

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Komunikace mezi zdravotníkem a ženou s poruchou plodnosti

Bc. Ludmila Dlabolová

Diplomová práce

2014

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2012/2013

## **ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Ludmila Dlabolová**  
Osobní číslo: **Z12209**  
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**  
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**  
Název tématu: **Komunikace mezi zdravotníkem a ženou s poruchou plodnosti**  
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

### **Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :**


1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího  
Rozsah pracovní zprávy: 50 stran  
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická  
Seznam odborné literatury:

1. ZEZULOVÁ, Dagmar. Pěstounská péče a adopce. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-802-6200-659.
2. KONEČNÁ, Hana. Na cestě za dítětem: dvě malá křídla. Praha: Academia, 2003. ISBN 80-200-1055-6.
3. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. Komunikace ve zdravotnické péči. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-807-3674-779.
4. LINHARTOVÁ, Věra. Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4717-845.
5. ULČOVÁ-GALLOVÁ, Zdenka. Neplodnost - útok imunity: metody vyšetření, příčiny neplodnosti, důvody potrácivosti, metody léčby, nejčastější otázky. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1493-0.
6. OSTRŮ, Alexander, PILKA Ladislav a František LEŠNÍK. Reprodukční medicína: současnost a perspektivy. Olomouc: Nakladatelství Olomouc, 2009. ISBN 978-80-7182-278-3.

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Marie Macková, Ph.D.  
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání diplomové práce: 1. října 2012  
Termín odevzdání diplomové práce: 5. května 2014

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Markéta Moravcová  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 7. února 2014

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 5. května 2014

Bc. Ludmila Dlabolová

## **Poděkování**

Ráda bych tímto poděkovala vedoucí práce, PhDr. Marii Mackové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, vstřícný přístup, trpělivost a podporu při zvoleném tématu. Děkuji všem respondentkám za jejich životní příběhy a důvěru. Rovněž děkuji všem anonymním konzultantům za to, že mi pomohli při zpracování této práce a také nahlédnout hlouběji do této problematiky. V neposlední řadě patří velký dík mé rodině, která mi věnovala zázemí a podporu v průběhu celého magisterského studia.

## **ANOTACE**

Předložená práce se zabývá komunikací mezi zdravotníky a ženami s poruchou plodnosti. Teoretická část vysvětluje například pojmy asistovaná reprodukce, sterilita, infertilita, metody asistované reprodukce a osvojení. Dále uvádí náležitosti správné konzultace, s důrazem na komunikaci a vztah mezi pacientem-lékařem, zdravotní sestrou/porodní asistentkou. Práce je zpracována metodou kvalitativního výzkumu, formou případové studie. Praktická část je pak založena na analýze výpovědí respondentek, které byly léčeny v centru asistované reprodukce v Čechách nebo na Moravě.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Komunikace, neplodnost, asistovaná reprodukce.

## **TITLE**

Communication between medical personnel and women with impaired fertility.

## **ANNOTATION**

The thesis deals with the communication between medical personnel and women with impaired fertility. The theoretical part explains for example assisted reproduction, sterility, infertility, methods of assisted reproduction and adoption. It also mentions requirements of the right consultation with focus on communication and the relationship between patient and the doctor, nurse / midwife. The study is written up by a qualitative research method, form of case studie. The practical part is based on analysis of answer of the respondents, who were treated at the centre for assisted reproduction in Bohemia or Moravia.

## **KEYWORDS**

Communication, infertility, assisted reproduction.

## **OBSAH**

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK.....	10
SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK .....	11
ÚVOD.....	12
1 CÍLE.....	14
ČÁST TEORETICKÁ.....	15
2 Neplodnost.....	15
2.1 Asistovaná reprodukce (AR).....	17
2.1.1 Základní terminologie v souvislosti s léčbou neplodnosti.....	20
2.1.2 Příčiny neplodnosti .....	21
2.1.3 Léčba metodami asistované reprodukce .....	24
2.1.4 Rizika léčby neplodnosti metodami asistované reprodukce .....	25
2.2 Adopce neboli osvojení.....	27
2.2.1 Úvaha o adopci .....	27
2.2.2 Podmínky adopce.....	28
2.2.3 Zařazení do registru .....	28
2.2.4 Proces adopce .....	29
2.2.5 Genetický vztah a citové pouto.....	29
3 Komunikace .....	31
3.1 Konzultace v centru asistované reprodukce.....	31
3.2 Diagnostický a terapeutický rozhovor .....	34
3.3 Vztah zdravotník-pacient .....	35
3.3.1 Vztah lékař-pacient .....	35
3.3.2 Pacient centra asistované reprodukce .....	37
3.3.3 Vztah zdravotní sestra/porodní asistentka-pacient .....	38
4 Psychoterapie se ženou s poruchou plodnosti.....	41
4.1 S čím vším může psychoterapie pomoci .....	41

4.2	Psychoterapie v souvislosti s psychogenní příčinou neplodnosti .....	42
4.3	Některé metody psychoterapie ve spojitosti s neplodností .....	42
4.3.1	Existenciální analýza a logoterapie.....	43
4.3.2	Projektivní arteterapie.....	44
4.3.3	Bodyterapie.....	44
5	ČÁST VÝZKUMNÁ.....	46
5.1	Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	46
5.2	Metodika výzkumu.....	46
5.3	Sběr dat.....	47
5.3.1	Rozhovory.....	47
5.3.2	Zúčastněné pozorování .....	48
5.3.3	Nahlédnutí do edukačních materiálů .....	48
5.4	Seznam okruhů.....	48
5.4.1	Typy otázek.....	49
5.5	Výběr výzkumného vzorku .....	50
5.5.1	Charakteristika respondentek.....	51
5.5.2	Výzkumný vzorek.....	55
5.6	Analýza dat.....	55
5.7	Prezentace výsledků .....	56
5.7.1	Začátek léčby v centru AR?.....	56
5.7.2	Výběr centra AR? .....	58
5.7.3	Konzultace v centru AR.....	59
5.7.4	Jak byste ohodnotila Váš vztah s ošetřujícím lékařem? .....	75
5.7.5	Jak byste ohodnotila Váš vztah se zdravotními sestrami/porodními asistentkami, se kterými jste byla v kontaktu při léčbě v centru AR? .....	78
5.7.6	Praktická doporučení .....	79
6	DISKUZE .....	80



7	ZÁVĚR .....	83
8	POUŽITÁ LITERATURA .....	84
9	ELEKTRONICKÉ ZDROJE .....	88
10	SEZNAM PŘÍLOH.....	92

## SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 Mapa cesty za dítětem (Konečná, 2009, s. 38).....	17
Obrázek 2 Centra asistované reprodukce v České republice .....	20
Tabulka 1 Průměrný věk matek při narození dítěte v letech 1992-2012 .....	16
Tabulka 2 Centra AR v ČR od roku 2006 .....	19
Tabulka 3 Hlavní diagnózy neplodnosti u žen, které jako neplodný pár vyhledaly pomoc v centru asistované reprodukce České republiky .....	22
Tabulka 4 Hlavní diagnózy neplodnosti u mužů, kteří jako neplodný pár vyhledali pomoc v centru asistované reprodukce České republiky .....	23
Tabulka 5 Charakteristika respondentek.....	54
Tabulka 6 Shrnutí výpovědí respondentek o začátku léčby v centru AR.....	57
Tabulka 7 Shrnutí výpovědí respondentek o výběru centra AR.....	59
Tabulka 8 Shrnutí výpovědí respondentek, zda se léčby v centru AR zúčastnily společně s partnerem.....	60
Tabulka 9 Shrnutí výpovědí respondentek o používání komunikačních pomůcek a edukačních materiálů v centru AR.....	62
Tabulka 10 Shrnutí výpovědí respondentek o rizicích léčby metodami AR .....	63
Tabulka 11 Shrnutí výpovědí respondentek o srozumitelnosti postupů léčby v centru AR.....	65
Tabulka 12 Shrnutí výpovědí respondentek o nahlížení do dokumentace v centru AR.....	66
Tabulka 13 Shrnutí výpovědí respondentek o formách komunikace využívaných v centru AR .....	67
Tabulka 14 Shrnutí výpovědí respondentek o vyhledávání informací .....	68
Tabulka 15 Shrnutí výpovědí respondentek o tom, jak probíhaly konzultace.....	70
Tabulka 16 Shrnutí výpovědí respondentek o dalších konvenčních či nekonvenčních metodách léčby neplodnosti.....	71
Tabulka 17 Shrnutí výpovědí respondentek – vzdání léčby .....	73
Tabulka 18 Shrnutí výpovědí respondentek o adopci.....	74
Tabulka 19 Celkové shrnutí okruhů pro hlavní výzkumnou otázku.....	75
Tabulka 20 Shrnutí výpovědí respondentek o jejich vztahu s ošetřujícím lékařem .....	77
Tabulka 21 Shrnutí výpovědí respondentky Radky o tématu - lékař pacientem .....	77
Tabulka 22 Shrnutí výpovědí respondentek o jejich vztahu se zdravotní sestrou/porodní asistentkou .....	78

## **SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK**

AFS - American Fertility Society (Americká společnost pro fertilitu)

AH - asistovaný hatching

AID - artificial insemination by donor (heterologní inseminace)

AIH - artificial insemination by husband (homologní inseminace)

AR - asistovaná reprodukce

CAR - centrum asistované reprodukce

ETR - embryotransfer

GEU - graviditas extrauterina

ICSI - intracytoplasmatická injekce spermie

IUI - intrauterinní inseminace

IVF - in vitro fertilizace

NRP - náhradní rodinná péče

OHSS - ovariální hyperstimulační syndrom

PGD - preimplantační genetická diagnostika

SŠ - střední škola

ÚZIS - Ústav zdravotnické informatiky a statistiky

VYUČ - vyučen

VOŠ - vyšší odborná škola

VŠ - vysoká škola

WHO - World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

## ÚVOD

V současné době jsem studentkou magisterského oboru Perioperační péče v gynekologii a porodnictví. Problematika poruch plodnosti je i tomuto oboru velmi blízká, neboť v mnoha zdravotnických zařízeních v České republice se provádí diagnostická a terapeutická operativa v souvislosti s diagnózou neplodnosti. Příkladem může být diagnostická laparoskopie a hysteroskopie, konvertující se dle nálezu na terapeutický výkon. Sama jsem byla z pohledu instrumentářky na operačním sále v kontaktu se ženami, které jmenované operace a jiné výkony podstoupily. Obor asistované reprodukce nabízí lidem s poruchou plodnosti metody, které se neustále mění a zdokonalují. Jsem tichým pozorovatelem uvedeného a rychle progredujícího oboru již více než tři roky. V bakalářském studiu Porodní asistentka jsem si vybrala uvedené téma i pro svou bakalářskou práci s názvem Asistovaná reprodukce očima neplodných (Medically assisted reproduction through the eyes of infertile people). Poznatky ze jmenované práce, která byla také zpracována kvalitativním výzkumem, mne vedly k zamyšlení nad popisovanou problematikou z jiného úhlu, a to z pohledu komunikace mezi zdravotníky a ženami s poruchou plodnosti.

Pokusila jsem se specifickou oblast komunikace pojmout s akcentem holistického přístupu. Holistický přístup zjednodušeně znamená celostní pohled na člověka. Holismus poukazuje na to, že nemoc úzce souvisí s osobností pacienta a na jeho zkušenostech. Z toho vyplývá, že pro správné porozumění musí být člověk zasazen v jeho přirozeném prostředí, nelze jej tedy izolovat. Holismus také uznává, že každá nemoc je individuální a při uzdravovacím procesu je důležitým aspektem právě zdravotník (Janáčková, Weiss, 2008, s. 50). Jedním z nejdůležitějších doporučení je, dívat se na pacienta jako na lidskou bytost (Tate, 2005, s. 67-68) a nahlížet na něj jako na celek.

Většina lidí bojujících s neplodností, se touží dozvědět více o metodách asistované reprodukce, ale také o adopčním procesu, psychoterapii, doplňkové léčbě, a to z oblasti konvenční i nekonvenční medicíny. Proto jsem se při psaní teoretické části práce snažila alespoň stručně zmínit základní oblasti, které jsou pro komunikaci mezi zdravotníky a ženami s poruchou plodnosti, včetně jejich partnerů, velmi důležitými. Ve své výzkumné části jsem se zaměřila na hodnocení komunikace v centrech asistované reprodukce (dále AR) v České republice, neboť se domnívám, že právě centřům AR náleží největší zásluhy při pomoci ženám a jejich partnerům při cestě za rodinou.

Diplomová práce byla zpracována jako část výzkumného projektu Historie a současnost Ošetřovatelství v rámci Studentské výzkumné soutěže Interní grantové agentury Univerzity Pardubice pro rok 2013.

# 1 CÍLE

V této práci jsem si vytyčila hlavní a dílčí cíle:

Hlavní cíl: Popsat komunikaci mezi zdravotníky a ženami s poruchou plodnosti.

Dílčí cíle: Popsat vztah mezi lékařem a ženou s poruchou plodnosti.

Popsat vztah mezi zdravotní sestrou/porodní asistentkou a ženou s poruchou plodnosti.

# ČÁST TEORETICKÁ

## 2 NEPLODNOST

Většina lidí sní o krásném domě, zahradě, autě, partnerovi, svatbě a v neposlední řadě také o dětech. Mám pocit, že dnešní poměrně uspěchaná doba žene celý svět k maximálním výkonům. Kariéra je pro mnoho mladých lidí na prvních příčkách pomyslného žebříčku hodnot. Plánované rodičovství patří mezi základní lidská práva, je tedy na každém páru se svobodně rozhodnout o počtu dětí a načasování jejich narození. Pozitivní plánování zahrnuje všechna opatření ze strany páru mít vlastní dítě, ale i péči o pár s poruchou plodnosti. Negativní plánování se naopak projevuje snahou zabránit nežádoucímu otěhotnění. V současné době je nejvýhodnějším způsobem regulace gravidity antikoncepce, neboli kontracepce (Citterbart et al., 2001, s. 93). A právě díky moderním antikoncepčním prostředkům, dnes již velmi spolehlivým, se může odkládání rodiny posunout i o několik let. Poté však na některé páry čeká zklamání, protože se jejich předpoklad přirozeného chodu událostí nemusí naplnit. O jejich sen je může oloupit neplodnost (Schoolerová, 2002, s. 13). *„Dá se předpokládat, že v budoucnu se stále více párů bude ocitat v situaci, která tvoří trhlinu v moderním konceptu plánovaného rodičovství – pro potomka budou rozhodnutí a budou pro něj mít připraveny všechny podmínky, a teprve, když vstoupí z fáze antikoncepční do fáze koncepční, dozví se o fyzických překážkách, které početí brání nebo jej neumožňují.“* (Slepičková, 2011, s. 48).

Podstatnou skutečností je i fakt, že mateřství je i přes velký lékařský pokrok stále limitováno věkem ženy, neboť po 35. roce se výrazně snižuje schopnost otěhotnět (Doherty, Clark, 2006, s. 34). Dále ze statistických šetření (viz Tabulka 1) aktuálních demografických trendů především z období 1992 – 2012 vyplývá, že v posledních letech dochází stále rapidněji k posunu průměrného věku, kdy ženy přicházejí k porodu. Dochází tak k tzv. stárnutí plodnosti – zatímco v roce 1992 byl průměrný věk matky při porodu 24,8 let, v roce 2012 je tato skutečnost oddálena až do téměř 30 let, přesně 29,8 let (Český statistický úřad, 2012).

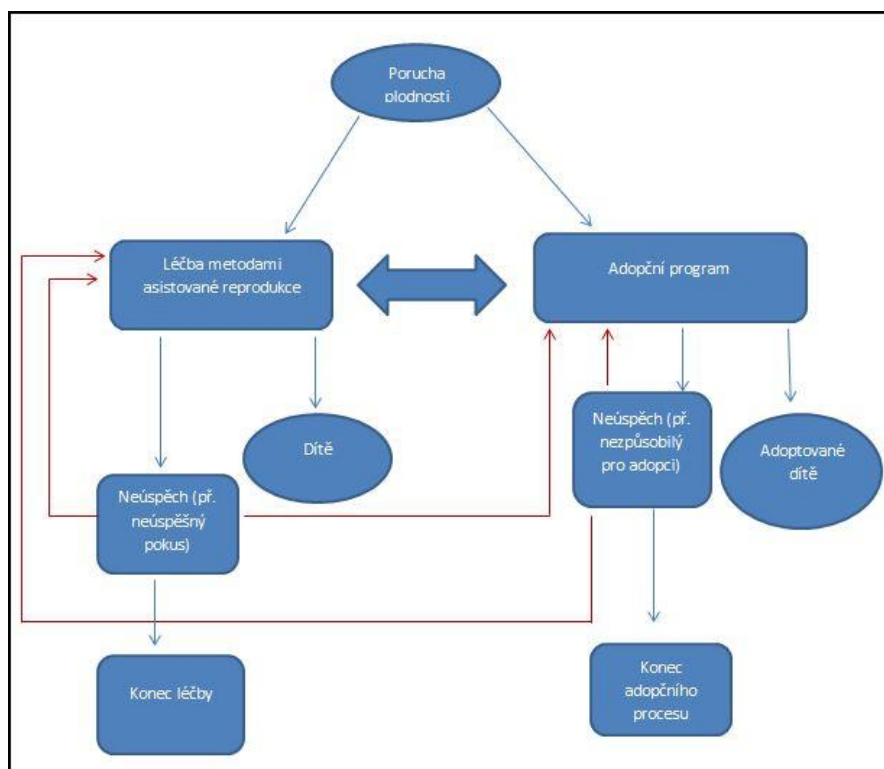
**Tabulka 1 Průměrný věk matek při narození dítěte v letech 1992-2012**

<b>Průměrný věk matek při narození dítěte v letech 1992-2012</b>									
Rok	Průměrný věk matek								
	celkem	pořadí narození				vdané	nevdané	z toho	
		1	2	3	4+			svobodné	rozvedené
1992	24,8	22,5	25,8	29,2	31,8	24,9	24,5	22,3	29,6
1993	25,0	22,6	25,9	29,3	31,8	25,1	24,6	22,3	29,8
1994	25,4	22,9	26,1	29,6	31,8	25,5	24,7	22,5	29,9
1995	25,8	23,3	26,4	29,9	32,0	25,9	25,0	22,8	30,0
1996	26,1	23,7	26,8	30,2	32,2	26,3	25,2	23,0	30,4
1997	26,4	24,0	27,1	30,4	32,4	26,6	25,4	23,2	30,7
1998	26,6	24,4	27,4	30,7	32,7	26,9	25,5	23,4	30,8
1999	26,9	24,6	27,7	30,9	32,8	27,2	25,6	23,6	31,1
2000	27,2	24,9	28,1	31,2	32,9	27,6	25,8	23,9	31,4
2001	27,5	25,3	28,4	31,5	33,2	28,0	26,1	24,3	31,7
2002	27,8	25,6	28,7	31,9	33,3	28,4	26,2	24,5	31,9
2003	28,1	25,9	29,0	32,0	33,5	28,7	26,5	24,8	32,3
2004	28,3	26,3	29,3	32,2	33,6	29,1	26,7	25,1	32,5
2005	28,6	26,6	29,6	32,4	33,7	29,4	27,0	25,5	32,9
2006	28,9	26,9	29,9	32,6	33,8	29,7	27,3	25,9	33,1
2007	29,1	27,1	30,1	32,8	33,8	30,0	27,6	26,2	33,5
2008	29,3	27,3	30,5	33,0	34,2	30,3	27,8	26,5	33,6
2009	29,4	27,4	30,6	33,1	33,9	30,5	27,9	26,7	34,0
2010	29,6	27,6	30,7	33,0	33,8	30,7	28,1	27,0	34,1
2011	29,7	27,8	30,9	33,2	33,7	30,9	28,1	27,2	34,3
2012	29,8	27,9	31,0	33,1	33,8	31,0	28,3	27,4	34,5

Zdroj: Český statistický úřad



Z představených údajů je patrné, že se čas určený k rodičovství, vzhledem ke snižující se plodnosti žen ve vyšším věku, zkracuje. Narůstá počet neplodných párů, které se dožadují řešení jejich neplodnosti a z ní vyplývající nedobrovolné bezdětnosti. V zásadě se jedná o dvě základní možnosti řešení, a to o metody asistované reprodukce a adopční program (Slepičková, Fučík, 2009, s. 267-268).



**Obrázek 1** Mapa cesty za dítětem (Konečná, 2009, s. 38)

Obrázek 1 Mapa cesty za dítětem, prezentuje ve zjednodušeném schématu léčbu metodami asistované reprodukce a adopční program, a jejich nejčastější odbočky při cestě za dítětem. Inspirací při tvorbě tohoto návodu pro mě byla kniha s názvem Na cestě za dítětem: dvě malá křídla, jejíž autorka se neplodností zabývá již mnoho let.

Pokusím se v následujících úvodních kapitolách přiblížit obě tyto metody řešení bezdětnosti. Vzhledem k výzkumným cílům práce jsem se ale primárně zaměřila na oblast asistované reprodukce a adopci zmiňuji pouze okrajově.

## 2.1 Asistovaná reprodukce (AR)

Asistovaná reprodukce je obor zabývající se léčbou neplodnosti. Jeho historie sahá do 80. let 20. století, v současné době se stále více hovoří o samostatném lékařském oboru -

reprodukční medicíně. A to především z důvodu nutné mezioborové spolupráce gynekologů, andrologů, biologů, genetiků, urologů, psychologů, farmaceutů a dalších specializovaných pracovníků (Hansmanová, Dostál, 2011, s. 179). Reprodukční medicína je jedna z nejprogresivněji se vyvíjejících oblastí moderní medicíny, zabývá se reprodukčním systémem člověka, s užším zaměřením na prevenci, diagnostiku a léčbu poruch s cílem zabezpečit nebo obnovit fertilitu (Ostró et al., 2009, s. 7).

Uvedený velmi rychle rozvíjející se obor pomáhá párům s poruchou plodnosti počít geneticky vlastního potomka nebo částečně vlastního (při použití dárcovských spermií nebo vajíček) nebo zdánlivě vlastního dítěte (při použití dárcovského embrya), i v tomto případě si ale pár může prožít celé těhotenství a porod (Slepičková, Fučík, 2009, s. 268).

Velmi důležitým právním dokumentem této oblasti je Zákon o zdraví lidu 20/1966 Sb., část „Asistovaná reprodukce“. Pojednává o tom, že obor Asistované reprodukce pracuje se spermii, vajíčky a embryi mimo tělo člověka (in vitro), s hlavním cílem oplodnit ženu. Dále se představený obor specializuje na skladování zárodečných buněk nejen pro onkologické pacienty, ale i na preimplantační genetickou diagnostiku (viz níže), například pro páry s rizikem vážných geneticky podmíněných nemocí a vad (Řežábek, 2008a, s. 10-95).

Legislativní úpravu zajišťuje Ministerstvo zdravotnictví České republiky, které uděluje souhlas, na jehož základě může zdravotnické zařízení provádět postupy a metody asistované reprodukce (Řežábek, 2008a, s. 37). V dané souvislosti je velmi podstatné dbát na etické aspekty uváděného oboru. Příkladem může být Úmluva o lidských právech a biomedicíně, která je součástí právního řádu č. 96/2001 Sb., stejně jako její dodatek č. 97/2001 Sb. (Řežábek, 2008b, s. 30).

Pacienti, kteří taková centra navštěvují, se liší od ostatních pacientů, a to především tím, že se většinou necítí fyzicky nemocní. A ani pro své okolí nejsou vnímáni takoví lidé jako nemocní, protože podvědomě je nemocný člověk ten, který trpí bolestmi, kašle, kulhá, prostě nějak fyzicky trpí. Neplodný pár, který bojuje s neplodností, se většinou neprojevuje žádnými podobnými a na první pohled zjevnými symptomy. Avšak neplodnost je stav, kterému je dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů přidělena diagnóza N 97. Jedná se tedy skutečně o nemoc, proto by měla být i náležitě léčena (Konečná, 2009, s. 33). Neplodní lidé jsou skutečnými pacienty.

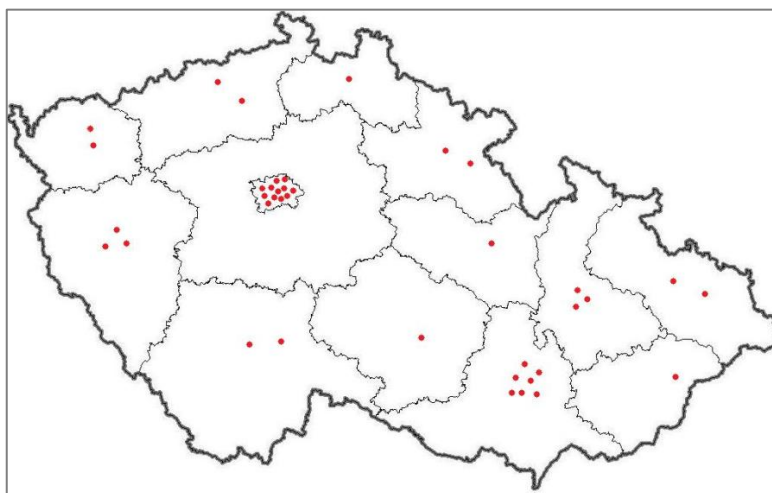
Podle stavu Národního registru, spravovaného Ústavem zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) ČR, ke dni 25. 9. 2013 provozovalo činnost 39 center asistované reprodukce. Pro představu uvádím Tabulku 2 – Centra AR v ČR od roku 2006.

**Tabulka 2 Centra AR v ČR od roku 2006**

Název	Sídlo	Platí od
Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, CAR, Gyn.- por. klinika 1. LF UK	Praha 2	1. 1. 2006
Fakultní nemocnice v Motole, CAR, Gyn.- por. klinika 2. LF UK	Praha 5	1. 1. 2006
ISCARE I.V.F., a. s.	Praha 7	1. 1. 2006
CAR 01 Brno, Gyn. - por. klinika FN Brno	Brno	26. 9. 2006
Sanatorium HELIOS, s. r. o.	Brno	26. 9. 2006
UNICA, s. r. o.	Brno	26. 9. 2006
REPROMEDA, s. r. o.	Brno	26. 9. 2006
MUDr. Aleš Bourek, PhD.	Brno – sever	26. 9. 2006
Sanatorium ART, s. r. o.	České Budějovice	26. 9. 2006
SANUS, s. r. o.	Hradec Králové	26. 9. 2006
FERTIMED, s. r. o.	Olomouc	26. 9. 2006
Fakultní nemocnice Olomouc, CAR, Por.-gyn. klinika	Olomouc	26. 9. 2006
Gyncentrum Ostrava, s. r. o.	Ostrava	26. 9. 2006
Fakultní nemocnice Plzeň, CAR, Gyn.-por. klinika	Plzeň	26. 9. 2006
NATALART, s. r. o.	Plzeň	26. 9. 2006
GEST, s. r. o.	Praha 5	26. 9. 2006
PRONATAL, s. r. o.	Praha 4	26. 9. 2006
PRONATAL NORD, s. r. o.	Teplice	26. 9. 2006
Pronatal Plus, s. r. o.	Praha 6	1. 1. 2008
IVF Czech Republic, s. r. o.	Zlín	26. 9. 2006
Ústav pro péči o matku a dítě	Praha 4	26. 9. 2006
SANUS Jihlava	Jihlava	26. 9. 2006
SANUS Pardubice	Pardubice	1. 1. 2011
GENNET, s. r. o. Praha	Praha 7	26. 9. 2006
GENNET, s. r. o. Liberec	Liberec 1	1. 1. 2008
GENNET, s. r. o., pobočka Archa	Praha 1	1. 6. 2011
ARLETA IVF, s. r. o.	Kostelec nad Orlicí	1. 1. 2008
REPROFIT INTERNATIONAL, s. r. o.	Brno	26. 9. 2006
IVF - Institut, s. r. o.	Plzeň	26. 9. 2006
Institut reprodukční medicíny a genetiky, s. r. o.	Karlovy Vary	30. 6. 2008
Pronatal SPA, s. r. o.	Karlovy Vary	30. 6. 2008
PRAGUE FERTILITY CENTRE, s. r. o.	Praha 7	1. 1. 2010
Stellart, s. r. o.	Teplice	1. 9. 2010
EuroFertil CZ, a. s.	Ostrava	27. 11. 2008
IVF CUBE SE	Praha 6	1. 6. 2011
PRONATAL Repro, s. r. o.	České Budějovice	1. 6. 2011
EUROPE IVF International, s. r. o.	Praha 5	1. 8. 2011
Reprogenesis a.s. Klinika reprodukční medicíny	Brno	31. 12. 2011
IVF clinic, a .s.	Olomouc	1. 1. 2013

Zdroj: Ústav zdravotnické informatiky a statistiky ČR

Pro přehlednost uvádím také mapu se schematicky vyznačenými centry asistované reprodukce v ČR (viz Obrázek 2). Z Obrázku 2 je na první pohled patrné, že již v každém kraji, vyjma Středočeského, je dostupná léčba neplodnosti metodami asistované reprodukce, v podobě centra asistované reprodukce. Absence centra AR ve Středočeském kraji je způsobena dojížděním za speciálními službami do Prahy, kde se nachází nejvíce těchto center (ÚZIS, 2013, s. 1).



**Obrázek 2** Centra asistované reprodukce v České republice

### **2.1.1 Základní terminologie v souvislosti s léčbou neplodnosti**

Medicína je plná odborných názvů, většinou pocházejících z latiny a angličtiny. Často se z terminologie stane i běžně používaný žargon, kterému ovšem rozumí většinou jen zasvěcení lidé, kteří se s ním setkávají takřka každý den. Při komunikaci je proto nutné si uvědomit a správně odhadnout, o jakého klienta se jedná a přizpůsobit pro něho dané termíny tak, aby rozuměl, nepřipadal si hloupě a poníženě a nedocházelo tak ke zbytečným nedorozuměním. Profesionální „hantýrka“ plní výrazné psychologické funkce a může vyústit v komunikační bariéru (Vybíral, 2000, s. 125). Navíc zdravotnický žargon může vést až k procesu depersonalizace, tedy ke ztrátě úcty a respektu k osobě pacienta. Může prozrazovat profesionální přezíravost, deformaci povoláním nebo zúžení pohledu (Křivohlavý, 2002, s. 75-76). V následujícím textu se pokusím vysvětlit nejzákladnější odborné termíny využívané ve spojitosti s reprodukční medicínou. Při vysvětlování terminologie v praxi je vhodné pojmy doplnit edukačními texty, obrázky nebo například audiovizuální ukázkou (Ostró et al., 2009, s. 10). Také při vysvětlování problému a navrhování diagnostického a léčebného postupu je vhodné používat

názorné pomůcky, snímky, nákresy, které mohou také velmi dobře usnadnit pochopení sdělovaného (Hansmanová, Dostál, 2011, s. 181).

### **Sterilita a infertilita**

V českých podmínkách se rozlišují dva základní pojmy, **sterilita** a **infertilita**. Světová zdravotnická organizace (World health organization - WHO) definuje sterilní neboli neplodnou dvojici jako muže a ženu, kteří nedosáhli koncepce (oplození) po 2 letech nechráněných pohlavních styků. Avšak Americká společnost pro fertilitu (American Fertility Society - AFS) uvádí v definici interval 1 rok, neboť vychází z poznatku, že 95 % párů dosáhne gravidity do 13 měsíců nechráněného pohlavního styku (Citterbart et al., 2001, 127). Termínem infertilita rozumíme neschopnost donosit nebo porodit životaschopný plod. Sterilitu můžeme rozdělit na **primární**, kdy u ženy ještě nikdy nedošlo ke graviditě (popřípadě gravidita nebyla zjištěna), **sekundární**, kdy v minulosti ke graviditě došlo, ale v současné době ani po roce snažení ne. U některých párů může být diagnostikována tzv. **idiopatická** (nevysvětlitelná) neplodnost, a to v případě, kdy ani po vyšetřeních není zjištěna příčina poruchy plodnosti (Konečná, 2009, s. 14). Tato diagnóza se stanoví per exclusionem, kdy jsou výsledky všech vyšetření ve fyziologických mezích (Kolařík et al., 2011, s. 474).

#### **2.1.2 Příčiny neplodnosti**

Medicína prokázala, že na příčině neplodnosti se partneři podílejí v podstatě rovným dílem (Konečná, 2009, s. 18). V současné době se udává, že problém na straně muže, tedy andrologická příčina neplodnosti je přibližně u 35-45 %, na straně ženy, tedy gynekologická příčina neplodnosti je přibližně u 45-55 %. Postižení obou partnerů najednou se vyskytuje zhruba ve 20 % případů. A v 5-10 % případů jsou oba partneři opticky zcela zdraví, jedná se tedy o idiopatickou příčinu sterility (Heřmanová, 2012, s. 99).

#### **Základní ženské faktory neplodnosti**

- Tubární faktor – jedná se o příčinu sterility způsobenou uzávěrem vejcovodů. Vyskytuje se nejčastěji u žen po prodělaných gynekologických zánětech nebo s endometriózou, v těchto případech hovoříme o relativní tubární příčině. Tubární faktor je diagnostikován také při nepřítomnosti vejcovodů po chirurgickém odstranění, v takovém případě se hovoří o absolutní tubární příčině. Klasickou indikací tubární sterility je mimotělní oplození, které obchází úlohu vejcovodu v reprodukčním procesu (Mardešić et al., 2013, s. 35).

- Ovariální faktor – příčina neplodnosti se nachází ve vaječniku, jedná se o hormonální poruchu. V samotném důsledku tohoto faktoru nemohou folikuly (váčky s vajíčky) dozrávat, a proto nedochází k ovulaci (uvolnění vajíčka), jedná se tedy o anovulaci.
- Endometrióza – znamená výskyt ložisek endometria (děložní sliznice) mimo její obvyklou lokalizaci. To může způsobit neprůchodnost vejcovodů, adheze (srůsty), narušit imunologické mechanismy, což může vést k negativnímu procesu oplození a implantace (uhníždění) embrya. Endometrióza je velmi častým onemocněním, jehož incidence se v ženské populaci pohybuje v rozmezí 6-10% (Mardešić et al., 2013, s. 37).
- Imunologický faktor – vzniká při přítomnosti imunologických protilátek, které negativně ovlivňují pohyb spermií, může docházet i k narušení procesu splynutí pohlavních buněk a negativně může být ovlivněn i vývoj časného embrya.
- Genetické poruchy – poruchy v chromozomální výbavě (IVF Zlín Czech Republic).
- Psychogenní faktor – zahrnuje rozmanité psychogenní vlivy, od nesplněné touhy po dítěti až po extrémní a konfliktní situace v rodině, zaměstnání, i v ostatních oblastech života. Léčba spočívá v psychoterapii, kdy již samo zahájení vyšetřování a léčby sterility může výrazně přispět k otěhotnění (Citterbart et al., 2001, s. 135).

**Tabulka 3 Hlavní diagnózy neplodnosti u žen, které jako neplodný pár vyhledaly pomoc v centru asistované reprodukce České republiky**

Diagnóza	Sterilita		Celkem z 2012
	Sekundární	primární	
Absolutní tubární	1 204	740	1 944
Anovulace	1 894	2 287	4 181
Endometrióza	493	843	1 336
Genetická indikace	219	244	463
Imunologická	345	387	732
Jiná	1 670	1 601	3 271
Není zjištěna patologie	2 102	3 136	5 238
Ovariální selhání, včetně hrozícího ovulárního selhání	2 366	3 043	5 409
Tubární relativní	638	432	1 070
Nezadána	282	2 773	3 055
<b>Celkový součet</b>	<b>11 213</b>	<b>15 486</b>	<b>26699</b>

Zdroj: Národní registr reprodukčního zdraví - Národní registr AR, stav ke dni 25. 9. 2013

Pro dokreslení situace dokládám Tabulku 3 s výskytem hlavních příčin neplodnosti u žen, které přišly s partnerem řešit svůj problém neplodnosti do některého z center asistované reprodukce v ČR.

### Základní mužské faktory neplodnosti

- Asthenospermie – nedostatečná pohyblivost spermií, spermie nejsou schopny dostat se k vajíčku a oplodnit ho.
- Oligospermie – snížená koncentrace spermií, méně než 15 milionů spermií na 1 ml spermatu.
- Azoospermie – absence spermií v ejakulátu, příčinou je chybějící produkce spermií nebo poruchy transportu spermií.
- Teratospermie – špatná morfologie spermií (Kolařík et al., 2011, s. 465).
- Genetická porucha – poruchy v chromozomální výbavě.

Dalším faktorem příčiny andrologické neplodnosti mohou být problémy s pohlavním stykem (potíže s ejakulací, impotence), stavy po zánětech, operacích, úrazech, onkologické terapii nebo v souvislosti s varikokélou, apod. (IVF Zlín Czech Republic).

**Tabulka 4 Hlavní diagnózy neplodnosti u mužů, kteří jako neplodný pár vyhledali pomoc v centru asistované reprodukce České republiky**

Diagnóza	Sterilita		Celkem z 2012
	sekundární	primární	
Azoospermie	568	903	1 471
Genetická indikace	114	76	190
Jiná	181	216	397
Malá zásoba spermií ve spermabance	120	157	277
Není zjištěna patologie	4 771	5 180	9 951
Patologický spermioqram	4 993	5 772	10 765
Nezadána	466	3 182	3 648
<b>Celkový součet</b>	<b>11 213</b>	<b>15 486</b>	<b>26 699</b>

Zdroj: Národní registr reprodukčního zdraví - Národní registr AR, stav ke dni 25. 9. 2013

Pro dokreslení situace uvádím Tabulku 4 s výskytem hlavních diagnóz u mužů, kteří přišli s partnerkou řešit svůj problém neplodnosti do některého z center asistované reprodukce v ČR.

### **2.1.3 Léčba metodami asistované reprodukce**

Reprodukční medicína je bohatá na odborné termíny, zkratky a různé metody řešení problematiky poruch plodnosti. Každá z jednotlivých metod má své specifické indikace, o kterých na základě výše uvedených diagnóz poruch plodnosti, rozhoduje ošetřující lékařský tým. Pokusím se přiblížit základní metody a užívané zkratky tohoto oboru.

#### **Intrauterinní inseminace (IUI)**

Intrauterinní inseminace, občas také nazývaná umělá inseminace, je metoda, při které je zavedeno partnerovo (homologní inseminace: AIH – artificial insemination by husband) sperma nebo darované (heterologní inseminace: AID – artificial insemination by donor) sperma do dělohy ženy (Doherty, Clark, 2006, s. 44).

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

In vitro fertilizace, neboli oplodnění ve skle je jednou ze základních metod mimotělního oplodnění. Skládá se z několika hlavních kroků, mezi které patří hormonální stimulace, odběr vajíček (punkce folikulů), přidání nebo implantace spermií, kontrola růstu embryí, embryotransfer (ETR) - přenos embryí do dělohy (Řežábek, 2008a, s. 57-58).

#### **Další metody využívané při IVF**

Pomocných a doplňkových metod využívaných při IVF je mnoho. Mezi základní a často využívané bych zařadila především preimplantační genetickou diagnostiku, intracytoplasmatickou injekci spermie do vajíčka, asistovaný hatching a v neposlední řadě také kryokonzervaci.

#### **Preimplantační genetická diagnostika (PGD)**

Podstatou preimplantační genetické diagnostiky je genetické vyšetření embrya před jeho transportem do dutiny děložní. Genetické vyšetření se provádí z jedné buňky odebrané z vyvíjejícího se embrya. Odběr se provádí nejčastěji třetí den vývoje embrya. Tímto zákrokem se embryo nepoškodí, neboť v časném stádiu vývoje je schopno ztrátu jedné buňky jednoduše nahradit. Jedním z nejčastějších důvodů pro preimplantační genetické vyšetření embrya bývá chromozomální porucha u některého z rodičů (Reprofit International, 2006-2013b).

#### **Intracytoplasmatická injekce spermie (ICSI)**

Jedná se o mikromanipulační metodu, při které se jedna vybraná spermie implantuje přímo do odebraného vajíčka (oocytu). Pečlivě vybraná spermie je znehybněna, nasáta do mikroinjekční pipety a pomocí mikromanipulačního zařízení vpravena do oocytu (Ventruba et al., 2013, s. 8).



### **Asistovaný hatching (AH)**

Asistovaný hatching je další mikromanipulační technikou, která se používá před samotným zavedením embrya do dělohy, kdy se šetrně poruší obal embrya (zona pellucida) mikropipetou. Vytvoření otvoru umožní snazší uvolnění embrya ze zona pellucida, a tím zvýší pravděpodobnost uchycení (implantace) embrya v děloze (Ventruba et al., 2013, s. 10).

### **Kryokonzervace**

Kryokonzervace znamená zmražení kvalitních embryí. Může být využita například při zachování nadbytečných embryí, nebo před indikovanou radikální onkologickou terapií. Vitřifikace, technika ultrarychlého mražení, přinesla výrazné zlepšení zmražených a následně rozmražených embryí a přispěla k výraznému nárůstu úspěšnosti kryoembryotransferů. Neboť v současné době se stále více klade důraz na snížení počtu embryí při embryotransferu (Reprofit International, 2006-2013b).

#### **2.1.4 Rizika léčby neplodnosti metodami asistované reprodukce**

Jako každý lékařský obor, tak i techniky a metody asistované reprodukce s sebou přinášejí některá rizika a nežádoucí účinky. V případě užívání hormonální farmakoterapie v podobě tablet, injekcí a náplastí, se mohou dostavit nežádoucí účinky, především v podobě exantému a nevolnosti. V horších případech může docházet až k život ohrožujícímu stavu, jakým je ovariální hyperstimulační syndrom. Dalším velice závažným stavem je graviditas extrauterina (mimoděložní těhotenství) nebo hemoperitoneum, které vzniká velmi vzácně při poranění v rámci odběru oocytů (Řežábek, 2008a, s. 80-84). V neposlední řadě patří mezi rizika léčby neplodnosti metodami AR samovolné potraty a vícečetná těhotenství (Ventruba et al., 2013, s. 25).

#### **Ovariální hyperstimulační syndrom (OHSS)**

Jedná se o bouřivou reakci stimulovaných vaječnicků. OHSS je charakterizován především bolestmi v podbřišku, nevolností, zvětšením vaječnicků, přítomností volné tekutiny v dutině břišní. OHSS také může vygradovat ještě do závažnější formy, provázené poruchou vnitřního prostředí, srážlivostí krve nebo výpotkem na plicích. Reakce na hormonální stimulaci je individuální. Proto je nutné pečlivé monitorování hormonálních hladin během stimulace, pravidelná ultrazvuková kontrola vaječnicků, a případně individuální úprava dávkování hormonálních preparátů určených ke stimulaci (Ventruba et al., 2013, s. 24). V rámci prevence zhoršení již nastalého OHSS, se odebrané folikuly oplodňují a zamrazují, dochází tedy k odkladu embryotransferu (Řežábek, 2008a, s. 82).

### **Graviditas extrauterina (GEU) - mimoděložní těhotenství**

Riziko mimoděložní gravidity je vyšší u pacientek s poškozenými vejcovody, a tak po léčbě neplodnosti přichází GEU častěji, než v běžné populaci. Proto je kladen důraz na vyšetření průchodnosti vejcovodů (Ventruba et al., 2013, s. 24). Řešením GEU je většinou laparoskopická salpingektomie, případně se může zvolit tzv. vyčkávací strategie, protože velká část GEU často spontánně zaniká. V souvislosti s GEU je nutné pamatovat i na tzv. heterotopickou graviditu, kdy dojde k nidaci jednoho embrya v děloze a dalšího v tubě, a to po embryotransferu více embryí nebo po ovulaci několika folikulů. Při řešení takového stavu je pochopitelně snaha maximálně šetřit intrauterinní graviditu a operaci tak profylaxně krýt vysokou dávkou gestagenů (Řežábek, 2008a, s. 83).

### **Poranění při odběru oocytů z ovaria**

Při odběru oocytů, musí jehla k ováriím proniknout přes poševní stěnu, proto dochází k drobným poraněním při každém odběru. Avšak vážné komplikace většiny takových poranění jsou zcela výjimečné. Při každém odběru oocytů nastává obdobné krvácení i intraperitoneálně. Rozsáhlejší hemoperitoneum je extrémně vzácné, nicméně velmi závažné a život ohrožující komplikací. A proto po odběru oocytů zůstávají pacientky na zdravotnickém pracovišti pod odborným dozorem minimálně tři hodiny (Řežábek, 2008a, s. 84).

### **Samovolné potraty**

Každá gravidita je spojena s různými riziky, včetně spontánního potratu. Nedostatečná životaschopnost zárodku se nejčastěji projeví v prvních 12 týdnech gravidity. Je nutné zajistit dostatek hormonu žlutého tělíska, důležitého pro udržení gravidity, proto se aplikuje progesteron. Dále se doporučuje dostatečný příjem kyseliny listové, vitaminů a minerálů v potravě. Dalším velmi podstatným faktorem je eliminace škodlivin, jakými jsou především kouření a alkohol (Ventruba et al., 2013, s. 25).

### **Vícečetné těhotenství**

Na první pohled trochu paradoxní komplikací technik asistované reprodukce je vícečetné těhotenství, nejčastěji se jedná o gemini (dvojčata) nebo trigemini (trojčata). Současným trendem je při dobré kvalitě embryí doporučovat transfer pouze jednoho či dvou embryí a další kvalitní embrya zmrazit – kryokonzervovat (Ventruba et al., 2013, s. 25). Vícečetné těhotenství je zatížené vyšší perinatální morbiditou (nemocností) a mortalitou (úmrtností). Taková gravidita nese riziko pro matku i pro plod. Pro plod především v souvislosti s vyšším výskytem

vrozených anomálií, předčasného porodu a poruchy růstu plodu. Pro matku je vyšší riziko preeklampsie, gestačního diabetu nebo například kardiovaskulární poruchy (Koterová, 2008, s. 1). Pokud i přes veškerá preventivní opatření dojde k vícečetnému těhotenství, lze po domluvě provést redukci plodu, a to přibližně v 11. týdnu gravidity (Ventruba et al., 2013, s. 25).

## **2.2 Adopce neboli osvojení**

Jak jsem již dříve zmínila, druhou možností řešení bezdětnosti je osvojení neboli adoptování dítěte. O adopci malých dětí, novorozeneckého věku, usilují především bezdětné páry, které došly k rozhodnutí o adopci po mnoha neúspěšných pokusech při léčbě neplodnosti v centru AR. Proto nastíním problematiku pouze adopce, nikoli všech druhů náhradní rodinné péče, kam spadá i pěstounská péče, pěstounská péče na přechodnou dobu a poručenství (Bubleová et al., 2012). Při motivaci rodičů mít adoptované dítě, jim mimo nízkého věku osvojovaného dítěte, záleží také na zdravotním stavu, inteligenci a v neposlední řadě i na vzhledu (Zezulová, 2012, s. 15-17).

### **2.2.1 Úvaha o adopci**

Ostró (2009, s. 9) uvádí, že součástí léčby neplodných párů by měly být informace poskytnuté o adopci nebo třeba nabídnutí kontaktů na diskuzní skupiny v oblasti léčby neplodnosti.

Adopce je skutečným prodejem v srdci. Je proto nutné si před samotným rozhodnutím odpovědět na některé otázky, jako například: „*K jakému závěru jsme ohledně naší neschopnosti počít dítě došli?*“, „*Jsme schopni vidět případné adoptované dítě jako východisko z bezdětnosti?*“, „*Jak neplodnost ovlivnila mé vnímání sebe sama?*“, „*Co od příchodu dítěte očekáváme.*“ apod. Takovéto otázky mohou pomoci vyhodnotit, do jaké míry jsou rodiče připraveni na adopci (Schoolerová, 2002, s. 12-13).

Osvojitelské rodiny se potýkají s otázkami, které se týkají jejich vlastní reprodukční schopnosti. Neboť adopcí lze vyřešit bezdětnost, ale ne vlastní neplodnost, s tou se musí vyrovnat každý sám. Velmi mě zaujalo přirovnání paní Zezulové (2012, s. 15) v publikaci Pěstounská péče a adopce, kde přirovnává adopci dítěte k dávce inzulínu pro diabetika. Je to tedy řešení stavu, nikoli „kauzální léčba“, neboť diabetik inzulín životně potřebuje, ale nikdy nebude zdravý.

### 2.2.2 Podmínky adopce

Při adopčním procesu je nutné splnit mimo jiné i přesně definované podmínky. Legislativně se problematikou osvojení zabývá Zákon o rodině č. 94/1963 Sb., který byl nahrazen právním předpisem č. 89/2012, jenž nabyl účinnosti dne 1. 1. 2014 (Zákony od centrum.cz). Z tohoto dokumentu vyplývají předpoklady pro splnění podmínek adopce, některé základní se pokusím přiblížit.

Adopce se týká dětí, které jsou tzv. právně volné. To znamená, že se jich rodiče vzdali hned po narození, a toto rozhodnutí stvrdili po uplynutí ochranné lhůty, která trvá šest týdnů, svým podpisem. Nebo je splněna doba tzv. kvalifikovaného nezájmu, což je u novorozenců dva měsíce a u starších dětí šest měsíců. Takové děti jsou tedy právně uvolněny a nabídnuty k adopci předem schváleným žadatelům, kteří se stávají adoptivními rodiči a jsou zapsáni v novém rodném listu dítěte. Osvojené dítě se stává dítětem adoptivních rodičů se vším všudy, tedy alespoň z pohledu zákona (Zezulová, 2012, s. 15-17).

Další podmínkou adopce je nejméně tříměsíční péče o dítě na vlastní náklady. Velmi důležitou informací je, že při žádosti o novorozence nesmějí být rodiče starší 35 let. Jak jsem již zmínila, o adopci rozhoduje soudní řízení, adopce je tedy nezrušitelným právním úkonem. Až na výjimku dětí mladších jednoho roku, kdy se jedná o tzv. osvojení zrušitelné, neboť právní úprava hovoří o tom, že je možné adoptovat pouze děti starší dvanácti měsíců (Lázníčková, 2012, s. 30).

### 2.2.3 Zařazení do registru

Bohužel při cestě za adoptovaným dítětem je nutné absolvovat poměrně dlouhý úřední proces, od podání žádosti přes absolvování povinných vyšetření až po organizovanou přípravu na přijetí dítěte. Je tedy nutné na městském úřadě vyhledat odbor sociální péče a informovat se o konkrétním postupu. Součástí procesu při zařazování do registru žadatelů je i absolvování povinné přípravy, v řeči zákona: „*odborná příprava fyzických osob vhodných stát se osvojiteli k přijetí dítěte do rodiny*“ (Zezulová, 2012, s. 25-26). Cílem přípravy je například: seznámení rodičů s náhradní rodinnou péčí (NRP), porozumění procesu zprostředkování svěřeni dítěte do péče prostřednictvím úřadů, umožnit navázání kontaktů mezi budoucími osvojitelstvími rodinami a přispět tak k vytváření neformálních svépomocných skupin, apod. (Trialog, 2010).

## 2.2.4 Proces adopce

Na základě psychologických testů jsou přiřazovány určité typy dětí (Lázníčková, 2012, s. 30). Přesto, že je systémovým standardem, hledání rodiny pro dítě, ve skutečnosti by měly být naplněny potřeby obou stran, neboť každá něco hledá a nabízí. To znamená, že by mělo být lhostejné, zda se hledá „rodina pro dítě“ nebo „dítě pro rodinu“, výsledek by měl být v obou případech shodný (Zezulová, 2012, s. 25).

Bohužel adoptivní proces může být velmi náročný, především z psychického hlediska a vyžaduje také nutnou dávku trpělivosti, neboť od podání žádosti o svěřeni dítěte do péče do přidělení a předání potomka do nové rodiny, může uplynout i několik let. A jak jsem se již snažila nastínit, tato cesta není vůbec legislativně snadná.

## 2.2.5 Genetický vztah a citové pouto

Genetická vazba s dítětem vzniká při řešení neplodnosti v případě, že se při léčbě metodami AR použijí alespoň u jednoho z partnerů jejich vlastní pohlavní buňky. Pokud pár musí podstoupit z nějakého důvodu léčbu s darovanými buňkami nebo se rozhodne pro adopci, jedná se o vztah založený čistě na základě citového pouta.

Není výjimkou, že po určité době či několika neúspěšných pokusech léčby neplodnosti zvolí pár jako řešení situace adoptivní program, aniž by přerušil současnou léčbu (Konečná, 2009, s. 39). Motivace páru k adopci je zjevná a do značné míry nedobrovolná, neboť osvojením se snaží vyřešit svoji neplodnost. Rodiče by většinou dali přednost biologicky vlastního dítěti, a proto k rozhodnutí pro adoptované dítě obvykle docházejí až po několika zklamáních. To ovšem neznamená, že jejich motivace je méně hodnotnou či nesprávnou (Zezulová, 2012, s. 17).

Stává se, že některé páry v průběhu léčby neplodnosti pomocí metod asistované reprodukce přehodnotí svoje rozhodnutí a promýšlí možnost adoptivního programu. Důvodem mohou být například finanční, zdravotní, časové či etické podněty (Regier, 2000). Neoddělitelnou součástí při rozhodování hraje i posouzení, které z řešení má v dané chvíli větší šanci na úspěch. Když se podíváme na hlavní faktory při rozhodování, tak například pojišťovny hradí maximálně 4 x stimulační léky a maximálně 4 x výkony ukončené embryotransferem (pokud v prvních dvou cyklech došlo k transferu pouze jednoho embrya). Zásadní informací je, že léčba neplodnosti je pojišťovnami hrazena do 39. nebo 40. narozenin ženy - podle směrnic jednotlivých pojišťoven (Reprofit International, 2006-2013a). Na druhé

misce pomyslných vah leží hlavní fakt, že při žádosti o adopci novorozence nesmí být rodiče starší 35 let. Dalším faktorem může být čekací doba na dítě, ta se odvíjí od konkrétní situace v kraji. A je ovlivněna počtem vhodných dětí pro svěření do náhradní rodinné péče, počtem žadatelů zařazených do evidence a v neposlední řadě i představami žadatelů o přijímaném dítěti (Adopce.com, 2010).

### 3 KOMUNIKACE

Komunikace je nepostradatelnou součástí života, komunikujeme se svým okolím každý den již od svého zrození. Každý z nás předává nějakou zprávu, která obsahuje určitá sdělení. Proto ke komunikaci patří neoddelitelně také jisté komunikační dovednosti, které vytvářejí kvalitní komunikaci. K základům úspěšné komunikace patří schopnost jasně a srozumitelně vysvětlit druhým, co máme na mysli, a zároveň pochopit a docenit jimi sdělované informace (Taylor, Lester, 2010).

Komunikace může probíhat přímo mezi komunikujícími, tedy interpersonálně, nebo nepřímou, tím se rozumí zprostředkovaně pomocí technicko-organizačních prostředků. Komunikační řetězec při přímé komunikaci je tvořen komunikátorem (osoba sdělující informaci) a komunikantem neboli recipientem (osoba přijímající sdělení), ať už jde o jednotlivce nebo skupiny (například pár s poruchou plodnosti). Naproti tomu při nepřímé komunikaci se používá technického prostředku, obecně je nazývaný komunikačním médiem. Příkladem může být edukační materiál, telefon, televize, počítač, apod. Dnes se pod tímto pojmem ukrývá trochu zjednodušený výraz hromadný sdělovací prostředek (Musil, 2010, s. 19).

Pod pojmem **verbální komunikace** se skrývá komunikace založená na slovech. Avšak verbální komunikace neprobíhá zdaleka jen pomocí pronesených a slyšených slov, ale patří do ní i písemné vyjádření.

**Neverbální komunikace** je často vnímána jen jako řeč těla, přestože v sobě obsahuje tón hlasu, tempo řeči, rytmus, apod. Na neverbální komunikaci se podílí i pocity, důležité pro citový doprovod slovního vyjádření. Neverbální komunikace se nejvíce uplatňuje při přímé komunikaci souběžně s verbálním vyjádřením, a to zejména při komunikaci párové nebo malých skupin. Umožňuje nám vnímat mimiku<sup>1</sup>, gesta nebo třeba držení těla. Neverbální komunikace má tedy mimo jiné vést k porozumění, pochopení a empatii (Musil, 2010, s. 20-21).

#### 3.1 Konzultace v centru asistované reprodukce

Komunikace v centru asistované reprodukce probíhá zejména ve formě konzultací. Definice slova latinského původu konzultace je odborná porada s udělením rady odborného

---

<sup>1</sup> Mimika - člověk má 47 obličejových svalů, které umožňují rozeznat až 1000 různých mimických výrazů

charakteru (Vokurka, Hugo et al., 2009, s. 549). Význam funkcí konzultace je především poskytnutí pacientovi edukaci o diagnóze, dalším testování, léčebných procedurách a prognóze (Leite et al., 2005, 42-43). Na konci konzultace potřebujeme o pacientovi vědět o něco více, než jsme věděli na začátku (Tate, 2005, s. 54). V publikaci Příručka komunikace pro lékaře, popisuje anglický lékař Peter Tate (2005, s. 58-69), pět základních úkolů, kterých je potřeba docílit při konzultaci. Těchto pět základních bodů jsem se pokusila v následujícím textu aplikovat na problematiku konzultace v centru asistované reprodukce.

### **1. Objevit důvody, proč pacient přišel**

Ženy a jejich partneři přicházejí do centra asistované reprodukce především proto, že se snaží o těhotenství. Většinou přijdou na doporučení ošetřujícího gynekologa. Muži tak často nechávají starost na ženách, které se se svými obavami o neplodnosti obracejí na svého gynekologa. Muž se může obrátit na svého praktického lékaře, který by jej dále mohl doporučit k andrologovi či urologovi, taková cesta však nebývá příliš častá (Řežábek, 2008a, s. 25). Při prvních návštěvách je potřeba zjistit mnoho informací. Například gynekologickou a andrologickou anamnézu, jak dlouho se pár o těhotenství snaží, zda již navštívily nějaké centrum či odbornou pomoc, případně s jakými výsledky apod.

### **2. Definovat zdravotní problém**

Z pečlivě odebrané podrobné anamnézy by měla vzniknout pracovní hypotéza, která poukazuje na to, jakým směrem se bude péče o pacienta dále ubírat (Tate, 2005, s. 58-60). Jinými slovy, vyšetřování se při léčbě neplodnosti zahajuje na základě konstatování páru, že k otěhotnění nedošlo po několika neúspěšných menstruačních cyklech, většinou po roce nechráněného pohlavního styku. Poté je cílem diagnostického procesu určit oblast reprodukčního cyklu, ve kterém problém nastal a zaměřit se na jeho léčbu, pozn. pokud se nejedná o idiopatickou neplodnost (Řežábek, 2008a, s. 24).

Média nás často mylně informují o úspěších metod asistované reprodukce a vzbuzují falešný dojem, že žena s jejich pomocí určitě a hned otěhotní a také, že bez těchto metod sterilitu vyléčit nelze. Ani jeden pohled není zcela správný, metody asistované reprodukce mají své indikace, podmínky, výhody, ale i rizika. Tudíž ne všechny ženy potřebují podstoupit tu nejsložitější léčbu těmito metodami (Řežábek, 2008a, s. 12). Cílem diagnostiky je tedy zjistit o jaký zdravotní problém se jedná a zvolit vhodnou terapii.

### **3. Určit řešení pacientova problému**

V tomto kroku je dobré určit vhodnou volbu managementu léčby a především seznámit s plánem pacienta. S tím důrazem, že pacient by měl být maximálně zapojen do zvoleného



léčebného plánu. V oblasti poruch plodnosti by měla probíhat současně edukace obou partnerů, tedy ženy i muže, kteří se v daném centru asistované reprodukce léčí. A na neplodnost bychom měli pohlížet jako na nemoc páru. Je především na lékařích, zda to takto bude vnímat i léčený pár. Přítomnost obou partnerů na konzultacích a některých vyšetřeních by měla být samozřejmostí (Konečná, 1999, s. 95). Stejný názor zastává i Řežábek (2008a, s. 25), který ve své publikaci *Asistovaná reprodukce* píše: „*neplodnost je vždy diagnózou páru, tedy konkrétního muže a konkrétní ženy.*“ Možnosti léčby by měly být s párem prodiskutovány, a tam kde je to možné by si měli pacienti vybrat sami, jakou cestou se léčba bude ubírat.

Měli bychom mít na paměti, že léčba může být v některých okamžicích velmi psychicky náročná, neboť se nejedná o jednorázovou aktivitu, nýbrž o léčbu, která trvá měsíce, mnohdy i roky (Doherty, Clark, 2006, s. 36). Netrpělivost neplodného páru není na místě, sterilita je dle WHO nemoc, která není zhoubná, ale od okamžiku rozhodnutí pro dítě se stává chorobou, která se může vléct i několik let (Ulčová-Gallová, 2006, s. 98). Proto je management léčby velice důležitý. Pár s poruchou plodnosti by měl být informován o léčebných plánech a možnostech s dostatečným předstihem.

#### **4. Vysvětlit problém pacientovi**

Při vzájemné interakci lékaře s pacientem je nutné vysvětlit pacientovi diagnózu, společný plán a možné vedlejší účinky a rizika léčby. Také po každém vyšetření je potřeba pacientovi sdělit výsledky vhodným způsobem. Přizpůsobit sdělení pacientovi tak, aby mu rozuměl. Nepoužívat medicínský žargon, zkratky, latinské a příliš odborné výrazy. Pro tuto fázi uvedené komunikace je velmi vhodné znát pacientovy obavy a očekávání. Neboť na nezdravotníka to může být plno nových a těžko vstřebatelných informací. Lékařovou povinností je dát pacientovi příležitost zeptat se na věci, které ho zajímají (Linhartová, 2007, s. 60). Takový postup umožní pacientovi větší zodpovědnosti za své zdraví, a na druhé straně zabrání „medikalizaci“ a předejde mnohým neshodám a sporům.

#### **5. Efektivně využít pacientovu návštěvu**

Jak řekl Albert Einstein: „*Kdybych měl k dispozici hodinu na zvládnutí problému, na kterém by závisel můj život, strávil bych 40 minut jeho studiem, 15 minut jeho analýzou a 5 minut jeho řešením*“ (AZcitaty.cz, 2009-2013). Při konzultaci je nejdůležitější si daný čas rozvrhnout a co nejefektivněji jej využít, i když v každém centru asistované reprodukce mohou být jiné podmínky. Poukazuje na to i fakt, že množství stráveného času s lékařem při

konzultaci signifikantně neovlivňuje pacientovu spokojenost. Jde tedy především o kvalitu času určeného pro konzultaci, nikoli o kvantitu.

Dalším okruhem, který by mohl patřit do oblastí efektivního využití pacientovy návštěvy, je edukace o preventivních opatřeních a životním stylu. Je ale nutné s touto oblastí manipulovat velmi citlivě a cílit ji především tam, kde pacient naznačuje, že by chtěl vědět, co vše může udělat. Příkladem může být přestat nebo alespoň omezit kouření, věnovat se cvičení, zdravému stravování nebo třeba užívání doplňků stravy k podpoře plodnosti (Tate, 2005, s. 54-69).

### **3.2 Diagnostický a terapeutický rozhovor**

Při zdravotnických konzultacích a komunikaci ve zdravotnictví jako takové se využívá dvou základních rozhovorů, diagnostického a terapeutického. Obecně se pod pojmem rozhovor skrývá záměrný a organizovaný dialog, jehož cílem je proniknout do nitra osobnosti (Jobánková, 2003, s. 35).

#### **Diagnostický (anamnestický) rozhovor**

Diagnostický rozhovor, někdy též nazývaný anamnestický, bývá zaměřen především na zjišťování anamnestických údajů, na odhalení a specifikaci zdravotních problémů a také na posouzení schopností daného jedince (Jobánková, 2003, s. 35). Jedná se o strukturovaný rozhovor, při němž je velmi důležité být trpělivý, počkat na odpověď, a především vysvětlit, proč se na daný údaj ptáme. V případě, že se potřebujeme rychle zorientovat, volíme uzavřené otázky, protože odpovědi na ně bývají stručnější a konkrétněji zaměřené. Pokud potřebujeme zjistit nějaké souvislosti, volíme otevřené otázky, tím pacienta povzbudíme k hovoru a dáme mu tím větší prostor k odpovědi. Avšak i při diagnostickém rozhovoru se jedná o komunikaci oboustrannou. Zdravotník se nejen ptá, ale také odpovídá, vysvětluje, poskytuje podporu, apod. (Exnerová, 2006, s. 65).

#### **Terapeutický rozhovor**

Druhým základním typem je terapeutický rozhovor, ten je veden s cílem pomoci druhému člověku při řešení pro něj náročných životních situací, s cílem povzbudit, uklidnit a ochotně naslouchat druhému a projevit mu svoje pochopení (Jobánková, 2003, s. 36). Takový rozhovor má psychoterapeutickou hodnotu. Je méně strukturovaný, takže by pacient měl mít možnost vyjadřovat se volně a zdravotník by měl být méně autoritativní a komunikace tím pádem nedirektivní. Cílem je psychoterapeutický účinek. Rozhovor s psychoterapeutickou hodnotou by měl plynule navazovat na rozhovor anamnestický. Terapeutický rozhovor

obohacuje předchozí získané informace například i o oblasti soukromí pacienta, která také souvisí s poskytovanou léčbou. Pochopitelně, že pokud nejde o odborně vedenou psychoterapii, je účinek rozhovoru nižší, ale jeho význam to neruší. Protože pro pacienta je příznivá už samotná pozornost ze strany zdravotního personálu (Exnerová, 2006, s. 65-66).

### 3.3 Vztah zdravotník-pacient

„*Správně vedená komunikace mezi zdravotníkem a pacientem je nedílnou součástí profese*“ (Janáčková, 2011, s. 215). Nejčastější vztahové problémy vznikají v důsledku dominance zdravotníka, kdy je direktivní a striktně vyžaduje pacientovu poslušnost. Při takové komunikaci zdravotník informuje, radí, dává příkazy, zakazuje a striktně doporučuje. Výsledkem je věcný přístup bez osobního zaujetí. Většinou se více zajímá o nemoc, méně o pacienta. Odborníky je tento **model orientovaný na nemoc** označován také názvem **paternalistický**. Na druhé straně najdeme **model orientovaný na pacienta**, vycházející z koncepce **partnerského** vztahu mezi zdravotníkem a pacientem. Tento vztah je založen především na vzájemné úctě a spolupráci. Zdravotník umí naslouchat a zajímá se i o subjektivní stránku pacienta. Pacient rozumějící svému onemocnění, pak aktivně spolupracuje při léčbě a rozhodovacím procesu. Komunikace v takovém vztahu je nedirektivní, přátelská, empatická a vysvětlující (Janáčková, 2011, s. 217-218).

Lékař i zdravotní sestra/porodní asistentka navazují s pacientem vztah, který je v mnoha aspektech velmi podobný. Ovšem na základě kompetencí se rozhodně liší. Proto jsem tyto dva vztahy s pacientem rozdělila a nastínila každý zvlášť.

#### 3.3.1 Vztah lékař-pacient

Vztah lékař-pacient patří ve zdravotní sféře ke vztahům základním. Tento vztah navazuje každý, kdo se stane pacientem anebo žadatelem o lékařskou službu.

##### Navození vztahu důvěry

Důvěra je základem dobrých mezilidských vztahů, posilujeme ji zdvořilostí a respektem. Soulad verbálních a neverbálních složek komunikace má vliv na uvěřitelnost a opravdovost profesionála. Představení se a podání ruky na uvítanou patří nejen k základním pravidlům slušného chování, ale je klíčem k vytvoření vztahu, založeném na důvěře (Hansmannová, Dostál, 2011, s. 180). Podání a potřesení ruky sděluje spoustu informací, například kdo se na

konci ruky nachází, jaké je jeho postavení, případně proč přichází. Tento rituál by měl být doplněn správnou mimikou, nejlépe úsměvem, vizuálním kontaktem. Ruce by se měly setkat v horizontální úrovni, která vyjadřuje rovnocennost vztahu. Jako první podává ruku (mimo jiných etických pravidel) člověk s vyšším statutem. Tudíž dle společenské etiky má ruku podávat jako první lékař (Obereignerů, 2009, s. 51).

Hlavním faktorem ovlivňujícím vztah lékaře s pacientem je právě důvěra. Tato psychologická dimenze se skládá z několika složek, které je možné experimentálně měřit. Pokud je navázaný vztah lékaře s pacientem na úrovni partnerského, lze důvěru definovat při jednání jako víru v partnera konat v můj prospěch, i přesto že nad jeho činy nemám zcela kontrolu. Mezi hlavní faktory, které podporují vztah vzájemné důvěry, patří například existence společného zájmu, jasná a srozumitelná komunikace nebo třeba předchozí dobré zkušenosti. Jako hlavní faktor negativně ovlivňující vztah důvěry je příliš učený a nesrozumitelný projev například při „školení“ pacienta (Černý, 2011, s. 5-6).

### **Umění komunikovat**

Podle Linhartové (2007) umění komunikace skrývá kvalitu, komunikaci a profesionalitu, jedná se o profesionálně vedenou komunikaci, a to nejen z hlediska obsahu (o čem se s pacientem mluví), ale i formy (jak se s pacientem mluví). Lékař a pacient si vyměňují informace i beze slov, obsah a forma se proto mohou vzájemně podporovat. Musíme ale myslet na to, že neverbální komunikace může obsahový aspekt měnit (Janáčková, Weiss, 2008, s. 61). Profesionalita znamená dodržování určitých pravidel, a to vyžaduje utlumení vlastních nepříznivých pocitů. V zájmu profesionality je potřeba osvojit si požadované modely chování, například i schémata rozhovorů, ovšem nezapomínat na individualitu pacientů a určitou jedinečnost situací. Tím je kladen důraz na empatii a spoluúčast, kterou pacienti potřebují cítit při rozhovoru s lékařem, proto nesmí dojít ke striktně mechanickému postupu při rozhovorech. Empatie neboli porozumění a vcítění se, je prvním předpokladem komunikace mezi lékařem a pacientem. Tento proces probíhá především neverbálně (Janáčková, Weiss, 2008, s. 69). K umění léčit patří i umění komunikovat. Odborník musí být nejen profesionální, ale také kreativní a jeho přístup musí být šitý pacientovi přímo na míru. Někdy je medicína vnímána jako poslání a zaměstnání vhodné spíše pro altruisty a nadšence (Linhartová, 2007, s. 53-57).

## **Zdravotní chování pacienta**

Sociálně-psychologický přístup umožňuje pochopit, že lékař s pacientem může při komunikaci rozvinout pacientovo chápání diagnózy, a tím ovlivnit zdravotní chování pacienta. Pro dosažení takovéto situace je nutné zjistit názor a obavy pacienta, spolurozhodovat s pacientem a vést ho k tomu, aby převzal přiměřenou odpovědnost za své zdraví (Janáčková, Weiss, 2008, s. 60-61).

Kompliance neboli spolupráce je odrazem správné komunikace a vzájemného vztahu mezi lékařem a pacientem. Kvalitní spolupráce vede nemocného, aby včas, plně a otevřeně informoval lékaře o všem důležitém a svědomitě dodržovat lékařova doporučení a nařízení včetně ordinace. Nemocný je díky dobré spolupráci s lékařem, více aktivnější, zodpovědný za své zdraví, tím mnohdy i za průběh nemoci a za výsledek léčení. Pacient je ale ten, který rozhoduje o tom, zda se bude řídit lékařskými doporučeními. Je známo, že pacienti dodržují v průměru pouze asi polovinu instrukcí lékaře (Janáčková, Weiss, 2008, s. 66-75).

### **3.3.2 Pacient centra asistované reprodukce**

Velké množství pacientek center AR se zajímá o problematiku neplodnosti. Páry samy hledají informace v odborné literatuře a na internetu, svá zjištění chtějí konzultovat s ošetřujícím lékařem. Na druhé straně jsou ale ženy, které mohou být z vyhledaných informací spíše zmatené a vystrašené, neorientují se ve složité problematice reprodukčního cyklu, včetně jeho poruch (Hansmannová, Dostál, 2011, s. 181). Zkušenosti také praví, že se pacient často zajímá o informace, až když ho nějaký problém přivede do ordinace. Je proto třeba čekat i pacienta nepřipraveného, ale na druhé straně bedlivě kontrolujícího zdravotnickou péči (Linhartová, 2007, s. 58).

Pro efektivní komunikaci by bylo ideální, kdyby byl pacient informovaný alespoň o svých právech a věděl, co chce, protože pacient je ten, kdo žádá službu (Linhartová, 2007, s. 59). Příkladem práv pacientů může být právo na zdravotní péči, právo na informovaný souhlas, právo odmítnout zdravotní výkon, právo na informace nebo i právo nebýt informován (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2008). Nejdůležitější rady pro klienty jsou podle Honzáka (1997, s. 8) například: *„ptejte se na vše, co chcete vědět“*, *„buďte k lékaři upřímní“*, *„sdělte lékaři všechny své problémy najednou“* nebo *„sdělte své pochybnosti, ať už se týkají čehokoliv.“*

## **Lékař pacientem**

Obtížná situace může nastat, pokud se stane pacientem lékař, kterému nezbyvá nic jiného, než vyhledat pomoc u kolegy. Z hlediska komunikace se jedná o velice náročnou situaci. Ošetřující lékař ví, že nemocný lékař „také ví“, ale v tom se mnohdy skrývá velká zrada. Vzhledem k současné specializaci lékařů je třeba nutno pamatovat, že se může jednat o úplně jiný obor, kterému se léčený lékař nevěnuje. Nemocní lékaři mají možnost četných konzultací svého zdravotního stavu s ostatními kolegy a často jich využívají. Ale zde je další kámen úrazu, neboť co kolega, to jiný názor. Takový chaos také klidu na duši nepřidá, proto je potřeba vybrat si jednoho ošetřujícího lékaře, a tomu se plně svěřit do péče (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 323-324).

Téměř většina lékařů zná výsledky anket, ze kterých vyplývá nedostatečná vstřícnost, ohleduplnost a korektní komunikace při jednání pacientů se svými ošetřujícími lékaři. Je nebetýčný rozdíl v tom, jak se lékař má chovat (etická norma), jak si myslím, že se chová a jak se ve skutečnosti chová. Často tedy až v období vlastní nemoci lékaři poznávají obtížnosti patientské role. Zásada číslo jedna ve zdravotnictví je mlčenlivost. Avšak zdroj zvědavosti kolegů hospitalizovaného nemocného lékaře je i přes všechny zákazy obrovský, a je celkem snadné domoci se validních informací o celé situaci (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 324-329).

### **3.3.3 Vztah zdravotní sestra/porodní asistentka-pacient**

Není výjimkou, že v centrech AR pracují zdravotní sestry i porodní asistentky, a to na recepci, ambulanci nebo lůžkové či perioperační části. Zdravotní sestry/porodní asistentky jsou mnohdy přítomny při konzultacích s párem s poruchou plodnosti. Při operačních výkonech se pacienti setkávají s instrumentářkami na operačních sálech. V neposlední řadě se sestra/porodní asistentka stává ošetřovatelkou, a to především po výkonech, které s léčbou metodami AR souvisejí. Z těchto rolí je zřetelné, že zdravotní sestry/porodní asistentky musí zvládat komunikaci se ženou a jejím partnerem, kteří jsou v nelehké životní situaci, prožívají trápení, jsou nervózní, úzkostní, někdy i nazlobení, a to rozhodně není snadné. Stejně tak náročné je domluvit se, získat a předat nejen informace, ale i povzbuzení a možnou naději (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 7).

### **Role zdravotní sestry/porodní asistentky v centru asistované reprodukce**

Domnívám se, že obě tato povolání mají při kontaktu s klienty center AR shodný cíl a nezastupitelnou roli. Ze zkušeností vím, že role zdravotní sestry/porodní asistentky je

opravdu nezastupitelná, neboť je také zprostředkovatelem zpráv mezi lékařem a pacientem. Pokud má pacient strach a stydí se, mnohdy se raději obrátí na „sestru“. Nesmíme ale zapomínat na překročení jejích kompetencí, kdy již není oprávněna o některých věcech rozhodovat a nesmí tedy otázky mimo její kompetence zodpovídat (Exnerová, 2006, 70). Na druhé straně při své praxi uplatňuje rozhovor „vnímání přítomnosti“, který zjednodušeně znamená: „jsem tady a zajímám se o vás“ a spojuje ho s nasloucháním. Naslouchat je náročné a vyžaduje především soustředěnost, trpělivost a zájem. K efektivnímu naslouchání je zapotřebí mimo jiné uklidnit pacienta, dát mu najevo, že ho akceptujeme a že mu chceme naslouchat. To znamená umožňovat mu ozvěnu (zopakovat pár posledních slov), díky tomu mluvčí slyší, co sám říká. A v neposlední řadě poskytovat odezvu, v níž se vlastními slovy formuluje hlavní myšlenka významného celku (Exnerová, 2006, s. 62-64).

### **Edukace pacientky a jejího partnera**

Praktickým příkladem, kdy se zdravotní sestra/porodní asistentka zhostí role edukátorky může být situace, kdy je potřeba ženě vysvětlit správnou aplikaci farmakoterapie používané při hormonální stimulaci. Žena, popřípadě její partner, jsou poučeni například o způsobu podání farmakoterapie, konkrétně gonadotropinů (např. Pregnyl), které je nutné podávat parenterálně. To znamená, že si je pacientka, často s pomocí partnera, aplikuje subkutánně, tedy těsně pod kůži, například do hýždí, nebo do břicha. Ovšem ještě před samotnou aplikací injekce je zapotřebí naředit prášek v rozpouštědle, který je přiložen v ampulce v balení (Příbalové-letáky.cz, 2013). Jelikož ale každý nemá zkušenost s podáváním léků ve formě injekcí, a už vůbec ne s jejich ředěním, je nutná trpělivá edukace a ještě lépe praktická ukázka správné aplikace.

### **Komunikace mezi pacientem a zdravotní sestrou/porodní asistentkou**

Komunikace, která v centrech AR probíhá je nejen slovní, ale také mnohdy písemná (především e-mailová) a telefonická. Při všech těchto druzích komunikace je nutné dodržování ochrany osobních údajů, etických aspektů a profesionálního taktu.

Je jedno s kým komunikujeme, ale jde o to, jak s ním komunikujeme a jaký vztah s ním navážeme. Navázání pozitivního vztahu s pacientem je nejdůležitějším úkolem již při prvním kontaktu, neboť již nikdy nedostaneme druhou šanci udělat tzv. první dojem. K tomu je potřeba identifikovat potřeby pacientů, adekvátně na ně reagovat a být při tom empatický. Při dalším setkání s pacientem je velmi vhodné se připravit, například zjistit si informace, které máme o pacientovi k dispozici v ošetřovatelské dokumentaci. Rozhovor s pacientem vhodně načasovat, nebo přiměřeně pracovat s časem, který je k dispozici. Vytvořit vhodné podmínky

pro navázání vztahu s pacientem, například zajistit klidné a ničím nerušené prostředí nebo dbát na intimitu pacienta, a zabránit tak jeho studu. Dále adekvátně pracovat se všemi verbálními i neverbálními prostředky, které máme k dispozici, například pracovat se svým hlasem, mimikou, gesty. V neposlední řadě je velmi důležité projevit upřímný zájem o pacienta, neměl by mít tedy pocit, že je jen jedním z mnoha čekajících v řadě. S pacientem mluvit jasně a srozumitelně, a vždy si ověřit, zda došlo ke vzájemnému pochopení sdělované zprávy (Špatenková, Králová, 2009, s. 53).



## **4 PSYCHOTERAPIE SE ŽENOU S PORUCHOU PLODNOSTI**

Vyhledání psychologické pomoci se u nás stále považuje za vlastní selhání, za neschopnost řešit si své problémy sám. Je zakořeněno, že psychologa potřebuje jen člověk neschopný nebo blázen. Tento náhled na věc jen podporuje předsudek, že nemoci počít dítě není choroba, nýbrž neschopnost. U některých může stav nedobrovolné bezdětnosti vzbuzovat pocity viny: „nemohu mít děti, a mohu si za to sám.“ Tím chci naznačit, že dlouhodobě nenaplněná touha po dítěti a strastiplná cesta za ním, lze zařadit do životní krize. A to, že člověk vyhledá psychologickou pomoc, aby takovouto situaci zvládl, není projevem neschopnosti, ale naopak schopnosti. Je na místě využít všech možností, jak tuto životní zkoušku přežít (Konečná, 2009, s. 71).

Psychoterapie znamená slovo, řeč, rozhovor stojící ve službě pomoci potřebnému člověku. Psychoterapeutický rozhovor se snaží navodit u pacienta změnu, vytvářet a rozvíjet vztah důvěry, kde je možná sdílnost, tedy dobré pracovní prostředí. Takový rozhovor má vlastní dynamiku a určujícím pro něj je psychoterapeut. Snaží se klienta ovlivňovat, tedy navozovat v něm změnu a někdy i dodávat informace, které povedou ke změně (Vymětal, 2003, s. 73-74).

### **4.1 S čím vším může psychoterapie pomoci**

Psycholog může pomoci zorientovat se v těžké životní situaci, vyhledat optimální cestu, racionálně zvážit všechny možné alternativy. Mimo jiné naučit zvládat emocionální stres, hledat vhodné formy komunikace s ošetřujícím lékařem, partnerem, ostatními členy rodiny i dalšími osobami, apod. Psycholog může doporučit některé z komunikačních zásad potřebných pro kontakt s lékaři a okolím, tedy nebát se komunikovat s lékaři, prosazovat svůj názor a zeptat se na věci, které pacienty zajímají. Nebo třeba natrénovat sdělení o problému neplodnosti svému okolí tak, aby to nevedlo ke zhroucení a depresivním stavům (Konečná, 2009, s. 71-269).

Psychoterapeut se tak stává jakýmsi průvodcem páru při zvládání úskalí neplodnosti. V některých případech může být hlavním úkolem psychoterapeuta při komunikaci s neplodným párem, pomoci mu unést samotný fakt dlouhotrvající či definitivní bezdětnosti (Matějů, Weiss, 2004, s. 85). Je pochopitelné, že nechtěná bezdětnost přináší psychickou zátěž, páry by proto měly mít možnost komplexní odborné konzultace, jejíž součástí je neodmyslitelně i psychoterapeutická péče. A to i z důvodu, že stres u jednoho nebo obou

partnerů může závažně narušit společné soužití a negativní vliv na partnerskou sexualitu (Ostró et al., 2009, s. 10).

## **4.2 Psychoterapie v souvislosti s psychogenní příčinou neplodnosti**

Dříve jsem se zmínila o psychogenní příčině neplodnosti, ta může být zcela samostatná, nebo součástí ostatních příčin neplodnosti. Proces reprodukce člověka vyniká ústřední nervovou soustavou. Neocortex neboli šedá kůra mozková, reaguje na podněty ze zevního i vnitřního prostředí, třídí, přebírá a řídí funkce prakticky celého organismu. Činnost jednotlivých orgánů je pak ovlivňována cestou nervovou, hormonální a imunitní. Žena, která se snaží o těhotenství, bývá proto velmi často úzkostlivá (Ulčová-Gallová, 2006, s. 37). Psychoterapeut páru pomáhá usnadnit jim cestu za početím snížením úzkostlivých stavů. Úzkost může mít u žen významný vliv i na hladinu prolaktinu a u mužů na kvalitu spermatu (Zvěřina, 2012, s. 72). U psychogenních sterilit je adekvátnější formou pomoci psychoterapie, než invazivní chirurgické postupy a snaha o těhotenství za každou cenu.

Často právě díky rozhovoru a sdíleného trápení mohou páry s poruchou plodnosti nahlédnout na svůj problém z různých stran a zjistit, kde jsou jejich hranice a možnosti. Jedině tak jsou v léčbě neplodnosti partnery a mohou vidět různé souvislosti a možná východiska. Psychoterapeutické konzultace probíhají cca hodinu, může se jednat o individuální, párovou nebo i skupinovou terapii. Neplodnost, ať už je příčina jakákoli, je problémem páru, nelze z toho jednoho či druhého vynechat, je tedy lepší, pokud přichází pár společně (Březinová).

## **4.3 Některé metody psychoterapie ve spojitosti s neplodností**

Psychoterapie je dlouhodobá forma spolupráce, která může přinést vhled do problematiky, podporu pro změnu, které chce klient dosáhnout. Pro některé klienty je přijatelná pouze verbální technika. Každý psycholog má své postupy a využívá různé psychoterapeutické metody. Jako ověřený a psychology v praxi využívaný příklad verbální techniky uvádím existenciální analýzu a logoterapii (Rokytová). Jiní klienti si po konzultaci s psychoterapeutem zvolí například arteterapii nebo bodyterapii (Chytilová).

### 4.3.1 Existenciální analýza a logoterapie

Existenciální psychoterapeutický přístup není direktivní, neposkytuje hotové odpovědi, staví tazatele před problém spíše filozofického rázu (Kalina, 2013, s. 147). Psychoterapeuti se tedy nesnaží pacienta vyléčit, adaptovat na stávající poměry, ale navrátit ho jeho lidské podstatě, svobodě, odpovědnosti a pravdivosti. Podstatou psychoterapie zaměřené na lidský růst a zrání jsou předpoklady praktické filozofie člověka: např. vědět je lepší než nevědět, riskovat je lepší než neriskovat, není žádná životní situace, která by vskutku postrádala smysl, apod. (Kalina, 2013, s. 147-149).

Viktor Emanuel Frankl, vídeňský psychiatr a neurolog, svůj existenciální přístup nazval existenciální analýzou a logoterapií. Frankl zdůrazňuje touhu po smyslu jako hybnou sílu a vidí v člověku bytost hledající smysl. Frankl byl přesvědčen, že smysl života přichází z nitra člověka, je tedy jeho svobodným a uvědoměným rozhodnutím. Otázku „co ještě mohu čekat od života, jaký smysl má život“ reformuloval jako „co ještě život čeká ode mne, jaký smysl dám svému životu?“ Psychoterapie je méně založená na volných asociacích a daleko bližší skutečnému rozhovoru mezi lidmi. Terapeutův vklad do psychoterapeutického rozhovoru je, že uvádí situace do souvislostí (Kalina, 2013, s. 147-153).

Cíl logoterapie spočívá ve vyslovení „Ano“ vlastnímu životu (Vymětal, 2007, s. 153). Logoterapie pomáhá člověku vytvořit si takové postoje, které mu umožňují proměnit své utrpení v morální vítězství. Mezi základní techniky logoterapie patří paradoxní intence, deflexe a postojová změna (Vymětal, 2007, s. 156-159).

- **Paradoxní intenci** lze pochopit jako schopnost odstoupit (paradoxní přání) od činitelů, kteří vyvolávají úzkostné či strachové reakce. Paradoxně si přejeme to, čeho se nejvíce bojíme, a tím docílíme změny postoje, a to nám umožní distancovat se od vlastní neurózy (Vymětal, 2007, s. 156-157).
- **Deflexe** znamená odstranit nežádoucí reflexi (např. nadměrné sebezpozorování – hyperreflexe). Takové nepřiměřené zacílení samo svou povahou vyvolává citové, praktické nebo psychofyziologické selhání, kterému je třeba se vyvarovat. Deflexe, neboli odvrácení, odděluje člověka od zdrojů vlastního sebeúzkostňování a selhávání. Deflexi lze zjednodušeně chápat jako správné nasměrování (Vymětal, 2007, s. 157).
- **Postojová změna** na jedné straně mobilizuje duchovní „vzdornou moc“ člověka, tím že zaujímá aktivní a konstruktivní postoj i k negativním zážitkům života. Na druhé straně mobilizuje jeho „vůli ke smyslu“, tak že mu pomáhá nacházet a realizovat pozitivní příležitosti k naplňování životních hodnot (Vymětal, 2007, s. 157-158).

### 4.3.2 Projektivní arteterapie

Projektivní arteterapie využívá výtvarných prostředků a výtvarných aktivit, jako kreslení, malování a modelování, k projevení problematiky členů, skupin nebo skupiny jako celku (Kratochvíl, 2009, s. 123). Zaujala mě především subkategorie tzv. sublimační arteterapie, která umožňuje ventilovat různé emocionální stavy, např. úzkost, strach, depresi, nespokojenost s nynějším stavem, do výtvarné tvorby. Projektivní arteterapie podněcuje promítání pocitů, postojů a motivů do výtvarné tvorby proto, aby mohly být lépe poznány, zpracovány, komentovány, interpretovány, v neposlední řadě podporuje rozvoj nových zájmů. Arteterapeutické sezení obvykle trvá 90 minut. Rozděluje se na část kreslení a část diskusí (Kratochvíl, 2005, s. 123). Důležitou charakteristikou arteterapie je, že není důležitý pouze výsledek, ale celý proces tvoření. Tato technika je vhodná pro ty, kteří obtížně mluví o svých pocitech a starostech. *„Cílem je hlubší sebepoznání, porozumění psychologickým souvislostem problému nebo zdravotním potížím“* (Podpora léčby neplodnosti, 2010a).

### 4.3.3 Bodyterapie

Bodyterapie znamená práci s vlastním tělem. Tato technika je založená na bioenergetickém cvičení, které má za cíl odstranit bloky v těle a navodit volný tok energie. Tím přivádí klienta k hlubšímu uvědomění vlastní tělesné i duševní stránky, uvědomění svého Já. Neboť vychází z předpokladu, že fyzická a psychická stránka člověka spolu úzce souvisí (princip psychosomatiky). A právě proto se při práci s lidským tělem lze dostat až k psychickým blokům a emocím. Efektem bioenergetického cvičení je například vědomé prožití přítomného okamžiku, harmonizace triády (tělo, mysl, emoce) nebo napojení na osobní vnitřní vývoj jedince (Podpora léčby neplodnosti, 2010b).

Domnívám se, že je na centrech asistované reprodukce, aby pacientce popřípadě jejímu partnerovi, byla nabídnuta péče psychologa. A to taktně a s vysvětlením, že pomoc psychoterapeuta v tomto případě není nic neobvyklého (Konečná, 1999, s. 96) a patologického. Z vlastní zkušenosti vím, že v současné době je často dostupná péče psychologa již v samotném zdravotnickém zařízení provádějící reprodukční medicínu, nebo tato centra úzce spolupracují s psychology, kterým své pacienty odesílají do péče. Hlavním přínosem v péči psychologa o páry s poruchou plodnosti vidím například v pomoci páru porozumět jejich motivaci k rodičovství, podpořit pár v diskusi o jejich očekáváních a pocitech nebo vyhnout se obviňování jednoho z partnerů z příčiny jejich neplodnosti,

popřípadě vyrovnat se mnohdy i s několikanásobnou ztrátou, jakou představují neúspěšné pokusy o graviditu a aborty.

## 5 ČÁST VÝZKUMNÁ

### 5.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Ve své práci jsem chtěla ověřit jaká je úroveň komunikace v centrech asistované reprodukce, a to především z perspektivy žen, které léčbou samy prošly. Zjistit, co respondentkám a zprostředkovaně i jejich partnerům v rámci komunikace v průběhu léčby v centru AR nejvíce chybělo, nebo naopak, co jim pomohlo při rozhodování o dalším kroku a usnadnilo léčbu jako takovou.

**Hlavní cíl:** Popsat komunikaci mezi zdravotníky a ženami s poruchou plodnosti.

**Dílčí cíle:** Popsat vztah mezi lékařem a ženou s poruchou plodnosti.

Popsat vztah mezi zdravotní sestrou/porodní asistentkou a ženou s poruchou plodnosti.

**Hlavní výzkumná otázka:** Jak klientky hodnotí komunikaci v centru asistované reprodukce?

**Dílčí výzkumné otázky:** Jak klientky hodnotí jejich vztah s lékařem?

Jak klientky hodnotí jejich vztah se zdravotní sestrou/porodní asistentkou?

### 5.2 Metodika výzkumu

Diplomová práce je zpracovaná metodou kvalitativního výzkumu a to formou případové studie, ve které jde o detailnější studium malého množství případů, tedy sbíráme větší množství dat od několika málo jedinců. Snažíme se o detailnější zachycení složitosti případů, prozkoumání interakcí a odlišností. Předpokládá se, že důkladným prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme těm dalším (Hendl, 2008, s. 102).

Cílem kvalitativního výzkumu je prozkoumání sociální skutečnosti prostřednictvím zaznamenaných zkušeností subjektů (Loučková, 2010, s. 46). Tato práce představuje vzhled do problematiky komunikace mezi zdravotníky a klienty v centrech asistované reprodukce zprostředkované výpověďmi žen, které tuto zkušenost zažily na vlastní kůži. Pokuším se tedy přiblížit i vztah, který vzniká při interakci klientů s lékaři a zdravotními sestrami/porodními asistentkami v centrech AR. Pro svou práci jsem zvolila kvalitativní výzkum, protože při studiu interakce lékaře s pacientem nebo při identifikaci nových faktorů, které by mohly zkvalitnit péči, může být nejvhodnější právě kvalitativní výzkumná strategie (Konečná et al.,

2012, s. 89). Základním principem kvalitativního výzkumu je zkoumat určitý prvek, proces či fenomén v přirozených podmínkách, snažit se mu porozumět a vytvořit jeho komplexní obraz (Reichel, 2009, s. 62).

### **5.3 Sběr dat**

Data jsem sbírala v období duben až srpen roku 2013, a to v Čechách a na Moravě. Rozhovory probíhaly na různých místech, dle přání respondentek. Snažila jsem se, aby ženy vnímaly prostředí co nejvíce bezpečně, tím myslím, aby se nebály o dané problematice narovinu a otevřeně hovořit. Ve většině případů se rozhovory odehrály u respondentek doma. Jedna respondentka si přála rozhovor uskutečnit v přírodním prostředí, sešly jsme se tedy v parku na trávě. Ve dvou případech se rozhovor uskutečnil v nemocničním prostředí. I v tomto případě jsem ale dbala na to, abychom se rozhovoru zúčastnily mezi čtyřma očima, aby dveře byly zavřené a nikdo a nic nás během rozhovoru nerušil.

Inspirací při komunikaci s respondentkami, analyzování a zpracovávání dat, ale i v dalších krocích výzkumu, byla pro mě metoda chápatího rozhovoru, která přijímá lidi jako aktivní tvůrce sociální a významného vědění, které je třeba pochopit zevnitř. Při chápatíím rozhovoru se tazatel aktivně zapojuje do rozhovoru, aby vzbudil zájem dotazovaného (Kaufmann, 2010, s. 23-30).

#### **5.3.1 Rozhovory**

Těžištěm mé práce jsou výpovědi žen s poruchou plodnosti, které prošly léčbou v některém centru asistované reprodukce v Čechách a na Moravě. Data byla sbírána pomocí hloubkových rozhovorů, neboť se domnívám, že porucha plodnosti je velmi specifický a intimní problém, který si zaslouží prozkoumat podrobněji. Navíc výzkum oblasti komunikace již sám směřuje k prozkoumání kvalitativním způsobem, neboť je vnímán jako humanistický, tedy orientovaný na člověka (Loučková, 2010, s. 49). Hloubkový rozhovor umožňuje výzkumníkovi jistou flexibilitu, kterou je např. i odhalení opačných názorů respondentů. Na druhé straně jsou zde jisté limity, a to nejen praktické, ale i analytické. Limitující skutečnosti vyplývají především z časové náročnosti kvalitativního výzkumu. Hlavním problémem pro kvalitativní výzkum v oblasti neplodnosti je především ve vyhledání respondentek ochotných účastnit se rozhovoru o tak intimní zkušenosti, jakou je léčba neplodnosti.

### **5.3.2 Zúčastněné pozorování**

Dalším zdrojem při sběru dat bylo zúčastněné pozorování, které probíhalo nejen při konverzační analýze rozhovorů, ale také návštěvou center AR umožněné díky tzv. gatekeepers – viz níže (Loučková, 2010, s. 54). Pozorováním rozumíme soustředěné a cílevědomé sledování se záměrem nějakého poznání, zjištění či bádání (Žiaková, 2009, s. 164). Při pozorování se získávají data díky sledování smyslově vnímatelných prvků, které jsou předmětem výzkumu (Reichel, 2009, s. 94). Proto jsem si v ordinaci při konzultaci psala poznámky o verbální i neverbální komunikaci, např. na co a jak se klienti ptali, co a jak jim lékař odpověděl, apod. Díky možnosti zúčastnit se konzultací a některých výkonů společně s klienty v centru AR, jsem měla možnost pozorovat komunikaci probíhající mezi zdravotníky a páry s poruchou plodnosti, a mohla jsem nahlédnout na problematiku z jiné perspektivy.

### **5.3.3 Nahlédnutí do edukačních materiálů**

V centrech AR jsem měla také možnost nahlédnout do edukačních materiálů, které má centrum k dispozici pro své klienty. Jednalo se o edukační materiály v podobě brožurek, obrázků, maket - modelů lidského těla a audiovizuálních nahrávek na DVD.

## **5.4 Seznam okruhů**

Připravený seznam okruhů, pod které spadaly konkrétní otázky, se postupem času měnil. S každým dalším rozhovorem docházelo k revizi těch otázek, které byly příliš povrchní, špatně postavené nebo komplikované. Okruhy byly flexibilním návodem, který měl napomoci přimět respondentky rozmluvit se o daném tématu (Kaufmann 2010, s. 52-55). Nejednalo se tedy o mechanismus, při kterém by se striktně trvalo na přesném pořadí. Naopak jsme s respondentkami mohly svobodně přejít na další okruh, případně se ještě k nějakému nedořešenému bodu později vrátit. Pokud ale došla slova, mohly jsme pomocí připraveného plánu otázek, pokračovat plynule v našem hovoru a nesejít úplně z cesty.

Snad na každé z respondentek byla v úvodu rozhovoru vidět mírná úzkost a napětí, co se bude dít. Pochopitelně i pro mě, jako pro výzkumníka nebyla situace snadná, ale musela jsem se snažit být nejen připravená na rozhovor, ale i schopna navodit přátelskou a empatickou atmosféru pro své respondentky.



Badatel by měl umět pracovat s vlastní myslí jako s nástrojem. Stejně jako je potřeba připravit diktafon na nahrávání, tedy vyčistit ho, zasunout baterii a stisknout tlačítko pro nahrávání, tak i badatelova mysl je potřeba vyčistit a naladit ji na zkoumané prostředí (Loučková, 2010, s. 67). Tazatel by měl být aktivní a vést rozhovor, ale zároveň musí být jeho vystupování zdrženlivé a hlavně taktní. Tazatel se svému respondentu musí snažit porozumět, a pozorně mu naslouchat (Kaufmann, 2010, s. 60).

Pro usnadnění startu rozhovoru jsem se v počátku představila a stručně vysvětlila, co nás v následujících pár minutách čeká, a jak bude rozhovor probíhat. Dále jsem podala vysvětlení, za jakým účelem se studie provádí a informovala o průběhu a okolnostech výzkumu. Poté jsem požádala o podepsání informovaného tzv. aktivního souhlasu, abych dodržela etické jednání výzkumu a také si byla jistá, že se respondentka zúčastní studie zcela dobrovolně (Hendl, 2008, s. 153). Ani na přečtení informovaného souhlasu jsem nespěchala. Ženu jsem také upozornila, že je možné některou z otázek přeskočit, pokud by se zdála být příliš osobní a nepříjemná.

#### 5.4.1 Typy otázek

Hendl (2008, s. 167-168) ve své knize Kvalitativní výzkum odkazuje na Plattona a jeho šest typů otázek. Při tvorbě přípravy na rozhovory jsem se nechala těmito šesti typy otázek inspirovat a v následujících pár řádcích se je pokusím ozřejmit.

Jedná se o **otázky demografické a kontextové**, kterými jsem prakticky začala. Byly to otázky, zjišťující věk, vzdělání a zaměstnání, které mě zajímaly u obou partnerů.

Dále jsem navázala **otázkami vztahujícími se ke zkušenostem**, tyto otázky se týkaly aktivit zpovídaných osob. Konkrétně jsem v úvodu použila dotaz: „Kdy a jak cesta za potomkem začala.“ Musím přiznat, že tento dotaz byl velmi vhodný, neboť jak se říká: „prolomil ledy“, snížil nejistotu a respondentky se rozmluvily. Pro mě tento úvod sloužil také jako návod, jak dál pokračovat a také ohraničil, jakým směrem se bude hovor ubírat. Byla možná i korigace na zajímavá témata a odhalování nesrovnalostí s ostatními výpověďmi.

Poté jsme pokračovaly pomocí **názorových otázek**, takové dotazy byly zaměřeny na porozumění kognitivním procesům jedince. Odpovědi na ně mi objasnily, co si ženy s poruchou plodnosti o komunikaci v centru AR myslí, jaké jsou jejich cíle v léčbě neplodnosti nebo například jak mají uspořádané životní hodnoty. Do této kategorie například patřila otázka: „jaký je Váš názor na komunikaci v centru asistované reprodukce“ nebo „co Vám v komunikaci chybělo.“

Později jsme navázaly **otázkami vztahujícími se ke znalostem**, které nám pomohly odhalit, co ženy skutečně o probírané problematice znají a co by bylo zapotřebí ještě zdokonalit. Respondentky často vyjadřovaly, že při první návštěvě centra AR absolutně nevěděly, co je čeká. A po příchodu domů si např. musely sednout k internetu a hledat nezodpovězené otázky.

S tímto souvisí i **otázky vztahující se k pocítům**. Jsou to dotazy, které mi pomohly blíže poznat citové reakce respondentek a mnohdy zprostředkovaně i jejich životních partnerů. Například jak reagovali v určité situaci v průběhu léčby neplodnosti a jak danou situaci společně prožívali. Respondentky popisovaly, že se svými partnery pociťovaly obavy, úzkost, ale často i rozčarování a vztek.

V neposlední řadě jsem použila také **otázky vztahující se k vnímání**, tyto otázky zjišťovaly, co respondentky viděly a slyšely. Měly tedy pomoci objasnit stimuly, kterým byly vystaveny v průběhu léčby v centru AR. Zajímalo mne například, zda zdravotníci v centru AR používali nějaké edukační materiály, makety, videa apod.

Na konci rozhovoru nebo při loučení můžeme ještě získat důležité informace. Proto jsem se snažila mít i na tuto fázi rozhovoru dostatečně dlouhou dobu a neodbyt ji. Některé ženy mě samy požádaly, zda by něco mohly dodat, co jim připadá důležité v jejich cestě za dítětem, a buď to v našem rozhovoru nezaznělo anebo na to pozapomněly. Také jsem respondentky poprosila o možnost dodatečného kontaktu (Hendl, 2008, s. 167).

## 5.5 Výběr výzkumného vzorku

Respondentky jsem hledala více způsoby. Oslovila jsem některé české profesní organizace a centra asistované reprodukce. Ale po této stránce bylo moje hledání spíše neúspěšné. Hlavními pomocníky mi nakonec byli tzv. gatekeepers, neboli dveřníci. Tyto osoby výzkumníkovi otevřou dveře do zajímavého terénu a umožní přístup k zajímavým jedincům. Gatekeepers pro mě byli lidé související s problematikou neplodnosti. Díky zkušenostem z bakalářské práce jsem věděla, kde takové lidi najít a na které z nich se obrátit. Příkladem jsou lékaři pracující v centrech asistované reprodukce nebo třeba porodní asistentka, která pracuje v oblasti komunitní péče. Pomocná mi byla i metoda snowball sample neboli metoda „sněhové koule“, kdy výzkumník zvolí několik málo jedinců k interview. Tito jedinci pak slouží jako informátoři a doporučí další zajímavé členy populace (Hendl, 2008, s. 150).

Použitím těchto metod jsem měla možnost hovořit s celkem osmi respondentkami. Bohužel jsem jednu musela vyřadit, neboť nesplňovala kritéria zvolená pro tento výzkum. První

ze zvolených kritérií bylo, že žena v době rozhovoru procházela léčbou neplodnosti v některém z centra AR, nebo její poslední návštěva nebyla déle jak před dvěma měsíci. A dalším kritériem bylo, že si žena pro léčbu zvolila některé z center asistované reprodukce v Čechách nebo na Moravě. Z toho vyplývá, že se jednalo o záměrný výběr, tedy že respondentky musely splňovat daná kritéria pro zařazení do výzkumu (Reichel, 2009, s. 80). Výzkum je vhodné ukončit v době, kdy v návratu do výzkumného terénu již výzkumník nenachází nové poznatky (Loučková, 2010, s. 47). Shromažďování dalších informací jsem tedy ukončila, neboť bylo dosaženo teoretické saturace.

### **5.5.1 Charakteristika respondentek**

Domnívám se, že získaný vzorek žen je velmi zajímavý, každá z oslovených přináší do výzkumu zajímavé životní dobrodružství a spoustu důležitých postřehů z oblasti komunikace v centru AR. Proto jsem se je v následujících pár větách snažila charakterizovat a přiblížit, o čem jejich životní zkušenosti vypráví. Z důvodu ochrany osobních údajů, byla všechna jména a možné identifikátory změněny. Na konci této kapitoly je uvedena souhrnná tabulka.

#### **Radka**

Paní Radce je 35 let a jejímu manželovi je 38 let. Oba dva dosáhli vysokoškolského vzdělání. Radka je lékařkou a pracovala na anesteziologickém oddělení, v době rozhovoru byla již na mateřské dovolené. Manžel pracuje jako architekt. Léčbu začali řešit v zahraničí, konkrétně v Anglii, neboť tam s manželem žili a pracovali. V průběhu své léčby prošli dvěma centry asistované reprodukce v České republice, konkrétně na Moravě. Absolvovali tři neúspěšné inseminace a bohužel také tři spontánní potraty, které primárně nesouvisely s inseminací. U tohoto páru byla diagnostikovaná tzv. idiopatická neplodnost, tedy bez zjevné příčiny. Již v průběhu léčby neplodnosti se Radka s manželem zařadili do programu o adopci, nakonec se jim podařilo adoptovat holčičku. O další léčbě v centru asistované reprodukce již neuvažují.

#### **Zuzana**

Paní Zuzaně je 32 let a jejímu manželovi je 34 let. Oba dva dosáhli vysokoškolského vzdělání. Zuzana pracuje jako květinářka a manžel je obchodní zástupce. V době rozhovoru měli za sebou jeden neúspěšný cyklus IVF (in vitro fertilizace) a chystali se na další pokus. Léčbu absolvovali v jednom z center AR na Moravě. Paní Zuzaně byla diagnostikovaná endometrióza (výskyt částeček děložní sliznice mimo děložní dutinu) a hyperprolaktinémie

(zvýšená hladina hormonu prolaktinu v krvi). Avšak příčina neplodnosti byla i andrologická, neboť manželovi ze spermioqramu vyšlo snížené množství, snížená pohyblivost i špatná morfologie spermií (oligoasthenoteratospermie).

### **Alena**

Paní Aleně je 26 let, dosáhla středoškolského vzdělání s maturitou a momentálně je na mateřské dovolené. Manželovi je 25 let, je vyučen a pracuje jako vedoucí ve skladu. Mají syna, kterému jsou dva roky, na svět přišel po přirozeném těhotenství. Tento pár však již před spontánním těhotenstvím navštěvoval centrum AR. A nyní po dvou letech pokusů o další těhotenství opět navštívili centrum v Čechách. Paní Alena podstoupila hysteroskopii, laparoskopii s drillingem vaječnicků. Lékaři diagnostikovali syndrom polycystických vaječnicků (zkr. PCO), hormonální dysbalanci, endometriózu a odstranili polypy v děloze. Z manželova spermioqramu vyšla oligoasthenoteratospermie. V době rozhovoru Alena užívala vitamín E, kyselinu listovou a hormonální terapii, manžel koenzym Q10 a zinek. Vzhledem k finanční náročnosti léčby se v centru AR domluvili prozatím na výživových doplňcích, ale do budoucna nevidí problém IVF cyklus podstoupit.

### **Markéta**

Paní Markétě je 36 let, má vystudovanou střední školu s maturitou, pracuje jako zdravotní laborantka. Jejímu manželovi je 38 let, je vyučen a pracuje jako servisní technik v obchodě s modely na dálkové ovládání. Neplodnost je gynekologického i andrologického původu. Paní Markéta podstoupila hysteroskopické a laparoskopické vyšetření, při kterém byla zjištěna neprůchodnost levého vejcovodu. U manžela bylo ze spermioqramu odhaleno snížené množství spermií (oligospermie) a pohyblivost (asthenospermie). Dále androlog diagnostikoval varikokélu (rozšíření žilní pleteně v semenném provazci), proto manžel podstoupil operační výkon. Tento pár byl léčen v jednom z center AR na Moravě. Markéta s manželem podstoupili v průběhu léčby čtyři celé cykly IVF a v celkovém počtu sedm embryotransferů, neboť některá embrya byla kryokonzervovaná. V době rozhovoru byla Markéta již několik týdnů těhotná. Bohužel při jedné z mých pozdějších služeb na operačním sále se paní Markéta objevila na operačním stole s diagnózou graviditas extrauterina, a to na původně průchodném pravém vejcovodu. Na základě této diagnostiky jí byl vejcovod laparoskopicky odstraněn.

### **Tereza**

Paní Tereze a jejímu manželovi je 27 let. Oba dva vystudovali vysokou školu. Tereza je momentálně nezaměstnaná a manžel pracuje jako PR pracovník (průvodce světem povolání).

U tohoto páru je neplodnost pouze gynekologického původu. U Terezy byla diagnostikovaná endometrióza, a to poté, co jedno z ložisek prasklo, a musela podstoupit operační výkon. Navštěvují jedno z center na Moravě, kde podstoupili tři neúspěšné inseminace, z čehož jedna měla za následek spontánní potrat v 10. týdnu gravidity. V době rozhovoru již byli objednáni na další pokus inseminace. Zajímavé je také zmínit, že Terezin otec je gynekologem. Tento pár řešil etické otázky léčby, IVF je pro ně z tohoto důvodu nepřijatelné.

### **Barbora**

Paní Barboře je 39 let, dosáhla středoškolského vzdělání s maturitou. V době rozhovoru měla dočasnou pracovní neschopnost, jinak pracuje jako administrativní pracovník v odvětví personalistiky. Manželovi je 40 let, dosáhl středního odborného vzdělání a pracuje jako operátor ve vývoji. Tento manželský pár má sedmiletého syna, který na svět přišel spontánní cestou, proto u nich byla diagnostikována sekundární sterilita. Navštěvují centrum AR v Čechách, kde se zjistila příčina neplodnosti z gynekologického i andrologického původu. Manželův spermioqram poukázal na oligospermie, tedy snížené množství spermií. U Barbory byla zjištěná jednostranná neprůchodnost vejcovodu. Podstoupili dvakrát inseminaci. Bohužel po prvním pokusu museli lékaři Barboře odoperovat mimoděložní těhotenství, a to na původně průchozím vejcovodu. V době rozhovoru se Barbora chystala na laparoskopii s možnou oboustrannou adnexektomií, neboť ultrazvukové vyšetření poukázalo na možné patologické změny. A dle situace se budou připravovat na IVF cyklus. Barbora také dochází na psychoterapii, vzhledem ke své psychické labilitě.

### **Eliška**

Paní Elišce je 27 let, dosáhla vyššího odborného vzdělání a pracuje jako sociální pracovnice. Jejímu manželovi je 25 let a dosáhl středoškolského vzdělání s maturitou, a pracuje jako projektový manažer. Jejich léčba probíhá v centru AR v Čechách. Diagnostikovaná primární neplodnost má andrologické i gynekologické příčiny. Spermioqram prokázal snížené množství a pohyblivost spermií (oligoasthenospermie). Eliška má v osobní anamnéze v dětství odstranění levé nadledvinky z důvodu zhoubného nádoru neuroblastomu. Pravidelné onkologické prohlídky poukazují na to, že je vše v pořádku. Po diagnostickém vyšetření transvaginální hydrolaparoskopii byla zjištěna neprůchodnost levého vejcovodu a endometrióza, navíc hrozící ovariální selhání. S manželem absolvovali již dvě inseminace a tři cykly IVF. V době rozhovoru měli s manželem naplánovaný termín dalšího pokusu IVF a to s dárcovstvím vajíček. V případě, že by se nezadařilo otěhotnět ani po tomto pokusu, chtějí požádat o zařazení do programu o adopci. S touto respondentkou jsem byla v kontaktu

i po posledním pokusu IVF a bohužel musela být hospitalizována pro mimoděložní těhotenství a laparoskopicky jí byl odebrán pravý vejcovod.

**Tabulka 5 Charakteristika respondentek**

Jméno <sup>1</sup>	Věk <sup>2</sup>	Vzdělání	Léčba	Gynekologická příčina	Andrologická příčina	Informace	Diagnóza	Situace v době rozhovoru
Radka	35/38	VŠ/VŠ	3xIUI	Ne	Ne	3xspont. abort 2xCAR v ČR a CAR v zahraničí	Idiopatická neplodnost	Neplánují pokračovat v léčbě v CAR Adoptovaná dívka
Zuzana	32/34	SŠ/SŠ	1xIVF	Ano	Ano	1xCAR	Primární neplodnost	Plánovaný 2. pokus IVF
Alena	26/25	SŠ/VYUČ	---	Ano	Ano	1xCAR	Sekundární neplodnost	Změna životního stylu
Markéta	36/38	SŠ/VYUČ	4xIVF 7xETR	Ano	Ano	1xCAR	Primární neplodnost	Gravidita
Tereza	27/27	VŠ/VŠ	3xIUI	Ano	Ne	1xspont. abort 1xCAR	Primární neplodnost	Plánovaný 4. pokus IUI
Barbora	39/40	SŠ/VYUČ	2xIUI	Ano	Ano	1xgraviditas extrauterina 1xCAR Psychoterapie	Sekundární neplodnost	Plánovaný pokus IVF
Eliška	27/25	VOŠ/SŠ	2xIUI 3xIVF	Ano	Ano	1xCAR Úvaha o adopci	Primární neplodnost	Plánovaný 4. pokus IVF s darovnými vajíčky

Pozn. <sup>1</sup>: jména respondentek jsou změněna.

Pozn. <sup>2</sup>: za lomítkem jsou uvedeny informace o partnerech.

IUI – intrauterinní inseminace, IVF – in vitro fertilizace, ETR – embryotransfer, CAR – centrum AR.

Zelená barva označuje centrum AR na Moravě, žlutá barva označuje centrum AR v Čechách.

### 5.5.2 Výzkumný vzorek

Věkové rozmezí zúčastněných žen ve výzkumu bylo mezi 26 až 39 lety, jejich partnerům bylo mezi 25 až 40 lety. Ve vzorku byly dvě ženy a dva muži, kteří získali vysokoškolské vzdělání. Čtyři ženy a dva muži měli středoškolské vzdělání s maturitou. Jedna žena dosáhla vyššího odborného vzdělání a tři muži byli vyučeni. Všechny páry žily ve svazku manželském. Celkem čtyři páry měly diagnostikovanou primární neplodnost, dva páry sekundární neplodnost. Podotýkám jen, že u těchto párů byly jejich první děti narozeny po spontánním početí, ale i tak nebyla gravidita zcela bez komplikací. Z tohoto výčtu byl jeden pár, u kterého byla diagnostikovaná pouze porucha plodnosti na straně ženy (gynekologická porucha). U ostatních pěti párů byla kombinace poruchy na obou stranách, tedy jak na straně ženy (gynekologická porucha), tak i na straně muže (andrologická porucha). Z gynekologických příčin byla nejčastěji určena endometrióza, tubární příčina, hrozící ovariální selhání nebo například imunologická příčina (hyperprolaktinémie), navíc u většiny žen se jednalo o kombinaci více diagnóz. U mužů převážně o patologický spermioqram, kde se prokázala oligospermie (snížené množství spermií), asthenospermie (snížená pohyblivost spermií), teratospermie (patologická morfologie spermií) i jejich kombinace, tedy oligoasthenoteratospermie. V jednom případě se objevila i diagnóza varikokély, jedná se o rozšíření a prodloužení žilní pleteně v semenném provazci (Vokurka, Hugo, 2009, s. 1093). A jeden pár měl diagnostikovanou tzv. idiopatickou neplodnost, kdy nebyla zjištěna žádná příčina neplodnosti. Jedna z žen byla v době rozhovoru těhotná po sedmém embryotransferu. Jeden pár měl doma necelé dva měsíce adoptovanou holčičku.

Povolání respondentek bylo různorodé, jednalo se o lékařku, zdravotní laborantku, sociální pracovníci, administrativní pracovníci – personalistku, květinářku. Jedna žena byla v době našeho setkání nezaměstnaná a jedna na mateřské dovolené. Jejich partneři měli také velmi odlišná zaměstnání: architekt, obchodní zástupce, vedoucí skladu, servisní technik, PR pracovník (průvodce světem povolání), operátor ve vývoji, projektový manažer. Tyto údaje uvádím také proto, že léčba neplodnosti může být i velmi finančně náročnou.

## 5.6 Analýza dat

Empatie je nedílnou součástí tvorby rozhovorů. Přijmout podstatu životních příběhů zpovídaných respondentů a porozumět jim, se může povést jen v případě, že s respondentem souzníme a necháme se příběhem alespoň trochu unést. Ve fázi povídání s respondentem však

nelze úplně odhalit, která informace je tou nejpodstatnější. Je možné, že některé skutečnosti zůstávají trochu skryty, je proto důležité opravdu zkoumat, jít do hloubky, a dobývat podstatné a zajímavé informace. Poznámkový blok a diktafon jsou prospěšnými prostředky pro rozšíření schopností badatele a pomáhají jeho paměti (Loučková, 2010, s. 57). Proto jsem pro zachycení všech skutečností používala nahrávací zařízení - diktafon. Nahrávky jsem později doslovně přepsala. Ale abych neztratila některé důležité indikátory, kterými jsou například smích, intonace nebo dlouhá odmlka, která může změnit celé vyznění, psala jsem si poznámky. Vždy jsem se snažila rozhovory přepsat ještě v den, kdy jsme je s respondentkou vytvořily, průběžně jsem k nim přikládala i terénní poznámky. Neboť právě tak je možné získat, co možná nejautentičtější záznam sbíraných dat (Kaufmann, 2010, s. 89-94).

Po několikanásobném čtení jsem pomocí kódů a značek získávala hlavní obecné kategorie mé analýzy. Při další práci s textem jsem data třídila, doplňovala a vzájemně kombinovala. Především jsem v daných kategoriích hledala shodné a rozporuplné výpovědi. S každým dalším krokem analýzy jsem text redukovala, vybírala pouze ta témata, která byla zajímavá a vedla k zodpovězení mých výzkumných otázek.

## **5.7 Prezentace výsledků**

Výsledky výzkumu jsou prezentovány autentickými výpověďmi jednotlivých respondentek. Uváděné citace byly převedeny z ústního projevu respondentek do doslovné písemné podoby. Pokud se respondentky v některých výpovědích shodovaly, byla uvedena jen jedna z výpovědí, aby nedocházelo ke zbytečným duplicitám. U témat, na která některé respondentky nechtěly odpovídat, jsou jejich výpovědi vynechané. Z důvodu ochrany osobních údajů jsou jména respondentek, dalších zmiňovaných osob a názvy míst, změněna na jiná nebo nejsou uvedena. Na konci každého tematického celku uvádím tabulku se shrnutím získaných poznatků a za jednotlivými celky také odpovědi na výzkumné otázky.

### **5.7.1 Začátek léčby v centru AR?**

Dříve jsem zmínila, že neplodnost (sterilita), je diagnostikována po jednom roce či dvou letech neúspěšných pokusů o oplodnění. Také jsem nastínila, že cesta za dítětem se může protáhnout i na několik let. Proto jsem se zajímala, kdy léčba respondentek v centrech AR začala, a jak dlouho trvá.



„S léčbou jsme začali ještě v Anglii, budou to tak 4-5 let. Dlouhodobě jsme žili v zahraničí, a tam se prostě nevedlo miminko asi 2 roky, tak jsem začala takovým kolečkem. Obvod'ák, gynekolog, vyšetření, a pak to pokračovalo v České republice.“ (Radka)

„S manželem jsme spolu už přes 10 let a čekali jsme, že to tak nějak přijde samo, nikdy jsem nebrala ani antikoncepci. Ale najednou jsem si uvědomila, že ten čas běží a že mi není 20. Takže jsme přibližně před rokem zajeli na kliniku.“ (Zuzana)

„Na první dítě jsme čekali tři a půl roku, takže jsme zašli do centra asistované reprodukce. S tím, že jsme podstoupili ty první vyšetření, a pak jsme jeli na dovolenou, že se potom ozveme. No, a na dovolené se nám to povedlo spontánně, takže jsem volala, že na kontrolu už nepřijdeme. A o druhé dítě se snažíme víceméně od konce šestinedělí, takže se dva roky nedaří, a proto jsme zašli zase na kliniku.“ (Alena)

„O dítě jsme se začali snažit před osmi lety. V centru jsme od roku 2008. Prvně byl hlavní problém špatný spermiogram u manžela. Manžel šel ještě k andrologovi, který mu diagnostikoval varikokélu, takže podstoupil zákrok. Po dvou neúspěšných cyklech IVF doporučují hysteroskopii a laparoskopii, a při tom přišli na to, že mám neprůchozí levý vejcovod.“ (Markéta)

„Léčbu jsme začali před rokem. Mám endometriózu, ložisko v pupku, které mi prasklo. Nevěděla jsem, co to je, vzali mě na pohotovost a na diagnostickou laparoskopii, tak se zjistilo, že mám endometriózu. Chtěli jsme otěhotnět už dýl, asi rok, ale nevěděli jsme, že to bude takový problém. Takže když jsme to zjistili, tak jsme hned začali docházet do centra asistované reprodukce.“ (Tereza)

„Nejdřív jsme to zkoušeli asi tři a půl roku, a pak už jsme měli pocit, že není něco normálně. Tak jsme začali s léčbou, jsou to dva roky.“ (Barbora)

„S léčbou jsme začali před rokem a půl, téměř hned jak jsme se rozhodly mít dítě, neboť jsem tušila, že by mohl být problém. V dětství mi odebrali levou nadledvinku z důvodu zhoubného nádoru. Stále dojíždím na onkologické kontroly, které jsou v pořádku.“ (Eliška)

**Tabulka 6 Shrnutí výpovědí respondentek o začátku léčby v centru AR**

Začátek léčby
Většina respondentek uvádí, že se o těhotenství nejprve snažily rok nebo dva, než vyhledaly pomoc reprodukční medicíny. Výjimkou je Eliška, která s léčbou metodami asistované reprodukce začala prakticky hned, kdy se s manželem

rozhodly pro početí, neboť v dětství podstoupila odstranění nadledvinky z důvodu zhoubného nádoru (neuroblastomu). Ve výzkumném vzorku byly ovšem i ženy, které vyhledaly odbornou lékařskou pomoc až po třech a více letech. V případě paní Zuzany, prakticky až po 10 letech nechráněných pohlavních styků. V případě konzultantky Terezy bylo zjištění diagnózy - neplodnost spojeno s přijetím na pohotovost, z důvodu prasklého ložiska endometriózy.

### 5.7.2 Výběr centra AR?

V teoretické části jsem psala, že center v České republice přibývá, a jsou zastoupeny téměř v každém kraji (pozn. vyjma Středočeského). Při léčbě choulostivé záležitosti, kterou porucha plodnosti rozhodně je, je velmi důležitý správný výběr kliniky, zabývající se reprodukční medicínou. Zajímalo mě proto, podle čeho respondentky vybíraly centrum AR, a případně co všechno je ve výběru ovlivnilo.

*„V tom samém centru byl kolega a byl velice spokojenej, takže nám ho doporučil. Byli jsme jak v soukromém, tak ve státním zařízení. Do toho soukromého jsme šli, protože jsme chtěli zjistit, jak funguje soukromá klinika.“ (Radka)*

*„Majitel kliniky je známý mého známého a byla tam i moje kamarádka, které se podařilo otěhotnět. Sice jsem nechtěla po známosti, ale rozhodně jsem nechtěla, aby mě posílala moje doktorka, protože u těch doktorů je to prostě o byznysu, a já nemám ráda byznys.“ (Zuzana)*

*„Měli jsme doporučení od manželovýho kolegy. Ale to už jsme víceméně věděli, do čeho jdeme, neboť jsem tam byla s Tomáškem (pozn. při snaze o první dítě). Taký nám to doporučil můj gynekolog, že tam jsou hodní. Nic dalšího jsme nezjišťovali, protože bychom tam stejně museli dojíždět.“ (Alena)*

*„Mě to doporučil můj gynekolog, že tady to všechno začalo (pozn. léčba metodami asistované reprodukce), že jsou tady fakt odborníci, jsou solidnější a snaží se dát člověku na výběr. A že všechny ty soukromý centra tahají z lidí víc peníze, a navíc se ti lidi vyškolili tady.“ (Markéta)*

*„Recenze jsme moc neměli. Já jsem nechtěla do žádného soukromého centra, protože jim moc nevěřím.“ (Tereza)*

*„Nás tam poslala gynekoložka.“ (Barbora)*

*„Šli jsme na gynekologii, pak nás gynekoložka poslala na vyšetření, kvůli genetice a také kvůli dalším vyšetřením, u manžela na spermogram. A teprve až na základě doporučení jsme šli do centra AR.“ (Eliška)*

**Tabulka 7 Shrnutí výpovědí respondentek o výběru centra AR**

<b>Výběr centra AR</b>
<p>Z daných výpovědí vyplynulo, že většina respondentek vyhledala centrum AR na nějaké doporučení, ať už od kolegy, známého, někoho s pozitivní zkušeností, nebo od gynekologa. V některých případech se mohlo jednat o samotné rozhodnutí jít nebo nejít na léčbu, neboť v některých krajích Čech a Moravy jsou stále kraje pouze s jedním centrem AR. A léčba je nejen finančně, ale i časově velmi náročná, takže dojíždět za léčbou delší vzdálenost, je pro některé nepřijatelné. Touto otázkou se také ověřilo, že pozitivní ohlasy o centru AR, jsou velmi důležité pro případné budoucí klienty. Zdravotní péče je především týmovou prací, proto je důležitá profesionalita všech členů týmu. Některé respondentky vybíraly centrum AR záměrně podle toho, zda patří do státního nebo soukromého sektoru, v odůvodnění byl zmíněn především byznys a nevíra ve zkušenosti center AR.</p>

### **5.7.3 Konzultace v centru AR**

Pro odpověď na hlavní výzkumnou otázku: „Jak klientky hodnotí komunikaci v centru asistované reprodukce?“, jsem vyhodnocovala odpovědi na okruhy:

- Zúčastnili jste se léčby v centru AR s partnerem společně?
- Používali zdravotníci v centru AR nějaké komunikační pomůcky či edukační materiály?
- Byli jste informovaní o rizicích léčby metodami AR?
- Rozuměli jste daným postupům léčby v centru AR?
- Chtěli jste, popřípadě mohli jste nahlédnout do dokumentace v centru AR?
- Jaké formy komunikace v centru AR probíhaly?
- Kde jste hledali informace?
- Jak hodnotíte konzultace v centru AR?
- Využili jste nějaké jiné metody konvenční či nekonvenční (alternativní) medicíny?
- Přišla chvíle, kdy jste s partnerem chtěli léčbu vzdát?

Do této kapitoly jsem také přidala podkapitolu Adopce, s výpověďmi respondentek, kterých se toto téma bezprostředně týkalo.

#### **Zúčastnili jste se léčby v centru AR s partnerem společně?**

V teoretické části práce jsem nastínila, že neplodnost je nemoc, která je vnímána jako nemoc páru. Je potřeba, aby se konzultací a dalších kroků léčby metodami AR účastnili

společně. Zjišťovala jsem, do jaké míry byli při léčbě neplodnosti přítomni oba partneři. A jak k tomuto přistupovalo centrum AR. Například, jak probíhala komunikace s partnerem nebo zda byla páru nabídnuta možnost být u inseminace nebo embryotransferu společně.

*„Byli jsme spolu při všech návštěvách. Bylo zvláštní, jak probíhala ta komunikace s partnerem, protože celá komunikace byla zaměřená na ženu, protože ona chce to dítě, ale manžel tam nehrál nějakou roli. Partner tam figuroval jen jako dárce, dodavatel, s ním se tam nikdo nebavil.“ (Radka)*

*„Byli jsme částečně spolu, částečně ne, záleželo, jak to vyhovovalo jemu. Manžel to nechává na mě, jenom sedí a kouká. Jednou se teda chtěl jít podívat na ultrazvuk, ale oni ho tam nepustili. A já bych ani nechtěla. Ale třeba jsem se někde dočetla, že by mohl být při tom embryotransferu, ale tady mi to nenabídli. A právě jsem přemýšlela, že bych ho tam chtěla. Mě ani nenapadlo, že by u toho mohl být, příště se zeptám. Když nemohl jít se mnou, tak mě to štvalo, protože oni tam byli všichni s partnerem a mě bylo trochu smutno. Protože to podstupujeme dva, sice manžel platí, ale já to zase musím všechno absolvovat. Takže jsem mu to potom řekla, teď se snaží a je u všeho na 100%.“ (Zuzana)*

*„Zúčastnili jsme se vždycky společně. A když jsme tam teď byli na ultrazvuku, tak manželovi doktor popsal, co má kde vidět, kde jsou ty polycystický ovária.“ (Alena)*

*„Když jsem chtěla, aby šel se mnou, tak šel. A když ne, tak nešel. Při těch embryotransferech byl většinou se mnou.“ (Markéta)*

*„Na konzultacích byl se mnou občas, podle toho, jak to měl v práci. Většinou jsem šla sama. Na to IUI se vždycky snažil být se mnou.“ (Tereza)*

*„Byli jsme přítomni většinou oba, teď naposledy jsem byla sama, protože manžel byl na služební cestě. U embryotransferu manžel nebyl, na to jsme se ani nějak neptali. On buď na mě čekal v autě, nebo jsme měli potom sraz a jeli rovnou domů. Takže mě nijak nepřišlo, že bych ho tam u sebe potřebovala. Tady to automaticky nenabízí.“ (Eliška)*

**Tabulka 8** Shrnutí výpovědí respondentek, zda se léčby v centru AR zúčastnily společně s partnerem

<b>Společná účast partnerů</b>
Výpovědi respondentek odhalily, že většinou se jejich partneři snažili do procesu léčby neplodnosti zapojit. V některých případech byli partneři přítomni dokonce vždy, a to jak na konzultacích, tak i na embryotransferech a aplikacích spermatu při inseminaci. Jsou tedy centra, která tuto možnost nabízí zcela automaticky a dokonce to i doporučují. Na

druhé straně z odpovědí vyplynulo, že jsou centra, která přítomnost partnerů samy nenabízejí nebo dokonce zakazují. Menšina respondentek také uvedla, že komunikace s jejich partnery byla velmi nedostačující a ovlivnila tak i jejich hodnocení celkové léčby.

Díky zúčastněnému pozorování jsem mohla být přítomna s párem u embryotransferu. Je to jakési vygradování léčby, a domnívám se, že by partneři měli mít možnost volby společné přítomnosti. Minimálně kvůli snížení napětí a stresu partnerky.

### **Používali zdravotníci v centru AR nějaké komunikační pomůcky či edukační materiály?**

Při vysvětlování složitější problematiky, např. funkce reprodukčních orgánů, proces samotné reprodukce, nebo třeba metody asistované reprodukce, je prospěšné využívat komunikačních pomůcek a edukačních materiálů. Zajímala jsem se proto, jaké z nich měli zdravotníci k dispozici v centrech AR, které moje respondentky navštívily. A sekundárně, jaký postoj k nim měly respondentky a zprostředkovaně i jejich partneři.

*„Pan doktor nám to ukazoval i na obrázcích. Od něho to bylo srozumitelnější. Můj manžel se domnívá, že je na všechno nějaký manuál. Kdyby rozdávali nějakou brožurku, tak bychom si ji doma prostudovali.“ (Radka)*

*„Třeba jsem nevěděla, jak dokážou odebrat ta vajíčka tím ultrazvukem. Tak mi to ukázali na obrázku, měli tam i laickou maketu ultrazvuku, takže to pro mě bylo pochopitelný.“ (Zuzana)*

*„Měli tam letáky, obrázky, kde nám opravdu dobře popisoval jednotlivé metody.“ (Alena)*

*„Pustili nám tam DVD, to nám dali i domů a ukazovali nám nějaký obrázky, jak to tam uvnitř vypadá a tak. Takže to bylo pochopitelný a určitě to taky pomohlo.“ (Markéta)*

*„Určitě mi dávali brožurku o léčbě poruch plodnosti.“ (Tereza)*

*„Ukazovali nám to na obrázku, ale jiné informace v papírové podobě jsme nedostali.“ (Barbora)*

*„Používali takovou tu maketu rozpůlený ženy, jak tam jsou namalovaný vaječníky, vejcovody a děloha. Tak nám na tom pan doktor ukazoval, jak ty vajíčka putují a jak to tam funguje. Připadala jsem si jako ve škole (pozn. smích.).“ (Eliška)*

**Tabulka 9** Shrnutí výpovědí respondentek o používání komunikačních pomůcek a edukačních materiálů v centru AR

<b>Komunikační pomůcky a edukační materiály</b>
<p>V souvislosti s tímto dotazem mě velmi zaujalo srovnání soukromého a státního centra AR. Kdy z výpovědí vyplynulo, že ve státním zařízení klienti dostali letáček, brožurku či dokonce edukační DVD s cennými informacemi. Naopak v soukromém zařízení byl použit v rámci konzultace obrázek, ale respondentky nic nedostaly, alespoň v papírové podobě, k pozdějšímu prostudování. V širších souvislostech respondentky hodnotily velmi pozitivně využívání maket lidského těla či ultrazvuku. A ty, u kterých se takové komunikační pomůcky nepoužívaly, se vyjádřily, že by takovou péči určitě ocenily, neboť takto byli s partnerem odsouzeni k vyhledávání většího množství informací.</p> <p>V jedné čekárně centra asistované reprodukce jsem zhlédla edukační film, který má klientům nejen zkrátit dobu čekání, ale informovat o procesu a možnostech léčby. Tento způsob hodnotím jako velmi pozitivní.</p>

### **Byli jste informovaní o rizicích léčby metodami AR?**

Léčba metodami AR má svá rizika, mezi hlavní z nich bych v dnešní době zařadila alergické reakce na farmakoterapii, hyperstimulační syndrom a mimoděložní těhotenství. Tyto stavy mohou být velmi rizikové a život ohrožující. Proto jsem se při rozhovorech ptala, zda a jakým způsobem byly léčené ženy a jejich partneři o rizicích léčby metod AR informovaní.

*„V menší míře ústně. A se slovy, vy si to potom dostudujete.“ (Radka)*

*„Ne, nebyli jsme o rizicích informovaní, ani o vedlejších účincích hormonální terapie. Z těch hormonálních náplastí se mi udělaly puchýře, a ekzém do teď mám... Dřív bych si nikdy nenechala transferovat dvě embrya, protože bych nikdy nechtěla mít dvě děti najednou. Ale při následujícím pokusu si nechám transferovat dvě, protože je to o penězích a pravděpodobnost se tím zvyšuje.“ (Zuzana)*

*„Byla jsem informovaná. A vlastně i před tou laparoskopií, jsem měla doma 14 dní předem papíry, kde bylo všechno popsáno krok po kroku. Všechno jsem si to přečetla. Věděla jsem, jak to bude před narkózou, po ní, jak to celé probíhá a jaké jsou možné stavy, že se například nemá řídit. Takže úplně skvělý.“ (Alena)*

*„Určitě jsme byli informovaní. Hned na začátku jsem dostala takovou brožurku o hyperstimulačním syndromu a podobně. A když šel manžel na operaci varikokély, tak nás pan doktor dokonce upozornil, že když se tento zákrok dělá po třicítce, že to nemá až tak valný výsledek, ať od toho nečekáme zázraky. Na začátku jsme taky řešili, jestli si nechám zavést jedno embryo nebo dvě, a to jsme teda potom řešit přestali, protože jsme naznali, že je to trochu jedno, hlavně aby to vyšlo. Já bych řekla, že nic horšího, než strach, že nikdy nebudu mít dítě pro mě, co se tohohle týká, neexistuje. Takže strach z toho, že budu mít dvojčata je pro mě mnohem pozitivnější a lepší, než to, že nebudu mít žádný. Takže jsem si musela nějak ty priority ujasnit.“ (Markéta)*

*„Nevím, asi ne. Na informovaných souhlasech to napsané je, ale ústně to asi nezaznělo.“ (Tereza)*

*„Určitě ano. V souvislosti s inseminací i s IVF, například, že nám nikdo nezaručí, že embryo z té dělohy nevyputuje někam jinam.“ (Barbora)*

*„Byli jsme informovaní o rizicích, jako například o hyperstimulačním syndromu a tak podobně. A vždycky dostáváme i papír s dalším navrhovaným postupem.“ (Eliška)*

**Tabulka 10 Shrnutí výpovědí respondentek o rizicích léčby metodami AR**

<b>Rizika léčby</b>
<p>Z výsledků rozhovoru o rizicích léčby vyplynulo, že většina respondentek byla alespoň ústně informovaná o možných závažných rizicích léčby metodami AR. Tristní skutečností je, že některé respondentky nebyly informovány vůbec o rizicích léčby metodami AR. Některé ženy by rády získaly tyto informace v kombinaci ústní a písemné formy. Pokud se jedná o plánovaný výkon nebo management léčby, je možné podat informace i dopředu a dát tím ženám nejen čas na studium, ale i na přípravu dotazů, které jim v této souvislosti nejsou dostatečně jasné. U rizika vícečetného těhotenství se ženy někdy pozastavovaly. Zajímavý je hodnotový posun, neboť respondentky přehodnotily situaci. Původně si myslely, že by si nikdy nenechaly transferovat dvě embryo, nakonec si nechaly transferovat dvě, protože buď je vícečetné těhotenství přestalo děsit a vsadily tím na vyšší pravděpodobnost úspěchu, nebo se jednalo o důvod finanční.</p>

## **Rozuměli jste daným postupům léčby v centru AR?**

Teoretická část práce nastínila, že odborná terminologie a léčba metodami AR je velmi specifická a může být těžké se v ní zorientovat. Proto jsem se zajímala o to, jak respondentky a jejich partneři rozuměli užívaným odborným termínům a metodám. A v souvislosti s tím, zda byli seznámeni s managementem léčby, například, jestli věděli, co je čeká v dalším kroku léčby.

*„Paní doktorka na nás vyhrkla, že nejprve budeme inseminovat, potom bude IVF, atd. Manžel nevěděl, co je to IVF. Ona to brala úplně automaticky, že všichni vědí, co je IVF. Člověk si to hned neumí rozkódovat, co to znamená... A já jsem třeba nevěděla, jak malé šance jsou, že ta partnerka otěhotní.“ (Radka)*

*„Byli jsme informovaní. A jako rozuměli, ale člověk se musí třeba ještě 2-3x zeptat, sice vypadá jako blbec, ale oni mluví už odborně, u nich je to prostě rutina, každý den to stejný. Ale pro člověka, který tam jde poprvé, tak neví, musela jsem se hodně ptát. Jediný, co jsme ani jeden nepochopili, kolik nás to bude přesně stát. Takže když jsme pak řešili doplatek přes telefon, nevěděla jsem za co. Něco jinýho je, když jsou dva, je tam ten chlap, tak se mě třeba zastane a těch informací vstřebáme víc.“ (Zuzana)*

*„Rozuměli. Nejvíce to řešíme tak, že si o tom povídáme. A když není něco jasný, tak sedneme k počítači, například se manžel neorientoval v těch zkratkách, takže jsme to tak nějak probírali znovu.“ (Alena)*

*„Ano, rozuměli, určitě. A jasně, že jsme byli informovaný o dalším postupu.“ (Markéta)*

*„Manžel rozuměl, a jelikož o tom vím víc, tak se mě ptal, především na jednotlivé metody. S taškou komunikuju hlavně já, takže to pak řešíme spolu.“ (Tereza)*

*„Jde o ten přístup doktorů. Když ptáčka lapají, pěkně mu zpívají, ale když je potom nějaký problém, tak se s váma hned přestává komunikovat. A pak primář řekl: „no, my se vám moc omlouváme, my jsme zvolili chybnou léčbu, ta inseminace pro vás není, protože máte mimoděložní těhotenství, vy musíte jedine na IVF.“ To si pak připadáte, jako blbec.“ (Barbora)*

*„Rozuměli jsme a v celku to bylo tak, že jsme se rozhodovali sami. Hlavně nás do ničeho pan primář nenuťil. Ptal se, jestli by to šlo takhle, jestli máme takovou představu.“ (Eliška)*



**Tabulka 11 Shrnutí výpovědí respondentek o srozumitelnosti postupů léčby v centru AR**

<b>Srozumitelnost postupů léčby</b>
Většina respondentek upozornila na skutečnost, že na začátku léčby nevěděly na co se ptát, a měly pocit, že na to zdravotníci v centru AR nebyli připravení. Ale při dalších konzultacích byla situace lepší. Buďto získaly od lékařů důležité informace automaticky, nebo jako odpověď na dotazy. Ovšem při dotazování si některé respondentky připadaly trapně a hloupě. Problematika zkratk se vyskytovala ve většině výpovědí. Jelikož se léčba neplodnosti týká celého páru, měla by se v rámci komunikace přizpůsobovat řeč pro oba klienty, tudíž např. zkratky IUI, IVF a metody vysvětlovat. Pokud něčemu partneri nerozuměli, často se radili s dalšími osobami či zdroji informací (internet, odborná literatura). Z rázných výpovědí také vyplynulo, že povědomí o managementu léčby bylo pro některé respondentky naprostou samozřejmostí.

### **Chtěli jste, popřípadě mohli jste nahlédnout do dokumentace v centru AR?**

Zdravotnická dokumentace je dokumentem, ve kterém je potřeba dodržovat různé standardy, pořádek, celistvost apod. A zajisté je také písemným komunikačním prostředkem minimálně mezi zdravotníky. Každý pacient má právo nahlížet se souhlasem zdravotnického zařízení do své dokumentace a případně za poplatek provádět její kopie. Zajímalo mě, zda respondentky chtěly a měly možnost běžného nahlížení do dokumentace, především na výsledky vyšetření.

*„Neviděla jsem ten papír před sebou, ani mi ho nedal přečíst, co na tom papíru je ... nechtěla jsem ho vidět, styděla jsem se zeptat.“ (Zuzana)*

*„Nahlízet jsme nechtěli, ale když jsme tam byli, tak měli ty naše desky, kde nám ukázali ten spermioqram před třemi lety a porovnali ho s tím současným.“ (Alena)*

*„Po každém tom pokusu mi vyjeli na A4 prostě přesně, co to bylo za druh protokolu, jaká byla stimulace, jak vypadala embrya, jaký byly hladiny hormonů, apod. To mám doma.“ (Markéta)*

*„Já vždycky, když si vyzvedávám kartu a jdu někam, tak se podívám. Akorát, když jsem chtěla kopírovat, tak po mě chtěli hodně peněz. Nekopírovala jsem, opsala jsem si to. Mě třeba přišlo, že ty výsledky ti doktoři podávají hodně pro laiky. A já se v tom trošku orientuju, navíc mám otce gynekologa. Raději se budu dívat do těch papírů, protože oni mi to přesně neřeknou. Například řeknou, máte tam vyšší hladinu protilátek proti spermiím, ale neřeknou mi kolik.“ (Tereza)*

*„Doktorka mi napsala do papírů, že neposloucháme doporučení, a že si děláme podle svého.“  
(Barbora)*

*„My vždycky dostáváme výsledky, když jdeme na tu konzultaci. Mají tam ty desky, takže nám ukázal tabulky s těma výsledkama, tomu já vůbec nerozumím, ale mohli jsme se na to podívat. Všechno to s náma probral, co to je za výsledky, jestli je to v normě.“ (Eliška)*

**Tabulka 12 Shrnutí výpovědí respondentek o nahlížení do dokumentace v centru AR**

<b>Nahlížení do dokumentace</b>
Většina respondentek měla možnost společně s lékařem nahlížet do dokumentace, především na výsledky vyšetření. Prokázala se i pečlivost a ochota daného centra, neboť docházelo i k porovnání výsledků zpětně za několik let léčby v daném centru AR. Objevily se i protichůdné výpovědi, v jednom případě byly informace pro respondentku nedostatečné, chtěla se dozvědět detailnější výsledky, a ty jí nebyly poskytnuty. Proto si „tajně“ prohlížela svou dokumentaci a opisovala z ní přesnější informace. V opačném případě byly informace pro respondentku příliš složité. Přesto byla tato respondentka ráda, že mohla vidět své konkrétní výsledky. Dokumentace také sloužila k zápisu o neuposlechnutí doporučení, respondentka tento fakt chápala jako nátlak, aby s manželem přistoupili místo inseminace na in vitro fertilizaci, rozuměli tomu tak, že se jedná o byznysový tah centra AR.

### **Jaké formy komunikace v centru AR probíhaly?**

Dnešní doba plná technologií umožňuje komunikaci nejen přímou, ale i komunikaci na dálku, například telefonickou, e-mailovou, apod. Svých respondentek jsem se proto ptala, jaké druhy komunikace byly s centrem AR možné a zda jich využívaly.

*„Určitě probíhala telefonická komunikace, a taky nám posílaly výsledky spermogramu e-mailem. Že by tam ale byla nějaká průběžná komunikace v průběhu celé léčby, tak to určitě ne, spíš to bylo na žádost o zaslání výsledků.“ (Radka)*

*„Mohla jsem si zavolat, jak to vypadá s vývojem embryí. Ale byla jsem zaskočená, když mi volali, kolik je oplodněných embryí, a v jakém jsou stavu, a při tom se mě zeptali, jaké pohlaví si budu chtít nechat vložit, a to já jsem vůbec nevěděla a musela jsem se rychle rozhodnout. Nečekala jsem, že ta genetika bude až tak dobrá, že to zjistí u tak malinkatýho ničeho.“*

*Zaskočili mě, že mi to řekli do telefonu a já jsem se měla v tu chvíli rozhodnout, nebyl čas na rozmyšlenou.“ (Zuzana)*

*„Komunikovali jsme vždycky telefonicky, abych se domluvila na konkrétním termínu, třeba té hysteroskopie, takže skvělý.“ (Alena)*

*„Někdy jsem si telefonovala pro výsledky.“ (Markéta)*

*„Telefonická a ještě e-mailem. Psala jsem dotaz panu doktorovi, odpovídal rychle.“ (Tereza)*

*„E-mailová až teď, poslali mi harmonogram, co se týče dárcovského programu, co a jak se bude dít, kdy si dojít pro léky. Jinak jsem si mohla kdykoli zavolat o radu.“ (Eliška)*

**Tabulka 13 Shrnutí výpovědí respondentek o formách komunikace využívaných v centru AR**

<b>Formy komunikace</b>
<p>Z výpovědí respondentek vyplynulo, že se v rámci komunikace v centru AR používá mimo ústní přímé komunikace také telefonická a písemná v podobě e-mailů, v některých případech tak byla možnost získat výsledky i v písemné podobě. Centra respondentkám nabízela možnost telefonické konzultace 24 hodin denně v případě nějaké nejistoty či dotazu. Na základě výpovědí by bylo vhodné posílit především písemnou komunikaci. Domnívám se, že například e-mail je velmi vhodným komunikačním prostředkem nejen pro předávání výsledků, ale i o dalších možnostech edukace o specifikách jejich léčby v centru AR.</p> <p>Zcela zásadním zjištěním byl telefonický dotaz z centra AR ohledně volby pohlaví u klientky, která byla bez rizik dědičných onemocnění vázaných na pohlaví. Z Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, která je součástí právního řádu č. 96/2001 Sb., stejně jako její dodatek č. 97/2001 Sb., konkrétně článek č. 14 Selekce pohlaví vyplývá: <i>„Používání technik lékařsky asistované reprodukce za účelem volby pohlaví budoucího dítěte je zakázáno, s výjimkou, kdy má být zabráněno vážným dědičným onemocněním vyskytujícím se u určitého pohlaví“ (Řežábek, 2008b, s. 30).</i></p>

### **Kde jste hledali informace?**

Jak jsem zmínila v teoretické části, klientky center AR jsou specifickou populací pacientů. Jedná se o ženy, které se chtějí aktivně podílet na své léčbě, vyhledávají si odborné informace. V této souvislosti jsem chtěla zjistit, odkud případně od koho načerpaly nejdůležitější informace. Dále jestli, a s kým konzultovaly svoji léčbu metodami AR.

„Další informace jsme hledali na internetu a odborné literatuře. Často jsme se pídili po informacích a překládali si je z angličtiny. Hodně jsme konzultovali s mojí známou, paní doktorkou, co si o tom myslí, protože v tom má větší přehled.“ (Radka)

„Hledala jsem si informace na internetu, ale jenom, když jsem něco potřebovala a nevěděla. Ale jinak jsem to nečetla, protože jednou jsem to otevřela a teď tam všichni psali, jak jim bylo špatně. Já jsem se nechtěla ovlivnit něčím jiným. A mě třeba vůbec špatně nebylo, mohla jsem chodit do práce. Jenom mi vyrostly prsa, do ničeho jsem se nevezla (pozn. smích). A taky mám doma takovou knížku od sestry, je tam oplodnění vajíčka a jeho putování, umělé oplodnění a vysvětlené ty metody. Ta knížka je stará asi 15 let a to všechno se mění, ale nějaké informace jsem z toho zachytila. A na další informace jsem se ptala pouze svojí masérky a léčitele.“ (Zuzana)

„Pan doktor nás odkázal na ty jejich stránky, abychom si to v klidu pročítli. I jsme to z toho pochopili.“ (Alena)

„Vysloveně o takových těch technických informacích jsem se radila se svou známou, která taky dělá ve zdravotnictví s jiným lékařem, tak jaký na to má názor. Protože třeba na tu stimulaci doporučují dva preparáty, jeden přírodní a jeden syntetický. Tak jsem se třeba ptala, který by mi doporučil.“ (Markéta)

„Já jsem spíš taková, že hledám věci předem, navíc můj otec je gynekolog, takže já to mám ze všech stran (pozn. smích). Nejdřív jsem hledala na internetu, potom jsem to řešila na klinice, a potom ještě konzultovala s otcem. Je fakt, že od něho jsem dostala víc podrobných informací, než na klinice, bylo na to asi víc času. Navíc, byly věci, které mě v té ordinaci nenapadly, takže bylo po tom jednodušší zavolat otci.“ (Tereza)

„Na internetu jsem hledala chvíli, a když jsem narazila na ty diskuse, tak jsem rychle přestala, protože to bylo hrozný. Přišlo mi to, že ty ženský nejsou nemocný na spodek, teda že nemůžou mít děti, ale vyloženě na mozek.“ (Eliška)

**Tabulka 14** Shrnutí výpovědí respondentek o vyhledávání informací

Vyhledávání informací
Většina respondentek se shodla na tom, že nejpodstatnější informace se dozvěděly při návštěvě centra AR. Ovšem často si doplňující informace musely dohledávat na internetu, některé dokonce překládaly z angličtiny. Diskusní fóra většina zpovidaných žen pravidelně nevyhledávala. Menšina si přečetla i nějakou odbornou literaturu o reprodukčním cyklu

a léčbě neplodnosti. Potvrdila se domněnka, že pokud klientky centra AR získaly od zdravotníků kvalitní informace, pak jim byly doporučeny i odkazy na další zdroje informací. Buď v podobě DVD, letáčků, brožurek nebo odkazů na odbornou literaturu či webové stránky daného centra AR. V takových případech respondentky neměly obavy se zeptat na dotazy, které je napadly při studiu doplňkových informací z doporučených zdrojů.

### **Jak hodnotíte konzultace a návštěvy centra AR celkově?**

Konzultace jsou základem komunikace mezi zdravotníky a klienty centra AR. Jako asi u všech návštěv zdravotnických zařízení, i zde může docházet k prodloužení čekací doby. Proto jsem se ptala svých konzultantek, jak hodnotí jejich návštěvy centra AR. Například, co jim vyhovovalo, co jim vadilo nebo chybělo.

*„Byli jsme s manželem ve dvou centrech, jednom soukromém a v jednom státním zařízení. Ovšem nejraději bych to srovnala s Anglií, protože komunikace pacient-lékař je všeobecným problémem v České republice. V Anglii pacient má nějakou představu, co by chtěl k tomu zákroku, vyšetření nebo k čemukoli, co ho čeká, vědět. A ten lékař si na něj prostě udělá čas a poskytne mu maximum informací, které by měl pacient znát. Takže jednak je to na té pacientce, že má větší zájem o to, co se s ní děje. A ten lékař má zase větší zájem jí vysvětlit všechno možné. To tady se to většinou odbyde letáky a dotazem: „máte nějaké dotazy“ a je to. Tady ta komunikace prostě nefunguje. Přitom by bylo potřeba mála, aby se člověk necítil strašně obnaženej a poniženej. V Anglii se klade důraz na důstojnost pacienta a na jeho názor, což tady chybí. Pokud bych měla srovnat státní a soukromé zařízení u nás, tak v tom státním se nám věnovali daleko víc, našli si na nás čas.“ (Radka)*

*„Když tam přišel člověk poprvé, tak vůbec nevěděl, o co se jedná, a s tím jako kdyby oni nepočítali. Vadilo mi, že mi předepsali nějaký léky, člověk je bral, bral a nevěděl nic. Já jsem přírodní člověk, nikdy jsem žádný léky nebrala, takže to pro mě bylo hrozně velký překonávání.“ (Zuzana)*

*„Na konzultacích jsme měli možnost diskutovat o našich možnostech, protože pro nás by ty metody byly drahý. Nakonec jsme se domluvili, že prozatím zkusíme doplňky stravy, manžel užívá koenzym Q10 a zinek, já vitamin E, kyselinu listovou a Proveru (pozn. syntetický hormon). A pak se uvidí, co dál.“ (Alena)*

*„Konzultace probíhaly dobře, když jsem se zeptala, bylo mi všechno vysvětleno. Myslím si, že v pohodě.“ (Markéta)*

„Probíhaly v pohodě, snažili se o kontakt velmi často, bylo jich totiž už asi 16. Akorát mi připadá, že to dost honí do těch hormonů. Mně se to moc nelíbí. Říkala jsem jim, že mi ovulace probíhá běžně 18. den nebo i později přirozeně, vím to, protože si měřím bazální teplotu, proto není potřeba stimulovat. A přesto mi několikrát nabízeli, jestli nechci stimulaci. Tak jsem to vždy odmítla.“ (Tereza)

„Doktorka nám dala jasně najevo, že není nadšená, že chceme druhý dítě, protože u prvního byly komplikace. Říkala, že s tím nesouhlasí, že si stejně myslí, že tam bude další mimoděložní těhotenství, a že tu druhou inseminaci už dělat nechce.“ (Barbora)

„Na to, jaké jsme měli dotazy, jsme tam někdy v ordinaci zůstali i tři čtvrtě hodiny. Všechno nám bylo úplně v pohodě zodpovězeno. Akorát na tý recepci bylo strašně moc lidí a málo křesel.“ (Eliška)

**Tabulka 15** Shrnutí výpovědí respondentek o tom, jak probíhaly konzultace

<b>Hodnocení konzultací</b>
Z výpovědí respondentek na toto téma vyplynulo, že většina z nich byla z nějakého důvodu nespokojená. Většina se shodla na tom, že na začátku nevěděly, co je čeká, a tak ani nevěděly, na co se mají zeptat. Odhalilo se například i neprofesionální chování ošetřující lékařky, nerespektování přání pacientky nebo pocit obnaženosti a poníženosti. Na druhé straně byly některé respondentky spokojené s komunikací při konzultacích, neboť se jim zdravotníci plně věnovali, našli si na ně čas, trpělivě zodpovídali jejich dotazy a měli možnost diskuse o daném problému. Některé technické problémy, jako například nedostatek křesel, jsou celkem snadno odstranitelné.

### **Využili jste nějaké jiné metody konvenční či nekonvenční (alternativní) medicíny?**

Dalších metod konvenční a nekonvenční medicíny v souvislosti s léčbou neplodnosti je mnoho. Zajímalo mě proto, zda respondentky využily nějakou z těchto metod, a zda jim ji doporučil zdravotník v centru AR.

„Proběhly takové rady od kamarádů lékařů, ať cvičíme metodu Mojžíšové a různé rady od všech možných. Byla jsem měsíc v lázních, tam jsme cvičili a zkoušeli všechno. Kamarádka nám doporučovala, ať jdeme k homeopatovi, tam jsme teda nebyli, neboť na to jsme oba velcí pragmatici. Ale bylo to na spadnutí, už jsem měla kontakt.“ (Radka)

„Mám masérku, která mi pomáhá, abych se trochu připravila, otevřela, abych to přijala a nebyla ve stresu. Taky jsem chodila k přírodnímu léčiteli, a ten nám řekl, že není problém v diagnostice, ale problém je v těch našich dvou hlavách.“ (Zuzana)

„De facto o Mojžíšovce vím, ale jen co jsem si sama sháněla. A taky Femigart (pozn. doplněk stravy – přírodní tekutý koncentrát z léčivých bylin, určený k regulaci biorytmu ženských pohlavních orgánů), koenzym Q10, zinek, vitamín E, kyselina listová, kontryhel a další. S tím, že Mojžíšovku jsme nezkoušeli, bylinky ano. A chodila jsem k léčitelce, co využívá čištění teplem pomocí rukou, něco na způsob reiki.“ (Alena)

„Spíš po těch třech neúspěšných pokusech, jsme si řekli, že asi musíme hledat jinou cestu, že ten problém bude možná v psychice. Tak jsem se začala orientovat víc v té alternativní medicíně. Takže různí léčitelé, homeopatika, čistící kúry, akupunktura. Myslím si, že ta akupunktura funguje, protože mi pan doktor napíchal nějaký body v uchu a na zádech, co souvisí s psychikou, napětím a stresem. A to s člověkem teda cvičí, to člověku najednou tečou slzy. Taky jsme si nechali změřit geopatogenní zóny doma. A měli jsme tu zónu fakt přes postel a zrovna přes břicha. Tak mi řekli, že před tím zavedení embrya a tak, tam prostě nemám spát, takže teďka jsem opravdu ležela 3 týdny na sedačce v kuchyni, protože tam je to úplně čistý. Prostě to může mít vliv a nemusí, ale já pro to udělám všechno.“ (Markéta)

„Proti dalším metodám a alternativám s manželem nic nemáme. Zkusila jsem Jonášovy kapky, Mojžíšovku, tu ale nepravidelně, a chodili jsme k léčitelce.“ (Tereza)

„Paní doktorka má v přízemí sestřičku, která se specializuje na akupunkturu. Ta mě napíchala, a bylo to velmi příjemné. Taky jsem byla na cvičení podle Mojžíšové, ale mě to nezabralo. Ještě jsem měla Femigard od pana doktora, a brali jsme s manželem i jeho bylinky.“ (Barbora)

„Nechala jsem si udělat reiki a jinak jsem najela hodně na bylinky, potom, co jsem do sebe cpala ty hormony a chemii. Jitrocelový čaj, aby to to tělo vyplavilo. A hlavně medituju.“ (Eliška)

#### **Tabulka 16 Shrnutí výpovědí respondentek o dalších konvenčních či nekonvenčních metodách léčby neplodnosti**

<b>Další metody konvenční či nekonvenční medicíny</b>
Všechny respondentky využily nějakou z metod konvenční či nekonvenční medicíny. Pokud se jednalo o pragmatiky, tak využili striktně konvenční medicíny, jako balneoterapii (lázeňství) a cvičení podle Ludmily Mojžíšové. Ostatní překročily hranici

konvenčnosti a pustily se i do léčitelství a měření geopatogenních zón, a dodržovaly nejrůznější doporučení, neboť se řídily heslem: „udělám pro to všechno.“ Důkazem smývání hranice konvenčnosti je, že lékařka sama spolupracuje se zdravotní sestrou, zabývající se akupunkturou. Výpovědi poukázaly také na fakt, že cvičení podle Ludmily Mojžíšové je velmi známé, ale není dodržováno správné načasování a doporučená doba cvičení. Ženy s poruchou plodnosti v hojné míře užívaly různé doplňky stravy a fytoterapii.

### **Přišla chvíle, kdy jste s partnerem chtěli léčbu vzdát?**

Léčba neplodnosti je někdy opravdu běh na dlouhou trať, a to hned z několika pohledů. Psychicky náročnou se léčba neplodnosti stává tím výraznější, čím je čekání na dítě delší. Mimo to je léčba náročná i z finančního a časového hlediska. Ptala jsem se svých konzultantek, zda chtěly někdy léčbu vzdát a jaké byly hlavní příčiny.

*„Ani ne tak léčbu jako některá doporučení. Říkali nám, teď nemůžete mít nechráněný styk, ať neotěhotníte. Pro nás to byl hrozný nezvyk, my tohle s manželem neřešíme, neznáme ochranu. Kolikrát si člověk myslí, že je v tom, vynechají měsíčky, a pak si má udělat ten test, čeká, je v napětí, to je strašně náročný na psychiku. V čem je to hodně náročný je chodit do práce, oni se neptají, kdy můžete. A je to strašně náročný finančně, nečekala jsem, že to bude tak drahý.“ (Zuzana)*

*„No jejej, protože ta psychika dělá strašně moc. To byly výkyvy. Takže kolikrát jsem si říkala, že se na to vykašleme. Takže jsme měli během těch let několik takových chvílí.“ (Alena)*

*„Ne, ale ona ta léčba netrvá tak dlouho. Spíš jsme s manželem na začátku dlouho zvažovali, jestli s léčbou vůbec začneme. Protože jsme řešili hlavně etické otázky. Nevěříme v nějaké konkrétní náboženství, ale bereme to jako zásah do toho přirozeného cyklu. Což mě až tak nevadí, já jsem žena, která chce děti. Manžel taky chce, ale nějakou dobu se zdráhal, a to IUI není takový problém, ale IVF už by problém byl.“ (Tereza)*

*„Jsem teď na tom psychicky hodně špatně, začala jsem chodit na psychoterapie, protože to pořád nemůžu nějak rozdýchat. Probíhalo to tak, že si musím sama sobě zvednout sebevědomí a musím si uvědomit, co vlastně chci a že nejsem špatná jenom já, že to může být i to okolí (pozn. v práci se Barbora svěřila o tom, že se snaží s manželem o dítě pomocí metod reprodukční medicíny, a ze strany kolegyň přišly posměvačné a vulgární komentáře). A možná to povede i na psychiatrii, kvůli medikaci.“ (Barbora)*



*„Přišla na mě krize, to bylo vloni před Vánoci, když švagrová přišla s tím, že je těhotná. V tu chvíli to pro mě byla taková rána, že jsem se chtěla jít zahrabat pod zem. A ještě od bratránka manželka, oni byly nastejno těhotný. Bylo to pro mě hrozný. Ale teď už mám novou mízu.“*  
(Eliška)

**Tabulka 17** Shrnutí výpovědí respondentek – vzdání léčby

Vzdání léčby
Téměř všechny respondentky vyjádřily souhlas s tím, že v jejich životě přišla chvíle, kdy chtěly léčbu vzdát. Někdy je k tomu vedla pracovní a finanční situace, neboť chodit do práce a docházet na vyšetření, kontroly a konzultace do centra AR není vůbec jednoduché. Finanční náročnost léčby některé z mých konzultantek velmi překvapila. Jedna se také svěřila, že se jí ze strany kolegyň v práci dostalo posměvačných a vulgárních komentářů poté, co zjistily, že se léčí metodami asistované reprodukce. Návštěva psychoterapeutické péče byla v tomto případě jasnou volbou. Pro některé ženy s poruchou plodnosti může být také kontakt s ostatními těhotnými ženami velmi nepříjemný a stresující, především pokud se jedná o rodinné příslušnice. Jeden pár se také v souvislosti s léčbou neplodnosti potýkal s etickými otázkami, nakonec pro ně není problém inseminace, ale umělé oplodnění by nepodstoupili.

## Adopce

Jak jsem zmínila v teoretické části, adopce je jednou z hlavních možností řešení nežádoucí bezdětnosti. Paní Radce a jejímu partnerovi se podařilo adoptovat holčičku. Radka se nejprve snažila získat potřebné informace o adopčním programu v centru AR.

*„Protože spousta lidí prochází tímhle procesem inseminace, IVF, a pak skončí u adopce. Chyběla nám informovanost gynekologů o tom, jak vůbec ten proces adopce funguje, jak dlouho to trvá a tak. Neměli o tom ani šajnu. Přitom tam ti lidi začínají, tam se nejdřív zeptají, jestli je to teda špatný, jaký mají šance, a jestli mají uvažovat o adopci.“* (Radka)

Takže poté, co si s manželem ujasnili, že pro ně není překážkou adoptované dítě, zapsali se do adopčního programu. V té chvíli ale stále s léčbou v centru AR pokračovali.

*„My jsme od začátku, co začal být velký problém, což bylo, když jsme se vrátili z Anglie (pozn. po roce pokusů o dítě), tak jsme se zařadili do programu o adopci. Takže my jsme obě dvě věci dělali zároveň. Protože jsme si říkali, nemusí vyjít jedno, tak vyjde druhý. A taky nás*

v tom utvrdila informace, kterou jsme získali od toho adopčního programu, že to trvá průměrně 3 roky.“ (Radka)

V souvislosti s tím mě zajímalo, zda v reprodukčním centru tajili informaci o tom, že jsou zapsaní v registru zájemců o adopci. A případně jestli měli pocit, že se k nim v souvislosti s tím přistupovalo jinak.

„Netajili jsme se tím. Rozhodně tam bylo ošklivý jednání, nezáměr o nějaký další dění, nátlak na to, abychom šli na IVF, takže jsme šli pryč (pozn. do jiného centra).“ (Radka)

Dalším dotazem bylo, čím vším museli v rámci adopčního programu projít a jaký na to mají názor.

„Nejdřív se dělají psychologické testy a rozhovor s psychologem, aby se ověřilo, že jste vhodní kandidáti, pak dalšího půl roku následuje příprava, kdy probíhají tři víkendové semináře. A tam nás v podstatě připravovali na to, že budeme mít adoptovaný dítě, že je to jiné, než těhotenské dítě. Což byla skvělá příprava. A to je taková ta všeobecná příprava rodičů. Myslíme si, že by to měl absolvovat každý, kdo se chystá mít dítě. Protože jsme líp připravení rodiče, jak biologičtí. No a pak proběhly další psychologické testy, a pak další rozhovor, prošli jsme a zařadili nás jakoby na čekačku. A od podání žádost se počítá ten čas, kdy vlastně člověk čeká na to dítě, podle toho jaké má požadavky, tak dlouho se čeká. My jsme měli ohromný štěstí, stihli jsme to skoro za dva roky. Volali nám, že pro nás mají krásný miminko a že je za dva týdny doma.“ (Radka)

O adopci v době rozhovoru uvažovaly i další respondentky.

„Vím, že kdyby se to teď nepovedlo, po těch třech dalších pokusech, co teď ještě mám, tak už tam nikdy nepůjdu. A budeme to s manželem řešit jinak, třeba adopcí.“ (Zuzana)

„Teď půjdeme na to dárcovství vajíček, a potom už požádáme o adopci. Máme to takhle naplánovaný. Protože chci mít dvě až tři děti, takže abychom to stihli. Víme, jak dlouho to trvá, a ještě ohledně věku, pak dostaneme pětileté dítě, a co pak s tím.“ (Eliška)

**Tabulka 18** Shrnutí výpovědí respondentek o adopci

<b>Adopce</b>
Z názorů zpovídaných respondentek vyplynulo, že informace o adopci se nedozvěděly v centru reprodukční medicíny. Zdravotníci jim bohužel neposkytli ani základní informace a případně radu, na koho se obrátit. Potvrdilo se, že zájem rodičů je především o adopci novorozeného dítěte, a že mají povědomí o dlouhém čekání na adoptované dítě.

V následující Tabulce 19, jsem se pokusila shrnout zásadní zjištění, z výpovědí respondentek na okruhy vztahující se k hlavní výzkumné otázce: „Jak klientky hodnotí komunikaci v centru AR?“

**Tabulka 19 Celkové shrnutí okruhů pro hlavní výzkumnou otázku**

<b>Shrnutí okruhů pro hlavní výzkumnou otázku</b>
<p>Výpověďmi respondentky upozornily na fakt, že především na počátku léčby na klinice reprodukční medicíny nevěděly, co je čeká, a tudíž ani nevěděly, na co se mají zeptat. Měly pocit, že zdravotníci tuto skutečnost nebrali příliš v potaz. Projevilo se to především v používání zdravotnického žargonu a zkratk, vztahujících se k léčbě poruch plodnosti. V této souvislosti byli i partneři respondentek v některých případech doslova přehlíženi a bráni jen jako dodavatelé materiálu i přesto, že se léčba neplodnosti týká obou partnerů. Některé respondentky a jejich partneři by ocenili, kdyby všechna centra automaticky nabízela možnost přítomnosti partnerů u výkonů (např. ultrazvuku, aplikace spermií při inseminaci, transportu embryí). Občas se respondentky setkaly s neprofesionalitou zdravotníků, a to v podobě chybné komunikace nebo při nerespektování jejich přání. Konkrétně při sdělování citlivých informací například o abortu, selekci pohlaví pro transfer embryí, a to dokonce přes telefon, nebo při nátlaku pro využití metody IVF apod. Některé konzultantky také apelovaly na nedostatečné využívání edukačních materiálů v papírové podobě, stejně tak i automatické papírové vystavování alespoň zásadních výsledků léčby. Součástí edukace by měl být kladen větší důraz na informace o finanční a časové náročnosti léčby, a také o dalších možnostech konvenční i nekonvenční medicíny, využívaných při poruchách plodnosti, a v neposlední řadě také o psychoterapii a adopčním programu. Rozhodně by mělo být v rámci konzultace umožněno nahlížení do osobní dokumentace společně se zdravotníky.</p>

#### **5.7.4 Jak byste ohodnotila Váš vztah s ošetřujícím lékařem?**

Dále jsem se zaměřila na dílčí výzkumnou otázku: „Jak klientky hodnotí jejich vztah s lékařem?“ Vztah klientky s ošetřujícím lékařem může ovlivnit hodnocení celé reprodukční kliniky. Pátrala jsem po tom, zda byl vztah mezi respondentkami a jejich ošetřujícími lékaři založený na důvěře, vzájemném pochopení a chápán jako partnerský nebo paternalistický.

Zda měly ženy s poruchou plodnosti pocit, že se mohou lékaře na cokoli zeptat. Případně, co se jim na komunikaci s lékařem nelíbilo.

*„Doktorka nám oznámila, že jsme potratili, a 30 vteřin na to probírala s kolegou, kam půjdou odpoledne. Takhle to prostě probíhat nemá. Ale najdou se i výjimky, jsou i super lékaři. Například pan doktor byl dobřej, s ním se dobře povídalo. Ten je velice příjemnej. Není to jen o té komunikaci, ale také o vcítění se do toho pacienta, protože ono to celé nebylo nějak moc příjemný a většinou se ty rozhovory odvíjejí jak na běžícím pásu, a on se nám věnoval, bylo to velice příjemný.“ (Radka)*

*„Nezeptala jsem se pana doktora na některé otázky, stydím se, protože je to chlap. Když jsem se ženou (pozn. paní doktorkou), tak mám takový lepší pocit. Ale chtěla jsem kvůli manželovi, aby tam nebyla pokaždé žena, tak jsme šli i k panu doktorovi.“ (Zuzana)*

*„Nejprve jsme teda měli paní doktorku, teda nepřiliš milou a sdílnou, ale ted' už jsem vysloveně chtěla k panu doktorovi, protože jsem u něj byla i v nepřítomnosti paní doktorky. Všechno vysvětlil po lopatě, všechno popsal na tom ultrazvuku. Vůbec jsem se nebála na cokoli zeptat, pan doktor byl úžasný, nic nebylo tabu.“ (Alena)*

*„Vztah hodnotím rozhodně jako partnerský. Na to, jak dlouho ta léčba probíhá, tak se nestaly žádné velké renoncy.“ (Markéta)*

*„No, vztah bych zhodnotila něco mezi paternalistickým a partnerským, protože jsem jim svoje názory musela opakovat pořád dokola, a naopak některé věci mi ani neřekli tak, jak bych chtěla.“ (Tereza)*

*„Přišla jsem do centra ve 38 letech. Paní doktorka mi nejdříve říkala: „vy máte vajíček, no to je super, do tří měsíců jste těhotná, nebudete potřebovat ani IVF, a máte správnou pojišťovnu, která to hradí do 40 let.“ No, a když jsem jí volala z nemocnice, že mám mimoděložní těhotenství, tak najednou dostala strach, že se to bude opakovat a s tím že nechce mít nic společného, a poslala nás za panem primářem. Od něho jsem se dozvěděla, že jsem u pojišťovny, která to hradí jen do 39 let. Plodné dny mi v centru nezjišťovali, oni mi řekli, že mám ovulaci standardně od 12. do 17. dne, a gynekoložka zjistila, že to mám o tři dny dopředu. Takže jsme zkoušeli, co nám řekli a stejně špatně. Člověku je 39 a říká si, co ted'.“ (Barbora)*

*„Byli jsme u pana primáře. Na té první konzultaci jsme byli u doktorky, ale ona při další návštěvě měla dovolenou, tak jsme byli u pana doktora a přišel mi lepší jako chlap.“ (Eliška)*

**Tabulka 20** Shrnutí výpovědí respondentek o jejich vztahu s ošetřujícím lékařem

<b>Vztah lékař – pacient</b>
Podle některých výpovědí respondentek chyběla ve vztahu s ošetřujícím lékařem především etika a empatie, například při sdělování, že došlo k abortu. Vyplývaly i rozporuplné názory. Na jedné straně se respondentka nebyla schopná uvolnit a hovořit s lékařem (mužem) úplně o všem. Na druhé straně byly respondentky, které záměrně vyhledávaly péči lékaře raději, než lékařky. V některých případech byl vztah opravdu přátelský, důvěrný, založený na principu partnerství. V takovém případě se mohla plánovat léčba společně a žádné téma nebylo tabuizováno.

### **Lékař pacientem**

Podkapitolu Lékař pacientem jsem zařadila záměrně, neboť paní Radka je sama lékařkou. Proto jsem se jí ptala, zda měla pocit, že k ní zdravotníci centra AR přistupovali jinak, než k ostatním pacientům, bez zdravotnického vzdělání.

*„Snažila jsem se jim vysvětlit, aby ke mně přistupovali jako k laikovi, protože je to jiná specializace. Já se v tom nevyznám, jako se oni nevyznají v anestezii. Jelikož se taky snažím se všema kolegama, který přijdou jako pacienti, mluvit jako s laiky, aby nedošlo k nějakému nedorozumění. A co je na tom, že se dozví o trošku víc informací, které už třeba umí.“*  
(Radka)

Ovšem například v rámci edukace o rizicích léčby se paní Radka dozvěděla: *„jo, vy si to potom dostudujete.“* (Radka)

**Tabulka 21** Shrnutí výpovědí respondentky Radky o tématu - lékař pacientem

<b>Lékař pacientem</b>
Z odpovědí paní Radky vyplynulo, že zdravotníci, především lékaři nerespektovali její přání, aby k ní bylo přistupováno jako k laikovi. Naopak se setkala s tím, že se domnívali, že všechno, včetně postupů jednotlivých metod a zkratk užívaných v centru AR, zná. Dokonce ji bylo v oblasti edukace o rizicích sděleno s jistou dávkou despektu, že si to potom dostuduje. S dříve zmíněného také vyplynulo, že empatie a takt při sdělování diagnózy abortu jednoznačně chyběly.

### 5.7.5 Jak byste ohodnotila Váš vztah se zdravotními sestrami/porodními asistentkami, se kterými jste byla v kontaktu při léčbě v centru AR?

Druhou dílčí výzkumnou otázkou bylo: „Jak klientky hodnotí jejich vztah se zdravotní sestrou/porodní asistentkou?“ Zdravotní sestry/porodní asistentky jsou neodmyslitelnou součástí zdravotnické péče v centrech reprodukční medicíny. Pátrala jsem po tom, jak konzultantky hodnotí svůj vztah s nimi. A co by v rámci tohoto vztahu bylo dobré vylepšit.

*„Sestry nechtěly manželovi telefonicky sdělit žádné informace ohledně užívání injekčně podávaného léku, že prý informace podají pouze mě. Takže jsem si musela zavolat sama.“ (Radka)*

*„Recepce je velmi slabá. Bylo mi řečeno, ať si zavolám na výsledky odběru prolaktinu v krvi. Když jsem volala, bylo mi sděleno, že mi to po telefonu říct nemůžou.“ (Zuzana)*

*„Sestřičky báječné, i během té hysteroskopie. Byly milé, hodné, odběr krve nebolel, což vnímám jako velké pozitivum.“ (Alena)*

*„Sestry mě dost ostře poučovaly o aplikaci hormonálních injekcí, i přesto, že jsem jim říkala, že jsem zdravotní laborantka a že to znám.“ (Markéta)*

*„Místní personál je hrozně příjemný, hlavně teda sestřičky. Kór když člověk něco potřebuje, zavolá a jsou úplně v pohodě.“ (Tereza)*

*„Paní doktorka má v přízemí sestřičku, která se specializuje na akupunkturu. Ta mě napíchala, a bylo to velmi příjemné. Jednala se mnou velmi empaticky a mile.“ (Barbora)*

*„Přátelský vztah sester, na to, kolik se člověk ptá, tak s odpovědí nemají problém.“ (Eliška)*

**Tabulka 22** Shrnutí výpovědí respondentek o jejich vztahu se zdravotní sestrou/porodní asistentkou

Vztah zdravotní sestra/porodní asistentka – pacient
Většina respondentek se ke vztahu se zdravotními sestrami, vyjádřila velmi pozitivně. Chovaly se mile, příjemně a odpovídaly na všechny dotazy. Ovšem v některých případech došlo k chybám v komunikaci, a to především při telefonické formě. Dokonce nebyly sestry ochotné vzít na vědomí, že klientka zná postup aplikace léků. Z výpovědí je také patrné, že je důležitá práce zdravotních sester nejen v průběhu konzultací, na operačním sále, ale také na recepci, kde probíhá velká část komunikace. Bylo by vhodné sjednotit management poskytování informací po telefonu, tedy, co je přípustné a co není.

### 5.7.6 Praktická doporučení

Z mého pohledu je velmi podstatné správně načasovat management možností, které řeší bezdětnost. Důležité je vyslechnout představy o léčbě, obavy a očekávání, a to proto, aby se obě strany shodly na nejvhodnějším managementu, a mohly začít plánovat postup léčby či hledat jiné možnosti řešení bezdětnosti. V dnešní přetechnizované době mám někdy pocit, že zdravotnictví lpí především na číslech a hodnotách o pacientovi, které nám chrlí přístroje, a zapomínáme sledovat samotného pacienta. Mnohdy nám i neverbální komunikace dokáže povědět daleko více informací než přístroj a nejmodernější technika.

Konkrétním příkladem kvalitnějšího plánování managementu by mohla být lepší edukace o cvičení podle paní Ludmily Mojžíšové. Tato metoda je sice odborníky více než 20 let uznána za volbu číslo jedna při řešení funkčních příčin sterility (Top-fyzio, 2014), bohužel ji ženy často začínají cvičit až po absolvování některých metod asistované reprodukce. Nebo ji cvičí nedostatečně dlouhou dobu a navíc bez odborného dohledu.

Dalším příkladem může být rozhodnutí, zda podstoupit léčení metodami asistované reprodukce, nebo zvolit cestu adopce. Na základě prostudovaných zdrojů a svých zkušeností, se také domnívám, že cesta za dítětem častěji začíná v centru asistované reprodukce, a případně až poté přistupuje pár k adopčnímu programu. Bylo by ale na místě, komunikovat s pacienty o jejich možnostech hned na začátku dlouhé cesty za dítětem. Domnívám se, že by obě možnosti, tedy léčba v centru asistované reprodukce a adopce mohly probíhat současně. Neboť některé páry jsou v centru AR sledovány mnoho let a podstoupí několik pokusů o těhotenství, a přesto bezvysledně, a až potom se zapíší do registru žadatelů o adopci. Avšak v této době jim může být více, než 35 let, a tím pádem již nesplňují legislativní parametry pro osvojení novorozence. Proto by bylo vhodné, aby zdravotníci pracující s lidmi s poruchou plodnosti, znali specifika komunikace v této problematice a uměli adekvátně zareagovat, měli jisté mezioborové a aktuální informace. A tím nejen metody reprodukční medicíny, povědomí o adopčním programu, ale i další využívané metody konvenční a nekonvenční medicíny a související psychoterapii, nebo alespoň předávat doporučení na organizace, které se těmito postupy zabývají.

Při psaní této práce jsem narazila na některá hodnocení komunikačních dovedností lékařů a zdravotních sester. Alespoň jako hodnocení sebe sama se mi tato myšlenka velice zamlouvá. Příklady hodnocení uvádím v Příloze 1 a 2.

## 6 DISKUZE

Zatímco se kvalita péče asistované reprodukce neustále zdokonaluje a zkvalitňuje, komunikace se zlepšuje mnohem pomaleji a její úroveň záleží na jednotlivých lékařích. Často se uvádí, že problémem není to, jak lékař léčí, ale především nedostatečná komunikace (Matochová, 2009, s. 82). Bohužel je oblast komunikace nezaslouženě opomíjená, věnuje se jí málo pozornosti již při výuce studentů medicíny, ale dokonce i později v lékařské praxi. Výzkumy z České republiky poukazují na to, že i přes nepochybnou snahu o zlepšení situace, tato mimořádně důležitá oblast lékařské výchovy zaostává nejen v pregraduální výchově mediků, ale i ve výuce postgraduální a dokonce v systému celoživotního vzdělávání lékařů (Černý, 2011, s. 1-7). Výsledky Lékařské komory dokládají, že pouze třetina stížností se týká odbornosti lékařů a zbytek je zásluhou špatné komunikace (Obereignerů, 2009, s. 25). Podobná zjištění plynou i z publikace *Etika a komunikace v medicíně*, kde autoři uvádějí, že studium na lékařské fakultě vybavuje absolventy jen velmi skoupě na to, jak čelit záležitostem lékařského povolání. A také že oblast komunikace v postgraduální výuce má velké rezervy a vůči lékařům dluh (Hansmanová, Dostál, 2011, s. 182).

Linhartová (2007, s. 57-61) ve své publikaci *Praktická komunikace v medicíně* poukazuje na podobné skutečnosti. Apeluje na to, že lékař začíná léčit pacienta již správnou komunikací. A že pacient rozhodně nepřehlédne dojem z rozhovoru s lékařem. Proto jsou evidovány častěji stížnosti na komunikaci, než na kvalitu péče o pacienta, jako takovou. Pokud by umění komunikace bylo na takové úrovni, jako se někteří domnívají, nebylo by tolik negativních zkušeností, soudních žalob a sporů, veřejné i skryté kritiky. Příkladů na nedostatečnou komunikaci, především v neposkytnutí dostatku potřebných informací je známo mnoho. Cílem je, aby takových případů bylo co možná nejméně. Názorným příkladem může být situace správné edukace, kdy rozhodně není na místě ptát se jen na otázku: „*Byl jste poučen?*“, ale například: „*Objasnila jsem Vám to?*“, „*Je to jasné?*“, ale ještě kvalitnější je ptát se dotazem: „*Mohli byste mi ve stručnosti zopakovat to, co jsme si právě řekli.*“ nebo „*Zkuste mi prosím říct, co povíte Vašemu manželovi/partnerovi o naší konzultaci?*“ (pozn. pokud nejsou oba přítomni na konzultaci). Toto je základ několikanásobné kontroly porozumění pacienta a také, zda je to pro něj akceptovatelné (Janáčková, Weiss, 2008, s. 16).

Zdravotní sestra/porodní asistentka v rámci ošetrovatelského procesu často vyzývá z počátku naprosto cizí lidi k tomu, aby se např. svlékli, odhalili intimní části těla, nebo hovořili o velmi citlivých tématech. A dokonce jim provádí bolestivé úkony, které jsou pro léčbu nezbytné. Například aplikace injekce, nebo odběr krve, může být pro některé lidi velmi



nepříjemným a bolestivým zážitkem. Proto je důležité, aby sestra uměla vytvořit atmosféru důvěry a bezpečí. Efektivní komunikace je klinická dovednost, a lze se jí naučit. K tomu mohou posloužit nejrůznější výcviky, tréninky, workshopy či studium odborné literatury. Avšak umění správné komunikace vyžaduje mnohem víc, vyžaduje určité předchozí zkušenosti, vědomosti a celoživotní učení (Špatenková, Králová, 2009, s. 7).

Dovednost komunikace s pacientem je pro sestru součástí profesionálního vybavení. „*Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem*“ (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 11). Musíme také myslet na to, že přibližně v 80% mají komunikaci s pacientem ve svých rukou zdravotní sestry a ostatní pomáhající zdravotnický personál (Špatenková, Králová, 2009, s. 7).

Portugalská práce *Uncertainty, risks and etics in unsuccessful in vitro fertilisation tratment cycles*, klade důraz na příběhy získané prostřednictvím „IVF“ pacientů, neboť se z jejich zkušeností můžeme naučit etickým způsobům komunikace, dále rozvíjet „etiku vztahu“ a „etiku péče“ (Silva, 2010, s. 531-532).

M. Meyers se svými společníky již v roce 1991 zorganizoval The Infertility Project, jehož cílem bylo bližší seznámení se zkušenostmi neplodných párů, a na základě toho vytvořit systém péče, který by vyhovoval potřebám této specifické populace. Jako důležité součásti práce s neplodnými páry se ukázaly např. vyprávění vlastního příběhu, přeformulování problému, vyslovení nevysloveného nebo používání metafor. Při vyprávění vlastního příběhu dostal pár s poruchou plodnosti prostor vyprávět o svých problémech, a tím jako by jejich neplodnost byla uznána, a to dokonce za závažnou životní krizi. Ze strachu ublížit partnerovi nebo narušení vztahu se klienti často vyhýbají konverzaci o tématech, která by je mohla ohrozit. Vyslovením těchto tajemství před neodsuzujícím psychoterapeutem může být velmi osvobozujícím, a bývá potom jednodušší hovořit o těchto tématech i jeden s druhým. Při líčení pocitů a vytváření rituálů, například pro pravidelnou ztrátu jakou představuje menstruace nebo plánovaný pohlavní styk v plodných dnech, je snazší používat metafor (Meyers et al., 1995, s. 231-240).

Ze zahraničních zdrojů pro mě byl inspirativní také brazilský výzkum, s názvem *Women's satisfaction with physicians' communication skills during an infertility consultation*, který se zabýval problematikou spokojenosti žen, s komunikačními dovednostmi lékařů v průběhu konzultace o neplodnosti. Jednalo se o kvantitativní výzkum, kterého se zúčastnilo 124 žen, které se po konzultaci s některým ze 7 lékařů, zúčastnily výstupního rozhovoru s badatelem. Výsledkem studie byly zjištěny výrazné rozdíly v obecné spokojenosti v bodech: představení

lékaře, nastavení hlavního důvodu návštěvy, poskytování informací o dalších postupech a dotazem, zda má pacient další otázky nebo obavy. Autoři zde také zmiňují, že komunikace je základní klinickou dovedností a hlavní složkou ve vztahu lékaře s pacientem. V neposlední řadě poukazují na skutečnost, že základní dovednosti komunikace mohou být vytvořeny a/nebo zlepšeny prostřednictvím dalšího vzdělávání lékařů (Leite et al., 2005, s. 38-45).

Velmi mě zaujal i kvalitativní výzkum, který probíhal ve dvou holandsky mluvících evropských zemích, konkrétně v holandsky mluvících částech Belgie a Nizozemska. Práce s názvem *Patient-centred infertility care: a qualitative study to listen to the patient's voice*, odkazuje na nutnost uvažovat o pacientovi při léčbě neplodnosti, jako o středu léčby neplodnosti. Neboť pacienti nechtějí jen účinné lékařské ošetření, chtějí také péči orientovanou na pacienta. Takže kromě účinnosti léčby je potřeba se zaměřit na celkovou péči o pacienta. Výsledkem této kvalitativní studie byly systémové a lidské faktory. Mezi systémové faktory patřilo podle priority například: poskytování informací, kompetence kliniky a personálu, koordinace a integrace, dostupnost, návaznost a fyzické pohodlí. Mezi lidské faktory patřil podle pořadí například: postoj a vztah personálu, komunikace, zapojení pacientů, ochrana soukromí a emocionální podpora (Dancet, 2011, s. 827-833).

Potvrdila se situace, když se lékař nebo jiný zdravotník stává pacientem, není mu věnována přiměřená pozornost. Přínosem pro změnu mohou být kazuistiky léčených lékařů či ostatních zdravotníků, a na druhé straně by mohli lékaři a další zdravotníci popsat komplikované situace při ošetřování nemocných kolegů (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 330).

Dvořáková (2007, s. 42-44) ve své bakalářské práci *Psychosociální problematika infertility verbalizovaná pacienty ambulance pro léčbu neplodnosti*, odhalila některé skutečnosti, které se s výsledky této diplomové práce shodují. Například, je vhodnější používat označení pár s poruchou plodnosti, než neplodný pár. Mít na zřeteli, že klienti center AR, se od běžných pacientů liší, např. protože žijí v dlouhodobém stresu z nechtěné bezdětnosti, mohou proto reagovat citlivěji než ostatní. Důležité je, aby všichni pracovníci center AR, nejen lékaři, ale i embryologové, ambulantní i lůžkové sestry a recepční, dodržovali diskrétnost a mlčenlivost. To je totiž základem důvěry klientů. V neposlední řadě je nutností přizpůsobit klientům úroveň komunikace.

## 7 ZÁVĚR

Obor asistovaná reprodukce se neustále zdokonaluje, proto bychom neměli zůstat pozadu ani při rozvíjení komunikačních schopností potřebných pro poskytování komplexní péče lidem s poruchou plodnosti. Proto jsem se v teoretické části alespoň na bazální rovině zaměřila nejen na asistovanou reprodukci, její základní pojmy, metody a rizika, ale i na oblast osvojení a na jeho proces. V dalších kapitolách jsem se věnovala komunikaci, konzultaci v centru asistované reprodukce, s důrazem na vztah lékař-pacient a vztah zdravotní sestra/porodní asistentka-pacient. Jelikož se domnívám, že bychom k pacientům měli přistupovat holistickým přístupem, nevynechala jsem ani oblast psychoterapie, využívanou při léčbě poruch plodnosti.

Díky předchozím zkušenostem jsem tušila, jak obtížné bude najít ochotné ženy pro rozhovor o léčbě sterility. Na druhé straně jsem již věděla, že si musím stanovit přesnější kritéria pro výběr respondentek, a tušila jsem, na koho se mohu obrátit s prosbou o pomoc. Když se zpětně ohlédnu, byla to pro mě opět přínosná lekce v získávání nových poznatků. Sama jsem měla možnost tvrdého tréninku komunikačních dovedností. Každá respondentka byla jiná a každá vyžadovala individuální způsob komunikace. Často se mě respondentky ptaly na mé osobní zkušenosti z praxe s léčbou poruch plodnosti v centrech asistované reprodukce, ale také na ostatní ženy, například jak ony reagovaly na probírané otázky. Jsem moc ráda, že mohu alespoň touto cestou zprostředkovat některé informace a zkušenosti ostatních párů s podobným osudem. S několika ženami jsem v kontaktu, a tudíž vím, jak jejich cesta za potomkem pokračuje. Trochu šokujícím zážitkem pro mě bylo setkat se s respondentkou kvůli mimoděložnímu těhotenství na operačním sále, a instrumentovat u laparoskopického odstranění jejího vejcovodu, a to vše s vědomím, že druhý vejcovod je neprůchozí a klientka má za sebou již sedm embryotransferů. Ale i tato tvrdá situace mne přinesla jisté poučení do budoucna.

Jako námět pro další výzkum by mohla být otázka: „Do jaké míry souvisí spokojenost s komunikací v centru AR s úspěchem léčby, případně vyřešením bezdětnosti?“ Ve své práci jsem také narazila na to, že téměř polovina respondentek a jejich životních partnerů kouřili, nesportovali a ostatní zdravý životní styl také zanedbávali. Domnívám, se že by v tomto ohledu mohlo dojít k posílení edukace v oblasti primární péče.

## 8 POUŽITÁ LITERATURA

- CITTERBART, Karel et al. *Gynekologie*. Praha: Galén, 2001, 278 s. ISBN 80-7262-094-0.
- ČERNÝ, Rudolf. *Analýza konfliktního jednání a prevence komunikačních dysfunkcí ve vztahu lékař-pacient: hodnocení konfliktů v ambulancích lékařů první linie*. Praha: Radix, 2011, 75 s. ISBN 978-80-86031-91-0.
- DOHERTY, C. Maud a Melanie Morrissey CLARK. *Léčba neplodnosti: podrobný rádce pro neplodné páry*. Brno: Computer Press, 2006, 121 s. ISBN 80-251-0771-X.
- EXNEROVÁ, Stanislava. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Liberec: Technická univerzita, 2006, 146s. ISBN 80-7372-096-5.
- HANSMANOVÁ, Lenka a Jiří DOSTÁL. *Komunikace a etika v asistované reprodukci*. In: Radek PTÁČEK, Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011, 179-186 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008, 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
- HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012, 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
- HONZÁK, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně: Praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. Praha: Galén, 1997, 159 s. ISBN 80-858-2460-4.
- JANÁČKOVÁ, Laura. *Etické problémy v komunikaci zdravotník-pacient*. In: WEISS, Petr et al. *Etické otázky v psychologii*. Praha: Portál, 2011, 349 s. ISBN 978-80-7367-845-6.
- JANÁČKOVÁ, Laura a Josef PAVLÁT. *Psychologické aspekty zdravotnické komunikace*. Brno: Masarykova univerzita, 2007, 111 s. ISBN 978-80-210-4230-8.
- JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008, 134 s. ISBN 978-807-3674-779.
- JOBÁNKOVÁ, Marta. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Vyd. 3. nezměn. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003, 225 s. ISBN 80-70-13-390-2.
- KALINA, Kamil. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada, 2013, 527 s. ISBN 978-80-247-4361-5.
- KAUFMANN, Jean-Claude. *Chápající rozhovor*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2010, 151 s. ISBN 978-80-7419-033-9.
- KOLAŘÍK, Dušan, Michael HALAŠKA a Jaroslav FEYEREISL. *Repetitorium gynekologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2011, 1068 s. ISBN 978-80-7345-267-4.

- KONEČNÁ, Hana. Pravidla komunikace zdravotníka s neplodným párem. In: *Celostátní kongres České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP: program: Karlovy Vary, 11. - 13. listopad 1999*. Editor Pavel Čepický. 1999, s. 95-97. DOI: 80-238-4740-6.
- KONEČNÁ, Hana. *Na cestě za dítětem: dvě malá křídla*. 2. vyd. Praha: Galén, 2009, 296 s. ISBN 978-80-7262-591-8.
- KONEČNÁ, Hana, Danica SLOUKOVÁ a Tonko MARDEŠIĆ. *Medicína založená na důvěře: o nebohém pacientovi v postmoderní době*. Praha: Galén, 2012, 155 s. ISBN 978-80-7262-878-0.
- KRATOCHVÍL, Stanislav. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 3., dopl. vyd. Praha: Galén, 2005, 297 s. ISBN 978-80-7262-347-1.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
- LÁZNÍČKOVÁ, Ludmila. *Přirozené plánování rodičovství: neplodnost*. Dotisk. Brno: Kartuziánské nakladatelství, 2012, 32 s.
- LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada, 2007, 152 s. ISBN 978-802-4717-845.
- LOUČKOVÁ, Ivana. *Integrovaný přístup v sociálně vědním výzkumu*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2010, 311 s. ISBN 978-80-86429-79-3.
- MARDEŠIĆ, Tonko et al. *Diagnostika a léčba poruch plodnosti*. Praha: Grada, 2013, 86 s. ISBN 978-80-247-4458-2.
- MATĚJŮ I., P. WEISS. Psychoterapie při léčbě neplodnosti. In: *Česká a slovenská psychiatrie: časopis Psychiatrické společnosti*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, Roč. 100, č. 2., 2004, 84-87 s. ISBN 1212-0383.
- MATOCHOVÁ, Soňa. *Etika a právo: v kontextu lékařské etiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2009, 206 s. ISBN 978-80-210-4757-0.
- MUSIL, Josef. *Sociální a mediální komunikace*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010, 256 s. ISBN 978-807-4520-020.
- OBEREIGNERŮ, Radko. *Komunikační dovednosti ve službách medicíny*. Břeclav: Adamira, 2009, 136 s. ISBN 978-80-904217-2-1.
- OSTRÓ, Alexander, Ladislav PILKA a František LEŠNÍK. *Reprodukční medicína: současnost a perspektivy*. Olomouc: Nakladatelství Olomouc, 2009, 287 s. ISBN 978-80-7182-278-3.
- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011, 528 s. ISBN 978-802-4739-762.

- REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009, 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
- ŘEŽÁBEK, Karel. *Asistovaná reprodukce: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: MAXDORF-JESSENIUS, 2008a, 112 s. ISBN 978-807-3451-547.
- ŘEŽÁBEK, Karel. *Léčba neplodnosti*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2008b, 171 s. ISBN 978-80-247-2103-3.
- SCHOOLEROVÁ, Jayne E. *Adopce: vztah založený na slibu: užitečné rady a prostředky pro adoptivní rodiče a pěstouny*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 2002, 217 s. ISBN 80-725-5066-7.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 2009, 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
- TATE, Peter. *Průručka komunikace pro lékaře: jak získat důvěru pacienta*. Překlad Veronika Di Cara. Praha: Grada, 2005, 164 s. ISBN 80-247-0911-2.
- TAYLOR, Shirley a Alison Jean LESTER. *Umění komunikace: odhalte tajemství, která vám pomohou k lepší výkonnosti a uspokojivější budoucnosti*. Překlad Lucie Matějková. Praha: Knižní klub, 2010, 179 s. ISBN 978-80-242-2770-2.
- ULČOVÁ-GALLOVÁ, Zdenka. *Neplodnost - útok imunity: metody vyšetření, příčiny neplodnosti, důvody potráčivosti, metody léčby, nejčastější otázky*. Praha: Grada, 2006, 141 s. ISBN 80-247-1493-0.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2009, 1159 s. ISBN 978-80-7345-202-5.
- VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Portál, 2000, 263 s. ISBN 80-7178-291-2.
- VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2003, 379 s. ISBN 80-7178-740-x.
- VYMĚTAL, Jan. *Speciální psychoterapie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007, 396 s. ISBN 978-802-4713-151.
- ZEZULOVÁ, Dagmar. *Pěstounská péče a adopce*. Praha: Portál, 2012, 197 s. ISBN 978-802-6200-659.
- ZVĚŘINA, Jaroslav. *Lékařská sexuologie*. Praha: Karolinum, 2012, 83 s. ISBN 978-80-246-2049-7.

ŽIAKOVÁ, Katarína. *Ošetrovatelstvo: teória a vedecký výskum*. 2., přeprac. vyd. Martin: Osveta, 2009, 322 s. ISBN 978-808-0633-042.

## 9 ELEKTRONICKÉ ZDROJE

ADOPCE.COM. Projekt náhradní rodinné péče. *Nejčastější dotazy* [online]. 2010 [cit. 2013-01-20]. Dostupné z World Wide Web: <<http://www.adoptce.com/poradna/nejcastejsi-dotazy/#10>>.

AZCITÁTY.CZ. *Albert Einstein* [online]. 2009-2013 [cit. 2013-09-05]. Dostupné z World Wide Web: <<http://azcitaty.cz/albert-einstein/14917/>>.

BŘEZINOVÁ, Jana. *Soukromá psychologická poradna v Praze* [online]. [cit. 2013-02-23]. Dostupné z World Wide Web: <<http://www.janabrezinova.cz/neplodnost/>>.

BUBLEOVÁ Věduna, Lucie VRÁNOVÁ, Alena VÁVROVÁ, Jana FRANTÍKOVÁ a Martina VANČÁKOVÁ. *Adopce.com: Průvodce náhradní rodinnou péčí* [online]. 2012 [cit. 2013-02-27]. Dostupné z World Wide Web: <<http://www.adoptce.com/app/templates/adoptce/brozura.pdf>>.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Demografická příručka 2012. *6-15 Průměrný věk matek při narození dítěte v letech 1950-2012* [online]. 2013 [cit. 2013-09-25]. Dostupné z World Wide Web: <<http://www.czso.cz/csu/2013ediciplan.nsf/p/4032-13>>.

DANCET, E.A.F., I.W.H. Van EMPEL, P. ROBER, W.L.D.M. NELEN, J.A.M. KREMER, T.M. D'HOOOGHE. Patient-centered infertility care: a qualitative study to listen to the patient's voice. In: *Human Reproduction* [online]. Vol. 26, No. 4, pp. 827-833. 2011 [cit. 2013-09-26]. Dostupné z World Wide Web: <<http://humrep.oxfordjournals.org/content/26/4/827.full.pdf>>.

DVOŘÁKOVÁ, Alena. *Psychosociální problematika infertility verbalizovaná pacienty ambulance pro léčbu neplodnosti* [online]. České Budějovice: 2007. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce PhDr. Ing. Hana Konečná, Ph.D. [cit. 2014-03-24]. Dostupné z World Wide Web: <<http://theses.cz/id/o5v7a6?furl=%2Fid%2Fo5v7a6;so=nx;lang=en>>.



CHYTILOVÁ, Adriana. *Psychoterapie a psychosomatika* [online]. [cit. 2013-02-23]. Dostupné z World Wide Web: <<http://www.psychoterapie-psychosomatika.cz/>>.

IVF ZLÍN CZECH REPUBLIC. *Příčina a diagnostika neplodnosti* [online]. [cit. 2013-02-27]. Dostupné z World Wide Web: <<http://www.ivf-zlin.cz/24794-priciny-a-diagnostika-neplodnosti>>.

KOTEROVÁ, Kateřina. Vícečetná gravidita. In: *Moderní babičtví* [online]. Č. 16, s. 1-5. 2008 [cit. 2014-04-17]. Dostupné z World Wide Web: <<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-16/?pdf=2>>.

LEITE, Rosângela Curvo, Maria Yolanda MAKUCH, Carlos Alberto PETTA and Sirlei Siani MORAIS. Women's satisfaction with physicians' communication skills during an infertility consultation. In: *Patient Education And Counseling 59* [online]. P. 38-45. 2005 [cit. 2013-09-29]. Dostupné z World Wide Web: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16198217>>.

MEYERS, M., M. WEINSHEL, C. SCHARF, D. KEZUR, R. DIAMOND, D. S. RAIT. *An infertility primer for family therapist:II. Working with couples who struggle with infertility* [online]. *Farm-Process*, 34 (2). 1995 [cit. 2014-01-19]. Dostupné z World Wide Web: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7589420>>.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Práva pacienta* [online]. 2008 [cit. 2013-01-22]. Dostupné z World Wide Web: <[http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/prava-pacienta\\_2401\\_18.html](http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/prava-pacienta_2401_18.html)>.

PODPORA LÉČBY NEPLODNOSTI: SPOLEČNOST PRO PSYCHOSOMATICKOU PODPORU LÉČBY NEPLODNOSTI, O.P.S. *Arteterapie* [online]. 2010a [cit. 2013-02-24]. Dostupné z World Wide Web: <<http://www.podporareprodukce.cz/psychosomaticka-podpora/arteterapie/>>.

PODPORA LÉČBY NEPLODNOSTI: SPOLEČNOST PRO PSYCHOSOMATICKOU PODPORU LÉČBY NEPLODNOSTI, O.P.S. *Bodyterapie, bioenergetická cvičení* [online]. 2010b [cit. 2013-02-24]. Dostupné z World Wide Web:

<<http://www.podporareprodukce.cz/psychosomaticka-podpora/bodyterapie-bioenergeticka-cviceni/>>.

PŘÍBALOVÉ-LETÁKY.CZ. Informace o přípravcích pohromadě. *Pregnyl* [online]. Aktualizace 2013-01-03 [cit. 2013-02-26]. Dostupné z World Wide Web: <<http://pribalove-letaky.cz/pregnyl>>.

REGIER, Marilyn C. *Fertility Community.com: Infertility and Adoption* [online]. 2000 [cit. 2013-02-25]. Dostupné z World Wide Web: <<http://www.fertilitycommunity.com/fertility/infertility-and-adoption.html>>.

REPROFIT INTERNATIONAL. Ceník IVF. *Podmínky pro úhradu IVF cyklu ze zdravotnického pojištění* [online]. 2006-2013a [cit. 2013-02-25]. Dostupné z World Wide Web: <<http://www.reprofit.cz/ivf/uhrada-cenik-ivf>>.

REPROFIT INTERNATIONAL. *Metody IVF léčby* [online]. 2006-2013b [cit. 2013-02-27]. Dostupné z World Wide Web: <<http://www.reprofit.cz/ivf/postup-ivf>>.

ROKYTOVÁ, Markéta. *Soukromá psychologická praxe* [online]. [cit. 2013-02-23]. Dostupné z World Wide Web: <<http://marketa.rokytova.sweb.cz/soub-04.htm>>.

SILVA, Susan and Helena MACHADO. Uncertainly, risks and ethics in unsuccessful in vitro fertilisation treatment cycles. In: *Health, Risk and Society* [online]. Vol. 12, No. 6, p. 531-545. 2010 [cit. 2013-09-28]. Dostupné z World Wide Web: <<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13698575.2010.515734#tabModule>>.

SLEPIČKOVÁ, Lenka a Petr FUČÍK. *Sociální kontext postojů k řešení neplodnosti* [online]. 2009. 267-290 s. [cit. 2012-10-09]. Dostupné z World Wide Web: <[http://sreview.soc.cas.cz/uploads/8a74ff87ca95d383c4ee3f032cb0d355cb7b48f7\\_SlepickovaFucik2009-2.pdf](http://sreview.soc.cas.cz/uploads/8a74ff87ca95d383c4ee3f032cb0d355cb7b48f7_SlepickovaFucik2009-2.pdf)>.

SLEPIČKOVÁ, Lenka. *Nedobrovolná bezdětnost jako medikalizovaný problém* [online]. Brno, 2011. 159 s. [cit. 2013-10-01]. Disertační práce. Masarykova univerzita. Fakulta

sociologická. Vedoucí práce prof. PhDr. Ladislav Rabušič, Csc. Dostupné z World Wide Web: <[http://is.muni.cz/th/42916/fss\\_d/](http://is.muni.cz/th/42916/fss_d/)>.

TOP-FYZIO. *Léčba funkční ženské sterility metodou L. Mojžíšové* [online]. 2014 [cit. 2013-03-17]. Dostupné z World Wide Web: <<http://www.top-fyzio.cz/inpage/lecba-funkcni-zenske-sterility/>>.

TRIALOG. *Příprava budoucích osvojitelů a pěstounů* [online]. 2010 [cit. 2013-02-25]. Dostupné z World Wide Web: <<http://www.trialog-brno.cz/soucasne-programy/nahradni-rodinna-pece/priprava-budoucich-osvojitelu-a-pestounu/>>.

ÚZIS ČR. Aktuální informace 56 Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky. *Asistovaná reprodukce 2012: Assisted reproduction 2012* [online]. Praha 18. 12. 2013 [cit. 2014-03-28]. Dostupné z World Wide Web: <[file:///C:/Users/L%C3%ADda/Downloads/ai\\_2013\\_56%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/L%C3%ADda/Downloads/ai_2013_56%20(1).pdf)>.

VENTRUBA, Pavel, Igor CRHA a Jana ŽÁKOVÁ. *Průvodce léčbou poruch plodnosti: Informační příručka programu asistované reprodukce* [online]. Brno: Gynekologicko-porodnická klinika Lékařské fakulty Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice v Brně, 2013 [cit. 2013-10-02]. ISBN 978-80-904002-9-0. Dostupné také z World Wide Web: <<file:///C:/Users/L%C3%ADda/Downloads/brozura-car-2013.pdf>>.

ZÁKONY OD CENTRUM.CZ. Zákony ČR: Zákon o rodině č. 94/1963 Sb. nahrazen právním předpisem č. 89/2012 Sb. (Občanský zákoník). *Hlava čtvrtá – Osvojení* [online]. Účinnost 1.1.2014 [cit. 2013-02-25]. Dostupné také z World Wide Web: <<http://zakony.centrum.cz/zakon-o-rodine>>.

## 10 SEZNAM PŘÍLOH

<b>Příloha A</b> Hodnocení komunikačních dovedností lékaře (Janáčková, Pavlát, 2007, s. 109-110) .....	93
<b>Příloha B</b> Hodnocení komunikačních dovedností zdravotní sestry (Špatenková, Králová, 2009, s. 128).....	95

**Příloha A** Hodnocení komunikačních dovedností lékaře (Janáčková, Pavlát, 2007, s. 109-110)

Zaškrtněte v příslušném sloupečku odpověď na danou otázku.			
	Ano	Ne	Nelze hodnotit, proč
<b>I. Navázání kontaktu</b>			
1. Pozdravit			
2. Oslovení pacienta			
3. Představit se a podat ruku			
4. Uvést pacienta na místo rozhovoru			
5. Podat nezbytná sdělení, ujasnění			
6. Zaujmout empatickou naslouchací pozici			
<b>II. Dohoda o tématu konzultace</b>			
7. Vhodné uvést rozhovor, objasnit důvod návštěvy, udělat přehled všech problémů			
8. Dohodnout se na tématu konzultace			
<b>III. Objasnění pacientova problému</b>			
9. Ujasnit a udržet dobrý kontakt			
10. Reagovat na neverbální klíče			
11. Reagovat na verbální klíče			
12. Zeptat se co si pacient myslí o svých obtížích			
13. Povzbudit pacienta, parafrázovat			
14. Vyžádat si objasnění, příklady			
15. Zajímat se jak moc nemoc ovládá pacientův život			
16. Udržet nit „rozhovoru“			
17. Nepřerušovat pacienta			
18. Vhodně sumarizovat, zopakovat co jsem se dozvěděl, ověřit si, že jsem dobře rozuměl			
<b>IV. Vlastní vyšetření (somatické)</b>			
19. Dbát o pacientovo pohodlí a důstojnost			
20. Vždy napřed říct, co budu dělat			

21. Vždy říct, co jsem zjistil			
22. Vyvarovat se medicínského žargonu			
<b>V. Zakončení konzultace</b>			
23. Zeptat se na event. otázky			
24. Vhodně konzultaci zakončit (shrnutí co a kdy příště, nechat si zopakovat podané instrukce)			
<b>VI. Celkově</b>			
25. Projevovat empatii			
26. Chovat se s respektem a zájmem			
V souhrnu lze zhodnotit komunikační dovednosti takto (0 mizivé 5 vynikající 10) a připojit případný komentář pro zlepšení stavu.			

**Příloha B** Hodnocení komunikačních dovedností zdravotní sestry (Špatenková, Králová, 2009, s. 128)

Zaškrtněte v příslušném sloupečku odpověď na danou otázku podle toho, jak se sami hodnotíte (jak to sami vidíte).				
	vždy	Většinou	Občas	nikdy
Při komunikaci s pacientem beru v úvahu aktuální stav pacienta				
Komunikuji s pacientem ve vhodném prostředí				
Vyčlením si pro pacienta čas, zejména pak pro závažná sdělení				
Poskytuji pacientovi včas potřebné informace				
Poskytuji jen ty informace, které jsou v mé kompetenci				
Poskytuji jen ty informace, které mám ověřené				
<p>Čím více odpovědí máte zaškrtnuto v kolonce „vždy“ nebo „většinou“, tím jste komunikačně zdatnější, protože zohledňujete klíčové aspekty komunikace.</p> <p>Pokud se počet odpovědí v kolonce „vždy“ nebo „většinou“ nižší, je to velký potenciál pro případná značná nedorozumění v komunikaci. Bylo by proto vhodné, abyste se pokusili nalézt další možnosti, jak rozvíjet své komunikační kompetence. Vždycky je možné udělat něco jinak.</p>				