

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020/2021

Petra Keřková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Postoj žen v reprodukčním věku k asistované reprodukci

Petra Keřková

2020/2021

Bakalářská práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Petra Keřková**
Osobní číslo: **Z18152**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Postoj žen v reprodukčním věku k asistované reprodukci**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

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

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

Gennet. 1996-2021. Centrum asistované reprodukce. Dostupné z: <https://www.gennet.cz/darovaci-program>
JAROŠOVÁ, Kristýna. *Proces in vitro fertilizace očima žen*. Brno, 2018. 15 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Liana Greiffeneggová.
Pronatal. 1996-2021. Centrum asistované reprodukce. Dostupné z: <https://pronatal.cz/cs/o-pronatalu>
ROKYTA, Richard, Dana MAREŠOVÁ a Zuzana TURKOVÁ. *Somatologie: učebnice*. 6. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2014. ISBN 978-80-7478-514-6.
ŘEZÁČOVÁ, Jitka. *Reprodukční medicína: současné možnosti v asistované reprodukci*. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4657-2.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. et Mgr. Ondřej Podeszwa**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **2. prosince 2019**

Termín odevzdání bakalářské práce: **6. května 2021**

LS.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 12. března 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Postoj žen v reprodukčním věku k asistované reprodukci 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., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 06. 07. 2021

Petra Keřková v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěla velmi poděkovat vedoucímu své bakalářské práce Mgr. Ondřeji Podeswovi za odborné vedení, cenné rady a lidský přístup k mojí osobě při zpracování bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala všem respondentkám a také své rodině za podporu během celého mého studia.

ANOTACE

Bakalářskou práci jsem rozdělila do dvou obsahových částí. První se zabývá teoretickou částí, v níž je popsána anatomie a fyziologie pohlavních orgánů muže a ženy, přiblížení pojmu neplodnost a popisem stavů, kterými je nejčastěji způsobena. Na konci první části se věnuji vysvětlení procesu asistované reprodukce.

Ve druhé, praktické části je analyzováno a zhodnoceno provedené dotazníkové šetření na téma asistovaná reprodukce.

KLÍČOVÁ SLOVA

Asistovaná reprodukce, IVF, neplodnost

TITLE

Attitudes of women of reproductive age to assisted reproduction

ANNOTATION

I divided the bachelor thesis into two content parts. The first deals with the theoretical part, which describes the anatomy and physiology of the genitals of men and women, the approach to the concept of infertility and a description of the conditions under which it is most often caused. At the end of the first part we will explain the process of assisted reproduction.

In the second, practical part, a verified questionnaire survey on this topic of assisted reproduction? It is analyzed and evaluated.

KEYWORDS

Assisted reproduction, IVF, infertility

OBSAH

Úvod.....	14
Cíl práce.....	15
Hlavní cíl.....	15
Dílčí cíle.....	15
I. Teoretická část	16
1 Ženská pohlavní soustava	16
1.1 Vnitřní pohlavní orgány ženy.....	16
1.1.1 Vaječník (ovarium).....	16
1.1.2 Vejcovod (tuba uterina)	16
1.1.3 Děloha (uterus)	17
1.1.4 Pochva (vagina)	17
1.2 Ovariální cyklus	17
1.2.1 Folikulární fáze	18
1.2.2 Ovulační fáze	18
1.2.3 Luteální fáze	18
2 Mužská pohlavní soustava	18
2.1 Vnitřní pohlavní orgány muže	18
2.1.1 Varle (testis).....	18
2.1.2 Nadvarle (epididymis)	19
2.1.3 Chámovod (ductus defferens).....	19
2.1.4 Měchýřkovité žlázy (glandule vesiculosae).....	19
2.1.5 Předstojná žláza (prostata)	19
2.1.6 Mužská močová trubice (uretra masculina).....	19
2.2 Fyziologie.....	19
2.2.1 Spermatogeneze	19
2.2.2 Testosteron.....	20

3	Neplodnost	20
3.1	Příčiny neplodnosti u žen	21
3.1.1	Anovulace	21
3.1.2	Polycystické vaječníky	21
3.1.3	Předčasné ovariální selhání.....	21
3.1.4	Tubulární faktor	21
3.1.5	Endometrióza	21
3.1.6	Imunologický faktor	22
3.1.7	Genetické faktory.....	22
3.1.8	Věkové omezení plodnosti.....	22
3.2	Rizikové faktory u žen	22
3.2.1	Abúzus návykových látek.....	22
3.2.2	Psychické poruchy	23
3.2.3	Pohlavně přenosné infekce	23
3.3	Příčina neplodnosti u mužů.....	23
3.3.1	Varikokéla.....	23
3.3.2	Pretestikulární příčiny.....	23
3.3.3	Testikulární příčiny.....	24
3.3.4	Posttestikulární příčina	24
3.3.5	Další příčiny neplodnosti	24
3.4	Rizikové faktory u mužů.....	24
3.4.1	Nikotin	24
3.4.2	Fyzická zranění	24
3.4.3	Pohlavně přenosné choroby	25
3.4.4	Tepelné mikroklima.....	25
4	Asistovaná reprodukce.....	25
4.1	Vyšetření ženy před výkonem.....	26

4.1.1	Anamnéza	26
4.1.2	Ultrazvuk	26
4.1.3	Hysteroskopie	26
4.1.4	Laparoskopie.....	26
4.1.5	Genetické vyšetření.....	27
4.1.6	Imunologické vyšetření.....	27
4.1.7	Laboratorní vyšetření krve.....	27
4.2	Vyšetření muže před asistovanou reprodukcí	27
4.2.1	Anamnéza	27
4.2.2	Genetické vyšetření.....	28
4.2.3	Hormonální vyšetření	28
4.2.4	Spermigram.....	28
4.2.5	Kultivační vyšetření spermatu	28
4.3	Metody asistované reprodukce.....	28
4.3.1	Intracytoplazmatická injekce spermie (ICSI)	28
4.3.2	Intrauterinní inseminace (IUI)	29
4.3.3	In vitro fertilizace s transferem embrya (IVF – ET).....	29
4.3.4	Postup IVF	30
4.4	Právní normy	31
I.	Výzkumná část.....	32
5	Výzkumné otázky	32
6	Metodika výzkumu	33
6.1	Forma sběru dat.....	33
6.2	Charakteristika výzkumného vzorku.....	34
6.3	Pilotní studie.....	34
6.4	Průběh výzkumu.....	35
6.5	Metody vyhodnocení.....	35

7	Prezentace výsledků.....	36
7.1	Znázornění výsledků týkající se otázek dotazníku.....	36
8	Diskuze	54
9	Závěr	60
10	Použitá literatura	62
11	Přílohy.....	68

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1: Graf zobrazující stáří respondentek	36
Obrázek 2: Graf znázorňující nejčastější věk respondentek podstupující asistovanou reprodukci	37
Obrázek 3: Graf udávající vzdělání	37
Obrázek 4: Graf znázorňující rodinný stav	38
Obrázek 5: Snaha otěhotnět	39
Obrázek 6: Respondentky, které otěhotněly přirozeně	40
Obrázek 7: Graf uvádějící pomoc asistovanou reprodukcí	40
Obrázek 8: Graf znázorňující vztah k asistované reprodukci	41
Obrázek 9: Lidé s asistovanou reprodukcí z okolí respondentek	43
Obrázek 10: Doba snahy o dítě	43
Obrázek 11: Zkratka mimotělního oplození	44
Obrázek 12: Komu smí být asistovaná reprodukce provedena	44
Obrázek 13: Příspěvek od zdravotní pojišťovny	45
Obrázek 14: Výše doplatku asistované reprodukce při úhradě pojišťovnou	46
Obrázek 15: Možnost darování vajíček	47
Obrázek 16: Opakovaný odběr ženských vajíček	47
Obrázek 17: Social freezing	49
Obrázek 18: Optimální věkové období	49
Obrázek 19: Hranice věku u žen podstupující asistovanou reprodukci	50
Obrázek 20: Častější neplodnost	51
Obrázek 21: Prevence neplodnosti	53
Tabulka 1: Důvody proč porodit dítě a být matkou	38
Tabulka 2: Náзор na asistovanou reprodukci	41
Tabulka 3: Místo, kde respondentka poprvé zaslechla o asistované reprodukci	42
Tabulka 4: Počet pokusů proplacených od pojišťovny	46
Tabulka 5: Výše kompenzace pro dárkyně vajíček	48
Tabulka 6: Příčiny vzniku neplodnosti páru	50
Tabulka 7: Důvod vzniku neplodnosti	52
Tabulka 8: 46 respondentek, které zastávají možnost prevence	53

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

a kol.	a kolektiv
AID	arteficiální inseminace dárce
AIH	arteficiální inseminace homologní
AMH	anti-Müllerinský hormon
apod.	a podobně
AR	Asistovaná reprodukce
ART	Asistovaná reprodukční technologie
atd.	a tak dále
cm	centimetr
č.	číslo
ČR	Česká republika
FSH	folikulostimulační hormon
GnRh	gonadotropin releasing hormon
HCG	těhotenský hormon
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPV	human papilloma virus
ICSI	intracytoplazmatická injekce
IUI	intrauterinní inseminace
IVF	in vitro fertilizace
IVF	in vitro fertilizace s transferem embrya
Kč	Koruna česká
LH	luteinizační hormon

mm	milimetr
např.	například
OHSS	hyperstimulační hormon
s.	strana
Sb.	sbírka
tzv.	takzvaně

ÚVOD

Asistovanou reprodukci se rozumí metody, při kterých lékař s embryologem zacházejí se zárodečnými buňkami, tedy vajíčky ženy a spermiemi muže, jejichž cílem je jejich splnutí a následný vznik nového jedince (Konečná a kol., 2017). V roce 2010 dokonce dva australští výzkumníci prohlásili, že brzy nebude potřeba žádný sex k tomu, aby se člověk rozmnožoval. Všechno za ně vyřeší IVF. Uvádí, že u lidí zatím IVF funguje pouze ve 32,2 % léčebných cyklů léčených žen, které jsou mladší třiceti pěti let. Bohužel s vyšším věkem je tento poměr nižší. Asociace lidské plodnosti a embryologie uvádí, že celkový úspěch na všech klinikách asistované reprodukce je pouhých 22 %, což znamená méně než jedna čtvrtina. (Kite, 2018).

Jde o velmi zajímavé téma, a proto jsem si ho vybrala jako téma své bakalářské práce. Neplodnost je v dnešní době častým problémem soužití lidí, ale zdaleka tolik se o ní nemluví. V roce 2007 bylo v ČR provedeno celkem 17 682 cyklů, o sedm let později to byl více jak dvojnásobek, konkrétně 35 875 cyklů IVF (Konečná, 2017). Svoji práci jsem zaměřila na ženy ve věku 18–45 let, kdy bylo mým hlavním cílem zjištění postoje žen v reprodukčním věku k asistované reprodukci. Dále jsem si stanovila další 3 dílčí cíle. V jejich případě došlo k posouzení informovanosti dotazovaných žen o dané problematice, také ke zjištění rozdílu vnímání popisované problematiky, a to mezi ženami, které asistovanou reprodukci podstoupily a u kterých provedena nebyla. V konečném důsledku mě zajímalo, zda mají ženy povědomí o tom, že existuje možnost darování vajíček, spermatu, popřípadě i embryí.

Má bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je rozdělena na 4 základní kapitoly. V prvních dvou kapitolách se zabývám anatomii a fyziologií pohlavních orgánů muže a ženy. Třetí kapitola je věnována neplodnosti a jejímu vzniku. Ve čtvrté kapitole se věnuji samotné asistované reprodukci. Zde je metoda blíže popsána a přiblížena, také je zde poukázáno na různé druhy asistované reprodukce a vysvětlen samotný postup IVF metody. V praktické části se zabývám metodikou mého výzkumu, kde jsou následně prezentována data dotazníkového průzkumu. Bakalářskou práci a její výzkumnou část uzavírá diskuze, kde jsou uvedeny mnou zvolené otázky, jejichž výsledky jsou následně porovnávány s daty jiných uveřejněných syntetických prací.

CÍL PRÁCE

Hlavní cíl

Zjistit postoj žen ve věku 18 až 45 let k asistované reprodukci.

Dílčí cíle

1. Zjistit u žen v uvedeném věku informovanost o asistované reprodukci.
2. Zmapovat rozdíl vnímání u popisované problematiky mezi ženami, které asistovanou reprodukci podstoupily a u kterých provedena nebyla.
3. Zjistit, zda ženy vědí o možnosti darování vajíček či spermatu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ŽENSKÁ POHLAVNÍ SOUSTAVA

Ženská pohlavní soustava zajišťuje hned několik funkcí. Má za úkol tvorbu pohlavních buněk, čímž je myšlena tvorba vajíček neboli oogeneze a pohlavních hormonů (estrogenu a progesteronu). Další takovou funkcí je pohlavní styk (koitus), a tudíž i vývoj a porod plodu. Nejpodstatnější částí ženské pohlavní soustavy je vaječník. Je to pohlavní žláza, která umožňuje dozrávání vajíček ve folikulech (Rokyta a kol., 2014; Orel, 2019).

1.1 Vnitřní pohlavní orgány ženy

Řadíme mezi ně vaječníky, vejcovody, dělohu a posledním orgánem, který do uvedeného výčtu patří je pochva (Orel, 2019).

1.1.1 Vaječník (ovarium)

Jde o párový orgán připomínající svým vzhledem švestku. Je umístěn na bočních stranách pánevní dutiny. Funkcí tohoto orgánu je produkce pohlavních hormonů neboli estrogenu a progesteronu, a také pohlavních buněk neboli vajíček. S přibývajícím věkem ženy dochází ke změně povrchu. Pokud žena menstruuje, povrch je hrboletý, což způsobují drobné jizvičky vytvořené uvolněnými vajíčky. U mladých žen, které si tímto procesem ještě neprošly, bývá povrch zpravidla hladký (Rokyta a kol., 2014; Orel, 2019).

Vaječník je tvořen dřeví a kůrou. Hlavní složkou dřeví je řídké vazivo, přes které prochází cévy a nervy. Kůra vaječníku obsahuje folikuly. Primárních bývá nejvíce, a to až 2 miliony, po narození jich je 700 tisíc a v období pubescence se sníží na 300–400 tisíc. Do deseti let folikuly rostou bez jakékoli pomoci hormonů. V období adolescence se to ale mění. Tyto změny řídí folikulostimulační a luteinizační hormon. Každé dozrálé vajíčko je tvořené z 22 chromozomů somatických a 1 pohlavního chromozomu (Rokyta a kol., 2014; Orel, 2019).

1.1.2 Vejcovod (tuba uterina)

Je uložen v široké peritoneální řase směřující k děložní hraně. Je to asi 8–15 cm dlouhý a 2–3 mm široký tubicový párový orgán zajišťující přepravu vajíčka (oocyty) z vaječníků do dělohy. Stěnu uvnitř vejcovodu tvoří hladká svalovina. Zvnějšku je chráněn serózou. Konec na laterální straně vejcovodu je obdařen takzvanými třásněmi, jejichž úkolem je usnadnit při ovulaci zachycení vajíčka. Spolu s vaječníky tvoří tzv. děložní adnexa. Ve vejcovodu dochází k splynutí oocyty a spermie. Pokud k tomuto procesu dojde, vajíčko je pomocí pohybu řasinkového epitelu

a peristaltiky vejcovodu přesunuto do děložní dutiny, kde dojde k nidaci neboli uhníždění vajíčka. Pokud se oogonie uhníždí ve vejcovodu, nazýváme tento proces mimoděložním těhotenstvím (Fiala a kol., 2015; Šrámková, 2015).

1.1.3 Děloha (uterus)

Jedná se o dutý nepárový orgán, připomínající svým tvarem hrušku a sloužící k uhníždění oplozeného vajíčka a později k vývoji plodu. Je uložena mezi močovým měchýřem a konečníkem. První částí je děložní tělo (corpus uteri) obsahující tři vrstvy. Endometrium je slizniční vrstva prodělávající změny během reprodukce. Druhou vrstvou je myometrium, které je nejtlustší a obsahuje hladkou svalovinu. Její funkcí není jen dělohu chránit, ale také napomáhat kontrakcím při porodu. Třetí částí je perimetrium, což je povrch dělohy skládající se z vaziva s pobřišnicí. Další částí dělohy je děložní hrdlo (cervix uteri), které obsahuje žlázky tvořící hlen. Hrdlo je před ovulací měkké, hlen je průhledný a tažný, vchod otevřený. Pokud žena prodělá ovulaci, hrdlo ztuhne, hlen je lepkavý s hlenovou zátkou a vchod se následně uzavře (Rokyta a kol., 2014; Křepelka, 2013; Křivánková, 2019).

1.1.4 Pochva (vagina)

Je asi 10 cm dlouhá svalová trubice spojující děložní dutinu s vnějším prostředím. Tělu slouží jako odvodný orgán pro pohlavní ústrojí, a také pro pohlavní styk či porod. V pochvě se přirozeně objevují bakterie, které zajišťují zkvašení glukózy na kyselinu mléčnou. Tím je zajištěno typické kyselé prostředí. To později funguje jako ochrana před nemocemi bakteriálního původu. Samotná pochva je tvořena sliznicí, která se skládá z dlaždicového epitelu. U panen je vstup do pochvy zajištěn tzv. kožní řasou častěji známou pod názvem panenská blána (hymen). Uprostřed se nachází malý otvor, který slouží jako odtok krve při menstruaci. Po prvním pohlavním styku se protrhne a po porodu z této řasy zůstává jen drobný okrajový výběžek (Rokyta a kol., 2014; Fiala a kol., 2015).

1.2 Ovariální cyklus

Podstatou tohoto cyklu je růst folikulů, ovulace a vznik hormonů, které hrají velmi podstatnou roli v implantaci embrya a také při vývoji těhotenství. Začíná v období puberty a pravidelnost tohoto cyklu začíná v období pohlavní zralosti ženy. S přibývajícím věkem pravidelnost klesá a po menopauze ustává. Tento proces má tři fáze. Konkrétně se jedná o fázi folikulární, ovulační a luteální (Řezáčová, 2018).

1.2.1 Folikulární fáze

Zde se jedná o první fázi celého procesu. Trvá zhruba 12-14 dní od započatého dne menstruace. Společně s estrogenem a progesteron tu vzniká Grafův folikul. Tato fáze skončí tehdy, pokud Grafův folikul praskne (Rokyta a kol., 2014; Šrámková, 2015).

1.2.2 Ovulační fáze

Vajíčko je při této funkci uvolněno z Grafova folikulu do břišní dutiny. Tam je zachycené vejcovody (Dubová a Zikán, 2019; Rokyta a kol., 2014).

1.2.3 Luteální fáze

Navozená poslední fáze celého procesu, kdy se vytváří žluté tělísko (corpus luteum), jehož hlavním úkolem je tvorba progesteronu. Život žlutého tělíska ovlivňují hormony LH a HCG. Pokud nedojde do 8 dní po ovulaci k otěhotnění, žluté tělísko se zmenší v bílé tělísko (corpus albicans), které zanikne přibližně 24. den a vytvoří tak drobnou jizvičku na povrchu vaječníku. Pokud nedojde k oplození, vzniká tzv. corpus luteum graviditatis (Řezáčová, 2018; Rokyta a kol., 2014).

2 MUŽSKÁ POHLAVNÍ SOUSTAVA

Mužská pohlavní soustava má plno funkcí, mezi které se řadí tvorba pohlavních buněk (spermatogeneze), produkce pohlavních hormonů a poslední funkcí je pohlavní spojení muže a ženy (koitus) (Rokyta a kol., 2014; Orel, 2019).

2.1 Vnitřní pohlavní orgány muže

Mezi vnitřní pohlavní orgány muže lze zařadit varlata, nadvarlata, chámovod, měchýřkovité žlázy, předstojnou žlázu a močovou trubici (Rokyta a kol., 2014; Čihák, 2013).

2.1.1 Varle (testis)

Jde o mužskou párovou pohlavní žlázu vejčitého tvaru o délce 4–5 cm a šířce 2–3 cm. Hmotnost a velikost levého varlete bývá zpravidla větší. První funkce varlat spočívá v tvorbě spermií, jejichž ochranu a výživu obstarává Sertoliho buňka. Další funkcí je výsledný produkt Lejdigových buněk. Jedná se o mužský pohlavní hormon testosteron, řízený luteinizačním hormonem (Rokyta a kol., 2014; Čihák, 2013).

Varlata vznikají v bederní krajině. Před narozením dítěte dochází k sestoupení varlat do šourku (scrota). Důvodem je příznivější teplota pro tvorbu spermií než v dutině břišní. Pokud k tomuto sestoupení nedojde, může vzniknout tzv. kryptorchismus (Rokyta a kol., 2014).

2.1.2 Nadvarle (epididymis)

Nadvarle je hmatné na zadní straně varlete. Slouží jako zásobárna spermií a také k tvorbě hlenovitého sekretu, se kterým se mísí mužské pohlavní buňky. Zprostředkovává jim možnost pohybu a tím i následné oplození vajíčka. Jako východ spermií z nadvarlat slouží tzv. chámovod. Problémem varlat a nadvarlat je jejich zvýšená citlivost na dotek. Jestliže dojde k velmi silnému úderu do oblasti jejich uložení, mohou zcela ochromit (Rokyta a kol., 2014; Orel, 2019).

2.1.3 Chámovod (ductus defferens)

Od nadvarlete prochází chámovod tříselným kanálem až pod močový měchýř. Zde proběhne spojení s vývodem semenných váčků a následnému vzniku ductus ejaculatorius. Když dojde k pohlavnímu dráždění, stěna se smrští, nasaje spermie z nadvarlete a následně je vstříkne do močové trubice muže (Rokyta a kol., 2014; Dylevský, 2019).

2.1.4 Měchýřkovité žlázy (glandule vesiculosae)

Tento útvar najdeme na zadní a spodní straně močového měchýře. U většiny mužů se jedná o párové žlázy, tvořící sekret pro výživu a lepší pohyblivost spermií (Rokyta a kol., 2014; Dylevský 2019).

2.1.5 Předstojná žláza (prostata)

Udává se, že je podobná kaštanu. Najdeme jí na svalovém pánevním dnu pod močovým měchýřem. Je úzce spjata s močovou trubicí, do které ústí glandule vesiculosae a ductus defferens. Obsahuje hodně tekutý sekret podobný mléku. Pokud se spojí se spermiemi a hlenovitým produktem nadvarlat, nazýváme jej ejakulát (Rokyta a kol., 2014; Dylevský, 2019).

2.1.6 Mužská močová trubice (uretra masculina)

Esovitě prohnutá trubice měřící 18–20 cm. Slouží k odchodu moči a jako vývod pohlavních orgánů. Prochází skrze prostatu, pánevním dnem až k údu (Dylevský, 2019; Kachlík, 2019).

2.2 Fyziologie

Tato funkcionalita pohlavní soustavy muže spočívá v množení a dozrávání spermií tzv. spermatogenezi a tvorbě mužského pohlavního hormonu testosteronu (Rokyta a kol., 2014; Orel, 2019).

2.2.1 Spermatogeneze

Proces zajišťující množení, dozrávání, redukční dělení a tvarování zárodečných buněk. Zralá spermie se skládá z hlavičky, krčku a bičíku. V hlavičce jsou uloženy chromozomy, v krčku

mitochondrie a bičík zajišťující pohyb, který je potřeba pro pozdější splnutí vajíčka a spermie. Každá spermie by měla vznikat a dozrávat přibližně dva měsíce. Tento proces začíná v pubertě jedince a trvá až do smrti. Postupem času dochází ke sníženému množství a kvalitě vzniklých spermií, ale tento proces by neměl zcela zaniknout. Muž tedy může zplodit potomka i ve starším věku, na rozdíl od žen. Pro vznik spermií jsou zapotřebí buňky zárodečného epitelu (spermatogonií). Pomocí první mitózy vznikají dvě buňky. Jedna buňka zůstává a druhá se po dalším dělení stává zralou spermií. Tento proces najdeme u každého zdravého zralého muže po celou dobu jeho života. Každý zdravý jedinec by měl mít 23 párů chromozomů. Jeden pár určuje pohlaví potomka a zbylé chromozomy jsou označovány jako somatické (Rokyta a kol., 2014; Orel, 2019).

2.2.2 Testosteron

Jedná se nejdůležitější mužský pohlavní hormon. Tvoří ho Leydigovy buňky, které jsou ovlivňovány hypofyzárním gonadotropinem LH a Sertoliho buňkou gonadotropinem FSH. Testosteron zajišťuje vývoj mužského genitálu v prenatálním období a sestup varlete do šourku. Pomocí tohoto hormonu dochází k růstu vnějších mužských pohlavních orgánů a sekundárních pohlavních znaků, mezi které se řadí ochlupení v oblasti genitálu a hýždí, vousy, mutace hlasu a růst svalové hmoty. Další takovou funkcí je vliv na metabolismus proteinů, změna psychiky, při nadměrném působení vzniká akné, také zvyšuje ukládání kalcia a ukončuje růst kostí do délky (Mourek, 2012; Orel, 2019).

3 NEPLODNOST

Sterilita je neschopnost páru otěhotnět během jednoho roku častého nechráněného pohlavního styku. Nechráněný pohlavní styk se doporučuje párům mít alespoň dvakrát týdně. Po půl ročním snažení u žen starších 35 let lze navrhnout vhodná vyšetření, která odhalí problém způsobující neschopnost početí. Neplodnost lze rozdělit na primární a sekundární. O primární mluvíme tehdy, pokud u ženy nikdy neproběhlo žádné těhotenství. Sekundární znamená, že žena měla jedno či více úspěšných i neúspěšných těhotenství (Řezáčová, 2018).

Udává se, že ženy bývají nejvíce plodné mezi 20–25. rokem života. Sterilita bývá z 35–45 % na straně ženy, z 30 – 40% bývá problém jen u muže a u 20% párů se setkáme s neplodností na straně muže i ženy současně. V 10 % není známá příčina neplodnosti (Kite, 2018; Dvořáková, 2018).

3.1 Příčiny neplodnosti u žen

3.1.1 Anovulace

Je uváděna jako nejčastější příčina neplodnosti u žen. Jde o špatnou funkci vaječnicků, u nichž chybí schopnost uvolnit zralé vajíčko. Anovulaci způsobuje porucha funkce hypothalamo-hypofyzo-ovariální osy, kde se netvoří potřebné množství hormonů. Zejména Gonatropinu. Jeho nízká hladina blokuje tvorbu LH a FSH. Porucha může být korová a hypotalamická. Sem se řadí stres, anorexia nervosa a velmi prudká ztráta hmotnosti. Dalším typem je hypofyzární anovulace. Ta bývá způsobena zejména zvýšenou hladinou prolaktinu v krvi tzv. hyperprolaktinemií. Problém může být i v samotných vaječnicích. Zde se setkáváme s útlumem procesu při výběru dominantního folikulu (Gennet, 2021; Křepelka, 2013).

3.1.2 Polycystické vaječníky

Při procesu dozrávání folikulů dojde k poruše jejich uvolnění a následnému hromadění, které je způsobené neustálou tvorbou nových a nových folikulů. Tímto způsobem vznikají cysty. Hromadící se folikuly mohou za zvětšující se vaječníky, a tím pádem i následné poruchy menstruace nebo plodnosti (Gennet, 2021).

3.1.3 Předčasné ovariální selhání

Jedná se o selhání vaječnicků, které přestávají plnit svou funkci, a to před 40. rokem života. Tento proces je velmi podobný ději, který se odehrává po menopauze ženy. Příčina vzniku je primární či sekundární amenorea. Diagnostikovat ho lze zvýšenou hladinou folikulostimulačního hormonu. Žena přestane menstruat ve velmi mladém věku, tudíž se stává neplodnou. Příčinami tohoto onemocnění mohou být např. Turnerův syndrom, Adisonova nemoc, diabetes mellitus, autoimunní porucha štítné žlázy atd. (Frühaufová, a Hulvert, 2017; Gennet, 2021).

3.1.4 Tubulární faktor

Je způsoben buď absencí, nebo neprůchodností vejcovodů mechanickým uzávěrem, chlamydiovou infekcí, imunitou. Tubulární faktor je často spojen s endometriózou, což znamená, že děložní výstelka se nachází mimo běžné uložení (Gennet, 2021; Řezáčová, 2018).

3.1.5 Endometrióza

Podstatou tohoto onemocnění je abnormální uložení endometria. Často je spojována s bolestmi při menstruaci a také s neplodností ženy. Objevuje se často na vaječnicích, ve vejcovodech, močovém měchýři, ale i v jiných orgánech. Rizikem bývá vznik cyst nebo srůstů. Příčina není

známa, a tudíž neexistuje vhodná kauzální léčba. Nevýhodou však bývají časté recidivy! (Řezáčová, 2018; Gennet, 2021).

3.1.6 Imunologický faktor

Touto poruchou mohou trpět muž i žena. Imunitní systém si může tvořit protilátky proti spermii, vajíčkům či dochází k poruše interakce gamet při oplození. Tyto protilátky vznikají u žen zejména v oblasti děložního hrdla a u mužů v seminární plazmě ejakulátu. Aby byla žena schopna donosit a porodit dítě, přistupuje se nejčastěji k metodě ICSI (Gennet, 2021; Mardešić a kol., 2013; Řeháková, 2018).

3.1.7 Genetické faktory

Někteří lidé bývají přenašeči genetické vady už od svých rodičů, prarodičů atd. Na základě podrobných vyšetření mohou lékaři zjistit řadu geneticky podmíněných onemocnění. Komplikacím či poškození plodu lze často předejít pomocí vhodně vybrané léčby metodami umělého oplodnění a následného podrobného sledování těhotenství. Mezi nejčastěji geneticky podmíněná onemocnění patří např. chromozomální onemocnění, trombofilní mutace u žen, cystická fibróza, vrozená hluchota apod. (Gennet, 2021; Sanus, 2021).

3.1.8 Věkové omezení plodnosti

Stáří organismu je podstatným hlediskem plodnosti hlavně u žen. Ty bývají nejvíce plodné mezi 20. až 25. rokem života. Tento problém mnoho lidí nezná, nicméně je faktem, že po 35. roce života plodnost prudce klesá. Častěji také starším ženám hrozí větší riziko postiženého plodu. Jedním z hlavních rizik je například Downův syndrom. Aby se předešlo takovému komplikacím, provádí se časná genetická vyšetření (Dvořáková, 2018).

3.2 Rizikové faktory u žen

3.2.1 Abúzus návykových látek

Jestliže chce žena mít dítě, měla by alkohol do jisté míry omezit, nebo přestat včas užívat, přeci jen jde o návykovou látku. Je prokázáno, že více jako tři skleničky týdně mají vliv na plodnost ženy. Alkohol způsobuje hormonální nerovnováhu a tím tak nepříznivě působí na menstruační cyklus. Dojde k obměně metabolismu estrogenu a následnému vzestupu v krvi. Produkci ženských hormonů a vajíček ovlivňuje také nikotin. Způsobuje méně časté menstruační krvácení spojené s oligoovulací až anovulací, které nepříznivě působí na dopaminergní struktury. Mezi další návykové látky se mohou zařadit například drogy (Řezáčová, 2018; Ptackova, 2014).

3.2.2 Psychické poruchy

Pokud se nějaký pár snaží delší dobu o početí a nedaří se mu to, může dojít i k dopadům na psychiku jedince. Neúspěšné pokusy o otěhotnění mají minimálně negativní duševní dopady na oba partnery, častěji však trpí ženy. Hrozí u nich vznik psychogenního šoku. Když se daný problém neřeší včas, může později hrozit riziko psychogenního anovulačního děložního krvácení. Pokud chce žena otěhotnět, měla by být v co nejlepším rozpoložení. Při pocíťování vnitřního neklidu, který by ženě mohl bránit v početí, je vhodné se obrátit na psychoterapeuta, u kterého podstoupí terapii k odstranění daného problému na základě získaných informací. (Řezáčová, 2018; Dvořáková, 2019).

3.2.3 Pohlavně přenosné infekce

Nejčastější pohlavně přenosnou chorobou je kapavka a chlamydie. Chlamydie jsou způsobeny bakterií *chlamydia trachomatis*. U 70–80 % žen a 40 % mužů probíhá bez úplných projevů nemoci. Bohužel je zde větší riziko přenosu z člověka na člověka. Mezi příznaky tohoto onemocnění řadíme zejména infekce a abscesy, převážně u vejcovodů, dutiny pánevní i břišní. V pánvi mohou vznikat srůsty a později dochází i k úplnému uzavření vejcovodů s následnou neplodností ženy (Koliba a kol., 2019; Gyn medico, 2012–2021).

3.3 Příčina neplodnosti u mužů

3.3.1 Varikokéla

Jedna z neobvyklejších příčin neplodnosti muže, vznikající na podkladě genetiky. Varikokélou mohou trpět nejen dospělí muži, ale i mladí chlapci v pubertě. Obrazem této nemoci je rozšíření venózních pletení v šourku, způsobující jeho napětí a bolest. Poškozeny mohou být obě strany, kde levostranné postižení je tím nejběžnějším. Tento problém lze prokázat tzv. Valsalvovým manévrem. Lékař způsobí vyšší nitrobřišní tlak a tím i zvýšenou náplň žil. Následkem tohoto problému je vyšší teplota varlete a tím i nepřírozené klima pro spermie. Je to jedna z mála příčin, kterou lze zvrátit chirurgickou léčbou (Šrámková, 2015; Dražan, 2011).

3.3.2 Pretestikulární příčiny

V uvedené oblasti je u muže zpravidla problém v nedostatečném vývoji varlat. Důvodů je hned několik, např. genetické odchylky, jízda na kole či motorce nebo nošení těsného oblečení (Gennet, 2021).

3.3.3 Testikulární příčiny

Způsobeny jsou teratospermií, což znamená, že spermie muže mají neobvyklý tvar. Za další testikulární příčinu lze považovat snížené množství spermií či úplný jejich nedostatek, který se nazývá azoospermie. Onemocnění, která tyto problémy způsobují je celá řada. Mezi časté důvody vzniku patří spalničky, malárie, nesestouplé varle (kryptorchismus), torze varlete nebo nádory. Jedním z častých nádorů bývá nádor varlat. Je problémem zejména mladých mužů. Ti si mohou v raném stadiu nahmatat malou bulku na jednom ze svých varlat. Tumor je velmi agresivní a u většiny případů rychle metastazuje. Prevencí tohoto onemocnění je pečlivé samovyšetření varlat (Gennet, 2021; Šrámková, 2013; Medimerk, 2019).

3.3.4 Posttestikulární příčina

Neprůchodnost či úplná ztráta chámovodů, záněty prostaty, impotence a jiná onemocnění způsobující blokaci pro spermie. Ty se kvůli dané překážce nemůžou dostat z těla ven (Gennet, 2021).

3.3.5 Další příčiny neplodnosti

Mohou to být imunologické a genetické faktory, kam můžeme zařadit například vrozenou bilaterální aplázií, imunitu či genetiku, která hraje obrovskou roli v reprodukci u obou pohlaví. Často se mluví i o negativních vlivech některých léčiv na plodnost muže (Gennet, 2021; Šrámková, 2013).

3.4 Rizikové faktory u mužů

3.4.1 Nikotin

Jedním z možných rizikových faktorů vzniku neplodnosti je časté užívání cigaret. Působí na spermie velmi negativně. Čím více je muž cítit nikotinem, tím větším problémem to může být. Spermie těchto mužů často mívají dva bičíky, nebo jsou mnohem kratší oproti normálnímu stavu. Pro snahu směřující k oplození se doporučuje vynechat kouření jak u mužů, tak i u žen (Dvořáková, 2018).

3.4.2 Fyzická zranění

Poranění šourku či penisu mohou být typu penetrujícího či perforujícího. Za nejvíc nebezpečné úrazy lze považovat zhmoždění genitálu. Rizikovou skupinou tohoto onemocnění jsou dělníci či farmáři, u kterých je možnost zachycení jejich oblečení do stroje, který využívají ke konání své práce. Čím dál tím častější příčinou jsou testikulární traumata neboli poškozená varlata, která jsou zapříčiněna hrubou silou (kopnutím) do oblasti genitálu. Poslední takovou skupinou

jsou poranění způsobená při pohlavním styku či jiných sexuálních aktivitách, čímž je myšlena např. fraktura penisu, natržená uzdička, popraskaná předkožka, poškození varlat, bolestivá erekce atd. (Anamneza, 2003–2017; Šálek, 2018).

3.4.3 Pohlavně přenosné choroby

Jsou značným problémem u mužů i žen. Jedny z těch nejčastějších jsou již zmíněné Chlamydie, způsobené bakteriemi chlamydie trachomatis. Jestliže neprobíhá léčba, hrozí zde velké riziko zánětu varlat a nadvarlat a později až neprůchodnost pohlavních cest. Chlamydie mohou porušit funkci mužských spermií, čímž může dojít k poruše mužské plodnosti. Závažných chorob je hned několik. Tou další jsou kvasinky, HPV virus, herpes apod. (Gyn medico, 2012–2021; Koliba a kol., 2019).

3.4.4 Tepelné mikroklima

Šourek umístěný mimo hlavní tělní část zajišťuje optimální nižší teplotu zhruba o 1 °C. Důvodem je zařízení vhodného prostředí pro dozrávání spermií. Za prevence vzniku sníženého množství spermií lze považovat časté návštěvy ve wellness centrech nebo vysedávání s notebookem v klíně. Dalším nepříznivě působícím faktorem je velmi těsné spodní prádlo (Reproductive science center of New Jersey, 2021; Medimerk, 2019).

4 ASISTOVANÁ REPRODUKCE

V počátcích byla známa pod označením ART, ale dnes se spíše používá termín asistovaná reprodukce. Při zákroku chce lékař společně s embryologem dosáhnout splnutí vajíčka ženy a spermie muže, a tím tak umožnit párům mít vlastního potomka. Asistovanou reprodukci mohou podstoupit páry, které se snaží o početí po dobu 12 měsíců nechráněného pohlavního styku. Žena musí splňovat hranici 48 let + 364 dní věku. Pokud dojde k dovršení 49. roku života, nelze zákrok podstoupit. Tuto možnost lze využít jen u heterosexuálních párů (Konečná, 2017; Gennet, 2021).

Zdravotní pojišťovny v rámci podstoupení asistované reprodukce přispívají na 3 až 4 kompletní cykly. 4. cyklus je hrazen pouze v případě, pokud bylo během prvních dvou cyklů přeneseno pouze jedno embryo. První část tohoto zákroku hradí pojišťovna, ale druhou si musí páry financovat ze svých příjmů. Tato částka je v rádech tisíců, jde většinou o investici 30 000 – 50 000 Kč či více. Záleží na mnoha faktorech, popřípadě na výběru kliniky. (Gennet, 2021; Dubová, Zikán, 2019; Dvořáková, 2021)

4.1 Vyšetření ženy před výkonem

Spočívá převážně v zjištění potřebných informací o páru podstupujícím asistovanou reprodukci, aby na základě těchto dat mohl lékař určit léčbu vhodnou metodou asistované reprodukce (Gennet, 2021).

4.1.1 Anamnéza

Ošetřující lékaři se při ní zaměřují zejména na informace, které by mohly nechtěným způsobem ohrozit ženu, plod, těhotenství a samotný porod. V osobní anamnéze se lékař ptá na alergie, závislosti, operační výkony, závažná chronická onemocnění a léky spojené s jeho léčbou. V anamnéze rodiny jde především o dědičná onemocnění či vady. Velmi důležitou informací pro lékaře je obeznámení s délkou a pravidelností menstruace, počtem porodů a potratů ženy. Dalším z prvních kroků je gynekologická prohlídka ženy a stěr z děložního hrdla (Binder, 2015; Řezáčová, 2018)

4.1.2 Ultrazvuk

Bezbolestná metoda, kterou lze zjistit problém neplodnosti ženy. Lékař vyšetří dělohu, vaječníky i vejcovody pomocí vaginální sondy. Nejpoužívanější metodou je AFC, s jehož pomocí lékař zjistí počet viditelných folikulů, převážně o velikosti 2–6 mm. Ultrazvukem lze dojít k závěru, proč se ženě nedaří otěhotnět. Hlavními příčinami jsou polypy a různé druhy srůstů. (Pronatal, 2021; Frühaufová, Hulvert, 2017).

4.1.3 Hysteroskopie

Využívaná je jako diagnostická metoda děložní dutiny, pomocí které lze provést hned několik operačních výkonů. V posledních letech častěji nahrazuje diagnostickou kyretáž. Umožňuje provést zákrok v lokální či žádné anestezii. Používaným nástrojem je hysteroskop, připomínající kovovou trubici, na jejímž konci je umístěna kamera. Lékař má možnost vše pečlivě sledovat pomocí obrazovky, a tím pádem může provést podrobné vyšetření společně s biopsií děložní sliznice. Díky hysteroskopii lze odhalit vrozené vady či polypy na děložní sliznici (Kužel a kol., 2016; Pronatal, 2021; Mardešić a kolektiv, 2013).

4.1.4 Laparoskopie

Slouží k odhalení průchodnosti vejcovodů. V částečné anestezii se provede několik vpichů do břicha. Provádí se pomocí laparoskopu, na jehož konci se nachází kamerka. Aby vše bylo dostatečně vidět, vypustí se do břišní dutiny plyn, čímž je umožněn lepší výhled na pohlavní orgány. Velmi často lze provádět kombinaci léčebnou a vyšetřovací. V dnešní době se však

častěji setkáváme s mimotělním oplodněním bez předem provedeného laparoskopického vyšetření (Pronatal, 2021; Mardešić, 2013).

4.1.5 Genetické vyšetření

Genetika bývá velmi podstatnou částí celého procesu početí. Závisí na ní v podstatě vše. Genetické vyšetření odhaluje genetické příčiny neplodnosti a usnadňuje lékaři rozhodování, kterým způsobem léčby má postupovat (Pronatal, 2021).

4.1.6 Imunologické vyšetření

Odhaluje vytvořené protilátky proti spermiím, vajíčkům a embryím. Proces spočívá v odběru krve a provedení krevního testu na přítomnost protilátek. Při pozitivním testu lze problém vyřešit mimotělním oplodněním neboli IVF (Pronatal, 2021).

4.1.7 Laboratorní vyšetření krve

Z krve lze zjistit správné či nesprávné hladiny hormonů, které nějakým způsobem působí na oplodnění ženy. Mezi takové hormony můžeme zařadit anti-Mülleriánský hormon, zkráceně AMH. Jeho hladina velmi klesá při 2. a 3. trimestru těhotenství, při léčbě analogy GnRH, ale i při dlouhodobém užívání antikoncepce. Dalšími jsou hormony štítné žlázy a jiné choroby, které by mohly mít nějaký vliv na početí. Do nich patří hlavně chlamydie, žloutenka typu B a C, HIV a syfilis (Pronatal, 2021; Frühaufová a Hulvert, 2017).

4.2 Vyšetření muže před asistovanou reprodukcí

Diagnostika spočívá zejména ve sběru informací a posouzení laboratorních výsledků pacienta. Dalším podstatným krokem je genetické vyšetření a také vyšetření hormonální hladiny, která se provádějí kvůli častým potratům, či při jiných neobvyklých projevech u početí potomka. Vyšetření, ke kterému se přistupuje nejdříve, bývá spermioqram a kultivační vyšetření muže (Šrámková, 2013; Šrámková, 2015).

4.2.1 Anamnéza

Jde o sběr podstatných informací o pacientovi. Zjišťují se nejdůležitější informace o alergiích, užívaných lécích, podstoupených operacích, toxicitě, délce trvání neplodnosti, chronicky vážných onemocněních či o zranění varlat. Na základě sepsané anamnézy lze dojít k závěru, proč je muž neplodný. Podle zjištěných informací o pacientovi je možné provést další vyšetření (Pronatal, 2021; Šrámková, 2013).

4.2.2 Genetické vyšetření

Odhaluje především genetické příčiny neplodnosti a usnadňuje lékaři rozhodování, kterým způsobem léčby má postupovat. Přistupuje se k němu zejména při opakovaných potratech, před ICSI, při sterilitě, porodech mrtvého plodu, ale i při opakovaných nezdařilých pokusech IVF (Pronatal, 2021; Šrámková, 2015).

4.2.3 Hormonální vyšetření

Velmi vzácné vyšetření prováděné přibližně u 3 % mužů, a to z důvodu neobvyklých výsledků spermogramu, konkrétně se jedná o snížený počet spermií, a to pod 10 milionů/ml, dále při specifické endokrinopatii či při problémech sexuálních funkcí (Pronatal, 2021; Řezáčová, 2018).

4.2.4 Spermogram

Patří mezi základy diagnostiky mužské plodnosti. Před tímto vyšetřením by neměl mít muž alespoň dva dny pohlavní styk. Odhaluje počet spermií, jejich pohyblivost a tvar. S postupem času spermogram obměňuje své hodnoty, a proto není možné dělat závěry z prvního vyšetření. Následuje další test, který sdělí lékaři mnohem více informací (Pronatal, 2021; Šrámková, 2015; Kubíček, 2010).

4.2.5 Kultivační vyšetření spermatu

K tomuto vyšetření je zapotřebí vhodné množství spermatu, ze kterého lze později určit přítomnost infekce pohlavního ústrojí muže. Infekce je velmi nebezpečná a ovlivňuje plodnost. Zpomaluje pohlavní buňky muže a blokuje proniknutí spermie do vajíčka ženy (Pronatal, 2021).

4.3 Metody asistované reprodukce

V současné moderní době se metody v asistované reprodukci (ART) rozdělují na dvě základní metody, a to na Intrauterinní inseminaci (IUI) a In vitro fertilizace s transferem embrya (IVF – ET) (Konečná, 2017).

4.3.1 Intracytoplazmatická injekce spermie (ICSI)

Nejedná se o druh asistované reprodukce, nýbrž o laboratorní metodu zvyšující pravděpodobnost početí a donošení dítěte. Principem této metody je přímé vpravení spermie do vajíčka. Velkou výhodou je zpravidla nízký počet mužských pohlavních buněk. Postačí tolik spermií, kolik má žena vajíček. Umožňuje oplodnění i v případě, pokud je na vině zhoršená

kvalita spermií a špatný spermioqram. Dalším takovým faktorem jsou zvýšené protilátky v krvi (Pronatal, 2021; Frühaufová a Hulvert, 2017; Repromedia, 2018; Europe ivf, 2010–2021).

4.3.2 Intrauterinní inseminace (IUI)

Jedna z nejčastěji používaných metod. Využívá se pro svou jednoduchost, finanční nenáročnost a také bezpečnost. Využívají ji zejména páry začínající s léčbou poruch plodnosti. V době ovulace lékař provede aplikaci spermií přímo do děložní dutiny ženy a usnadní tím splnutí vajíčka a spermie. Způsob tohoto oplodnění umožní otěhotnět zhruba 7 % žen v době ovulace, kdy není ovlivňována uměle podanými hormony. U 10–18 % případů lze zvýšit šance na početí potomka podáním klomifencitrátů nebo gonadotropinů. Tato metoda má i svá rizika, a to převážně vznik hyperstimulačního syndromu (OHSS), vícečetného těhotenství, potratu a předčasného porodu. Stimulace hormony před IUI se využívá jen v ojedinělých případech (Řezáčová, 2018; Europe ivf, 2010–2021).

Metodu můžeme rozdělit na arteficiální inseminaci homologní (AIH) a arteficiální inseminaci dárce (AID). Při první variantě dochází k použití spermie partnera ženy a ve druhém případě se využije spermie dárce (Řezáčová, 2018).

4.3.3 In vitro fertilizace s transferem embrya (IVF – ET)

Jde o velmi využívanou a úspěšnou metodu, zkráceně označovanou IVF – ET. Během tohoto postupu dochází k oplození vajíčka mimo tělo ženy ve speciálních laboratořích. Často zde dochází k použití intracytoplazmatických injekcí (ICSI), při kterých se aplikuje jedna mužská spermie do vajíčka. Vzniklá embrya se později aplikují ženě do dělohy (Konečná, 2017).

U tohoto oplození se může stát, že dojde ke vzniku více než dvou embryí. Lze využít možnosti kryoembryotransferem (KET). Tento děj je znám pod slovem social freezing. Je to metoda zmrazení biologického materiálu, a to ženských vajíček, spermií muže nebo rovnou samotných embryí. Používá se především v pozdějších fázích, zejména v okamžiku posunutého rodičovství nebo jako preventivní opatření. Odběr se provádí zejména u onkologicky nemocných, u gynekologických a urologických obtíží. Pro odebrání vzorku je potřeba výslovného souhlasu obou z páru (Gennet, 2021; Frühaufová, Hulvert, 2017).

Existují však lidé, kteří z mnoha důvodů vlastní děti mít nemohou, a to ani počaté přirozenou cestou či s pomocí lékařských center. V takovém případě lze přistoupit k IVF s darovanými spermiemi, oocyty či embryi. Dárkyněmi bývají většinou mladé ženy ve věku od 18 až 32 let. U dárkyň je prováděna řada testů od pohlavně přenosných chorob po gynekologická a genetická vyšetření. U mužských dárců na věku nezáleží, ovšem s přibývajícím věkem bohužel plodnost

muže klesá. Peněžní kompenzace pro mužské a ženské dárce je relativně vysoká. U dárkyň oocytů to bývá kolem 25 000 Kč a u dárců spermií cca 10 000 Kč. To je specificky upraveno daným zdravotnickým zařízením (Gennet, 2021; Sanus, 2021).

4.3.4 Postup IVF

První fází je hormonální příprava, která v některých případech není nutná. Stimulace slouží k zajištění neusmrcení a následnému růstu počtu folikulů. Aby se zvýšila pravděpodobnost otěhotnění, musí být stimulace započata už na samotném počátku, a to při folikulární a luteální fázi menstruačního cyklu. Při této stimulaci se provádí aplikace FSH, ne FSH a LH hormonu pomocí subkutánních injekcí. Dávka je individuálně upravena v závislosti na věku ženy. Při hormonální stimulaci se provádí kontrola progesteronu a LH v krvi. Vaginální ultrazvukovou sondou lze zjistit, jaká je tloušťka endometria a velikost folikulů. Za optimální velikost folikulu před samotnou implantací se považuje 17–20 mm v průměru. Musí vzniknout alespoň tři preovulační folikuly. Po tomto procesu následuje další podstatný krok a ten spočívá v aplikaci Hcg, jenž zajistí do 40 hodin po aplikaci ovulaci. Oocyty se odebírají asi cca 4 hodiny před ovulací (Řezáčová, 2018; Frühaufová, Hulvert, 2017; Europe ivf, 2010–2021).

Druhou fází je získávání oocytů z folikulů. Provádí se buď v krátkodobé celkové anestezii, popřípadě v analgosedaci po dobu cca 10 minut. Přes postranní poševní klenbu se provede sběr folikulů pomocí punkce, kterou lékař provádí pod ultrazvukovou kontrolou. Výsledná folikulární tekutina je předána embryologovi. Současně s odběrem ženských vajíček probíhá i odběr mužského ejakulátu (Řezáčová, 2018; Europe ivf, 2010–2021).

Kultivace embrya se provádí až v případě, pokud došlo ke splnutí vajíčka s nejkvalitnější spermií. Spermie se k vajíčku dostane nejčastěji pomocí injekce ICSI, což se děje ve speciálních laboratořích. Po dvou až šesti dnech od aspirace oocytů vzniká zralé embryo. Pokud se některé nevyvíjí správně, dojde k jeho vyloučení. Pro jeden cyklus se využívá přenosu jednoho či dvou embryí. Pokud však vznikl jejich větší počet, což v mnoha případech tak je, dojde k zmrazení pro případnou potřebu pozdějšího využití (Řezáčová, 2018; Europe ivf, 2010–2021; Pfc, 2013–2021).

Embryotransfer lze uskutečnit po 48–144 hodinách od aspirace oocytů. K aplikaci se používá jedno nebo dvě embrya. Do dělohy se zavádí pomocí tenkého a velmi pružného katetru společně s ultrazvukovou kontrolou, která určí přesnou polohu embrya. Jde o bezbolestný zákrok trvající zhruba 10 minut. Úspěšnost závisí na kvalitě a množství transferovaných embryí, technice

provedení zákroku a také na vzhledu a funkčnosti děložní sliznice (Řezáčová, 2018; Pfc, 2013–2021; Europe ivf, 2010–2021).

Po zákroku je potřeba doplňovat progesteron za účelem podpory růstu děložní sliznice, čímž se předejde riziku potratu a zejména se zvýší procento otěhotnění. Aplikace se nejčastěji provádí rovnou přes vaginu ženy. Nejčastěji využívanými preparáty jsou Utrogestan, Crinone gel či Hcg, ten ale není doporučován ženám s rizikem ovariálně hyperstimulačního syndromu. Aby se lékař ujistil, zda tento proces proběhl úspěšně, udělá ženě po dvou týdnech od zákroku kontrolní těhotenský test z krve. Každá žena by se měla během uvedeného procesu vyhýbat nadměrnému působení stresu, popřípadě vyšší tělesné aktivitě (Řezáčová, 2018; Europe ivf, 2010–2021).

4.4 Právní normy

Postavení pacienta v souvislosti s poskytováním zdravotní péče a také poskytovatele zdravotní péče je upraveno legislativou ČR. (zák. č. 372/2011Sb.)

Asistovaná reprodukce prováděná u heterosexuálních párů, které mohou i nemusí být sezdány, je upravena právní normou. Pokud se však jedná o nesezdaný pár, dítě náleží muži, který podepsal souhlas o umělém oplodnění a ženě, která dítě porodila. V České republice nesmí být asistovaná reprodukce provedena homosexuálním pářům či ženám bez partnera. Je zakázáno zneužívat umělého oplodnění k výběru pohlaví jedince. Jde tak o zdravotní služby prováděné za zvláštních podmínek. (zák. č. 373/2011Sb.)

Manipulace s lidskou tkání a buňkami je velmi citlivé téma. Je třeba zákonná ochrana před jakýmkoli zneužitím, kde je přesně vymezeno prostředí, kde, kdy a za jakých podmínek se může tento proces využít. (zák. č. 296/2008Sb.)

V České republice je darování vajíček či spermií přísně anonymní a také dobrovolné. Podstata postupu k výběru tkání a buněk, distribuce, kritéria výběru potencionálních dárců, to vše směřuje ke kvalitnímu přenosu genetické informace do tkáňových center, která se asistovanou reprodukcí zabývají. Není od věci uvést to, že i tento segment poskytování zvláštních zdravotnických služeb má své prováděcí předpisy a vyhlášky, které mají garantovat jejich kvalitu. (vyhl. č. 422/2008Sb.)

I. VÝZKUMNÁ ČÁST

V této části bakalářské práce je uveden rozbor výzkumného šetření na základě informací získaných z příloženého dotazníku. Dále je zde vysvětlena struktura výzkumu a daný postup, na jehož podkladě byla získána validní data potřebná k posouzení a provedení statistického zpracování. Všechny respondentky vyjádřily souhlas s tímto výzkumem formou zpět poslaného vyplněného dotazníku.

5 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. V jakém věku ženy nejčastěji žádají o asistovanou reprodukci, jaké mají vzdělání a v jakém partnerském stavu žijí?
2. Proč je pro ženy důležité být matkou?
3. Povedlo se respondentkám otěhotnět přirozenou cestou či musely podstoupit asistovanou reprodukci?
4. Jsou ženy informované o asistované reprodukci?
5. Mají ženy při uvedeném zákroku nárok na příspěvek od zdravotní pojišťovny?
6. Vědí respondentky o možnosti darování pohlavních buněk a znají pojem Social freezing?
7. Které věkové období je ideální biologický věk a do kdy lze nejpozději podstoupit IVF?
8. Které pohlaví více trpí neplodností a čím je neplodnost způsobená?

6 METODIKA VÝZKUMU

Použita je metoda kvantitativního výzkumu, kdy bylo přikročeno k dotazníkovému sběru. Můj výzkum byl zaměřen na ženy ve věku 18–45 let (viz. charakteristika výzkumného vzorku), konkrétně pak na ženy od 18 let do 30 let, jelikož se jedná o nejideálnější věk pro početí potomka a založení rodiny.

Pro oslovený okruh dotázaných byl zvolen vlastnoručně vytvořený nestandardizovaný on-line dotazník (viz příloha A, s. 69–73), jehož vyplnění bylo plně anonymní a dobrovolné. Následně byl vložen do soukromé skupiny na sociální internetové platformě zabývající se asistovanou reprodukcí.

6.1 Forma sběru dat

Potřebná data k výzkumu byla tedy získána anonymním on-line dotazníkem, který jsem si sama předem sestavila. Jde o levnou metodu zajišťující vysoké množství potřebných respondentů a odpovědí. V době covidové byl tento postup sběru asi nejlepším a jediným možným řešením. Především jsem tak přímému kontaktu s lidmi, a snížila tak riziko nákazy oslovených respondentů. Rozhodně má i svá negativa, jelikož dotazník vyplňovali pouze cizí lidé, tudíž nebylo možné vyzkoušet skupinovou práci. Nevýhodou byla i nižší návratnost a také bylo možné předpokládat, že oslovený respondent nemusí odpovědět na některé otázky (Disman, 2011)

Dotazník je sestaven z 26 otázek, z toho 21 otázek je uzavřených. Umožňují tak respondentce vybrat odpověď z nabízených možností. Další 3 otázky jsou otevřené s možností vlastní libovolné odpovědi. Poslední dvě otázky jsou zvoleny do formy polouzavřené, kde je kromě několika možností na výběr i varianta s vlastním úsudkem respondenta. U všech otázek byla možnost volby jen jedné odpovědi. Některé otázky na sebe navazují, tudíž pokud byla označena určitá varianta odpovědi, pokračovala tázaná osoba hned v dalším dotazu. V opačném případě došlo k přeskočení následných otázek a vyplňování dotazníku mohlo probíhat dál (Disman, 2011).

Vytvořené otázky jsou rozděleny do několika skupin. V první části se objevují zejména otázky zaměřující se na sociální podmínky a věk respondentek (otázky č. 1 až 3). Druhá část se věnuje těhotenství a způsobu početí (otázky č. 4 až 7). Ve třetí části jsou dotazovaným pokládány otázky zaměřené na samotnou asistovanou reprodukci, jakými je informovanost žen o asistované reprodukci, nárok na příspěvek od zdravotní pojišťovny, darování spermií či vajíček

a vhodný věk při podstoupení IVF (otázky č. 8 až 22). V poslední části se kladou otázky na téma neplodnost, zaměřující se především na příčiny vzniku (otázky č. 23 až 26).

6.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Zkoumaným vzorkem byla skupina žen ve věku mezi 18 až 45 lety v závislosti na zkušenostech s asistovanou reprodukcí. Jde především o porovnávání názorů, znalostí a zkušeností dvou oslovených skupin žen, které buď zákrok prodělaly, nebo zatím ne. Jelikož byl dotazník v elektronické formě, byly souhlasy získány prostřednictvím zpětně poslaného vyplněného dotazníku. Na podstatu a podmínky vyplnění bylo poukázáno v úvodním textu poskytnutého dotazníku.

Dotazník byl vytvořen prostřednictvím internetové stránky www.survio.cz. Třicet osm respondentů jsem získala pomocí metody tzv. sněhové koule. Jde o efektivní způsob, kdy je odkaz k dotazníku zaslán několika respondentům a ti na Vaši žádost odkaz přepošlou dalším uživatelům sociálních sítí, kteří splňují předem navolené podmínky. Zbýlých šedesát dva respondentek bylo získáno prostřednictvím soukromé skupiny. Ta je jakýmsi terapeutickým kruhem a průvodcem v otázkách neplodnosti. Oslovila jsem tedy správkyni této skupiny a na její žádost jí poslala dotazník, který mi schválila a umožnila mi tak jeho distribuci mezi členky skupiny. Celkem tedy bylo osloveno 100 respondentek, 57 se zkušeností s asistovanou reprodukcí a 43, které tuto metodu nepodstoupily (Řehák, 2018).

6.3 Pilotní studie

Poskytnutá verze dotazníku k mé výzkumné části bakalářské práce byla konzultována s vedoucím práce i se správkyní skupiny, která se zabývá asistovanou reprodukcí. Tato správkyně pracuje v problematice asistované reprodukce více než 20 let, a dá se předpokládat, že je odborně i lidsky vyzrálá a v požadované problematice se vyzná. Konzultace a nutná úprava proběhla např. u otázky č. 16 (Zkuste odhadnout výši nákladů, kterou žena doplácí při úhradě pojišťovnou:), dále mi bylo doporučeno rozšířit dotazník o otázku č. 8 (Souhlasíte či nesouhlasíte s asistovanou reprodukcí?) Vše za účelem zjištění zajímavých názorů respondentek.

Po úpravách byl dotazník vložen prostřednictvím internetových stránek www.survio.cz k vyplnění pro respondentky. Využila jsem funkcionalitu této internetové stránky a nastavila limit deseti respondentek. Bylo požádáno o vyplnění vloženého dotazníku a vysvětlen účel pilotního výzkumu. Tímto postupem bylo zajištěno maximum porozumění potřebné pro vyplňování odpovědí. Pilotní dotazníky nejsou zařazeny v rámci finálního výzkumu.

6.4 Průběh výzkumu

Sběr dat probíhal od prosince 2020 do ledna 2021 prostřednictvím elektronických dotazníků. Vzhledem k současné epidemiologické situaci jsem zvolila takovou metodu, kde bylo možné předejít případným zdravotním komplikacím. Zajištěna tak byla i anonymita respondentek, a to i v souvislosti s vyplněnými daty, kde byly zobrazeny výsledky bez uvedení osobních informací o dotazovaném. Díky sociálním sítím bylo možné dotazník sdílet do skupiny lidí, která se primárně zabývá přímo asistovanou reprodukcí, což bylo pro zjišťovaná data zásadní. Veškeré informace potřebné pro správné vyplnění dotazníků a následné získání validních odpovědí, byly uvedeny v úvodním textu s oslovením dotazovaného (Řehák, 2018).

6.5 Metody vyhodnocení

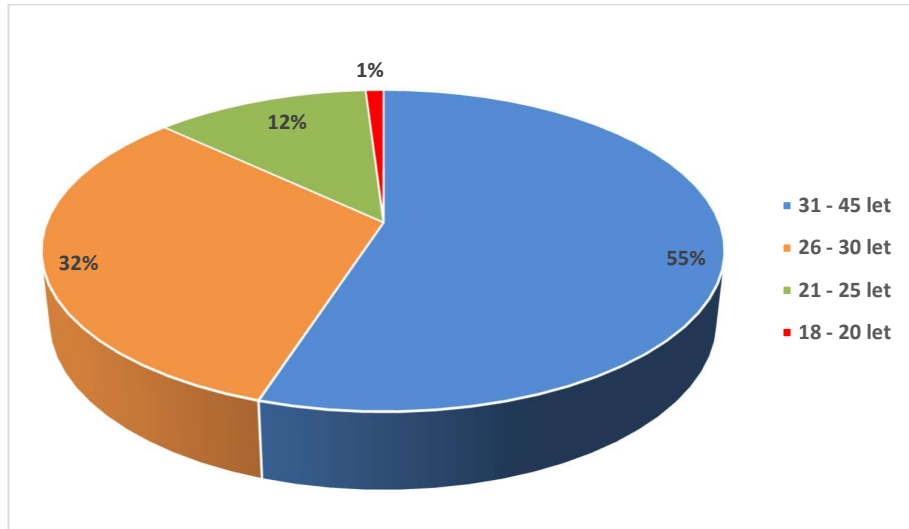
Získaná výsledná data jsou znázorněna pomocí grafů a tabulek s příslušnými popisky. K jejich vytvoření jsou využity programy Microsoft Office Word 2016 a také Microsoft Office Excel 2016. Do bakalářské práce jsou zařazeny grafy stylu sloupců a také koláčové grafy. Tyto dva typy grafů byly zvoleny za účelem lepší přehlednosti, jelikož se ke konkrétní otázce hodí jiný typ grafu. U některých otázek jsou pro lepší orientaci zvoleny tabulky. Výsledné hodnoty jsou vyobrazeny v absolutní i relativní četnosti.

7 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

7.1 Znázornění výsledků týkající se otázek dotazníku

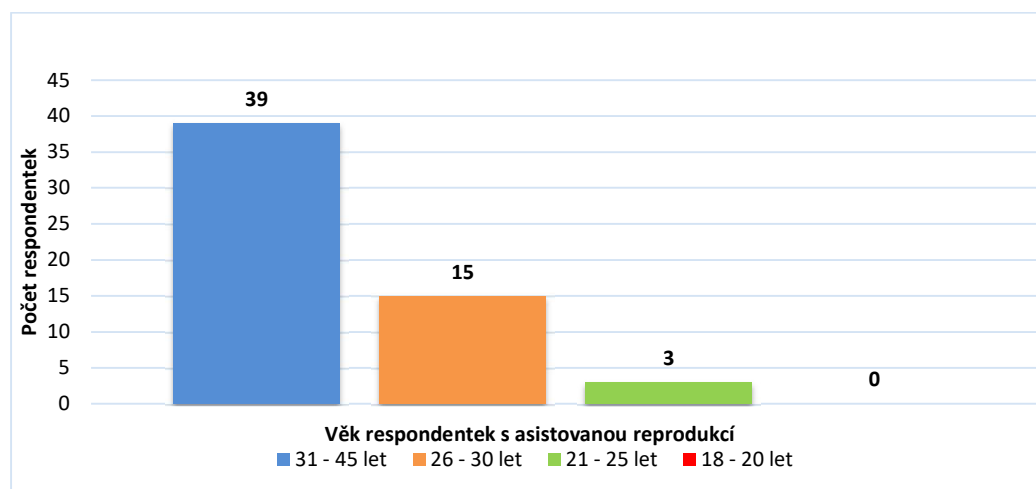
Otázka č. 1 – Jaký je Váš věk?

Obrázek 1: Graf zobrazující stáří respondentek



Z prvního členění lze odvodit, že se výzkumu zúčastnilo celkem 100 osob. (100 % žen). Nejpočetnější skupinu z celku tvoří ženy ve věku 31–45 let. Vzhledem k počtu 55 osob (55 %) se dá říci, že jde o více než polovinu zkoumaného souboru. Druhou nejpočetnější skupinou jsou ženy ve věku 26–30 let. Těch se zúčastnilo celkem 32 (32 %). Třetí skupinou jsou respondentky ve věku 21–25 let, kterých bylo 12 (12 %). Jako jediná tázaná byla žena ve věku 18–20 let (1 %).

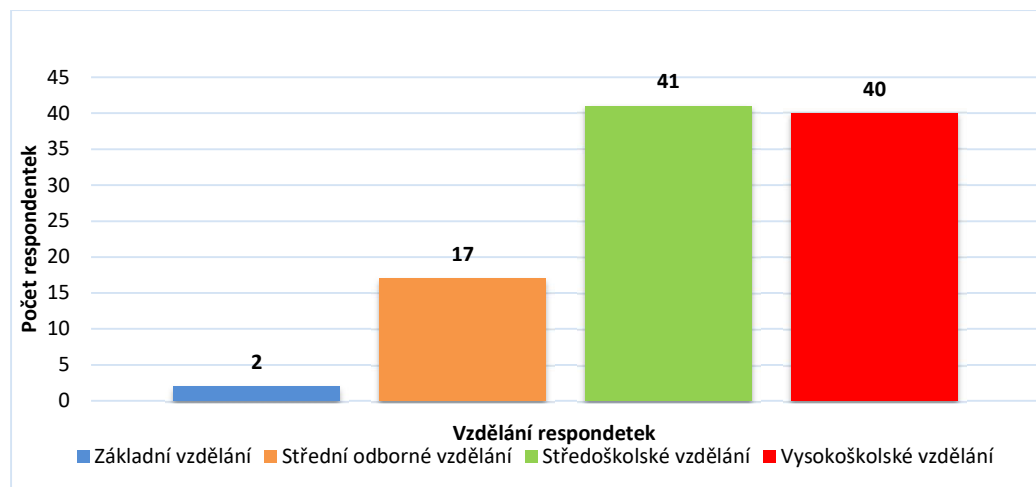
Obrázek 2: Graf znázorňující nejčastější věk respondentek podstupující asistovanou reprodukci



Tento graf znázorňuje nejčastější věk respondentek při podstoupení asistované reprodukce. Z celkového počtu 100 osob jich 57 (57 %) podstoupilo asistovanou reprodukci. Z této části pak byly 3 respondentky ve věku 21–25 let, dále 15 žen ve věku 26–30 let a 39 žen ve věku 31–45 let. V posledním údaji lze spatřovat to, že vyšší věk je určující pro nejčastější věkovou skupinu podstupující asistovanou reprodukci.

Otázka č. 2 – Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

Obrázek 3: Graf udávající vzdělání

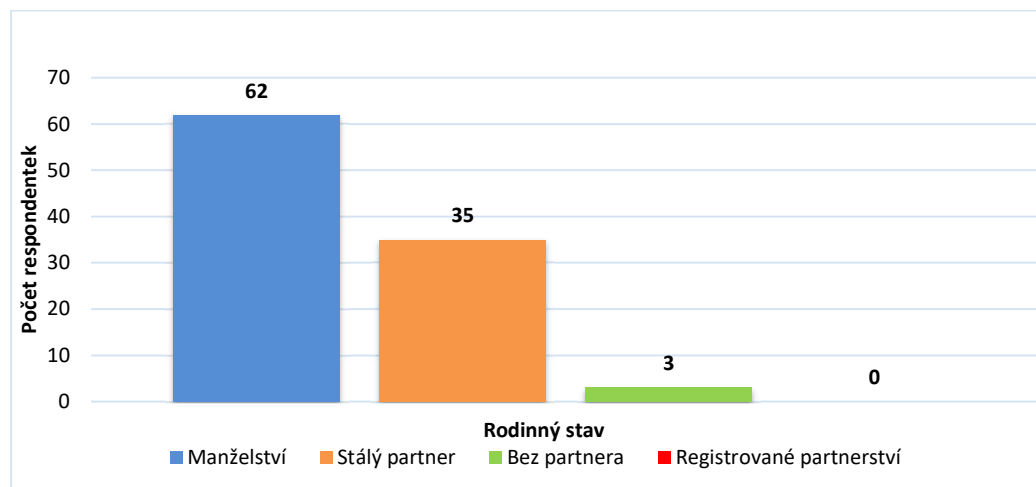


Na obrázku je uveden graf znázorňující vzdělání respondentek po zhodnocení možností volby základního, středního odborného s výučním listem, středního s maturitou a vysokoškolského vzdělání. Nejvíce bylo voleno střední vzdělání s maturitou. Tento údaj byl uveden u 41 osob (41 %). Druhou nejpočetnější skupinou bylo 40 žen (40 %) se vzděláním vysokoškolským.

Dále je uvedeno střední odborné vzdělání u 17 dotazovaných (17 %). Ženy se základním vzděláním byly v dotazníku zmíněny pouze 2 (2 %).

Otázka č. 3 – Žijete:

Obrázek 4: Graf znázorňující rodinný stav



Znázorněný rodinný stav respondentek ukazuje na fakt, že výzkumu se z větší části zúčastnily ženy žijící v manželství. Celkový počet osob v uvedeném stavu je 62 (62 %). 35 (35 %) žen z celkového dotazovaného souboru žije se stálým partnerem bez uzavření sňatku. Málo početnou skupinou jsou ženy, které si prozatím nenašly žádného partnera a žijí samy. Jde tak pouze o 3 respondentky (3 %). Možnost volby registrovaného partnerství nebyla v dotazníku využita.

Otázka č. 4 – Proč si myslíte, že je pro ženu tak důležité být matkou?

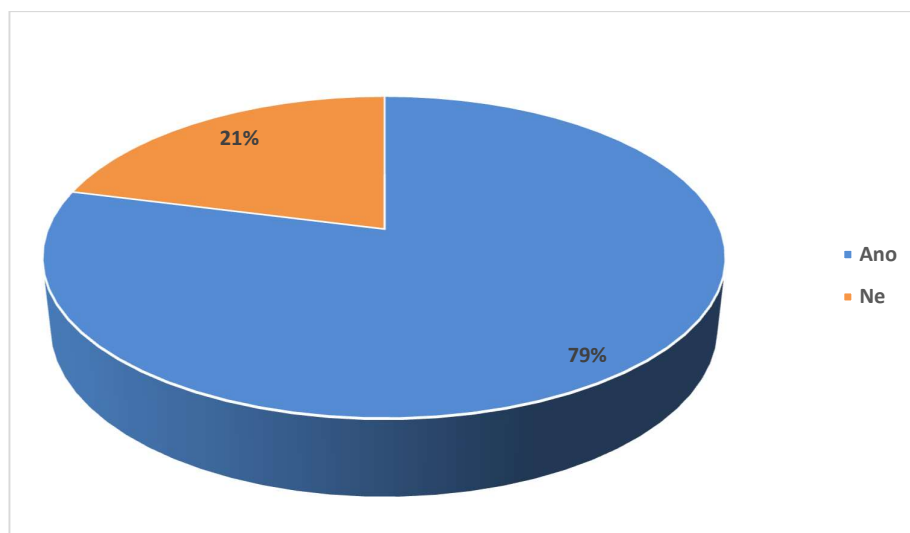
Tabulka 1: Důvody proč porodit dítě a být matkou

Důvod proč být matkou	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Smysl a náplň života	53	53 %
Příroda, mateřské pudy	24	24 %
Láska, štěstí	18	18 %
Tlak společnosti	1	1 %
Špatně pochopená otázka	4	4 %

Otázka byla položena ve smyslu náhledu na roli matky. Po porovnání uvedených odpovědí jsem došla k závěru, že více než polovině dotazovaných 53 osob (53 %) dává role matky smysl a náplň jejich života. Pro menší část dotazovaných 24 žen (24 %) jde o volání přírody a mateřské pudy. Odpovědi ve smyslu uspokojení důležitých životních potřeb lásky a štěstí bylo 18 (18 %). Tlak okolí a společnosti ve smyslu očekávané role matky byl zmíněn 1 respondentkou (1 %). 4 ženy (4 %) z odpovídajících otázku nepochopily.

Otázka č. 5 – Snažíte se o dítě? (Pokud ne, přejděte na otázku č. 8.)

Obrázek 5: Snaha otěhotnět

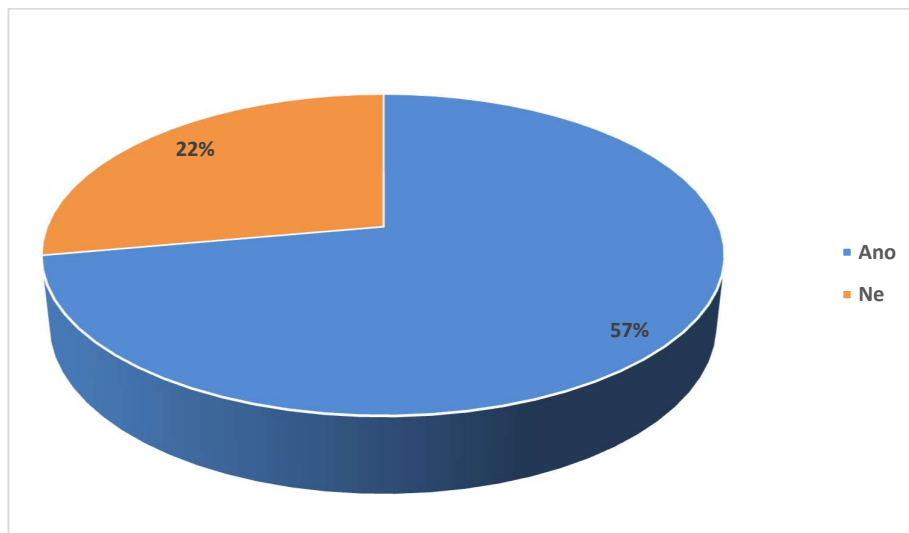


Zmapování snahy zplodit nového jedince. Na tuto otázku zodpovědělo 100 (100 %) žen. Téměř většina z nich 79 (79 %) se pokouší otěhotnět a zbylých 21 (21 %) prozatím neplánuje, a ani se nesnaží o vlastního potomka.

Pokud v této odpovědi respondentka zvolila možnost „ano“, byla další otázka navazující. V opačném případě přešly respondentky na otázku č. 8.

Otázka č. 6 – Povedlo se Vám otěhotnět přirozenou cestou?

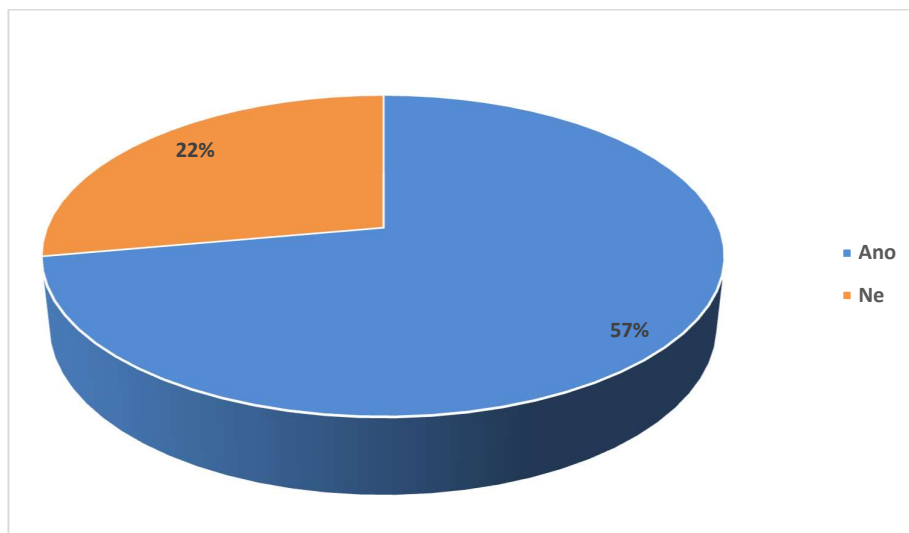
Obrázek 6: Respondentky, které otěhotněly přirozeně



Znázornění počtu respondentek, které dokázaly otěhotnět bez lékařské pomoci a u kterých to tak nešlo. Z celého dotazovaného souboru 100 žen (100 %), bylo jen 79 respondentek (79 %), které v předešlé otázce odpověděly kladně. Většina z pozitivních odpovědí v počtu 57 (57 %) neotěhotněla přirozenou cestou. Pouze u 22 dotázaných (22 %) došlo k otěhotnění bez lékařské pomoci.

Otázka č. 7 – Podstoupila jste asistovanou reprodukci?

Obrázek 7: Graf uvádějící pomoc asistovanou reprodukcí

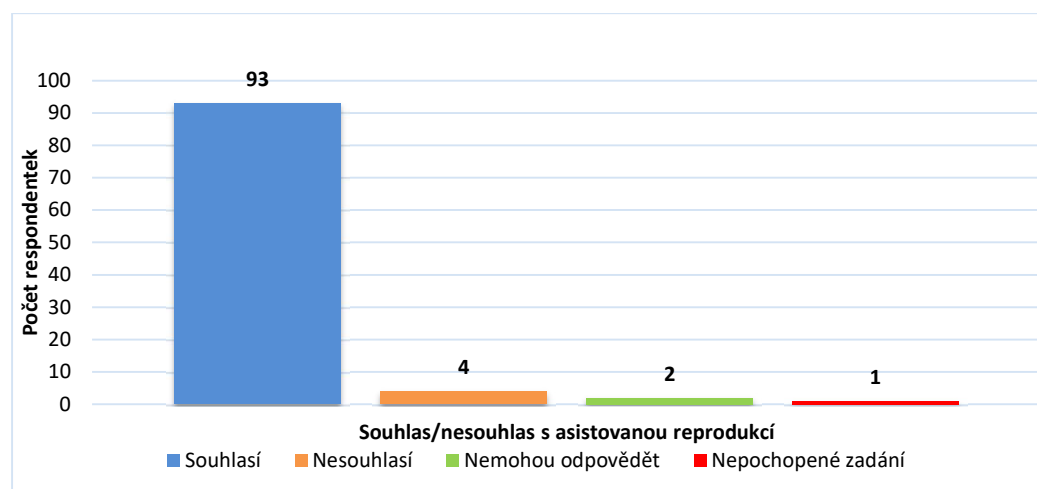


Z grafu vyplývá to, že na uvedenou otázku zodpovědělo jen 79 (79 %) respondentek podle výše uvedených podmínek. Požadavkem bylo zmapování toho, kolik odpovídajících žen postoupilo

asistovanou reprodukci. Lze tak odvodit, že celkem 57 (57 %) respondentek z původního celku, které se myšlenkou reprodukce zabývaly, absolvovalo asistovanou reprodukci za účelem otěhotnění. Zbývá část 22 (22 %) respondentek z původního celku tuto možnost nevyužila.

Otázka č. 8 – Souhlasíte či nesouhlasíte s asistovanou reprodukcí? Svou odpověď prosím vysvětlete.

Obrázek 8: Graf znázorňující vztah k asistované reprodukci



Zde jsou přehledně zobrazeny výsledky souhlasu či nesouhlasu s asistovanou reprodukcí. Velká většina respondentek, a to 93 (93 %), má kladný vztah k poptávanému způsobu léčby neplodnosti. 4 ženy (4 %) tuto metodu nepodporují. 2 respondentky (2 %) uvedly, že na otázku odpovědět nemohou vůbec a pouze 1 žena (1 %) nepochopila zadání.

Tabulka 2: Názor na asistovanou reprodukci

Názor respondentek	Souhlas/nesouhlas	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Vlastní potomek	Ano	65	65 %
Legitimní věda	Ano	3	3 %
Preference přírody	Ano	2	2 %
Smíšené pocity	Ano	3	3 %
Byznys	Ne	2	2 %

Jsou zde prezentována data od 75 (75 %) respondentek z celku, z nichž skoro většina, a to 65 (65 %) souhlasí s uvedenou metodou pro umožnění šance mít vlastního potomka ve chvíli, kdy dojde k vyčerpání všech jiných možností. S metodou souhlasilo dalších 5 žen, z nichž ale 3 (3 %) berou asistovanou reprodukci jako legitimní vědu a 2 (2 %) se přiklánějí spíše k přírodě, která podle jejich názoru nejlépe ví, proč dané osoby mají problém otěhotnět. 3 (3 %) respondentky sice zvolily možnost souhlasu, ale myšlenka na takový druh reprodukce v nich vyvolává velmi smíšené pocity. Další 2 (2 %) respondentky, nepodstupující tuto léčebnou metodu, považují asistovanou reprodukci za komerční prostředí a obchod ve zdravotnictví, tudíž ji nepodporují. Zbýlých 25 (25 %) žen na otázku nedokázalo odpovědět a jejich odpovědi nejsou zahrnuty v této tabulce.

Otázka č. 9 – Kde jste se o této možnosti dozvěděla poprvé?

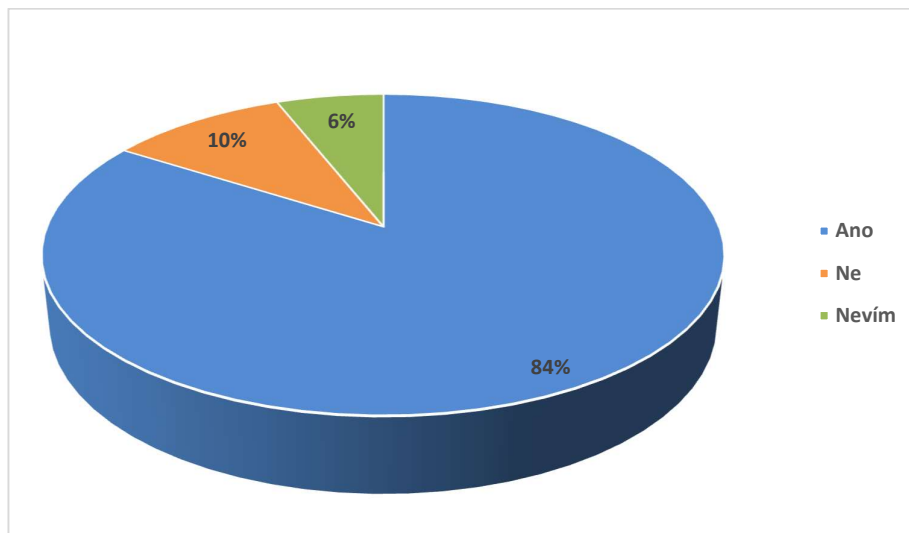
Tabulka 3: Místo, kde respondentka poprvé zaslechla o asistované reprodukci

Místo první zmínky	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Nevzpomínají si	33	33 %
Lékař	24	24 %
Rodina, přátelé	21	21 %
Média	9	9 %
Sociální sítě	8	8 %
Diskusní fóra	5	5 %

Celkem 33 (33 %) dotazovaných žen si nevzpomnělo na způsob a místo, kde o metodě poprvé uslyšely. Žen, které byly informované svým lékařem, bylo 24 (24 %). Dalších 21 (21 %) respondentek bylo seznámeno s asistovanou reprodukcí svými blízkými, tím je myšlena převážně rodina a přátelé. V mediích o této metodě slyšelo celkem 9 (9 %) respondentek. 8 žen (8 %) zaslechlo první zmínky na sociálních sítích a 5 (5 %) respondentek se k této metodě dostalo pomocí diskusních fór.

Otázka č. 10 – Je někdo z Vašeho okolí, kdo asistovanou reprodukci podstoupil?

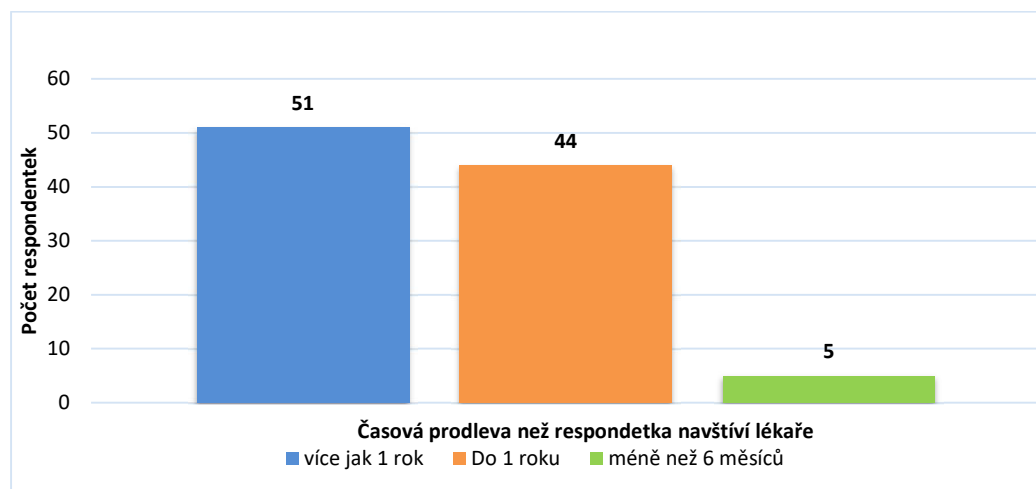
Obrázek 9: Lidé s asistovanou reprodukcí z okolí respondentek



Velmi zajímavé je, že nejpočetnější skupinou je 84 (84 %) respondentek, které mají ve svém okolí někoho, kdo tuto metodu podstoupil. Celkem 10 (10 %) z dotazovaných žen nezná nikoho takového, kdo by za účelem mít vlastního potomka zvolil uvedenou metodu. Zbýlých 6 žen (6 %) ze 100 zaškrtno možnost „nevím“.

Otázka č. 11 – Jak dlouho si myslíte, že se žena pokouší o dítě, než navštíví lékaře?

Obrázek 10: Doba snahy o dítě

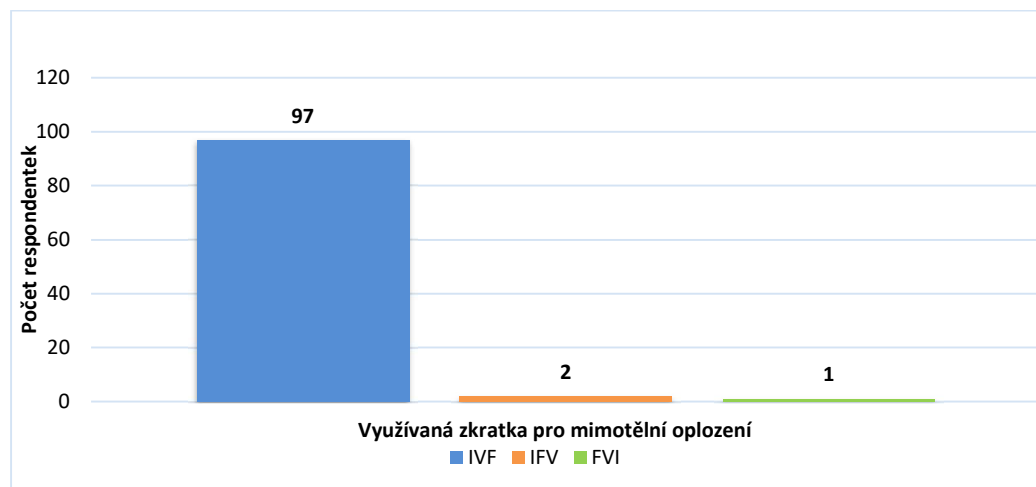


Více než polovina respondentek, konkrétně 51 (51 %) z celkového počtu 100 (100 %) si myslí, že ženy navštíví lékaře za účelem možné neplodnosti až po roce pravidelného a nechráněného pohlavního styku. Variantu do jednoho roku zvolila také velká část dotazovaných žen, a to 44

respondentek (44 %). Pouze 5 (5 %) respondentek se pozitivně vyjádřilo k variantě kratší než 6 měsíců. Důvod proč tomu tak je, nebyl předmětem výzkumu.

Otázka č. 12 – Víte, jaká zkratka se využívá pro jiné označení mimotělního oplození?

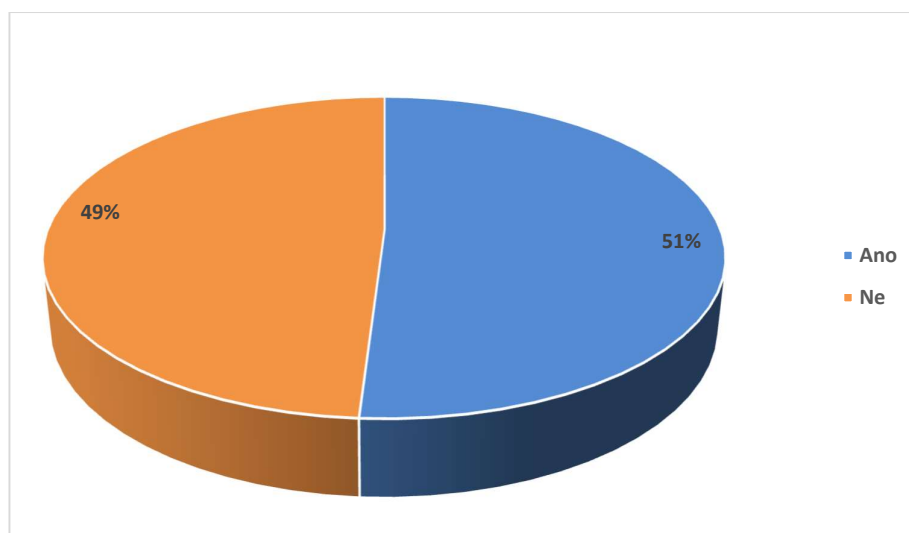
Obrázek 11: Zkratka mimotělního oplození



Z celkového počtu 100 respondentek jich 97 (97 %) zvolilo možnost označení zkratkou IVF. 3 odpovídající si vybraly jinou uvedenou zkratku, a to konkrétně 2 (2 %) jsou zastánkyněmi IFV a 1 (1 %) respondentka se pak přiklonila k variantě FVI.

Otázka č. 13 – Myslíte si, že může být asistovaná reprodukce provedena homosexuálním pářům či ženám bez partnera?

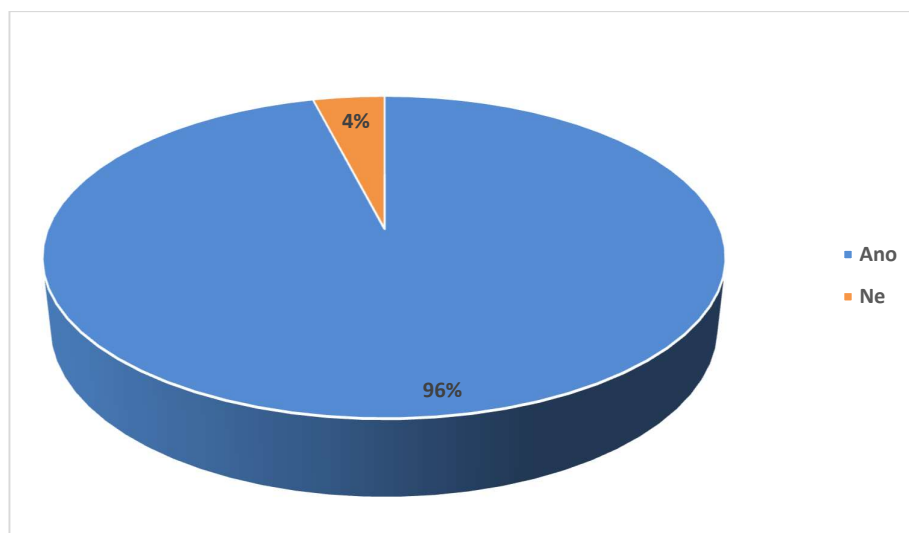
Obrázek 12: Komu smí být asistovaná reprodukce provedena



Ve výše uvedené otázce jde o určité zmapování povědomí o tom, komu může být asistovaná reprodukce provedena. Z grafu na obrázku 12 tak plyne, že 51 (51 %) z celkového počtu 100 (100 %) dotazovaných žen je toho názorů, že tuto metodu nemohou podstoupit homosexuální páry a ženy bez partnera. Zbýlých 49 (49 %) respondentek zvolilo takovou variantu odpovědi, kde si myslí, že i u uvedených párů to možné je.

Otázka č. 14 – Myslíte si, že máte nárok na příspěvek od zdravotní pojišťovny, pokud chcete podstoupit asistovanou reprodukci?

Obrázek 13: Příspěvek od zdravotní pojišťovny



Data získaná od 100 (100 %) respondentek jsou velmi průkazná a svědčí o značné informovanosti. Jedná se o příspěvek zdravotní pojišťovny, na který mají nárok ženy podstupující asistovanou reprodukci. Tuto znalost mělo celkem 96 (96 %) respondentek. Zbýlé 4 (4 %) zaškrtnly variantu neposkytnutí příspěvku od zdravotní pojišťovny. Jistě zde hrálo roli to, že o příspěvku vědí hlavně ty ženy, které si zákrokem prošly. Soubor 4 odpovědí s negativním vyjádřením v oblasti finančního zajištění zákroku od zdravotních pojišťoven lze spíše přisuzovat tomu, že ženy buď takový druh zákroku zatím nepodstoupily, nebo se o to prostě nezajímaly.

Otázka č. 15 – Kolik si myslíte, že Vám pojišťovna proplatí pokusů?

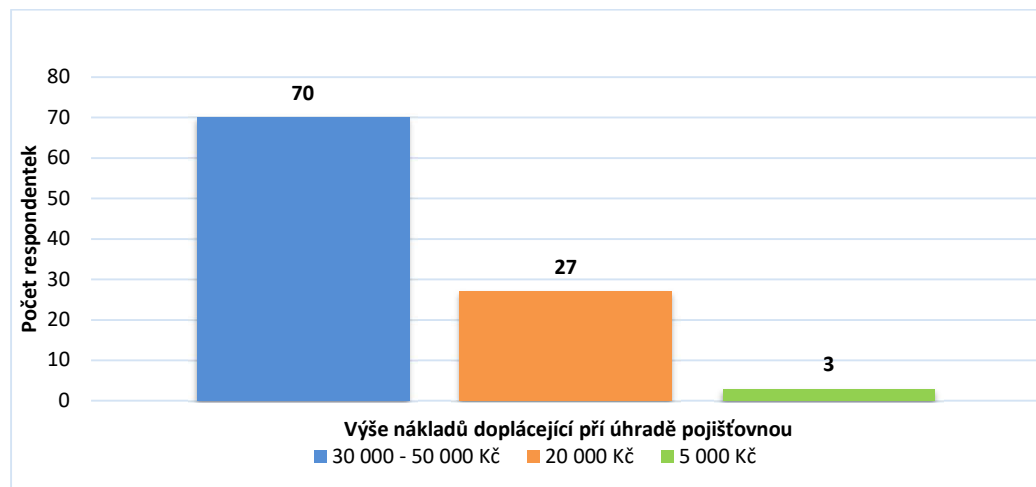
Tabulka 4: Počet pokusů proplacených od pojišťovny

Počet proplacených cyklů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
4 cykly, pokud v prvních dvou bylo transferováno 1 embryo	53	53 %
2 - 3 cykly, pokud v prvních dvou bylo transferováno 1 embryo	34	34 %
1 cyklus umělého oplodnění	8	8 %
2 cykly umělého oplodnění	5	5 %

Zobrazené údaje na základě odpovědí dotazovaných uvádějí, že z celkového počtu 100 (100 %) respondentek si 53 (53 %) myslí, že správné je proplacení 4 cyklů, a to, pokud v prvních dvou cyklech bylo transferováno pouze jedno embryo. Příspěvek na 2–3 cykly umělého oplodnění, pokud v prvních dvou cyklech bylo transferováno pouze jedno embryo, zvolilo 34 (34 %) žen. Pro variantu jednoho cyklu bylo pouhých 8 (8 %) z celkového počtu. Posledních 5 (5 %) respondentek si myslí, že pojišťovna uhradí dva cykly umělého oplodnění.

Otázka č. 16 – Zkuste odhadnout výši nákladů, kterou žena doplácí při úhradě pojišťovnou:

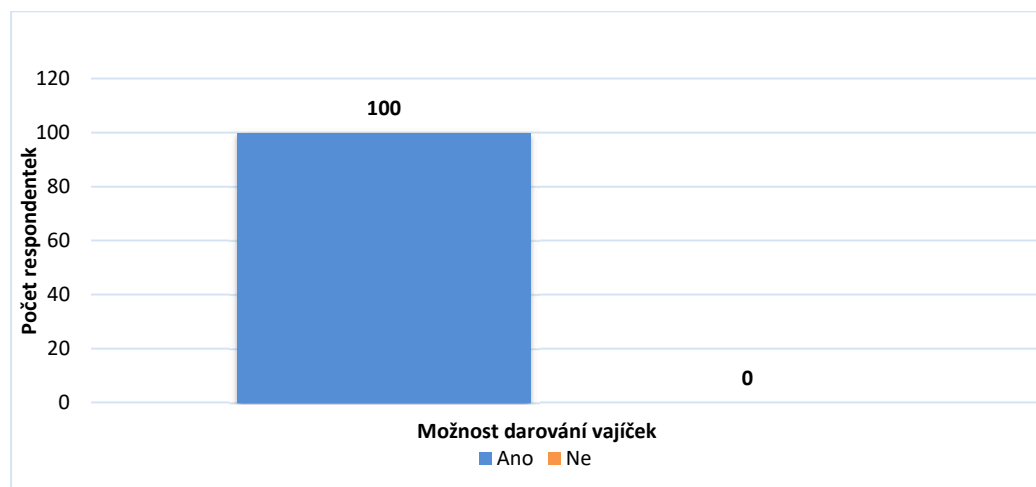
Obrázek 14: Výše doplatku asistované reprodukce při úhradě pojišťovnou



Většina respondentek, 70 (70 %) žen, odhaduje výši nákladů na cca 30 000 – 50 000 Kč. K částce 20 000 Kč se přiklonilo 27 (27 %) respondentek. Nejméně početnou skupinu tvoří ženy, které zaškrtnly možnost 5000 Kč, a v tomto případě se jednalo o 3 (3 %) z celku.

Otázka č. 17 – Víte o možnosti darování vajíček?

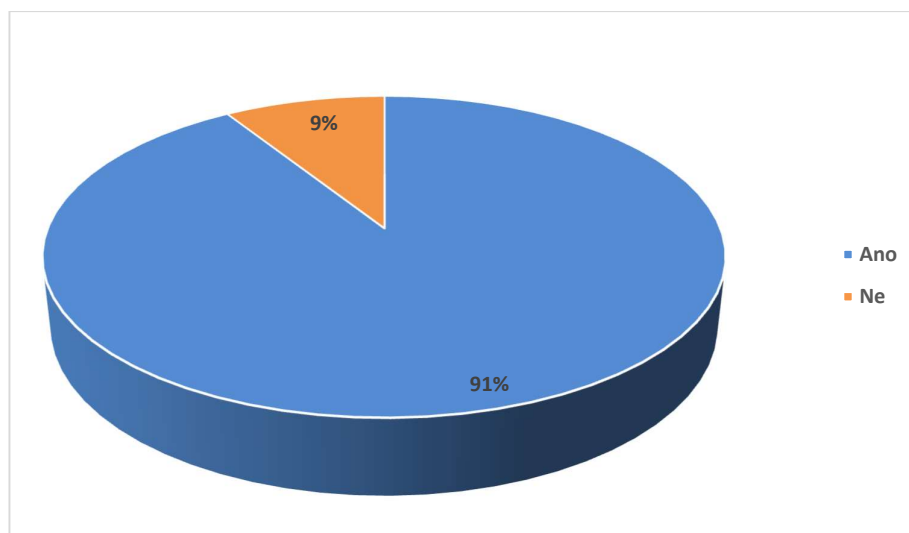
Obrázek 15: Možnost darování vajíček



Značně velká informovanost je u zkoumaného celku také v případě obeznámení se s možností darování vajíček. Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek odpovědělo rovných 100 (100 %) kladně a tím potvrdily maximální znalost problematiky.

Otázka č. 18 – Myslíte si, že lze odběr ženských vajíček dělat opakovaně?

Obrázek 16: Opakovaný odběr ženských vajíček



Předmětem dotazování bylo nejen samotné darování vajíček, ale i možnost opakovaného zákroku, kdy jde o instituci několikanásobného dárcovství. Z celkového souboru respondentek jich 91 (91 %) zvolilo odpověď ve formě přiznání povědomí o opakovaném odběru. Zbýlý počet žen v počtu 9 (9 %) zadalo takovou odpověď, že tato možnost neexistuje.

Otázka č. 19 – Jaká je podle Vás výše kompenzace, kterou může žena dostat v ČR, když se stane dárkyní vajíček?

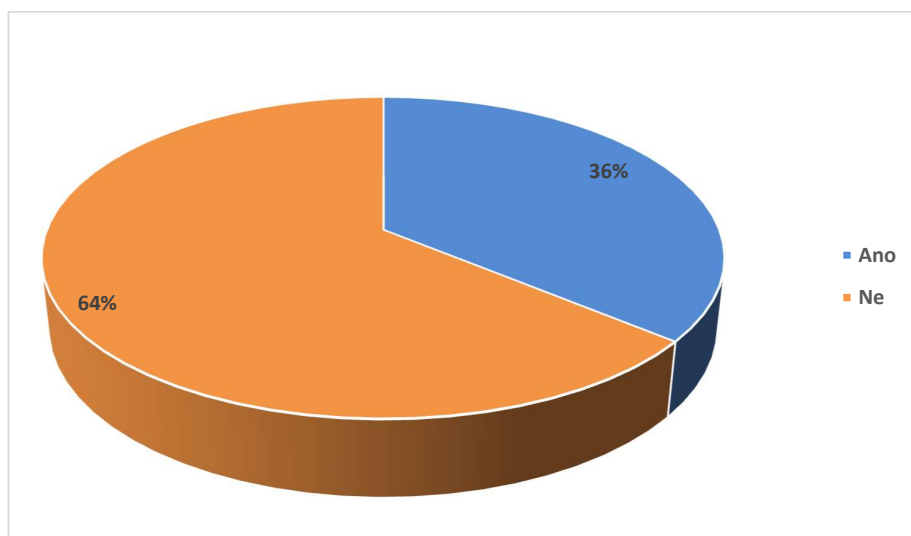
Tabulka 5: Výše kompenzace pro dárkyně vajíček

Kompenzace	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
25 000,- Kč	66	66 %
22 000,- Kč	23	23 %
12 000,- Kč	10	10 %
38 000,- Kč	1	1 %

Zde jsou vyjádřené znalosti o finanční kompenzaci za darování vajíček. S hodnotou 25 000,- Kč souhlasila většina dotázaných v počtu 66 (66 %) osob. Variantu 22 000,- Kč označilo v dotazníku 23 (23 %) žen. Zbýlé respondentky byly toho názoru, že je správně varianta 12 000,-Kč a to 10 (10 %) a 1 (1 %) respondentka volila výši kompenzace v částce 38 000,- Kč.

Otázka č. 20 – Víte, co to znamená, když se řekne Social freezing?

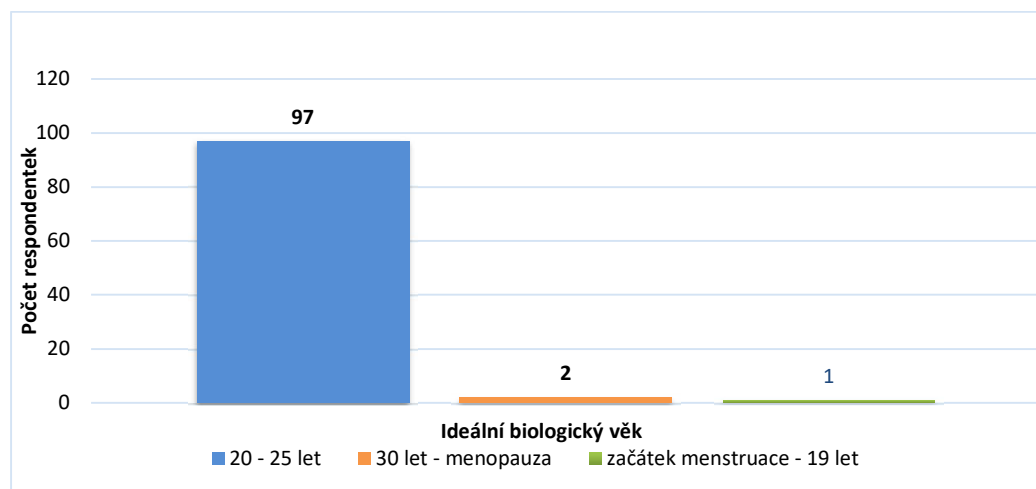
Obrázek 17: Social freezing



Tato otázka měla za úkol zjistit, zda respondentky znají pojem Social freezing (kryokonzervace). Až 64 (64 %) žen z celkového počtu respondentek nezná význam tohoto slovního spojení. Ostatní v počtu 36 (36 %) respondentek znají správný význam.

Otázka č. 21 – Které věkové období je bráno jako ideální biologický věk ženy?

Obrázek 18: Optimální věkové období

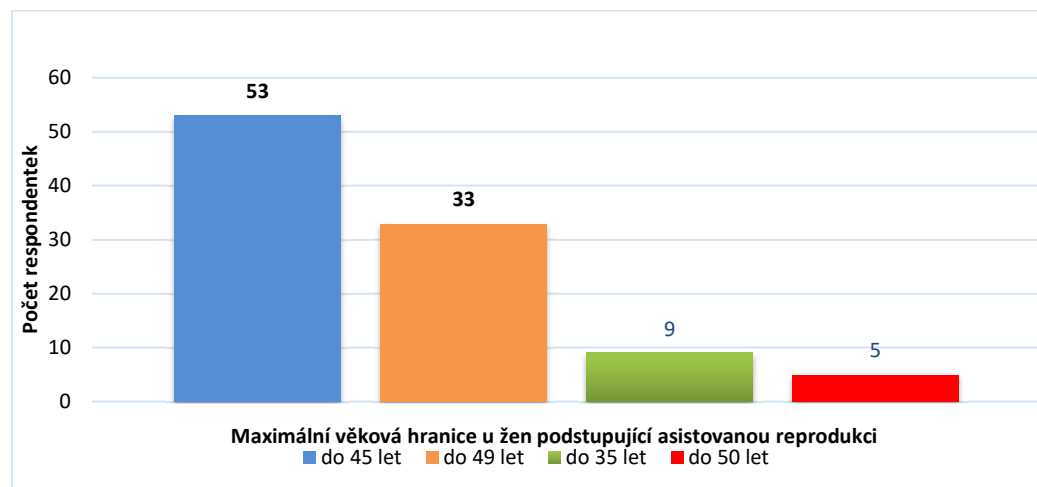


Stěžejní otázka, na kterou odpovídaly všechny respondentky. Měla potvrdit znalost dotazovaných žen s ohledem na ideální biologický věk ženy. Období od 20 do 25 let zvolila skoro většina dotazovaných, konkrétně 97 (97 %). 2 (2 %) se přiklonily spíše k věkovému

rozmezí od 30 let až do menopauzy. Jediná 1 (1 %) respondentka uvedla, že jsou dívky nejvíce plodné od začátku menstruace do 19. roku života.

Otázka č. 22 – Do jakého věku může žena podstoupit IVF?

Obrázek 19: Hranice věku u žen podstupujících asistovanou reprodukci



Jde o maximální hranice věku žen, které podstupují asistovanou reprodukci. Na otázku odpovědělo celkem 100 (100 %) žen. Většina, a to 53 (53 %) si myslí, že mají ženy nárok podstoupit asistovanou reprodukci do 45 let. Věk 49 let volila další skupina v počtu 33 (33 %) respondentek. Pro variantu 35 let bylo 9 (9 %) respondentek. Posledních 5 (5 %) dotazovaných je toho názoru, že ženy mohou podstoupit asistovanou reprodukci až do 50. roku jejich života.

Otázka č. 23 – Proč si myslíte, že nejčastěji nejde párům otěhotnět přirozenou cestou?

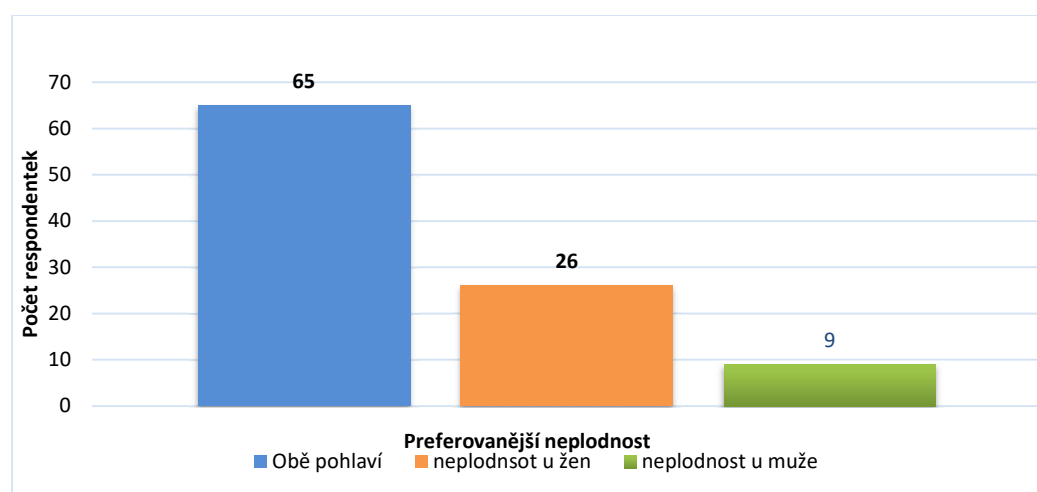
Tabulka 6: Příčiny vzniku neplodnosti páru

Příčiny vzniku neplodnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Neplodnost u obou z páru	57	57 %
Neplodnost ze strany ženy	14	14 %
Psychické problémy	12	12 %
Příčina nezjištěna	9	9 %
Jiné	5	5 %
Neplodnost ze strany muže	3	3 %

Polouzavřená otázka, kde měla každá respondentka možnost volby „jiné“. Z celkového počtu 100 (100 %) volilo v této problematice 57 (57 %) dotázaných jako určující problém s plodností u obou pohlaví z páru. Neplodnost pramenící především ze strany ženy volilo 14 (14 %) dotazovaných. Dalších 12 (12 %) žen považuje za důvod vzniku neplodnosti člověka jeho psychiku. 9 (9 %) z nich se přiklonilo k nezjištěné příčině neplodnosti. Jinou příčinu vzniku neplodnosti zaškrtnulo jen 5 (5 %) respondentek a zbylé 3 (3 %) udávají příčinu vzniku na straně muže.

Otázka č. 24 – Je podle Vás častější neplodnost u mužů nebo u žen?

Obrázek 20: Častější neplodnost



Respondentky měly volit mezi častější neplodností buď u ženy, u muže, nebo u obou dohromady. Kombinaci problémů u obou pohlaví označilo 65 (65 %) respondentek. Dalších 26 (26 %) respondentek uvedlo, že je problém vzniku neplodnosti pouze u žen. Ostatních 9 (9 %) respondentek určilo pro běžnější výskyt neplodnosti zejména mužské pohlaví.

Otázka č. 25 – Čím si myslíte, že je nejčastěji způsobená neplodnost?

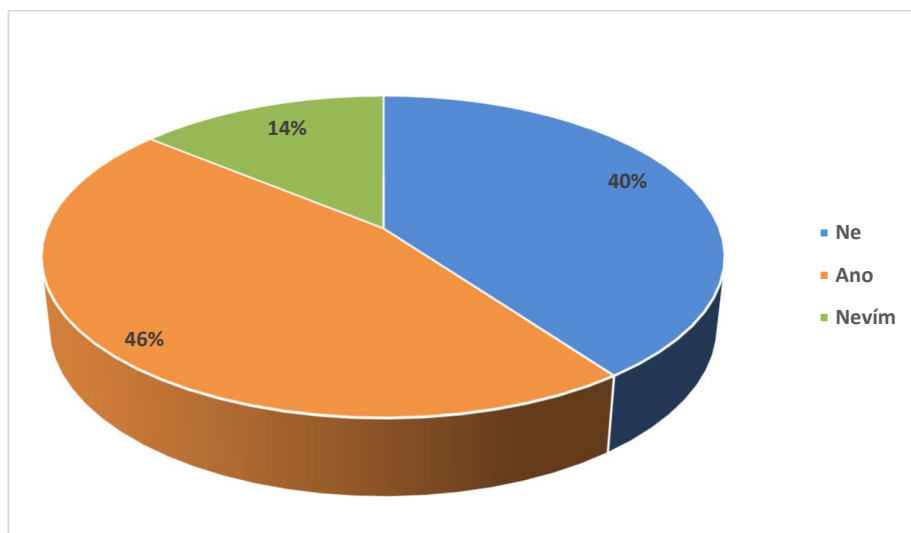
Tabulka 7: Důvod vzniku neplodnosti

Důvod vzniku neplodnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Dnešní hektická doba	39	39 %
Psychické problémy	19	19 %
Urologické/gynekologické problémy	15	15 %
Jiné	13	13 %
Životní styl	12	12 %
Dědičnost	2	2 %

Faktorů způsobující neplodnost je hned několik. Záleželo však na subjektivním názoru respondentek, jaké nejčastější důvody způsobující neplodnost muže a ženy označí. Nejčastěji zvolenou příčinou byla dnešní hektická doba, kterou volilo 39 (39 %) žen. 19 (19 %) poukázalo na psychiku lidí, čímž je myšlen častý stres, deprese apod. Za velmi častou příčinu neplodnosti označilo 15 (15 %) respondentek urologické problémy muže a gynekologické obtíže žen. Volbu „jiné“, která nevymezovala přesné určení, volilo 13 (13 %) respondentek. Ženy v počtu 12 (12 %) přisuzovaly tento problém životnímu stylu člověka ve smyslu stravy, užívání omamných a psychotropních látek, fyzické zátěži atd. Pouze 2 (2 %) ženy uvedly vinu dědičnosti.

Otázka č. 26 – Lze podle Vás předejít neplodnosti muže či ženy? (Pokud Ano, prosím vysvětlíte)

Obrázek 21: Prevence neplodnosti



Celkem 40 (40 %) respondentek zastává názor, že prevence neplodnosti není možná. Existenci prevence proti neplodnosti připustilo 46 (46 %) respondentek. Při uvedení souhlasu s existencí prevence byl v dotazníku úkol dovysvětlit zvolenou odpověď. Posledních 14 (14 %) žen nevědělo, jak by na danou otázku odpovědělo.

Tabulka 8: 46 respondentek, které zastávají možnost prevence

Možnost prevence neplodnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Zdravý životní styl	38	38 %
Neodkládat mateřství	7	7 %
Zamražení pohlavních buněk	1	1 %

Ze souboru odpovídajících žen, které připustily možnost prevence, jich 38 (38 %) uvedlo formu zdravého životního stylu, konkrétně zdravá strava, pravidelný pohyb, vynechání antikoncepce apod. Jen 7 (7 %) respondentek je toho názoru, že poruchy plodnosti jsou způsobené odkládáním mateřství. Podle jedné (1 %) dotazované ženy má každý možnost zamražení svého vajíčka či spermie.

8 DISKUZE

V této části podrobuji otázky v dotazníku rozboru směřujícím k objasnění účelu odpovědí na stanovená kritéria výzkumu. Dále je kromě rozboru uvedeno i porovnání některých odpovědí s výsledky již uvedených bakalářských prací. Jsou to např.:

„Účinnost edukace u pacientek indikovaných k IVF“ Václavíková (2020),

„Proces in vitro fertilizace očima žen“ Jarošová (2018),

„Zhodnocení vybraných aspektů asistované reprodukce“ Procházková (2019),

„Vliv (ne)zdravého životního stylu na reprodukční zdraví člověka“ Javnická (2020).

Jaké osobní údaje u respondentek převládají?

Do této oblasti lze zařadit celkem tři dotazníkové otázky. Mají odpovědět na to, kdy ženy nejčastěji podstupují asistovanou reprodukci, jaké je jejich vzdělání a v jakém vztahu žijí se svými partnery. Z výsledků odpovědí je potvrzeno, že žen podstupujících asistovanou reprodukci bylo 57. Z toho 39 žen bylo ve věku 31–45 let. Jedná se o významný faktor. V porovnání s Václavíkovou (2020, s. 43), lze uvést, že v její práci jsou zastoupeny ženy podstupující asistovanou reprodukci v podobném věku v počtu 16 respondentek. Mé zjištění je tedy v rozporu s daty Václavíkové. Příčina může být spatřována v rozdílném výběru celkového souboru k dotazování.

Lze uvést i jiné často se vyskytující faktory. V mém výzkumu je 41 žen se středoškolským vzděláním zakončeným maturitní zkouškou. Žen, které žijí v manželství, bylo 62. Vztahy těchto uvedených skupin žen nejsou nijak překvapující. Očekávaným faktorem soužití byl sňatek, popřípadě soužití se stálým partnerem. Výsledky toto tvrzení potvrdily.

Proč je pro ženy důležité být matkou?

Tato zkoumaná oblast je tvořena pouze jedinou otázkou. Cílem bylo zjištění, proč si většina žen přeje mít vlastního potomka. Dotazovaný soubor se tak rozdělil do 4 skupin. První skupinu tvořily respondentky, kterým dává mateřství smysl a náplň života. Zjednodušeně řečeno si tedy neumí představit život bez vlastních dětí a věří, že jim dítě dodá smysl existence. Druhou nejpočetnější část výzkumu tvoří ženy, které berou mateřství jako své poslání. Třetí skupina bere roli matky jako uspokojování důležitých potřeb člověka, konkrétně štěstí a lásky. Ve čtvrté skupině je jediná žena, která bere roli matky spíše jako zřejmý tlak společnosti. Je to tedy jinak

než u Jarošové (2018, s. 101), kde respondentky z mé první skupiny tvořily v pořadí až druhou největší skupinu.

Odpovědi z velké části splnily očekávání. Předpoklad, že respondentky chtějí vlastního potomka za účelem smyslu a náplně života, se vyplnil. V porovnání s výsledky Jarošové (2018, s. 101) lze říci, že naše výsledky se ani zde zcela neshodují. To může být zapříčiněno například věkovou strukturou respondentek. V její práci se vyskytují ženy od 28–40 let. Oproti tomu jsem já cílila na ženy v rozmezí 18–45 let. Jako zcela odlišná a vymezující se zpětná vazba je odpověď ženy, která cítí roli matky jako společenský nátlak

Jak respondentky otěhotněly a jaký je jejich názor na asistovanou reprodukci?

Tento dotaz měl pomoci zmapovat to, která z dotazovaných žen se pokoušela o dítě a zda se jí povedlo početí dítěte přirozenou cestou. Více jak polovina dotazovaných žen, konkrétně 57 podstoupilo asistovanou reprodukci jako léčebnou metodu pro početí vlastního potomka. Zbylých 43 respondentek otěhotnělo přirozenou cestou nebo se o dítě ještě snažit nezačaly.

Výzkum byl orientován na ženy a jejich zkušenosti s asistovanou reprodukcí. Předpokladem tak byl vyšší poměr těch žen, které zákrok podstoupily. To se výzkumem potvrdilo. Dá se přepokládat, že je tento výsledek ovlivněn převážně tím, že více jak polovina žen tvořících tento výzkum, pochází ze skupiny zabývající se touto problematikou.

S prováděním popisované metody souhlasí celkem 93 respondentek. Některé z nich ji uznávají jako metodu, která umožní párům mít vlastního potomka, jiné zase jako podpůrnou léčebnou metodu. Další mají jiný důvod, ale s tímto početím souhlasí. Zbylých 7 respondentek se zákrokem nesusouhlasí, nemohou danou situaci posoudit nebo nepochopily zadání v otázce správně. To, že s touto metodou souhlasí většina dotazovaných žen je zarážející. Většina by asi mohla preferovat klasické založení rodiny. Ve výsledku se tak silně projevuje to, že jde o větší počet žen, které zákrok podstoupily. Lze předpokládat, že většina žen si v určitém věku přeje být matkou, tudíž proto udělají cokoli. Tyto zkoumané oblasti nelze s žádnou bakalářskou prací porovnat, jelikož se touto problematikou u popsané nebo podobné skupiny respondentek žádná nezabývá.

Jaká je informovanost žen v souvislosti s asistovanou reprodukcí?

Místo, kde informace o asistované reprodukci respondentky získaly poprvé, si velká část žen z tohoto výzkumu nepamatuje, bylo to celkem 33. V porovnání s Václavíkovou (2020, s. 44), kdy její nejpočetnější skupinu 31 žen tvořily respondentky, které se o této metodě nejvíce

dozvěděly od lékaře. Na první pohled se může jednat o odlišná místa našeho šetření, ale vzhledem k tomu, že si respondentky v mém výzkumu nepamatují přesný zdroj první zmínky, nelze tak přesně určit shodu či neshodu našich výsledků.

To, že odpovědi u otázky na to, zda respondentky mají ve svém okolí někoho, kdo asistovanou reprodukci podstoupil, byly v počtu 84 kladné, což je nad očekávání překvapující výsledek. Předpokladem bylo spíše to, že si mnoho žen své soukromí střeží a nedokáže o tomto tématu s nikým mluvit, ale opak je pravdou. Dnešní doba přeplněná médií je určující a společnost je obeznámena s touto problematikou mnohem více než v předchozích letech. Z výsledků Jarošové (2018, s. 88) vyplývá, že mnoho respondentek hledá ve svém okolí (rodina, přátelé) oporu a sílu k zvládnutí výše uvedeného zákroku.

Nejčastěji volenou odpovědí v otázce doby nechráněného pohlavního styku za účelem zplození potomka a která předchází zjištění problémů, je dle 51 respondentek 12 měsíců a déle. Druhou nejčastěji volenou možností pak bylo méně jak 12 měsíců častého a nechráněného pohlavního styku, k čemuž se hlásilo 44 respondentek. Pro možnost méně než 6 měsíců bylo pouhých 5 žen. V porovnání s Procházkovou (2019, s. 46–47) lze říci, že se naše výsledky shodují, i když se jedná o rozdílnou skupinu dotazovaných respondentů, kterou tvořili studenti biologických oborů ve věku 18–26 let.

Otázka č. 12 byla zaměřena na povědomí respondentek o tom, jaké zkratky se užívají při označování mimotělního oplození, a to v závislosti na jeho výskytu v literatuře nebo v jiných tištěných zdrojích. Závěr z provedených odpovědí je takový, že většina, a to 96 % respondentek ví, že se jedná o zkratku IVF. Tyto výsledky se v porovnání s Procházkovou (2019, s. 48) neshodují. Jejich 73 % respondentů netuší, co daná zkratka znamená. Lze předpokládat, že se naše výsledky liší především díky odlišně zvolené skupině dotazovaných. Faktorem působícím na rozdílné odpovědi může být i jinak položená otázka. Samozřejmě se na výsledku projevilo i to, že ženy s asistovanou reprodukcí mají v této problematice větší znalosti než ty, které jí nepodstoupily.

V poslední době se napříč společností diskutuje o možnostech změny platné legislativy v oblasti uznání institutu rodiny a přenesení různých práv na homosexuální páry. K tomuto tématu mohu zařadit i výsledky v grafu č. 12, ze kterého plyne, že si 51 respondentek myslí, že homosexuálním párům, popřípadě ženám bez partnera lze provést asistovanou reprodukci. Zbýlých 49 žen je toho názoru, že tuto metodu nelze u zmíněných dvou skupin uskutečnit. Dle znění zákona č. 373/2011 Sb., lze provést asistovanou reprodukci pouze heterosexuálním párům

nikoli homosexuálním párům či ženám bez partnera. Odpovědi mohou být ovlivněny nedostatečnou informovaností respondentek v této oblasti, kdy se konkrétní práva minoritních skupin na veřejnosti moc často neobjevují.

Z provedeného výzkumu vyplývá, že za nejlepší dobu pro početí potomka považují respondentky dobu, kdy se nacházejí uprostřed svého produktivního cyklu, konkrétně ve věku 20 až 25 let. Tuto možnost zvolila většina dotazovaných žen v počtu 97. Pokud bychom tyto odpovědi dále dělili na výsledky od žen, které podstoupily asistovanou reprodukci a které ne, dá se říci, že ani zde nedošlo k statisticky významné odchylce.

V oblasti maximálního věku pro posuzovanou metodu si 53 % žen myslí, že IVF se provádí pouze u žen do 45 let. Správnou odpověď, a to do 49 let volila už menší část respondentek, konkrétně 33 % žen. Zde byl výsledek mimo mé očekávání, neboť jsem předpokládala, že většina zná správný věk. Dle Procházkové (2019, s. 46) uvedlo 65 % respondentů tu samou odpověď, tudíž se naše dotazníkové šetření shoduje. Při porovnání skupin respondentek z obou prací, lze hovořit o vyšší informovanosti žen s asistovanou reprodukcí.

Mají respondentky nějaký nárok na příspěvek od zdravotní pojišťovny?

Dotazované ženy v počtu 96 ví, že mají nárok na příspěvek od zdravotní pojišťovny. Další 4 respondentky netuší, že nějaká možnost příspěvku existuje. 70 z těch, které odpověděly kladně, uvedly, že se výše nákladů při úhradě pojišťovnou pohybuje ve výši 30 000 až 50 000 Kč. Že pojišťovna proplatí 4 cykly u žen, kterým bylo v prvních dvou cyklech transferováno pouze jedno embryo, zvolila většina respondentek, celkem 53 %. Dle Václavíkové (2020, s. 48) 43 % uvedlo tu samou odpověď. Bylo to o 10 % méně žen, než udává tento výzkum. Stále se ale jedná o nejpočetnější skupinu, tudíž bylo dosaženo shody výsledků.

Jaké znalosti mají respondentky ohledně darování pohlavních buněk?

U dotazování na to, zda jsou respondentky obeznámeny s darováním pohlavních buněk muže i ženy a zda lze pořizovat odběr vajíček opakovaně byly výsledky zcela v normě mého očekávání. Mnoho žen o této možnosti darování už něco slyšelo. Cílem dotazování tak bylo tento předpoklad potvrdit. Nejčastěji volenou kompenzací za darování vajíček bylo 25 000 Kč. Tuto možnost zvolilo hned 66 respondentek z mého výzkumu, z nichž 43 podstoupilo asistovanou reprodukci a 23 ne. Více informovaná je tedy skupina respondentek, které tuto metodu podstoupily.

Termín social freezing nezná celkem 64 respondentek. 36 dotazovaných žen o tomto tématu už někdy slyšelo. Předpokládám, že větší znalost o tomto označení mají ženy, které už podstoupily asistovanou reprodukci. Mají totiž díky okolnostem mnohem větší rozhled.

Které pohlaví častěji trpí neplodností a její příčiny?

Průzkum v bakalářské práci byl také zaměřen na mapování znalostí o příčinách neplodnosti podle názoru dotazovaných žen. Předpokladem byla převaha názoru směřující k neplodnosti způsobené ženou. Největší část respondentek však volila zdroj problémů u obou pohlaví v páru. Následovalo určení problémů pouze u ženy a poslední skupinou volby byly problémy u mužů. Dle Kita (2018, s. 76–77) je v posuzované oblasti nejčastější problém u žen, konkrétně v 35–45 %. Dále u mužů v 30–40 % a s kombinací potíží obou v páru se setkáme přibližně u 20 %. V tomto kritériu se výsledky zcela neshodují.

Respondentky byly dále dotazovány na to, čím si myslí, že je neplodnost nejčastěji způsobena a zda se jí dá nějakým způsobem předejít. Velká část z nich, konkrétně 39 % je toho názoru, že za příčiny poruch plodnosti lze považovat dnešní hektickou dobu. Následovaly psychické a gynekologické problémy, další jiné příčiny, životní styl a dědičnost. Předpokladem bylo to, že hektická doba a psychické problémy budou v popředí. To i vzhledem k současnému období různých občanských a osobních omezení na základě pandemie onemocnění koronavirem. V porovnání s výsledky Javnické (2020, s. 59) lze říci, že nejvíce zastoupenou skupinu tvoří respondenti, kteří zmiňují nedodržení zdravého životního stylu, následují psychické problémy spojené s dnešní hektickou dobou, a nakonec se jedná o vyšší věk žen. V rozhovorech se často vyskytují kombinace všech těchto příčin. Zde bohužel nedošlo ke shodě našich výsledků. Zapříčiněno to může být tím, že v tomto konkrétním výzkumu neměly respondentky možnost volbu více odpovědí najednou.

Zjišťován byl také názor žen na to, zda si myslí, že lze neplodnosti něčím aktivně předejít. Většina respondentek, konkrétně 46 je toho názoru, že neplodnosti lze předejít. 38 z nich jsou zastánkyněmi zdravého životního stylu. 7 je pro dřívější plánování rodiny a jedna jediná respondentka si myslí, že má každá žena právo na kryokonzervaci, což je v podstatě zmrazení pohlavní buňky a její ponechání a uložení na pozdější využití. Předpokladem výstupu průzkumu bylo více odpovědí, které budou nakloněny možnosti dřívějšího plánování rodičovství, to se však na základě získaných dat nepotvrdilo. V porovnání s Javnickou (2020, s. 59) vyplývá, že nejvíce zastoupenou skupinu tvoří respondenti zastávající názor dodržování správného

životního stylu. Zde lze říci, že v obou průzkumech těchto dvou prací došlo ke shodné odpovědi nejpočetnější skupiny dotazovaných.

9 ZÁVĚR

V teoretické části bakalářské práce jsou popsány a objasněny pojmy z problematiky asistované reprodukce. Získané informace jsou následně využity v části praktické, v níž se kromě podrobné metodiky nachází také průkazný rozbor. Pro jasnější interpretaci přínosů této bakalářské práce jsou veškeré zjištěné výsledky podrobeny diskusi. Stanovení cílů bylo poplatné tématu, které jsem si zvolila. Téma mne velmi zajímá, z toho důvodu jsem si jednoznačně stanovila jeden hlavní a 3 dílčí cíle tak, aby se daly promítnout do výzkumných otázek potřebných k získání odpovědí. Díky této návaznosti bylo přikročeno ke splnění předem vytyčených kritérií.

Asistovaná reprodukce je metoda, při níž lékař společně s embryologem manipuluje s pohlavními buňkami muže a ženy a pokouší se o jejich vzájemné splynutí. Cílem této metody je umožnit neplodnému páru mít vlastního potomka. Je zde zmíněno, že je úzce spjata s neplodností, jejichž nejčastější příčiny pramení dle statistických údajů ze strany ženy. Problém neplodnosti lze ale samozřejmě hledat i u muže. Obecná představa společnosti je, že žena si přeje být matkou a zplodit potomka, i když se jedná se o velmi náročnou fázi života působící na psychiku žen i mužů. Mnohdy tak tlak na psychiku, očekávání společnosti, nezdravý a konzumní životní styl a v neposlední řadě i onemocnění mohou být právě tím impulzem, který vede ke vzniku sterility.

Kladla jsem si za cíl ověřit, jaká je u žen informovanost o asistované reprodukci. Není žádným překvapením, že většina dotazovaných souhlasí s poptávanou metodou reprodukce, neboť zplození potomka je pro mnoho žen účelem a smyslem života. Informovanost a určité povědomí o tom, kdo může nebo nemůže, či nesmí podstoupit popisovaný zákrok dle zák. č. 373/2011Sb., je ale na nižší úrovni, což je dáno tím, že se o specializovaném zákroku ženy dozví více informací v době, kdy ho samy potřebují. Termín social freezing neznala více jak polovina respondentek. Je zajímavé, že ze strany dotazovaných je nejčastější příčina neplodnosti spatřována v kombinaci omezení obou partnerů. Za individuální a minoritní považuji názor jedné respondentky, která považuje mateřství za nátlak společnosti (viz tabulka 1, s. 38)

Zajímavé zjištění výzkumné části bakalářské práce je i odlišení rozdílného vnímání tématu asistované reprodukce u žen, které s touto metodou mají a nemají osobní zkušenost. Asistovaná reprodukce je nepřijatelná zejména těmi ženami, které zákrok nepodstoupily. Nepovažují tento zákrok za léčebnou metodu, spíše za obrovský byznys se značným ziskem pro specializované kliniky. Jen jedno procento z celku uvedlo nesouhlas s uváděným zákrokem na základě vlastní

zkušenosti. Shoda v odpovědích však napravuje vnímání určité nastalé celospolečenské otázky, neboť zde panuje pozitivní stanovisko, že asistovaná reprodukce umožňuje neplodným párům počít vlastního potomka.

Ačkoli se primárně jednalo o zaměření výzkumu na informovanost žen v otázce početí, bylo pro mě důležité zjistit, zda v této oblasti existuje i nějaká forma pomoci na bázi dárcovství. Je to důležité téma ve smyslu zachování společnosti i vyzdvihnutí osobních a morálních kvalit. Bylo zjištěno, že ženy v dotazované skupině jsou obeznámeny s darováním pohlavních buněk muže a ženy. Jasně zde vyplynulo to, že každá dotazovaná žena ví, že lze tyto buňky darovat jednou, nebo i opakovaně. Tento stav odpovědí dokresluje nejčastější zpětná vazba na dotazované finanční kompenzace, kde většina uvedla odpovídající finanční částku 25 000 Kč.

Není překvapením, že naprostá většina respondentek souhlasí s léčebnou metodou asistované reprodukce. Pokud nelze zajistit života schopnou generaci optimálním způsobem, jde o metodu, která jde správným směrem a může pomoci. Každá žena tak má možnost a právo na to, aby se mohla svobodně rozhodnout a nikdo by ji neměl odsuzovat za vlastní názor.

Tato bakalářská práce pracuje s názorem 100 respondentek, které odpovídaly na otázky týkající se asistované reprodukce. Je jedno, jaké mají náboženství, vzdělání nebo kulturu, jejich znalost možností pomoci v oblasti rozmnožování je velmi vysoká. I tak bych byla velmi ráda, pokud by zpracované téma bylo přínosné a pomohlo ještě větší osvětě. U mnoha žen by tak nemuselo docházet k tomu, že se stresem a úzkostí dostanou do stavu, kdy už jim nemusí nic pomoci. O neplodnosti by se mohlo začít mluvit už u dětí na základní škole, popřípadě při dovršení puberty, např. v rámci sexuální výchovy hovořit o problémech s početím. Lidé se mnohdy zabývají neplodností až tehdy, pokud tento problém sami řeší, a ne hned na začátku sexuálního života.

10 POUŽITÁ LITERATURA

Monografie

1. BINDER, Tomáš a kolektiv. *Porodnictví*. Praha: Karolinum, 2015. 298 s. ISBN 978-80-246-1907-1
2. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Ilustroval Ivan HELEKAL, ilustroval Jan KACVINSKÝ, ilustroval Stanislav MACHÁČEK. Praha: Grada, 2013. 512 s. ISBN 978-80-247-4788-0
3. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4., nezměněné vydání. Praha: Univerzita Praha, 2011. 374 s. ISBN 978-80-246-1966-8.
4. DUBOVÁ, Olga a ZIKÁN Michal. *Gynekologie a porodnictví: praktické repertorium*. Praha: Maxdorf, 2019. 866 s. ISBN 978-80-7345-599-6.
5. DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie: pro předmět Základy anatomie a fyziologie člověka*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2019. 312 s. ISBN 978-80-271-2111-3.
6. FIALA, Pavel a kol. *Stručná anatomie člověka*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2015. 244 s. ISBN 978-80-246-2693-2.
7. FRÜHAUFOVÁ, Kristýna a Jaroslav HULVERT. *Zachování fertility u onkologicky nemocných v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2017. 100 s. ISBN 978-80-271-0368-3.
8. KACHLÍK, David. *Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2019. 154 s. ISBN 978-80-246-4058-7.
9. KITE, Gerad. *Tajemství plodnosti: holistický přístup k plodnosti*. Přeložila Dana ŠIMONOVÁ. Praha: Práh, 2018. 192 s. ISBN 978-80-7252-753-3.
10. KOLIBA, Peter a kolektiv. *Sexuální výchova pro studenty porodní asistence a ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2019. 184 s. ISBN 978-80-271-2039-0.
11. KONEČNÁ, Hana. *Rodičem kdykoliv a jakkoliv?*. Průvodce asistovanou reprodukcí a náhradní rodinnou péčí. Praha: Mladá fronta, 2017. 256 s. ISBN 978-80-204-4652-7
12. KŘEPELKA, Petr. *Hormonální antikoncepce: zásady bezpečné praxe*. Praha: Mladá fronta, 2013. Edice postgraduální medicíny. 288 s. ISBN 978-80-204-2991-9.

13. KŘIVÁNKOVÁ, Markéta. *Somatologie: pro střední zdravotnické školy*. 2., doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2019. 224 s. ISBN 978-80-271-0695-0.
14. KUŽEL, David a kolektiv. *Základy panoramatické hysteroskopie*. Praha: Grada Publishing, 2016. 192 s. ISBN 978-80-271-0303-4.
15. MARDEŠIĆ, Tonko. *Diagnostika a léčba poruch plodnosti*. Praha: Grada, 2013. 96 s. ISBN 978-80-247-4458-2.
16. MOUREK, Jindřich. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. 224 s. ISBN 978-80-247-3918-2.
17. OREL, Miroslav. *Anatomie a fyziologie lidského těla: pro humanitní obory*. Praha: Grada, 2019. 448 s. ISBN 978-80-271-0531-1.
18. ROKYTA, Richard a kolektiv. *Somatologie: učebnice*. 6. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2014. 260 s. ISBN 978-80-7478-514-6.
19. ŘEZÁČOVÁ, Jitka. *Reprodukční medicína: současné možnosti v asistované reprodukci*. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. 710 s. ISBN 978-80-204-4657-2
20. ŠRÁMKOVÁ, Taťána. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Praha: Grada, 2013. 232 s. ISBN 978-80-247-4453-7.
21. ŠRÁMKOVÁ, Taťána. *Sexuologie pro zdravotníky*. Praha: Galén, 2015. 237 s. ISBN 978-80-7492-162-9.

Internetové zdroje

22. AJOL. The Bartholin gland: An overview of anatomy, physiology and disease [online]. 2013, [cit. 2021-02-27]. Dostupné z: <https://www.ajol.info/index.php/ogf/article/view/88904>
23. ANAMNEZA. Úrazy zevního mužského genitálu [online]. 2003–2017 [cit. 2021-02-27]. Dostupné z: <https://www.anamneza.cz/nemoc/Urazy-zevniho-muzskeho-genitalu-449>
24. DRAŽAN, Daniel. Varikokéla [online]. 2011. [cit. 2021-02-16]. Dostupné z: <https://www.danieldrazan.cz/casta-onemocneni/varikokela/>

25. DVOŘÁKOVÁ, Alena. Kouření a plodnost x neplodnost. [online]. 2018. [cit. 2021-16-02]. Dostupné z: <https://alenadvorakova.cz/koureni-a-plodnost-x-neplodnost/>
26. DVOŘÁKOVÁ, Alena. Kouření a plodnost x neplodnost. [online]. 2018. [cit. 2021-16-02]. Dostupné z: <https://alenadvorakova.cz/vek-a-plodnost-x-neplodnost-ii/>
27. DVOŘÁKOVÁ, Alena. Kouření a plodnost x neplodnost. [online]. 2018. [cit. 2021-02-16]. Dostupné z: <https://alenadvorakova.cz/proc-mam-chodit-k-psychotherapeutovi-kdyz-resim-neplodnost/>
28. DVOŘÁKOVÁ, Alena. Proč mám chodit k psychoterapeutovi, když řeším neplodnost?. [online]. 2019. [cit. 2021-02-16]. Dostupné z: <https://alenadvorakova.cz/proc-mam-chodit-k-psychotherapeutovi-kdyz-resim-neplodnost/>
29. EUROPE IVF. 2010–2021. Centrum asistované reprodukce. Dostupné z: https://europeivf.com/cz/?gclid=EA1aIQobChMIInqXZg5eD7wIVBQUGAB3XyAYFEAAYASAAEgIgrvD_BwE
30. EUROPE IVF. 2010–2021. Centrum asistované reprodukce. Dostupné z: <https://europeivf.com/cz/metoda/iui/>
31. EUROPE IVF. 2010–2021. Centrum asistované reprodukce. Dostupné z: https://europeivf.com/cz/prubeh-umeleho-oplodneni/?gclid=EA1aIQobChMI1aPUof6C7wIVybLVCh39CQtkEAAAYBCAAEgIHM_D_BwE&fbclid=IwAR3_g8i7QLZNJs9OHyv0iRYBiVGoUyyqyGiJeAJyaqOutBZoBfm25TghFA
32. GENNET. 1996–2021. Centrum asistované reprodukce. Dostupné z: <https://www.gennet.cz/darovaci-program>
33. GENNET. 1996–2021. Centrum asistované reprodukce. Dostupné z: <https://www.gennet.cz/social-freezing>
34. GENNET. 1996–2021. Centrum asistované reprodukce. Dostupné z: <https://www.gennet.cz/prekoncepni-vysetreni>
35. GYNMEDICO. Sexuálně přenosné nemoci [online]. 2021 [cit. 2021-02-27]. Dostupné z: <file:///Z:/https://www.gynmedico.cz/sluzby/sexualne-prenosne-nemoci/>
36. KUBÍČEK, Solen. Spermatologické vyšetření [online]. 2010 [cit. 20210227] Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/uro/2010/04/08.pdf>

37. MEDIMERK. Neplodnost u muže [online]. 2019, [cit. 2021-02-27]. Dostupné z: <https://www.medimerck.cz/cz/home/infertility/neplodnost-u-muze-pubfrtl.html>
38. PFC. 2013-2021 [online]. Centrum asistované reprodukce. Dostupné z: <https://www.pragueivf.com/cs/blog/umele-oplodneni>
39. PRONATAL. 1996–2021. Centrum asistované reprodukce. Dostupné z: <https://pronatal.cz/cs/lecba-neplodnosti-muzi>
40. PRONATAL. 1996–2021. Centrum asistované reprodukce. Dostupné z: <https://pronatal.cz/cs/lecba-neplodnosti-zeny>
41. PRONATAL. 1996–2021. Centrum asistované reprodukce. Dostupné z: <https://pronatal.cz/cs/legislativa>
42. PRONATAN. 1996–2021. Centrum asistované reprodukce. Dostupné z: https://pronatal.cz/cs/umele-oplodneni/icsi-intracytoplazmaticka-injekce-spermii?gclid=EAIAIQobChMIjo7Aw-rz7QIVWfBRCh0erQ0oEAAYASAAEgK4I_D_BwE
43. PTACKOVA, Vladka. Proč se vyhýbat alkoholu, když se snažíte otěhotnět? [online]. 2014. [cit. 2021-02-27]. Dostupné z: <https://fertilomat.com/cs/alcohol-vliv-plodnost-otehotneni>
44. REPRODUCTIVE SCIENCE CENTER OF NEW JERSEY. 2008–2021. Centrum reprodukční vědy. Dostupné z: <https://fertilitynj.com/infertility/male-infertility/>
45. REPROMEDA. ICSI a PCSI. Nejúspěšnější embryologické metody zajišťující oplození zralého vajíčka optimální spermii [online]. 2018 [cit. 2021-02-27]. Dostupné z: <https://www.repromeda.cz/icsi-a-picsi-nejuspesnejsi-embryologicke-metody-zajistujici-oplozeni-zraleho-vajicka-optimalni-spermii/>
46. ŘEHÁK, Jan. Sociologická encyklopedie. [online]. 2018. [cit. 2021-02-16]. Dostupné z: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/V%C3%BDb%C4%9Br_metodou_sn%C4%9Bhov%C3%A9_koule
47. SANUS. 2005–2021. Centrum asistované reprodukce. Dostupné z: https://www.sanus.cz/darujte%20vajicka/?gclid=EAIAIQobChMIi8H5guvD7gIVngWiAx00LAjJEAAYASAAEgJeTvD_BwE

48. SANUS. 2005–2021. Centrum asistované reprodukce. Dostupné z: <https://www.sanus.cz/dalsi-obory/vysetreni-pri-priprave-na-poceti-vysetreni-neplodnych-paru-prekoncepni-vysetreni-paru>
49. ŠÁLEK, Jakub. 19 nejčastějších sexuálních úrazů u mužů a žen. [online]. 2018. [cit. 2021-02-16]. Dostupné z: <https://www.erekce.cz/sexualni-urazy/>

Bakalářské a diplomové práce

50. JAROŠOVÁ, Kristýna. 2018. *Proces in vitro fertilizace očima žen*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Liana Greiffeneggová.
51. JAVNICKÁ, Dorota. 2020. *Vliv (ne)zdravého životního stylu na reprodukční zdraví člověka*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Jitka Slaná Reissmannová, Ph.D.
52. PROCHÁZKOVÁ, Hana. 2019. *Zhodnocení vybraných aspektů asistované reprodukce*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Přírodovědecká fakulta. Vedoucí práce RNDr. Helena Nejezchlebová, Ph.D.
53. VÁCLAVÍKOVÁ, Jana. 2020. *Účinnost edukace u pacientek indikovaných k IVF*. Praha. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5. Vedoucí práce PhDr. Ivana Jahodová, Ph.D.

Tištěné prameny

54. Zákon č. 296/2008 Sb. Zákon o zajištění a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka a o změně souvisejících zákonů. (zákon o lidských tkáních a buňkách) Sbírka zákonů. 19. 08. 2008. Částka č. 97/2008 Sb.
55. Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. (zákon o zdravotních službách) Sbírka zákonů 8. 12. 2011. Částka č. 131/2011 Sb.
56. Zákon č. 373/2011 Sb. Zákon o specifických zdravotních službách. Sbírka zákonů. 8. 12. 2011. Částka č. 131/2011 Sb.

57. Zákon č. 422/2008 Sb. Vyhláška o stanovení bližších požadavků jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka. (Ministerstvo vnitra ČR. 2008–2011) Sbírka zákonů. 8.12.2008. Částka č. 138/2008 Sb.

Osobní komunikace

58. DVOŘÁKOVÁ, Alena. Asistovaná reprodukce – postup. [elektronická pošta]. Message to: pruvodce@alenedvorakova.cz. 14. ledna 2021 22:38 [cit. 2020-04-15]. Osobní komunikace.

11 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Dotazník</i>	69
-----------------------------------	----

Příloha A - Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Petra Keřková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Jako téma mé bakalářské práce jsem si zvolila práci na téma *"Postoj žen v reprodukčním věku k asistované reprodukci"*. Asistovaná reprodukce je metoda, při které lékař s embryologem pracují s vajíčky ženy a spermii muže. Účelem je usnadnit nebo docílit splynutí či oplodnění ženy.

Ideální cílovou skupinou mé bakalářské práce jsou ženy od 18ti do 35ti let, které již asistovanou reprodukci podstoupily či o ní uvažovaly, ale i ty, jež s tímto zákrokem nemají žádné zkušenosti. Proto bych Vás chtěla poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, pomocí něhož získám mnoho důležitých informací k zodpovězení mých cílů.

Prosím, snažte se odpovídat na otázky v dotazníku pravdivě a upřímně. Nepravdivá data mi nijak nepomohou. Vaše odpovědi označte křížkem nebo je můžete doplnit vlastními slovy.

Dotazník je anonymní a dobrovolný. Tyto informace budou sloužit jako zdroj, z kterého budu zpracovávat svou bakalářskou práci. Pokud byste chtěly znát výsledky dotazníkového šetření, ráda Vás s nimi seznámím.

Děkuji Vám za spolupráci a Váš čas.

1. Jaký je Váš věk?

- 18 – 20 let
- 21 – 25 let
- 26 – 30 let
- 31 – 45 let

2. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

- základní
- střední odborné s výučním listem
- střední s maturitou
- vysokoškolské

3. Žijete:

- sama
- v manželství
- se stálým partnerem
- registrované partnerství

4. Proč si myslíte, že je pro ženu tak důležité být matkou?

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

5. Snažíte se o dítě? (Pokud ne, přejděte na otázku číslo 9.)

- Ano
- Ne

6. Povedlo se Vám otěhotnět přirozenou cestou?

- Ano
- Ne

7. Podstoupila jste asistovanou reprodukci?

- Ano
- Ne

8. Souhlasíte či nesouhlasíte s asistovanou reprodukcí? Svou odpověď prosím vysvětlete.

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

9. Kde jste se o této metodě dozvěděla poprvé?

- U lékaře
- Média
- Od přátel či rodiny
- Diskuzní fóra
- Sociální sítě
- Nepamatuji si

10. Je někdo z Vašeho okolí, kdo asistovanou reprodukci podstoupil?

- Ano
- Ne
- Nevím

11. Jak dlouho si myslíte, že se žena pokouší o dítě, než navštíví lékaře?

- Méně než 6 měsíců
- Do 12 měsíců
- Více jak 12 měsíců

12. Víte, jaká zkratka se využívá pro jiné označení mimotělního oplození?

- IVF
- IFV
- VFI
- FVI

13. Myslíte si, že může být asistovaná reprodukce provedena homosexuálním párem či ženám bez partnera?

- Ano
- Ne

14. Myslíte si, že máte nárok na příspěvek od zdravotní pojišťovny, pokud chcete podstoupit asistovanou reprodukci?

- Ano
- Ne

15. Kolik si myslíte, že Vám pojišťovna proplatí pokusů?

- 2 cykly umělého oplodnění
- 1 cyklus umělého oplodnění
- 2 – 3 cykly umělého oplodnění, pokud bylo v prvních dvou cyklech transferováno pouze jedno embryo.
- 4 cykly pokud v prvních dvou cyklech bylo transferováno pouze jedno embryo

16. Zkuste odhadnout výši nákladů, kterou žena doplácí při úhradě pojišťovnou:

- Do 5000 Kč
- Do 20 000 Kč
- 30 000 – 50 000 Kč

17. Víte o možnosti darování vajíček či spermatu?

- Ano
- Ne

18. Myslíte si, že lze odběr ženských vajíček dělat opakovaně?

- Ano
- Ne

19. Jaká je podle Vás výše kompenzace, kterou může ženadostat v ČR, když se stane dárkyní vajíček?

- Cca 12 000 Kč
- Cca 22 000 Kč
- Cca 25 000 Kč
- Cca 38 000 Kč

20. Víte, co to znamená, když se řekne Social freezing?

- Ano
- Ne

21. Které věkové období je bráno jako ideální biologický věk ženy?

- Od začátku menstruace do 19 let
- 20 až 25 let
- 30 let až do menopauzy

22. Do jakého věku může žena podstoupit IVF?

- 35
- 45

- 49
- 50

23. Proč si myslíte, že nejčastěji nejde párům otěhotnět přirozenou cestou?

- Neplodnost u ženy
- Neplodnost u muže
- Kombinace neplodnosti muže a ženy
- Psychické problémy
- Příčina nezjištěna
- Jiné:.....
.....

24. Je podle Vás častější neplodnost u mužů nebo u žen?

- Ženy
- Muži
- Obě možnosti jsou správné

25. Čím si myslíte, že je nejčastěji způsobená neplodnost?

- Psychické problémy (stres, deprese,...)
- Špatný životní styl (kouření, alkohol, drogy,...)
- Dnešní hektická doba (oddalování těhotenství kvůli kariéře,...)
- Gynekologické/urologické obtíže (rakovina děložního čípku, rakovina vaječníků,...)
- Dědičnost
- Jiné: Prostor na volnou odpověď:.....
.....

26. Lze podle Vás předejít neplodnosti muže či ženy? (Pokud Ano, prosím vysvětlete)

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

Děkuji za Vaši ochotu a Váš čas.