

# **Neplodnost a její vliv na psychiku ženy**

Jana Hrubčová, DiS.

---

Bakalářská práce  
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2013/2014

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana Hrubčová, DiS.**

Osobní číslo: **H11618**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Neplodnost a její vliv na psychiku ženy**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury v dané oblasti.**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek dané problematiky.**

**Příprava metodiky průzkumné části.**

**Realizace průzkumu formou dotazníkového šetření.**

**Zpracování, vyhodnocení a interpretace dat.**

**Prezentace výsledků šetření.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**BAYER, Steven, Michael ALPER, Alan PENZIAS.** The Boston IVF Handbook of Infertility. 2. edition. Oxon: Informa, 2007. ISBN 10-0-415-39432-5.

**KONEČNÁ, Hana.** Na cestě za dítětem: dvě malá křídla. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-807-2625-918.

**MARDEŠIČ, Tonko.** Neplodnost: trápí Vás? Praha: Makropulos, 1996. ISBN 80-860-0301-9.

**MARDEŠIČ, Tonko.** Když se nedaří otěhotnět: průvodce pro páry s narušenou plodností. Praha: Mladá fronta, 2010. ISBN 978-802-0421-746.

**PAULÍK, Karel.** Psychologie lidské odolnosti. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4729-596.

**ULČOVÁ-GALLOVÁ, Zdenka.** Neplodnost – útok imunity: metody vyšetření, příčiny neplodnosti, důvody potrácivosti, metody léčby, nejčastější otázky. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1493-0.

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Andrea Filová**

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

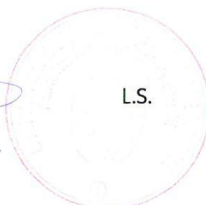
**15. ledna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**23. května 2014**

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014

  
doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 10.3.2014 .....

.....  
.....

<sup>1)</sup> zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdaním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užití-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

**Cíl:** Cílem bakalářské práce bylo zjistit jak je vnímána neplodnost a její vliv na psychiku ženy z pohledu neplodných žen a sester.

**Metodika:** V praktické části byly sestaveny dva nestandardizované dotazníky, které poskytly informace o pohledu neplodné ženy na neplodnost. Tento pohled na neplodné ženy byl využit i u sester, které pracují s neplodnými ženami v centrech asistované reprodukce. Byl brán jako zpětná vazba co právě prožívají neplodné ženy a jak je vidí sestry, které o ně pečují. První výzkumný soubor byl tvořen 50 ženami, které byly léčeny s neplodností na Klinice reprodukční medicíny a gynekologie ve Zlíně. Druhý výzkumný soubor byl tvořen 46 sestrami, které mají praxi v oboru reprodukční medicíny z center: Klinika reprodukční medicíny a gynekologie ve Zlíně, Reprofit Brno a Gennet Praha. Dotazníkové šetření probíhalo od 15. ledna 2014 do 15. března 2014.

**Výsledky:** Výsledky dotazníkového šetření prokázaly, rozdíly u žen a sester hlavně ve vnímání psychologické pomoci a možnosti využívání alternativních metod v kombinaci s léčbou v centrech asistované reprodukce. Velmi zajímavé zjištění bylo, že některé ženy při vyjádření pocitů po sdělení diagnózy neplodnosti nezvolily ani jednu z možných variant. To poukazuje na to, že se jim velmi těžce vyjadřují pocity, které právě prožívaly při zjištění neplodnosti. Dalším zajímavým výsledkem bylo zjištění, že sestry znají velmi dobře své klientky a většinu případů se shodují s ženami.

**Závěr:** I s velkým pokrokem při léčbě neplodnosti v dnešní době, by se nemělo zapomínat na neplodné ženy také z psychologického pohledu a možné kombinace léčby za pomoci alternativních metod. Sestra jako nejbližší pomoc neplodným ženám a také jako žena by klientkám mohla do budoucna více pomáhat se orientovat v těchto možných a určitě prospěšných kombinacích léčby neplodnosti.

### **Klíčová slova:**

Neplodnost, žena, sestra, psychologická pomoc, alternativní metody.

## **ABSTRACT**

**Objective:** The aim of this work was to investigate the perception of infertility and its influence on the psyche of women from the perspective of infertile women and nurses.

**Methods:** Two nonstandardized questionnaires were compiled in the practical part, which provided information about the view of infertile women on infertility. This view of infertile women was also used by nurses, who work with infertile women in the centers of assisted reproduction. It was taken as the feedback what are infertile women feeling and what is the view of nurses, who take care about them. The first research group consisted of 50 women who were treated with infertility at the Clinic of Reproductive Medicine and Gynecology in Zlin. The second research sample consisted of 46 nurses who have experience in the field of reproductive medicine center: Clinic of Reproductive Medicine and Gynecology in Zlin, Reprofit Brno and Prague Gennet. The questionnaire survey was conducted from 15 January 2014 to 15 March 2014.

**Results:** The results of the survey mainly showed differences in perception of women and nurses in of psychological assistance and possible use of alternative methods in combination with treatment in centers for assisted reproduction. A very interesting finding was that some women during expression of their feelings after disclosure of the diagnosis of infertility did not choose one of possible variant. This points to the fact that it is very hard for them to express their feelings during process of getting finding about their infertility. Another interesting result was that the sisters know very well their clients and in the most cases they identify themselves with infertile woman.

**Conclusion:** Even with the great advances in the treatment of infertility nowadays, one should not forget the infertile woman also from a psychological point of view and possible combinations of treatments using alternative methods. The nurse as the closest help of infertile women and also as a woman could help more with orientation in the possible and definitely beneficial combinations of infertility treatments.

### **Keywords:**

Infertility, women, nurse, psychological assistance, alternative methods.

Tímto bych chtěla srdečně poděkovat Mgr. Filové za odborné vedení mé bakalářské práce, za cenné rady a připomínky. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům a klinikám asistované reprodukce, kde probíhalo průzkumné šetření. Velké poděkování patří mé rodině, partnerovi a přátelům za podporu po celou dobu studia.

Motto:

*„Co máme za sebou a co před sebou, je málo důležité ve srovnání s tím, co máme v sobě.“*

Emerson Ralph Waldo



Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>12</b>
<b>1 TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>13</b>
<b>1 NEPLODNOST</b> .....	<b>14</b>
1.1 NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINY NEPLODNOSTI .....	14
1.1.1 Nejčastější příčiny neplodnosti u ženy .....	14
1.1.2 Nejčastější příčiny neplodnosti u muže.....	15
1.2 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ PLODNOST .....	16
<b>2 DIAGNOSTIKA NEPLODNOSTI</b> .....	<b>17</b>
2.1 DIAGNOSTIKA NEPLODNOSTI U ŽENY .....	17
2.2 DIAGNOSTIKA NEPLODNOSTI U MUŽE.....	18
<b>3 LÉČBA NEPLODNOSTI</b> .....	<b>19</b>
3.1 NĚKTERÉ SPECIÁLNÍ TECHNIKY A METODY V LÉČBĚ NEPLODNOSTI.....	19
3.2 REPRODUČNÍ TURISTIKA .....	20
<b>4 NEPLODNOST A PSYCHIKA ŽENY</b> .....	<b>22</b>
4.1 NEPLODNOST JAKO KRIZE PRO PARTNERSKÝ VZTAH .....	23
4.2 VYPOŘÁDÁVÁNÍ SE S DIAGNÓZOU NEPLODNOSTI.....	23
4.3 RADY PRO ZVLÁDÁNÍ KRIZOVÝCH SITUACÍ.....	25
<b>5 STRATEGIE PRO NEPLODNÉ ŽENY</b> .....	<b>27</b>
5.1 PROPOJENÍ MYSL/TĚLO (THE MIND/BODY CONNECTION) – PROGRAM PRO NEPLODNOST .....	27
5.2 PSYCHOTERAPIE .....	29
5.2.1 Základní směry psychoterapie .....	29
5.2.2 Psychoterapie a její druhy .....	30
5.2.3 Speciální formy psychoterapie .....	31
5.2.4 Účinné faktory psychoterapie.....	32
<b>6 ROLE SESTRY NA IVF PRACOVIŠTÍCH</b> .....	<b>34</b>
6.1 SESTRA A EFEKTIVNÍ KOMUNIKACE .....	34
6.2 SESTRA - PRACOVNÍK TÝMU .....	34
6.3 SESTRA - POZOROVATELKA EMOCÍ A PSYCHOLOG.....	34
6.4 SESTRA – EDUKÁTORKA .....	35

<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>36</b>
<b>7</b>	<b>FORMULACE PROBLÉMU</b> .....	<b>37</b>
<b>8</b>	<b>CÍLE PRŮZKUMU</b> .....	<b>38</b>
<b>9</b>	<b>METODIKA PRŮZKUMU</b> .....	<b>39</b>
9.1	CHARAKTERISTIKA SOUBORU .....	39
9.2	METODA SBĚRU DAT .....	39
9.3	ORGANIZACE PRŮZKUMU .....	40
9.4	ZPRACOVÁNÍ DAT .....	40
<b>10</b>	<b>VÝSLEDKY</b> .....	<b>41</b>
<b>11</b>	<b>DISKUSE</b> .....	<b>62</b>
	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>66</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>67</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH INTERNETOVÝCH ZDROJŮ</b> .....	<b>67</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>69</b>
	<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>70</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ</b> .....	<b>71</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>72</b>

## ÚVOD

Neplodnost je komplexním medicínským tématem, které v dnešní době čelí neustále se zvyšujícímu počtu párů, které mají problém s početím dítěte. Neplodnost nezahrnuje jen biologický aspekt, ale jsou v ní také zahrnuty psychologické a emocionální bitvy (Lindsey, Driskill, 2013, s. 41).

Neplodnost by měla být brána holisticky, má dopad na ženy, jejich chování a reakce, které postihují každou stránku jejich života. Přináší jim určitou izolaci a životní zkušenosti, které bohužel nespádají do jejich plánování s očekáváním (Lindsey, Driskill, 2013, s. 41-43).

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit jak je vnímána ženská neplodnost z pohledu sester a z pohledu neplodných žen.

Empirická část bakalářské práce je zaměřena na to, jak neplodné ženy vnímají celý proces léčby neplodnosti a jak tyto neplodné ženy vidí sestry, které s nimi každodenně komunikují a poskytují jim péči a oporu při cestě za jejich vytouženým dítětem. Součástí průzkumného šetření budou i demografické údaje, délka praxe sester v reprodukční medicíně a nejvyšší stupeň dosaženého vzdělání.

Téma bakalářské práce jsem si zvolila proto, že jsem jednou ze sester, které se dnes a denně snaží pomoci neplodným ženám nejen po stránce technik a metod, které se používají při léčbě neplodnosti, ale také proto, že je velmi důležitá péče o navození psychické pohody u neplodných žen.

Důležitá je snaha přivést ženu na strategii myšlení: „Když se jedny dveře zavřou, tak se někde otevřou druhé.“ To, že nemohou nebo se jim zatím nedaří početí dítěte, neznamená, že se jednou nestanou biologickou maminkou, adoptivní maminkou nebo prostě jen maminkou ať už pro kohokoliv.

Výsledná zjištění v průzkumném šetření by měla přispět ke komplexnějšímu pohledu na vnímání ženské neplodnosti a zdůraznění důležitosti psychologické péče u těchto žen. Ke každé ženě, by se mělo přistupovat individuálně, nepamínat na to, že i my jsme lidé a nikdy nevíme, kdy se ocitneme na té „druhé straně“.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 NEPLODNOST

S neplodností jakožto nemocí se setkáváme stále častěji. Můžeme být zmateni s přijatelnou definicí neplodnosti. Když si slovo neplodnost přeložíme doslovně, znamená nemožnost početí, tudíž z tohoto důvodu by mohlo být synonymem se sterilitou. Je pravdou, že všechny ženy, které jsou sterilní, jsou považovány za neplodné a právě protikladem tohoto je, že ne všechny ženy, které jsou neplodné, jsou sterilní (Bayer, Alper, Penzias, 2007, s. 5).

### Definice neplodnosti

Neplodnost jiným názvem také infertilita je nemoc. Znamená nemožnost početí dítěte u snažícího se páru po dobu jednoho roku pravidelného nechráněného pohlavního styku (Řežábek, 2008, s. 10).

### 1.1 Nejčastější příčiny neplodnosti

Obecně bychom mohli říci, že asi v jedné třetině párů je problém na straně ženy, v jedné třetině je problém na straně muže a v jedné třetině najdeme problém u ženy i muže (Mardešić, 2010, s. 19).

#### 1.1.1 Nejčastější příčiny neplodnosti u ženy

##### Porucha ovulace

Je nejobvyklejší příčinou sterility u žen. Může zde být problém s poruchou uvolňování vajíček z vaječníků, nebo dojde k anovulaci, což je porucha zrání a uvolňování vajíček, často na podkladě tzv. syndromu polycystických vaječníků (Stopardová, 1996, s. 40).

##### Porucha funkce vejcovodů (tubární sterilita)

Po poruchách ovulace je druhou nejčastější příčinou neplodnosti u ženy. Tubární sterilita bývá nejčastěji po zánětech vnitřních rodidel, kdy dojde k narušení funkce vejcovodu a může dojít ke vzniku srůstů. Tímto vznikne problém uchycení vajíčka vejcovodem nebo následným transportem směrem k děloze (Mardešić, 1996, s. 46).

### **Imunologická příčina**

Pro ženu jsou spermie cizími buňkami, její imunitní systém je nerozpoznává. V semenu muže je obsažena látka, která má schopnost tlumit imunitní systém ženy. Problém nastane, pokud muž tyto látky v semenu obsaženy nemá. Další příčinou je, když imunitní systém ženy reaguje přehnaně, tudíž látky obsaženy v semenu nemají šanci reakci dostatečně tlumit (Fejfarová, 2012).

### **Neznámá (idiopatická) příčina**

Idiopatická příčina neplodnosti je ta, která je hodnocena normálními výsledky u partnerů po prodělání všech dostupných vyšetření (Ulčová-Gallová, Lošan, 2013, s. 41).

### **Psychogenní příčina**

Může být buď samostatná, nebo jako součást ostatních příčin vedoucích k neplodnosti. Člověk vyniká ústřední nervovou soustavou. Šedá kůra mozková řídí funkce prakticky celého organismu a jednotlivé orgány ovlivňuje cestou hormonální, nervovou a imunitní (Ulčová-Gallová, Lošan, 2013, s. 37).

## **1.1.2 Nejčastější příčiny neplodnosti u muže**

### **Problémy se spermatem**

U muže bývá nejčastěji problém s nízkým počtem spermií. Vznikem jejich nejrůznějších anomálií, které mohou být způsobeny anatomickými, hormonálními a imunologickými problémy. Velkou roli zde mají také faktory životního prostředí (Stopardová, 1996, s. 36).

### **Hormonální příčiny**

Jsou zapříčiněny neuvolněním dostatečného množství folikulostimulačního (FSH) a luteinizačního (LH) hormonu v podvěsku mozkovém. Adekvátní produkce těchto hormonů stimulujících varlata je nezbytná pro vznik zdravého spermatu (Stopardová, 1996, s. 36).

### **Imunologická příčina**

Nejčastější imunologickou poruchou je porušení speciální bariéry oddělující varlata od imunitního systému. Příčinou porušení této bariéry může být následkem úrazu, zánětu nebo prodělaného nádorového onemocnění varlat. Tímto se buňky imunity dostanou ke dříve

neznámým tkáním a začnou na ně útočit jako na cizí. Dojde ke vzniku protilátek, které se naváží na spermie. Což vede ke špatnému pohybu spermií, nemusí se dostat přes hlen krčku dělohy a mohou mít potíže při průniku do vajíčka (Fejfarová, 2012).

## 1.2 Faktory ovlivňující plodnost

### Věk

Velmi jednoduchým, nejdůležitějším faktorem, který ovlivňuje šanci početí dítěte je věk ženy. Plodnost ženy začíná všeobecně klesat po 24 roku a po 37 roku ženy je klesání urychleno. U muže se pohlavní funkce snižují s postupujícím věkem. Produkce testosteronu se začíná snižovat okolo 40 roku života muže (Bayer, Alan, Penzias, 2007, s. 15-16).

### Sexuální aktivita a časování pohlavního styku

Páry s častější pohlavní aktivitou nejméně třikrát do týdne mají třikrát vyšší pravděpodobnost početí než páry s frekvencí pohlavního styku jedenkrát týdně (Mardešić, 1996, s. 23).

Otěhotnění je závislé na správném časování pohlavního styku v době ovulace. Výzkum ukázal, že k otěhotnění došlo po pohlavním styku, který probíhal v průběhu šesti dnů. Šestý den končil se dnem ovulace. Bylo potvrzeno, že nejvyšší šance k otěhotnění probíhá začátkem druhého dne před ovulací. K otěhotnění nedošlo, pokud pohlavní styk proběhl hned po ovulaci (Bayer, Alan, Penzias, 2007, s. 17-18).

### Další faktory, které mají dopad na plodnost

Negativní vlivy zevního prostředí jako jsou konzumace alkoholu, kávy, drog a kouření ovlivňují proces tvorby a kvality spermií u mužů a také negativně ovlivňují fertilitu ženy. U níž se častěji setkáváme se stresem, úzkostí a nadměrnou psychickou zátěží (Mardešić, 1996, s. 24).



## 2 DIAGNOSTIKA NEPLODNOSTI

### Anamnéza

Podrobná anamnéza je velmi důležitá při správné diagnostice neplodnosti. Lékař se páru dotazuje na současný zdravotní stav, prodělaná i současně léčená onemocnění a operace, zaměstnání, užívání léků. U ženy dále na první menstruaci, pravidelnost a její délku. Užívání antikoncepce a předchozí těhotenství, potraty (Mardešić, 1996, s. 28).

### Vyšetření na sexuálně přenosné choroby

U obou partnerů se provádí odběr krve na hepatitis B, hepatitis C, syfilis a HIV (virus lidské imunitní nedostatečnosti). Před zahájením léčby je znalost výsledků na tyto nemoci vyžadována zákonem.

Stěry u žen z děložního čípku a u mužů kulturací z ejakulátu na chlamydie, Ureaplasma, Mycoplasma. Tyto infekce jsou časté a musí být přeléčeni oba sexuální partneři (Mardešić, 2010, s. 13).

### Genetické vyšetření

Genetické vyšetření je nutné u párů s opakovanými potraty, u idiopatické sterility a při narušené plodnosti u muže. Zjišťuje se karyotyp (počet chromozomů), mikrodelece pohlavního chromozomu Y, vyšetření mutace CFTR genu (gen pro cystickou fibrózu) (Mardešić, 2010, s. 13).

### Imunologické vyšetření

Vyšetření na přítomnost protilátek. Odběr krve na protilátky proti spermiím (ASA – antispermatozoidální protilátky) a protilátky proti obalům vajíčka (AZA – antifosfolipidové protilátky) (Mardešić, 2010, s. 13).

## 2.1 Diagnostika neplodnosti u ženy

### Hormonální a ovulační testy

Poskytují informace o interakci mezi hypotalamem, podvěskem mozkovým, mozkem a vaječníky. Jestliže se v testech objeví nerovnováha poměru hormonů, ukazuje to

na problém s ovulací. Odebírá se krev na hladinu estrogenu, luteinizačního hormonu (LH), progesteronu, folikulostimulačního hormonu (FSH), testosteronu a prolaktinu (Stopardová, 1996, s. 42).

### **Vyšetření ultrazvukem**

Pomocí ultrazvuku lékař dokáže kontrolovat vývoj folikulů ve vaječnicích a zjistit zda probíhá ovulace. Pomáhá také při vyšetření vejcovodů s použitím speciálního roztoku, kde je možné sledovat za ultrazvukové kontroly průnik tekutiny vejcovody a tím zjistit jejich průchodnost. Vyšetření se provádí ambulantně (Stopardová, 1996, s. 42).

### **Laparoskopie a hysterosalpingografie**

Laparoskopie – endoskopické vyšetření vnitřních rodidel, určí průchodnost vejcovodů nebo jejich poničení. Umožňuje posouzení nálezu děloze, vejcovodech, vaječnicích. Při laparoskopii mohou být vyšetřeny i další vnitřní orgány pro případné vyloučení endometriózy, adheze, malformací. A zároveň odstranění abnormálních nálezů.

Hysterosalpingografie – zobrazovací vyšetření, které slouží k posouzení děložní dutiny, uložení a průchodnosti vejcovodů (Stopardová, 1996, s. 43).

## **2.2 Diagnostika neplodnosti u muže**

### **Hormonální testy**

U muže jsou zásadní u azospermie (absence spermií) nebo oligospermie (málo spermií). Odebírá se krev na hladinu luteinizačního hormonu (LH), folikulostimulačního hormonu (FSH) a testosteronu (Stanovení hladiny FSH, LH a testosteronu, © 2009).

### **Určení kvality spermatu – spermioqram**

Vzorek spermatu se hodnotí mikroskopicky. Zhodnotí se objem vzorku, pH, pohyblivost a tvar spermií, koncentrace, celkový počet spermií, životaschopnost a další buněčné elementy – bílé krvinky, množství zinku, kyselina citrónová a fruktóza (Vyšetření spermatu, © 2009).

### 3 LÉČBA NEPLODNOSTI

Léčba neplodnosti je dnes na vysoké úrovni. Existuje řada specializovaných klinik, které se právě touto nemocí a její léčbou zabývají. Na základě zjištěných výsledků a stanovení diagnózy vyšetřených párů lékař doporučí postup a zahájí léčbu metodami asistované reprodukce.

Asistovaná reprodukce (ART) je oborem medicíny. Tento obor pracuje mimo tělo člověka s vajíčky, se spermii a embryi za účelem oplodnění ženy. ART je určena k prevenci a léčbě neplodnosti. V prevenci jen u skladování zárodečných buněk a preimplantační genetické diagnostiky (PGD) (Řežábek, 2008, s. 10).

#### 3.1 Některé speciální techniky a metody v léčbě neplodnosti

##### **Indukce ovulace**

Indukce ovulace je název pro stimulaci ovulace u klientky, která má anovulaci. Indukce je zaměřena na stimulaci růstu jednoho folikulu s uvolněním jeho vajíčka.

Superovulace je název pro stimulování růstu několika folikulů s uvolněním vajíčka z každého z nich. Superovulace je nedílnou součástí v léčbě při použití metod intrauterinní inseminace a In vitro fertilizace (IVF) (Bayer, Alan, Penzias, 2007, s. 75).

Indukce ovulace antiestrogeny v podobě tabletek se užívají většinou 3.-7. den menstruačního cyklu. Pokud žena neotěhotní, přechází se na injekční léčbu gonadotropiny. Vždy je nutné sledovat reakci vaječnicků a růst folikulů pomocí ultrazvuku. Dle plánovaného postupu následuje časovaný pohlavní styk nebo intrauterinní inseminace (Mardešić, 2010, s. 24).

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

Intrauterinní inseminace je vpravení partnerových nebo dárcovských spermií do dělohy klientky. Spermie musí být 2 hodiny před výkonem odevzdány partnerem a speciálně upraveny v laboratoři. Partner před odběrem dodržuje 2-3 denní pohlavní abstinenci. Partnerka je během stimulace pravidelně kontrolována ultrazvukovým vyšetřením. Když jsou folikuly dostatečně veliké je jí aplikována injekce HCG (lidský choriový gonadotropin), která zajistí uvolnění vajíček v době plánovaného výkonu.

### **In vitro fertilizace (IVF) a embryotransfer (ET)**

In vitro fertilizace neboli oplodnění mimo tělo je nejúspěšnější metodou asistované reprodukce. Úspěšnost je 32-40% po přenosu 1-2 embryí u žen do 39 let (Mardešić, 2010, s. 26).

Postup stimulace u ženy a odběr spermatu u muže je podobný jako u IUI, těsně před ovulací jsou vajíčka z folikulů odebrána za krátkodobé celkové anestezie. Odběr je proveden pomocí vpichu tenké jehly vedené přes zavaděč upevněný na ultrazvukové sondě, pod ultrazvukovou kontrolou. V laboratoři dojde k oplození a podle vývoje embryí za 2-5 dnů jsou embrya vpravena do děložní dutiny.

Vpravení embryí do děložní dutiny je nazýváno embryotransfer (ET). Výkon je krátkodobý, nebolestivý a trvá pár minut. Lékař vpraví připravené embryo za pomoci speciálního katétru skrz děložní hrdlo přímo do děložní dutiny (Mardešić, 2010, s. 26).

## **3.2 Reprodukční turistika**

Jako termín reprodukční turistika (reproductive tourism) označujeme jednání neplodných párů, které cestují ze své země do zahraničí pro léčbu neplodnosti. Důvody proč neplodné páry cestují do jiných zemí lze rozdělit do dvou skupin (Ostró, Pilka, Lešník, 2009, s. 195).

Důvody vynucené (obligatorní), kdy neplodné páry nemají jinou možnost, protože léčba, kterou potřebují, se v jejich zemi neposkytuje.

Důvody dobrovolné (elektivní) jsou nejčastěji finanční a časové.

### **Hlavními příčinami jsou:**

1. Určité léčebné postupy, které nejsou v dané zemi schváleny a to buď z důvodů etických – využívání darovaných gamet, výběr pohlaví embrya mimo medicínské důvody, prodloužená kultivace embrya do stadia blastocyst nebo z důvodů náboženských.
2. Klientky nespĺňujú očakávané podmienky pro poskytování léčby neplodnosti (lesbické páry, vyšší věk ženy nebo ženy bez partnera).
3. Dostupnost neanonymního darování gamet (oocytů, spermií) s následujícím nedostatkem dárců a obavami léčených klientů z možnosti budoucích požadavků dárců k jejich biologickým potomkům.

4. Metody léčby neplodnosti kdy v jejich zemi nedosahují takové úrovně jako v zahraničí anebo nebyly zatím zavedeny.
5. Cena za léčbu neplodnosti je v jejich zemi příliš vysoká při porovnání se zahraničím.

Reprodukční turistika se stala nedílnou součástí v lékařské péči moderního světa. Kdy přináší možnost sterilnímu páru se svobodně rozhodnout a i tímto způsobem přispívá k demokratickému soužití náboženských a etických pohledů na tento svět (Ostró, Pilka, Lešník, 2009, s. 195-197).

## 4 NEPLODNOST A PSYCHIKA ŽENY

U žen potýkajících se s neplodností je prokazatelně značný stupeň emocionálního strádání. To může vést k problémům při léčbě. Léčba se může stát méně efektivní a zvyšuje se tendence k odstupu od léčby. Psychologický zásah může snížit psychologické symptomy a to souvisí se zvýšenou mírou otěhotnění (Bayer, Alper, Penzias, 2007, s. 184).

### Působení psychiky na plodnost

Ženu, které se nedaří otěhotnět často provází stres a úzkost. Tak moc touží mít své vlastní dítě, že se fixuje jen sama na sebe a na svou měsíční periodu. Začne se vyhýbat kamarádkám, které jsou těhotné a mají děti. Je naprogramována jen na jediný cíl a to je mít své vlastní miminko. Velmi často podřizuje sexuální partnerský život jen na její plodné dny, tímto dochází k nesouladu mezi partnery. Může dojít nepřímo i k problémům na pracovišti a ke konfliktním situacím v domácnosti (Ulčová-Gallová, Lošan, 2013, s. 37-38).

### Strach a úzkost

Strach spolu s úzkostí jsou považovány za negativní emocionální jevy. Jsou spojovány s nepříjemnými tělesnými pocity, jako jsou slabost a svalová tenze. Projevy jako zrychlení tepu, dechu, třes a změna výrazu obličeje. Úzkost je přirozeným jevem v našem životě. Poukazuje na možné ohrožení a je součástí obrany proti němu (Paulík, 2010, s. 55; Vymětal a kol., 2007, s. 27).

### Stres jako prevence otěhotnění

Všechny ženy s vlastní zkušeností „neplodnosti“ určitě slyšely: „Hlavně relaxuj, jed' na dovolenou, přestaň na to myslet, pořád to nezkoušej, anebo adoptuj a pak se to stane.“ Předpokladem za těmito komentáři je, že určitý stupeň stresu u ženy působí jako prevence otěhotnění (Bayer, Alper, Penzias, 2007, s. 177).

## 4.1 Neplodnost jako krize pro partnerský vztah

Neplodnost je onemocnění, které ovlivňuje část individuálního nebo partnerského života. Člověk se cítí sám k sobě změněný, začne vnímat jinak vztah k partnerovi, rodině a přátelům. Neplodnost má často špatný dopad na pracovní prostředí a na celkový pohled na život. Proto je neplodnost považována za životní krizi (Bayer, Alper, Penzias, 2007, s. 187; Vymětal a kol., 2007, s. 57-58).

### Krize spojená s nedostavujícím se mateřstvím

Mateřství je pro některé ženy smyslem života. Pro jiné je mateřství pocitem dospělosti, ztrátou pocitu osamělosti a zvýšením sociální pozice. Když z nějakého důvodu nemohou mít děti, ačkoli si to velmi přejí, dostaví se u nich hluboká krize (Paulík, 2010, s. 69).

### Žena a neplodnost

Pro ženy být neplodná znamená ztrátu jejich životního předpokladu stát se jednoho dne matkou. Čím více se žena ztotožňuje se svou životní úlohou matky, tím je u ní větší pravděpodobnost vzniku úzkostí a strádání. Pokud u ní neplodnost přetrvává, tím více propadá bezmocnosti a beznadějnosti. To vede k rozvoji velké deprese (Bayer, Alper, Penzias, 2007, s. 187).

### Muž a neplodnost

Zjištění mužské příčiny neplodnosti je pro muže velmi šokující. Ovlivňuje jeho vnímání sebe jako muže, jeho potenci a identitu (Bayer, Alper, Penzias, 2007, s. 187).

## 4.2 Vypořádávání se s diagnózou neplodnosti

Ženy a muži se různě vypořádávají s diagnózou neplodnosti. Ženy jsou více úzkostlivé a v depresi, protože se řídí vlastními vnitřními biologickými hodinami. S každým nadcházejícím měsícem jsou zklamány s nepřicházejícím těhotenstvím. Někdy se zlobí samy na sebe nebo na partnera, že nezačali s plánováním rodiny dříve. Mají pocity viny a litují ztraceného času. Ženy, které dříve prodělaly potrat a nyní nemohou otěhotnět, vnímají svou neplodnost jako trest za to, co v minulosti udělaly (Bayer, Alper, Penzias, 2007, s. 188).

Neplodné ženy si potřebují pohovořit o jejich pocitech a starostech s partnery. Důležité je, aby spolu pár trávil co nejvíce možného času, hovořil otevřeně a vzájemně se podržel (Bayer, Alper, Penzias, 2007, s. 188).

Muži mívají sklony reagovat optimisticky. Snaží se uklidnit a ujistit své partnerky. Někdy chtějí omezit nebo se vyhnout konverzaci. V partnerech tak roste pocit oddálení se jeden od druhého, cítí se izolovaní a odcizení od venkovního světa. S rostoucím napětím se narušuje partnerský pohlavní život. Už delší dobu není jejich milování příjemné a důvěrné. Pohlavní akt se stává úkol splnit vytoužený cíl-početí. Pokud se tomu tak stane, dojde k narušení společného boje v léčbě neplodnosti jako páru (Bayer, Alper, Penzias, 2007, s. 188).

### **Co říkají ženy**

Vdaná žena 37 let se projevovala depresí a pláčem, vždy když měla menstruaci. Byla posedlá otěhotněním posledního 1 ½ roku. Reakce se zhoršovaly s každým neúspěšným měsíčním pokusem o otěhotnění. Byla ji nabídnuta pomoc psychologa a po absolvovaném 4 IVF cyklu se jí podařilo otěhotnět a porodit zdravé dítě (Bayer, Alper, Penzias, 2007, s. 190).

Měření bazální teploty každý den a stres, že nejsem opět těhotná, degradovaly radostný sex na povinnost (Konečná, 2009, s. 116).

Upnula jsem se na myšlenku otěhotnět, sex není tak vášnivý a vzrušující jako dříve.

Náš sexuální život byl ovlivňován plodnými a neplodnými dny. Pořád myslíme na to, co máme udělat, aby se to povedlo.

Pro milování v určený čas jsem si musela vymyslet důmyslnou techniku. Plodnost muže se neuvěřitelně zvýší po leknutí. Stalo se to kolem třetí hodiny v noci, vzbudil se ohlušující ránou (Konečná, 2009, s. 116-118).

### **Co říkají muži**

Muž, věk 36 let byl rozzlobený na svou ženu, která vyžadovala léčbu pomocí ART jen 6 měsíců po jejich svatbě. Jeho žena, věk 39 let, byla přesvědčena, že bude mít problém otěhotnět normální cestou kvůli její nepravidelné menstruaci. Muž si stěžoval, že je jeho



žena úplně posedlá a zaujatá mít dítě na úkor jeho sexuálních potřeb. Začali pravidelně navštěvovat psychologickou poradnu (Bayer, Alan, Penzias, 2007, s. 188).

Žena není v plodných dnech spontánní, soustředí se, aby přišla do jiného stavu, pak leží s polštářem pod zadkem (Konečná, 2009, s. 117).

Poctivě počítá své plodné dny, a když to přijde, tak to nejde. A když o nic nejde, tak je naše milování krásné. Mám pocit, že v plodný den ji to více bolí, než těší.

Během ovulace byl styk spíše účelový (Konečná, 2009, s. 117).

### **4.3 Rady pro zvládání krizových situací**

V akutních fázích krizových situací se uplatňuje nejen mobilizace vnitřních zdrojů, ale je zde velmi důležitá i pomoc zvenčí. Pomoc zvenčí nám zajišťuje uklidnění, bezpečí, emoční oporu a důležité informace, že takto trpící osoba není sama, pomoc je na blízku a pomůže ji s řešením problému. Po odeznění šoku např. se sdělení diagnózy je velmi důležité vyrovnat se s celou situací. Zvážit možnosti, další postupy a pokusit se o vyřešení této situace. V závažných případech se doporučuje navštívit odborníky v institucích, které jsou zaměřeny na poskytování a pomoc při daných problematikách (Paulík, 2010, s. 95).

#### **Strategie, které je možné využít při zvládání krizí:**

##### **Vědomá registrace a orientace v pocitech a schopnost odreagování se**

Lidé bývají často zaskočení vlastními emocemi, mohou se za ně i stydět. Důležité je tyto emoce prožít a vyjádřit je, odreagovat se pláčem či hněvem.

##### **Schopnost sdělování a sdílení**

Při větší zátěži může situaci ulehčit sdělení svých pocitů blízké osobě bez důsledků a obav. Pocit, že se člověk může někomu vypovídat, působí ve stresu projektivně. Dochází k obohacení vzájemných vztahů.

##### **Vnímavost k tělesným pocitům a potřebám**

Masivní stres snižuje senzitivitu k bolesti a dalším důležitým signálům našeho těla. Proto je důležité uvědomění si, co k nám naše tělo vysílá a nezapomínat třeba na základní věci jako jsou pití, jídlo, odpočinek, spánek, lidský kontakt, teplo a sucho.

**Vnímavost k dalším potřebám**

Obrácení se k sám k sobě, jednání s ostatními, ohodnocení sám sebe a i ostatních, umět vyjádřit konkrétně svá přání, souhlas i nesouhlas.

**Využívání dostupných informací a prostředků k orientaci v situaci**

Při stresu dochází k zúžení a zkreslení vnímaného pole i problém s vybavením si obsahu z paměti. Uspořádání si dostupných informací, napomůže k získání klidu a i pocitu jistoty. Doplňujícím zdrojem informací pro zvládání stresu mohou být divadelní, literární nebo filmová zpracování událostí v lidském životě a jejich řešení.

**Využívání potenciálu přirozené komunity**

Z pohledu zvládání krizových situací může přinášet výhody společenství lidí, kteří žijí ve stejné lokalitě nebo mají společné zájmy.

**Využívání vzorců kolektivního chování**

Kolektiv je sociální skupina s pozitivními interpersonálními vztahy, pomáhá v rozvoji každého jejího člena. Pomáhá mu se vypořádat s různými náročnými situacemi, podporuje ho a její pomoc je nezištná.

**Zapojení fantazie, otevřenost k neobvyklým novým postupům**

Tam kde osvědčené řešení a postupy nestačí nebo selhávají, je důležitá pružná adaptace do nových podmínek a najít řešení s ohledem na reálnou situaci. Tento smysl je možné pochopit jako podnět a výzvu k dalšímu rozvoji osobnosti, k uplatnění vlastních schopností a jejich rozvoji.

**Víra a naděje**

Víra a naděje mohou být světlem na konci tunelu.

**Hledání smyslu utrpení**

Důležitým momentem pro orientaci v kritických událostech je nalezení smyslu právě prožívaného utrpení. Přijetí ztrát s tím spojených. Snažit se překonat tendence k popření, neefektivnímu řešení, reagování ve zkratu a agresí vůči sobě či jiným (Paulík, 2010, s. 95-97).

## 5 STRATEGIE PRO NEPLODNÉ ŽENY

Psychologická pomoc, návštěvy center, které pomáhají neplodným ženám. Strategie by měly být pro každou ženu, ať už pro ženu, která se léčí, teprve se léčit začíná, či ženu, která se rozhodla pro adopci.

Psychologická pomoc pomáhá lépe zvládnout složitou životní situaci. Žena dostane pocit sounáležitosti a to ji pomáhá se odpoutat od škodlivých účinků stresu a zloby. Zjistí, že na svůj problém není sama, že se má na koho obrátit, má se komu vypovídat a má někoho s kým sdílí své trápení. Obzvláště účinné je to tehdy, když sdílí své prožitky s někým v podobné situaci (Konečná, 2009, s. 271).

### 5.1 Propojení mysl/tělo (The mind/body connection) – program pro neplodnost

Přístup k programu mysl/tělo propojení uspokojí nespočet potřeb pacientů, včetně snížení stresu, zvýšení sociální podpory z okolí, zvýšení šance otěhotnění a pomoci směřovat je k alternativní léčbě, včetně ART (Bayer, Alan, Penzias, 2007, s. 184).

#### Začátek programu mysl/tělo

První mysl/tělo program pro neplodné ženy začal roku 1987. Byl vytvořen k učení relaxace a kognitivních-poznávacích strategií pro neplodné ženy. Cílem tohoto programu bylo snížení psychologických symptomů a tímto zvýšení možnosti otěhotnění. Po prvním absolvování kurzu 50ženami se prokázalo, že ženy prožívaly podstatné snížení psychologických symptomů a tak i vyšší než předpokládaný nárůst těhotenství (Bayer, Alan, Penzias, 2007, s. 181-182).

#### Program v dnešní době

V dnešní době, po 18 letech klinické praxe, je nárůst těhotenství během 6 měsíců po absolvování programu v průměru 45-50%. Jsou posuzovány všechny psychologické parametry včetně strachu, deprese, zmatenosti, odporu. Kromě tohoto ženy udávají významné snížení fyzických symptomů jako je nespavost, bolest hlavy, bolest břicha a gastrointestinální potíže (Bayer, Alan, Penzias, 2007, s. 182).

### **Vedení a náplň programu**

Skupinky provází zkušený psychoterapeut (group leader) se znalostí v oblasti neplodnosti a 2 pomocníci (peer counselor), kteří už dříve absolvovali mysl/tělo program. Jsou vybráni, protože po absolvování tohoto programu mají výborné zkušenosti a podařilo se jim do svého života zavést dovednosti z mysl/tělo programu. Program obsahuje také přátelský systém. Kdy se do dvojic spojí pacienti v podobné situaci. Komunikují spolu minimálně jednou týdně a jednou za sezení přinesou pro skupinu malé občerstvení (Bayer, Alan, Penzias, 2007, s. 182).

### **Náplň the mind/body connection**

1. Seznámení s psychologem, pomocníky a programem, zkoumání stres/neplodnost spojení, fyziologická odpověď na relaxaci, představení a účast partnera.
2. Fyziologie dýchání pomocí bránice, mini relaxační cvičení, efektivní komunikace.
3. Umění vážení sebe samé, jak zasvětit radost do života.
4. Dopad životního stylu na neplodnost: váha, kouření, alkohol, cvičení: bezpečné a účinné přistoupení k alternativní medicíně.
5. Seznámení se a výuka hatha jógy.
6. Seznámení se s kognitivní restrukturalizací.
7. Celo nedělní sezení – partnerská jóga, používání humoru ke snížení stresu, stanovení cílů, komunikace mezi partnery.
8. Dokončení kognitivní restrukturalizace.
9. Dopad projevů emocí na zdraví, přednáška hosta, který se rozhodl pro adopci či pro darované vajíčko.
10. Asertivita, stanovení cílů, zhodnocení, rozloučení.

Manžel/partner absolvuje společně s manželkou/partnerkou sezení č. 1,7,9 (Bayer, Alan, Penzias, 2007, s. 183).

## 5.2 Psychoterapie

Psychoterapie je metoda psychologické léčby, která souzní s biopsychosociální povahou většiny onemocnění. Může významně zkvalitnit komplexní léčbu mnoha somatických, psychosomatických a psychických onemocnění. Psychoterapie je i efektivní nástroj v podpoře zdraví a to prostřednictvím specifických programů a jejich zaměření je i na kvalitu života zdravé populace (Mlčák, 2011, s. 84; Raudenská, Javůrková, 2011, s. 265-266).

### Osobnost psychoterapeuta

Je rozhodujícím faktorem úspěšnosti v léčbě psychoterapie. Psychoterapeut by měl být vnitřně stabilní, schopný zvládat psychickou zátěž adaptativním způsobem a pozitivně začleňovat své životní zkušenosti. Měl by mít rozsáhlé psychoterapeutické vědomosti, dovednosti, které získal formou speciálního vzdělání. Při vystupování ve vztahu ke klientovi by terapeut měl být důvěryhodnou autoritou, eticky kultivovaná osoba, která je schopna empatického, akceptujícího, vřelého a autentického chování. Měl by umět aplikovat psychoterapeutické metody, takovým způsobem, aby léčba byla účinná a toto působení bylo prokazatelné (Mlčák, 2011, s. 86; Vymětal, 2010, s. 139-140).

### Vztah terapeuta a pacienta

Nemoc a její zvládnutí souvisí s kompliancí tj. jak je klientka ochotná vyhovět požadavkům terapeuta a s adherencí tj. jak klientka dodržuje terapeutovo nařízení. To jak je klientka ochotna naslouchat a dodržovat terapeutovy rady a nařízení je závislé na charakteru nemoci, na její vážnosti, a také i na věku a pohlaví.

Pokud je klientka přesvědčena, že terapeutova pomoc ji skutečně prospěje, tak se compliance a adherence zvýší. Klientka od terapeuta očekává pomoc, ochotu a vstřícnost, to ovlivní jejich vzájemný vztah. (Mlčák, 2011, s. 69-70).

#### 5.2.1 Základní směry psychoterapie

##### Hlubinná psychoterapie

Sleduje převážně pudové a nevědomé tendence při ovlivňování psychických poruch a jejich zkoumání z hlediska životní historie člověka a jeho intrapsychické dynamiky. Využívá se podrobná analýza prožitků, zážitků z raného dětství, vztah k sourozencům, rodičům

a transfer těchto prožitků do aktuální životní situace (Mlčák, 2011, s. 84-85; Vymětal, 2010, s. 35).

### **Behaviorální psychoterapie**

Při léčbě psychických poruch klade důraz hlavně na přítomnost, konkrétní a definovatelný problém. Terapie je založena na vědeckém postupu a od klientů se vyžaduje aktivní spolupráce, dodržování pokynů a plnění úkolů. Významný je nácvik komunikace, rozhodování, ale i také vytvoření nových sociálních dovedností a jiných adaptivních vzorců chování, které pomůžou pozitivně ovlivnit psychické poruchy (Mlčák, 2011, s. 85; Vymětal, 2010, s. 35).

### **Humanistická psychoterapie**

Zaměřuje se hlavně na ovlivnění a terapii psychických poruch u člověka na jeho všestrannou kultivaci růstového potenciálu, jeho hodnotovou orientaci a potřebu seberealizace. Zdůrazňuje jedinečnost člověka a jeho schopnost svobodného, odpovědného a samostatného rozvoje. Zakládá se na autentičnosti terapeutického vztahu, terapie je zaměřená na přítomnost (Mlčák, 2011, s. 85; Vymětal, 2010, s. 35).

## **5.2.2 Psychoterapie a její druhy**

### **Direktivní psychoterapie**

Terapeut působí na klienta přímým usměrňováním. Zadávání příkazů, konkrétních úkolů, rad.

### **Nondirektivní psychoterapie**

Psychoterapeut působí na klienta nepřímo tím, že nenápadně podporuje klienta k jeho samostatné aktivitě, vytváří vhodné prostředí, ale neudílí přímé úkoly ani rady.

### **Podpůrná psychoterapie**

Psychoterapeut se pokouší klientovi poskytnout svou oporu.

### **Rekonstrukční psychoterapie**

Cílem terapeuta je hlubší změna v dynamice a osobnostní struktuře klienta.

### **Individuální psychoterapie**

Je zaměřena na jednotlivce.

### **Skupinová psychoterapie**

Využívá se při ní jevů skupinové dynamiky. Příkladem je rodinná psychoterapie, kdy jsou přítomni všichni členové rodiny (Mlčák, 2011, s. 86; Raudenská, Javůrková, 2011, s. 265).

### **5.2.3 Speciální formy psychoterapie**

#### **Muzikoterapie**

Léčba hudbou, při níž ji klient nejen poslouchá, ale i hudbu aktivně provozuje. Skupinový, individuální zpěv, hry na hudební nástroje (Vymětal a kol., 2007, s. 284).

#### **Psychogymnastika**

Léčba pomocí nonverbálních komunikačních prostředků jako jsou polohy těla, dotyky, pohyby, gesta, prostorové oddálení a přiblížení, mimika, pantomimika). Zdůrazňuje emocionální prožívání a spontánnost klienta (Vymětal, 2010, s. 85).

#### **Psychodrama**

Při léčbě je využíváno inscenačních výrazových a dramatických prostředků. Klient hraje různé role, což mu umožní hlubší náhled na nepřizpůsobivé nebo patologické způsoby chování. Spontánně si nacvičí přiměřenější a vhodnější strategie (Vymětal, 2010, s. 84).

#### **Arteterapie**

Je léčba klienta pomocí projekce jeho prožitků do výtvarných projevů – kresba, plastika, sochy, obrazy. Rozhodující je emoční doprovod, obsah, výraz nikoliv umělecká úroveň (Vymětal a kol., 2007, s. 274).

#### **Ergoterapie**

Cíleně rozvíjí potenciál klienta a tak přispívá ke zlepšení jeho psychického stavu. Využívá se při ní řízená pracovní činnost různého druhu (Mlčák, 2011, s. 87).

#### **5.2.4 Účinné faktory psychoterapie**

V oblasti mnoha různých psychoterapeutických směrů a metod existuje společné jádro, které má soubor nesespecifických faktorů. Tyto faktory jsou vždy přítomny při terapeutických metodách v různé kombinaci (Mlčák, 2011, s. 88).

##### **Vztah bezpečí, důvěry a jistoty**

Budování specifického léčebného společenství mezi terapeutem a klientem. Vztah musí být zaprvé kongruentní zdravější, vzdělanější, společensky uznávaný. Zadruhé autentický – opravdový, upřímný a vřelý.

##### **Členství ve skupině, prožívání skupiny jako rodiny**

Psychoterapeut začlení klienty do vhodné terapeutické skupiny. Tímto klientům umožní kladnou atmosféru, pozitivní přijetí skupinou, pocit bezpečí a jistoty, aktivní plnohodnotné členství a sociální jednotu.

##### **Emoční podpora, akceptování, dodávání naděje, pozitivní očekávání, koheze**

Terapeutova snaha aktivního porozumění klienta. Terapeut poskytuje klientovi zájem, toleranci, empatii a akceptaci. Poskytuje emoční podporu a vybízí ostatní klienty o vzájemné poskytování podpory v terapeutické skupině kdykoliv je to vhodné. Podporuje víru klientů a jejich blízkých ve svou osobnost, v jeho terapeutické dovednosti a schopnosti.

##### **Pomáhání jiným, altruismus**

Psychoterapeut vhodným způsobem vybízí klienty, aby aktivně pomáhali druhým.

##### **Sebeexplorace a sebeprojevení**

Jednání psychoterapeuta je nastaveno k citlivému stimulu hlubšího zkoumání a sebeprojevování klientovi osobnosti. Klient by měl projevit běžně nezveřejňované skryté pocity a myšlenky.

##### **Odreagování, ventilace, katarze a prožívání silných emocí**

Psychoterapeut se snaží, aby klient projevil potlačené afekty, které souvisí s křivdami, neúspěchy, zklamání, pocity frustrace a strachem. Klientovo odreagování vede k odstranění nebo zmírnění negativních pocitů, k úlevě.



**Zpětná vazba, interakce a konfrontace**

Psychoterapeut jedná tak, že podněcuje klienty, aby projevili zpětnou vazbu vůči sobě navzájem, vůči němu samotnému. Takto usiluje o výdej jasných a otevřených informací. Tímto dochází k žádoucímu zvětšování veřejné sociální oblasti.

**Náhled, objasnění, zvyšování vědomí, interpretace a kognitivní učení**

Psychoterapeut vede klienty, aby dosáhli stupně různě hlubokého kognitivního i emocionálního pochopení. Rozvíjí se snaha o interpretaci chování a vlastního prožívání.

**Emoční korektivní zkušenost**

Psychoterapeut sám, ale i za spolupráce klienta, poskytuje kontrastní chování, než to, které je od něj očekáváno. Klient tak zjistí, nevhodnost jeho chování a pokusí se jej změnit.

**Nácvik nového chování, imitační chování, posílení, interpersonální učení**

Vhodnými aktivitami psychoterapeut dosahuje změn ve zdravotním chování a klientova prožívání (Mlčák, 2011, s. 88-90; Vymětal, 2010, s. 130-136).

## **6 ROLE SESTRY NA IVF PRACOVIŠTÍCH**

Pacientky musí být léčeny jako zákaznice, ale neměli by se takto cítit. Povinností sestry je naučit se takových dovedností, které se neučí ve školách, státech nebo společnosti. Jen s těmito dovednostmi se sestra může zdokonalit až na takovou úroveň, která zvedne šance v úspěchu tak jako v oblíbenosti a spokojenosti u klientky (Bayer, Alan, Penzias, 2007, s. 162-163).

### **6.1 Sestra a efektivní komunikace**

Efektivní komunikace je základem pro úspěch ať už jinde, ale hlavně v medicíně. Komunikace s klientkami podstupující léčbu pomocí ART musí být pohotová, přesná a odpovídající jejich potřebám v té dané chvíli. Spolupracovníci – lékaři i sestry by měli být „na stejné vlně“ a pokud je to možné vyhnout se tomu, že klientka dostane jiné odpovědi, než ty, které se dozvěděla např. od lékaře či jiné ošetřující sestry. Vede to k narušení klientčiny důvěry. Nejlepší je pravidelná a stálá komunikace během léčebného cyklu klientky (Bayer, Alan, Penzias, 2007, s. 162).

### **6.2 Sestra - pracovník týmu**

Úspěch při léčbě neplodnosti je závislý na zkušenostech a vlastnostech personálu jako celku. Sester, lékařů, sekretárek, IVF koordinátorek, recepčních a dalších. Všichni by si měli uvědomit důležitost v moci týmu a každý jeho člen by měl být respektován, tak jak si zaslouží (Bayer, Alan, Penzias, 2007, s. 162).

### **6.3 Sestra - pozorovatelka emocí a psycholog**

Psychologický stres z celého probíhajícího procesu je hlavním důvodem zármutku u klientky. Sestra si musí být vědoma a být proškolená ohledně stresu, ve kterém se páry absolvující léčbu pomocí ART nacházejí. Klienti se cítí ve stresu a jsou plní úzkostí. Mnohokrát se stane jejich cílem právě sestra, kdy na ni přenesou nápor. Sestra by měla vědět jak se v této chvíli správně zachovat, poradit a být oporou (Bayer, Alan, Penzias, 2007, s. 162).

#### **6.4 Sestra – edukátorka**

Edukace ať už samotné klientky či léčeného páru je velmi důležitá. Závisí na ní další postup a správnost dodržení léčebného režimu ze strany klientky. Pokud klientka správně nepochopí informace, které jí byly sděleny sestrou, ovlivní to jak psychickou stránku klientky, tak i její následnou léčbu. Sestra informuje a připravuje klientku na celý léčebný proces, hormonální stimulaci a správnost aplikace hormonálních injekcí, nutnost dodržování časového režimu při aplikaci hormonálních injekcí. Sestra si tak svým přístupem vytváří efektivní spojení s klientkou. Cílem sestry by mělo být dosáhnout klientčiny důvěry, aby se klientka nebála na cokoliv opakovaně zeptat a poradit se.

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

## 7 FORMULACE PROBLÉMU

Neplodnost přináší některým ženám izolaci a životní zkušenosti, které bohužel nespádají do jejich cesty životem. Ženy sní, jak se stanou matkou už od jejich dětství, kdy si začínají hrát s panenkami a představují si, jak jednoho dne nosí a pečují o své vlastní dítě. Mateřství je biologický imperativ, velmi důležitá a jedinečná životní role. U žen, kterým se nedaří naplnit tuto životní roli, se často objevují pocity selhání a stres, který se stává součástí jejich každodenních zkušeností (Lindsay, Driskill, 2013, s. 43).

Neplodné ženy přicházejí o zkušenosti, pro které se staly ženami. Zkušenosti s těhotenstvím, s porodem. Ztrácí onu možnost stát se rodičem, stabilitu v manželství/partnerství, dědictví pro jejich biologické dítě, vnoučat pro jejich rodiče. Ztrácí schopnost doufat v budoucnost a také svou hrdost. Převládají pocity odcizení, deprese a odporu k sobě samé.

Pocity v neplodnosti jako skrytá ztráta. Většina z nás zažije za svůj život zkušenosti, jako jsou úmrtí milované osoby, diagnóza chronického onemocnění. Ale ztráty, které souvisí s neplodností, jsou považovány za neviditelné, skryté a vyrovnávání se s nimi déle trvá. Reakce na neplodnost se projevuje šokem, zármutkem, depresí, strachem i frustrací a může skončit až ztrátou vnímání kontroly nad svým vlastním osudem (Lindsay, Driskill, 2013, s. 43-44).

## 8 CÍLE PRŮZKUMU

### Hlavní cíl:

Zjistit jak je vnímána ženská neplodnost a její vliv na psychiku ženy z pohledu neplodných žen a z pohledu sester.

### Dílčí cíle:

Cíl 1: Zjistit, jak ovlivňuje diagnóza neplodnosti partnerský vztah z pohledu klientky/sestry.

Cíl 2: Zjistit, jak neplodné ženy prožívají léčbu neplodnosti pomocí asistované reprodukce z pohledu klientky/sestry.

Cíl 3: Zjistit přístup neplodných žen k léčbě pomocí alternativní medicíny z pohledu klientky/sestry.

Cíl 4: Zjistit, jak neplodné ženy vnímají možný úspěch nebo neúspěch léčby z pohledu klientky/sestry.

Cíl 5: Zjistit, zda by klientky/sestry kladně hodnotily možnost psychologické pomoci v centrech asistované reprodukce.

Cíl 6: Zjistit emotivní prožívání sester při práci s neplodnými ženami.

Cíl 7: Zjistit, jak neplodné ženy vnímají poskytovanou péči sestrou.

## 9 METODIKA PRŮZKUMU

### 9.1 Charakteristika souboru

Dotazníkové šetření bylo provedeno u dvou výzkumných souborů. Prvním výzkumným souborem byly neplodné ženy, které byly léčeny s neplodností na Klinice reprodukční medicíny a gynekologie ve Zlíně. Bylo rozdáno 50 dotazníků, vráceno bylo 50 kompletně vyplněných dotazníků, které bylo možno dále zpracovat. Návratnost dotazníků byla 100 %. Průměrný věk žen byl 32,43 let. Druhým výzkumným souborem byly sestry pracující v oboru reprodukční medicíny z center: Klinika reprodukční medicíny a gynekologie ve Zlíně, Reprofit Brno a Gennet Praha. Bylo rozdáno 50 dotazníků, z toho vráceno bylo 46 dotazníků. Návratnost byla 98 %. Na průzkumném šetření se podílelo 100 % žen a 0 % mužů. Průměrný věk sester byl 31,65 let. Výběr obou výzkumných vzorků byl záměrný. Kritériem výběru u neplodných žen byl věk od 18 do 49 let s diagnózou neplodnosti. Kritériem výběru u sester byla praxe a práce v oboru reprodukční medicíny a minimálním středoškolským vzděláním – všeobecná sestra s maturitou.

### 9.2 Metoda sběru dat

Pro sběr dat byla zvolena kvantitativní metoda průzkumu. Prostřednictvím dotazníkového šetření byly získány informace o tom, jak je vnímána ženská neplodnost z pohledu sester a z pohledu neplodných žen. Byl vytvořen nestandardizovaný dotazník pro dva výzkumné soubory, kterými byly neplodné ženy a sestry pracující v reprodukčních centrech.

Dotazník pro neplodné ženy obsahoval 22 položek. Byl složen ze dvou částí. V první části dotazníku se nacházela demografická data, druhá část dotazníku byla zaměřena na to, jak klientka vnímá svou neplodnost.

Dotazník obsahoval 1 otevřenou otázku, 8 otázek polootevřených a 13 uzavřených otázek. Respondentky měly možnost ve většině dotazů označit jen jednu odpověď, pouze u 7 otázek bylo možné zvolit z více možných odpovědí.

Dotazník pro sestry z reprodukčních center obsahoval 23 položek. Dotazník se stával z 1 otázky otevřené, z 8 polootevřených otázek a 14 uzavřených otázek. Byl složen ze dvou částí. První část dotazníků byla zaměřena na demografická data a druhá část dotazníku se zaměřovala na to, jak sestry vnímají ženy léčené pro neplodnost na jejich pracovištích.

Respondentky měly možnost ve většině dotazů označit jednu odpověď, pouze u 7 dotazů bylo možné zvolit z více možných odpovědí.

### **9.3 Organizace průzkumu**

Dotazníkové šetření probíhalo od 15. ledna 2014 do 15. března 2014. Dotazníkové šetření u žen probíhalo na Klinice reprodukční medicíny ve Zlíně, šetření bylo zcela anonymní. Dotazník pro sestry byl rozdán v reprodukčních centrech: Klinika reprodukční medicíny a gynekologie ve Zlíně, Reprofit v Brně a Gennet v Praze. Dotazník pro sestry byl taktéž zcela anonymní.

### **9.4 Zpracování dat**

Získané údaje byly zpracovány a vyhodnoceny v podobě tabulek a grafů. K vytvoření jednotlivých tabulek a grafů byl použit program Microsoft Word 2007 a Microsoft Office Excel 2007 spolu s programem Statistica.



## 10 VÝSLEDKY

### Demografické údaje

Demografická data byla získána na základě dotazníku pro neplodné ženy z otázek č. 1, č. 2, č. 3, č. 4. U sester byla demografická data zjišťována z otázek č. 1, č. 2, č. 3, č. 4, č. 5. Ze skupiny neplodných žen se na dotazníkovém šetření podílelo 50 (100 %) žen a 0 (0 %) mužů. Věkový průměr žen činil 32,43 let. Ze skupiny sester se na dotazníkovém šetření podílelo 46 (98 %) žen a 0 (0 %) mužů. Věkový průměr sester činil 31,65 let. Tabulka a graf č. 1, kde je uveden věk respondentek se nachází v P (I).

Rodinný stav respondentek byl získán na podkladě otázky č. 2 v dotazníku pro ženy i sestry. Výzkumu se zúčastnilo 19 (38 %) svobodných žen a 24 (52,17 %) svobodných sester. Vdaných 28 (56 %) žen a 18 (39,13 %) sester. Rozvedené z celkového počtu respondentek byly 3 (6 %) ženy a 4 (8,70 %) sestry. Tabulka a graf č. 2, kde je uveden rodinný stav respondentek se nachází v P (I).

Nejvyšší dosažené vzdělání bylo získáno a vyhodnoceno na základě otázky č. 3 v dotazníku pro ženy i sestry. Položka se základním a středoškolským vzděláním bez maturity se týkala pouze žen. Základní vzdělání měla pouze 1 (2 %) žena. Středoškolské vzdělání bez maturity uvedlo 12 (24 %) žen. Položky středoškolské vzdělání s maturitou, vyšší odborné vzdělání a vzdělání vysokoškolské bylo zahrnuto jak pro ženy, tak i pro sestry. Středoškolské vzdělání s maturitou uvedlo 20 (40 %) žen a 17 (36,96 %) sester. Vyšší odborné bylo zjištěno u 2 (4 %) žen a 13 (28,26 %) sester. Vzdělání vysokoškolské uvedlo 15 (30 %) žen a 16 (34,78 %) sester. Tabulka a graf č. 3, kde je uvedeno vzdělání respondentek se nachází v P (I).

Otázkou v dotazníku č. 4 u žen a č. 5 u sester bylo zjištěno, zda mají respondentky děti. Ano, odpovědělo 13 (26 %) žen a 19 (41,30 %) sester. Ne, odpovědělo 37 (74 %) žen a 27 (58,70 %) sester. Tabulka a graf č. 4, kde je uvedeno, zda mají respondentky děti, se nachází v P (I).

Praxe v oboru reprodukční medicíny byla vyhodnocena na základě otázky č. 4 z dotazníku pro sestry. Praxi v oboru do 2 let uvedlo 13 (28,26 %) sester. V letech 3-5 let 27 (58,70 %) sester. V letech 6-10 let 1 (2,17 %) sestra. A možnost nad 10 let uvedlo 5 (10,87 %) sester. Tabulka a graf č. 5, kde je uvedena praxe v oboru reprodukční medicíny se nachází v P (I).

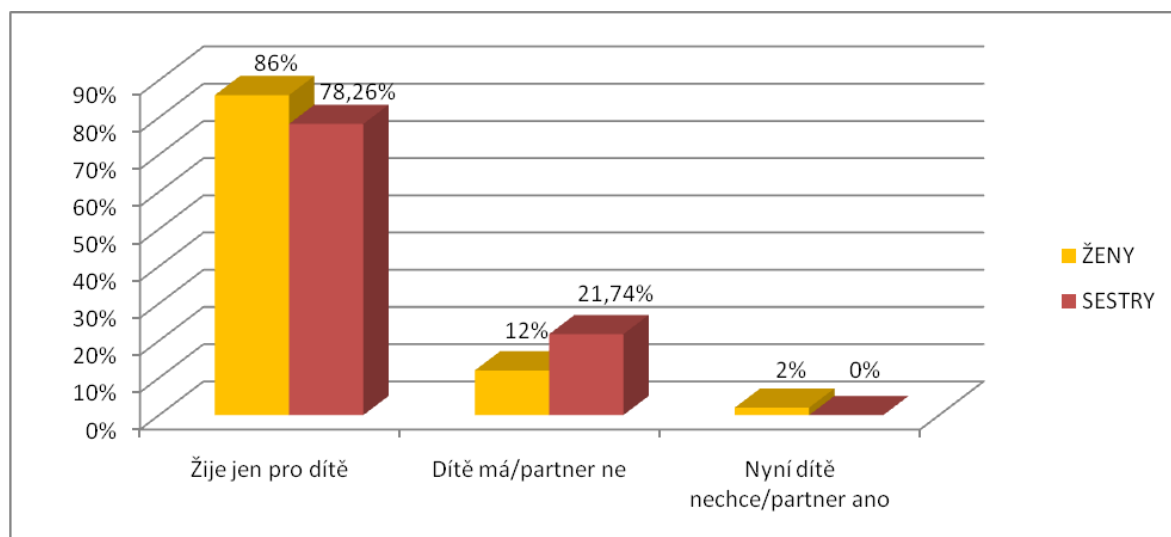
**Dílčí cíl č. 1: Zjistit, jak ovlivňuje diagnóza neplodnosti partnerský vztah z pohledu klientky/sestry.**

K tomuto dílčímu cíli se vázala položka z dotazníku č. 5, č. 6 a č. 7 pro ženy a položka č. 6, č. 7 a č. 8 pro sestry.

Tabulka č. 6: Co znamená pro klientku mít dítě z pohledu žen/sester

Mít dítě znamená...	ŽENY		SESTRY	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Žije jen pro dítě	43	86	36	78,26
Dítě má/partner ne	6	12	10	21,74
Nyní dítě nechce /partner ano	1	2	0	0
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Graf č. 6: Co znamená pro klientku mít dítě z pohledu žen/sester



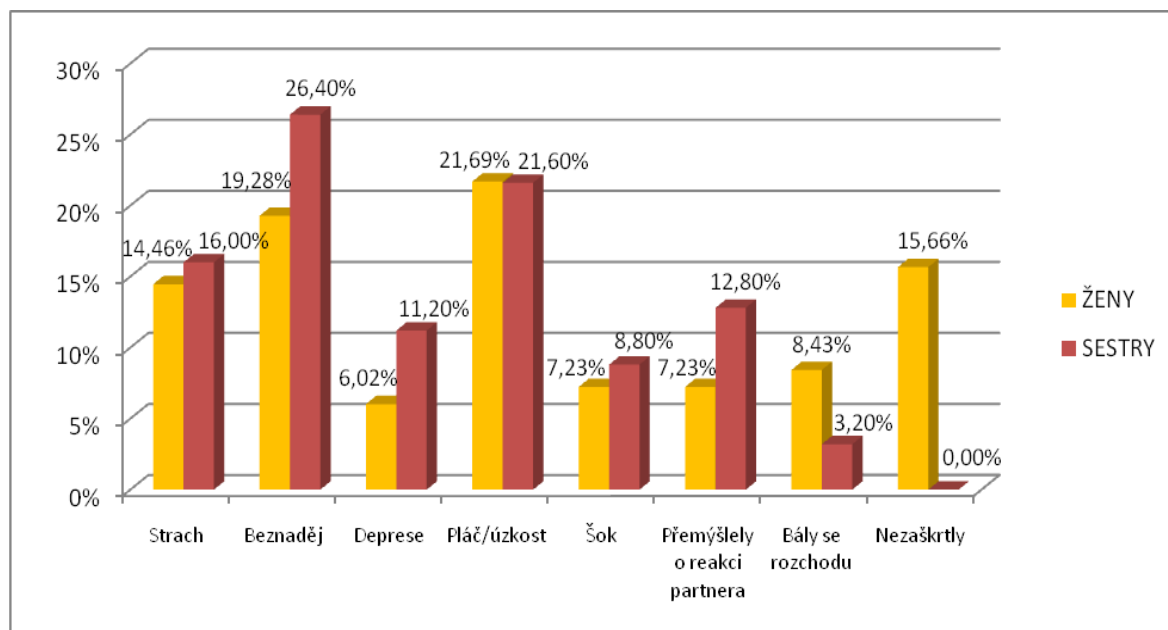
**Interpretace výsledků:**

Položkou č. 5 pro ženy a č. 6 pro sestry bylo zjištěno, co pro klientku znamená mít dítě. Výsledky z tabulky a grafu č. 6 ukazují, že respondetky nejvíce volily, že žijí jen pro dítě 43 (86 %) žen a 36 (78,26 %) sester. Následně se rozhodly pro, dítě mají, ale jejich nový partner ne 6 (12 %) žen a 10 (21,74 %) sester. Nakonec respondetky uvedly možnost, nyní dítě nechtějí, ale partner ano 1 (2 %) žen a 0 (0 %) sester.

Tabulka č. 7: Pocity klientek při sdělení diagnózy neplodnosti z pohledu žen/sester

Pocity při sdělení neplodnosti	ŽENY		SESTRY	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Strach	12	14,46	20	16
Beznaděj	16	19,28	33	26,40
Deprese	5	6,02	14	11,20
Pláč/úzkost	18	21,69	27	21,60
Šok	6	7,23	11	8,80
Přemýšlely o reakci partnera	6	7,23	16	12,80
Bály se rozchodu	7	8,43	4	3,20
Nezaškrtyly	13	15,66	0	0
<b>Celkem</b>	<b>83</b>	<b>100</b>	<b>125</b>	<b>100</b>

Graf č. 7: Pocity klientek při sdělení diagnózy neplodnosti z pohledu žen/sester



### Interpretace výsledků:

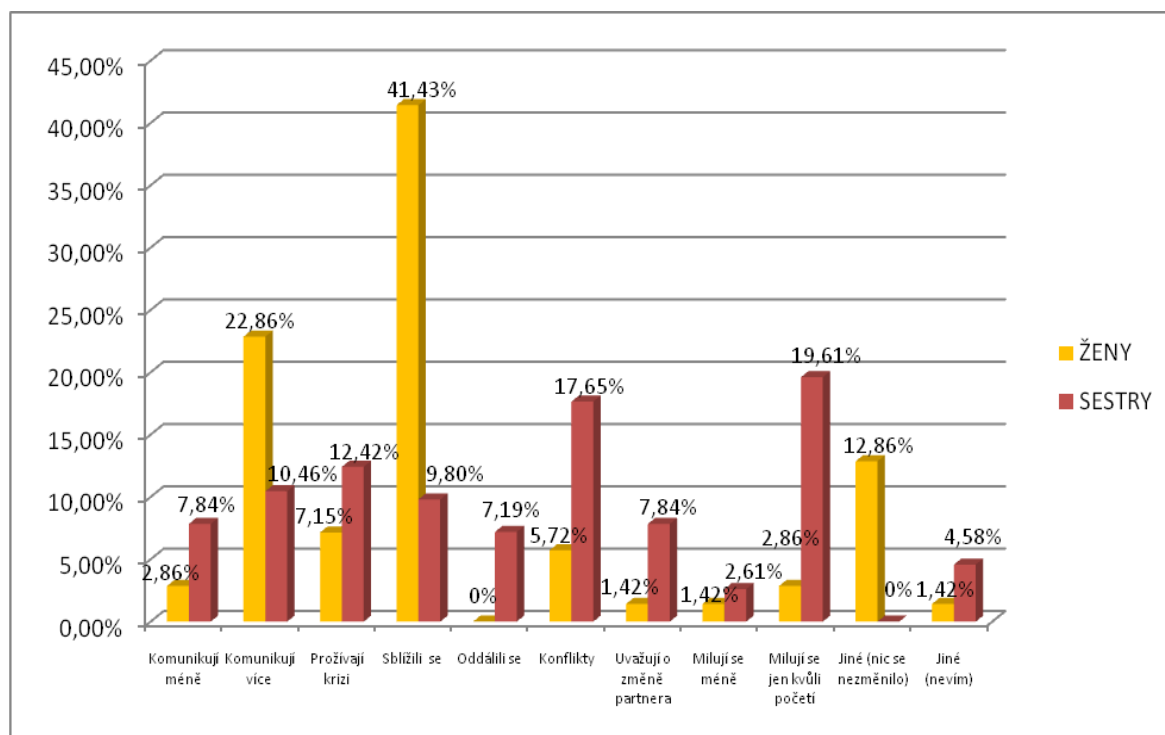
Položka z dotazníku pro ženy č. 7 a položka č. 8 z dotazníku pro sestry pocity klientky při sdělení diagnózy neplodnosti. Tabulka a graf č. 7 ukazují, že ženy nejvíce zvolily pláč, úzkost 18 (21,69 %), beznaděj 16 (19,28 %), pocity strachu 12 (14,46 %), bály se rozchodu s partnerem 7 (8,43 %), měly šok a přemýšlely o reakci partnera 6 (7,23 %), propadaly depresi 5 (6,02 %). Na tuto položku neodpovědělo 13 (15,66 %) žen. Sestry uvedly, že po

sdělení diagnózy neplodnosti u klientky nejčastěji registrují beznaděj (26,40 %), pláč s úzkostí 27 (21,60 %), strach 20 (16 %), přemýšlení o reakci partnera 16 (12,80 %), dále klientky propadaly depresím 14 (11,20 %), šok 11 (8,80 %), jako poslední uvedly, že se klientky bály rozchodu s partnerem 4 (3,20 %).

Tabulka č. 8: Neplodnost a její ovlivnění partnerského/manželského vztahu z pohledu žen/sester

Ovlivnění vztahu	ŽENY		SESTRY	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Komunikují méně	2	2,86	12	7,84
Komunikují více	16	22,86	16	10,46
Prožívají krizi	5	7,15	19	12,42
Sblížili se	29	41,43	15	9,80
Oddálili se	0	0	11	7,19
Konflikty	4	5,72	27	17,65
Uvažují o změně partnera	1	1,42	12	7,84
Milují se méně	1	1,42	4	2,61
Milují se jen kvůli početí	2	2,86	30	19,61
Jiné (nic se nezměnilo)	9	12,86	0	0
Jiné (nevím)	3	4,29	7	4,58
<b>Celkem</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	<b>153</b>	<b>100</b>

Graf č. 8: Neplodnost a její ovlivnění partnerského/manželského vztahu z pohledu žen/sester



### Interpretace výsledků:

Položka č. 6 pro ženy a č. 7 pro sestry zjišťovala, jak neplodnost ovlivňuje partnerský/manželský vztah. Z tabulky a grafu č. 8 lze vyčíst, že ženy nejvíce volily možnost, sblížili se 29 (41,34 %), komunikují více 16 (22,86 %), prožívají krizi 5 (7,15 %), konflikty 4 (5,72 %), komunikují méně 2 (2,86 %), milují se jen kvůli početí 2 (2,86 %), milují se méně a uvažují o změně partnera 1 (1,42 %), z možnosti jiné ženy uvedly, nic se nezměnilo 9 (12,86 %) a nevím 3 (1,42 %). Sestry nejvíce volily z možností, milují se jen za účelem početí 30 (19,69 %), dále konflikty 27 (17,65 %), prožívají krizi 19 (12,42 %), komunikují více 16 (10,46 %), sblížili se 15 (9,80 %), uvažují o změně partnera a komunikují méně 12 (7,84 %). Možnost oddálili se, sestry uvedly 11 (7,19 %), nejméně uváděly možnost, milují se méně 4 (2,61%). U možnosti jiné, sestry uvedly nevím 7 (4,58 %).

**Dílčí cíl č. 2: Zjistit, jak neplodné ženy prožívají léčbu neplodnosti pomocí asistované reprodukce z pohledu klientky/sestry.**

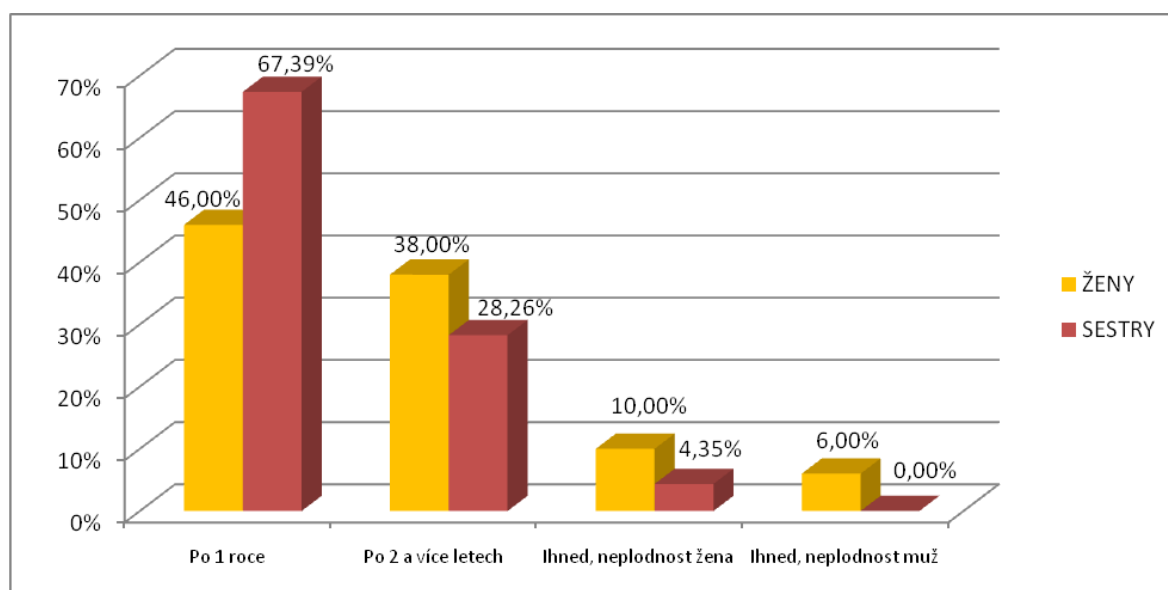
K dílčímu cíli č. 2 se vázaly položky z dotazníku pro ženy č. 8, č. 9, č. 13, č. 14 a č. 15.

Pro sestry položky č. 9, č. 10, č. 14, č. 15 a č. 16.

Tabulka č. 9: Rozhodnutí klientek pro léčbu pomocí reprodukční medicíny z pohledu žen/sester

Rozhodnutí pro ART	ŽENY		SESTRY	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Po 1 roce	23	46	31	67,39
Po 2 a více letech	19	38	13	28,26
Ihned, neplodnost žena	5	10	2	4,35
Ihned, neplodnost muž	3	6	0	0
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Graf č. 9: Rozhodnutí klientek pro léčbu pomocí reprodukční medicíny z pohledu žen/sester



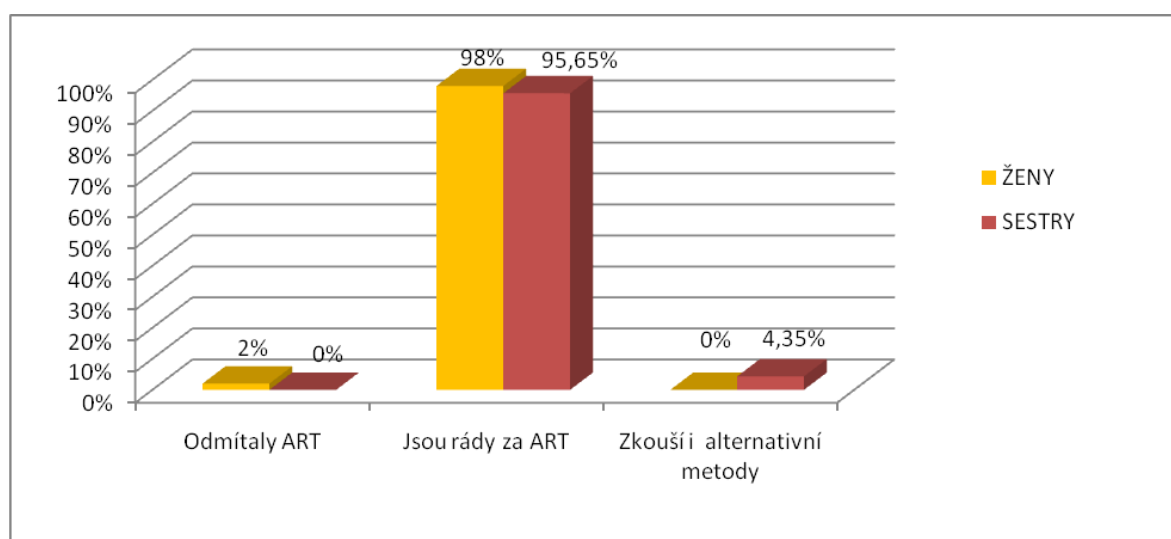
**Interpretace výsledků:**

Položkou č. 8 u žen a č. 9 u sester bylo zjištěno, kdy se klientky rozhodují pro léčbu pomocí asistované reprodukce. Výsledky z tabulky a grafu č. 9 ukázaly, že možnost po 1 roce uvedlo 23 (46 %) žen a 31 (67,39 %) sester. Možnost po 2 a více letech zvolilo 19 (38 %) žen a 13 (28,26 %) sester. Další z možností ihned, neplodná žena uvedlo 5 (10 %) žen a 2 (4,35 %) sester. Možnost ihned, neplodný muž zvolilo 3 (6 %) žen a 0 (0 %) sester.

Tabulka č. 10: Pocity klientek při léčbě pomocí asistované reprodukce z pohledu žen/sester

Asistovaná reprodukce a pocity	ŽENY		SESTRY	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Odmítaly ART	1	2	0	0
Jsou rády za ART	49	98	44	95,65
Zkouší i alternativní metody	0	0	2	4,35
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Graf č. 10: Pocity klientek při léčbě pomocí asistované reprodukce z pohledu žen/sester



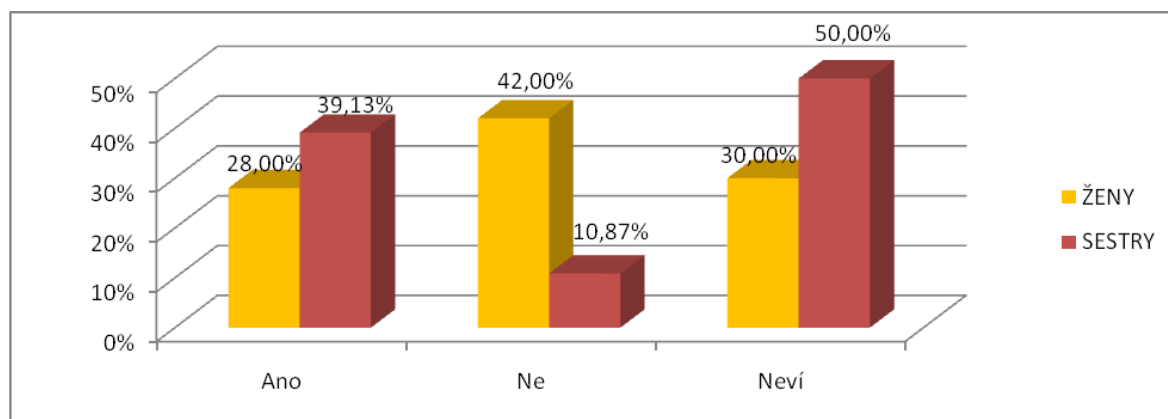
**Interpretace výsledků:**

Položka č. 9 u žen a č. 10 u sester zjišťovala, jak klientka vnímá léčbu pomocí asistované reprodukce. Jak uvádí tabulka, graf č. 10. Respondentky nejvíce volily z možnosti, jsou rády za asistovanou reprodukci, uvedlo 49 (98 %) žen a 44 (95,65 %) sester. Poté možnost nejprve léčbu odmítaly 1 (2 %) žena a 0 (0 %) sester. Zkouší i alternativní metody zvolilo 0 (0 %) žen a 2 (4,35 %) sester.

Tabulka č. 11: Použití darovaných gamet při léčbě neplodnosti z pohledu žen/sester

Darované gamety	ŽENY		SESTRY	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	14	28	18	39,13
Ne	21	42	5	10,87
Neví	15	30	23	50
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Graf č. 11: Použití darovaných gamet při léčbě neplodnosti z pohledu žen/sester

**Interpretace výsledků:**

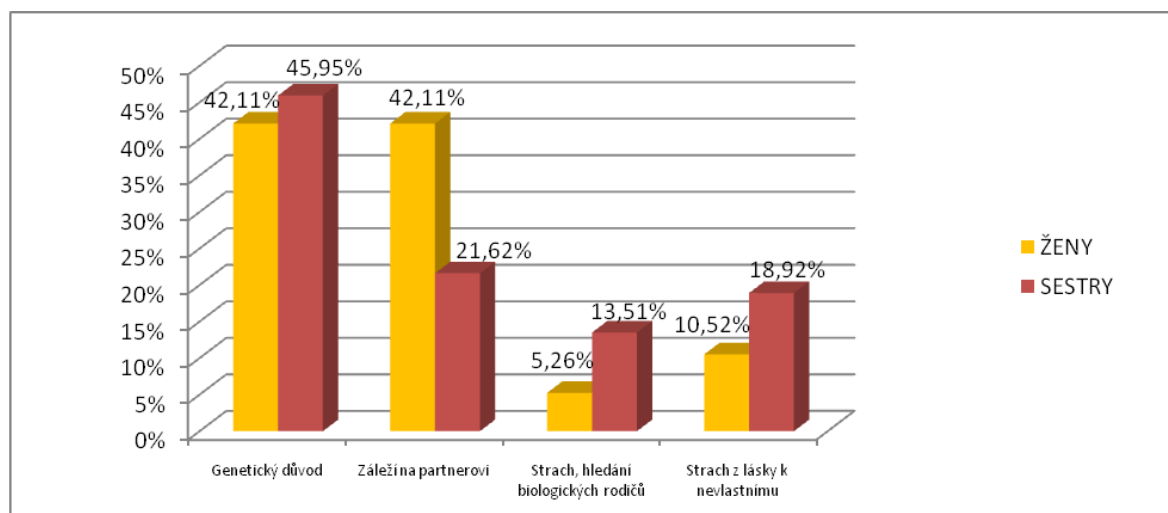
Položka č. 13 u žen a č. 14 u sester zjišťovala, zda by klientkám během léčby vadilo použití darovaného vajíčka, spermie. Z tabulky, grafu č. 11 lze vyčíst že, ano vadilo, zvolilo 14 (28 %) žen a 18 (39,13 %) sester. Ne nevadilo, uvedlo 21 (42 %) žen a 5 (10,87 %) sester. A 15 (30%) žen, 23 (50%) sester uvedlo neví.



Tabulka č. 12: Rozhodnutí klientek pro nepoužití darovaných gamet z pohledu žen/sester

Nepoužití darovaných gamet	ŽENY		SESTRY	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Genetický důvod	8	42,11	17	45,95
Záleží na partnerovi	8	42,11	8	21,62
Strach, hledání biologických rodičů	1	5,26	5	13,51
Strach z lásky k nevlastnímu	2	10,52	7	18,92
<b>Celkem</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

Graf č. 12: Rozhodnutí klientek pro nepoužití darovaných gamet z pohledu žen/sester



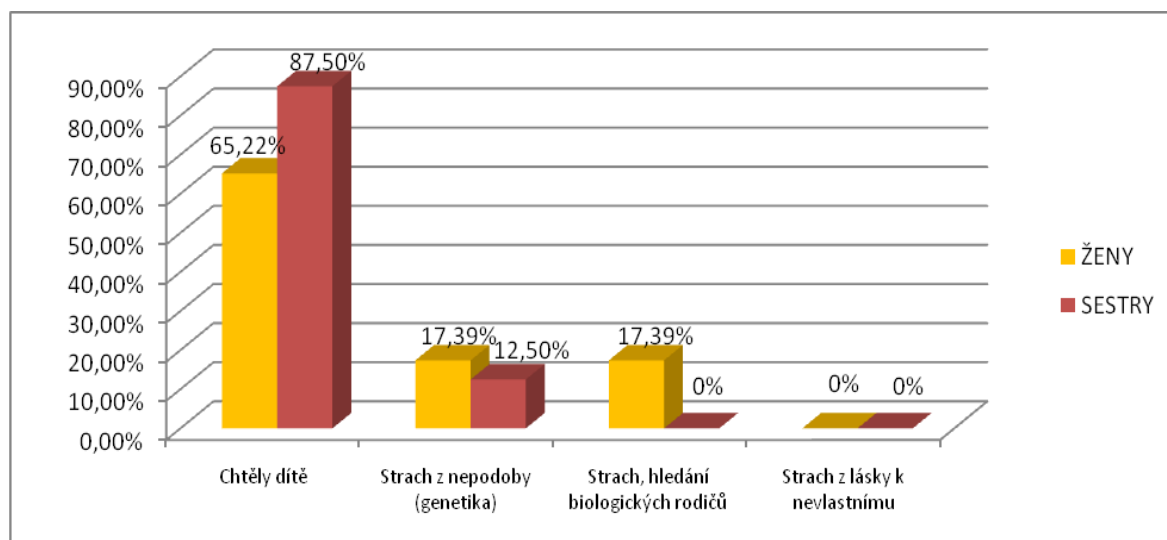
### Interpretace výsledků:

Položka č. 14 u žen a č. 15 u sester navazovala na položku č. 13 u žen a č. 14 u sester s možností ano vadilo a zjišťovala důvody, proč se tak klientky rozhodly. V tabulce a grafu č. 12 můžete vidět, že ženy nejvíce zaznačily z možností genetických důvodů a záleží na partnerovi 8 (42,11 %). Následně strach z lásky k nevlastnímu 2 (10,52 %) a jako poslední strach z hledání biologických rodičů 1 (5,26 %). Sestry na důvod proč by klientkám vadilo použití darovaných gamet uvedly, že se u klientek potýkají nejvíce z genetických důvodů 17 (49,95 %), následně záleží na partnerovi 8 (21,62 %), strach z lásky k nevlastnímu 7 (18,92 %) a jako poslední uvedly strach z hledání biologických rodičů 5 (13,51 %).

Tabulka č. 13: Rozhodnutí klientek pro použití darovaných gamet z pohledu žen/sester

Použití darovaných gamet	ŽENY		SESTRY	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Chtěly dítě	15	65,22	7	87,50
Strach z nepodoby (genetika)	4	17,39	1	12,50
Strach, hledání biologických rodičů	4	17,39	0	0
Strach z lásky k nevlastnímu	0	0	0	0
<b>Celkem</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

Graf č. 13: Rozhodnutí klientek pro použití darovaných gamet z pohledu žen/sester



### Interpretace výsledků:

Položka č. 15 u žen a č. 16 u sester navazovala na položku č. 13 u žen a č. 14 u sester s možností ne nevadilo. Z tabulky, grafu č. 13 vyplynulo, že respondentky nejvíce volily z možnosti, chtěly dítě za jakýchkoliv okolností u žen 15 (65,22 %) u sester 7 (87,50 %). Následně ženy uvedly strach z nepodoby (genetika) 4 (17,39 %) a strach z hledání biologických rodičů 4 (17,39 %). Sestry zvolily strach z nepodoby (genetika) 1 (12,50 %). Další z možností respondentky neuvedly.

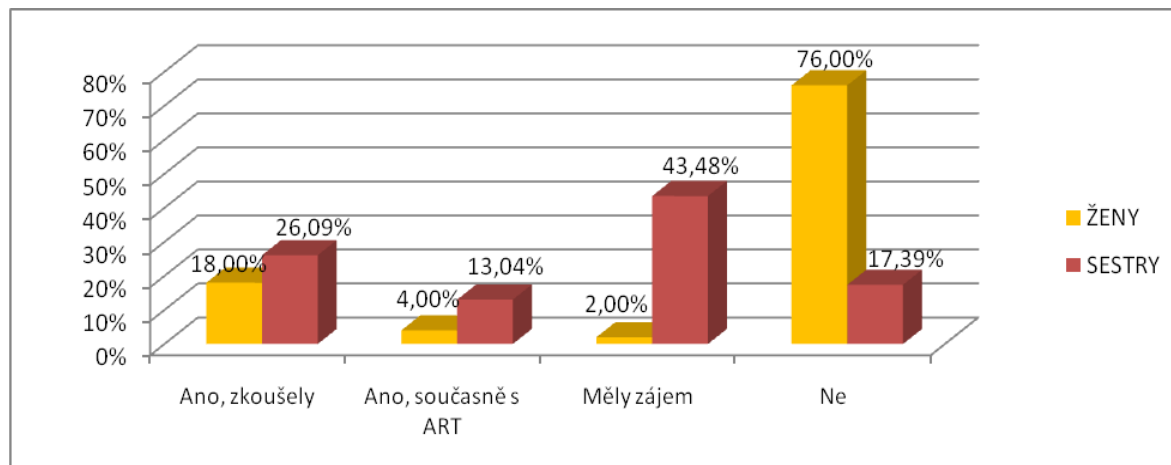
**Dílčí cíl č. 3: Zjistit přístup neplodných žen k léčbě pomocí alternativní medicíny z pohledu klientky/sestry.**

K dílčímu cíli č. 3 se vázaly položky v dotazníku č. 10, č. 11 a č. 12 u žen a položky č. 11, č. 12 a č. 13 u sester.

Tabulka č. 14: Využití alternativních metod během léčby ART z pohledu žen/sester

Alternativní metody	ŽENY		SESTRY	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, zkoušely	9	18	12	26,09
Ano, současně s ART	2	4	6	13,04
Měly zájem	1	2	20	43,48
Ne	38	76	8	17,39
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Graf č. 14: Využití alternativních metod během léčby ART z pohledu žen/sester



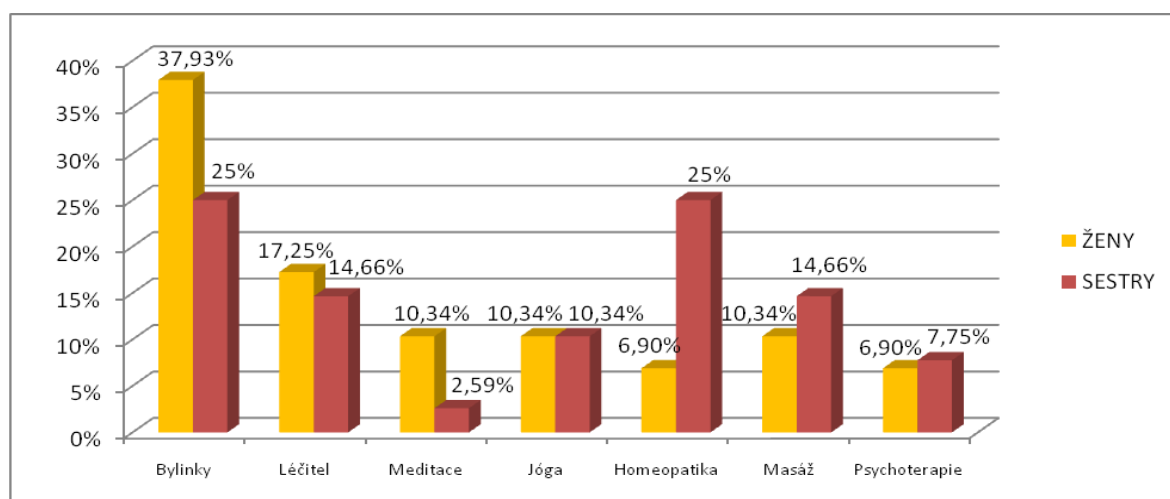
#### Interpretace výsledků:

Položka č. 10 u žen a položka č. 11 u sester zjišťovala, jestli klientky v léčbě neplodnosti zkouší i alternativní metody. Výsledky z tabulky, grafu č. 14 ukazují, že možnost ano, zkoušely, zvolilo 9 (18 %) žen a 12 (26,09 %) sester. Ano, současně s léčbou asistované reprodukce uvedlo 2 (4 %) žen a 6 (13,04 %) sester. Měly zájem tyto metody vyzkoušet, zvolila 1 (2 %) žena a 20 (43,48 %) sester. Ne, nezkoušely, uvedlo 38 (76 %) žen a 8 (17,39 %) sester.

Tabulka č. 15: Zkušenost klientek s alternativní metodou z pohledu žen/sester

Zkušenost s alternativní metodou	ŽENY		SESTRY	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Bylinky	11	37,93	29	25
Léčitel	5	17,25	17	14,66
Meditace	3	10,34	3	2,59
Jóga	3	10,34	12	10,34
Homeopatika	2	6,90	29	25
Masáž	3	10,34	17	14,66
Psychoterapie	2	6,90	9	7,75
<b>Celkem</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>116</b>	<b>100</b>

Graf č. 15: Zkušenost klientek s alternativní metodou z pohledu žen/sester



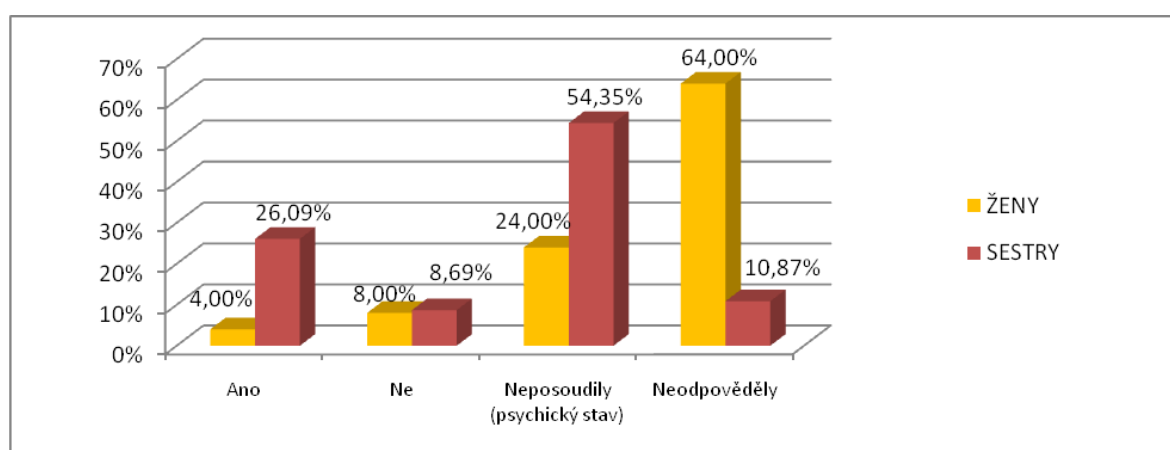
### Interpretace výsledků:

Položka č. 11 u žen a položka č. 12 u sester navazovala na položku č. 10 u žen a č. 11 u sester s možnostmi ano zkoušely a ano současně s léčbou asistované reprodukce. Položka zjišťuje, s jakou alternativní metodou mají klientky zkušenosti. Podle tabulky a grafu č. 15 mají ženy největší zkušenosti s bylinkami 11 (37,93 %), poté s léčiteli 5 (17,25 %), stejně udávaly jógu, meditaci a masáže 3 (10,34 %), nejméně zkušeností měly s homeopatiky a psychoterapií 2 (6,90 %). Sestry uvedly, že klientky mají největší zkušenosti s bylinkami a homeopatiky 29 (25 %). Následovaly zkušenosti s léčiteli a masážemi 17 (14,66 %), jógou 12 (10,34 %), psychoterapií 9 (7,75 %) a jako poslední možnost uvedly meditaci 3 (2,59 %).

Tabulka č. 16: Důvěra klientek v alternativní metody z pohledu žen/sester

Alternativní metody (důvěra)	ŽENY		SESTRY	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	2	4	12	26,09
Ne	4	8	4	8,69
Neposoudily (psychický stav)	12	24	25	54,35
Neodpověděly	32	64	5	10,87
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Graf č. 16: Důvěra klientek v alternativní metody z pohledu žen/sester



### Interpretace výsledků:

Položka č. 12 u žen a položka č. 13 u sester navazovala na položku č. 10 u žen a č. 11 u sester s možnostmi ano zkoušely a ano současně s léčbou asistované reprodukce. Položka zjišťovala, jestli alternativní metody klientkám pomohly. Tabulka a graf č. 16 ukazují, že ano pomohly, zvolilo 2 (4 %) žen a 12 (26,09 %) sester. Ne nepomohly, uvedlo 4 (8 %) žen a 4 (8,69 %) sester. Nemohly posoudit (věří, že zdravotní stav je propojen s psychickým stavem) zvolilo 12 (24 %) žen a 25 (54,35 %) sester. Na položku neodpovědělo 32 (64 %) žen a 5 (10,87 %) sester.

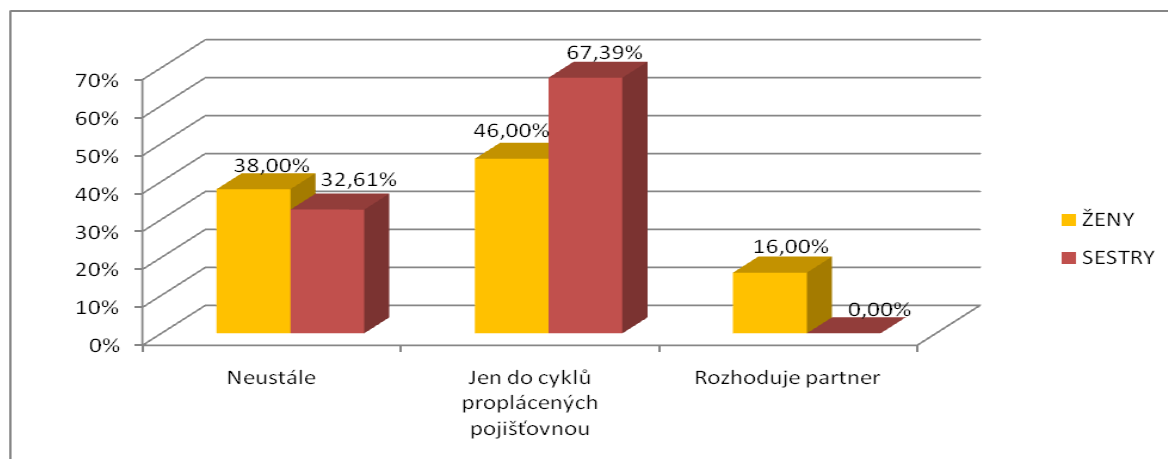
**Dílčí cíl č. 4: Zjistit, jak neplodné ženy vnímají možný úspěch nebo neúspěch léčby z pohledu klientky/sestry.**

K dílčímu cíli č. 4 se vztahovaly položky č. 16, č. 17 a č. 18 u žen a položky č. 17, č. 18 a č. 19 u sester.

Tabulka č. 17: Délka léčby u klientek pokud nepřijdou do jiného stavu z pohledu žen/sester

Délka léčby	ŽENY		SESTRY	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Neustále	19	38	15	32,61
Jen do cyklů proplácených pojišťovnou	23	46	31	67,39
Rozhoduje partner	8	16	0	0
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Graf č. 17: Délka léčby u klientek pokud nepřijdou do jiného stavu z pohledu žen/sester



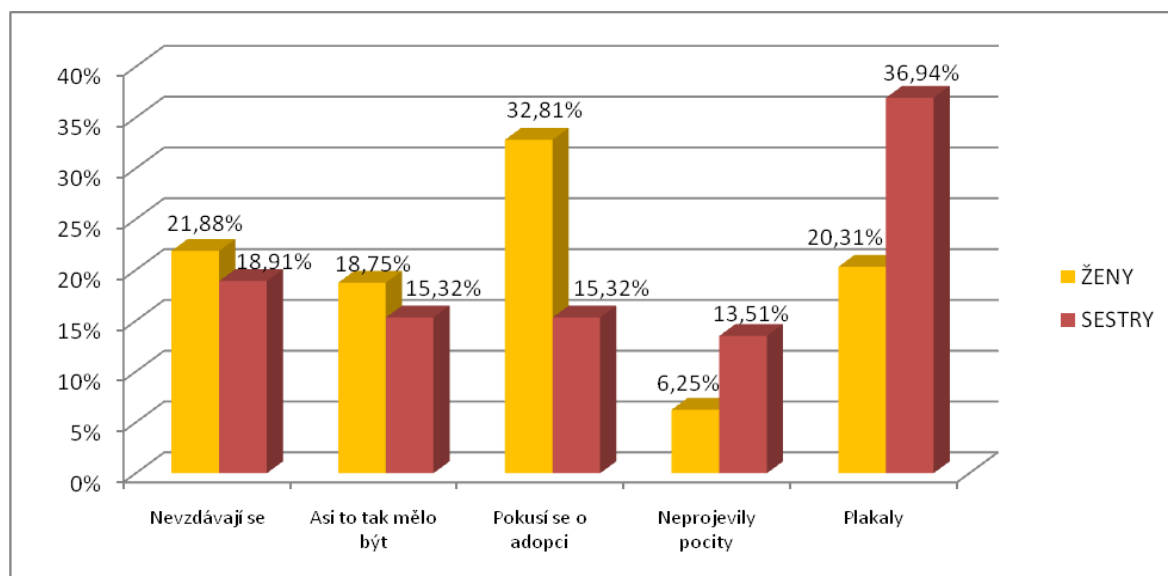
#### Interpretace výsledků:

Položkou č. 16 u žen a položkou č. 17 u sester se zjišťovalo, jak dlouho se klientky budou chtít léčit, pokud na první pokus nepřijdou do jiného stavu. Z tabulky, grafu č. 17 lze vyčíst, že respondentky nejvíce zvolily možnost jen do cyklů proplácených pojišťovnou 23 (46 %) žen a 31 (67,39 %) sester. Následně možnost neustále vybralo 19 (38 %) žen a 15 (32,61 %) sester. Jako poslední možnost rozhoduje partner, zvolilo 8 (16 %) žen a 0 (0 %) sester.

Tabulka č. 18: Pocity klientek při neúspěšné léčbě z pohledu žen/sester

Neúspěšná léčba (pocity)	ŽENY		SESTRY	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nevzdávají se	14	21,88	21	18,91
Asi to tak mělo být	12	18,75	17	15,32
Pokusí se o adopci	21	32,81	17	15,32
Neprojevily pocity	4	6,25	15	13,51
Plakaly	13	20,31	41	36,94
<b>Celkem</b>	<b>64</b>	<b>100</b>	<b>111</b>	<b>100</b>

Graf č. 18: Pocity klientek při neúspěšné léčbě z pohledu žen/sester



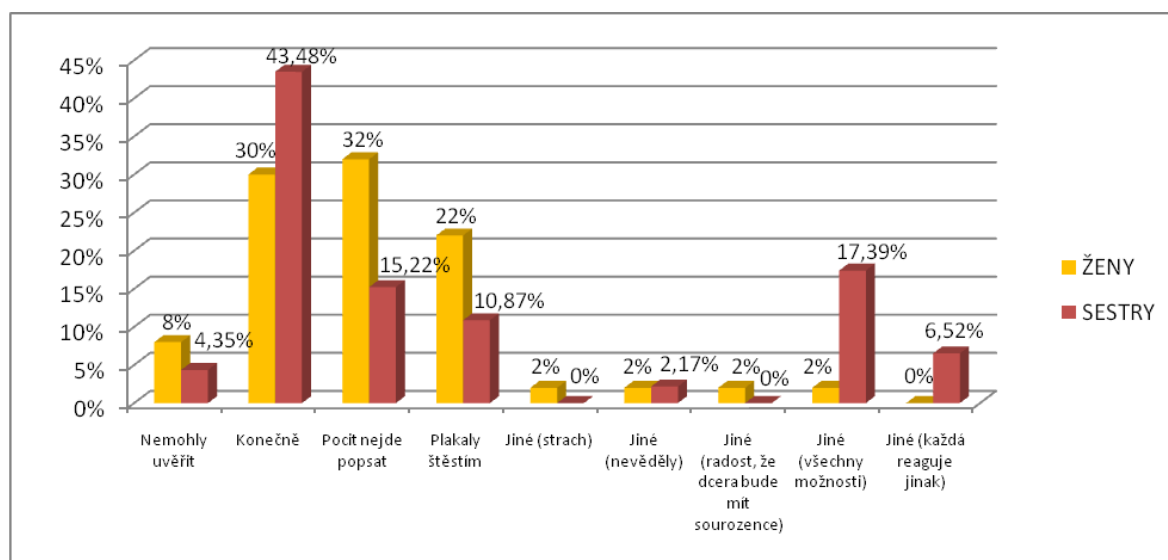
### Interpretace výsledků:

Položka č. 17 u žen a č. 18 u sester zjišťovala pocity klientky, při sdělení neúspěšnosti léčby. Výsledky z tabulky, grafu č. 18 ukazují, že ženy nejvíce uváděly možnost, pokusí se o adopci 21 (32,81 %), následně nevzdávají se 14 (21,88 %), plakaly 13 (20,31 %), asi to tak mělo být 12 (18,75 %) a nejméně volily neprojevení pocitů 4 (6,25 %). Sestry uvedly nejvíce možnost, plakaly 41 (36,94 %), nevzdávají se 21 (18,91 %), stejně uvedly z možností asi to tak mělo být a pokusí se o adopci 17 (15,32 %). Na posledním místě hodnotily, že klientky neprojevují pocity 15 (13,51 %).

Tabulka č. 19: Pocity klientek při úspěšné léčbě z pohledu žen/sester

Otěhotnění (pocity)	ŽENY		SESTRY	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Konečně	15	30	20	43,48
Pocit nelze popsat	16	32	7	15,22
Plakaly štěstím	11	22	5	10,87
Jiné (strach)	1	2	0	0
Jiné (nevěděly)	1	2	1	2,17
Jiné (radost, že dcera bude mít sourozence)	1	2	0	0
Jiné (všechny možnosti)	1	2	8	17,39
Jiné (každá reaguje jinak)	0	0	3	6,52
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Graf č. 19: Pocity klientek při úspěšné léčbě z pohledu žen/sester



### Interpretace výsledků:

Položkou č. 18 u žen a č. 19 u sester se zjišťovaly pocity klientky, při sdělení pozitivity těhotenství. Výsledky z tabulky, grafu č. 19 ukázaly, že ženy nejvíce uvedly možnost, pocity nelze popsat 16 (32 %), následně konečně-tak dlouho si to přály 15 (30 %), následně plakaly štěstím 11 (22 %), nemohly uvěřit zprávě 4 (8 %). Z jiných odpověděly strach



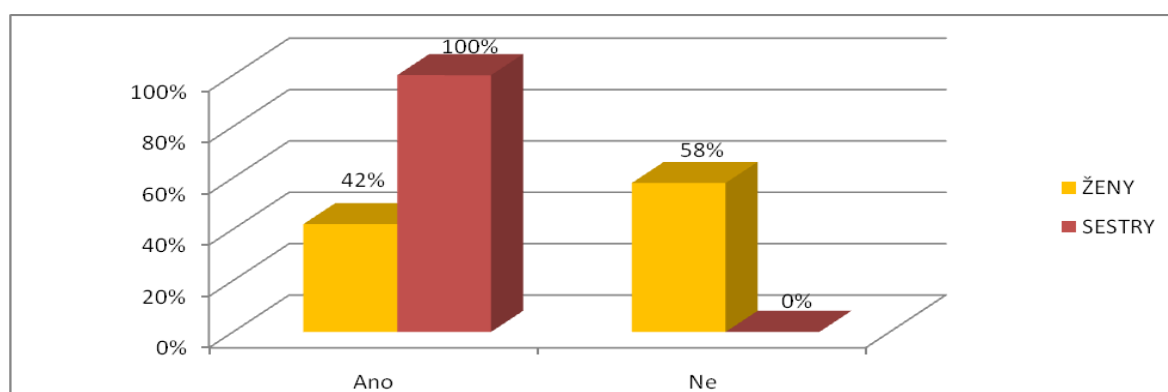
1 (2 %), nevěděly co říci 1 (2 %), radost, že dcera bude mít sourozence 1 (2 %), a uvedly by všechny možnosti 1 (2 %). Sestry uvedly, že si u klientek všimly nejvíce, konečně-tak dlouho si to přály 20 (43,48 %), pocit nelze popsat 7 (15,22 %), plakaly štěstím 5 (10,87 %). Poslední možnost sestry uvedly, nemohly uvěřit 2 (4,35 %). Mezi možnost jiné sestry uváděly, všechny možnosti 8 (17,39 %), následně každá klientka reaguje jinak 3 (6,52 %) a jako poslední možnost uvedly, nevěděly co říci 1 (2,17 %).

**Dílčí cíl č. 5: Zjistit, zda by klientky/sestry kladně hodnotily možnost psychologické pomoci v centrech asistované reprodukce.** K dílčímu cíli č. 5 se vztahovaly položky z dotazníku č. 19, č. 20 u žen a č. 20, č. 21 u sester.

Tabulka č. 20: Rozhodnutí klientek pro psychologickou poradnu z pohledu žen/sester

Psychologická poradna	ŽENY		SESTRY	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	21	42	46	100
Ne	29	58	0	0
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Graf č. 20: Rozhodnutí klientek pro psychologickou poradnu z pohledu žen/sester



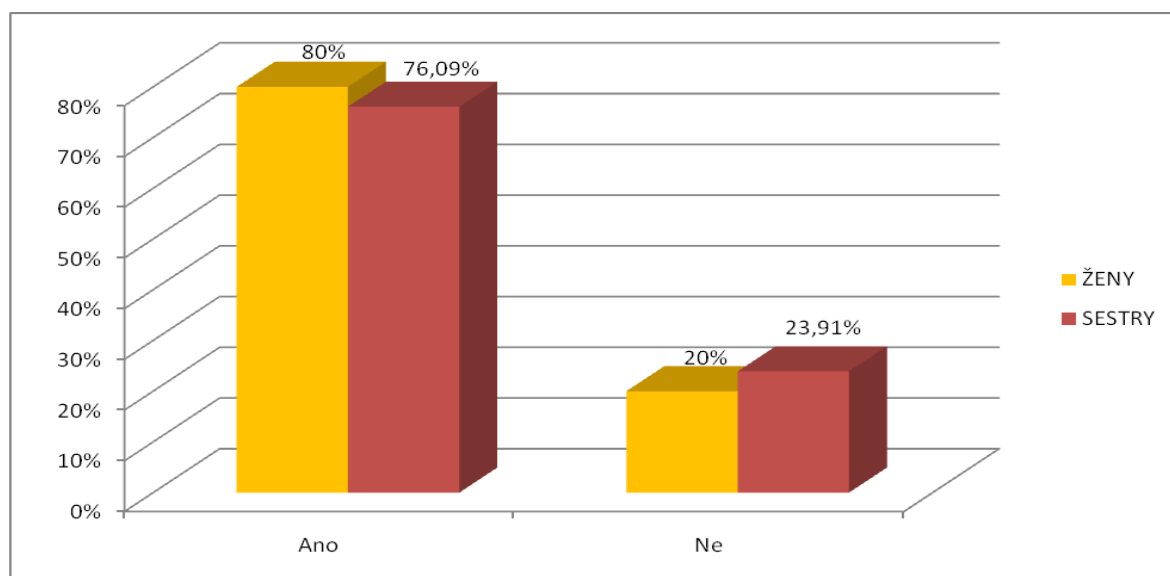
### Interpretace výsledků:

Položkou z dotazníku č. 19 u žen a č. 20 u sester se zjišťovalo, zda by klientkám pomohla psychologická pomoc s řešením jejich situace. Výsledky dle tabulky a grafu č. 20 ukázaly, že by psychologická pomoc nepomohla, zvolilo 29 (58 %) žen a 0 (0 %) sester. Ano, pro psychologickou poradnu uvedlo 21 (42 %) žen a 46 (100 %) sester.

Tabulka č. 21: Názor klientek na psychologickou poradnu v centrech reprodukční medicíny z pohledu žen/sester

Psychologická poradna (v centrech ART)	ŽENY		SESTRY	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	40	80	35	76,09
Ne	10	20	11	23,91
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Graf č. 21: Názor klientek na psychologickou poradnu v centrech reprodukční medicíny z pohledu žen/sester



### Interpretace výsledků:

Položka z dotazníku č. 20 u žen a položka č. 21 u sester zjišťovala, jestli by respondentky uvítaly psychologickou poradnu pro neplodné páry v reprodukčních centrech. Tabulka a graf č. 21 ukazuje, že ano, pro psychologickou poradnu uvedlo 40 (80 %) žen a 35 (76,09 %) sester. Poradnu v reprodukčních centrech odmítlo 10 (20 %) žen a 11 (23,91 %) sester.

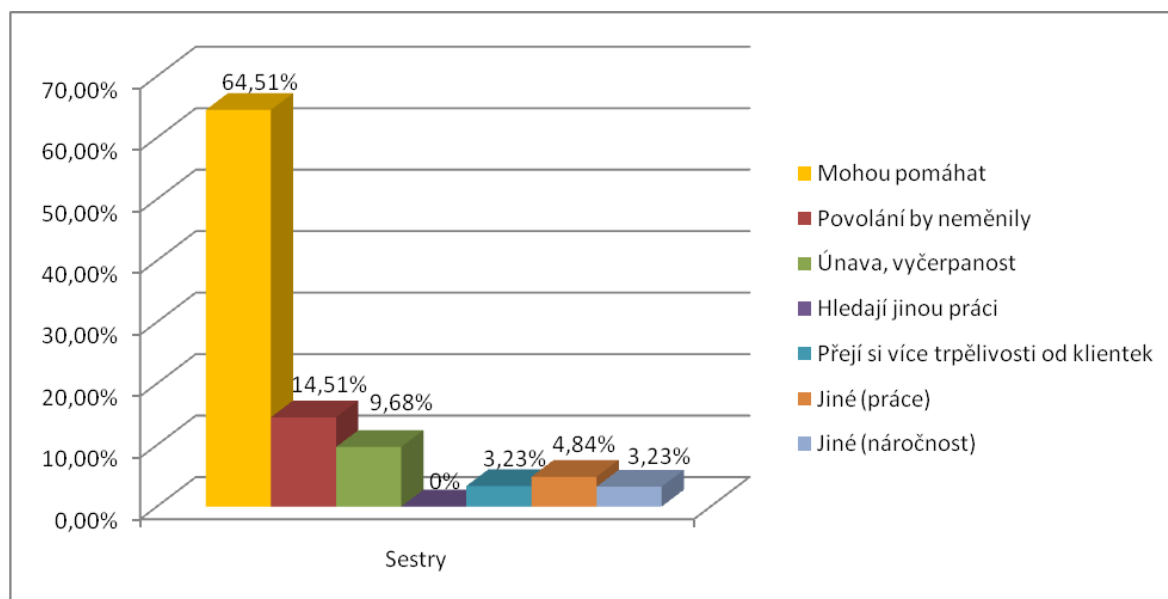
**Dílčí cíl č. 6: Zjistit emotivní prožívání sester při práci s neplodnými ženami.**

K dílčímu cíli č. 6 se vážala položka z dotazníku č. 22 u sester a zjišťovala pocity sester při poskytování péče neplodným ženám.

Tabulka č. 22: Pocity sester při poskytování péče neplodným ženám z pohledu sester

Pocity při péči s neplodnými ženami	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Mohou pomáhat	40	64,51
Povolání by neměnilly	9	14,51
Únava, vyčerpanost	6	9,68
Hledají jinou práci	0	0
Přejí si více trpělivosti od klientek	2	3,23
Jiné (práce)	3	4,84
Jiné (náročnost)	2	3,23
<b>Celkem</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

Graf č. 22: Pocity sester při poskytování péče neplodným ženám z pohledu sester

**Interpretace výsledků:**

Výsledky z tabulky a grafu č. 22 ukazují, že sestry nejvíce uváděly, jsou rády, že mohou pomáhat 40 (64,52 %), povolání by neměnilly 9 (14,51 %), jsou unavené, vyčerpané 6 (9,68 %), přejí si, aby s nimi měly klientky více trpělivosti 2 (3,23 %). Mezi položku jiné sestry uvedly, že je to pouze práce 3 (4,84 %) a náročnost povolání 2 (3,23 %). Sestry nevyužily možnost, že hledají novou práci.

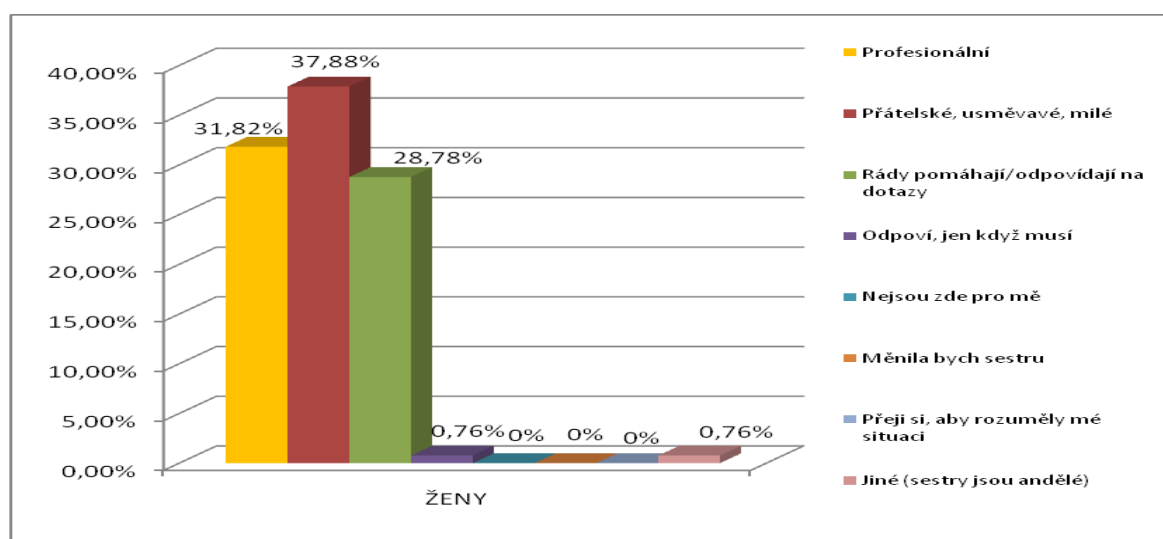
**Dílčí cíl č. 7: Zjistit, jak neplodné ženy vnímají poskytovanou péči sestrou.**

K dílčímu cíli č. 7 se vážala položka z dotazníku pro ženy č. 21. Položka zjišťovala, jak se sestry chovají ke klientkám během jejich léčby.

Tabulka č. 23: Přístup sester ke klientkám z pohledu žen

Přístup sester během léčby ART	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Profesionální	42	31,82
Přátelské/usměvavé/milé	50	37,88
Rády pomáhají/odpovídají na dotazy	38	28,78
Odpoví, jen když musí	1	0,76
Nejsou zde pro mě	0	0
Měnila bych sestru	0	0
Přeji si, aby rozuměly mé situaci	0	0
Jiné (sestry jsou andělé)	1	0,76
<b>Celkem</b>	<b>132</b>	<b>100</b>

Graf č. 23: Přístup sester ke klientkám z pohledu žen

**Interpretace výsledků:**

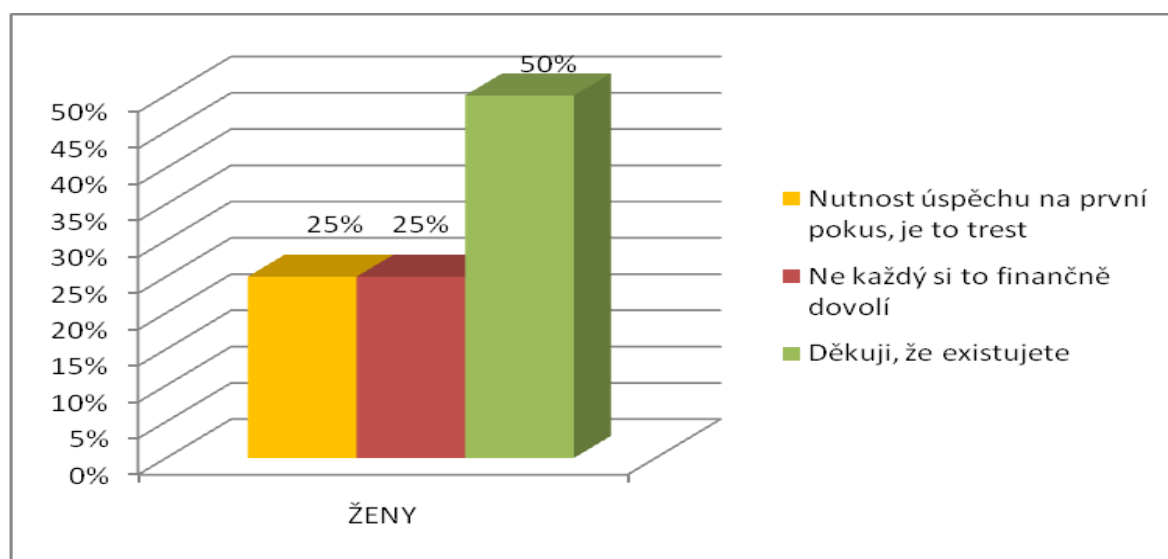
Výsledky dle tabulky a grafu č. 23 ukázaly, že ženy uváděly, že sestry jsou k nim přátelské, milé a usměvavé 50 (37,88 %), chovají se profesionálně 42 (31,82 %), rády pomáhají a odpovídají na dotazy 38 (28,78 %), odpoví, jen když musí 1 (0,76 %). Jako jiné ženy uvedly, sestry jsou andělé 1 (0,76 %). Ostatní možnosti ženy nevyužily.

Položky z dotazníku č. 22 u žen a č. 23 u sester se vztahovaly ke všem cílům a dávaly respondentkám možnost doplnit informace k danému tématu. Sestry tuto možnost nevyužily.

Tabulka č. 24: Vyjádření klientek k problematice neplodnosti z pohledu žen

Jiný názor	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nutnost úspěchu na první pokus, je to trest	1	25,00
Ne každý si to finančně dovolí	1	25,00
Děkuji, že existujete	2	50,00
<b>Celkem</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

Graf č. 24: Vyjádření klientek k problematice neplodnosti z pohledu žen



#### Interpretace výsledků:

Dle tabulky a grafu č. 24 ženy uvedly, děkujeme, že vůbec existují reprodukční centra 2 (50 %), ne každý si léčbu může finančně dovolit 1 (25 %) a s tímto souvisí i nutnost úspěchu na první pokus, jsme pod velikým stresem 1 (50 %).

## 11 DISKUSE

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit jak je vnímána ženská neplodnost a její vliv na psychiku ženy z pohledu sester a z pohledu neplodných žen.

*Analýza otázek k dílčímu cíli č. 1, který se zabýval, jak ovlivňuje diagnóza neplodnosti partnerský vztah z pohledu klientky/sestry.* Výsledky prokázaly, že 86 % žen a 78,26 % sester poukázalo, že mít dítě je velmi důležitou součástí pro naplnění partnerského vztahu. To jaké pocity klientky prožívaly při sdělení diagnózy neplodnosti a jak je vidí sestra, která o ně pečuje, byly téměř shodné u žen 21,69 % i sester 21,60 % u položky pláč/úzkost. Sestry udaly, že u žen převládá beznaděj 26,40 % a že ženy často přemýšlí o reakci jejich partnera 12,80 % a následně se bojí, že se s nimi partner kvůli neplodnosti rozejde 3,20 %. Ženy uvedly, že u nich převládaly pocity beznaděje 19,28 % a hlavně se bály rozchodu ze strany partnera 8,43 % než přemýšlely o reakci jejich partnera v dané situaci 7,23 %. Velmi zajímavé u této položky bylo, že ženy ne zvolily 15,66 % ani jednu z možných variant a tudíž lze s jistotou poukázat na to, že se jim velmi těžce vyjadřují pocity, které právě prožívaly při zjištění neplodnosti. Výsledky otázky jak ovlivňuje neplodnost jejich partnerský vztah, poukázala na větší rozdíly v tom, co uvedly ženy a naopak co uvedly sestry. Ženy uvedly, že neplodnost posílila jejich vztah ve sblížení 41,43% a lepší komunikaci 22,86 %. Naproti tomu, sestry uvedly, že v klientčině vztahu převládá sexuální akt už jen za účelem otěhotnění 19,61 % a tudíž nárůst konfliktních situací 17,65 %. Shrnutím by se dalo říci, že z pohledu žen i přes veškeré události, které nastaly v jejich životě a momentálně se neslučují s jejich plány se jejich partnerský/manželský vztah posílil a mohou si být jisté, že mají toho správného partnera při cestě za vytouženým děťátkem. Z pohledu sester ve většině případů se jejich názory shodují nebo nepatrně odlišují s názory žen. U vyhodnocení u ovlivnění partnerského vztahu se sestry spíše dívají na celou záležitost skeptičtěji, vidí více tu problematickou stránku než tu lepší, posilující vztah. Možná je to tím, že klientky po sdělení diagnózy neplodnosti, propadají strachu a negativním pocitům a po rozhovoru se svým partnerem se ve většině případů vše napraví. Ševčíková (s. 69-70, 2012) uvedla, že klíčovým momentem u žen je přijetí neúspěchu léčby. Ženy trpí pocity beznaděje, závistí, hněvu, sebelítosti a smutku. Ženy uváděly, že největší oporou jim byl v těchto chvílích právě jejich manžel.

*Analýza otázek k dílčímu cíli č. 2, který se zabýval, jak neplodné ženy prožívají léčbu neplodnosti pomocí asistované reprodukce z pohledu klientky/sestry.* To kdy se klientky nejčastěji rozhodnou pro léčbu neplodnosti z pomocí center asistované reprodukce. Průzkum ukázal shody u sester i žen ve volbě léčby už po jednom roce snažení přijít do jiného stavu 46 % žen a 67,39 % sester. Následně, že klientky jsou rády za existenci center asistované reprodukce, se shodly ženy 98 % i sestry 95,65 %. Větší část žen 42 % odmítá použití darovaných gamet při léčbě neplodnosti. Naproti tomu sestry 39,13 % uvedly, že větší část žen má zájem o darované gamety. Z toho 50 % dotazovaných sester a 30 % žen neví, jak by se rozhodly. Nejčastějšími důvody pro odmítnutí darovaných gamet bylo z genetických důvodů ze stran žen 42,11 % i sester 45,95 %. Rozhodnutí zda využít možnost darovaných gamet záleželo pouze na partnerovi 42, 11 % žen a 21,62 % sester. Průzkum ukázal shody ze stran respondentek u rozhodnutí zda využít možnost darovaných gamet. Ženy 87,50 % a sestry 65,22 % se shodly, že klientky chtěly dítě za jakýchkoliv okolností a nezáleží na tom, že není jejich biologicky nebo, že se možná v budoucnu pokusí vyhledat biologické rodiče a vůbec se nebojí, že by jej nemilovaly jako své vlastní. Ševčíková (s. 68-69, 2012) analyzuje partnerský vztah při léčbě neplodnosti, finančních nákladech a emočních situacích. Upozorňuje na velkou zátěž, která může narušit partnerský vztah. Dochází ke ztrátě spontánnosti v oblasti sexuality, která bývá ovlivněna plodnými a neplodnými dny ženy. Emoční zatížení u ženy je veliké, dochází k hádkám a výčitkám ve vztahu. A zmiňují se i slova jako rozchod a rozvod. Přestože se vztah stal napjatým a konfliktním, respondenti uvedli, že došlo ke stmelení vztahu a zlepšení v komunikaci. Uvědomili si, že jejich vzájemný vztah je prioritou a když bude pevný a funkční, ustojí i život bez dětí nebo s dětmi biologicky nevlastními.

*Analýza otázek k dílčímu cíli č. 3, který se zabýval, jak přistupují neplodné ženy k léčbě pomocí alternativní medicíny z pohledu klientky/sestry.* Výsledky ukázaly rozdíly mezi ženami 76 %, které nevyužívaly alternativní metody a neměly zájem tyto metody vyzkoušet. A sestrami 43,48 %, které uvedly, že by klientky měly zájem alternativní metody zkusit. Výsledky zkušeností s druhy alternativních metod poukázala, že ženy 37,93 % nejvíce zkoušely bylinky a léčitele 17,25 %. Zatímco sestry uvedly tak jak, ženy bylinky 25 % a rozdílem byla léčba za pomocí homeopatik 25 %. Zajímavým vyhodnocením bylo, že sestry nemohly posoudit 54,35 %, jestli alternativní metody klientkám pomohly. A ženy 64 % na tuto otázku neodpověděly. Z toho vyplývá, že ženy

i když by velmi rády, nemají přehled o využívání alternativních metod. Neví kam se obrátit, aby tyto metody mohly využít. Do budoucna by se právě mělo zaměřit na pomoc neplodným ženám z oblasti alternativních metod a propojit je společně s léčbou v centrech asistované reprodukce. Ze začátku by právě k tomuto mohly pomoci sestry, které se o klientky starají a mají přehled v alternativních metodách.

*Analýza otázek k dílčímu cíli č. 4, který se zabýval, jak neplodné ženy vnímají možný úspěch nebo neúspěch léčby z pohledu klientky/sestry.* Výsledky zjistily, že respondentky se shodly, že nejčastěji se klientky léčí jen do cyklů proplácených pojišťovnou 46 % žen a 67,39 % sester. Což poukazuje právě na to, jak velikému stresu jsou klientky vystaveny s nutností úspěchu „na první pokus.“ Léčba není jen psychicky náročná, ale jsou zde hlavně i finanční náklady za léčbu, které nejsou zrovna zanedbatelné. Samozřejmě musíme brát na vědomí, že i možnost úspěchu či neúspěchu léčby závisí na finanční situaci daného páru. Zhodnocení pocitů klientek v neúspěšné léčbě ukázalo, že se ženy nejčastěji rozhodnou pro adopci 32,81 % a nevzdávají se 21,88 %. Naopak sestry vidí klientky, jak pláčou 36,94 % a poté, že se nevzdávají 18,91 %. Vysvětlením by se dalo říci, že sestry vidí klientky v prvním okamžiku po sdělení negativy těhotenského testu a proto uváděly na prvním místě pláč jako ochranou emotivní reakci a následně boj a touhu nevzdávat se. Výsledky pocitů klientek při úspěšnosti léčby ukázala shody jak u žen i sester. Ženy nejvíce uváděly, že pocit kdy se dozvěděly o jejich těhotenství nelze popsat 32 % spolu s konečně, tak dlouho si to přály 30 %. Sestry na prvním místě uvedly, konečně tak dlouho si to klientky přály 43,48 % a všechny možné odpovědi 17,39 % shrnuly do možnosti jiné. Ráda bych mluvila za všechny sestry, pokud napíše, že každá sestra je velmi ráda za to, když „její“ klientka přijde do tak dlouho očekávaného a požehnaného stavu.

*Analýza otázek k dílčímu cíli č. 5, který se zabýval, zda by klientky/sestry kladně hodnotily možnost psychologické pomoci v centrech asistované reprodukce.* Výsledky ukázaly značné rozdíly v hodnocení mezi sestrami a ženami. Ano pro psychologickou poradnu jako pomoc pro neplodné ženy uvedlo 100 % sester. Naproti tomu 58 % žen uvedlo, že by jim psychologická poradna nepomohla. A 42 % žen hodnotilo psychologickou poradnu kladně. Výsledek otázky zda by měla být psychologická poradna pro neplodné páry přímo v centrech asistované reprodukce, ukázala téměř shodné výsledky 80 % žen a 76,09 % sester zvolilo kladnou odpověď. Sestry jakožto edukovaní pracovníci ví, že je velmi důležitá péče jak o fyzickou tak i o psychickou stránku těla. A proto výsledky zřetelně



ukazují na důležitost psychologické poradny pro neplodné páry ze strany sester. Ženy o této možnosti vědí, ale bojí se jejího využití. Bohužel, i když žijeme ve 21. století si mnoho lidí plete psychologickou pomoc s pomocí psychiatrickou. Tím pádem, nevyhledávají pomoc psychologa a tím, si mnohdy spíše přitíží, než ulehčí.

*Analýza dílčího cíle č. 6, který se zabýval jaké je emotivní prožívání sester při práci s neplodnými ženami.* Výsledky ukázaly, že i přes psychickou náročnost povolání, vyčerpání by sestry povolání neměnily a 64,51 % uvedlo, že jsou rády, že mohou pomáhat neplodným ženám. Pěkné zjištění vyplynulo, že 0 % sester si hledá jiné zaměstnání.

*Analýza dílčího cíle č. 7, který se zabýval, jak neplodné ženy vnímají poskytovanou péči sestrou.* Výsledky ukázaly, že ženy hodnotily přístup sester k nim velmi kladně. Sestry jsou přátelské, usměvavé a milé 37,88 %. Následně mají profesionální chování 31,82 % a rády pomohou a odpoví na dotazy jimi kladené 27,87 %. Velmi pěkné bylo vyjádření od ženy, která napsala, že sestry jsou andělé. Hodnocení sester klientkami bylo velmi pozitivní. Ze dvou výzkumných souborů bylo 100 % žen klientkami Reprodukčního centra a Gynekologie ve Zlíně, což poukazuje na velmi milý a profesionální personál této kliniky.

Z možnosti vyjádřit se k dané problematice v položce jiné na konci dotazníku, pro oba výzkumné soubory, tuto možnost využily jen ženy. Jak jsem se již zmínila výše k dílčímu cíli č. 4, ženy uvedly problematiku úspěchu léčby na první pokus 25 % spojené s finančními prostředky 25 %. Polovina žen 50 % uvedla, děkujeme, že existují centra asistované reprodukce.

## ZÁVĚR

Práce se zabývá problematikou vnímání ženské neplodnosti a jejím vlivem na psychiku ženy z pohledu neplodných žen a sester. I s velkým pokrokem při léčbě neplodnosti v dnešní době, by se nemělo zapomínat na neplodné ženy také z psychologického pohledu a možné kombinace léčby za pomoci alternativních metod. Sestra jako nejbližší pomoc neplodným ženám a také jako žena by klientkám mohla do budoucna více pomáhat se orientovat v těchto možných a určitě prospěšných kombinacích léčby neplodnosti.

K hlavnímu cíli bylo sestaveno 7dílčích cílů, které měly za úkol objasnit pohled neplodné ženy. To, co neplodná žena pocítuje při léčbě neplodnosti, její pocity při úspěchu či neúspěchu dané léčby, možné komplikace v partnerském vztahu, dále pak jestli využívá a zná i možnost alternativní léčby a jak by vnímala psychologickou pomoc. Tento pohled na neplodné ženy byl využit i u sester, které pracují s neplodnými ženami v centrech asistované reprodukce. Byl brán jako zpětná vazba co právě prožívají neplodné ženy a jak je vidí sestry, které o ně pečují. A případná zjištění by měla být přínosem pro praxi jak pro neplodné ženy tak i sestry. Samostatnými dílčími cíli bylo zjištění pohledu neplodných žen na práci sester v centrech asistované reprodukce a pocity sester při práci s neplodnými ženami.

Cíl byl splněn za pomoci využití dotazníkového šetření. Analýzou výsledků dotazníkového šetření se prokázaly rozdíly u žen a sester hlavně ve vnímání psychologické pomoci a možnosti využívání alternativních metod v kombinaci s léčbou v centrech asistované reprodukce. Velmi zajímavé zjištění bylo, že některé ženy při vyjádření pocitů po sdělení diagnózy neplodnosti nezvolily ani jednu z možných variant. To poukazuje na to, že se jim velmi těžce vyjadřují pocity, které právě prožívaly při zjištění neplodnosti. Zajímavým výsledkem bylo zjištění, že sestry znají velmi dobře své klientky a většinu případů se shodují s odpověďmi žen.

Dle mého názoru jsou výsledná zjištění přínosem pro praxi, jak do oblasti neplodnosti ženy tak, i pro sestry, které tímto budou vědět, s čím by klientkám mohly do budoucna pomoci a tím i případně snížit jejich psychické potíže a zvýšit tak možnost jejich otěhotnění.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

BAYER, Steven, Michael ALPER a Alan PENZIAS, 2007. *The Boston IVF Handbook of Infertility*. 2nd ed. Oxon: Informa. ISBN 10-0-415-39432-5.

KONEČNÁ, Hana, 2009. *Na cestě za dítětem: dvě malá křídla*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-807-2625-918.

MARDEŠIĆ, Tonko, 2010. *Když se nedaří otěhotnět: průvodce pro páry s narušenou plodností*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-802-0421-746.

MARDEŠIĆ, Tonko, 1996. *Neplodnost*. Praha: Makropulos. ISBN 80-860-0301-9.

MLČÁK, Zdeněk, 2011. *Psychologie zdraví a nemoci*. 2.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7368-951-3.

OSTRÓ, Alexander, Ladislav PILKA a František LEŠNÍK, 2009. *Reprodukční medicína - současnost a perspektivy*. Olomouc: Nakladatelství Olomouc. ISBN 978-807-1822-783.

PAULÍK, Karel, 2010. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4729-596.

RAUDENSKÁ, Jaroslava, Alena JAVŮRKOVÁ, 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-247-2223-8.

ŘEŽÁBEK, Karel, 2008. *Asistovaná reprodukce: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: MAXDORF-JESSENIUS. ISBN 978-807-3451-547.

STOPPARD, Miriam, 1996. *Početí, těhotenství a porod*. Martin: Vydavatelství Neografie. ISBN 80-851-8691-8.

ULČOVÁ-GALLOVÁ, Zdenka, Petr LOŠAN, 2013. *Neplodnost - útok imunity: metody vyšetření, příčiny neplodnosti, důvody potráčivosti, metody léčby, nejčastější otázky*. 2., aktualizované a doplněné vydání Praha: Grada. ISBN 80-247-1493-0.

VYMĚTAL, Jan, 2010. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-247-2667-0.

VYMĚTAL, Jan a kol., 2007. *Speciální psychoterapie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-247-1315-1.

## SEZNAM POUŽITÝCH INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

FEJFAROVÁ, Veronika, 2012. Imunologická neplodnost. In: *Medixa.org* [online]. [cit. 2014-01-25]. Dostupné z: <http://cs.medixa.org/nemoci/imunologicka-neplodnost>

Stanovení hladiny FSH, LH a testosteronu. © 2009. *Stop neplodnosti.cz* [online]. [cit. 2013-12-15]. Dostupné z: [www.stopneplodnosti.cz/lecba-neplodnosti/vysetreni-muze/stanoveni-hladiny-fsh-lh-a-testosteronu](http://www.stopneplodnosti.cz/lecba-neplodnosti/vysetreni-muze/stanoveni-hladiny-fsh-lh-a-testosteronu)

Vyšetření spermatu. © 2009. *Stopneplodnosti.cz* [online]. [cit. 2013-12-15]. Dostupné z: <http://www.stopneplodnosti.cz/lecba-neplodnosti/vysetreni-muze/vysetreni-spermatu>

LINDSEY, Brandi a Driskill, Cynthia, 2013. The Psychology of Infertility. *International Journal of Childbirth Education* [on line]. July 2013, pp. 41-44 [cit. 2014-02-20]. ISSN 0887-8625. Dostupné z:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=0174a23f-a06c-4fb0-8444-be04dcd47f2e%40sessionmgr198&hid=123>

Ševčíková, Jana, 2012. *Neplodnost a její psychický dopad na partnerský vztah* [online]. Zlín [cit. 2014-3-23]. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Institut mezioborových studií Brno, Katedra společenských věd. Dostupné z: <http://dspace.k.utb.cz/handle/10563/19468>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

ART	Asistovaná reprodukce
ASA	Antispermatozoidální protilátky
AZA	Antifosfolipidové protilátky
CFTR	Gen pro cystickou fibrózu
ET	Embryotransfer
FSH	Folikulostimulační hormon
HCG	Lidský choriový gonadotropin
HIV	Virus lidské imunitní nedostatečnosti
IUI	Intrauterinní inseminace
IVF	In vitro fertilizace
LH	Luteinizační hormon
PGD	Preimplantační genetická diagnostika
%	Procento

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1: Věk respondentek.....	73
Tabulka č. 2: Rodinný stav respondentek.....	74
Tabulka č. 3: Vzdělání respondentek.....	75
Tabulka č. 4: Děti.....	76
Tabulka č. 5: Praxe v oboru reprodukční medicíny u sester.....	77
Tabulka č. 6: Co znamená pro klientku mít dítě z pohledu žen/sester.....	42
Tabulka č. 7: Pocity klientek při sdělení diagnózy neplodnosti z pohledu žen/sester.....	43
Tabulka č. 8: Neplodnost a její ovlivnění partnerského vztahu z pohledu žen/sester.....	44
Tabulka č. 9: Rozhodnutí klientek pro léčbu pomocí reprodukční medicíny z pohledu žen/sester.....	46
Tabulka č. 10: Pocity klientek při léčbě pomocí asistované reprodukce z pohledu žen/sester.....	47
Tabulka č. 11: Použití darovaných gamet při léčbě neplodnosti z pohledu žen/sester.....	48
Tabulka č. 12: Rozhodnutí klientek pro nepoužití darovaných gamet z pohledu žen/sester.....	49
Tabulka č. 13: Rozhodnutí klientek pro použití darovaných gamet z pohledu žen/sester.....	50
Tabulka č. 14: Využití alternativních metod během léčby ART z pohledu žen/sester.....	51
Tabulka č. 15: Zkušenost klientek s alternativní metodou z pohledu žen/sester.....	52
Tabulka č. 16: Důvěra klientek v alternativní metody z pohledu žen/sester.....	53
Tabulka č. 17: Délka léčby u klientek pokud nepřijdou do jiného stavu z pohledu žen/sester.....	54
Tabulka č. 18: Pocity klientek při neúspěšné léčbě z pohledu žen/sester.....	55
Tabulka č. 19: Pocity klientek při úspěšné léčbě z pohledu žen/sester.....	56
Tabulka č. 20: Rozhodnutí klientek pro psychologickou poradnu z pohledu žen/sester.....	57
Tabulka č. 21: Názor klientek na psychologickou poradnu v centrech reprodukční medicíny z pohledu žen/sester.....	58
Tabulka č. 22: Pocity sester při poskytování péče neplodným ženám z pohledu sester.....	59
Tabulka č. 23: Přístup sester ke klientkám z pohledu žen.....	60
Tabulka č. 24: Vyjádření klientek k problematice neplodnosti z pohledu žen.....	61

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf č. 1: Věk respondentek .....	73
Graf č. 2: Rodinný stav respondentek.....	74
Graf č. 3: Vzdělání respondentek.....	75
Graf č. 4: Děti .....	76
Graf č. 5: Praxe v oboru reprodukční medicíny u sester.....	77
Graf č. 6: Co znamená pro klientku mít dítě z pohledu žen/sester .....	42
Graf č. 7: Pocity klientek při sdělení diagnózy neplodnosti z pohledu žen/sester.....	43
Graf č. 8: Neplodnost a její ovlivnění partnerského vztahu z pohledu žen/sester .....	45
Graf č. 9: Rozhodnutí klientek pro léčbu pomocí reprodukční medicíny z pohledu žen/sester.....	46
Graf č. 10: Pocity klientek při léčbě pomocí asistované reprodukce z pohledu žen/sester.....	47
Graf č. 11: Použití darovaných gamet při léčbě neplodnosti z pohledu žen/sester.....	48
Graf č. 12: Rozhodnutí klientek pro nepoužití darovaných gamet z pohledu žen/sester.....	49
Graf č. 13: Rozhodnutí klientek pro použití darovaných gamet z pohledu žen/sester.....	50
Graf č. 14: Využití alternativních metod během léčby ART z pohledu žen/sester.....	51
Graf č. 15: Zkušenost klientek s alternativní metodou z pohledu žen/sester .....	52
Graf č. 16: Důvěra klientek v alternativní metody z pohledu žen/sester .....	53
Graf č. 17: Délka léčby u klientek pokud nepřijdou do jiného stavu z pohledu žen/sester.....	54
Graf č. 18: Pocity klientek při neúspěšné léčbě z pohledu žen/sester.....	55
Graf č. 19: Pocity klientek při úspěšné léčbě z pohledu žen/sester .....	56
Graf č. 20: Rozhodnutí klientek pro psychologickou poradnu z pohledu žen/sester.....	57
Graf č. 21: Názor klientek na psychologickou poradnu v centrech reprodukční medicíny z pohledu žen/sester .....	58
Graf č. 22: Pocity sester při poskytování péče neplodným ženám z pohledu sester.....	59
Graf č. 23: Přístup sester ke klientkám z pohledu žen.....	60
Graf č. 24: Vyjádření klientek k problematice neplodnosti z pohledu žen.....	61

**SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha I: Demografické údaje .....	73
Příloha II: Dotazník pro ženy .....	78
Příloha III: Dotazník pro sestry .....	82
Příloha IV: Odolnost v zátěžové situaci.....	86
Příloha V: Některé alternativní metody pro zvládnání zátěžových situací .....	87

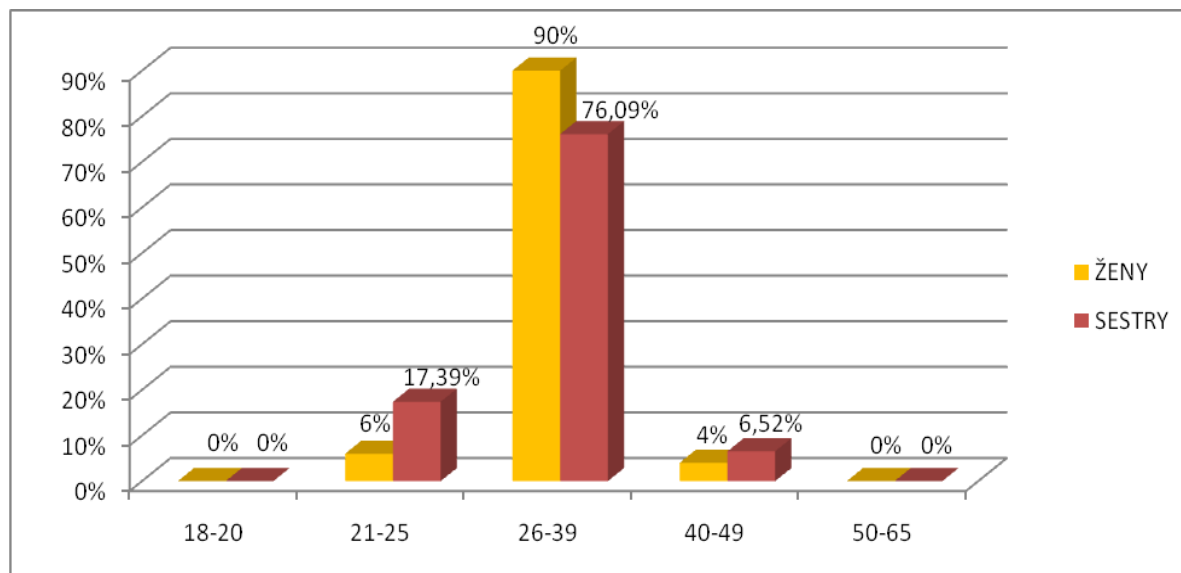


## PŘÍLOHA I: DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Tabulka č. 1: Věk respondentek

Věk respondentek	ŽENY		SESTRY	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
18-20 let	0	0	0	0
21-25 let	3	6	8	17,39
26-39 let	45	90	35	76,09
40-49 let	2	4	3	6,52
50-65 let	0	0	0	0
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

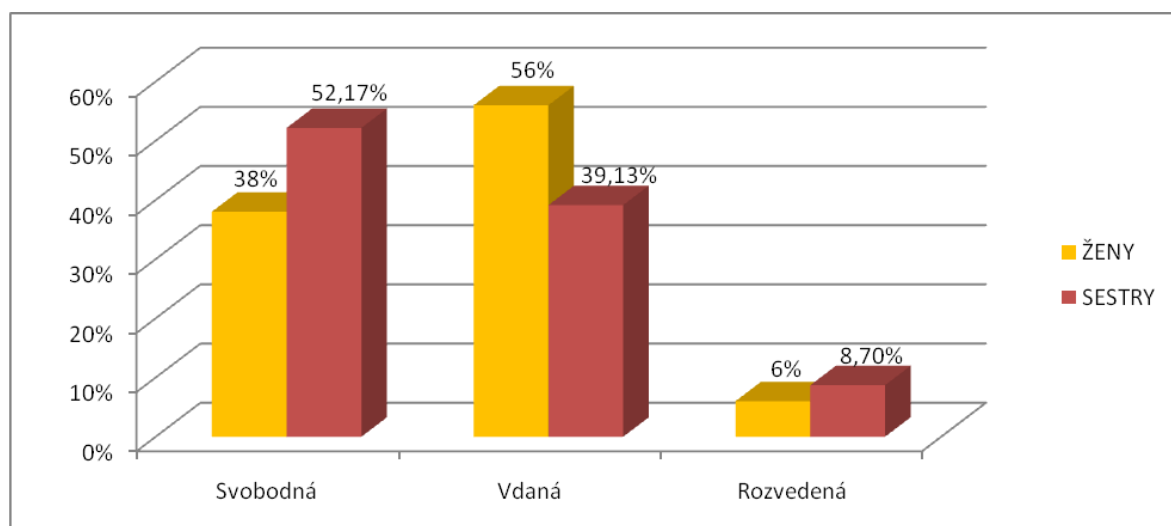
Graf č. 1: Věk respondentek



Tabulka č. 2: Rodinný stav respondentek

Rodinný stav respondentek	ŽENY		SESTRY	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Svobodná	19	38	24	52,17
Vdaná	28	56	18	39,13
Rozvedená	3	6	4	8,70
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

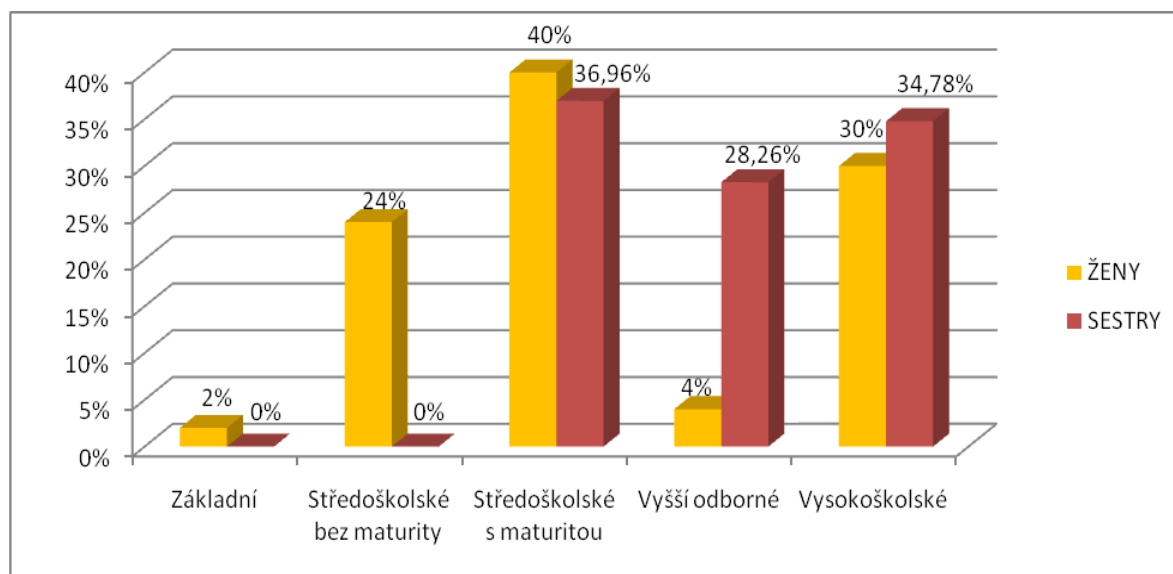
Graf č. 2: Rodinný stav respondentek



Tabulka č. 3: Vzdělání respondentek

Vzdělání respondentek	ŽENY		SESTRY	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Základní	1	2	0	0
Středoškolské bez maturity	12	24	0	0
Středoškolské s maturitou	20	40	17	36,96
Vyšší odborné	2	4	13	28,26
Vysokoškolské	15	30	16	34,78
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

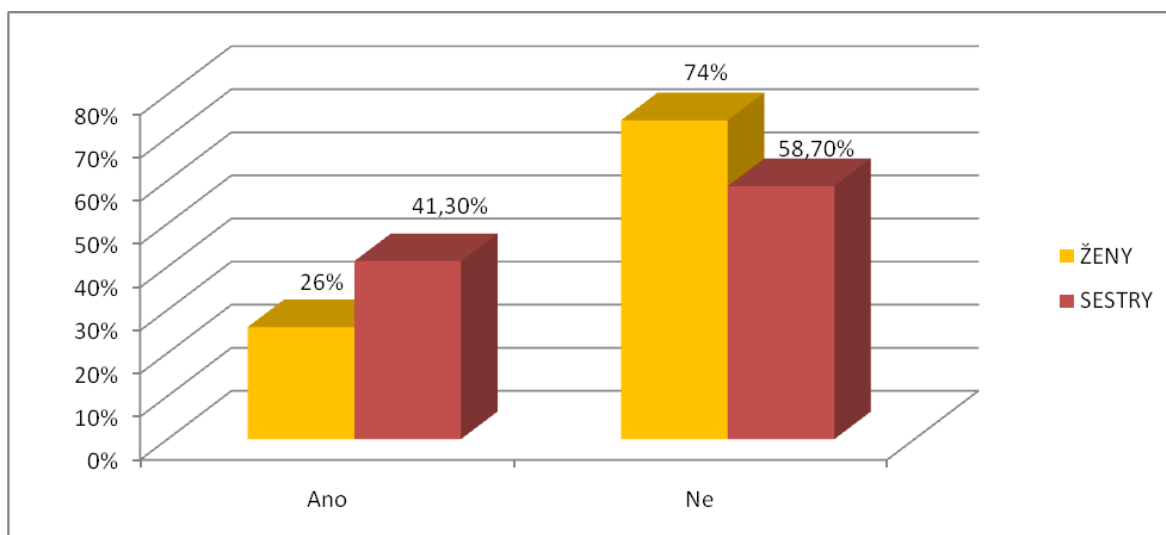
Graf č. 3: Vzdělání respondentek



Tabulka č. 4: Děti

Děti	ŽENY		SESTRY	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	13	26	19	41,30
Ne	37	74	27	58,70
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

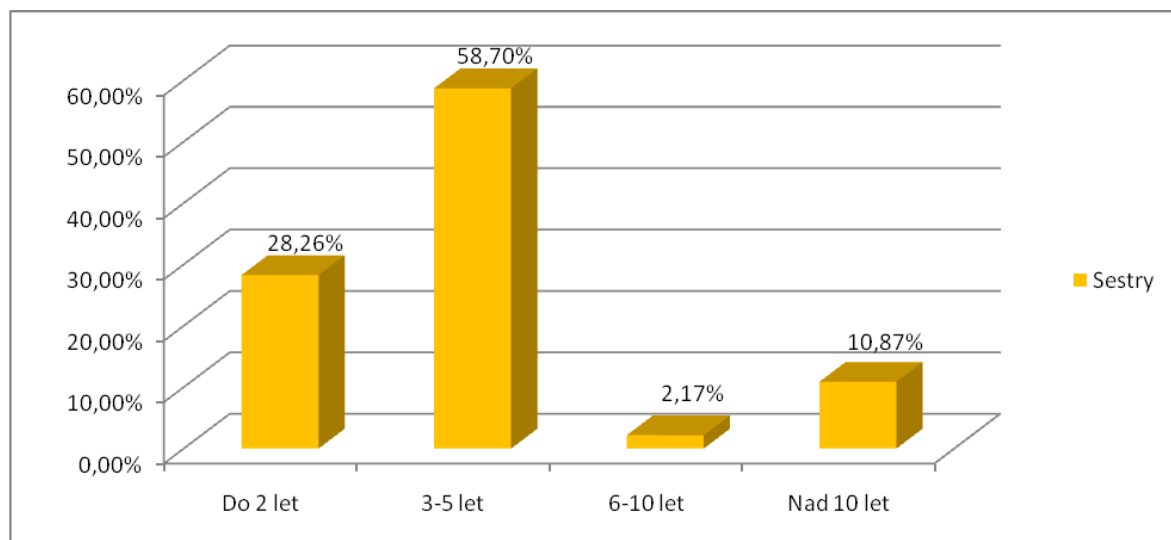
Graf č. 4: Děti



Tabulka č. 5: Praxe v oboru reprodukční medicíny u sester

<b>Praxe v oboru ART u sester</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Do 2 let	13	28,26
3-5 let	27	58,70
6-10 let	1	2,17
Nad 10 let	5	10,87
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Graf č. 5: Praxe v oboru reprodukční medicíny u sester



## **PŘÍLOHA II: DOTAZNÍK PRO ŽENY**

Dobrý den,

Jmenuji se Jana Hrubčová a jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati, Fakulty humanitních studií, oboru Všeobecná sestra. Ve své bakalářské práci provádím průzkum o neplodnosti a jejímu vlivu na psychiku ženy. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní a veškeré údaje, které zde budou uvedeny, budou sloužit výhradně pro účely mé bakalářské práce.

Prosím o pravdivé zodpovězení všech otázek zakroužkováním, popřípadě doplnění odpovědi. Pokud není uvedeno jinak, označte pouze jednu odpověď.

Předem děkuji za Váš čas a spolupráci.

### **1. Jaký je Váš věk?**

- a) 18-20
- b) 21-25
- c) 26-39
- d) 40-49

### **2. Rodinný stav:**

- a) svobodná
- b) vdaná
- c) rozvedená

### **3. Nejvyšší dosažené vzdělání:**

- a) základní
- b) středoškolské bez maturity
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

### **4. Máte děti?**

- a) ano
- b) ne

### **5. Co pro Vás znamená mít dítě?**

- a) žiji jen proto, abych mohla být matkou
- b) dítě už mám, ale můj nový partner/manžel chce mít se mnou vlastní dítě
- c) momentálně dítě nechci, ale můj partner/manžel trvá na dítěti

**6. Jak ovlivnila neplodnost Váš partnerský/manželský vztah? (možno zvolit více odpovědí)**

- a) komunikujeme spolu méně
- b) komunikujeme spolu více
- c) prožíváme krizi
- d) vzájemně jsme se sblížili
- e) vzájemně jsme se oddálili
- f) vznikají mezi námi konflikty
- g) uvažují o změně partnera
- h) nemilujeme se tak často
- i) milujeme se jen za účelem otěhotnění
- j) jiné (uved'te).....

**7. Jak jste se cítila po sdělení diagnózy neplodnosti? (možno zvolit více odpovědí)**

- a) pocit strachu
- b) pocit beznaděje
- c) deprese
- d) pláč/úzkost
- e) šok
- f) přemýšlela jsem, co na to řekne můj partner/manžel
- g) bála jsem se, že se semnou můj partner/manžel rozejde

**8. Kdy jste se rozhodla pro léčbu pomocí asistované reprodukce?**

- a) po 1 roce zkoušení
- b) po 2 a více letech zkoušení
- c) ihned, věděla jsem, že problém s otěhotněním je na mé straně
- d) ihned, věděla jsem, že problém je na partnerově/manželově straně

**9. Jak jste vnímala to, že početí dítěte je možné jen za pomoci technik asistované reprodukce?**

- a) ze začátku jsem tuto možnost striktně odmítala
- b) jsem ráda, že tato možnost existuje, když to jinak nejde, tak se nedá nic dělat
- c) raději vyzkouším i jiné alternativní metody (akupunktura, akupresura, bylinná léčba, homeopatie,...)

**10. Zkoušela jste i jiné léčebné alternativní metody než jen léčbu pomocí asistované reprodukce? (pokud odpovíte „ne“ nevyplňujte otázku číslo 11,12).**

- a) ano, zkoušela
- b) ano, zkouším během léčby asistované reprodukce
- c) měla bych zájem tyto metody vyzkoušet
- d) ne, nezkoušela

**11. S jakou jinou alternativní metodou máte zkušenosti? (možno zvolit více odpovědí)**

- a) bylinky
- b) léčitel
- c) meditace
- d) jóga
- e) homeopatie
- f) masáž
- g) psychoterapie

**12. Myslíte si, že Vám alternativní metody pomáhají?**

- a) ano
- b) ne
- c) nemohu posoudit: „Věřím, že zdravotní stav je propojen s psychickým stavem.“

**13. Vadilo by Vám, kdybyste museli při léčbě použít darovaná vajíčka nebo spermie?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**14. Pokud odpovíte na otázku č. 13 „ano“, můžete zvolit více z následujících odpovědí.**

- a) ano, nechtěla bych dítě, které by nebylo geneticky mé nebo partnera/manžela
- b) ano, jen pokud by to bylo přání mého partnera/manžela tak bych léčbu s darovanými vajíčky nebo spermii podstoupila
- c) ano bojím se, že dítě bude chtít v budoucnu vystopovat svůj genetický původ
- d) ano bojím se, že bych ho nemilovala jako své vlastní

**15. Pokud odpovíte na otázku č. 13 „ne“, můžete zvolit více z následujících odpovědí.**

- a) ne, chci dítě za jakýchkoliv okolností
- b) ne, ale bojím se, že se mi nebo partnerovi/manželovi nebude podobat
- c) ne, ale bojím se, že dítě bude chtít v budoucnu vystopovat svůj genetický původ
- d) ne, ale bojím se, že bych ho nemilovala jako své vlastní

**16. Jak dlouho se budete chtít léčit, pokud na první pokus neotěhotníte?**

- a) zkoušela bych to neustále (finance mě netíží)
- b) jen do cyklů proplácených pojišťovnou
- c) do té doby než partner/manžel řekne dost



**17. Co byste dělala, kdyby byla léčba neúspěšná? Možno zvolit více odpovědí**

- a) nikdy to nevzdám, pokud nebudu mít vlastní dítě
- b) asi to tak mělo být, zůstaneme s partnerem/manželem bez dětí
- c) asi nám nebylo přáno mít vlastní dítě, pokusíme se o adopci/pěstounskou péči
- d) nedala bych najevo své pocity
- e) rozplakala bych se

**18. Jak byste se cítila, kdyby Vám lékař sdělil, že jste těhotná?**

- a) nemohla bych tomu uvěřit
- b) konečně, tak moc jsem si to přála
- c) pocit nejde popsat
- d) plakala bych štěstím
- e) jiné (uveďte) .....

**19. Myslíte si, že by Vám psychologická pomoc pomohla s řešením Vaší situace?**

- a) ano
- b) ne

**20. Myslíte si, že by na každé klinice asistované reprodukce měla být psychologická poradna pro neplodné páry?**

- a) ano, určitě
- b) ne

**21. Jak byste hodnotila chování sester během Vaší léčby? (možno zvolit více odpovědí)**

- a) plně profesionální
- b) přátelské, milé, usměvavé
- c) rády mi pomáhají a odpovídají na mé dotazy
- d) odpoví mi, jen když musí
- e) někdy mám pocit, jako by tu nebyly pro mě
- f) vyměnila bych sestru v ordinaci lékaře
- g) přála bych si, aby lépe porozuměly mé situaci
- h) jiné (uveďte)

.....

**22. Chcete něco uvést k této problematice?**

.....

.....

.....

.....

## **PŘÍLOHA III: DOTAZNÍK PRO SESTRY**

Dobrý den,

Jmenuji se Jana Hrubčová a jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati, Fakulty humanitních studií, oboru Všeobecná sestra. Ve své bakalářské práci provádím průzkum o neplodnosti a jejímu vlivu na psychiku ženy. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní a veškeré údaje, které zde budou uvedeny, budou sloužit výhradně pro účely mé bakalářské práce.

Prosím o pravdivé zodpovězení všech otázek zakroužkováním, popřípadě doplnění odpovědi. Pokud není uvedeno jinak, označte pouze jednu odpověď.

Předem děkuji za Váš čas a spolupráci.

### **1. Jaký je Váš věk?**

- a) 18-20
- b) 21-25
- c) 26-39
- d) 40-49
- e) 50-65

### **2. Rodinný stav:**

- a) svobodná
- b) vdaná
- c) rozvedená

### **3. Nejvyšší dosažené vzdělání:**

- a) středoškolské s maturitou
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské

### **4. Praxe v oboru reprodukční medicíny:**

- a) do 2 let
- b) 3 až 5 let
- c) 6-10 let
- d) více než 10 let

### **5. Máte děti?**

- a) ano
- b) ne

### **6. Co si myslíte, že pro klientku znamená mít dítě?**

- a) žije jen proto, aby mohla být matkou
- b) dítě už má, ale její nový partner/manžel chce s ní mít vlastní dítě
- c) momentálně dítě nechce, ale její partner/manžel trvá na dítěti

**7. Jak ovlivní neplodnost jejich partnerský/manželský vztah? (možno zvolit více odpovědí)**

- a) komunikují spolu méně
- b) komunikují spolu více
- c) prožívají krizi
- d) vzájemně se sblížili
- e) vzájemně se oddálili
- f) vznikají mezi nimi konflikty
- g) uvažují o změně partnera
- h) nemilují se tak často
- i) milují se jen za účelem otěhotnění
- j) jiné (uveďte) .....

**8. Jaké reakce vnímáte u klientky po sdělení diagnózy neplodnosti? (možno zvolit více odpovědí)**

- a) pocit strachu
- b) pocit beznaděje
- c) deprese
- d) pláč/úzkost
- e) šok
- f) přemýšlela, co na to řekne její partner/manžel
- g) bála se, že se s ní její partner/manžel rozejde

**9. Kdy se většinou klientky rozhodnou pro léčbu pomocí asistované reprodukce?**

- a) po 1 roce zkoušení
- b) po 2 a více letech zkoušení
- c) ihned, ví, že problém s otěhotněním je na jejich straně
- d) ihned, vědí, že problém je na partnerově/manželově straně

**10. Jak klientky vnímají, že početí dítěte je možné jen za pomoci technik asistované reprodukce?**

- a) ze začátku tuto možnost striktně odmítají
- b) jsou rády, že tato možnost existuje, když to jinak nejde, tak se nedá nic dělat
- c) raději vyzkouší i jiné alternativní metody (akupunktura, akupresura, bylinná léčba, homeopatie, ...)

**11. Zkoušejí klientky i jiné léčebné alternativní metody než jen léčbu pomocí asistované reprodukce? (pokud odpovíte „ne“ nevyplňujte otázku číslo 12,13).**

- a) ano, zkoušely
- b) ano, zkouší během léčby asistované reprodukce
- c) mají zájem tyto metody vyzkoušet
- d) ne, nezkoušely

**12. S jakou jinou alternativní metodou mají klientky zkušenosti? (možno zvolit více odpovědí)**

- a) bylinky
- b) léčitel
- c) meditace
- d) jóga
- e) homeopatie
- f) masáž
- g) psychoterapie

**13. Myslíte si, že jim alternativní metody pomáhají?**

- a) ano
- b) ne
- c) nemohu posoudit: „Věří, že zdravotní stav je propojen s psychickým stavem.“

**14. Myslíte si, že by klientkám vadilo, kdyby musely při léčbě použít darované vajíčka nebo spermie?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**15. Pokud odpovíte na otázku č. 14 „ano“, můžete zvolit více z následujících odpovědí.**

- a) ano, nechtěly by dítě, které by nebylo geneticky její nebo partnera/manžela
- b) ano, jen pokud by to bylo přání jejího partnera/manžela tak by léčbu s darovanými vajíčky nebo spermii podstoupila
- c) ano bojí se, že dítě bude chtít v budoucnu vystopovat svůj genetický původ
- d) ano bojí se, že by ho nemilovala jako své vlastní

**16. Pokud odpovíte na otázku č. 14 „ne“, můžete zvolit více z následujících odpovědí.**

- a) ne, chce dítě za jakýchkoliv okolností
- b) ne, ale bojí se, že se jí nebo partnerovi/manželovi nebude podobat
- c) ne, ale bojí se, že dítě bude chtít v budoucnu vystopovat svůj genetický původ
- d) ne, ale bojí se, že by ho nemilovala jako své vlastní

**17. Jak dlouho se klientka chce léčit, pokud na první pokus neotěhotní?**

- a) zkouší to neustále (finance ji netíží)
- b) jen do cyklů proplácených pojišťovnou
- c) do té doby než partner/manžel řekne dost

**18. Jaké jsou reakce klientky při neúspěšné léčbě? (možno zvolit více odpovědí)**

- a) nikdy to nevzdá, pokud nebude mít vlastní dítě
- b) myslí si: asi to tak mělo být, zůstane s partnerem/manželem bez dětí
- c) myslí si: asi jim nebylo přáno mít vlastní dítě, pokusí se o adopci/pěstounskou péči
- d) nedává své pocity najevo
- e) rozpláče se

**19. Jaká je reakce klientky při sdělení lékařem, že je těhotná?**

- a) nemůže tomu uvěřit
- b) konečně, tak moc si to přála
- c) pocit nejde popsat
- d) pláče štěstím
- e) jiné (uved'te) .....

**20. Myslíte si, že by klientkám pomohla psychologická pomoc s řešením jejich situace?**

- a) ano
- b) ne

**21. Myslíte si, že by na každé klinice asistované reprodukce měla být psychologická poradna pro neplodné páry?**

- a) ano, určitě
- b) ne

**22. Jaké jsou Vaše pocity při poskytování péče neplodným ženám? (možno zvolit více odpovědí)**

- a) jsem ráda, že jim mohu pomoci
- b) toto povolání jsem si vybrala a neměnila bych ho
- c) cítím se unavená, vyčerpaná, bez nálady
- d) začínám se poohlížet po jiné práci
- e) přála bych si, aby s námi klientky měly větší trpělivost
- f) jiné (uved'te) .....

**23. Chcete něco uvést k této problematice?**

.....

.....

.....

.....

.....

## **PŘÍLOHA IV: ODOLNOST V ZÁTĚŽOVÉ SITUACI**

Odolnost jako lidská schopnost zvládat zátěž. Skládá se ze tří vztahových rámců, které ovlivňují zvládání zátěže. Prvním z nich jsou dispoziční faktory adaptace na zátěž. Zátěžové situace aktivují určité dispozice jako charakteristiky osobnosti, které reagují na různých úrovních regulace a tímto vzniknou adaptační aktivity potřebné ke zvládání zátěžových situací.

Druhým vztahovým rámcem jsou procesy probíhající v rámci interakcí a transakcí mezi osobnostmi – dispozice a prostředím – situace. Důraz je zde hlavně kladen na emocionální, kognitivní a motivační složky probíhajících dějů. Člověk při zátěžové situaci využívá svých zkušeností a schopností. Podstatné je to, i jak danou situaci prožívá.

Třetím vztahovým rámcem je podíl zátěžových situací v chování jedince. Uplatňování různých dispozic v různých situacích. V různých situacích se člověk chová odlišně a způsob jakým reaguje, vychází především z těchto situací. Životní události a malé denní nepříjemnosti působí negativně (Paulík, 2010, s. 101).

### **Odolnost mužů a žen**

Za rozdíly ve funkci mozku, chování a prožívání v zátěžových situacích u mužů a žen mohou androgeny. U ženy se na hormonální reakci podílí hormon oxytocin, u stresu má uklidňující účinek a je spojován s laskavým, pečovatelským a přátelským chováním. Tyto účinky jsou u ženy zesilovány dalším ženským hormonem – estrogenem. Testosteron, hormon, který je produkován více u mužů podporuje agresivní a aktivní tendence. Estrogen a jeho zvýšená hladina u fertálních žen je brána jako jeden z projektivních faktorů oběhových poruch (Paulík, 2010, s. 119-121).

### **Povahové rysy**

Maskulinita – vlastnost, vyjadřuje „koncentrovanou mužskou roli“ racionální uvažování, tendence k řešení problémových situací věcně, bez zbytečných emocí za pomoci své výkonnosti, vytrvalosti a tvrdé nezdolnosti a síly.

Feminita – „extrakt ženství“ citlivost, slabost, něžnost, laskavá péče o své blízké, zranitelnost a bezmocnost (Paulík, 2010, s. 174).

## **PŘÍLOHA V: NĚKTERÉ ALTERNATIVNÍ METODY PRO ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽOVÝCH SITUACÍ**

### **Zásady pro správné cvičení**

Cvičení by mělo být pravidelné nejméně třikrát do týdne. S ohledem na zdravotní stav jedince. Cvičit začít nejméně 1,5 hodiny po jídle. Začít pravidelně a postupně. Pociťovat námahu je správné, ale pozor na bolest. Při svalové nebo kloubní bolesti je vhodné cvičení přerušit a odpočinout si. Cvičební jednotka by měla trvat 45-50 minut. Ukázka optimálního cvičení:

- protažení, strečink. Věnování pár minutám na protažení pro zlepšení koordinace a uvolnění těla.
- rozcvička. Pár minut chůze normálním tempem, asi 4,5 km/h.
- aerobní cvičení. Mělo by tvořit většinu času při cvičení. Optimálně cvičit tak, aby se tepová frekvence dostala na tréninkové hodnoty. Pro trénink srdce by měla tato fáze trvat minimálně 20 minut.
- zklidnění. Několikaminutová chůze rychlostí asi 5 km/h. Při této fázi se srdce postupně navrácí k normální činnosti. Zklidnění zabrání hromadění krve v končetinách a chodidlech.
- regenerace a strečink. Několik minut strečinku pro regeneraci svalů, šlach a kloubů.

### **Pět Tibet'anů**

Cvičení Pět Tibet'anů pomáhá rozvíjet odolnost vůči zátěži. Je to sestava cviků, ve které je spojen fyzický pohyb v určených tělesných polohách s meditativními rity. Má velký význam pro pozitivní pocity vnitřní energie, zdraví a sebedůvěru.

#### *První cvik*

Otočení se ve směru hodinových ručiček při stojí přímém a rozpažených rukou rovnoběžně se zemí. Počet otáček je 12-21. Počet otáček je potřeba postupně zvyšovat.

#### *Druhý cvik*

Leh na zádech na rovné podložce, ruce nataženy podél těla, dlaně dolů s nataženými prsty. Nadzvedne se hlava a brada se přitom zatlačí do prsou. Současně se zvednou obě napnuté nohy do svislé polohy kolmo k podložce. Jedinci zdatnější mohou pokračovat v pohybu

napjatých nohou směrem k hlavě. Záda při tom zůstávají na podložce. Dodržování pravidelného rytmu dýchání: u zvedání hlavy a nohou nádech a při pomalém pokládání výdech, 12-21 opakování.

#### *Třetí cvik*

Poloha v kleku na podložce se vzpřímeným trupem. Ruce podél těla a dlaně se vzadu dotýkají stehen. Hlavu dopředu, bradou k hrudníku. Poté se hlava opatrně zakloní do zadu, ale jen tak jak je to příjemné. Zároveň zaklonění páteře trochu dozadu. Lze si pomoci opřením pažemi o stehna nebo hýžděové svalstvo. Nádech při záklonu a výdech při návratu do výchozí pozice.

#### *Čtvrtý cvik*

Sed na zemi s nohama nataženýma dopředu, chodidla ve vzdálenosti asi 30 cm od sebe. Tělo vzpřímené, ruce podél těla a dlaněmi dolů. Bradu přitáhnout k hrudníku. Pomalý záklon, hlava a trup se zvedne vzhůru. Kolena se ohnou do pravého úhlu. Trup a stehna vytvoří rovinu rovnoběžnou s podložkou. Paže a nohy jsou kolmo k podložce. Připomíná to jako stoličku nebo stolek. Svaly jsou napnuté. Nepřestává se dýchat. Pak se pomalu navrácí do výchozí pozice. Krátké svalové uvolnění a další cvik.

#### *Pátý cvik*

Ruce i nohy asi 60 cm od sebe, a pokud lze tak natažené. Výchozí polohou je leh na břicho. Ruce pokrčeny v loktech a dlaněmi opřeny o zem vedle těla v úrovni prsou. Hlava čelem k zemi. Pokusit se prohnout v zádech při vzepřených rukou a tělo provést směrem dolů. Hlava jde co nejvíce do záklonu. Pánev se pomalu zvedne vzhůru, nohy i ruce zůstávají napnuté, až tělo vytvoří obrácené písmeno V. Brada se přitáhne k hrudníku. Návrat do výchozí pozice a opakování cviku. Při zvedání je nádech a při prověšení do původní pozice výdech (Paulík, 2010, s. 188-190).

### **Relaxace**

Podstatou relaxace je plná koncentrace na určitou věc. Zejména na vlastní pocity nebo dech. To se stane dominantou a vše okolo nás zůstane mimo náš zájem, myšlenky a představy volně plynou. Při relaxaci se zaměřujeme na spojení tělesných funkcí, pocitů s tělesným a duševním uvolněním, pocitů vnitřního klidu, vyrovnanosti, uvolnění



a pohody. K neznámějším relaxačním technikám patří progresivní relaxace podle Jacobsona a Schultzův autogenní trénink (Paulík, 2010, s. 191).

#### *Jacobsonova progresivní relaxace*

Cvičení se provádí vleže, za klidu na široké a pohodlné podložce. Provádí se nácvik volního ovládnutí uvolnění svalů a tím i psychické tenze nejdříve v ruce, nohou, trupu, krku, ve svalech obočí, očí, očních víček, čela, sanic, tváře, jazyka a rtů. Při cvičení se používají představy obrazů a ke konci se zařadí i řečové cviky (Paulík, 2010, s. 192).

#### *Schultzův autogenní trénink*

J.H. Schultz zde využívá poznatky ve vzájemné souvislosti svalového a psychického napětí s fungováním vegetativní nervové soustavy. Výhodou tohoto tréninku je nenáročnost. Rozeznáváme dvě formy tohoto cvičení, nižší a vyšší formu (Paulík, 2010, s. 191).

#### *Nižší forma autogenního tréninku*

Jedinec je motivován pro cvičení i znalost postupu, která mu umožní po osvojení provádět toto cvičení samostatně. Cvičit může vsedě, nebo vleže, v nerušeném, klidném prostředí a se zavřenými očima. Klient se koncentruje do úplného navození klidu a postupně procvičuje pocit tíhy v končetinách, celém jeho těle. Navození pocitu tepla, regulace dechu, vnitřních orgánů, srdeční činnosti a pocitu příjemného chladu čela. Nácvik trvá až 12 týdnů. Pokud to jde tak se zpočátku se cvičí dvakrát až třikrát denně. Délka cvičení se postupně prodlužuje asi z jedné minuty až na půl hodiny. Při ukončení relaxace se vyslovují věty vztahující se k orgánům, se kterými má jedinec potíže. Př. „Ruce jsou odpočaty a připraveny k práci“ (Paulík, 2010, s. 191-192).

#### *Vyšší forma autogenního tréninku*

Navazuje na nižší formu autogenního tréninku, její zvládnutí je nutnou podmínkou k provádění vyšší formy. Klient musí dosáhnout relaxovaného stavu, kdy vnímá vlastní tělo jako těžké, teplé, vláčné, s klidným pravidelným dechem a srdečním tepem, hlava je chladná a lehká. Délka hluboké relaxace je 30-60 minut. Technickou pomůckou k navození potřebného stavu může být (nesmí se provádět u lidí s krátkozrakostí) obrácení očních bulv dovnitř a nahoru jako by do středu čela. Cvičící se představí buď barvu - barva se stává zřetelnější a jasnější a po dvou až čtyřech minutách se postupně vytratí. Nebo osoby, vlastní zážitky, určité předměty. Klade si otázky, které se týkají hodnot a soustředí se na

doprovázející pocity. Fixuje a vytváří si pocity, předsevzetí, které se týkají sebezdokonalování (Paulík, 2010, s. 192).

### **Nácvik dechového cvičení**

Dýchání je důležitou součástí relaxačních postupů, pohybových aktivit, tělesných cvičení a stavů s relativně omezenou aktivitou pohybového aparátu. Nádech podporuje aktivní pohyb, mobilizuje energii. Výdech je spojen s uvolněním a relaxací (Paulík, 2010, s. 193).

Dechová cvičení nám působí na celý organismus. Rytmus dýchání ovlivní psychické i svalové napětí. Dechové cvičení lze využít při únavě, nezájmu, apatii, ke zvýšení energie pro plnění povinností a úkolů. K tomuto používáme dýchání s různě měněným nádechem a výdechem – pomalý a dlouhý nádech, přerušovaný nádech nebo postupně zvýšená intenzita a hloubka nádechu. Výdech je energický a krátký. Tímto dosáhneme emočně kladného napětí, zvýší se činnost vegetativního nervstva. Tlumivě na emoce působí změny vztahů nádechu a výdechu – při jogínském dýchání hrudníkem i břichem. Používáme nádech na šest dob, zadržíme dech na tři doby, vydechneme na šest dob a opět zadržíme na tři doby dech. Při zadržení dechu bradu přitiskneme k trupu a polkneme. Dalším způsobem můžeme provést nádech nosem na 10-20 možno i více dob a stejně dlouhý výdech. Při nádechu zatneme pěsti, při výdechu uvolníme. Rytmus dýchání můžeme sladit s kroky při chůzi. V sedě můžeme počítat (Paulík, 2010, s. 193).

Hluboké dýchání do břicha je výborné pro rychlé dosažení relaxace. Cvičení se provádí na v sedu na židli a cvičící se soustředí na vlastní nádech a výdech. Horní část těla je uvolněná a ve vzpřímené pozici. Ruce jsou položeny na stehnech dlaněmi nahoru nebo mohou být vloženy na klíně jedna do druhé. Cvičit se může i v poloze vleže na zádech s rukama podél těla. Při prvním cvičení se dýchá přirozeně a klidně. Dech necháváme volně plynout, sledujeme vstup a výstup vzduchu a počítáme vždy jeden nádech a jeden výdech od jedné do deseti. Několikrát opakujeme. Při druhém cvičení se soustředíme na vlastní břicho, na jeho zvedání a klesání, můžeme u toho počítat. Při třetím cvičení se zaměříme na pravidelné a klidné dýchání břichem i hrudníkem. U čtvrtého cvičení se soustředíme na dýchání jako na celek bez rozlišení nádechu a výdechu. Říkáme si: „Dech je lehčí a pomalejší.“ Představujeme si, že se vznášíme na vlnách vlastního dechu. Cvičení provádíme tak dlouho, jak je nám to příjemné. V poslední fázi zůstaneme ležet a nevnímáme běh času (Paulík, 2010, s. 193-194).

## **Imaginace**

Je spojována s představami při využívání relaxačních technik. Představy jsou příjemné, zahrnují myšlenky i obrazovou tvorbu v různých smyslových vjemech – tíže, lehkost, chlad, teplo, vůně, zvuky, chuť. Imaginace, která pracuje se zrakovými představami je označována jako vizualizace. Vytvoření zrakových představ působí na vědomé i nevědomé složky naší psychiky. Zrakové představy, které na nás působí pozitivně mohou mít příznivý efekt na zvládnání různých situací a nároků (Paulík, 2010, s. 194).

## **Meditace**

Slovo meditace pochází se latinského slova meditari, znamená soustředěně rozjímat, uvažovat, hloubat, přemýšlet. Meditací se člověk pokouší o dosažení vnitřní rovnováhy, harmonii svých myšlenek, pocitů a představ. Meditace je hlubší formou relaxace, kdy člověku může pomoci orientovat se v hodnotách, pochopení druhých, sebepojetí a přispívá k uvolnění i usměrnění vlastního jednání, vyrovnávat se s nároky dnešního života a stresových situací. Meditovat se může vleže či vsedě, ale i během pohybu. V buddhismu je ideálem meditace odpoutání se od negativních stránek světa tímto dosažení nirvány (Paulík, 2010, s. 194).

## **Jóga**

Považovaný praotec jógy Pataňdžali mluví o józe jako: „*O metodickém úsilí k dosažení dokonalosti zaměřeném na ovládnutí těla i duše*“ (Paulík, 2010, s. 195).

Jóga má mnoho variant, čtyřmi tradičně hlavními jsou:

1. džňána jóga – jóga poznání
2. bhakti jóga – jóga oddanosti a lásky, která je obrácená ke konkrétnímu bohu
3. karma jóga – jóga nezištné čestnosti
4. rádža jóga – „královská jóga“ jóga niterného soustředění

Hatha jóga je rozšířena zejména v západním světě. Zahrnuje očistné techniky, tělesné pozice, jogínské dýchání a relaxaci, se spojením asán, koncentrací a dechových cviků. Člověk získá pocit ovládnutí nad sebou samým, je dobře naladěný a uvolněný. Hatha jóga působí na celý organismus pozitivně a tak ovlivní odolnost vůči stresu, zátěži, sníží strach, pocit úzkosti, marnosti, podpoří kladné sebepřijetí a respekt nad vlastním tělem (Paulík, 2010, s. 195-196).