v rámci skupinové terapie. Pacientky by mohly otevřeně mluvit o svých problémech a pocitech se ženami, které by jim rozuměly. Mohly by si navzájem sdělovat svoje zkušenosti, poradit se jak problém řešit. Uvědomily by si, že nejsou jediné, kdo tento problém prožívá.

Fungování terapeutické skupiny v rámci IVF má jeden problém. Pacienti našeho centra v Českých Budějovicích bydlí většinou ve větší vzdálenosti, jezdí k nám nejen z celého Jihočeského kraje, ale i z větších vzdáleností. Myslím, že by nebyli ochotní, jezdit do Českých Budějovic častěji než je bezpodmínečně nutné. Narážíme zde na obvyklý problém v přístupu ke zdraví v České republice, kdy pacient ochotně chodí

k lékaři a na různá vyšetření, investuje do léků, ale nechce dělat nic dalšího, co se v dané chvíli nezdá tak důležité (každý chodí k lékaři s bolavými zády, ale preventivně cvičí málokdo).

U větších IVF center dnes již fungují psychologické ambulance, ale nevím o případu, že by u nás (i ve světě) existovala podobně zaměřená terapeutická skupina.

Většinu pacientek naší ambulance jsem doporučovala knihu dr. Hany Konečné „Na cestě za dítětem“. Tato publikace je výborným průvodcem pro neplodné páry. Obsahuje nejen množství užitečných kontaktů, vysvětlení průběhu léčby, možnosti nejrůznějších řešení, ale funguje i jako psychologická podpora. Všem pacientkám které si ji přečetly se velmi líbila a myslím, že jim pomohla.

5.4. Jak si pacienti vybírají IVF centrum

Tato otázka nebyla rozebírána v jednotlivých případech pacientů, protože všichni odpovídali stejně. Ve výběru rozhodovala lokalita, doporučení gynekologa, kterého pacientky navštěvují a v některých případech i doporučení kamarádky, která v centru byla spokojená. Setkala jsem se ve své praxi i s tzv. „cestovatelstvím po IVF centrech“, kdy pacienti absolvovali každý IVF cyklus v jiném centru a doufali, že když se to nepodařilo v jednom, podaří se to v druhém. V naší ambulanci tento přístup není častý, pacienti se vrací po neúspěšných cyklech i po porodu dítěte, chtějí-li další. Samozřejmě zde rozhoduje důvěra a spokojenost s personálem.

5.5. Informovanost pacientů

Informovanost pacientů přicházejících do IVF center záleží na stupni jejich vzdělání. Středoškolsky a vysokoškolsky vzdělaní pacienti bývají dobře informováni. Mají přečteno mnoho odborných publikací, sledují internetové zdroje. Dobrá informovanost je pro pracovníky center výhodná, pacienti se často dobře orientují v možnostech léčby a v odborných termínech. V některých případech to však pro nás může být zatěžující. Některé pacientky (vždy se jedná o vysokoškolačky) jsou tak dobře

informované, že se snaží aktivně zasahovat do průběhu léčby. Například často vyžadují provedení intauterinní inseminace (která je pro ně nevhodná z důvodu patologického spermogramu), protože se dočetly, že je méně invazivní metodou než IVF. Často se dozvídám v internetové diskusi naprosto nepravdivé a zkreslené informace, kterými pak pacienti argumentují. V těchto případech nezbyvá, než pacientům vše vysvětlit a pokusit se jim nepravdivé informace vyvrátit (někdy je to velice obtížné).

Pacienti s nižším vzděláním nejsou tak dobře informováni, dá nám tedy více práce vysvětlit jim léčebný postup, ale setkáváme se u nich s větší důvěrou.

5.6. Jak mohou pracovníci IVF center pomoci pacientům léčbu lépe zvládat

Co očekává klient od terapeuta? V první řadě lidský zájem a citlivé partnerské jednání. Člověk, který vyhledá lékařskou pomoc, je oslaben fyzicky a v různé míře také psychicky (v případě IVF pacientů v míře značné). Nemá odbornou erudici terapeuta a nezbyvá mu, než terapeutovi věřit, že má odborné znalosti potřebné k vyřešení daného problému, ale také upřímnou snahu jej vyřešit (**18**).

Pracovníci IVF center by si měli mít na zřeteli, že jejich klienti se liší od pacientů v běžných gynekologických ambulancích a lůžkových zařízeních. Naši klienti žijí v dlouhodobém stresu z nechtěné neplodnosti, mohou reagovat jinak, citlivěji než ostatní (viz. reakce na otázky v kapitole 5.3.). O léčbě pomocí IVF stále ještě není populace dostatečně dobře informována, obávají se toho, co je čeká. Muži většinou tuší, že budou muset podstoupit vyšetření spermogramu, mají z něj obavy (z výsledku i samotného vyšetření).

Pokud mluvíme o pracovnících IVF center, týká se to všech zúčastněných, tedy nejen lékařů, ale i embryologů, ambulantních i lůžkových sester a recepčních. Důležité je, aby všichni dodržovali potřebnou diskrétnost a mlčenlivost. Zejména nezdravotnický vzdělaný personál (např. recepční) je třeba řádně poučit. Průběh hormonální stimulace je poměrně náročný a komplikovaný, je třeba pacientům vše řádně a trpělivě vysvětlit. Dobrá informovanost personálem je základem důvěry klientů. Je třeba si uvědomit, s jakým pacientem mluvíme a tomu přizpůsobit terminologii, aby nám rozuměl, jak

uvádí Křivohlavý (20). Podle Vybírala (40) navíc odborný „žargon“ depersonalizuje člověka. Prozrazuje profesionální přezíravost, deformaci povoláním nebo zúžení pohledu.

Je důležité, kdo, kdy, kde, jak a komu informaci podá. Zvláštní přístup je třeba věnovat výsledku spermioqramu a informaci o negativním HCG. S tím souvisí i dobrá organizace v centrech. Osvědčilo se nám, když embryologové vedli rozhovor po odběru oocytů s každým párem samostatně (a ne u lůžka, jak je to ve většině pracovišť). V této situaci se páru sděluje počet odebraných oocytů, kvalita aktuálního spermioqramu a je velmi nepříjemné, když tyto intimní informace slyší další pacienti ležící na pokoji.

Neméně důležité je dbát na správnou terminologii. Doporučuje se nepoužívat termín „nadbytečná embrya“, ale „nadpočetná“ (mluvíme-li o embryích, které chceme zamrazit). Všeobecně rozšířený je termín „likvidace embryí“(jedná se o embrya, která se nevyvíjejí optimálně a není možno je zamrazit nebo o dlouhodobě zamražená embrya, které pár již nechce použít ani darovat). Pacienti se někdy ptají, co to znamená, jak likvidace probíhá. Podle mého názoru je lepší termín „ukončení kultivace“ nebo „ukončení skladování“ u zamražených embryí.

Nevhodné je označení „špatný spermioqram“(který v laboratorním jazyce běžně používáme), před pacientem je vhodnější použít „patologický spermioqram“ nebo „odchylka oproti normálu“. Měli bychom se citlivě vyjadřovat i o věku pacientek, termín „stará na děti“, jak píše Konečná (18), je rovněž nepřijatelný.

Je třeba dát pozor na označení muže u pacientů, kteří nejsou oddáni. Lepší než „manžel“ je termín „partner“, který je univerzální. Zvláště ženy jsou na to citlivé a opravují nás.

Kromě umění s pacienty hovořit je nesmírně důležité pacientům naslouchat, kdy jde o správnou interpretaci toho, co pacient říká. Všimáme si nejen toho, co říká slovy (verbálně), ale i toho, co sděluje beze slov (neverbálně) (21).

Podle výpovědí účastníků výzkumu, je dobrý přístup personálu center asistované reprodukce a vzájemná důvěra to nejdůležitější, co jim společně s kvalitní léčbou můžeme nabídnout. Ve všech odpovědích bylo shodně řečeno, že náš přístup jim výrazně pomáhal snášet neúspěch a dodával odvahu v další pokračování. Stejnou

zkušenost uvádí i Konečná (**18**): Novou nadějí po čtyřech neúspěšných IVF byl pro klientku výrok jednoho z lékařů, aby to s nimi ještě vydržela.

6. Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na problém neplodnosti, což je problém, který dnes řeší mnoho partnerských párů a má stále vzrůstající tendenci. Hlavním důvodem je stále častější odklad mateřství do pozdějšího věku, kdy fertilita u žen již klesá. Na plodnost mají nepříznivý vliv i některé civilizační faktory. Můžeme tedy očekávat, že centra asistované reprodukce bude navštěvovat stále více párů.

V kapitole současný stav je vysvětlen pojem neplodnost, jaké jsou její příčiny a její psychosociální dopady. Dále je popsána asistovaná reprodukce, včetně dnes užívaných metod a průběhu léčení v centrech AR. Zaměřila jsem se i na legislativu, na některé etické problémy, které se AR dotýkají, na její rizika, úspěšnost a úhradu. Zmíněny jsou další možnosti řešení neplodnosti.

Ve vlastním výzkumu jsou popsány výpovědi deseti párů, které navštěvují naše centrum.

V diskusi jsou jednotlivé výpovědi dále rozpracovány, snažila jsem se o nalezení některých společných znaků a o zmapování hlavních problémů, které neplodné páry řeší. Zaměřila jsem se na problém komunikace s těmito pacienty, jak je vhodné s nimi mluvit, čemu je třeba se vyhnout, jaké odborné termíny používat.

Toto byly cíle této bakalářské práce. Domnívám se, že byly splněny.

Použitá validizační technika byla konzultace s dalšími pracovníky center AR, kteří mé závěry potvrdili.

Tato práce může být využita pracovníky center asistované reprodukce. Může být použita i jako studijní materiál pro studenty Zdravotně sociální fakulty, zejména pro obor Porodní asistentka, protože absolventi tohoto oboru mohou pracovat i v ambulancích center AR. Práce může přispět i ke zvýšení informovanosti populace, protože mnoho mladých žen se s tímto problémem může ve svém životě setkat jak přímo tak i nepřímo u svých blízkých, a jak z práce vyplývá, je třeba změnit komunikaci s neplodnými páry, protože nevhodně volené otázky mohou pacientům průběh léčby ztěžovat.

7. Seznam použitých zdrojů

1. Barták, A. Když žena nemůže mít děti. *Naše děťátko* [online].2007, roč. 4. [cit. 2007-0401].
Dostupné z: <http://www.nasedetatko.com/index.php?popis=100&detail=ano&id=996>
ISSN 1802-4580
2. Boldis, P. *Bibliografické citace dokumentu podle CSN ISO 690 a CSN ISO 690-2 (01 0197): Část 1-Citace: metodika a obecná pravidla*. Verze 3.2.c 1999-2002, poslední aktualizace 3.9.2002
Dostupné z: <http://www.boldis.cz/citace/citace1.ps>.
3. Boldis, P. *Bibliografické citace dokumentu podle CSN ISO 690 a CSN ISO 690-2 (01 0197): Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentu*. Verze 2.5 (2005). c1999-2002, poslední aktualizace 3.9.2002
Dostupné z: <http://www.boldis.cz/citace/citace2.ps>.
4. *Diskusní fórum* [online]. Organon, s.r.o. 2005 [cit. 2007-04-01].
Dostupné z: <http://www.neplodnost.cz/web/verejnost/forum/>
5. Disman, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vydání. Praha : Karolinum, 2006. 374 s. ISBN 80-246-0139-7
6. Doherty, C.M.- Clark, M.M. Překlad: Šimetka,O. *Léčba neplodnosti: Podrobný rádce neplodným párům*. 1. vydání. Brno: Computer Press, 2006. 121 s.
ISBN 80-251 0771-X
7. *Doporučené standardy postupu při poskytování a vykazování výkonů asistované reprodukce* [online]. Organon, s.r.o. 2005 [cit. 2007-04-01]. Dostupné z:
http://www.neplodnost.cz/web/verejnost/uhrada/uhrada_ZP/
8. *Gest-centrum reprodukční medicíny: petice za změnu vládního návrhu zákona o asistované reprodukci* [online]. [cit. 2007-04-01]. Dostupné z:
http://www.gest.cz/aktual/ak_09.html
9. Hendl, J. *Kvalitativní výzkum*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 408 s.
ISBN 80-7367-040-2

10. Hinnerová, Š. Asistovaná reprodukce. *Profem*, 2006, č. 3, s.17-28.
ISSN 1214-7168
11. *In vitro fertilizace* [online]. Institut reprodukční medicíny a endokrinologie, FN Plzeň [cit. 2007-04-01]. Dostupné z: <http://www.fertilizace.cz/ivf.html>
12. *In vitro fertilization* [online]. Georgia Reproductive Specialists, Atlanta, USA, 2005 [cit. 2007-04-01]. Dostupné z: <http://www.ivf.com/ivffaq.html>
13. *In vitro fertilization*. Wikipedia- The Free Encyclopedia [online]. Wikimedia Foundation, Inc., [cit. 2007-04-01]. Dostupné z: http://en.wikipedia.org/wiki/In_vitro_fertilization
14. *Infertility*. Wikipedia- The Free Encyclopedia [online]. Wikimedia Foundation, Inc., [cit. 2007-04-01]. Dostupné z: <http://en.wikipedia.org/wiki/Infertility>
15. Kočí, K. *Mužská neplodnost - infertilita* [online]. [cit. 2007-04-01]. Dostupné z: http://www.andromeda.cz/index3-6_cz.htm
16. Konečná, H. Anonymita a neanonymita dárcovství - výzva k diskusi. *Praktická gynekologie*, 2006, č. 6, s. 229. ISSN1211-6645
17. Konečná, H. Nadměrná psychická zátěž jako komplikace léčby AR: extrapersonální zdroje pomoci. *Praktická gynekologie*, 2006, č. 6, s. 229. ISSN1211-6645
18. Konečná, H. *Na cestě za dítětem: Dvě malá křídla*. 1. vydání. Praha: Academia, 2003. 318 s. ISBN 80-200-1055-6
19. Kozlová, L. *Výzkum v sociální oblasti* [online]. [cit. 2007-04-01]. Dostupné z: http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/index.htm
20. Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0
21. Křivohlavý, J. *Povídej, naslouchám*. 1. vydání. Praha: Návrat, 1993. 105 s. ISBN 80-85495-18-X
22. Madar, J. Imunita a poruchy neplodnosti. *Profem*, 2005, č. 1, s.19-20.
ISSN 1214-7168
23. Mardešič, T. *Úspěšnost asistované reprodukce*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, ZSF, 2006. 35 s. ISBN 80-7040-855-3

24. Matějček, Z. et.al. *Náhradní rodinná péče: Průvodce pro odborníky, osvojitele a pěstouny*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999. 184 s. ISBN 80-7178-304-8
25. Mrázek, M. Co nového v asistované reprodukci...*Profem*, 2006, č. 3, s. 4-5. ISSN 1214-7168
26. Mrázek, M. *Léčba neplodnosti – in vitro fertilizace*[online].Projekt Anamnéza[cit. 2007-04-01]. Dostupné z: <http://www.avicena.cz/moduly/clanek.php?id=664&sekce=23>
27. *Neplodnost – druhy léčby a nelehké rozhodování* [online]. [cit. 2007-04-01]. Dostupné z: http://watchtower.org/b/20040922/article_01.htm
28. *O paní Mojžíšové* [online]. [cit. 2007-04-01]. Dostupné z: <http://www.dama.cz/diskuse/clanek.php?id=2887&f=55>
29. *Organon – Asistovaná reprodukce: příručka pro neplodné páry*. Praha : Organon, 2006. 27s.
30. Papáčková, B. *Náhradní rodinná péče*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, ZSF, 2006. 35 s. ISBN 80-7040-855-3
31. Petr, J. Češi vypěstovali lidská vajíčka. *Lidové noviny*, 6.5.2005, s. 17.
32. Sák, P. *Vliv výživy na reprodukci*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, ZSF, 2006. 35 s. ISBN 80-7040-855-3
33. Sobotková, I. *Psychologie rodiny*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 176 s. ISBN 80-7178-559-8
34. *Spermiogram* [online]. [cit. 2007-04-01]. Dostupné z: <http://www.andrologie.cz/page/767.spermiogram/>
35. Šilhová, L. – Stejskalová, J. *Matkou ve vyšším věku: Vliv věku na plodnost ženy a průběh těhotenství*. 1. vydání. Brno: Computer Press, 2006. 102 s. ISBN 80-251-0987-9
36. Šrámková, P. Hmotnostní výkyvy a neplodnost. *Profem*, 2006, č. 3, s.16. ISSN 1214-7168
37. Trewinnard, K. Překlad: Kijonková, R. *Jak přirozeně otěhotnět: Možnosti, jak zvýšit šance na přirozené početí*. 1. vydání. Brno: Computer Press, 2005. 177 s. ISBN 80-251-0764-7

38. *Úmluva o právech dítěte, zákon 104/1991 Sb.* [online]. [cit. 2007-03-27]
Dostupné z:
http://www.zakonywebu.cz/cgibin/khm.cgi?typ=1&page=khq:SB1991/10491A01_000.HTM&soubor=104/1991&platne=4&druhv=0&oblastv=6&indexcis=1
39. Veselá, K. Preimplantační genetická diagnostika. *Profem*, 2006, č. 3, s.13-14.
ISSN 1214-7168
40. Vybíral, Z. *Psychologie lidské komunikace*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000.263 s.
ISBN 80-7178-291-2
41. *Zákon o rodině č. 94/1963 Sb.* [online]. [cit. 2007-03-27]
Dostupné z:
http://www.zakonywebu.cz/cgibin/khm.cgi?typ=1&page=khm:SSBC63/SBC63053.HTM;ca094_1963_00
42. *Zákon o sociálně právní ochraně dětí č. 359/1999 Sb.* [online]. [cit. 2007-03-27]
Dostupné z:
<http://www.zakonywebu.cz/cgibin/khm.cgi?typ=1&page=khc:SB99359A>
43. *Zákon o zdraví lidu 20/1966 a jeho novela z 1.6.2006:zákon o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech a o změně některých souvisejících zákonů č. 227/2006 Sb.* [online].
[cit. 2007-03-27] Dostupné z:
http://www.zakonywebu.cz/bin/khm.cgi?typ=1&page=khq:SB2006/227A6A01_002.HTM&soubor=227/2006&platne=4&druhv=0&oblastv=6&indexcis=1

8. Klíčová slova

Neplodnost

Oocyt

Spermie

Asistovaná reprodukce

In vitro fertilizace

Zvládnání léčby

Komunikace

9. Přílohy

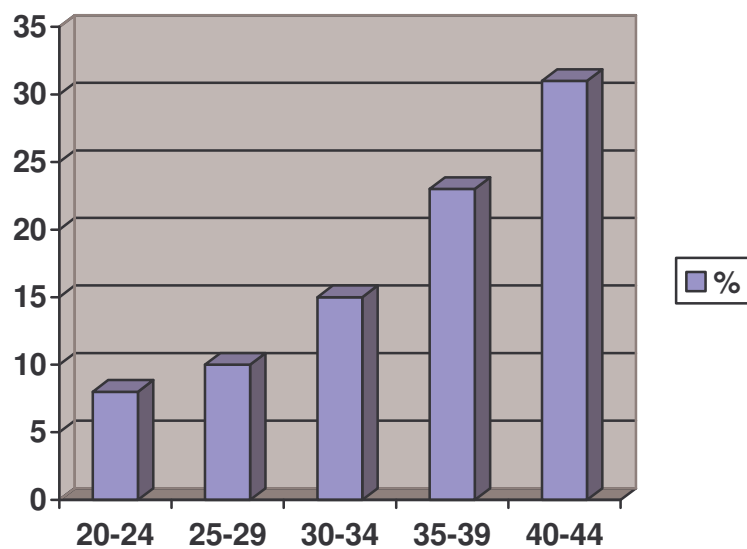
Příloha č. 1 : Pravděpodobnost výskytu neplodnosti (v%) v závislosti na věku ženy.

Příloha č. 2 : Normální hodnoty spermiogramu dle WHO.

Příloha č. 3 : Úspěšnost IVF (v%)v závislosti na věku ženy.

Příloha č. 4 : Doplatky za výkony spojené s IVF.

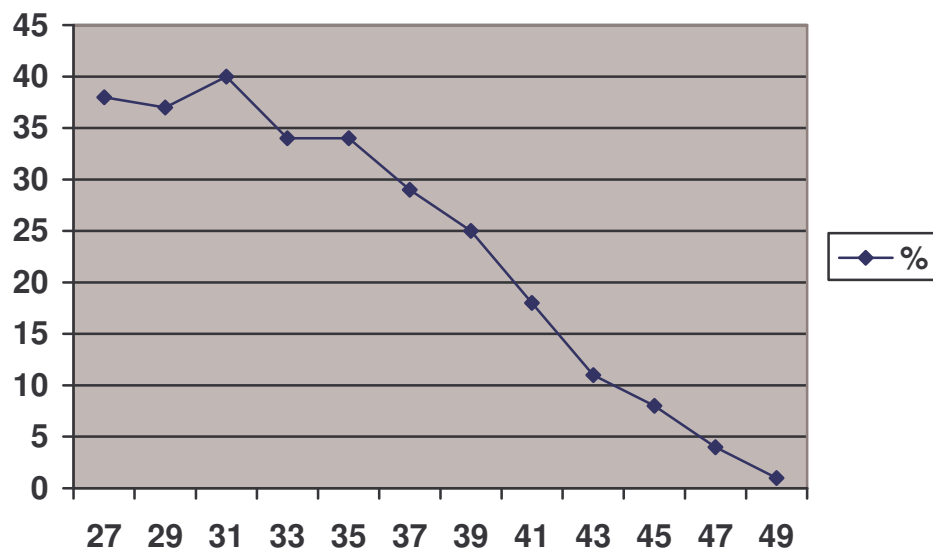
Příloha č. 1 : Pravděpodobnost výskytu neplodnosti (v%) v závislosti na věku ženy (35).



Příloha č. 2 : Normální hodnoty spermiogramu dle WHO (34).

| | |
|-----------------------|--|
| Objem ejakulátu | 1,5 – 5,0 ml |
| pH | > 7,2 |
| Koncentrace spermií | > 20 miliónů/ml |
| Celkový počet spermií | > 40 miliónů/ml |
| Pohyblivost spermií | 50% pohyblivých nebo 25% progresivně pohyblivých |
| Morfologie | > 30 morfologicky zcela normálních spermií |

Příloha č. 3 : Úspěšnost IVF (v%)v závislosti na věku ženy (23).



Příloha č. 4 : Doplatky za výkony spojené s IVF (7).

Výkony nehrazené ze zdravotního pojištění

| | |
|-----------------------|-----------------|
| ICSI u 2 oocytů | 4 000 – 10 000 |
| Prodloužená kultivace | 2 000 – 7 000 |
| Asistovaný hatching | 3 000 – 6 000 |
| KRYO embryí | 1 500 – 5 000 |
| KRYO spermií | 1 000 – 3 000 |
| KET | 2 500 – 6 000 |
| MESA, TESE | 9 000 – 15 000 |
| PGD | 10 000 – 30 000 |

Léky potřebné ke stimulaci

| | |
|--|---------------|
| Rekombinantní gonadotropiny 2250 IU doplatek pro pojištěnkyně | 4 000 – 5 000 |
| Rekombinantní gonadotropiny 2250 IU pro samoplátkyně | 25 000 |

Dárcovství gamet

| | |
|----------------------------------|-----------------|
| Darovaný oocyt | 5 000 – 15 000 |
| Dávka darovaných spermií | 500 – 2 000 |
| Darovaný cyklus pro samoplátkyně | 30 000 – 50 000 |