



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Role porodní asistentky v péči o těhotnou ženu po asistované reprodukci

Bakalářská práce

Studijní program:

PORODNÍ ASISTENCE

Autor: Sabina Dusilová

Vedoucí práce: Mgr. Romana Belešová

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „**Role porodní asistentky v péči o těhotnou ženu po asistované reprodukci**“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 10. 8. 2018

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí této práce, Mgr. Romaně Belešové, za spolupráci a potřebné rady. Další poděkování patří porodním asistentkám, které se podílely na výzkumné části této práce. Dále bych také ráda poděkovala svému příteli a rodině za podporu a trpělivost.

Role porodní asistentky v péči o těhotnou ženu po asistované reprodukci

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou těhotenství u ženy po asistované reprodukci. Pojem asistovaná reprodukce je v dnešní době hodně diskutované téma, protože každým rokem se zvyšuje počet neplodných párů. Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části se budeme zabývat neplodností u žen a neplodností u mužů. V dalších kapitolách jsme se zaměřili na asistovanou reprodukci a její druhy. V neposlední řadě jsme se zabývali riziky spojenými s asistovanou reprodukci a etikou.

Cílem bakalářské práce byl zjistit postoje porodních asistentek k asistované reprodukci. K tomuto cíli byly vytvořeny výzkumné otázky: 1. Jak porodní asistentky vnímají asistovanou reprodukci? 2. Jak přistupují porodní asistentky k péči o těhotnou ženu po asistované reprodukci?

Výzkumné šetření bylo prováděno v měsících března a dubna v roce 2017. Kvalitativní výzkum byl prováděn polostrukturovaným rozhovorem s porodními asistentkami. Rozhovory byly prováděny s devíti porodními asistentkami, které pracují na ošetrovací jednotce rizikového těhotenství. Porodní asistentky byly ve věku 27–54 let. Dotazované respondentky pracují ve městech České Budějovice, Praha, Ostrava a Brno. Výzkum probíhal s respondentkami na základě jejich souhlasu s podepsáním „Žádosti o souhlas ke spolupráci“. Tato žádost porodním asistentkám zaručuje anonymitu a zacházení se získanými informacemi dle etických norem.

Na začátku rozhovoru byly zjištěny od respondentek identifikační údaje. Během rozhovoru byly respondentky dotazovány na problematiku asistované reprodukce. Konkrétně na komplikace asistované reprodukce, metody asistované reprodukce, postoje porodních asistentek k asistované reprodukci a názory porodních asistentek na redukci embryí. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, jakou ošetrovací péči poskytují porodní asistentky ženám po asistované reprodukci a ženám s OHSS. Dále byly zkoumány názory porodních asistentek na informovanost žen a na změněné potřeby žen po asistované reprodukci během hospitalizace na ošetrovací jednotce rizikového těhotenství.

Rozhovory byly v celém průběhu nahrávány na diktafon. Rozhovory byly následně přepsány a analyzovány metodou barvení v textu. Na základě analýzy dat byly stanoveny dvě hlavní kategorie a jejich podkategorie. První hlavní kategorie Asistovaná reprodukce byla rozdělena do tří podkategorií, které se nazývají Metody asistované reprodukce, Komplikace asistované reprodukce a Postoje porodních asistentek k asistované reprodukci. Druhá hlavní kategorie Péče porodní asistentky o ženu po asistované reprodukci byla rozdělena do tří podkategorií s názvy Specifika v péči u žen po AR, Poskytování informací ženám po AR a Změněné potřeby žen po AR.

Z výzkumného šetření vyplývá, že porodní asistentky se s problematikou asistované reprodukce setkávají relativně často a vnímají ji pozitivně. Porodní asistentky, které mají osobní zkušenosti s asistovanou reprodukcí (u sebe, přátel či v rodině), přijímají asistovanou reprodukci lépe než porodní asistentky, které se s touto problematikou setkaly při klinické praxi. Dotazované porodní asistentky upozorovaly, že ženy po asistované reprodukci mají změněné potřeby, zejména pocit jistoty a bezpečí. Z výzkumného šetření vyplynulo, že porodní asistentky znají rizika spojená s asistovanou reprodukcí a znají péči o ženy po asistované reprodukci. Respondentky se také domnívají, že ženy po asistované reprodukci jsou dostatečně informovány o problematice AR. Výzkumné šetření poukázalo, že každá porodní asistentka je osobnost a může problematiku asistované reprodukce vnímat jinak. Nadále z výzkumného šetření vyplynulo, že ženy po asistované reprodukci mají vyšší sklon ke komplikacím v těhotenství, a z tohoto důvodu jsou častěji kontrolovány u gynekologů, v centrech asistované reprodukce a jsou častěji hospitalizovány na ošetrovací jednotce rizikového těhotenství. Výsledek této bakalářské práce může být prezentován na odborných konferencích či může být publikován v odborných časopisech.

Klíčová slova

Asistovaná reprodukce; edukace; neplodnost; oocyt; porodní asistentka; reprodukční zdraví; rizikové těhotenství; spermie; žena

The role of midwife in the care of a pregnant woman after assisted reproduction

Abstract

Bachelor thesis deals with the role of midwife in the care of a pregnant woman after assisted reproduction. The topic of assisted reproduction is nowadays very discussed, because the number of infertile couples increases, thus there is also a higher attendance of infertility centres. The bachelor thesis is divided into a theoretical part and a practical part. In the theoretical part I dealt with female infertility and male infertility. In the following chapters, I focused on assisted reproduction and its types. Last but not least, I dealt with the risks associated with assisted reproduction and its ethics.

The aim of the bachelor thesis is to find out the attitudes of midwives towards assisted reproduction. To fulfil this aim, following research questions were developed: 1. How do midwives perceive assisted reproduction? 2. How do midwives approach the care for a pregnant woman after assisted reproduction?

The research was conducted in March and April 2017. The qualitative research was carried out by means of semi-structured interview with midwives and unqualified public. The interviews were conducted with nine midwives who work at a nursing unit of risk pregnancy. The other respondents were four men and four women without professional education. Respondents were aged 27-54 years. Interviewed respondents work in Budweis, Prague, Ostrava and Brno. The research was conducted with respondents on the basis of their consent, by signing "Request for Co-operation Agreement". This request guarantees the midwives their anonymity and also handling the obtained information according to ethical standards.

At the beginning of the interview, respondent's identification data were obtained. During the interview, respondents were asked about assisted reproduction issues. Specifically, the complications of assisted reproduction, assisted reproduction methods, midwives' attitudes to assisted reproduction and their opinions on embryo reduction. The interviews then led to the topic of care for a woman after an assisted reproduction and the care for women with OHSS. The opinions of midwives on the awareness of women and changing needs of women after assisted reproduction were also examined.

The interviews were recorded on an audio device throughout their whole duration. The conversations were subsequently rewritten and analysed by the method of highlighting in the text. Based on the analyses obtained, two main categories and their sub-categories were set. The first main category Assisted reproduction was divided into three subcategories called Methods of assisted reproduction, Complications of assisted reproductions, and Attitudes of midwives towards the AR. The second main category Nursing care for a woman after AR was divided into three subcategories called Specifics in care for women after AR, Providing information for women after AR and Changed needs of women after AR.

Midwives encounter assisted reproduction relatively often and perceive it positively. Midwives, who have personal experience with assisted reproduction (either by themselves, or friends, family), perceive it better than midwives who have encountered this problem only in their practice. Women who underwent AR are better acquainted with this issue than PA. On the contrary, men do not deal with assisted reproduction issues. Interviewed midwives have found out that women have altered needs after assisted reproduction, especially a sense of security and safety. The research has shown that midwives are aware of the risks associated with assisted reproduction and are partly aware of the care for women after the AR. Respondents also think that women are well informed about AR issues after assisted reproduction. A research survey has shown that each midwife is a personality and can perceive the issue of assisted reproduction differently. Furthermore, from the research occurred, that women after AR tend more often to have complications throughout their pregnancy, therefore they are examined more often, either at obstetrician's, or at centres of assisted reproduction. The result of this bachelor's thesis can be presented at professional conferences or published in professional journals.

Key words

Assisted reproduction; education; infertility; ovum; midwife; reproductive health; risky pregnancy; sperm; woman

Obsah

1	Současný stav	11
1.1	Početí a oplození	11
1.2	Charakteristika neplodnosti	12
1.2.1	Ženská neplodnost	13
1.2.2	Mužská neplodnost	14
1.2.3	Diagnostika neplodnosti	15
1.2.4	Léčba neplodnosti	16
1.3	Asistovaná reprodukce	17
1.3.1	Intrauterinní inseminace	18
1.3.2	In vitro fertilizace	19
1.3.3	Metoda GIFT	19
1.3.4	Preimplantační genetická diagnostika embryí	20
1.3.5	Kryokonzervace gamet a embryí	20
1.3.6	Asistovaný hatching	21
1.3.7	Možnost darování gamet	21
1.4	Rizika asistované reprodukce	22
1.4.1	Spontánní potrat	23
1.4.2	Hyperstimulační syndrom	24
1.4.3	Předčasný porod	25
1.4.4	Vícečetné těhotenství	26
1.4.5	Mimoděložní těhotenství	27
1.5	Těhotenství po asistované reprodukci	27
1.5.1	Průběh těhotenství po AR	28
1.5.2	Role porodní asistentky	29
1.6	Etika asistované reprodukce	30
1.7	Legislativa asistované reprodukce	32
1.8	Financování asistované reprodukce	32
2	Cíl práce a výzkumné otázky	34
2.1	Cíl práce	34
2.2	Výzkumné otázky	34
2.3	Operacionalizace pojmů	34

3	Metodika	36
3.1	Metodika výzkumu	36
3.2	Výzkumný soubor	37
4	Výsledky výzkumu	38
5	Diskuze	51
6	Závěr.....	59
7	Použité zdroje	60
8	Seznam příloh	66
9	Seznam zkratk	77
10	Seznam cizích slov	79

Úvod

Téma této bakalářské práce je „Role porodní asistentky v péči o těhotnou ženu po asistované reprodukci“. Toto téma jsem si vybrala, protože jsem se s touto problematikou setkala přímo ve svojí rodině i mezi přáteli.

Těhotenství je krásné období ženina života. V jejím těle vzniká nový život a nespočet žen chce tento pocit zažít. Avšak mnoho žen by období těhotenství nemohlo prožívat z důvodu neplodnosti. V současnosti známe několik metod k léčbě neplodnosti. Problematika neplodnosti jednoho z partnerů či obou má vzestupnou tendenci. V dnešní urychlené době mají lidé nekonečné možnosti. Mohou studovat, cestovat nebo budovat svoji kariéru a zakládání rodiny odsouvají na pozdější dobu. Pokud žena po roce pravidelného nechráněného pohlavního styku neotěhotní, tak je předána do odborné péče. U žen v pozdějším věku se mnohdy rok nečeká a diagnostika s léčbou neplodnosti začíná dříve. Čas je neúprosný a léčba neplodnosti může mít různou délku. Poté, co uplyne rok či dva a počít dítě se nedaří, bývají páry často bezradné. Je to velice těžká situace, která vyžaduje velkou trpělivost.

Neplodnost žen a mužů může mít různé příčiny, které jsou definovány v teoretické části bakalářské práce. Dále jsou v práci popisovány definice asistované reprodukce a další pojmy s ní spojené. V bakalářské práci jsou popsány podmínky asistované reprodukce a informace o metodách asistované reprodukce (například intrauterinní inseminace, in vitro fertilizace, metoda GIFT, preimplantační genetická diagnostika embryí, kryokonzervace, asistovaný hatching a možnost darování gamet). Pokud u ženy dojde k otěhotnění pomocí metod asistované reprodukce, tak je žena vystavena rizikům s tím spojených. Mezi rizika asistované reprodukce patří vícečetné těhotenství, hyperstimulační syndrom, spontánní potrat, předčasný porod a mimoděložní těhotenství.

Ve výzkumné části bakalářské práce jsme zjistili postoje porodních asistentek k asistované reprodukci a přístup porodních asistentek v péči o těhotnou ženu po asistované reprodukci.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Početí a oplození

Mardešić (2013) uvádí, že ženské zárodečné buňky zrají ve vaječnicích a v polovině menstruačního cyklu dochází k odpoutání jednoho oocytu (k ovulaci) a vajíčko je dál posouváno do vejcovodů, kde dochází k oplození (maximálně však do šestnácti hodin po ovulaci). Dále je oocyt posouván do dělohy (Gregora, Velemínský, 2011). Největší počet folikulů, zhruba sedm miliónů, je v pátém měsíci intrauterinního vývoje (Mardešić, 2013). Novorozené děvče má do 472 000 folikulů, v reprodukčním věku ženy správně dozraje jen asi 400 folikulů, během života se nové folikuly nevytváří (Mardešić, 2013). Oocyt je největší buňka v lidském těle a spermie je naopak nejmenší buňka v lidském těle (Hanáková et al., 2015).

Mužské zárodečné buňky vznikají v semenných kanálcích u varlat a skládají se z hlavičky a bičíku, který jim umožňuje pohyb (Fiala et al., 2015). Spermie jsou obsaženy v ejakulátu, kterého je 2 až 6 mililitrů, přičemž v jednom mililitru je obsaženo 20 až 120 miliónů spermií (Hanáková et al., 2015).

K oplodnění dochází po pohlavním styku, kdy do ženského pohlavního systému (Příloha 1) vniknou spermie a alespoň jedna z nich pronikne do ženské pohlavní buňky a oplodní ji. Do oocytu pronikne nejčastěji pouze jedna spermie, která při proniknutí do oocytu ztratí svůj bičík (Hanáková et al., 2015). Slípka (2012) uvádí, že po spojení obou pohlavních buněk by měl být plný diploidní počet, 46 chromozomů neboli 26 párů, poslední pár určuje pohlaví (zejména mužská pohlavní buňka). Chromozom X určuje ženské pohlaví a chromozom Y určuje mužské pohlaví (Slípka, 2012). Po oplodnění dochází k mnoha dělením (Hanáková et al., 2015). Hájek et al. (2014) uvádí, že spojením jádra vajíčka a spermie vzniká zygota (produkuje humánní choriový gonadotropin), která se dále dělí a vzniká morula (Příloha 2). Hanáková et al. (2015) uvádí, že čtvrtý den se buňky uhnízdí do dělohy, 5. až 6. den vzniká v děloze blastocysta (podobá se váčku) a koncem prvního týdne těhotenství se blastocysta vnoří do stěny dělohy (tento děj se nazývá nidace). Druhý týden po oplození je blastocysta plně zanořena do sliznice dělohy a již třetí týden po oplození začíná embryonální období a začátek organogeneze (Hanáková et al., 2015). Období plodu (fetus) nastává v devátém týdnu těhotenství (Hájek et al., 2014).

Těhotenství je období v životě ženy, při kterém dochází ke spojení ženské a mužské pohlavní buňky. Trvá zhruba 40 týdnů (Pařízek, Honzík, 2015). Těhotenství je ukončeno porodem, při kterém se narodí živý novorozenec s minimální hmotností 500 gramů (Hájek et al., 2014).

1.2 Charakteristika neplodnosti

Téma neplodnosti je v dnešní době velice aktuální, protože problém s početím má 20 % párů v České republice (Rampík, © 2014). Ve světovém měřítku má problém s početím 15 % partnerů (WHO, © 2016). I když je mnoho párů neplodných, tak dnešní medicína pomůže 95 % z nich (Rampík, © 2014). Za neplodnost je z 40 % odpovědný muž, ve 40 % žena a z 20 % mají podíl oba partneři. Z 5 % se příčina neplodnosti nezjistí, avšak spermioqramy u mužů jsou každým rokem horší, tudíž lze předpokládat, že v budoucnosti bude hlavní problém právě zde (Gregora, Velemínský, 2013). S přibývajícím neplodností je zaznamenán velký vývoj v biotechnice (Šmídová, et al., 2015).

Neplodnost dělíme na primární a sekundární (Heřmanová, 2012). Primární neplodnost je definována jako neschopnost počít dítě během jednoho roku při pravidelném nechráněném styku (Heřmanová et al., 2012). K početí dítěte by mělo dojít u 95 % partnerů zhruba do třinácti měsíců (Gregora, Velemínský ml., 2013). Sekundární neplodnost je obdobná, rozdílem je, že páru se v minulosti již přirozeně podařilo přivést svého potomka na svět (Heřmanová et al., 2012).

K oplodnění nedochází, pokud alespoň u jednoho z partnerů byla stanovena diagnóza sterility (Mardešić, 2013). Naopak u infertility k otěhotnění dojde, ale z různých důvodů je žena neschopna donosit životaschopný plod do konce těhotenství a opětovně potráci (Gregora, Velemínský ml., 2013).

Merck Serono (2015) uvádí, že mezi rizikové faktory vedoucí k neplodnosti u žen patří kouření, alkohol a drogy (ovlivňují hladinu estrogenů), dále obezita a nadváha (ovlivňují ovulaci). Dalším z faktorů ovlivňující plodnost jsou léky (ovlivňují hladiny hormonů), nadměrné cvičení a stres (způsobují problémy s ovulací) a pohlavně přenosné nemoci, které způsobují jizvy v pohlavních orgánech (Merck Serono, 2015). Největším již zmiňovaným rizikovým faktorem je věk ženy (Řežábek, 2014).

Mezi rizikové faktory ovlivňující mužskou neplodnost patří kouření, drogy, alkohol, nadváha, obezita, stres (snižují počet spermií), léky (negativně ovlivňují hladinu pohlavních hormonů), zvýšená teplota varlat (snižuje se produkce spermií), chemické látky, přičemž některé druhy lubrikačních gelů mohou působit toxicky pro spermie (Merck Serono, 2015). V dnešní době se také začíná vyskytovat nový fenomén, který může mít špatný vliv na plodnost, a tím je nedostatek času na sex (Gregora, Velemínský, 2013).

Avšak i přes tato výše uvedená rizika naprostá většina kuřáků/kuřaček a obézních s oplodněním problémy nemá (Řežábek, 2014). Vyšetření a léčba neplodných párů probíhá ve specializovaných centrech a ambulancích, v České republice je na léčbu neplodnosti zaměřeno 43 odborných center (Rampík, © 2014).

Poznávání faktorů neplodnosti u ženy a muže závisí na nejmodernějších vyšetřovacích metodách v oborech gynekologie, endokrinologie, imunologie, andrologie, sexuologie, urologie, psychologie, genetiky v mnoha dalších oborech (Ulčová-Gallová, Lošan, 2013). S nárůstem neplodnosti se také prohlubuje úroveň znalostí v oblasti početí až na stupeň molekulární genetiky (Ulčová-Gallová, Lošan, 2013).

1.2.1 Ženská neplodnost

Ženy velice často ve fertilním věku zatouží mít potomka. V současné době se věková hranice početí posunuje výše. Dle statistického úřadu byl v roce 2011 průměrný věk rodiček v České republice u prvního dítěte 28,3 let a v Jihočeském kraji 28,0. V roce 2015 uvedl statistický úřad průměrný věk prvorodiček 28,9 a v Jihočeském kraji 28,3 (Příloha 3). Ve věku od 19 do 25 let je žena nejplodnější (Ulčová-Gallová, Lošan, 2013). Se zvyšujícím se věkem klesá plodnost ženy a to z důvodu, že v reprodukčním věku ženy dozraje jen asi 400 folikulů a další folikuly se již nevytváří, proto by ženy rodičovství neměly odkládat (Mardešić, 2013).

IVF Zlín (© 2016) uvádí, že mezi nejčastější příčiny ženské neplodnosti patří ovariální faktor, přičemž příčina je ve vaječniku (jsou zde hormonální poruchy, a z toho důvodu nemohou ve vaječniku dozrát folikuly, tudíž nedochází k ovulaci). Fyziologický cyklus je ovlivněn hormony FSH (folikuly se stimulačním hormonem) a LH (luteinizačním hormonem), které produkuje přední lalok hypofýzy (Hájek et al., 2014). Sekrece uvedených dvou hormonů je řízena GnRH (gonadotropiny uvolňujícím

hormonem), který je vedený z hypotalamu a ovlivňuje také progesteron a krevní hladiny (Hájek et al., 2014). K poruše ovulace může dojít, pokud není vaječník citlivý na běžné hladiny hormonů v krvi (Rampík, © 2014).

Dalším důvodem neplodnosti je tubární faktor (IVF Zlín, © 2016). Jedná se o příčinu způsobenou uzavřením vejcovodů, nejčastěji tento problém vzniká u žen s endometriózou, po prodělaných gynekologických zánětech či při vrozených vývojových vadách (IVF Zlín, © 2016).

Následující příčinou neplodnosti je endometrióza (je to přítomnost ložisek děložní sliznice mimo její běžnou lokalizaci), což může vést k adhezi, srůstům vejcovodů či k narušení imunologických mechanismů, které nepříznivě ovlivňují oplodnění a implantaci embrya (IVF Zlín, © 2016). V České republice trpí endometriózou 250 000 žen a 30-50 % z nich je z tohoto důvodu neplodných (Flaws, 2016).

IVF Zlín (© 2016) uvádí, že neplodnost ovlivňuje také imunologický faktor (výskyt imunologických protilátek nepříznivě ovlivňuje pohyb spermií a díky tomu dochází k narušení procesu splnutí spermie a vajíčka nebo může být negativně ovlivněn vývoj časného embrya). Posledním faktorem neplodnosti je genetická porucha, při které se vyskytují poruchy v chromozomální výbavě (IVF Zlín, © 2016).

1.2.2 Mužská neplodnost

U muže nejvhodnější období pro reprodukci neexistuje, protože je geneticky doloženo, že i zdraví staří muži mohou ženu oplodnit (Ulčová-Gallová, Lošan, 2013). Je to umožněno tím, že u mužů probíhá spermatogeneze až do vysokého věku (Mardešić, 2013). Vývoj spermií řídí tři základní hormony: FSH (folikostimulující hormon), LH (luteinizační hormon) a testosteron (Sadler, 2011). FSH má vliv na Sertoliho buňky a napomáhá tím k vytváření spermií, LH pomáhá ve vytváření testosteronu v Leydigových buňkách (Sadler, 2011).

Uhlířová (2012) uvádí, že mužská neplodnost je zapříčiněna oligospermií (to je méně než patnáct miliónů spermií na jeden mililitr spermatu) či astenospermií (nedostatečná pohyblivost spermií, kdy spermie nejsou schopny dostat se k vajíčku). IVF Zlín (© 2016) zveřejnilo, že porucha může být u morfologie spermií (špatný tvar spermií brání proniknutí do obalu oocyty) i u azospermie (nepřítomnost spermií v ejakulátu, přičemž příčinou může být porucha transportu spermií či dokonce chybějící

produkce spermií). Další problém může nastat při pohlavním styku, při kterém může dojít k poruše ejakulace nebo impotenci (Uhlířová, 2012). K poruše plodnosti může dojít u mužů po zánětech, úrazech, operacích nebo onkologické terapii (Uhlířová, 2012).

V neposlední řadě za neplodnost zodpovídají i genetické poruchy, a to konkrétně poruchy v chromozomální výbavě nebo při cystické fibróze (IVF Zlín, © 2016).

Muži snášejí neplodnost mnohem hůře než ženy. Nedokáží si připustit, že právě oni ovlivňují nedosažení oplodnění, domnívají se, že zklamali nejen svou partnerku, ale i svou mužnost (Slepičková, 2015).

1.2.3 Diagnostika neplodnosti

Ke stanovení diagnózy neplodnosti u partnerů je potřeba vyčkat dvou let (kdy při pravidelném nechráněném pohlavním styku nedojde k početí), ale tato lhůta se nedodržuje a začíná se s vyšetřením a léčbou dřív (Řežábek, 2014). Nadále Řežábek (2014) uvádí, že důvodem nedodržování stanovené lhůty je především věk žen (u žen nad 35 let se mnohdy nečeká ani jeden rok, protože plodnost ženy v tomto roce prudce klesá). Ačkoliv k vyšetření plodnosti přichází první žena, mnohdy se vyšetřuje první muž, protože stanovení diagnózy u muže je jednodušší a rychlejší než u ženy (Ulčová-Gallová, Lošan, 2013). Neplodnost se zjišťuje z podrobných vyšetření a dle získaných informací získá lékař přehled o možné příčině neplodnosti a navrhne případnou nejvhodnější léčbu (IVF Zlín, © 2016).

Diagnostický proces u ženy začíná získáním informací z osobní anamnézy, ve které zjišťujeme například to, jak dlouho nedochází k početí, v jakém časovém rozmezí provozuje žena nechráněný pohlavní styk a s jakou frekvencí (Řežábek, 2014). Důležité je se zeptat na dodržování zdravého životního stylu a tělesnou hmotnost partnerů (Merck Serono, 2015). Řežábek (2014) uvedl ve své publikaci, že další dotaz směřuje k pravidelnosti menstruace a k trvání menstruačního cyklu, k jiným závažným onemocněním či k prodělaným operacím a také se ptáme na léky užívané v minulosti i nyní (především kortikoidy, antikoncepci, psychofarmaka, cytostatika a anabolika).

Diagnostika neplodnosti u ženy se skládá z palpačního vyšetření a z ultrazvukového vyšetření malé pánve (provádí se přes pochvu s frekvencí 7,5 MHz), při kterém se sledují vaječníky, růst folikulů, přítomnost cyst a také se zobrazuje děloha, její tvar,

velikost, popřípadě myomy, výška či stav sliznice (IVF Zlín, © 2016). Porodní asistentka odebere ke stanovení hladiny hormonů žilní krev ženě 1–3. den menstruace (IVF Zlín, © 2016). Díky tomuto vyšetření je zjištěn stav hladiny FSH, LH, anti-mülleriánského hormonu (informuje o zásobě vajíček), prolaktinu a hormonů štítné žlázy (IVF Zlín, © 2016). Merck Serono (2015) uvádí, že mimo jiné se provádí vyšetření buněčné aktivity (především u infertility) a imunologické vyšetření (vyšetření protilátek proti spermiím, vajíčkům, embryím a antifosfolipidové protilátky). Posledním vyšetřením je genetické vyšetření, při kterém se vyšetřují chromozomy (IVF Zlín, © 2016). Provádí se ojediněle HSG (hysterosalpingografie) pomocí RTG s kontrastní látkou, kdy se zjišťuje tvar dutiny děložní a průchodnost vejcovodů (Merck Serono, 2015). Mnohdy jsou využívána i jiná vyšetření, jako hysteroskopie (nejčastěji se provádí po menstruaci pomocí hysteroskopu) a laparoskopické vyšetření, při němž se sledují vaječníky, vejcovody a povrch dělohy (Merck Serono, 2015).

Diagnostika neplodnosti začíná získáním informací z osobní anamnézy muže (Řežábek, 2014). Porodní asistentka a lékař se ptají na závažná onemocnění, prodělané operace, léky užívané nyní i v minulosti a na případnou léčbu kryptorchismu (Řežábek, 2014). Muž je lékařem vyšetřen fyzikálně (varlata, šourek, prostata), nadále lékař provádí UZ vyšetření, které může zobrazit případné změny v pohlavních cestách a porodní asistentka odebírá krev ke zjištění hladiny FSH a testosteronu (Řežábek, 2014). Základním testem je spermioqram, pomocí něhož se zjišťuje počet spermií, tvar spermií a jejich pohyblivost (Merck Serono, 2015). Odběr ejakulátu probíhá nejčastěji v centrech ve speciálních místnostech, kde je možná i přítomnost partnerky (Řežábek, 2014). Muž by měl dodržovat před odběrem 2-3 denní sexuální abstinenci (Merck Serono, 2015). Pokud nelze získat ejakulát ve zdravotnickém zařízení, je možnost donést jej z domova (Merck Serono, 2015). Po odebrání se nechá sperma 30 minut zkapalnit a poté může být proveden výzkum vzorku (Řežábek, 2014).

1.2.4. Léčba neplodnosti

Léčba neplodnosti je zvolena dle druhu patologie (Řežábek, 2014). Desjardins-Simon (2015) uvádí, že každý z partnerů je důležitým účastníkem léčby neplodnosti. Léčení u partnerů může začít až na základě písemné žádosti (Příloha 4), která nesmí být starší jak šest měsíců (Jonášová, 2013). Léčba je vybírána dle nejmenší náročnosti, časové a finanční zátěže partnerů (Řežábek, 2014). Neplodnost u partnerů je léčena

konzervativně (medikamenty), chirurgicky a metodami asistované reprodukce (Uhlířová, 2012).

Léčba neplodnosti ženy je stanovena dle jejího věku, jelikož s vyšším věkem je používána intenzivnější léčba (Řežábek, 2014). Merck Serono (2015) uvádí, že co se týká konzervativní léčby neplodnosti u ženy, tak nejčastěji dochází k úpravě hladiny hormonů pomocí medikamentů (hormonální léčba). Může však dojít i k chirurgické léčbě z důvodu uzávěru vejcovodů (zavedení katétru do vejcovodu), laparoskopickému odstranění endometriózy, srůstům či polypům (Merck Serono, 2015).

Konzervativní léčba u mužů probíhá nejčastěji pomocí medikamentů, které upravují hladiny hormonů štítné žlázy (hypofunkce narušuje spermatogenezi), hladiny sérových hormonů, plazmatického testosteronu a gonadotropinů (Uhlířová, 2012). K chirurgické léčbě muže se přistupuje u varikokély (rozšíření žilních pletení v šourku), při které dochází ke zvýšené teplotě a může být snížena tvorba spermií (Uhlířová, 2012). Při neprůchodnosti mužských pohlavních cest je operace prováděna velice šetrně pod mikroskopem (Merck Serono, 2015).

Léčba neplodnosti není kontraindikována u podvázání vejcovodů (sterilizaci ženy) a po vasektomii (sterilizaci muže), jelikož se může přistoupit k rekonstrukční mikrochirurgické operaci (Merck Serono, 2015). Avšak i při zdařilé rekonstrukci nemusí být plodnost plně navrácena (Merck Serono, 2015).

Nejčastěji využívaná metoda v léčbě neplodnosti, které se budeme věnovat v následující kapitole, je asistovaná reprodukce (Gregora, Velemínský ml., 2013).

1.3 Asistovaná reprodukce

Asistovaná reprodukce je souhrnný pojem pro metody, při kterých dochází k početí u párů, které nemohou počít své dítě přirozenou cestou. Řežábek (2014) uvedl, že asistovaná reprodukce (AR) je souhrn všech postupů, které vedou k oplodnění pomocí laboratorního ošetření pohlavních buněk ženy a muže. AR je medicínský obor, pracující se spermiemi, oocyty a embryi mimo tělo člověka (Řežábek, 2014).

Dne 25. července 1978 nastal průlom v asistované reprodukci, narodilo se první dítě pomocí metody IVF (Roztočil et al., 2011). Dívka jménem Louisa se narodila třicetileté ženě Lesley Broenové v Anglii (Roztočil et al., 2011). V České republice se první dítě

metodou IVF narodilo o šest let déle ve Fakultní nemocnici Brno dne 29. října 1982 (Kazimour, 2017).

K asistované reprodukci se přistupuje, pokud je prokázána narušená plodnost (minimálně u jednoho z páru), u pokročilého reprodukčního věku ženy a u poruchy transportu oocytů do dělohy (Pronatal, © 2017). AR vyžaduje spoluúčast partnerů na úhradě léčby, protože vše není hrazeno pojišťovnami (Slezáková, 2011). Úspěšnost těchto metod je zhruba 25-30 % (Gregora, Velemínský ml., 2013). V současnosti se v České republice z těhotenství po AS zrodí 4 % dětí, přičemž 2 % dětí metodou IVF (Kazimour, 2017).

Slezáková (2011) uvádí, že v dnešní době jsou v asistované reprodukci nové trendy, a to v aplikaci nižší dávky hormonů při stimulaci ovárií pomocí injekčního pera (podobá se inzulinovému peru). V případě onkologického onemocnění ženy je možná spolupráce s onkologickým týmem, aby byla zachována její plodnost (Slezáková, 2011).

1.3.1 Intrauterinní inseminace

Intrauterinní inseminace (IUI) je léčebný postup při neschopnosti početí. IUI je metoda, při které jsou vstříknuty vyčištěné spermie (zbavené bakterií a seminální plazmy) do hrdla děložního ženy při její ovulaci (Příloha 5) (Pronatal, © 2017). Inseminaci lze zavést i do pochvy, ale tato metoda se příliš nevyužívá (Řežábek, 2014). Rozlišuje se homologní inseminace (AIH, Artificial Insemination from Husband), při níž se do dutiny děložní zavádí spermie od partnera (Mardešić, 2010). Druhá metoda je heterologní (AID, Artificial Insemination from Donor), spermie pochází od dárcce (Mardešić, 2010). Inseminace se provádí ambulantně bez anestézie a bez bolesti pomocí tenké kanyly zavedené do děložní dutiny (Pronatal, © 2017). Odchází se zhruba 1 hodinu po zákroku, úspěšnost se pohybuje kolem 10 % (IVF Brno, © 2015). Doporučeno je tento způsob oplodnění opakovat maximálně třikrát (IVF Brno, © 2015). IUI lze použít, pokud má žena průchodný alespoň jeden vejcovod a muž má normální či lehce snížené hodnoty ve spermiogramu (Sanatorium ART, © 2014).

Přípravu ženy před IUI stanoví lékař po domluvě se ženou, tudíž se výkon provádí buď v přirozeném a nestimulovaném cyklu nebo při stimulaci vaječnicků pomocí tablet klomifencitrátu anebo po stimulaci vaječnicků injekcemi s FSH (IVF Brno, © 2015).

1.3.2 In vitro fertilizace

In vitro fertilizace (IVF) je metoda používaná již od roku 1978, kdy se toho roku z těhotenství po IVF narodilo dítě ve Velké Británii (Louise Brownová) díky lékařům R. Edwarse a P. Steptoea (IVF Zlín, © 2016). V dnešní době se pomocí této metody narodí více než 3,7 miliónu dětí po celém světě (IVF Zlín, © 2016). Nyní se jedná o nejdůležitější metodu asistované reprodukce (IVF Zlín, © 2016). Dle ÚZIS byl v roce 2014 průměrný věk ženy při zahájení IVF cyklu 35,1 let (Příloha 6).

IVF má delší průběh, při kterém se začíná stimulací ženských hormonů (Příloha 7) (IVF Brno, © 2015). Cílem hormonální stimulace je růst 7-12 folikulů (Řežábek, 2014). Poté se odeberou oocyty tenkou jehlou pod kontrolou UZ přes poševní stěnu v krátké celkové anestezii nejčastěji 12-15. den cyklu (IVF Brno, © 2015). IVF Brno (© 2015) uvádí, že tímto způsobem se odsává tekutina z folikulů (vzniká předchozí stimulací). IVF Brno (© 2016) uvádí, že embryologové v odsáté tekutině vyhledávají oocyty, které měří na desetinu milimetru a poté se odebrané oocyty tentýž den oplozují spermii (muž přichází stejný den ráno jako žena do centra na odběr). Při IVF neboli mimotělním oplodnění se manipuluje se spermii a oocyty mimo tělo ženy. Odeberou se vajíčka, jsou laboratorně ošetřena kultivací se spermii a sleduje se jejich vývoj (Řežábek, 2014). Po úspěšné kultivaci (za 3-5 dní) se zavádí 1-2 embrya do děložní dutiny ženy pomocí transferového katétru (MerckSerono, 2015) (Příloha 8). Celý proces od oplození vajíčka po vložení embrya do dělohy trvá 48-120 hodin (Sanatorium ART, © 2014).

Metoda IVF je používána u žen s porušenou funkcí vaječníků, při neprůchodnosti vejcovodů, při nedostatečné pohyblivosti spermii u muže, při imunologickém faktoru a z důvodu genetické indikace (Sanatorium ART, © 2014).

1.3.3 Metoda GIFT

Metoda Gamete Intra-Fallopian Transfer (GIFT) je přenos pohlavních buněk do vejcovodů, jedná se o nejpřirozenější léčbu neplodnosti, jejíž úspěšnost je 25 % (Ženská-neplodnost, © 2017). Metoda GIFT se podobá metodě IVF, dochází zde také u žen ke stimulaci hormonů před odběrem oocytů. Poté se odeberou oocyty a ty se katetrem společně se spermii zavedou do vejcovodů a k oplození dochází až ve vejcovodu (Ženská-neplodnost, © 2017). Tato metoda se používá, pokud má žena

funkční alespoň jeden vejcovod (Sadler, 2011). Nadále se používá u špatného spermioqramu u mužů a u osob s etickým problémem (např. postavení embrya ve společnosti), neboť zde dochází k oplození přirozeně (Ženská-neplodnost, © 2017).

1.3.4 Preimplantační genetická diagnostika embryí

Preimplantační genetická diagnostika embryí (PGD) je metoda, která se využívá k diagnostice a k vyloučení genetických abnormalit na embryu (Šrámková, 2013). Tato metoda nemůže zaručit narození naprosto zdravého jedince, ale vylučuje přenesení dané genetické zátěže na potomky (IVF Brno, © 2015). Při PGD se ve stádiu blastocysty odebere pomocí biopsie jedna či víc buněk a embryo se dál vyvíjí (Šrámková, 2013). PGD je indikována po více neúspěšných IVF, při častých potratech, u předčasných porodů, u chromozomálních vad, genetických vad plodu a u vad, které jsou vázané na pohlaví potomka (IVF Brno, © 2015). Dle Sahina (2014) může být PGD škodlivá a nemusí zvyšovat úspěšnost IVF.

1.3.5 Kryokonzervace gamet a embryí

Kryokonzervace gamet a embryí umožňuje dlouhodobou úschovu gamet a embryí k léčbě neplodnosti.

Řežábek (2014) uvádí, že při kryokonzervaci jsou buňky postupně a pomalu zamrazeny na teplotu $-196\text{ }^{\circ}\text{C}$ (buňky jsou obklopeny roztokem s kryoprotektivy, jehož látka chrání materiál před škodami způsobenými velkým mrazem). Při této teplotě ustanou životní pochody gamet a embryí, tudíž lze tyto materiály uchovávat velmi dlouhou dobu (Řežábek, 2014).

Kryokonzervace gamet a embryí je velkým pomocníkem při metodě IVF, neboť žena nemusí podstupovat opakovaně hormonální stimulaci vaječnicků a odběr vajíček (MerckSerono, 2015). Kryokonzervace se využívá, pokud při metodě IVF páru zbydou embrya, která mohou být použita při případných dalších pokusech (Těšinová et al., 2011). Transfer rozmražených embryí se nazývá kryoembryotransfer (Řežábek, 2014). Tato metoda se používá při doporučení odložení transferu (například pokud se objeví hyperstimulační syndrom u ženy při hormonální stimulaci), při uchování embryí před radioterapií a chemoterapií, u nečekaných zdravotních problémů u ženy, které brání transferu a také se kryokonzervace provádí při dárcovství oocytů (IVF Brno, © 2015). Malachová (2011) uvádí, že při kryokonzervaci lze dosáhnout těhotenství i po smrti

biologického rodiče. Tento čin však může vyvolat mnoho diskutabilních otázek, je nutný jak informovaný souhlas od zemřelého, tak i souhlas žadatele o léčbu (Malachová, 2011).

Nově se používá také vitifikace, při které se velmi rychle zmrazí oocyty a embrya ve fázi vývoje zvaném blastocysta (Řežábek, 2014).

1.3.6 Asistovaný hatching

Asistovaný hatching (AH) je mikromanipulační metoda AR (Žáková et al, 2010). Hlubková (2012) uvádí, že pod mikroskopem se do oocytu nebo embrya vytvoří otvory pomocí laseru či se nařízne obal embrya (do zony pellucidy). Poté se pomocí speciálních nástrojů zavádí do oocytu jedna spermie (Hlubková, 2012). Intracytoplazmatická injekce spermie do oocytu (ICSI) je technika využívaná při mužské neplodnosti (nedostatek spermií v ejakulátu nebo málo pohyblivé spermie), při ICSI se vpraví jedna spermie přímo do cytoplazmy vajíčka (Žáková et al., 2010). ICSI se provádí v kultivační misce pod mikroskopem se skleněnou kapilárou (Žáková et al, 2010).

1.3.7 Možnost darování gamet a embryí

Dárci či dárkyně by měli být velmi podrobně vyšetřeni genetikem, měli by projít řadou testů a neměli by mít pohlavně přenosné choroby ani jiná závažná onemocnění (Merck Serono, 2015). Věk ženy by neměl přesáhnout 35 let a muže 40 let. K darování vajíček se přechází po neúspěšné léčbě poruchy ovulace (Řežábek, 2014). Výběr dárkyně se řídí dle krevní skupiny a fyzické podoby partnera (Merck Serono, 2015).

Pokud nelze využít spermie partnera, používají se spermie od anonymního dárce (Merck Serono, 2015). Řežábek (2014) uvádí, že při odběru spermií musí být sperma zamraženo v karanténě (minimálně 6 měsíců). Po uplynutí karanténní doby je opět dárce vyšetřen především na pohlavně přenosné nemoci, které v době odběru ještě nemusely být z laboratorních výsledků zřejmé v krvi a až poté lze spermie použít (Řežábek, 2014). Přes veškerá vyšetření je však určité riziko přenosu infekce či vad od dárců (Řežábek, 2014).

Indikaci k přijetí darovaných gamet a embryí mají páry, které nemají vlastní gamety, jeden z partnerů má závažné geneticky podmíněné onemocnění či nekvalitní oocyty a spermie (Řežábek, 2014). Dárci embryí prochází stejně důkladnými testy jako dárce

oocytů a spermií (Merck Serono, 2015). Řežábek (2014) uvádí, že darovaná embrya pochází nejčastěji od párů, které již podstoupily úspěšně IVF a už embrya nechťejí (musí být podepsán souhlas obou partnerů).

Pokud žena nemůže donosit potomka sama ze závažných důvodů, může přejít k náhradnímu (surogátnímu) mateřství (Císařová, Rampík, 2010). Novotný et al. (2017) uvádí, že nositelka těhotenství neboli náhradní matka je žena v těhotenství, které vzniklo ze spermií a oocytů třetí strany (biologické matky a otce). Náhradní matka po porodu přenechá novorozené dítě původcům embrya (Novotný et al., 2017). V České republice je tato metoda na hraně zákona (Řežábek, 2014). Páry mohou platit náhradní matce věci potřebné v těhotenství a u porodu (vitamíny, léky, těhotenské oblečení atd.), ale nesmí ženě platit za to, že se stane náhradní matkou, neboť v tomto případě by porušily zákon (Novotný et al., 2017).

1.4 Rizika asistované reprodukce

Metoda asistovaná reprodukce je u mnoha párů jediná možnost, jak mít vlastní dítě. Při podstoupení některé z metod asistované reprodukce hrozí ženě určitá rizika, která jsou s tím spojená.

Těhotenství vzniklé po mimotělním oplodnění je považováno za rizikové (Fertimed, © 2017). Hájek et al. (2014) uvádí, že rizikové těhotenství (RT) je takové těhotenství, kdy hrozí určité riziko, ale ještě nevyústilo v patologii (1/3 těhotenství je riziková a z toho 1/3 přejde v patologické těhotenství). Při RT těhotná žena navštěvuje perinatální poradnu častěji než při fyziologickém průběhu těhotenství (Hájek et al., 2014). Důvodem je možnost ohrožení života ženy i plodu (Behinová, 2012).

Behinová (2012) zmiňuje, že žena může mít rizikový faktor již před otěhotněním, riziko se přenáší i do těhotenství (např. epilepsie) nebo vzniká těhotenstvím (např. preeklampsie). Obecně rizikovými faktory pro vznik rizikového těhotenství jsou DM, genetické zatížení, výška pod 150 cm (kefalopelvický nepoměr), věk pod 17 let, věk nad 35 let, multiparita, závislost ženy na návykových látkách, nízká úroveň vzdělání, nechtěné těhotenství, chronické onemocnění ledvin, operace na děloze, léčená sterilita, předcházející předčasný porod, Rh-negativita, asymptomatická bakteriurie, cukr v moči, vícečetné těhotenství, poloha plodu KP, zvýšené cervix skóre (Hájek et al., 2014).

U žen po AR je v mnoha případech výrazně zvýšená tloušťka stěny placenty, která vede například ke zvýšené tvorbě hematomů a tím ohrožuje plod (Joy, 2012).

U těhotenství vzniklého pomocí některé z metod AR mohou vzniknout komplikace, jako je spontánní potrat, hyperstimulační syndrom, předčasný porod, vícečetné těhotenství, mimoděložní těhotenství a poranění při odběru oocytů (Řežábek, 2014).

1.4.1 Spontánní potrat

Komplikací těhotné ženy po asistované reprodukci může být spontánní potrat (abortus spontaneus). Je to stav, kdy je plod vypuzen z děložní dutiny ven. Potratem končí 15-40 % těhotenství (Skutilová, 2016). Dle Hájka et al. (2014) je při spontánním potratu z těla matky vypuzen plod, který nejeví známky života a jeho porodní hmotnost je nižší než 500 gramů nebo je těhotenství kratší než 22 gestačních týdnů.

Hájek et al. (2014) dělí potraty na samovolné (spontánní) a indukované neboli terapeutické (abortus inductus). Spontánní potrat se rozlišuje na raný spontánní potrat a pozdní spontánní potrat (Skutilová, 2016). Raný spontánní potrat je samovolné ukončení těhotenství do 12. gestačního týdne (1. trimestr), je to častý jev a projevuje se krvácením (Roztočil et al., 2011). Roztočil et al. (2011) dále uvádějí, že důvodem bývají nejčastěji fetální příčiny (strukturální a chromozomální vady, porucha transportu oplozeného vajíčka, porucha uhnízdění) a příčiny ze strany matky (infekce). Skutilová (2016) ve své publikaci sděluje, že pozdní potrat je v druhém trimestru, projevuje se předčasným odtokem plodové vody a nejčastější příčinou jsou mateřské vlivy (VVV, infekce ženy, závažná onemocnění matky, genetická zátěž). Riziko spontánního potratu je po asistované reprodukci z důvodu nedostatečné životaschopnosti embrya po zavedení do dutiny děložní (IVF Brno, © 2015).

Terapeutické potraty jsou z důvodů zdravotní indikace ze strany matky a plodu nebo umělého ukončení těhotenství na přání matky (Hájek et al., 2014).

Porodní asistentka u ženy zjišťuje informace týkající se anamnézy (zejména se ptá se na bolest a krvácení), odebere krev na určení hladiny HCG, asistuje lékaři při vaginálním a ultrazvukovém vyšetření, kontroluje, zda žena dodržuje klid na lůžku a podává léky dle ordinace lékaře (Slezáková, 2011).

1.4.2 Hyperstimulační syndrom

V souvislosti s AR se u ženy může vyskytnout ovariální hyperstimulační syndrom (OHSS). Jedná se o onemocnění související se stimulací ovárií gonadotropiny (Řežábek, 2014). K hyperstimulačnímu syndromu dochází ještě před odběrem oocytů (Gregora, Velemínský ml., 2013). Přesná příčina OHSS není stanovena (Řežábek, 2014). Incidence OHSS je 3-5 % (Fertimed, © 2017). Řežábek (2014) rozděluje OHSS na formu mírnou (folikulů je 10-20), střední (nad 20 folikulů) a těžkou (počet folikulů je nad 40). Rizikovými faktory OHSS jsou nízký věk ženy, nízký index tělesné hmotnosti, syndrom polycystických vaječníků, předchozí OHSS, zvýšený sérový estradiol a vysoký počet folikulů (Banker, Garcia-Velasco, 2015).

Mezi příznaky mírné formy OHSS patří diskomfort, břišní napětí, nauzea, zvracení a průjem (Roztočil et al., 2011). Příznaky střední formy jsou stejné jako u mírné formy a navíc je u ženy patrná leukocytóza, oligurie a na UZ je vidět ascités (Řežábek, 2014). Těžká forma OHSS se u ženy projevuje stejně jako předešlé formy a objevuje se zde navíc výrazná bolestivost břicha, zvýšení jaterních testů, hemokontrace, dušnost, hydrotorax, perikardální výpotek a tromboembolie (Roztočil et al., 2011). Pokud má žena těžkou formu OHSS, tak je u ní vyšší riziko předčasného porodu a riziko nižší váhy novorozence (Haas et al., 2014).

Léčba OHSS tkví v symptomatické léčbě (Řežábek, 2014). OHSS spontánně odeznívá po 2-3 týdnech (Roztočil et al., 2011). Pokud má žena jen mírnou formu, je převedena do pracovní neschopnosti a je pravidelně kontrolována, u těžké formy je nutná hospitalizace, protože se jedná o závažný stav ženy (Řežábek, 2014).

Porodní asistentka by měla být velice všímavá a měla by důkladně odebrat anamnézu od ženy, aby byly zjištěny případné příznaky onemocnění (Řežábek, 2014). Diagnóza OHSS stanovuje lékař dle anamnézy a UZ vyšetření (Fertimed, © 2017). U ženy s OHSS by měla porodní asistentka na základě ordinací lékaře sledovat celkový stav ženy, příjem a výdej tekutin, plynulou hydrataci a aplikovat analgetika, hepatoprotektiva a miniheparinizaci (Řežábek, 2014). V těžkém stavu lékař provede punkci ascitu (Roztočil et al., 2011). Porodní asistentka by měla ženu podporovat, protože při střední a těžké formě OHSS se musí stimulace ihned ukončit (Řežábek, 2008). V takovémto případě by měla porodní asistentka s ženou komunikovat a společně s lékařem se podílet na přípravě další léčby neplodnosti, neboť

po dostatečném odstupu (nejčastěji po třech měsících) může žena podstoupit stimulaci ovárií znovu (Řežábek, 2008).

Prevence hyperstimulačního hormonu spočívá v individuálním dávkování stimulujících léků, ve sledování hormonální hladiny při stimulaci a v provádění pravidelného UZ vyšetření (IVF Brno, © 2015).

1.4.3 Předčasný porod

Mimo jiné komplikace asistované reprodukce je třeba uvést i předčasný porod. Předčasný porod nesouvisí přímo s asistovanou reprodukcí, ale spíše k němu dochází z důvodu onemocnění ženy, v souvislosti s jejím věkem či s vícečetným těhotenstvím. Internetová stránka Ženská-neplodnost (© 2017) zveřejnila, že lékaři v Dublinu provedli studii, při níž bylo zjištěno, že ženy po IVF dvakrát častěji rodí předčasně (8,7 % žen) než ženy po spontánní koncepci (4,3 % žen). Předčasný porod je patologický stav, kdy se narodí plod před nedokončeným 37. gestačním týdnem (Šeblová, Knor, 2013). Za velmi nezralého novorozence považujeme novorozence vážícího méně než 1500 g a za extrémně nezralého novorozence vážícího méně než 1000 gramů (Hájek et al., 2014). Incidence předčasných porodů je 5-10 % (Šeblová, Knor, 2013). Avšak i přes tento fakt neonatální úmrtnost klesá díky dobré neonatologické péči (Hájek et al., 2014).

Příčinami předčasného porodu mohou být nejen metody AR, ale i infekce, krvácení v těhotenství, vícečetné těhotenství, polyhydramnion, VVV matky či plodu, inkompetence hrdla děložního, celkové onemocnění ženy, předčasný odtok plodové vody, FGR (fetal growth restriction), insuficience placenty, špatná prenatální péče, návykové látky, nepříznivá anamnéza ženy (Hájek et al., 2014). Z 50 % nelze příčinu předčasného porodu přesně určit (Roztočil et al., 2011).

Porodní asistentka u ženy kontroluje krvácení, odtok plodové vody, kontroluje moč, odebírá krev dle ordinace lékaře, asistuje při vyšetření lékaři, popřípadě podává antibiotika, tokolytika, maturaci dle ordinace lékaře a pokud se nelze porodu vyhnout, tak připravuje porodní box a zajistí odborný personál k porodu nezralého novorozence (Slezáková, 2011). Porod vede lékař ve spolupráci s neonatologem a asistuje jim porodní asistentka (Nemocnice České Budějovice, 2008).

1.4.4 Vícečetné těhotenství

Při metodách asistované reprodukce se velice často setkáváme s vícečetným těhotenstvím. Vícečetné těhotenství je nejčastější komplikací asistované reprodukce. Vícečetné těhotenství je takové těhotenství, kdy se v děloze vyvíjí víc než jeden plod (Hanáková et al., 2012). Vícečetné těhotenství dělíme na jednovaječné a vícevaječné, přičemž jednočetné vzniká z oplození jednoho vajíčka a u vícečetné gravidity se embryo ve stádiu rýhování rozdělí na dvě části (Hájek et al., 2014). Dle výzkumu uváděným v časopise *Fertility & Sterility* mají monochoriální dvojčata po AR vyšší pravděpodobnost, že váha novorozenců bude pod 1500 gramů a narodí se dřív než ve 32. týdnu gravidity na rozdíl od monochoriálních dvojčat po spontánní koncepci a bichoriálních dvojčat po AR (Simões, 2015).

Řežábek (2014) uvádí, že při stimulaci ovárií u asistované reprodukce zraje několik folikulů a při metodě IVF se často zavádí 1-2 embrya (někdy i 3). Díky asistované reprodukci je incidence dvojčat v České republice dvacetkrát častější než u klasického oplodnění (Hájek et al., 2014). Z tohoto důvodu je v současnosti snaha zavádět spíše jedno embryo (Behinová, 2012).

Největším rizikem spojeným s vícečetným těhotenstvím je rostoucí riziko samovolného potratu či předčasného porodu (Gregora, Velemínský ml., 2013). Dalšími komplikacemi je zvýšené riziko preeklampsie, eklampsie, hypertenze a gestačního diabetu mellitu (Behinová, 2012).

Vícečetné těhotenství představuje riziko, a proto jsou vícečetné gravidity častěji sledovány. Ženy s bichoriálním těhotenstvím jsou od 22. týdne těhotenství pravidelně kontrolovány každé dva týdny porodními asistentkami a lékaři, ukončené těhotenství by mělo být nejpozději do 38 + 6 týdnů těhotenství (Hájek et al., 2013). Hájek et al. (2013) uvádí, že ženy s monochoriálním těhotenstvím jsou porodními asistentkami a lékaři pravidelně kontrolovány v perinatologickém centru od 16. týdne gravidity. Hájek et al. (2013) uvedl, že hospitalizace je nutná nejpozději od 36. týdne gravidity, porod by měl být nejpozději do 36 + 6 týdnů těhotenství (u monochoriální monoamniální gravidity by měla být žena hospitalizována nejdéle ve 32. týdnu gravidity a těhotenství by mělo být ukončeno do 34 + 6 týdnů).

U mnohočetného těhotenství lze provést redukci počtu plodů v děloze (redukuje se pomocí hypertonického KCL tak, aby v děloze zbyly dva živé plody), k redukci se přistupuje až 10. gestační týden (Řežábek, 2014). Redukce počtu embryí se provádí za účelem prevence vzniku případných komplikací (Malachová, 2011). Problém při redukci embryí je zejména z etického hlediska (Řežábek, 2014).

1.4.5 Mimoděložní těhotenství

Mimoděložní těhotenství (graviditasextrauterina, GEU) je po léčbě neplodnosti poměrně častější než u zdravých žen, protože vaječníky bývají často poškozené a tak dochází k uhnízdění právě zde (Řežábek, 2014). Dalším důvodem jsou hormonální poruchy ženy, které mohou negativně ovlivnit motilitu vejcovodů a tím následný transport oplozeného vajíčka (Hájek et al., 2014).

Mimoděložní těhotenství neboli ektopické těhotenství je takové těhotenství, které je uhnízděné mimo dělohu. Nejčastěji je mimoděložní těhotenství lokalizované ve vejcovodu.

Příznaky mimoděložního těhotenství mohou být vynechání menstruace, zpoždění menstruace, špinění a bolest břicha (Gregora, Velemínský ml., 2013). Z tohoto důvodu by porodní asistentka měla důkladně zjistit anamnézu od ženy (Gregora, Velemínský ml., 2013). Pro diagnostiku je důležité provést vaginální vyšetření, UZ a stanovení hladiny HCG z krve (Gregora, Velemínský ml., 2013). Řežábek (2014) sděluje ve své publikaci, že po IVF je důležitý UZ, protože i přes zavedení embrya do dělohy může dojít k GEU, neboť k nidaci může dojít také ve vejcovodech (tzv. heterotopická gravidita).

Velká část GEU spontánně zaniká (Řežábek, 2014). V dnešní době je primární léčbou GEU salpingektomie. Ektopické těhotenství (graviditas ectopia) má incidenci cca 1: 80 (Hájek et al., 2014). Před 12. týdnem gestace je diagnostikováno 75 % mimoděložního těhotenství (Bartůněk et al., 2016).

1.5 Těhotenství po asistované reprodukci

Těhotenství vzniklé po mimotělním oplodnění je považováno spíše za rizikové, avšak gravidita může probíhat bez komplikací jako kterékoliv jiné těhotenství vzniklé bez metod asistované reprodukce.

1.5.1 Průběh těhotenství po AR

Centra pro asistovanou reprodukci doporučují ženám provést těhotenský test nejdříve dvanáct dní po zvolené metodě AR (Repromeda, © 2018). Těhotenský test není vždy spolehlivý, proto by žena měla navštívit centrum asistované reprodukce nebo svého gynekologa. Porodní asistentka poté dle ordinace lékaře odebere vzorek krve na zjištění hladiny hCG. V případě positivity se sleduje vývoj těhotenství až do nitroděložního uložení gravidity a potvrzení srdeční akce plodu (IVF BRNO, © 2015). IVF BRNO (© 2018) uvádí, že po přenosu embryí ženy užívají gestageny (např. Utrogestan). Gestageny nadále mohou ženy užívat i během těhotenství, napomáhají totiž jeho udržení. Porodní asistentka by měla ženu o užívání gestagenů poučit.

Porodní asistentka by měla během celého těhotenství po AR na ženu pečlivě dohlížet. Těhotná žena dochází pravidelně do těhotenské poradny, popřípadě do poradny pro riziková a patologická těhotenství. PA zjišťuje anamnézu, asistuje lékaři při vaginálním vyšetření, asistuje lékaři při UZ, měří TK, sleduje hmotnost pacientky, vyšetřuje moč s indikátorovým papírkem, sleduje změny na sliznici a na kůži ženy, odebírá povinné krevní testy, monitoruje ozvy plodu, sleduje charakter případného krvácení a poševních výtoků. Pokud dojde ke zjištění rizika, může být žena odeslána do poradny pro riziková těhotenství.

Ve druhé polovině těhotenství mají ženy po IVF větší sklon k preeklampsii (Ženská-neplodnost, © 2017). K časně diagnostice je nutné, aby PA měřila ženě krevní tlak, kontrolovala její moč (zejména bílkovinu), kontrolovala případnou cefaleu, poruchu vizu, nauzeu a epigastrickou bolest. Ke zjištění vzniku preeklampsie je možné použít metodu, kdy se zjistí hladina biomarkerů preeklampsie v krevním séru (Leahomschi, S., Calda, P., 2016).

Potřeby těhotných žen po metodách IVF se mění. Základní potřebou měnící se v těhotenství je výživa. Těhotné ženy mohou mít na začátku gravidity chuť na neobvyklé pokrmy, dále mohou pociťovat nechut' z důvodu nevolnosti či zvracení. Těhotná žena by měla konzumovat pestrou stravu. Energetická spotřeba se zvyšuje o 15 % (Koplíková, 2011). V těhotenství může být narušena potřeba vyprazdňování a ženy se mohou setkávat se zácpou. Zácpa se u těhotných žen vyskytuje kvůli vlivu progesteronu a v pozdějším těhotenství tlakem dělohy (Roztočil, 2011). Roztočil (2011) dále uvádí, že těhotné ženy by měly jíst pestrou stravu bohatou na vlákninu, provádět relaxační

cvičení a ranní defekační rituál. Pokud má žena i nadále potíže, tak porodní asistentka podá ženě dle ordinace lékaře mírná projímadla či klyzma. Další narušenou potřebou je spánek. Ženy jsou totiž před podstoupením AR úzkostné, jestli se zákrok podaří (Koplíková, 2011). Poruchou spánku trpí i ženy po AR, pociťují strach, zda se metoda AR vydařila. Pohyblivost může být u ženy po AR také narušena (Koplíková, 2011). Vzhledem k možným komplikacím by měly ženy dodržovat klidnější režim. U párů po AR je ovlivněna i psychika. Magdalena Havlíková (2017) ve svém článku uvádí, že mnoho párů po několika neúspěších po AR čelí krizi a mnoho z nich se rozchází. Pokud je neplodnost zjištěna u muže, tak mnohdy čelí pocitu viny a je důležitá podpora od partnerky (Havlíková, 2017).

Mnoho žen po metodách asistované reprodukce automaticky nastupuje na pracovní neschopnost. Řežábek (2018) uvedl, že pracovní neschopnost není nutná, pokud žena nevykonává těžkou manuální práci či v práci nezažívá každodenně silný stres. Žena vykonávající práci, která je pro těhotné ženy zakázaná, má právo od zaměstnavatele na převedení na jinou práci (Aperio, 2018). Zaměstnavatel nesmí dávat těhotné ženě práci přesčas, žena nesmí pracovat v noci a na pracovní cesty smí jet jen dle svého uvážení (Aperio, 2018). Dle Aperia (2018) má těhotná žena nárok na kratší pracovní dobu.

1.5.2 Role porodní asistentky

Porodní asistentka hraje důležitou roli v průběhu celého života ženy. Porodní asistentka podporuje, udržuje a zlepšuje zdraví ženy. PA pečuje o ženu a její potřeby, podporuje ji a pomáhá jí s prevencí onemocnění (Slezáková, 2011). Základem role porodní asistentky je kolektivní orientace, univerzalismus a emociální neutralita (Vojtíšková, 2007).

V těhotenství a zejména při hospitalizaci má porodní asistentka užší vztah k ženě. Porodní asistentka, při hospitalizaci těhotné ženy, pomáhá k naplňování jejich základních biologických potřeb. Porodní asistentka je jedna z mála lidí, kteří jsou s ženou v pravidelném kontaktu během hospitalizace. PA zastupuje společenské vztahy a je důležitým zdrojem informací a rad.

Těhotná žena po AR, u které se vyskytly komplikace, je nejčastěji hospitalizována na ošetrovací jednotce rizikového těhotenství. Žena se s porodní asistentkou setkává již při příjmu. Při příjmu se porodní asistentka představí, uvítá těhotnou ženu a převezme si

od ní těhotenskou průkazku, průkaz totožnosti a průkaz pojištění. Porodní asistentka vyslechne sdělení rodičky, proč přichází a popřípadě si vezme doporučení k přijetí. Porodní asistentka je laskavá, přistupuje k ženě holisticky a získává její důvěru. Těhotná žena je srozuměna s navrhovanou léčbou a přichází na oddělení.

Porodní asistentka seznámí ženu s chodem oddělení. Těhotná žena dostává od porodní asistentky léky dle ordinace lékaře, PA monitoruje pravidelně srdeční ozvy plodu a plní další ordinace lékaře. Těhotné ženy bývají po příchodu na oddělení často plačtivé, proto je důležitá komunikace s porodní asistentkou, která je ženě plně k dispozici a odpovídá ženě na případné otázky. Během hospitalizace ženy se porodní asistentka snaží plnit její základní potřeby a snaží se zpříjemnit její pobyt v nemocnici. Při zlepšení zdravotního stavu je těhotná žena propuštěna z nemocnice a je sledována ambulantně obvodním gynekologem či je pozvána do poradny pro riziková těhotenství. Mnoho žen takové štěstí nemá a jsou hospitalizovány v nemocnici až na několik měsíců. Pro těhotnou ženu to je těžká situace, musí se adaptovat na nemocniční prostředí, musí se podřídit chodu oddělení, ostatním pacientkám a ošetřovatelskému plánu. V takto těžkou chvíli jí má být oporou porodní asistentka, která je ženě k dispozici.

1.6 Etika asistované reprodukce

Asistovaná reprodukce umožňuje párům mít vlastního potomka. Avšak techniky asistované reprodukce rozbouřily spekulace mnoha etiků a každý má na tuto problematiku odlišný názor.

Heřmanová (2012) uvedla, že termín „etika“ pochází již z dob Aristotela (384-322 před Kristem), kdy dělíme lidskou činnost na teoretickou (poznání), tvořivou (cíl je v tom, co vytváří, například umělecké dílo) a praktickou (jednání). Etika neboli mrav je fyziologickou disciplínou, jenž zkoumá morálku (Šimek, 2015). Porodnickou etiku vymezují postupy ohledně těhotenství a porodu (Hájek et al., 2014).

Mnoho etiků řeší otázky ohledně morálního postavení embrya, rodinného stavu žadatelů o léčbu, mnohočetného těhotenství v souvislosti s AR, kryokonzervace embryí a gamet, dárcovství gamet a embryí, náhradního mateřství, výzkumů na preembryích, preimplantační genetické diagnostiky, etiky asistované léčby neplodnosti u žen pro HIV pozitivní ženy či muže (Hlubková, 2012). Jednou z dalších diskutabilních etických

otázek je, kdo je matkou při metodě IVF, když je použit oocyt dárkyně (Malachová, 2011).

Nejčastěji kladená otázka se týká morálního postavení embrya. Lze považovat embryo za bytost či nikoliv? Ptáček a Bartůněk (2011) uvádí, že máme dva pohledy na postavení embrya ve společnosti. Dle ontologického personalismu je lidská bytost vytvářena při početí a tuto teorii uznává zejména církev a věřící lidé (Ptáček, Bartůněk, 2011). Empirický funkcionalismus udává, že k vytváření bytosti dochází až v pokročilejším stádiu vývoje. Tuto teorii upřednostňují vědci a lékaři (Ptáček, Bartůněk, 2011).

Preimplantační genetická diagnostika embryí umožňuje žadatelům o AR vybrat taková embrya, která nejsou geneticky zatížena vývojovou vadou, a tudíž se snižuje incidence potratů (Šrámková, 2013). Problém nastává, když se preimplantační genetická diagnostika zneužívá a páry si mohou naplánovat, jak jejich budoucí potomek bude vypadat, mohou si vybrat pohlaví, barvu vlasů, barvu očí a podobně (Heřmanová, 2012). V České republice je zakázáno zneužívání preimplantační genetické diagnostiky embryí k naplánování vlastního potomka (Heřmanová, 2012).

Haasová (2012) uvádí, že při darování genetického materiálu není vedena evidence o dárcích, pouze mají přidělený kód. Nastává problém, když dárcé (muž) objíždí centra asistované reprodukce za účelem výdělku a v každém centru může oplodnit 6-10 vajíček (Haasová, 2012). Může nastat určitá situace, za které se genetičtí potomci mohou potkat, aniž by o tom věděli (Haasová, 2012). Následující otázka zní, jaké by byly jejich společné děti (Haasová, 2012).

Po hormonální stimulaci ženy je odebráno a mimotělně oplodněno cca 7–12 oocytů (Řežábek, 2014). V dnešní době se zavádí nejčastěji jedno embryo a zbylá embrya dle přání parterů mohou být zamražena, poskytnuta jinému páru, zlikvidována nebo mohou být poskytnuta pro výzkum (Pospíšilová, 2013). Vědci zjistili, že je možné vytvořit z embrya vhodného dárce pro nemocného, který potřebuje k léčbě transplantaci kostní dřeně (Haasová, 2012). Tento postup je však neetický (Haasová, 2012). Diskutabilním tématem je také kryokonzervace. Kryokonzervace je vítaná z důvodu, že žena nemusí podstupovat při neúspěchu AR další stimulaci hormonů (MerckSerono, 2015). Názory se však rozcházejí. Není známa zátěž pro embryo ani to, zda se bude po dlouholetém

zamražení vyvíjet správně (Haasová, 2012). Haasová (2012) také zmiňuje otázku, komu patří zamražená embrya v případě, že se partneři rozchází.

1.7 Legislativa asistované reprodukce

Asistovanou reprodukcí se zabývá několik zákonů. Při některých situacích spojených s touto problematikou není zákonem určena hranice (např. náhradní mateřství). Asistovanou reprodukcí se zabývá zákon č. 167/2012 Sb. o specifických zdravotních službách, zákon č. 277/2006 Sb. o lidských tkáních a buňkách a Úmluva o lidských právech a biomedicině.

Dle zákona č. 167/2012 Sb., o specifických zdravotních službách říká, že asistovaná reprodukce může být prováděna i u nemanželských párů, u žen do 49 let a dále musí být podepsán souhlas o asistované reprodukci před každou metodou AR, který nesmí být starší než šest měsíců.

Zákon č. 277/2006 Sb., o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách, souvisejících činnostech a o změně některých souvisejících zákonů, se zabývá problematikou asistované reprodukce.

Dle zákona č. 167/2012 Sb., o specifických zdravotních službách je možné darování oocytu nebo embrya jinému neplodnému páru v České republice. Oba musí podat písemnou žádost a dle povinné mlčenlivosti nesmí zdravotní zařízení dát příjemci totožnost dárce a naopak, ze zákona je indikace jen lékařská, nikoliv sociální.

Zákon č. 369/2011 Sb., o veřejném zdravotním pojištění udává, že ženám s oboustrannou neprůchodností vejcovodů ve věku od 18 do 39 let se hradí služby při poskytování péče při umělém oplodnění. Nejvíce jsou však hrazeny třikrát za život nebo bylo-li v prvních dvou případech přeneseno do pohlavních orgánů ženy pouze 1 lidské embryo vzniklé oplodněním vajíčka spermií mimo tělo ženy, čtyřikrát za život.

1.8 Financování asistované reprodukce

Asistovaná reprodukce je v dnešní době velice často používanou metodou. Při asistované reprodukci některé výkony hradí zdravotní pojišťovna plně a někdy jsou nutné doplatky. Každé centrum má ceník s nadstandardními výkony a výkony

nehrazenými pojišťovny (Příloha 9). Cena výkonů se může lišit dle centra a dle zdravotní pojišťovny ženy.

Plně hrazené jsou 3 nebo 4 pokusy IVF u žen ve věku 18-39 let, 2250 IU nebo adekvátní množství rekombinátů (například Purogonpen) a adekvátní množství agonistů nebo antagonistů (Fertimed, © 2017).

Řežábek (2014) uvádí, že proplácení výkonů je od pojišťoven omezeno u inseminace na šest pokusů a u IVF na 3-4 pokusy (čtyři pokud bylo při prvních dvou pokusech transferováno jen jedno embryo). Dále je hrazen čtyřikrát za čtvrtletí UZ (maximálně sedmkrát za rok), kompletní vyšetření spermogramu u muže dvakrát za měsíc (maximálně šestkrát za rok) a vyšetření cervikálního hlenu ženy čtyřikrát za rok (Fertimed, © 2017).

Dle zdravotních pojišťoven si ženy částečně hradí léky k hormonální stimulaci a jiná specifická laboratorní vyšetření (Tichý, 2015). Například tyto služby si páry hradí: asistovaný hatching, intracytoplazmatickou injekci (ICSI, PICSI), kryokonzervaci gamet a embryí, rozmrazení embryí, transfer zmražených embryí, preimplantační genetické vyšetření, transfer cytoplazmy, kontinuální monitorování vývoje embryí (Fortimed, © 2017). Centra asistované reprodukce by si neměla účtovat za konzultace (Tichý, 2015).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

V bakalářské práci s názvem „Role porodní asistentky v péči o ženu po asistované reprodukci“ byl stanoven jeden cíl.

Cíl 1: Zjistit postoje porodních asistentek k asistované reprodukci.

2.2 Výzkumné otázky

Dle zvoleného cíle byly položeny dvě výzkumné otázky.

Výzkumná otázka 1: Jak porodní asistentky vnímají asistovanou reprodukci?

Výzkumná otázka 2: Jak přistupují porodní asistentky k péči o těhotnou ženu po asistované reprodukci?

2.3 Operacionalizace pojmů

Asistovaná reprodukce – souhrnný pojem pro metody, při kterých dochází k početí u párů, které nemohou počít své dítě přirozenou cestou (Pospíšilová, 2013)

Darování gamet – dárcovství pohlavních buněk (Nejedlá, 2010)

Hyperstimulační syndrom – onemocnění související se stimulací ovárií gonadotropiny (Roztočil, 2011)

Kryokonzervace – metoda ke zmražení a uchování oocytů, spermií nebo embryí (Repromeda, 2016)

Metoda GIFT – metoda asistované reprodukce, při které jsou do vejcovodu ženy vpraveny oocyty a spermie (Repromeda, 2016)

Mikromanipulace – metoda, při které se manipuluje s malými buňkami (Merck Serono, 2015)

Mimotělní oplodnění – (IVF) oplodnění oocytu mimo tělo ženy (Pospíšilová, 2013)

Nepłodnost – neschopnost počít dítě (Pospíšilová, 2013)

Porodní asistentka – specialistka v péči o ženu v průběhu nekomplikovaného těhotenství, porodu a šestinedělí (Vojíšková, 2007)

Preimplantační genetická diagnostika embryí – metoda umožňující výběr zdravého embrya (Žáková, 2010)

Umělá inseminace – umělý způsob oplodnění, při kterém se zavádí spermie do pochvy ženy (Merck Serono, 2015)

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Pro bakalářskou práci s názvem „Role porodní asistentky v péči o ženu po asistované reprodukci“ bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Jako technika sběru dat byl použit individuální polostrukturovaný rozhovor. Tato metoda byla zvolena pro lepší vyjádření respondentek k dané problematice. Pro rozhovory s porodními asistentkami pracujícími na jednotce rizikového těhotenství bylo stanoveno celkem třináct otevřených otázek (Příloha 10). Na začátku výzkumu byly zjištěny identifikační údaje o respondentkách. Dále následovaly otázky zabývající se nejčastěji používanými metodami asistované reprodukce, názory porodních asistentek na asistovanou reprodukci, péči o těhotné ženy po asistované reprodukci a potřebami žen po asistované reprodukci při hospitalizaci na ošetrovací jednotce rizikového těhotenství. Otázky nadále směřovaly ke komplikacím spojeným s AR a informovaností žen po asistované reprodukci. Předem stanovené otázky byly během rozhovorů doplněny otázkami doplňujícími.

Rozhovory s porodními asistentkami pracujícími na jednotce rizikového těhotenství byly uskutečněny v měsících březen a duben 2017 v domácím prostředí a pomocí programu Skype. Před rozhovory byly porodní asistentky seznámeny s tématem bakalářské práce a poté s nimi byly podepsány Žádosti o spolupráci (Příloha 11). Rozhovory byly v celém průběhu nahrávány na audiozařízení. Následně byly přepsány a analyzovány metodou barvení v textu (Švaříček, Šedřová, 2014). Dle získaných analýz byly stanoveny hlavní kategorie a jejich podkategorie.

První hlavní kategorie Asistovaná reprodukce je rozdělena do tří podkategorií: Metody AR, Komplikace AR a Postoje porodních asistentek k AR. Druhá hlavní kategorie je Péče PA o ženu po asistované reprodukci, která je rozdělena do tří podkategorií: Specifika v péči u žen po AR, Poskytování informací ženám po AR a Změněné potřeby žen po AR během hospitalizace (viz Tabulka 1).

3.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl tvořen devíti porodními asistentkami pracujícími na ošetrovateľské jednotce rizikového tehotenství. Porodní asistentky byly ve věku 27-54 let. Hlavním kritériem bylo, aby porodní asistentky pracovaly na ošetrovací jednotce rizikového tehotenství. Druhým kritériem byla ochota porodních asistentek ke spolupráci. Pro zachování anonymity byly porodní asistentky označeny R1-R9.

4 Výsledky výzkumu

Výzkumný soubor tvořilo devět porodních asistentek. Dotazované PA pracovaly na ošetrovací jednotce rizikového těhotenství. V Tabulce 2 jsou uvedeny identifikační údaje porodních asistentek, jako je věk, vzdělání, bydliště, délka praxe na ošetrovatelské jednotce rizikového těhotenství a to, zda se setkaly s problematikou asistované reprodukce.

Tabulka 1: Hlavní kategorie a podkategorie

KATEGORIE	PODKATEGORIE
Asistovaná reprodukce	Metody AR
	Komplikace AR
	Postoje porodních asistentek k AR
Péče PA o ženu po asistované reprodukci	Specifika v péči u žen po AR
	Poskytování informací ženám po AR
	Změněné potřeby žen po AR během hospitalizace

Zdroj: vlastní

Tabulka 2: Identifikační údaje porodních asistentek

	Věk	Vzdělání	Bydliště	Délka praxe na RT	Setkání s problematikou AR
PA1	39	VŠ	Č. Budějovice	5	ano
PA2	45	VŠ	Č. Budějovice	7	ano
PA3	27	VŠ	Č. Budějovice	1	ano
PA4	29	VŠ	Č. Budějovice	3	ano
PA5	54	SŠ	Č. Budějovice	8	ano
PA6	36	VŠ	Praha	3	ano
PA7	27	VŠ	Praha	2	ano
PA8	50	SŠ	Ostrava	8	ano
PA9	28	VŠ	Brno	2	ano

(VŠ = vysokoškolské, SŠ = středoškolské s maturitou, RT = rizikové těhotenství, AR = asistovaná reprodukce)

Zdroj: vlastní

Z Tabulky 2 vyplývá, že respondenty byly ve věku 27-54 let. Porodní asistentky PA1, PA2, PA3, PA4, PA6, PA7, PA9 mají nejvyšší dokončené vzdělání vysokoškolské a

respondentky PA5 a PA8) mají nejvyšší vzdělání středoškolské odborné s maturitou. Bydliště respondentek se lišilo. Respondentky PA1, PA2, PA3, PA4 jsou z Českých Budějovic, respondentky PA6 a PA7 bydlí v Praze, respondentka PA8 bydlí v Ostravě a respondentka PA9 žije v Brně.

Respondentka PA1 byla ve věku 39 let, její nejvyšší dosažené vzdělání bylo vysokoškolské. Žena pracuje na jednotce rizikového těhotenství 5 let. S problematikou asistované reprodukce se setkala.

Respondentka PA2 byla ve věku 45 let, její nejvyšší dosažené vzdělání bylo vysokoškolské. Žena pracuje na jednotce rizikového těhotenství 7 let. S problematikou asistované reprodukce se již setkala mnohokrát.

Respondentka PA3 pracuje v Českých Budějovicích a byla ve věku 27 let. Vystudovala vysokou školu a 1 rok pracuje na jednotce rizikového těhotenství. S problematikou asistované reprodukce se setkala.

Respondentka PA4 byla ve věku 29 let, její nejvyšší dosažené vzdělání bylo vysokoškolské. Žena pracuje na jednotce rizikového těhotenství 3 roky. S problematikou asistované reprodukce se setkala ve své praxi i mezi svými přáteli.

Respondentce PA5 je 54 let, její nejvyšší dosažené vzdělání bylo odborné středoškolské s maturitou a nástavbou. Respondentka PA5 pracuje 8 let na jednotce rizikového těhotenství. S problematikou asistované reprodukce se setkala.

Respondentka PA6 byla ve věku 36 let, její nejvyšší dosažené studium bylo vysokoškolské. Žena pracuje v Praze a na jednotce rizikového těhotenství pracuje 3 roky. S problematikou asistované reprodukce má osobní zkušenosti.

Respondentka PA7 má ukončené vysokoškolské vzdělání. Respondentce je 27 let a na jednotce rizikového těhotenství pracuje 2 roky. S problematikou asistované reprodukce se setkala při své praxi.

Respondentka PA8 byla ve věku 50 let. Žena pracuje na jednotce rizikového těhotenství 8 let. Respondentky PA8 nejvyšší dosažené vzdělání bylo odborné středoškolské s maturitou. S problematikou asistované reprodukce se setkala při své praxi a v rodině.

Respondentka PA9 byla ve věku 28 let, její nejvyšší dosažené vzdělání bylo vysokoškolské. Žena pracuje v Brně na ošetrovatelské jednotce rizikového těhotenství 2 roky. S problematikou asistované reprodukce se setkala při své praxi i mezi přáteli.

Hlavní kategorie 1 Asistovaná reprodukce

Kategorie Asistovaná reprodukce se zabývá problematikou asistované reprodukce. Kategorie se věnuje nejvyužívanějšími a nejdůležitějšími metodami asistované reprodukce, komplikacemi asistované reprodukce a postoji porodních asistentek k asistované reprodukci. Dále byly respondentky tázány na názory zabývající se redukcí embryí. Na základě získaných informací byly vytvořeny tři podkategorie: Metody AR, Komplikace AR a Postoje porodních asistentek k AR.

Podkategorie Metody AR

Z této podkategorie vyplývá, jaké metody jsou nejčastěji dle porodních asistentek používány při asistované reprodukci. Respondentky PA1, PA2, PA3, PA4, PA5, PA6, PA7, PA8, PA9 uvedly, že se s problematikou setkaly při své praxi na ošetrovací jednotce rizikového těhotenství. Respondentka PA8 uvedla: *„Ano, s problematikou asistované reprodukce se setkáváme na oddělení poměrně často. V dnešní době se s metodami asistované reprodukce u pacientek setkáváme čím dál tím víc.“* Dále na otázku, co znamená poměrně často, respondentka odpověděla: *„Momentálně je na našem oddělení pět maminek po asistované reprodukci cca z dvaceti. Ale nejčastěji je počet jedna až dvě maminky z dvaceti hospitalizovaných žen.“*

Porodní asistentky PA1, PA5 a PA6 se shodly ve výpovědích na otázku, s jakými metodami asistované reprodukce se při své praxi setkaly nejčastěji. Za nejčastěji používanou metodu asistované reprodukce považují IVF. Dvě respondentky (PA7, PA9) odpověděly shodně, že nejčastěji používanou metodou je inseminace. Porodní asistentka PA9 uvedla, že inseminace u inseminace musí mít žena průchozí alespoň jeden vejcovod. Respondentky PA2, PA3, PA4 a PA8 uvedly obě zmiňované metody. Respondentka PA2 dodala: *„Nedá se říct, co je více používané z těchto dvou metod, protože většina žen po IVF předtím neúspěšně podstoupila inseminaci.“*

Na otázku, z jakého důvodu se přistupuje k metodám asistované reprodukce, odpověděly respondentky PA1, PA2, PA3, PA4, PA6, PA7 a PA9, že důvodem bývá ženská neplodnost. Porodní asistentka PA2 odpověděla: *„Nejčastěji se setkávám s neplodností ze strany ženy. Konkrétní důvod bych řekla, že je neprůchodnost vejcovodů a hormonální poruchy, kdy ženy neovulují.“* Naopak respondentky PA5 a PA8 uvádí, že důvodem pro asistovanou reprodukci je mužská neplodnost.

Respondentka PA8 uvedla, že nejčastější příčina neplodnosti u muže je nedostatečná kvalita spermií, zejména jejich pohyblivost.

Podkategorie Komplikace AR

Z této podkategorie vyplývá, jaké jsou dle dotazovaných PA nejčastější komplikace asistované reprodukce. Respondentky PA1, PA2, PA3, PA4, PA5, PA6, PA7, PA8 a PA9 uvedly jako nejčastější komplikaci vícečetné těhotenství. Respondentka PA4 řekla: *„Asistovaná reprodukce je spojovaná s mnoha riziky jak pro plod, tak pro matku. Nejvíce se setkávám s vícečetným těhotenstvím a z toho vyplývá další riziko – předčasný porod a tady je ohrožen právě i plod, protože ženy s vícečetným těhotenstvím málo kdy donesou své děti do termínu porodu.“*

Všechny respondentky také uvedly jako další komplikace předčasný porod a spontánní potrat. Porodní asistentky PA2, PA4, PA5 a PA8 uvedly jako následující komplikaci mimoděložní těhotenství. Jako závažnou komplikaci zmínily respondentky PA1, PA2, PA4, PA5, PA7, PA8 a PA9 ovariální hyperstimulační syndrom. PA5 při rozhovoru sdělila, že při hormonální stimulaci vaječnicků může dojít k velké tvorbě oocytů, které vedou k hyperstimulačnímu syndromu. Porodní asistentka PA4 při rozhovoru řekla, že žena s hyperstimulačním syndromem bývá často v pracovní neschopnosti a dochází na pravidelné prohlídky ke gynekologovi. Porodní asistentky PA1, PA5 a PA6 uvedly jako komplikaci poranění pochvy ženy při odběru oocytů a zavedení embrya do dělohy.

Podkategorie Postoje porodních asistentek k asistované reprodukci

Z podkategorie Postoje porodních asistentek k asistované reprodukci plyne, jaké názory a postoje mají porodní asistentky k této problematice. Všechny respondentky uvedly, že problematiku asistované reprodukce minimálně tolerují a zmínily, že je to každého rozhodnutí. Respondentka PA4 uvedla: *„V dnešní době je to velice aktuální. I mezi mými přáteli jsem se s problematikou neplodnosti setkala. Tudiž asistovanou reprodukci vřele vítám, protože díky asistované reprodukci můžou mít neplodné páry svého potomka.“* Respondentky PA2, PA4, PA6, PA8 a PA9 uvedly, že je to jediná možnost mít potomka u párů, které by za jiných okolností dítě mít nemohli. Respondentka PA3 uvedla, že je škoda, že v dnešní vyspělé době se ještě nedokáže pomoci všem párům. Avšak respondentka PA5 uvedla, že neví, zda je dobré zasahovat do problematiky neplodnosti. Respondentka PA5 se dále zmínila, že v dřívějších dobách byly také

neplodné páry a žily spokojeně dál. Respondentka PA5 se domnívá, že neplodnost u partnerů je z nějakého důvodu a mělo by to tak i zůstat a dodala, že někdo je předurčen mít potomka a někdo zase ne. Na doplňující otázku, zda si myslí, že neplodné páry opravdu žily spokojeně dál, porodní asistentka odpověděla: *„Ano, byly poté spokojeni. Je jasné, že v dané chvíli si museli manželé projít krizí, ale myslím si, že po smíření s touto situací nakonec byli spokojeni. A to dříve byla jiná doba, kdo neměl dítě do dvaceti let, tak se považoval za divného. Dnes, když má holka dítě ve dvaceti, tak je to úplně naopak. A když žena nemá dítě ve čtyřiceti letech, tak to nikdo neřeší. Takže dříve bylo smíření s neplodností těžší především z důvodu, co na to řekne okolí. A lidé to dokázali.“*

Respondentka PA8 se domnívá, že asistovaná reprodukce je obchod. Myslí si, že metody asistované reprodukce jsou nyní nadbytečně využívány. Respondentka PA8 uvádí, že k metodám asistované reprodukce dochází příliš brzo, protože již po necelém roce nezdařeného početí lidé podstupují metody asistované reprodukce. Porodní asistentka PA8 se domnívá, že vysokou roli hrají finance, které centra vytěží. Porodní asistentky PA5 a PA7 uvedly, že v dnešní době si mnoho žen a mužů přivydělává darováním gamet. Obě porodní asistentky se domnívají, že darování gamet by nemělo být placené, ale dobrovolné (například jako darování krve). Respondentka PA7 řekla: *„Přijde mi to chvilka jako obchod s bílým masem. Stačí si jen zapnout internetový prohlížeč a každou chvíli vyjede reklama s darováním vajíček za nemalý finanční obnos. I má kamarádka si tímto způsobem vydělávala a koupila si za pár měsíců auto. Jak říká ona – je to jednoduché, stačí objet pár center.“* I druhá respondentka PA5 se domnívá, že mnoho lidí zneužívá asistované reprodukce k výdělku.

Respondentky PA1, PA3, PA4, PA5, PA6, PA7 a PA8 se zmínily o anonymitě darovaných gamet a embryí. Porodní asistentky uvažovaly, zda rodiče řeknou dítěti pravdu o biologických rodičích či nikoli. Respondentka PA8 řekla: *„Pokud při metodě IVF jsou použity jiné pohlavní buňky, tak nevím, jestli by o tom mělo vědět dítě. Na jednu stranu by dítě asi mělo vědět pravdu, ale na druhou stranu nezmění se tím vztah mezi ním a nebiologickými rodiči?“* Ke stejnému závěru došly i respondentky PA3, PA4 a PA6. Porodní asistentky PA3, PA4 a PA6 uvedly, že by nevěděly jak to svému dítěti sdělit a v jakém věku. Respondentka PA4 sdělila, že by neprávem žárlila, kdyby se její dítě chtělo sejit s biologickými rodiči. Porodní asistentka PA1 se domnívá, že pravda o biologických rodičích by se měla dítěti sdělit a uvedla: *„Určitě bych pravdu*

řekla, protože dřív či později by se na to stejně přišlo. A pokud bychom to tajili před tím dítětem, tak potom by bylo zklamané a zrazené, že se mu celý život lhalo. Dítě by mělo znát minimálně jména svých biologických rodičů.“ Respondentky PA1, PA3, PA4, PA6 a PA8 se shodly, že pokud by svému potomkovi chtěly říci pravdu, tak by se o tom nejdříve poradily s odborníkem. Na otázku, zda se změní vztah mezi nebiologickými rodiči a potomky po odhalení pravdy, se porodní asistentky PA1, PA3, PA4, PA6 a PA8 domnívají, že ano. *„Ano, myslím si, že se vztah mezi nimi změní. Nemyslím si, že špatným směrem, ale v určitém směru ano“* odpověděla respondentka PA6. Morální postavení embrya vnímají respondentky různě. Respondentky PA1, PA3, PA5, PA8 a PA9 se shodují, že již zárodek je lidská bytost. Avšak respondentky PA2, PA4, PA6 a PA7 tvrdí opak, totiž že embryo ještě lidská bytost není.

Respondentky PA1, PA4, PA5, PA6 a PA9 se také vyjádřily k financování asistované reprodukce. Porodní asistentky PA1, PA4, PA5, PA6 a PA9 si myslí, že asistovaná reprodukce stále není pro všechny finančně dostupná. Respondentky vysvětlují tento argument tím, že zdravotní pojišťovny některé zákroky nehradí nebo hradí jen do určité výše. Ženy jsou mnohdy po léčbě neplodnosti dlouhodobě na nemocenské a mnohé léky a vitamíny si hradí také. Respondentka PA6 uvedla: *„Asistovanou reprodukcí jsem si sama prošla a levná záležitost to není. Ano, pojišťovna vám určité věci hradí, ale než k samotnému zákroku dojde, tak vám lékař doporučí různé alternativy a vy je vyzkoušíte. Například různé formy doplňků stravy či vitamíny a nestojí zrovna málo. Po částce dvacet tisíc korun při prvním pokusu jsme peníze přestali s manželem počítat. Podotýkám, že nám vyšel bohužel až další pokus.“* Rozdílný názor měla respondentka PA5, která se domnívá, že zdravotní pojišťovny hradí příliš mnoho a financování potřebuje zdravotnictví daleko víc jinde. Při doplňující otázce, kam by se peníze víc hodily, respondentka PA5 odpověděla na prevenci karcinomů.

Porodní asistentka PA7 přemýšlela, jaký je postup, když přijde darovat gamety člověk tmavé či černé pleti. Zda se tento fakt někam uvádí, když darování gamet je anonymní. Na otázku, zda by respondentky podstoupily asistovanou reprodukci, byly různé názory. Respondentky PA1, PA3, PA4, PA6 a PA7 by v případě neplodnosti využily metody asistované reprodukce. Respondentka PA6 již podstoupila asistovanou reprodukci (2x IUI neúspěšně a 2x IVF – podruhé úspěšně). U respondentky PA8 podstoupila asistovanou reprodukci snacha. Respondentky PA4 a PA9 se setkaly s metodami asistované reprodukce u svých známých a přátel. Respondentky PA2, PA8 a PA9 by

asistovanou reprodukci podstoupily, pokud by šlo o jejich vlastní gamety. Pokud by šlo o gamety dárce či dárců, tak by metody asistované reprodukce nepodstoupily. Odůvodnily to tím, že by nemohly v těle nosit cizí dítě, které jim není podobné. Respondentky PA2 a PA9 by raději adoptovaly dítě, než aby využily darované gamety. Respondentka PA5 by asistovanou reprodukci nepodstoupila vůbec. Respondentka PA6 uvedla, že má kryokonzervovaná 3 embrya, která nejspíše už nevyužije. Tato respondentka má však problém s rozhodnutím, zda embrya darovat či je zneškodnit. *„Nevím, co s přebytečnými zamraženými embryi. S manželem další dítě už neplánujeme a tak přemýšlíme, co s embryi. Nedokážu si představit, že bychom s manželem embrya darovali a někde po světě chodilo naše další dítě. A zlikvidovat je? To rozhodně ne, vždyť jsou to moje děti! Zatím mám plán takový, že asi do konce svého života budeme platit zamražení a potom mi to už bude jedno.“*

Další postoj porodních asistentek byl věnován redukci embryí. Všechny dotazované porodní asistentky věděly, že existuje redukce embryí. Respondentky PA2, PA5, PA6 a PA8 se s redukcí embryí při své praxi setkaly, avšak respondentkám PA1, PA3, PA4, PA7 a PA9 se nepodařilo s touto problematikou osobně setkat. Na položenou doplňující otázku, kolik musí být plodů v těle ženy, aby byla možná redukce embryí, odpověděly porodní asistentky různě. Respondentky PA1, PA2, PA4 a PA8 tvrdí, že v těle ženy musí být 4 a více plodů, aby mohla podstoupit redukci embryí. Respondentky PA3, PA5 a PA7 se domnívají, že k redukci embryí musí žena očekávat minimálně trojčata. Respondentky PA6 a PA9 si myslí, že k redukci embryí postačí čekat dvojčata. Porodní asistentky PA1, PA3, PA4, PA6 a PA9 s redukcí embryí souhlasí a porodní asistentky PA2, PA5, PA7 a PA8 s redukcí embryí nesouhlasí. Respondentka PA1 se vyjádřila takto: *„Vím, že na redukci embryí není zas tolik dobrého, ale stejně jsem pro ni. Při metodách IVF se může zavádět více embryí, aby se zvýšila pravděpodobnost úspěšného početí. Byť se uchytí víc zárodků, tak si myslím, že je lepší donosit jedno zdravé dítě, než s komplikacemi mít mnohočetné těhotenství.“* Zbylé respondentky PA3, PA4, PA6 a PA9, které také souhlasí s redukcí embryí, mají stejný názor jako respondentka PA1. Zmiňované respondentky PA3, PA4, PA6 a PA9 podotkly, že se přiklání k redukci embryí, aby předešly komplikacím spojeným s mnohočetným těhotenstvím vzniklým při asistované reprodukci. Respondentka PA5 s redukcí embryí nesouhlasí z tohoto důvodu: *„S redukcí embryí rozhodně nesouhlasím. Nedokážu si představit být na straně matky a vybrat si, jaké embryo zabiju. Je to legální vražda.“* Respondentky PA2, PA7 a

PA8 nesouhlasící s redukcí embryí měly podobný názor jako respondentka PA5. Porodní asistentka PA5 řekla, že hlavní důvod, proč by ženy neměly podstoupit redukcí embryí, je z etického hlediska.

Na doplňující otázku, zda by respondentky PA1- PA9 samy podstoupily redukcí embryí, odpověděly některé respondentky překvapivě. Porodní asistentky PA1, PA3, PA4, PA6 a PA9, které s redukcí embryí souhlasily, měly smíšené názory. Respondentky PA1, PA3, PA4 a PA9 uvedly, že neví, zda by redukcí embryí podstoupily a rozhodly by se dle četnosti plodů v děloze. Respondentka PA9 uvedla: *„Jestli bych sama podstoupila redukcí embryí? To je těžká otázka. Přesně nevím, jak bych se rozhodla. Asi bych k ní přistoupila, protože vím, že při mnohočetným těhotenstvím přichází mnoho rizik. Nejvíce by rozhodovalo, o jak mnohočetné těhotenství by šlo. Pokud bych čekala dvojčata, tak bych zákrok nepodstoupila, ale u trojčat si myslím, že už ano. A pokud bych se rozhodla pro redukcí embryí, tak si myslím, že mnoho nocí by mi to nedalo spát a červíček by mi v hlavě hlodal a říkal – nedělej to, je to tvoje dítě.“* Respondentka PA6 uvedla, že k redukcí embryí by přistoupila, protože sama již jednou dvojčata potratila v šestnáctém gestačním týdnu. Odůvodnila to tím, že by chtěla snížit pravděpodobnost případných rizik spojených s mnohočetným těhotenstvím. Respondentky PA2, PA5, PA7 a PA8, které nesouhlasily s redukcí embryí, by redukcí ani nepodstoupily. Ani jedna z respondentek nevěděla, jak se redukce embryí provádí.

Hlavní kategorie 2 Péče PA o ženu po asistované reprodukci

Kategorie Péče o ženu po asistované reprodukci byla zvolena jako druhá hlavní kategorie. Tato kategorie se zabývá péčí o těhotné ženy a jejich potřebami po asistované reprodukci. Druhá hlavní kategorie se dále věnuje hyperstimulačnímu syndromu a informovanosti žen po asistované reprodukci. Kategorie 2 s názvem Péče PA o ženu po asistované reprodukci se dělí do tří podkategorií: Specifika v péči o ženy po asistované reprodukci, Informovanost žen po asistované reprodukci a Změněné potřeby u žen po asistované reprodukci při hospitalizaci na ošetrovací jednotce rizikového těhotenství.

Podkategorie Specifika v péči u žen po asistované reprodukci

Tato podkategorie se zabývá péčí o ženy po asistované reprodukci. V této podkategorii je uvedena péče u žen s hyperstimulačním syndromem. Porodní asistentky PA1-PA9

vedly, že ženy po asistované reprodukci jsou častěji sledovány u gynekologů a v centrech asistované reprodukce. Na začátku gravidity je nutno kontrolovat správné uložení plodu a četnost zárodků. Porodní asistentky PA6 a PA8 se ztotožnily v odpovědi, že ženy po asistované reprodukci dochází na prenatální diagnostiku vrozených vývojových vad plodu. Dále se všechny porodní asistentky shodly, že ženy jsou v rizikovém těhotenství a často jsou v pracovní neschopnosti. Respondentka R6 z vlastní zkušenosti uvedla, že po transferu embrya do dělohy byla v pracovní neschopnosti a musela dodržovat klidový režim. Po třech týdnech šla tato respondentka na ultrazvukové vyšetření a odběr krve na HCG a poté šla na další UZ v osmém týdnu gravidity. Porodní asistentky PA2, PA3, PA4, PA6, PA7 a PA9 sdělily, že na počátku těhotenství či v jeho průběhu užívají ženy po asistované reprodukci gestageny (například Utrogestan) k podpoře nidace a udržení těhotenství.

Porodní asistentka PA6 sdělila, že ženy po asistované reprodukci jsou často hospitalizovány na oddělení rizikového těhotenství, a to zejména kvůli již zmiňovaným komplikacím. Dále uvedla respondentka PA6, že se jedná zejména o předčasný porod, vícečetné těhotenství a dále o spontánní potrat, mimoděložní těhotenství a hyperstimulační syndrom. Respondentky PA1, PA2, PA3, PA5, PA7 a PA8 uvedly, že ženy mají často dodržovat klid na lůžku. Respondentka PA3 uvedla, že u žen, kterým hrozí předčasný porod, je doporučena Trendelenburgova poloha. Respondentka PA4 podotkla, že pokud je žena bez komplikací, tak může dodržovat pohybový režim tak, jak je zvyklá. Respondentka PA8 řekla, že ženy s rizikovým těhotenstvím by měly ležet na levém boku a omezit polohu na zádech. Respondentky PA1, PA2, PA5, PA6 a PA8 udávají, že ženy po asistované reprodukci by se měly vyhýbat zvýšené tělesné námaze. Dále respondentka PA5 uvedla, že pokud má žena přísný klid na lůžku, tak je vhodná domluva s rehabilitačním pracovníkem, aby nedocházelo k oslabení svalů.

Dle respondentek PA7 a PA9 jsou ženy s hyperstimulačním syndromem hospitalizovány na oddělení rizikového těhotenství a podle respondentek PA2, PA3 a PA5 jsou ženy hospitalizovány na gynekologickém oddělení. Všechny porodní asistentky PA1-PA9 souhlasně odpověděly, že při mírné formě hyperstimulačního syndromu není nutná hospitalizace pacientky. Respondentky PA3, PA4, PA6 a PA9 uvedly, že u žen s hyperstimulačním syndromem se objevují příznaky jako nauzea, zvracení, průjmy, otoky, bolest břicha a zvětšení břicha. Porodní asistentka PA3 řekla, že je nutné těmto příznakům u žen po asistované reprodukci věnovat pozornost. Dle

respondentky PA9 může také docházet u ženy s hyperstimulačním syndromem ke změně nálady a bolestem hlavy. Všechny porodní asistentky uvádí, že veškeré změny stavu je nutné hlásit lékaři. Respondentky PA4, PA6, PA7 a PA9 se během své praxe nesetkaly s těžkými příznaky hyperstimulačního syndromu.

Podkategorie Poskytování informací ženám po AR

Druhou podkategorií je Poskytování informací ženám po asistované reprodukci. V této podkategorii najdeme informace o tom, zda si porodní asistentky myslí, že jsou ženy během asistované reprodukce dostatečně s touto problematikou obeznámeny. Všechny respondentky se shodně vyjádřily, že informovanost žen po asistované reprodukci je na vysoké úrovni. Porodní asistentka R7 sdělila, že kvalitní informovanost je díky výborné péči v centrech asistované reprodukce a internetu. Respondentka PA7 řekla: *„V dnešní době je v České republice špičková péče v odvětví asistované reprodukce. Od pacientek slyším na centra asistované reprodukce samou chválu na vřelé chování. Dále je velkým pomocníkem internet. I po návštěvě center snad všechny maminky vyhledávají další informace na internetu. Je fajn si přečíst na internetu na různých fórech, že další páry mají stejný problém s početím, ale na druhou stranu u všech to nedopadne zrovna nejlíp a ženy jsou tudíž zbytečně vystaveny stresu.“* Respondentky PA1-PA9 by také vyhledávaly další informace i u jiných zdrojů (například internet). Respondentka PA6 se domnívá, že ženy jsou často zaskočeny velkým počtem informací a vše si správně nezapamatují. Respondentky PA5 a PA8 zdůraznily, že ženám by měl být kladen větší důraz na případná rizika spojená s asistovanou reprodukcí a na riziko vzniku karcinomu ovárií. Porodní asistentka PA2 sdělila, že by ženy více varovala před případným neúspěchem, protože ženy se mnohdy stoprocentně spoléhají na asistovanou reprodukci. *„V centrech zdůrazňují pomalu jen kladná čísla. Negativní čísla řeknou jen tak v meziřechi. Jen řeknou dovětek, že to není nikdy stoprocentní. Ale podle mého názoru by tímto měli začít.“* uvedla respondentka PA2.

Respondentky PA1-PA9 uvedly, že ženy získávají informace především z internetu. Všechny respondentky se domnívají, že ženy před zahájením samotné léčby a před návštěvou odborných center mají již prostudované internetové stránky ohledně léčby neplodnosti. *„Myslím si, že není na škodu si k asistované reprodukci něco najít na internetu, ale využila bych to jen jako doplnění informací a ne jako hlavní informace. Myslím si, že když jim to potom lékaři v centrech chtějí vysvětlit, tak ženy jen mávnou*

rukou a řeknou, že už informace dostaly.“ uvedla respondentka PA3. Jako další zdroj uvedly všechny dotazované respondentky PA1-PA9 centra asistované reprodukce a domnívaly se, že zde by ženy měly dostávat nejkvalitnější informace. Respondentky PA1, PA2, PA3, PA5, PA6, PA8 a PA9 uvedly, že další informace by ženy měly dostávat od svých gynekologů.

Respondentka PA6 dodala: *„O karcinomu ovárií v centru AR moc nediskutují. Argumentují to tím, že není žádná studie, která by toto tvrzení potvrdila.“*

Podkategorie Změněné potřeby žen po AR během hospitalizace

Podkategorie Změněné potřeby u žen po asistované reprodukci během hospitalizace se zabývá názory porodních asistentek na potřeby žen po asistované reprodukci. Porodní asistentky PA1, PA3, PA4, PA6 a P9 uvedly, že potřeby se mění dle osobnosti ženy, jejímu věku a soběstačnosti.

Všechny porodní asistentky se ztotožnily s názorem, že neplodné ženy ztratily pocit jistoty a bezpečí. Odůvodnily to tím, že pacientky si myslí, že jako ženy zklamaly. Porodní asistentky PA3 a PA9 sdělily, že velmi často dochází ke konfliktu mezi partnery. Nervozita a stres se u partnerů stupňuje, zejména u nevydařených pokusů o početí. Dle zmiňovaných porodních asistentek je touha po dítěti tak vysoká, že ženy mnohdy zapomínají na své základní potřeby. Především zmiňovaly sexuální potřeby. Respondentky PA1-PA9 se shodly, že partneři prochází velkou změnou i v intimním životě. *„Při neplodnosti se mění i sexuální život manželů. Ze styku se stává povinnost a ne zábava. A když nedochází k početí, tak si myslím, že manžele to přestane bavit,“* sdělila respondentka PA7. Porodní asistentka PA3 řekla, že potřeba sebenaplnění není uspokojena, protože hlavní a nejdůležitější potřebou je potřeba být matkou. Respondentka PA6 řekla: *„Je to hrozně těžká situace, nikomu ji nezávidím. Když se kouknu zpětně na ten stres a beznaděj při nepovedených pokusech, tak sama sebe obdivuju, jak jsem to zvládla. Ze všeho nejdůležitější je podpora rodiny, přátel a i porodních asistentek a lékařů.“* Dále respondentka uvedla, že velice náročná situace byla, když si přátelé ze začátku dělali legraci. *„Čím dál tím víc mě to frustrovalo, všichni okolo měli děti, vycházelo jim to přirozeně na první pokusy a my s manželem po několika pokusech umělého oplodnění a pořád nic. Začínala jsem se všem vyhýbat, protože mě ubíjely otázky – tak co, už se podařilo?“* dodala respondentka. Respondentky PA1-PA8 se shodly ve výpovědi, že ženy si dávají svoji neplodnost za

vinu. Respondentka PA2 dodala, že ženy nemají pocit štěstí, ale neštěstí. Respondentka PA2 tvrdí, že žena chce mít pocit lásky, naplnění a pocit jistoty v rodině. Porodní asistentka PA1 by u párů, které se potýkají s nedobrovolnou neplodností, využila psychoterapii. *„Při léčbě neplodnosti bych využila psychoterapii. Myslím si, že pokud se partneři s diagnózou neplodnosti smíří, tak to bude mít lepší dopad na léčbu. Myslím si, že na psychice velice záleží a velice úzce souvisí s plodností,“* řekla respondentka PA1.

Všechny respondentky, se shodly, že hospitalizace pro těhotnou ženu je velice náročná. Dále se všechny porodní asistentky shodly, že ženy na oddělení jsou často plačtivé a přecitlivělé. Respondentka PA9 řekla, že je to způsobeno strachem ze vzniklé neočekávané komplikace. Porodní asistentka PA6 sdělila, že ženy po AR jsou šťastné, že se podařilo počít potomka a nyní mají strach, že o něj přijdou. Všechny respondentky se shodly, že během hospitalizace ženy potřebují pocit jistoty a bezpečí, který hledají zejména u partnera a rodiny. Porodní asistentka PA9 dodala: *„Ženy jsou před metodami AR nejisté. Bojí se. Poté konečně otěhotní a jsou šťastné a najednou se vyskytne komplikace a strach s nejistotou jsou zpátky na svém místě.“* Všechny respondentky se shodly, že při hospitalizaci dochází ke změně základních biologických potřeb. Respondentka PA1 řekla, že ženy se musí přizpůsobit režimu oddělení, konzumují to, co jim v nemocniční kuchyni připraví, kontakt s rodinou mají také omezený. Respondentka PA2 uvedla, že ženy musí brát ohled i na zbylé pacientky na pokoji. Porodní asistentka PA6 řekla, že mnohdy stěhují pacientky na jiné pokoje, když si se zbylými pacientkami z pokoje nerozumí, či některá z pacientek v noci chrápe. Respondentka PA2 sdělila, že mnohdy je problém mezi pacientky na pokoji z důvodu teploty místnosti, protože některé pacientky rády větrají a některé ne. Všechny porodní asistentky se shodly, že hospitalizované ženy, které mají doma malé děti, snášejí hospitalizaci hůř než ženy bez dětí. Respondentka PA9 sdělila, že pokud žena musí jet na urgentní císařský řez v malém týdnu těhotenství, tak je důležitá péče po císařském řezu, neboť potom se mění její potřeby. Všechny porodní asistentky se shodly, že potřebu informovanosti má také partner a rodina, na které se mnohdy zapomíná.

5 Diskuze

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na asistovanou reprodukci. Otázky pro respondentky byly zaměřeny na nejpoužívanější metody asistované reprodukce a komplikace asistované reprodukce. Nadále se otázkami zjišťovaly postoje porodních asistentek k asistované reprodukci a k redukcii embryí. Výzkumné šetření se zaměřilo na péči o ženy po asistované reprodukci. V neposlední řadě se výzkumné šetření zabývalo názory porodních asistentek na změněné potřeby žen po AR a poskytování informací ženám po asistované reprodukci.

Pro bakalářskou práci byl stanoven cíl, který se zabýval postoji porodních asistentek k asistované reprodukci. Kvalitativní výzkumné šetření bylo zaměřeno na péči PA k ženám po asistované reprodukci, a jak PA vnímají AR. Toto výzkumné šetření bylo prováděno s porodními asistentkami, které pracují na ošetrovací jednotce rizikového těhotenství.

S problematikou neplodnosti se v České republice potýká 20 % párů (Rampík, 2014). Dle WHO (© 2016) má problém s početím 15 % párů ve světě. Neplodnost je léčena konzervativně, chirurgicky a metodami asistované reprodukce (Uhlíková, 2012). Nejčastěji využívaná metoda v léčbě neplodnosti je asistovaná reprodukce (Gregora, Velemínský ml., 2013). Všechny dotazované porodní asistentky se s problematikou asistované reprodukce setkaly při své praxi. Respondentka PA6 asistovanou reprodukci podstoupila. Porodní asistentky PA4, PA8 a PA9 se s AR setkaly v rodině a mezi přáteli. Dle IVF Zlín (© 2016) je IVF nejdůležitější metodou asistované reprodukce.

Respondentky PA1, PA2, PA3, PA4, PA5, PA6 a PA8 uvedly, že se při své praxi nejčastěji setkávají s metodou IVF a považují tuto metodu za nejdůležitější. Zbylé respondentky (PA7 a PA9) řekly, že nejčastější a nejdůležitější metodou asistované reprodukce, je IUI. Respondentka R2 podotkla, že mnoho žen podstoupí nejdříve IUI a poté při jejím neúspěchu podstoupí IVF. Na otázku, jaké pohlaví může nejčastěji za neplodnost, odpověděly respondentky různě. Respondentky PA1, PA2, PA3, PA4, PA6, PA7 a PA9 si myslí, že za neplodnost může převážně žena. Respondentky PA5 a PA8 sdělily, že za neplodnost odpovídá převážně muž.

Gregora a Velemínský ml. (2013) uvádějí, že za neplodnost mohou obě dvě pohlaví stejně (z 40 % žena a z 40 % muž). Podle mého názoru se porodní asistentky častěji

setkávají při své praxi s léčbou neplodnosti ženy, nikoli muže, a z toho důvodu uvedly, že za neplodnost může převážně žena. Respondentka PA2 sdělila, že mezi nejčastější příčiny neplodnosti u ženy patří neprůchodnost vejcovodů a hormonální poruchy. Ulčová-Galová a Lošan (2013) potvrdili toto tvrzení ve své publikaci, kde uvedli, že nejčastější příčina ženské neplodnosti spočívá ve vaječnicích (40 %) a vejcovodech (20 %). Mezi další příčiny ženské neplodnosti patří endometrióza, imunologický faktor a genetická porucha. Nejčastější příčinu mužské neplodnosti sdělila respondentka PA8 nedostatečnou kvalitou spermií. Poté respondentka PA8 dodala, že spermií může být málo, mohou být pomalé, mít špatný tvar či nejsou zastoupeny v ejakulátu. K poruchám plodnosti u mužů může dojít například po úrazech, zánětech, operacích, onkologické léčbě a genetické poruše (Heřmanová, 2013). Heřmanová (2013) uvedla, stejně jako respondentka PA8, že nejčastější příčinou mužské neplodnosti, je kvalita spermií. Domnívám se, že muži snášejí svoji neplodnost hůř než ženy.

Těhotenství vzniklé metodou asistované reprodukce může vést ke komplikacím. Myslím si, že každé těhotenství po asistované reprodukci je rizikové. Řežábek (2014) uvádí, že mezi komplikace asistované reprodukce patří spontánní potrat, hyperstimulační syndrom, předčasný porod, vícečetné těhotenství, mimoděložní těhotenství a poranění při odběru oocytů. Respondentka R4 řekla, že těhotenství po asistované reprodukci přináší rizika pro plod i pro ženu. Všechny respondentky odpověděly, že nejčastější komplikací asistované reprodukce je vícečetné těhotenství.

Štembera et al. (2014) také udávají, že nejčastější komplikací asistované reprodukce je vícečetné těhotenství. Vícečetné těhotenství je rizikové z toho důvodu, že hrozí samovolný potrat a předčasný porod (Gregora, Velemínský ml., 2013). Dle Behinové (2012) hrozí při vícečetném těhotenství také zvýšené riziko preeklampsie, eklampsie a GDM. Jako další komplikaci spojenou s asistovanou reprodukci uvedly respondentky PA1-PA9 spontánní potrat. IVF centrum v Brně (© 2015) uvedlo, že ke spontánnímu potratu u žen po asistované reprodukci dochází z důvodu nedostatečné životaschopnosti embrya po jeho zavedení do dělohy. Všechny porodní asistentky uvedly jako další komplikaci předčasný porod. Vědecky bylo dokázáno, že ženy po IVF častěji rodí předčasně (Ženská-neplodnost, © 2017). Také Hájek et al. (2014) potvrdil, že za předčasný porod může asistovaná reprodukce. K předčasnému porodu u žen po asistované reprodukci dochází zejména kvůli onemocnění ženy, jejímu věku a vícečetnému těhotenství.

Jako následující komplikaci sdělily respondentky PA2, PA4, PA5 a PA8 mimoděložní těhotenství. Řežábek (2014) uvedl ve své publikaci stejný argument jako respondentky PA2, PA4, PA5, a PA8 a to, že mimoděložní těhotenství může vzniknout při metodách AR. Toto tvrzení odůvodnil tím, že vejcovody u neplodných žen bývají často poškozené a k uhnízdění dochází právě zde (Řežábek, 2014). Předposlední komplikaci řekly respondentky PA1, PA5 a PA6 poranění pochvy při odběru oocytů a poranění pochvy při zavedení embrya. Roztočil et al. (2011) tuto komplikaci potvrdili. Roztočil et al. (2011) uvádějí ve své publikaci, že při každém odběru oocytů dochází minimálně k malému poranění pochvy, protože jehla musí být vsunuta k ováriím přes poševní klenbu. Poslední komplikací je hyperstimulační syndrom, který řekly respondentky PA1, PA2, PA4, PA5, PA7, PA8 a PA9. Fortimed (© 2017) na svých stránkách zveřejnil, že incidence hyperstimulačního syndromu se pohybuje mezi 3-5 %. Přesná příčina vzniku hyperstimulačního syndromu není známa, jen je ověřeno, že souvisí s hyperstimulací ovárií gonadotropiny (Řežábek, 2014).

Domnívám se, že OHSS patří mezi nejzávažnější komplikace asistované reprodukce. Vzhledem k závažnosti tohoto onemocnění by měly porodní asistentky zavčas rozpoznat příznaky onemocnění, jako je diskomfort, břišní napětí, nauzea, zvracení, průjem, leukocytóza, oligurie, ascités, bolestivost břicha, zvýšení jaterních testů, hemokoncentrace, dušnost, hydrotorax, perikardální výpotek a tromboembolie (Roztočil et al., 2011). Respondentky PA3, PA4, PA6 a PA9 se shodly s Roztočilem et al. (2011) na nauze, zvracení, průjmu a bolesti břicha. Respondentka PA9 uvedla jako další příznaky OHSS změny nálad a bolesti hlavy. Řežábek (2014) uvedl, že hospitalizace je nutná při těžké formě OHSS. Ženy s hyperstimulačním syndromem jsou hospitalizovány na stanici rizikového těhotenství dle respondentek PA7 a PA9 a na gynekologickém oddělení dle respondentek PA2, PA3 a PA5. Domnívám se, že ženy s OHSS jsou hospitalizovány na oddělení dle zvyklosti nemocnice. Porodní asistentka PA4 při rozhovoru řekla, že žena s hyperstimulačním syndromem bývá často v pracovní neschopnosti a dochází na pravidelné prohlídky ke gynekologovi. Řežábek (2014) uvedl, že hospitalizace je nutná při těžké formě OHSS. Respondentky PA4, PA6, PA7 a PA9 se během své praxe nesetkaly s těžkými příznaky hyperstimulačního syndromu.

Při zjištění vícečetného těhotenství se může žena po asistované reprodukci setkat s redukcí embryí. Respondentky PA2, PA5, PA6 a PA8 se s redukcí embryí při své praxi potkaly. Avšak respondentky PA1, PA3, PA4, PA7 a PA9 nikoliv. K redukcii

embryí se přistupuje u trojčetného a vícečetného těhotenství (Roztočil et al., 2011). Respondentky PA1, PA2, PA4 a PA8 se domnívaly, že žena musí mít minimálně čtyřčetné těhotenství, aby mohla podstoupit redukci embryí. Respondentky PA6 a PA9 předpokládaly, že k redukci embryí postačuje dvojčetná gravidita.

Porodní asistentky PA1, PA3, PA4, PA6 a PA9 s redukcí embryí souhlasí, a to zejména z důvodu, že je dobré předejít případným komplikacím spojených s vícečetným těhotenstvím. Z těchto porodních asisterek by jen respondentka PA6 určitě redukcí embryí podstoupila. Respondentky PA1, PA3, PA4 a PA9 by si nebyly jisty a rozhodly by se dle četnosti plodů. Myslím si, že sama bych se rozhodla pro redukci embryí dle četnosti embryí v děloze. Respondentky PA2, PA7 a PA8 by redukcí embryí nepodstoupily a ani s ní nesouhlasí. Respondentka PA5 se k redukci embryí vyjádřila takto: „*S redukcí embryí rozhodně nesouhlasím. Nedokážu si představit být na straně matky a vybrat si, jaké embryo zabiju. Je to legální vražda.*“ Domnívám se, že respondentky, které nesouhlasí s redukcí embryí, tolerují rozhodnutí žen, které jej podstoupí.

Redukce embryí se provede po desátém týdnu gravidity tak, že se aplikuje intraamniálně hypertonický KCL tak, aby v děloze zbyly dvě embrya (Roztočil et al., 2011). Ani jedna z respondentek nevěděla, jak a kdy se redukce embryí provádí. Domnívám se, že je to zapříčiněné malým počtem respondentek, které se s touto problematikou setkaly nebo nedostatečnými znalostmi PA.

Dotazované porodní asistentky PA1-PA9 odpověděly, že problematiku asistované reprodukce tolerují. Respondentky PA1, PA2, PA3, PA4, PA6, PA7, PA8 a PA9 metody asistované reprodukce vnímají pozitivně, avšak respondentka PA5 negativně. Respondentky PA2, PA4, PA6, PA8 a PA9 uvedly, že asistovaná reprodukce dává naději párům, které by za normálních okolností potomky mít nemohly. Zastávám stejný názor jako respondentky PA2, PA4, PA6, PA8 a PA9. Metody asistované reprodukce nejsou stoprocentní, ale dávají naději párům být rodiči. Dle Gregory a Velemínského ml. (2013) je úspěšná léčba u 25-30 % párů. Domnívám se, že respondentky, které se setkaly s problematikou asistované reprodukce u svého blízkého okolí, vnímají AR lépe než respondentky, které se s touto problematikou setkaly jen při své praxi.

Z výsledků výzkumného šetření ohledně péče o ženy po asistované reprodukci uvedly všechny respondentky, že ženy po AR jsou častěji kontrolovány u gynekologů a

v centrech asistované reprodukce z důvodu možnosti komplikací. Na začátku gravidity je nutno kontrolovat uložení plodu a četnost zárodků. Porodní asistentky PA6 a PA8 řekly, že ženy po asistované reprodukci dochází na prenatalní diagnostiku vrozených vývojových vad plodu. Dále se všechny respondentky shodly v tom, že většina žen je poté v rizikovém těhotenství a často jsou v pracovní neschopnosti. Respondentka PA6 uvedla, že po aplikaci embrya do dělohy musí následovat klidový režim. Porodní asistentky PA2, PA3, PA4, PA6, PA7 a PA9 sdělily, že na počátku těhotenství či v jeho téměř celém průběhu ženy po asistované reprodukci užívají gestageny (například Utrogestan) k podpoře nidace a udržení těhotenství. Pokud žena nemá komplikace, tak může dodržovat pohybový režim tak, jak je zvyklá. Respondentky PA1, PA2, PA5, PA6 a PA8 uvádí, že ženy po asistované reprodukci by se měly vyhnout zvýšené tělesné námaze.

Respondentky PA1, PA3, PA4, PA5, PA6, PA7 a APA8 se zmínily o darování gamet a embryí. V článku od Nejedlé (2010) podotkla psycholožka, že by se dítěti narozenému z darované gamety či embrya měla říct pravda. Respondentka PA1 s tímto tvrzením souhlasí. Zbylé respondentky (PA3, PA4, PA5, PA6, PA7 a PA8) nejsou pevně rozhodnuty. Dále respondentky PA1, PA3, PA4, PA6 a PA8 řekly, že by se nejdříve poradily s odborníkem, protože by nevěděly, jak dítěti tuto skutečnost říct a v jakém věku. Respondentka PA8 zmínila, že by měla strach prozradit pravdu o biologických rodičích. Odůvodnila to tím, že by se obávala změnou vztahu mezi nimi a potomkem.

Porodní asistentky PA5 a PA7 uvedly, že v dnešní době si lidé pomocí darování gamet přivydělávají a toto tvrzení bylo potvrzeno i v článku od Nejedlé (2010). Nadále se respondentky PA5 a PA7 shodly, že darování gamet by mělo být dobrovolné, nikoli placené. Domnívám se, že pokud by darování gamet nebylo placené, tak by bylo gamet nedostatek. Respondentka PA6 nastiňuje zajímavou myšlenku: *„Jelikož je darování spermií i vajíček anonymní a uvádí se myslím jen čárový či číselný kód místo jména či rodného čísla, tak je pravděpodobnost (leč malá), že odebrané pohlavní buňky se aplikují rodinnému příslušníkovi.“* Poté ještě dodala: *„A pokud budou chodit jedni a ty samý dárci, tak za chvíli budou všude samé stejné děti.“* Domnívám se, že pravděpodobnost podání darované gamety rodinnému příslušníkovi je velice malá, ale možná.

Morální postavení embrya vnímají respondentky PA2, PA4, PA6 a PA7 tak, že embryo lidská bytost není. Respondentky PA1, PA3, PA5, PA8 a PA9 se naopak shodly, že embryo lidská bytost je. Dle Ptáčka a Bartůňka (2011) jsou dva fyziologické proudy. Jeden proud uznává embryo jako bytost, která má všechna práva od okamžiku oplození (Ptáček, Bartůňek, 2011). Druhý proud udává, že postupným vývojem embrya dochází k tvorbě bytosti (Ptáček, Bartůňek, 2011).

Porodní asistentky PA1, PA4, PA5, PA6 a RPA9 si myslí, že asistovaná reprodukce není pro všechny dostupná. Důvodem je neproplácení všech metod a léčiv spojených s asistovanou reprodukcí. Řežábek (2014) uvádí, že proplácení výkonů je od pojišťoven omezeno na šest pokusů inseminace a na tři až čtyři pokusy IVF. Dále dle Fortimed (© 2017) si páry samy hradí: asistovaný hatching, intracytoplazmatickou injekci (ICSI, PICSI), kryokonzervaci, rozmrazení embryí, transfer zmražených embryí, preimplantační genetické vyšetření, transfer cytoplazmy, kontinuální monitorování vývoje embryí.

O poskytování informací ženám po asistované reprodukci, si porodní asistentky PA1–PA9 myslí, že informovanost je dobrá především díky kvalitní práci v centrech asistované reprodukce, internetu a díky obvodním gynekologům. Respondentky PA5 a PA8 podotkly, že ženám by měl být kladen větší důraz na případná rizika spojená s asistovanou reprodukcí.

Během léčby neplodnosti jsou u klientek pozměněny potřeby. V článku Haasové (2010) se dozvídáme, že potřeby žen jsou změněny a párům by měla být nabídnuta pomoc od psychologa, aby zátěžovou situaci zvládli lépe. S tímto tvrzením souhlasí i respondentka PA1. Dále všechny respondentky uvedly, že neplodné ženy ztratily pocit bezpečí a jistoty. Domnívám se, že potřeba sebenaplnění je mít dítě, a ta nemůže být splněna. Respondentky PA3 a PA9 uvedly, že může vzniknout konflikt mezi partnery díky neplodnosti a vzniká stres a nervozita. Haasová (2010) tvrzení těchto respondentek potvrdila.

Všechny porodní asistentky se ztotožnily s názorem, že neplodné ženy ztratily pocit jistoty a bezpečí. Odůvodnily to tím, že pacientky si myslí, že jako ženy zklamaly. Porodní asistentky PA3 a PA9 sdělily, že velmi často dochází ke konfliktu mezi partnery. Nervozita a stres se u partnerů stupňuje, zejména u nevydařených pokusů o početí. Dle zmiňovaných porodních asistentek je touha po dítěti tak vysoká, že ženy

mnohdy zapomínají na své základní potřeby. Především zmiňovaly sexuální potřeby. Respondentky PA1-PA9 se shodly, že partneři prochází velkou změnou i v intimním životě. *„Při neplodnosti se mění i sexuální život manželů. Ze styku se stává povinnost a ne zábava. A když nedochází k početí, tak si myslím, že manžele to přestane bavit,“* sdělila respondentka PA7. Porodní asistentka PA3 řekla, že potřeba sebenaplnění není uspokojena, protože hlavní a nejdůležitější potřebou je potřeba být matkou. Respondentka PA6 řekla: *„Je to hrozně těžká situace, nikomu ji nezávidím. Když se kouknu zpětně na ten stres a beznaděj při nepovedených pokusech, tak sama sebe obdivuju, jak jsem to zvládla. Ze všeho nejdůležitější je podpora rodiny, přátel a i porodních asistentek a lékařů.“* Dále respondentka uvedla, že velice náročná situace byla, když si přátelé ze začátku dělali legraci. *„Čím dál tím víc mě to frustrovalo, všichni okolo měli děti, vycházelo jim to přirozeně na první pokusy a my s manželem po několika pokusech umělého oplodnění a pořád nic. Začínala jsem se všem vyhýbat, protože mě ubíjely otázky – tak co, už se podařilo?“* dodala respondentka. Respondentky PA1-PA8 se shodly ve výpovědi, že ženy si dávají svoji neplodnost za vinu. Respondentka PA2 dodala, že ženy nemají pocit štěstí, ale neštěstí. Respondentka PA2 tvrdí, že žena chce mít pocit lásky, naplnění a pocit jistoty v rodině. Porodní asistentka PA1 by u párů, které se potýkají s nedobrovolnou neplodností, využila psychoterapii. *„Při léčbě neplodnosti bych využila psychoterapii. Myslím si, že pokud se partneři s diagnózou neplodnosti smíří, tak to bude mít lepší dopad na léčbu. Myslím si, že na psychice velice záleží a velice úzce souvisí s plodností,“* řekla respondentka PA1.

Všechny respondentky, se shodly, že hospitalizace pro těhotnou ženu je velice náročná. Dále se všechny porodní asistentky shodly, že ženy na oddělení jsou často plačtivé a přecitlivělé a během hospitalizace ženy potřebují pocit jistoty a bezpečí, který hledají zejména u partnera a rodiny. Zmiňované tvrzení uvedla také Hrazdilová (2013). Všechny respondentky se sdělily, že při hospitalizaci dochází ke změně základních biologických potřeb, musí se přizpůsobit režimu oddělení, konzumují to, co jim v nemocniční kuchyni připraví, kontakt s rodinou mají omezený na návštěvní hodiny. I Hrazdilová (2013) uvedla, že dochází během hospitalizace těhotné ženy ke změně základních biologických potřeb. Porodní asistentky PA1-PA9 se domnívají, že důležitou narušenou potřebou ženy při hospitalizace je spánek a vyprazdňování. Všechny porodní asistentky se uvedly, že hospitalizované ženy, které mají doma malé děti, snášejí

hospitalizaci hůř než ženy bez dětí. Myslím si, že se porodní asistentky snaží plnit potřeby hospitalizovaných žen a pomáhají jim s adaptací na nové okolí a na nově vzniklou situaci. Respondentka PA9 kladla důraz na to, že pokud žena musí jet na akutní císařský řez v malém týdnu těhotenství, tak je důležitá péče po císařském řezu, neboť potom se mění její potřeby. Porodní asistentky PA1-PA9 se shodly, že potřebu informovanosti má také partner a rodina, na které se mnohdy zapomíná

6 Závěr

Bakalářská práce „Role porodní asistentky v péči o ženu po asistované reprodukci“ se zabývá asistovanou reprodukcí, postoji porodních asistentek k této problematice a péčí o ženy po asistované reprodukci. Cílem bakalářské práce bylo zjistit postoje porodních asistentek k asistované reprodukci. Podle zvoleného cíle byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka: Jak porodní asistentky vnímají asistovanou reprodukci? Druhá výzkumná otázka: Jak přistupují porodní asistentky k péči o těhotnou ženu po asistované reprodukci.

Ke zpracování a popsání tohoto problému bylo využito kvalitativní výzkumné šetření. Výzkumné šetření bylo prováděno formou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor proběhl s devíti porodními asistentkami pracujícími na ošetrovací jednotce rizikového těhotenství. Každá porodní asistentka je individuum a může problematiku asistované reprodukce vnímat jinak. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že porodní asistentky se s metodami asistované reprodukce setkávají relativně často. Dále z výzkumného šetření vzešlo, že porodní asistentky vnímají asistovanou reprodukci pozitivně. Rovněž z šetření vyplynulo, že porodní asistentky, které mají osobní zkušenosti s asistovanou reprodukcí (u sebe, kamarádů či v rodině), vnímají asistovanou reprodukci kladněji než porodní asistentky, které se sešly s metodami asistované reprodukce pouze při své praxi. Pomocí výzkumného šetření bylo zjištěno, že porodní asistentky upozorovaly, že ženy po asistované reprodukci mají změněné potřeby (zejména pocit jistoty a bezpečí). Výsledek této bakalářské práce může být prezentován na odborných konferencích či publikován v odborných časopisech.

7 Použité zdroje

1. APERIO, 2018. *Těhotná zaměstnankyně a zaměstnání* [online]. Praha [cit. 2018-01-04]. Dostupné z: <http://www.aperio.cz/684/tehotna-zamestnankyne-a-zamestnani>.
2. BANKER, M., GARCIA-VELASCO, J., 2015. Revisiting ovarian hyperstimulation syndrome: Towards OHSS free clinic. *Journal of Human Reproductive Sciences* 8 (1), 13-17, DOI: 10.4103/0974-1208.153120.
3. BARTŮŇEK, P. et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
4. BEHINOVÁ, M., 2012. *Nová velká kniha o mateřství: od početí do věku 3 let*. 3. vyd. Praha: Mladá fronta. 320 s. ISBN 978-80-204-2816-5.
5. BLAŽEK, P., 2013. Medicínskoprávní a trestněprávní aspekty asistované reprodukce. *Právní rozhledy*. č. 21(9), 312-21. ISSN 1210-6410.
6. CÍSAŘOVÁ, D., RAMPÍK, D., 2010. *Náhradní matky porodily už i u nás desítky dětí*. [online]. Praha [cit. 2017-02-18]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/zena/vztahy-a-sex/205714-nahradni-matky-porodily-uz-i-u-nas-desitky-deti.html>.
7. DAS, 2015. *Úspěšnost jednoho IVF cyklu dnes už může být až 75 procent*. [online]. [cit. 2017-02-18]. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/zena/zdravi/371203-uspesnost-jednoho-ivf-cyklu-dnes-uz-muze-byt-az-75-procent.html>.
8. DESJARDINS-SIMON, J., 2015. *Nevědomé příčiny neplodnosti*. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-80-262-0821-1.
9. FERTIMED, © 2017. *Léčba neplodnosti - Možné komplikace při asistované reprodukci* [online]. Olomouc [cit. 2017-02-18]. Dostupné z: <http://www.fertimed.cz/asistovana-reprodukce-mozne-komplikace>.
10. FIALA, P. et al., 2015. *Stručná anatomie člověka*. Praha: Karolinum. 244 s. ISBN 978-80-246-2693-2.
11. FLAWS, B., 2016. *Endometrióza a neplodnost: diagnóza, prevence, dieta, cvičení a relaxační terapie podle tradiční čínské medicíny: kniha pro ženy, které touží po miminku*. Praha: Anahita. 121 s. ISBN 978-80-87740-12-5.
12. HRAZDILOVÁ, A., 2013. *Psychosociální potřeby žen v souvislosti s předčasným porodem*. Brno. Bakalářská práce. Lékařská fakulta. Masarykova univerzita.

13. JONÁŠOVÁ, L. 2013. *Problematika surogačního mateřství ve srovnání se zahraniční právní úpravou*. Olomouc. Bakalářská práce. Právnická fakulta. Univerzita Palackého v Olomouci.
14. JOY, J., 2012. Is Assisted Reproduction Associated with Abnormal Placentation? *Pediatric & Developmental Pathology* 15 (4), 306-314. ISSN 10935266.
15. KAZIMOUR, I., 2017. *Historie zdravotnictví*. E-knihy jedou. 450 s. ISBN 978-80-7512-758-7.
16. KOPLÍKOVÁ L., 2011. *Potřeby ženy těhotné, rodičí a šestinedělky z pohledu porodní asistentky*. Zlín. Bakalářská práce. Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.
17. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ ml., M., 2013. *Čekáme děťátko*. 2. vyd. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-3781-2.
18. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ ml., M., 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-3081-3.
19. HAAS, J., et al., 2014. Is severe OHSS associated with adverse pregnancy outcomes? Evidence from a case–control study. *In Reproductive Bio Medicine Online*, 29 (2), 216-221, DOI: 10.1016/j.rbmo.2014.04.015.
20. HAASOVÁ, I., 2012. Etika asistované reprodukce. *Urologie pro praxi*. 13(6), 254-258. ISSN 1213-1768.
21. HAASOVÁ, I., 2010. *Etika asistované reprodukce* [online]. Praha [cit. 2016-12-12]. Dostupné z: <http://www.podporareprodukce.cz/article/novinky/etika-asistovane-reprodukce>.
22. HÁJEK, Z., ČECH E., MARŠÁL, K., 2014. *Porodnictví*. 3. vyd. Praha: Grada. 580 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
23. HANÁKOVÁ, T. et al., 2015. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. vyd. Brno: CPress 256 s. ISBN: 978-80-264-0755-3.
24. HAVLÍKOVÁ, M., 2017. *Léčba neplodnosti a psychika: páry trápí předsudky, pocity viny a stres* [online]. Praha [cit. 2018-03-03]. Dostupné z: https://ona.idnes.cz/ivf-a-psychika-0fm-/deti.aspx?c=A171106_161041_deti_haa.
25. HEŘMANOVÁ J. et al., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 200 s. ISBN: 978-80-247-3469-9.
26. HLUBKOVÁ, V., 2012. *Asistovaná reprodukce – etika a legislativa*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Přírodovědecká fakulta.

27. IVF CZECH REPUBLIC S.R.O., © 2015. *Náhradní (surogátní) mateřství*. In: ivf-zlin.cz [online]. Zlín [cit. 2015-02-02]. Dostupné z: <http://www.ivf-zlin.cz/24903-surogatni-materstvi>.
28. IVF BRNO, © 2015. *Umělé oplodnění - IVF: Průběh umělého oplodnění po IVF* [online]. Brno [cit. 2016-11-10]. Dostupné z: <http://www.ivfbrno.cz/prubeh-umeleho-oplodneni-ivf/t1040>.
29. IVF ZLÍN, ©2016. *Příčiny a diagnostika neplodnosti* [online]. Zlín [cit. 2016-10-05]. Dostupné z: <http://www.ivf-zlin.cz/24794-priciny-a-diagnostika-neplodnosti>.
30. JONÁŠOVÁ, L. *Problematika surogačního mateřství ve srovnání se zahraniční právní úpravou*. Diplomovaná práce. Olomouc, 2013. Univerzita Palackého v Olomouci. Právnická fakulta.
31. MALACHOVÁ, B., 2011. *Etické problémy in vitro fertilizace*. Bakalářská práce. Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.
32. MARDEŠIČ, T., 2013. *Diagnostika a léčba poruch plodnosti*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-4458-2.
33. MARDEŠIČ, T., 2010. *Když se nedaří otěhotnět - Průvodce pro páry s narušenou plodností*. Praha: Mladá fronta. 32 s. ISBN 978-80-204-2174-6.
34. MERCK SERONO, 2015. *Průvodce k pochopení poruch plodnosti: Vyšetření a léčebné možnosti u muže a ženy*. Praha: Merckspol s.r.o. Informační leták Č. RM_15_GN_04.
35. NEJEDLÁ, M., 2010. *Pravidla dárcovství pohlavních buněk gamet v Česku*. [online]. [cit. 2016-12-10]. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/zena/zdravi/220284-pravidla-darcovstvi-pohlavnich-bunek-gamet-v-cesku.html>.
36. NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE a.s., 2008. *Standart ošetrovatelské péče pro porodní asistenci*. Dobrá Voda: Tiskárna Jihočeský Inzert Expres. ISBN 978-80-254-3774-2.
37. NOVOTNÝ, P. et al, 2017. *Nový občanský zákoník*. 2. aktualizované vyd. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-271-0431-4.
38. PAŘÍZEK, A., HONZÍK, T., 2015. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vyd. Praha: Galén. 1215 s. ISBN 978-80-7492-213-8.
39. POSPÍŠILOVÁ, B., 2013. *Ošetrovatelská péče o pacientku s diagnózou sterilita v průběhu cyklu IVF*. Praha. Bakalářská práce. 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze.

40. PRONATAL, © 2017. *Umělé oplodnění* [online]. České Budějovice [cit. 2017-01-01]. Dostupné z: <https://www.pronatal.cz/cs/umele-oplodneni>.
41. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3976-2.
42. RAMPÍK, D., © 2014. *Fakta o neplodnosti* [online]. Praha [cit. 2016-10-05]. Dostupné z: <http://www.stopneplodnosti.cz/o-neplodnosti/fakta-o-neplodnosti>.
43. ROZTOČIL, A., et al., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2832-2.
44. REPROMEDA, 2016. *Otázky a odpovědi – ovulace, léčba neplodnosti, IVF* [online]. Brno [cit. 2018-15-01]. Dostupné z: <https://www.repromeda.cz/otazky-a-odpovedi>.
45. ŘEŽÁBEK, K., 2018. *Je nutná neschopenka po IVF? Podle odborníka na asistovanou reprodukci ne* [online]. Brno [cit. 2018-08-04]. Dostupné z: <https://www.vitalia.cz/clanky/je-nutna-neschopenka-po-ivf-podle-odbornika-na-asistovanou-reprodukci-ne>.
46. ŘEŽÁBEK, K., 2014. *Asistovaná reprodukce*. 2. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-396-1.
47. ŘEŽÁBEK, K., 2008. *Léčba neplodnosti*. 4. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2103-3.
48. SADLER, T. W., 2011. *Langmanova lékařská embryologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2640-3.
49. SAHIN L., et al., 2014. Review article: Is preimplantation genetic diagnosis the ideal embryo selection method in aneuploidy screening? *Kaohsiung Journal of Medical Sciences* 30(10), 491 – 498, DOI: 10.1016/j.kjms.2014.05.008.
50. SANATORIUM ART, © 2014. *Reprodukční medicína: typy léčby* [online]. České Budějovice [cit. 2016-11-10]. Dostupné z: <http://www.sanatoriumart.cz/reprodukni-medicina/typy-lecby/>.
51. SIMÕES, T., 2015. Out come of monochorionic twins conceived by assisted reproduction. *Fertility & Sterility* 104 (3), 629-632. ISSN 0015-0282.
52. SKUTILOVÁ, V., 2016. *Jak na strach a úzkost v těhotenství*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-5469-7.
53. SLEPIČKOVÁ, L., 2015. *Diagnóza neplodnost: sociologický pohled na zkušenost nedobrovolné bezdětnosti*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici s Masarykovou univerzitou. 166 s. ISBN 978-80-7419-140-4.

54. SLEZÁKOVÁ, L., 2011. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. 270 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
55. SLÍPKA J., 2012. *Základy embryologie*. Praha: Karolinum. 122 s. ISBN 978-80-2462-051-0.
56. ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J., 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4434-6.
57. ŠIMEK, J., 2015. *Lékařská etika*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-5306-5.
58. ŠMÍDOVÁ, I., et al., 2015. *Gamesoflife: czech reproductive biomedicine: sociological perspective*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN: 978-80-210-7734-8-1.
59. ŠRÁMKOVÁ, T., 2013. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4453-7.
60. ŠTEMBERA, Z. et al., 2014. *Perinatální neuropsychická morbidita dítěte*. Praha: Karolinum. 660 s. ISBN 978-80-246-2168-5.
61. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
62. TĚŠINOVÁ, J. et al. 2011. *Medicínské právo*. Praha: C.H. Beck. 414 s. ISBN 978-80-7400-050-8.
63. TICHÝ, O., 2015. *Otázka týdne: Jaké jsou v současnosti podmínky a věkové limity umělého oplodnění a co hradí pojišťovna?* [online]. [cit. 2017-03-15]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/tiskove-centrum/otazky-tydne/jak-se-zmenily-podminky-pro-umele-oplodneni>.
64. UHLÍŘOVÁ, K., 2012. *Příčiny mužské neplodnosti*. Bakalářská práce. Fakulta humanitních studií Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
65. ULČOVÁ-GALLOVÁ, Z., LOŠAN, P., 2013. *Neplodnost útok imunity*. 2. vyd. Praha: Grada. 152 s. ISBN: 978-80-247-4555-8.
66. VOJTÍŠKOVÁ, Z., 2007. *Role porodní asistentky*. Brno. Bakalářská práce. Lékařská fakulta. Masarykova univerzita.
67. WHO, © 2016. *Sexual and reproductive health: Infertility definitions and terminology* [online]. [cit. 2016-12-05]. Dostupné z: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>.
68. Zákon č. 227/2006 Sb., o výzkumu na lidských embryonálních buňkách a souvisejících činnostech a o změně některých souvisejících zákonů, 2006. [online].

- [cit. 2017-03-12]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 75, s. 2850-61. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-227>.
69. Zákon č. 167/2012 Sb., o specifických zdravotních službách, 2011. [online]. [cit. 2017-03-12]. In *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131, s. 4802-12. ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://zdravotni.praha.eu/public/1d/f5/31/1333559_225888__2011_373.pdf.
70. Zákon č. 369/2011 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, 2011. [online]. [cit. 2017-03-12]. In *Sbírka zákonů České republiky*, částka 129, s. 4658-4703. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=23465>.
71. ŽÁKOVÁ, J. et al., 2010. *PISCI- selekce zralých spermií pro oplození lidských oocytů metodou ICSI*. *Praktická gynekologie* 14: 180-182. ISSN 1211-6645.
72. *Asistovaná reprodukce v České republice*, 2014. [online]. ÚZIS. [cit. 2017-02-12]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/asistovana-reprodukce-ceske-republice-2014>.
73. ŽENSKÁ-NEPLODNOST, © 2017. *GIFT - jedna z možností asistované reprodukce* [online]. Praha [cit. 2017-01-01]. Dostupné z: <http://www.zenska-neplodnost.cz/novinky/gift-jedna-z-moznosti-asistovane-reprodukce-875>.

8 Seznam příloh

Příloha 1 – Anatomie vnitřních orgánů ženy

Příloha 2 – Buněčné dělení

Příloha 3 – Průměrný věk matky při narození dítěte

Příloha 4 – Písemný souhlas s AR

Příloha 5 – Intrauterinní inseminace

Příloha 6 - Průměrný věk žen při zahájení cyklu asistované reprodukce

Příloha 7 – Příklad hormonální stimulace

Příloha 8 - In vitro fertilizace

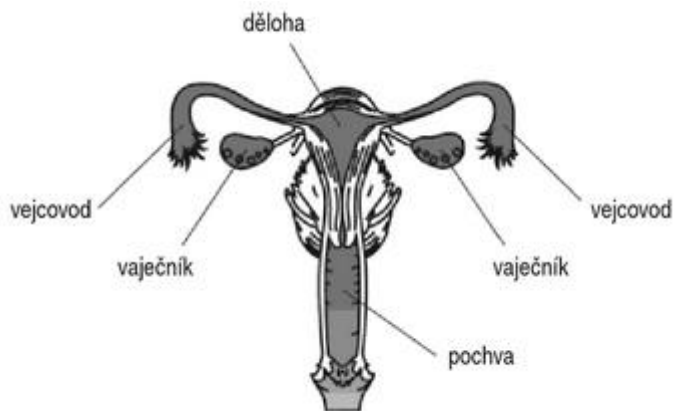
Příloha 9 – Ceník služeb centra asistované reprodukce

Příloha 10 – Otázky k rozhovoru PA

Příloha 11 – Žádost o souhlas ke spolupráci

Příloha 1

Anatomie vnitřních orgánů ženy



Zdroj: SLEZÁKOVÁ, L., 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3373-9.

Příloha 2

Buněčné dělení



(Vývoj zygoty od dvoubuněčného stádia po morulu)

Zdroj: SADLER, T. W., 2011. *Langmanova lékařská embryologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2640-3.

Příloha 3

Průměrný věk matky při narození dítěte

		ROK	ČR	JK
Průměrný věk matky při narození dítěte	První dítě	2015	28,9 let	28,3 let
		2011	28,3 let	28,0 let
	Další dítě	2015	30,7 let	30,4 let
		2011	30,2 let	30,1 let

(ČR – Česká republika, JK – Jihočeský kraj)

Zdroj: *Asistovaná reprodukce v České republice*, 2014. [online].ÚZIS. [cit. 2017-02-12]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/asistovana-reprodukce-ceske-republice-2014>.

Příloha 4

Písemný souhlas s AR



Prohlášení a souhlas s lékařskými výkony souvisejícími s léčbou neplodnosti metodou mimotělního oplodnění (reverz) před každým výkonem (OPU, ET, ED, KET, IUI)

Prohlašujeme, že jsme byli seznámeni s povahou našeho zdravotního stavu, s možností řešení metodami umělého oplodnění a s očekávanými výsledky jednotlivých léčebných postupů (intrauterinní inseminace – IUI, mimotělní oplodnění – IVF ET, ED, KET, intracytoplasmatická inseminace – ICSI, mikromanipulace embryí – assisted hatching). Byli jsme poučeni o nutnosti vyšetření obou partnerů na pohlavní přenosné nemoci – lues, HIV, HBsAg a dále KS + Rh, u ženy vyšetření kultivace pochvy a cytologie čípku děložního, dále genetické vyšetření obou partnerů.

Při pohovoru s lékařem jsme byli vyčerpávajícím způsobem poučeni a seznámeni s postupem léčby metodami asistované reprodukce včetně rizik s tímto výkonem spojených a prohlašujeme, že jsme poučení dokonale porozuměli a případná rizika bereme na vědomí.

Dále jsme byli upozorněni na možnosti provedení speciálních výkonů, jejichž uskutečnění závisí na výsledku odběru vajíček a spermií. Mezi takovéto úkony, s jejichž případným provedením jsme byli obeznámeni, patří *zmrazení embryí a následný embryotransfer po jejich rozmrazení, využití prodloužené kultivace nebo darovaný program - oplodnění vajíček spermiemi dárce, případně darování vajíček jiné ženě*. Byli jsme poučeni o tom, že tyto jmenované výkony nemohou být provedeny bez našeho předchozího písemného souhlasu a tento souhlas musí být projevem každým partnerem zvlášť a stvrzen podpisem. Zdravotnické zařízení je vázáno zákonnou mlčenlivostí a v případě darování zárodečných buněk - (vajíček nebo spermií) nesmí poskytnout informace o totožnosti dárce (dárkyně) nebo totožnosti příjemců.

Žádáme o zařazení do programu léčby neplodnosti metodou mimotělního oplodnění oocyty (dále jen IVF) a prohlašujeme že :

- Souhlasíme s provedením všech nezbytných vyšetření souvisejících s provedením IVF, hlavního výkonu a případně dle rozhodnutí lékaře rozšíření, změny či provedení jiných nebo dalších výkonů včetně chirurgických, které budou během hlavního výkonu nutné. Jde především o :
 - aplikace hormonálních preparátů a sledování reakce na tyto léky pomocí opakovaných ultrazvukových vyšetření a vyšetření hormonálních hladin v krvi
 - odběr vajíček v krátkodobé celkové anestezii pod kontrolou ultrazvuku vpichem přes poševní stěnu
 - získání spermií partnera pro inseminaci získaných vajíček
 - transfer (přenos) embryí do dělohy - v případě rozhodnutí a doporučení gynekologa v krátkodobé celkové anestezii
 - o způsobu kultivace vajíček a časných embryí, stejně jako o optimální době jejich přenosu do dělohy rozhodne embryolog
- Podle svého nejlepšího vědomí a svědomí jsme sdělili lékaři veškeré rozhodné skutečnosti, které mohou mít vliv na lékařskou péči a že jsme uvedli správnou, úplnou rodinnou anamnézu včetně právní kvalifikace našeho vztahu. Bereme na vědomí skutečnost, že Sanatorium ART nenese odpovědnost za škody vzniklé v důsledku námi poskytnutých nepravdivých či neúplných informací.
- Bereme na vědomí, že dítě, které bylo počato metodami asistované reprodukce se nám narodí plně v souladu s právním řádem České republiky a my budeme jeho zákonnými rodiči, to jest jeho matkou a otcem.
- Byli jsme poučeni o skutečnosti, že v průběhu léčebného programu mohou nastat komplikace vedoucí k přerušení léčebného cyklu. Léčebný cyklus se přerušuje v těchto případech :
 - při nedostatečné reakci na stimulaci
 - při zjištěné předčasné ovulaci (tj. předčasném uvolnění vajíček)
 - nepodaří – li se získat při odběru ani jedno vajíčko
 - nepodaří – li se získat spermie pro inseminaci (oplození) vajíček
 - nedojde – li k oplození vajíček
 - při abnormálním vývoji embryí
 - při eventuální náhlé a aktuálně neřešitelné přístrojové poruše v IVF laboratoři
- Byli jsme poučeni o skutečnosti, že v průběhu léčebného programu mohou nastat komplikace, které mohou i vážně ohrozit můj zdravotní stav a vyžádat si léčebnou intervenci, případně i hospitalizaci. Jde především o :
 - nadměrnou reakci organismu na hormonální stimulaci vaječníků (tzv. hyperstimulační syndrom)
 - možnost poranění a krvácení nebo rozvoje zánětu při odběru vajíček nebo při zavedení zárodků do dělohy
 - možnost vzniku mimoděložního těhotenství

Dojde – li k těhotenství, může toto stejně jako po přirozeném otěhotnění skončit potratem, mimoděložním těhotenstvím, odumřením plodu či porodem plodu s vrozenou vývojovou vadou. Na základě poznatků současné vědy je výskyt těchto komplikací po IVF stejný jako u ostatní populace.

V důsledku léčby metodou IVF je vyšší pravděpodobnost vícečetného těhotenství.

Prohlašujeme, že nám bylo umožněno dotázat se na všechny nám nejasné postupy a souvislosti a na tyto nám bylo odpovězeno.

6) Zavazujeme se uhradit v hotovosti vyúčtování za poskytnutou lékařskou péči včetně doplateků za léky v souladu s ceníkem výkonů Sanatoria ART a bereme na vědomí, že toto zdravotnické zařízení neručí za ceny, které protokolárně nepřevzalo do úschovy. Zpřimocňujeme Sanatorium ART k vyzvednutí léků vázaných na lékařský předpis a jsou zde předepsány v souvislosti s naší léčbou.

Pacientka : R.č. Partner : R.č.

Bydliště : Bydliště :

Místo a datum : Podpis : Místo a datum : Podpis :

Ověření totožnosti: OP Ověření totožnosti: OP

Druhý doklad

Jméno lékaře který provedl poučení :

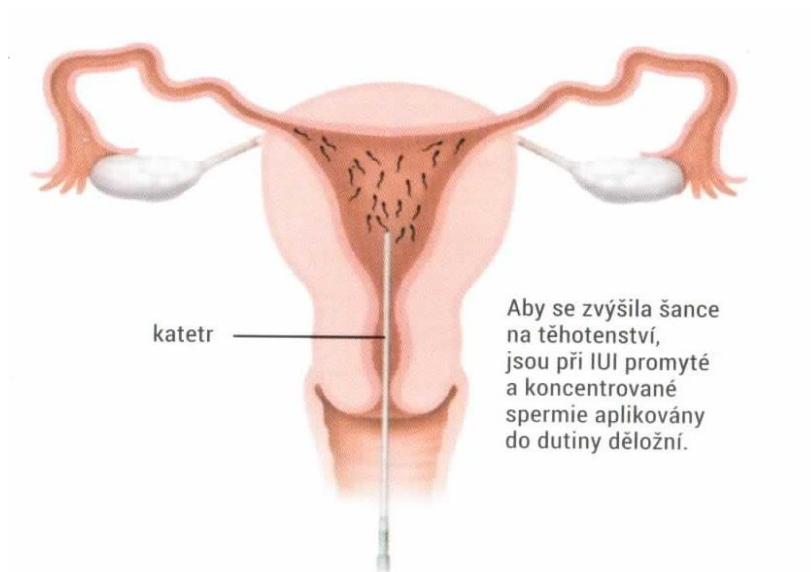
Datum :



Zdroj: Sanatorium ART s.r.o.

Příloha 5

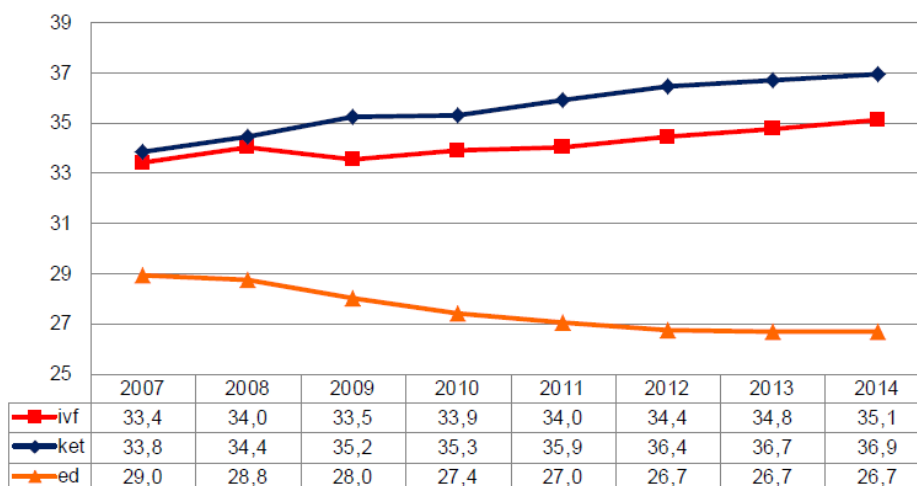
Intrauterinní inseminace



Zdroj: MERCK SERONO, 2015. *Průvodce k pochopení poruch plodnosti: Vyšetření a léčebné možnosti u muže a ženy*. Praha: Merckspol s.r.o. Informační leták Č. RM_15_GN_04.

Příloha 6

Průměrný věk žen při zahájení cyklu asistované reprodukce



(IVF – In vitro fertilizace, KET – Kryoembryotransfěr, ET – Embryotransfěr)

Zdroj: *Asistovaná reprodukce v České republice, 2014*. [online].ÚZIS. [cit. 2017-02-12]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/asistovana-reprodukce-ceske-republice-2014>

Příloha 7

Příklad hormonální stimulace

!! Na začátku menses zavolejte a objednejte se na kontrolu !!

V den kontroly : 07³⁰ - 08³⁰ hod. odběr krve,
po 11⁰⁰ hod. - ultrazvukové vyšetření

**SANATORIUM
ČESKÉ BUDĚJOVICE**

CENTRUM ASISTOVANÉ REPRODUKCE

HORMONÁLNÍ STIMULACE

krátký protokol

(rekombinantní gonadotropin + antagonist GnRH)

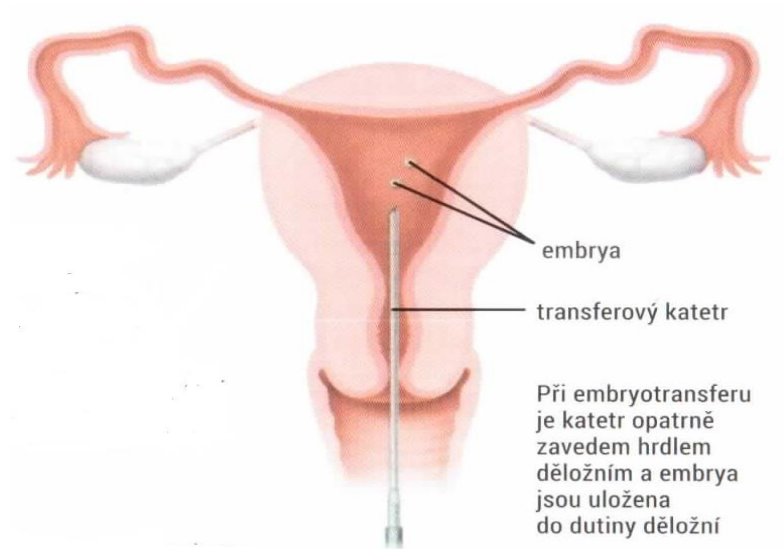
DATUM	DEN V TÝDNU	KONTROLA ART	DEN CYKLU	PURGON 1x denně aplikovat ve stejnou denní dobu	ORGALUTHAN aplikovat dle ordinace lékaře	PREGNYL injekci aplikovat 36 hodin před punkcí	OPU odběr plodových vajíček	podpis sestry
			1. den cyklu	savolat do Sanatoria ART - 386 358 295/ (objednáme Vás na kontrolu !!)				
12.1.	ČT		2. den cyklu	200				
13.1.	PA		3. den cyklu	200				
14.1.	SO		4. den cyklu	200				
15.1.	NE		5. den cyklu	150				
16.1.	PO	kontrola	6. den cyklu	150	1x			
17.1.	ÚT		7. den cyklu	150	1x			
18.1.	ST		8. den cyklu	150	1x			
19.1.	ČT	kontrola	9. den cyklu	150	1x			
20.1.	PA		10. den cyklu	150	1x			
21.1.	SO		11. den cyklu	100	1x	20 ³⁰ ovitza		
22.1.	NE		12. den cyklu	X	X	X		
23.1.	PO		13. den cyklu	X	X	X	7 ³⁰	
			14. den cyklu					

DŮLEŽITÉ !! dodržujte přesně časový rozpis a dávkování injekcí !!

Zdroj: Sanatorium ART s.r.o.

Příloha 8

In vitro fertilizace



Zdroj: MERCK SERONO, 2015. *Průvodce k pochopení poruch plodnosti: Vyšetření a léčebné možnosti u muže a ženy*. Praha: Merckspol s.r.o. Informační leták Č. RM_15_GN_04.

Příloha 9

Ceník služeb centra asistované reprodukce

VF - výkony nehrazené zdravotní pojišťovnou (výběr nejčastěji používaných metod)

<u>ICSI</u>	intracytoplasmatická injekce spermie 1 - 3 vajíčka	á 2 000,- Kč
	intracytoplasmatická injekce spermie 4 - 6 vajíček	8 000,- Kč
	intracytoplasmatická injekce spermie - každé další vajíčko	á 1 000,- Kč
<u>PICSI</u>	preselekcce spermií pro ICSI (výběr zralé spermie)	5 000,- Kč
<u>MACS</u>	selekcce spermií pro ICSI, PICSI, IUI	5 400,- Kč
<u>prodloužená kultivace</u>	kultivace 48 - 120 hodin	4 000,- Kč
<u>asistovaný "hatching" AH</u>	pro všechna transferovaná embrya	3 500,- Kč
<u>kryokonzervace embryí/oocytů</u>		4 000,- Kč
	každá pejeta na kryokonzervaci	1 000,- Kč
nativní cyklus s transferem		12 000,- Kč
chirurgický odběr spermií MESA/TESE		11 000,- Kč
spermie dárce		3 500,- Kč

IVF s darovanými vajíčky

při úhradě zdravotní pojišťovnou	základní výkony IVF	19 500,- Kč
bez úhrady zdravotní pojišťovnou	základní výkony IVF	56 000,- Kč
bez úhrady zdravotní pojišťovnou	ICSI, prodloužená kultivace, asistovaný hatching	70 000,- Kč
<u>Program dárcovství embryí</u>		
transfer 1 darovaného embrya		26 000,- Kč
transfer 2 darovaných embryí		39 000,- Kč

Zdroj: IVF Brno, © 2015. *Ceník umělého oplodnění* [online]. Brno [cit. 2017-05-05].
Dostupné z: <http://www.ivfbrno.cz/prubeh-umeleho-oplodneni-ivf/t10>

Příloha 10

Otázky k rozhovoru s PA

Identifikační údaje:

1. Kolik Vám je let?
2. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?
3. V jakém městě bydlíte a pracujete?
4. Jak dlouho pracujete na oddělení rizikového těhotenství?
5. Setkala jste se při své praxi s problematikou asistované reprodukce?

Otázky vztahující se k problematice asistované reprodukce:

6. S jakými metodami asistované reprodukce se setkáváte nejčastěji při své praxi?
7. U jakého pohlaví je častěji diagnostikována neplodnost?
8. S jakými komplikacemi spojenými s asistovanou reprodukcí jste se setkala?
9. Jaký máte názor na redukci embryí?
10. Jaká je péče u ženy s hyperstimulačním syndromem?
11. Jaký máte názor na tuto problematiku?
12. Jaká jsou specifika v péči o těhotnou ženu po asistované reprodukci?
13. Jak si myslíte, že jsou pozměněny potřeby u ženy po asistované reprodukci při hospitalizaci?
14. V čem si myslíte, že by měly být ženy po asistované reprodukci lépe informovány?

Zdroj: vlastní

Příloha 11

Žádost o souhlas ke spolupráci

Vážená porodní asistentko,

jmenuji se Sabina Dusilová a studuji třetí ročník bakalářského studijního programu Porodní asistence na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V rámci studia zpracovávám bakalářskou práci na téma Těhotenství u ženy s asistovanou reprodukcí. Tímto bych Vás chtěla požádat o spolupráci za účelem sběru dat pro výzkumnou část mé bakalářské práce.

Se získanými daty bude zacházeno dle platných etických norem a bude zachována jejich anonymita.

Děkuji Vám za Vaši ochotu a čas.

V Českých Budějovicích dne.....

.....

.....

Podpis respondentky

Podpis studentky

Zdroj: vlastní

9 Seznam zkratek

AH – Asistovaný hatching

AIH – Homologní inseminace

AID – Heterologní inseminace

AR – Asistovaná reprodukce

DM – Diabetes Mellitus

FSH – Folitropin (Folikuly stimulační hormon)

GEU – Mimoděložní těhotenství (Graviditasextrauterina)

GIFT - Gamete Intra-Fallopian Transfer

GnRH – Gonadotropiny uvolňující hormon (Gonadotropin-releasing hormone)

HCG – Humánní choriový gonadotropin

HIV – Virus lidské imunitní nedostatečnosti

HSG – Hysterosalpingografie

ICSI – Intracytoplasmatická injekce spermií

IUGR – Intrauterinní růstová retardace

IUI – Intrauterinní inseminace

IVF – In vitro fertilizace

KCL – Chlorid draselný

KET - Kryoembryotransfer

KP – konec pánevní

LH – Lutropin (Luteinizační hormon)

MHz – Megahertz

OHSS – Ovariální hyperstimulační syndrom

PGD – Preimplantační genetická diagnostika embryí

RT – Rizikové těhotenství

RTG - Rentgen

UZ – Ultrazvuk

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistik České republiky

VVV – Vrozené vývojové vady

WHO -Světová zdravotnická organizace (WorldHealthOrganization)

°C – Stupeň Celsia

10 Seznam cizích slov

Adheze - srůst

Anabolika - látky zvyšující tvorbu svalové hmoty

Antikoncepce – souhrnný název pro všechny metody, které slouží jako ochrana před neplánovaným těhotenstvím

Astenospermie - špatná pohyblivost spermií

Azoospermie - žádné spermie v ejakulátu

Bichoriální dvojčata – každý zárodek má vlastní placentu

Cervix skóre - číselné vyjádření zralosti děložního hrdla

Cystická fibróza – mukoviscidóza, dědičná nemoc

Cysty - dutina s vlastní výstelkou vyplněná tekutinou

Cytostatika – látky používané k léčbě nádorových onemocnění

Embryo - zárodek

Endometrióza- dochází k růstu endometria mimo dělohu

Fetus - plod

Folikul – útvar obsahující folikul

Gamety – pohlavní buňky

Gravidita – těhotenství

Hydrotorax - přítomnost tekutiny v pleurální dutině

Hypofunkce štítné žlázy - snížení funkce štítné žlázy

Hysterosalpingografie - radiologická diagnostická metoda pro vyšetření ženských vnitřních pohlavních orgánů

Hysteroskopie – endoskopická vyšetřovací metoda umožňující prohlédnutí děložního hrdla a děložní dutiny

Chemoterapie - vpravování chemických látek do organismu

Implantace embrya – přenesení embrya

Impotence - erektilní dysfunkce

Infertilita - neschopnost ženy donosit a porodit životaschopné dítě

Inkompetence – otevírání hrdla děložního

Insuficience - nedostatečnost

Intrauterinní vývoj - období nitroděložního vývoje

Kefalopelvický nepoměr - nepoměr mezi hlavičkou plodu a pánví

Kortikoidy - syntetické chemické látky

Kryptorchismus - porucha sestupu varlat do šourku

Laparoskopické vyšetření - vyšetření dutiny břišní zrakem pomocí tenkých optických systémů

Myom - nezhoubný nádor

Nidace - uhnízdění

Oligospermie - nedostatek spermií v ejakulátu

Oligurie - malé množství moči vytvořené za 24 hodin

Oocyt – vajíčko, pohlavní ženská buňka

Organogeneze - vznik základů jednotlivých orgánů u lidského zárodku

Ovária - vaječníky

Ovulace - uvolnění zralého vajíčka z vaječníku

Palpační vyšetření – vyšetření pohmatem

Polyp - výrůstek na sliznici

Psychofarmaka – léky s psychotropním účinkem

Radioterapie - ozařování

Salpingektomie - chirurgické odstranění vejcovodu

Spermatogeneze - tvorba mužských pohlavních buněk

Spermie – mužská pohlavní buňka

Spermiogram - Vyšetření ejakulátu

Sterilita - neplodnost

Tachykardie - zvýšená tepová frekvence

Tercipara – třetirodička

Tromboembolie – chorobný děj vzniklý sraženinou

Tuba - vejcovod

Varikokéla - rozšíření žil v oblasti šourku

Vasektomie – sterilizace muže