**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**
**Zdravotně sociální fakulta**

# DISERTAČNÍ PRÁCE

**2014** **Adéla Cápová**

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**
**Zdravotně sociální fakulta**

# Zdravotně sociální aspekty plánovaní otcovství

## DISERTAČNÍ PRÁCE

**Autorka: Mgr. Adéla Cápová**

**Školitelka: Doc. PHDr. Ing. Hana Konečná, PhD.**

**České Budějovice 2014**

**Abstrakt**

**Zdravotně sociální aspekty plánování otcovství**

Disertační práce se zaměřuje na problematiku reprodukčního chování viděné optikou českých mužů v reprodukčním věku. Odborné práce zaměřené na reprodukční chování vypovídají především o ženách. Vysvětlení můžeme hledat v domněnce, že ženy se o témata spojená s reprodukcí daleko více zajímají a také se jich více týkají, neboť to bude žena, která bude dítě nosit v době těhotenství a pečovat o něj. Stále častěji je ale poukazováno na to, že zahrnutí mužů do studií o plánování rodičovství a reprodukčního chování je důležité. Ženy i muži mají důležitý vliv na rozhodování o příchodu potomků na svět.

Plánování rodičovství je v rámci práce chápáno jako široká oblast související s podmínkami vhodnými pro načasování rodičovství, s kontracepčními metodami, prevencí poruch reprodukčního zdraví a s léčbou poruch plodnosti.

Data byla v kvalitativně zamřeném výzkumu získána polostrukturovanými rozhovory se 170 českými muži ve věku mezi 25 a 50 lety. K analýze výzkumných dat byla použita metoda zakotvené teorie.

Výsledky poukázaly na přítomnost silného sociálního tlaku na podmínky vhodné pro zahájení reprodukčních plánů a s tím spojené obtížné rozhodování o tom, kdy se rodiči stát. Analýza dat zaměřená na partnerské vyjednávání o rodičovství ukázala, že volba kontracepční strategie by měla být otázkou společného vyjednávání partnerů. Ukázalo se však, že odpovědnost a praktické rozhodování je ponecháváno spíše na ženách. Významné téma u poruch plodnosti bylo identifikováno jako obava mužů z neschopnosti zplodit geneticky vlastní dítě, zároveň výsledky poukázaly na nízkou pozornost kladenou prevenci poruch reprodukčního zdraví u mužů.

Disertační práce je uceleným informačním podkladem k podpoře mužů při plánování rodičovství, přináší návrh na program prevence reprodukčního zdraví a klade si za cíl být užitečným zdrojem pro další studie v oblasti reprodukčního chování.

**Abstract**

**Health and Social Aspects of Fatherhood Planning**

The scope of this dissertation focuses on issues related to family planning from the men´s point of view. Studies on fertility and family planning were focused overwhelmingly on women. The reason could be that women are far more interested in reproduction and more closely involved in every aspect of it. It will be a woman´s body that carries and nourishes the child. The men´s participation in studies on family planning and reproduction is increasingly recognized as important; both men and women make important contributions to bringing children into life.

According to this study, family planning is related to topics such as dealing with conditions affecting the timing of parenthood, contraception options, reproductive health prevention and treatment of involuntary infertility.

Data of qualitative research were collected in interviews with 170 Czech men aged between 25 and 50. A grounded theory approach was used to analyze the data.

The results show strong social pressure determining the ideal form of material and psychosocial background for offspring confronts current generation with very demanding decision-making on parenthood timing. An analysis on partners´ negotiations on parenting revealed that a contraception option should be a mutual decision.

Although men are in need of negotiations, the responsibility and practical decision-making is mainly left up to women. The inability of men to father their own genetic child has been identified as a main concern and an important infertility topic. However, the results have shown a low attention paid to the prevention of disorders of the men´s reproductive health.

The dissertation provides with comprehensive information to support men in family planning and also offers a framework for reproductive health programme. It aims to provide useful data for subsequent studies.

**Prohlášení**

Prohlašuji, že práci k státní doktorské zkoušce na téma „Zdravotně sociální aspekty plánování otcovství“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své disertační práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

**V Českých Budějovicích dne 14. 07.2014** .....

**Mgr. Adéla Cápová**

**Poděkování**

Mé upřímné poděkování patří vedoucí disertační práce paní Doc. PHDr. Ing. Haně Konečné, PhD., za cenné připomínky k obsahové a metodologické stránce práce, stejně tak za oporu při dokončování disertační práce.

Velké díky patří i mé rodině, zejména mému manželovi Miroslavovi, za trpělivost, porozumění a veškerou oporu.

**Obsah**


**1. Současný stav zkoumané problematiky.....9**
1.1 Rodina.....9
1.1.1 Charakteristiky současné rodiny.....11
1.1.2 Rodičovství .....12
1.2 Otcovství.....13
1.2.1 Biologické otcovství .....14
1.2.2 Sociologické otcovství.....15
1.2.3 Právní pojetí otcovství.....16
1.2.4 Role otce v historickém vývoji.....18
1.2.5 Role muže při výchově dítěte.....21
1.3 Plánování rodičovství .....22
1.3.1 Plánování rodičovství jako základní lidské právo.....23
1.3.2 Psycho-sociální aspekty plánování rodičovství.....24
1.3.3 Strategie plánování rodičovství.....26
1.3.4 Strategie pozitivního plánování rodičovství.....26
1.3.4.1 Propopulační politika (prorodinná, pronatalitní).....27
1.3.4.2 Péče o páry s poruchami fertility.....30
1.3.4.3 Náhradní rodinná péče.....33
1.3.4.4 Prevence poruch reprodukčního zdraví.....34
1.3.5 Strategie negativního plánování rodičovství.....37
1.3.5.1 Sociologické aspekty užívání hormonální antikoncepce.....41
1.4 Sociální práce s muži a otcovskými tématy.....43
1.4.1 Teoretická východiska pro práci s muži.....44
1.4.2 Projekty podporující mužskou identitu a otcovství.....46
**2. Cíl práce a výzkumné otázky.....48**
**3. Metodika.....49**
3.1 Metodologie.....49
3.2 Techniky získávání kvalitativních dat .....49
3.3 Analýza kvalitativních dat.....52
3.4 Charakteristika výběrového souboru.....54
**4. Výsledky.....59**

4.1 Vyjednávání o podmínkách rodičovství.....59
4.1.1 Faktorová analýza.....63
4.1.1.1 Faktory hodnotové povahy.....63
4.1.1.2 Faktory strukturální povahy .....65
4.1.2 Mezigenerační analýza.....67
4.2 Volba kontracepční strategie .....69
4.2.1 Mezigenerační analýza.....73
4.3 Zkušenosti a úvahy o asistované reprodukci.....76
4.3.1 Fáze iniciační.....76
4.3.2 Fáze hledání příčin.....77
4.3.3 Fáze diagnostická.....78
4.3.4. Fáze léčebná.....79
4.3.5 Fáze hledání alternativních řešení .....81
**5. Diskuse .....83**
5. 1 Podmínky pro plánování rodičovství.....83
5.1.1 Reprodukční plány.....85
5.1.2 Partnerské konstelace.....87
5.1.3 Míra shody partnerů na reprodukčních plánech .....89
5.1.4 Manželství a sňatek.....90
5.1.5 Osobní vyzrálost.....92
5.1.6 Biologické hodiny.....95
5.1.7 Odpovědnost versus svoboda.....96
5.1.8 Vzdělání.....97
5.1.9 Zaměstnání a trh práce..... ..98
5.1.10 Bydlení .....99
5.2 Vyjednávání o kontracepční strategii.....103
5.3 Postoje mužů k poruchám fertility.....110
5.4 Program prevence poruch reprodukčního zdraví u mužů .....116
**6. Závěr.....120**
**7. Seznam použitých zdrojů.....124**
**8. Klíčová slova .....138**
**9. Seznam zkratek .....139**
**10. Přílohy.....140**

# Úvod

Na počátku zkoumání stojí vrozená biologická potřeba rozmnožovat se a lidskému druhu vlastní psychická a sociální potřeba vykonávat rodičovskou roli. Obě tyto potřeby v celém období reprodukčního věku člověka přicházejí do neustálého kontaktu. Pokud chceme porozumět tomu, za jakých okolností lidé přicházejí na svět, pak je nutné porozumět sexuálnímu chování lidí, otázkám plodnosti, neplodnosti, antikoncepci a veliké množině nejrůznějších faktorů, které modifikují představy jednotlivců o rodičovství s aktuální životní situací, ve které se nacházejí.

Není pochyb o tom, že česká společnost prochází změnami rodinného uspořádání stejně tak, jako ve většině západních společností světa. Celospolečenský trend 20. století orientovaný na individuální potřeby, výkonnost a materiální statky vedl i ke změnám hodnot. Na základě vzájemných vztahů je založena instituce rodiny. Za jeden z efektů hodnotových změn ve společnosti můžeme označit snahu o přeuspořádání mužských a ženských rolí na jedné straně a významné demografické změny týkající se forem rodinného uspořádání a reprodukčního chování na druhé straně.

Ačkoliv se na celém světě, stejně tak i v České republice, rodí nadále velký počet dětí, které jsou neplánované a někdy i nechtěné (v čemž je velký rozdíl), setkáváme se s tendencí rodičovství vědomě plánovat a odsouvat na dobu nejvíce vhodnou pro příchod dítěte. Ta nejvhodnější doba je vnímaná velice individuálně.

Řada kroků, které se snaží chování lidí v reprodukčním věku ovlivnit, směřuje z nejvyšších míst zřízení českého státu ve formě rodinné politiky. Zdá se však, že takový vliv se nesetkává s dostatečnou odezvou. Pokud se zaměříme na analýzu cílů rodinné politiky, pak se většina intervencí zaměřuje na benefity spojené s rodičovstvím materiální povahy. Daleko od pozornosti stojí výchova k rodičovství a zaměření se na výhody hodnotové, hůře uchopitelné, ale velmi významné.

Jakou hodnotou se v naší společnosti stalo dítě? Je to vysoce ceněná životní zkušenost vyžadující zvláštní ochranu a pozornost. Čím méně dětí se rodí, tím větší zodpovědnost je kladena na jejich výchovu a zajištění. Na hodnotu dítěte se však můžeme podívat i z jiného úhlu pohledu. Pro řadu lidí se jedná o celoživotní citovou, finanční a časovou investici, která může být ve světě, kde na nic není čas, odsouvána až na jedno z posledních míst hodnotového žebříčku.

O důležitosti životních hodnot by pak asi mohli mluvit mnozí, kteří touží po realizaci rodičovství a naplánované dítě nepřichází. S rozvojem medicíny a změnami ve stylu života obyvatelstva je nezbytné věnovat pozornost i zdravotním aspektům otcovství. Poruchy plodnosti jsou jedním z témat, které odráží podobu současných rodin, a ovlivňují párové soužití.

# 1. Současný stav zkoumané problematiky

## *1.1 Rodina*

Téma rodiny je stále živé a zdá se, že dost neprobádané. I přes mnohé vize a předpovědi o klesající soudržnosti dnešní rodiny, o hrozbách plynoucích z rozvolněnosti manželských vztahů a nárůstu rozvodů, zůstává rodina stále nejvýznamnějším opěrným bodem a institucí socializace člověka **(99)**.

Nelze si ani představit společnost, která by byla lidská a nebyla přitom organizovaná, neměla koordinované role jednotlivců. Rodina je nejmenší jednotkou společenské organizace ve všech společnostech **(90)**.

Pokud bychom chtěli význam rodiny jednoznačně vymezit, pak dojdeme k závěru, že jednotná sociologická teorie rodiny neexistuje stejně tak, jako neexistuje jednotná rodina **(99)**.

Definovat rodinu přesně je velmi obtížné, ne-li nemožné, neboť existuje velmi mnoho jejích podob, variant i způsobů soužití v prostoru, času a formě. Proto je také v této souvislosti možno hledat jen ty nejdůležitější znaky, které by rodinu ve vší její variabilitě zachytily. Z tohoto hlediska jí můžeme chápat jako malou primární společenskou skupinu, založenou na svazku muže a ženy, na pokrevním vztahu rodičů a dětí či vztahu jej substituujícím, na společné domácnosti, jejíž členové plní společensky určené a uznané role vyplývající ze soužití, a na souhrnu funkcí, jež podmiňují existenci tohoto společenství a dávají mu vlastní význam ve vztahu k jednotlivcům i k celé společnosti **(31)**.

Podle psychologického slovníku je rodina společenská skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy, odpovědností a vzájemnou pomocí **(42)**.

Velemínský **(145)** nabízí pojetí rodiny z biologického hlediska. Pak je rodina způsobem, jímž lidstvo zajišťuje svoji reprodukci a setrvávání mezi živočišnými druhy. Vytváření rodiny je způsob, jak zajistit řádnou péči svým potomkům.

Rodina má univerzální funkce, které jsou bez ohledu na historické a sociální prostředí prakticky po celém světě stejné, jen jim v různých obdobích přikládá společnost různý význam **(75)**.

Vymezení funkcí rodiny také není jednotné, pro tuto práci postačí stručné, ale výstižné vymezení funkcí, jak se o nich vyjádřil Dunovský **(31)**.

*Biologicko reprodukční funkce* má zabezpečovat udržení života nového člověka již početím. Tato funkce sice může být naplněna i mimo rodinné soužití, ale je třeba si uvědomit, že nejde jen o to dítě na svět přivést, ale také mu zabezpečit potřebné podmínky pro život a další jeho vývoj.

*Ekonomicko zabezpečovací funkce* se netýká jen oblasti materiální, ale postupně přechází do oblasti sociální, duševní až duchovní. Má tedy také v nejširším pojetí poskytovat svým členům životní jistoty.

*Emocionální funkce* je v rodině vázána na plně rozvinutého člověka, zralého odpovědného, pro něhož citový vztah není něčím chvilkovým, ale trvalou bází jistoty a citovým zázemím pro všechny její členy. Tato funkce se v současnosti stává zvláště významnou, zejména vzhledem ke zvýšené labilitě moderní rodiny, nespoutané tolik tlaky dřívějších společensko-ekonomických vztahů a provázanosti životní jistoty s vnitřními vztahy uvnitř moderní rodiny.

*Socializačně-výchovná funkce* spočívá v opravdovém zájmu o dítě a kvalitní péče o ně, v jeho výchově, v jeho přijetí jaké je. Porozumění mu v jeho vývojových potřebách a požadavcích, které je nutno okamžitě uspokojovat, rozvíjet všechny jeho schopnosti. Při tom vždy prosazovat jeho nejlepší zájem a prospěch, ochraňovat jej před nepříznivými situacemi a učit je, aby samo bylo schopno jim čelit a překonávat je.

Sociolog Možný **(99)** k tomu dodal, že rodině zůstal konzum, zábava a citové bezpečí, přičemž jen v posledním případě je rodina ještě nenahraditelná.

V povaze funkcí současné rodiny lze charakterizovat zásadní změnu tak, že dnes je rodina v první řadě místem konstrukce a ověřování osobní identity na základě blízkých citových vztahů mezi jednotlivými členy. Ve své tradiční fázi byla její hlavní funkcí transmise ekonomických statků, a zájmy rodiny tak byly nadřazeny zájmům jejích jednotlivých členů **(6)**.

Řada autorů se snaží současné změny v rodinném uspořádání vysvětlit jako krizi. Zdůvodňují to řadou nepříznivých demografických ukazatelů, jako je vysoká rozvodovost, zvyšující se počty dětí narozených mimo manželství, zvyšující se počty týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí, zvyšující se kriminalitou dětí a mladistvých. Přes všechny proměny, které současnou rodinu doprovázejí, bychom nemuseli nutně mluvit o krizi, ale o adaptačním procesu **(31)**.

### *1.1.1 Charakteristiky současné rodiny*

Jak předešlá kapitola nastínila, současná rodina prochází určitým procesem proměn, které jí charakterizují. Podoba současné rodiny odráží vývoj společnosti v postmoderním uspořádání.

Již od konce 20. století se hojně diskutuje o tom, že společnost stojí na prahu nové éry, která nás přivádí za hranice modernity samé. Ještě nemůžeme zcela jistě tvrdit, že žijeme v postmoderním sociálním světě, i když stále více může spatřovat záblesky způsobu života odlišujícího se od moderního období. Postmodernismus, existuje – li v přesvědčivé formě, může vyjadřovat jen určité vědomí přechodu k modernitě, ale neukazuje, že existuje **(38)**.

V rámci rodiny se období přechodu od moderní k postmodernímu uspořádání projevuje výrazným zaměřením na vztahy jejích členů. To, co se mění, je skutečnost, že vztahy již samy o sobě nemají hodnotu. Ta vyplývá až v souvislosti s uspokojením, které mají vzájemné vztahy poskytnout každému členu rodiny. Lidé vyjadřují svou víru a hodnotu autonomie různými způsoby. Odmítají se obléknout do sociálních rolí manžela a manželky. Sami se chtějí stát jejich tvůrci. To se projevuje dvojí tendencí. Jednou z nich je odmítání instituce manželství, druhou představuje kritika dělby práce mezi pohlavími. Muži a ženy chtějí zůstat sami sebou i ve svém rodinném životě. Manželství není atraktivní v případě, kdy je chápáno jako možné uzavření se do předem určených rolí **(122)**.

V mnohých evropských státech se významně změnilo rodinné právo týkající se sňatků, rozvodu, odpovědnosti rodičů. Bylo stvrzeno oddělení sexuality od plození dětí díky zavedení účinné antikoncepce. Lidé hledají různá uspořádání svého milostného života mimo jakoukoli instituci. Roste potřeba volnosti a autonomie **(131)**.

Pokud se podávíme blíž na vysvětlení změn z hlediska uspořádání rolí muže a ženy v rodině, pak lze říci, že muži na sebe i nadále přebírají politickou i hospodářskou moc, vydělávají v průměru více než ženy. Nadále si pěstují svou hrdost na atributy mužství jako je výkonnost, bojovnost, potence. V současné společnosti došlo však k jiné významné změně, změnila se role žen. Ženy mohou vykonávat stejně kvalifikované práce a zajistit hmotnou existenci rodiny zaměstnáním. Vydobyly si stejná politická i lidská práva jako muži, staly se nezávislejšími. Osvobozující roli hraje i hormonální

antikoncepce, nyní je to většinou žena, která vědomě rozhoduje o další existenci potomstva **(111)**.

Postavení dítěte v postmoderním modelu rodinného života je zabezpečena mnohými mezinárodními dokumenty. Na jejich dodržování se bedlivě dohlíží a je v zájmu celé společnosti suverenitu dítěte ve společnosti zajistit a její narušení okamžitě napravit. Z tohoto vyplývá, že výhradní zodpovědnost rodičů za blaho dítěte je v současnosti stále větší měrou přesouvána i na stát. Své kompetence stát přebírá hlavně ve vzdělávání a je jeho povinností zajistit rodině potřebnou sociální péči a rodinu ekonomicky neznevýhodňovat **(26)**.

Specifika proměn současné české rodiny se datují v souvislosti se svou transformací v demokracii západního typu. Na změny poukazují hlavně proměny demografické struktury. Za hlavní charakteristiky demografického vývoje současné rodiny můžeme považovat strmý pokles porodnosti pod prostou míru reprodukce, snížení sňatečnosti a odkládání těchto událostí do vyššího věku, snížení potratovosti, zlepšení úmrtnosti a mimo jiné i nárůst podílu nesezdaných soužití a mimomanželských dětí, vysoká míra rozvodovosti a růst celkové plurality rodinného uspořádání. Odborníci se snaží tyto změny vysvětlit buď jako přirozený důsledek proměny hodnot a růstu individualizace společnosti, nebo jako negativní socioekonomické dopady politické transformace. Pravda však bude ležet s největší pravděpodobností někde mezi těmito polarizovanými názory **(29)**.

### *1.1.2 Rodičovství*

Rodinu lze označit jako průsečík sociálních vztahů a dispozice k rodičovství **(90)**. Tato dispozice se ve světě lidí z pudové touhy rozmnožovat geny rozšiřuje o potřebu prožívání a sociálních vazeb. Lidé svou dispozici rozvíjejí a prosazují od momentu, kdy se dozvědí, že je něco takového čeká **(5)**.

Dobře prožité těhotenství není jen věcí oněch devět měsíců před narozením dítěte. Je to otázka rodičovských postojů, které se tvoří celým předchozím životem od časného dětství až do dospělosti. Z generace na generaci se předávají pozitivní i negativní podněty k tomu, jak vnímáme rodičovství **(87).** Schopnost přijmout důležitou životní roli jakou je rodičovství, v ideálním případě následuje po prokázání schopnosti žít v partnerském páru **(31)**.

Pokud se ptáme na to, co nás vede k tomu, že děti chceme a že je ve většině případů máme, většinou nás napadne, že v tom je rozmnožovací instinkt a tendence k zachování rodu **(113)**.

Vybavení intuitivními rodičovskými schopnostmi je nezávislé na tom, jakého jsme pohlaví, v jakém kulturním prostředí žijeme, nebo jestli jsme se už rodiči stali, či nikoliv **(123)**.

Mimo to je někde uvnitř nás potřeba se rodičovsky realizovat. *Dítě nás stimuluje*, náležitě zásobí takovými podněty, jaké dává živý tvor. Dítě je předmětem našeho výchovného působení, vychováváme je a současně jsme i sami vychováváni. Dítě dává našemu myšlení a jednání směr a cíl, dává nám *pocit smysluplného světa*. Celá stavba jejich osobnosti vyrostla tvořivým dílem naší výchovy. Z jejich života nezmizí, ale bude se předávat dalším a dalším generacím. *Potřebujeme životní jistotu*, díky dětem, budeme mít stále někoho, kdo je vázán hlubokým citovým poutem. Pořád budeme mít na koho myslet. V pozadí je vždy představa, že ve stáří bude o nás postaráno. Dítě nám *přináší společenskou hodnost rodičů* a posiluje pozitivní identitu našeho „Já“. Potřebujeme *otevřenou budoucnost*, naději, životní perspektivu. S dětmi osobní čas přesahujeme, oni tu budou, až my nebudeme, naplňuje naši potřebu otevřené budoucnosti, naděje a životní perspektivy. V dětech bude pokračovat všechno, co jsme jim mohli předat za dobu vzájemného soužití **(86)**.

Současná rodinná uspořádání fungují jako vztahové sítě, stavěné na stále křehčích vztazích mezi mužem a ženou. Změny nastíněné v předešlých odstavcích nám připomínají, že institucionální formy rodiny se v průběhu historie mění. To co zůstává, je nejen pudová snaha zachovat geny, ale i potřeba předávat kousek našeho vnitřního světa a posilovat vlastní smysluplnost.

### *1.2 Otcovství*

Otec je definován jako rodič mužského pohlaví. Svou rolí biologickou je tím, kdo dítě zplodí. Otec sociální je ten, kdo se o dítě dlouhodobě stará, kdo je vychovává. Má i právní roli, ve které je tím, komu přináleží rodičovská odpovědnost, práva a povinnosti. Pro naši společnost je typická velmi malá neochota vnímat význam symbolický, duchovní, charakterizovaný předáváním zvyků, hodnot, rodinných tradic a příběhů. Touto rolí usilujeme o to, aby dítě kráčelo v našich šlépějích **(5)**.

Mnohým lidem se zdá, že matčina rodičovská role je ta důležitější. Často se argumentuje tím, že biologická fakta spojená s těhotenstvím a kojením zaručují, že většina matek investuje do svých dětí více času a energie než otcové. Až na výjimky jsou matky a otcové se schopni postarat o své děti rovnocenně. Nicméně muži a ženy do tohoto úkolu vcházejí s poměrně odlišnými dovednostmi a vlastnostmi **(78)**.

Nejeden názor také uvádí, že partnerská spokojenost souvisí s přímým aktivním zapojením otce do péče o dítě. Úspěšné otcovství je zřejmě dokonce ještě více závislé na pozitivním vztahu s partnerkou, než úspěšné mateřství stavějící na spokojeném manželství **(75)**.

### *1.2.1 Biologické otcovství*

Biologické rodičovství je založené biologickými vazbami mezi dítětem a poskytovatelem genetického materiálu. Bez pomoci lékařů je biologickou matkou žena, v níž došlo ke spojení mužské a ženské pohlavní buňky, tj. došlo k oplodnění a vzniku embrya a následně lidského plodu, který se po dovršení nitroděložního vývoje narodí. Za otce je v tomto případě považován muž, jehož spermie splynuly s vajíčkem matky. Toto biologické pouto se již tradičně nazývá poutem pokrevním **(37)**.

Je známo, že biologické pohlavní rozdíly se utvářejí v pevně stanovených krocích. Geneticky je pohlaví určeno již při samotném početí, kdy se spojí spermie s vajíčkem. Spojí-li se chromozom X s chromozomem Y, bude to muž **(60)**.

Úlohou chromozomu Y je zvrátit spontánní tendenci nerozlišené embryonální gonády k založení vaječníku a donutit ji vytvořit varle. Jednotlivé buňky varlete pak začnou plnit specializované funkce. Tou nejdůležitější funkcí je produkce mužského hormonu testosteronu. U samčího plodu dochází k diferenciaci kolem čtyřicátého dne těhotenství **(3)**.

Tomuto období říkáme také formativní. Druhé významné období pro tvorbu biologicky založené pohlavní identity přichází asi o tři měsíce později, kdy se v mozku formují sexuální centra. Aby se centrum formovalo mužsky, je opět důležitá přítomnost mužských pohlavních hormonů. Pokud by mužské hormony nebyly v tomto krizovém okamžiku přítomny, centrum by se v jejich nepřítomnosti vyvinulo ženský, i kdyby chromozomální struktura byla mužská **(110)**.

Matoušek **(90)** označuje péči otce jako přirozené chování lidského druhu. Člověk patří mezi biologické druhy s vysokou otcovskou investicí do výchovy potomstva. Biologicky je účast otce výhodná především proto, že lidské mládě se ve srovnání s mláďaty jiných druhů rodí velice nezralé a má velmi dlouhé období dospívání. Děti, o které pečují oba rodiče, jsou ve výhodě proti dětem, které by byly odkázány jen na mateřskou péči.

### *1.2.2. Sociologické otcovství*

Ačkoliv variabilitu identit přináší až proces výchovy a učení, biologické pohlaví se stává záhy po porodu upřednostněnou zónou zájmu, stojící na samém počátku pohlavně rozlišené identity **(3)**.

Dle Hartla **(42)** je pohlavní identita výchovou osvojené pojetí sebe sama jako muže nebo ženy. Jedinec se může ztotožňovat se svým biologickým pohlavím, nemusí však nutně přebírat všechny role spojené s daným pohlavím, které mu daná společnost předepisuje.

V souvislosti se sociálním učením se vynořuje další, pro pohlavní identitu, velice důležitý pojem. Biologická danost je základním parametrem, na němž lidé vytvářejí společenskou kategorii zvanou gender. Pojem gender byl do češtiny přejat z angličtiny, kde původně znamenal gramatický rod. Převést tento výraz do češtiny jako rod je zavádějící, a tak se výraz gender odkazuje k rozdílům mezi mužem a ženou. Jde o takové rozdíly, které nejsou předurčeny biologicky, geneticky ani nikterak jinak od přírody, nejsou nám dány dopředu, nýbrž vznikají a jsou podmíněny kulturně, historicky a sociálně **(84)**.

Na základě genderového určení vznikají genderové stereotypy, v jejichž souvislosti se předpokládá, že charakteristiky jednoho genderového stereotypu mají všichni příslušníci daného pohlaví. Za vnímáním stereotypů stojí dlouhodobý proces socializace, díky němuž si lidé celý život předávají hodnoty a normy. Každý novorozenec je nejen okamžitě klasifikován podle pohlaví, ale je mu okamžitě připsán i určitý gender. To se projevuje celou řadou typických reakcí, které znamenají začátek procesu učení genderové roli – tedy procesu, který má v životě dítěte zásadní význam. Na základě zkušeností dítěte podmíněných kulturou se vyvíjí maskulinita a feminita chování, postojů a rolí **(104)**.

Pro vysvětlení utváření pohlavní identity můžeme vycházet z různých typologií, přičemž jsou častěji zmiňovány 3 hlavní proudy. První ze zmiňovaných procesů je *Freudovo chápání socializace*, kdy se chlapci a dívky asi ve věku 4 let vymezí vůči opačnému pohlaví rodiče a identifikují se s chováním rodiče stejného pohlaví, což proběhne na základě uvědomění si existence vlastního biologického pohlaví dítěte. Druhý proces vychází z *teorie sociálního učení*, kdy je pozornost dítěte zaměřena na odměnu či trest za činnosti, které udělalo správně v rámci společenského očekávání. Třetí typologie socializace je ovlivněna *kognitivně vývojovou teorií*, kdy dítě rozpoznává svět a nachází v něm své místo uspořádáním informací do určitých schémat, k nimž patří i příslušnost k pohlaví **(19)**.

Na dítě působí očekávání okolí, jež mu dává víceméně omezený prostor k realizaci. O tomto prostoru se rodiče domnívají, že je dítěti adekvátní a pro jeho budoucnost optimální. Dítě samozřejmě toto očekávání vycítí a dle toho se chová, což je navíc podporováno nesčetnými vědomými i nevědomými postoji a reakcemi dospělých. Naopak nevhodné chování je odmítáno či přecházeno **(111)**.

Podle teorie sociálního učení se děti učí, jak se chovat jako chlapec nebo dívka pomocí odměn, trestů a napodobování. Rodiče povzbuzují děti k pohlavně typické hře **(78)**. V osvojování mužské identity celou dobu vývoje hraje zásadní roli vzor otce – muže. Otec stojí již na počátku zplození chlapce jako dárce mužského pohlaví, díky předanému chromozomu Y **(3)**.

### *1.2.3 Právní pojetí otcovství*

Zrození otce je méně bezprostřední a zřejmé než matčino. Právo matky na dítě nebývá z principu nijak zpochybňováno. Podmínky pro nezpochybnitelnost vlastního otcovství zajišťuje každý muž už dlouho před narozením dítěte tím, že vytváří se ženou hluboký vztah oddanosti a důvěry **(2)**.

Jiný rozměr dodává otcovství právní pojetí. Podle Občanského zákoníku č. 89/2012 Sb. je matkou dítěte žena, která dítě porodila. Z tohoto ustáleného výkladu se odvozuje, že toto platí bez ohledu na to, jaký byl původ genetické látky, z nějž dítě vzešlo. Zatímco u mateřství jsme si jisti, otec musí doufat, nebo prokazovat. Otcovství je daleko křehčí. Nejistotou svého biologického otcovství je muž handicapován a může se s tím potýkat v různých situacích po zbytek svého rodičovského života **(5)**.

Otcovství je tedy kvůli své biologické podstatě obtížněji doložitelné. Podle současné právní úpravy je otcovství založeno na existenci několika základních domněnek.

Zákonná ustanovení vymezuje zásadu, že pokud nejsou rodiče manžely, je nejspolehlivějším pramenem pro stanovení otcovství souhlasné prohlášení obou rodičů před příslušným orgánem a teprve tam, kde k tomuto souhlasnému prohlášení nedojde, se otcovství zjišťuje v soudním řízení. Manžel nemusí být zároveň biologickým otcem a ani otcem sociálním. Pokud si není muž svým otcovstvím jist, lhůta stanovená k popření otcovství je dána **(68)**.

Nejčastější teoretickou domněnkou pro popření otcovství je snaha vyhnout se finančnímu břemeni vůči dítěti. Očekávána je i potřeba mužů chtít si biologické otcovství ověřit i z jiných než ekonomických důvodů, nabýt jistoty o svém otcovství. Dalším častým motivem je situace, kdy se žena v rozhodné době stýkala s několika muži a skutečně neví, kdo je otcem dítěte. Skupina žadatelů se dotýká problematiky dědictví a transferu majetku, kdy muži chtějí mít jistotu převodu majetku biologickému potomkovi **(39)**.

Kdy se stávají muži otci, kteří jsou sice společensky i právně vázáni na mateřství, ale biologicky tento akt neprožívají? Stávají se muži otci narozením dítěte, nebo někdy před touto událostí, nebo snad až během společného života s dítětem? Právnicky je okamžik rodičovství spojený s právy a povinnostmi přesně dán. Otcovství je vázáno na mateřství, jehož podstatou je narození dítěte. Z etického i psychologického hlediska ale můžeme cítit vztah k rodičovským právům a povinnostem ještě před narozením dítěte **(15)**.

Otcovství je ve vědeckých kruzích pojímáno konceptuálně různorodě, nejčastěji se však setkává se dvěma perspektivami. V esencialistickém přístupu, kdy je otcovství chápáno v jeho jedinečném významu v životě dítěte i společnosti. Matkám a otcům jsou připisovány zásadně odlišné a nezaměnitelné rodičovské role založené na biologické rozlišnosti muže a ženy. Druhý přístup je konstruktivistický, kdy je otcovství chápáno jako dynamický proces. Genderové odlišnosti nejsou v tomto pojetí dány jako biologicky dané, ale sociálně konstruované **(83)**.

### *1.2.4. Role otce v historickém vývoji*

Každá sociální role je definována a formována mnoha společenskými a kulturními faktory, které ovlivňují a proměňují statut rodičů ve společnosti společně s jejich právy a povinnostmi. Postoj společnosti k otcovství se měnil postupně, ale k opravdu radikální změně došlo až v průběhu posledních dvou století **(22)**.

Zoja **(158)** popisuje možný počátek otcovství v prehistorii tak, že samci využili nově získanou dovednost transportu a začali část ulovené kořisti nosit samicím a mláďatům. Přirozený výběr tohoto chování samce odměnil. Ti, kteří se nadále chovali jako opičáci a nedělili se o potravu se svými potomky, zhoršovali svoje šance na přežití. Otcovství se začalo vytvářet zároveň se schopností odkladu a plánovitého jednání.

Od prehistorie nahlédneme do antického světa, kde Aristoteles jako první odvodil z filosofického hlediska manželskou a otcovskou autoritu muže, kterou považoval za oprávněnou, neboť je založená na přirozené nerovnosti mezi lidmi. Jako nejdokonalejší mezi bytostmi přirozeně rozkazuje ostatním členům rodiny. Muži zde měli absolutní moc nad svými dětmi. Práva matek prakticky žádná neexistovala. Také křesťanská teologie vycházející z židovských kořenů ve svém učení upevnila myšlenku otcovské a manželské autority muže, odvolávaje se především na text knihy Genesis, kde z žebra muže bůh stvořil ženu zodpovědnou za následující hřích a představující zkázu pro muže a všechna jeho pokolení **(118)**.

Období od 11. do 17. století byla role muže v rodině formována především prostřednictvím církve. V 11. století křesťanství ustavilo instituci manželství pevně svázaného s legitimním otcovstvím. Otec byl za děti zodpovědný a měl nad nimi moc i tehdy, pokud je vychovávala pouze jejich matka. Křesťanské manželství se brzy stalo základním kamenem hierarchizované společnosti s Bohem – otcem jako svým vrcholem, jehož budou reprezentovat skrze celý systém vrstvy dalších, nižších otců. V 15. století byl Josef, jako symbol otcovské lásky, vyobrazován v péči o domácnost. O dvě století později již péče o dítě není Josefovou doménou. Má být ochráncem Marie a pracuje, aby matku s dítětem živil **(13)**.

Ještě v 19. století byl otec skutečným ztělesněním moci a autority. Zastupoval právně nejen své děti, ale i svou manželku, byl jediným živitelem rodiny a jen on sám rozhodoval, kdo se stane jeho dědicem. Celý sociální systém spočíval na systému reprodukce zaměřené na ekonomické statky. Základní jednotkou byla rodina a otec jako

její představitel. Matka představovala zastupitelný článek, mohla být nahrazena novou manželkou či chůvou. Pokud se manželství rozpadlo, děti byly svěřeny otci **(30)**.

Zásadním mezníkem jsou v Evropě společenské události na přelomu 19. a 20. století, kdy začíná docházet ke změně v pojetí rodičovských rolí. Původní otcovská práva mající dříve charakter absolutní moci v rodině, byla s podporou státu převedena na matky. Mateřské roli je přisouzen zásadní význam ve zdravém vývoji dítěte. V jazycích Evropanů se začínají objevovat dosud neznámé termíny jako „mateřská láska“ a „mateřské instinkty“ **(56)**.

V průběhu 20. století je muž v rodině odsouván do pozadí nejen v ideologické rovině, ale i v každodenní realitě. Jeho role se v běžném životě stává stále více nejasnou. Jedni z rodin mizí v důsledku rozvodů (zmizelí otcové), druzí jsou v rodinách často fakticky nepřítomni v důsledku svého vysokého pracovního vytížení (nepřítomní otcové), i když formálně v rodině figurují. V těchto souvislostech se hovoří o dezerci otců, o krizi otcovské autority apod. **(84)**.

Řada odborníků si všimla, že nepřítomnost otce má určité specifické vedlejší účinky. Muži ukazují svou lásku tím, že těžce a dlouho pracují, děti to však nedocení, protože netouží po jejich penězích, ale po jejich přítomnosti **(9)**.

Jak předešlý odstavec naznačuje, z otců se stali především živitelé rodiny a jejich vliv na vývoj dětí zůstal tak spíše symbolický. V 50. letech navíc ženy začaly masivně nastupovat do zaměstnání a otcové začali ztrácet i svou výsadní roli živitele. Muži se odmítli více zapojit do péče o rodinu a trvali na tradičním pojetí muže živitele. Důsledkem toho bylo dvojí břímě naložené na bedra žen – matek, nespokojenost žen vedla k nárůstu rozvodů. Rozsah nabyl takové míry, že do situace začal zasahovat stát prostřednictvím systému sociálních dávek, které v podstatě zastupují absentující otce **(56)**.

Tato skutečnost ovlivnila vnímání otcovské role tak, že mnozí začali mluvit o její krizi. Tím, že se chlapcům začaly vytrácet vzory mužů ze života, nebyli do dospělosti řádně připraveni. Augustyn **(2)** říká, že mnozí muži pak v této souvislosti přejímají postoje a chování dospívajících chlapců. Uzavře-li takový nezralý muž manželství, nevytvoří se ženou a s dětmi hlubší citový vztah. Bude se koncentrovat jen na sebe a na vlastní subjektivní prožitky. Přijdou-li těžkosti, stáhne se do svého chlapeckého světa, jeho koníčky pro něj budou důležitější než povinnosti manžela a otce. Jako manžel a otec bude nezodpovědný.

Další skutečnost, která je ve výchově chlapců kritizována, spočívá v tom, že jsou vychováváni téměř výhradně ženami. Doma chlapce vychovává převážně matka, v předškolních zařízeních vychovatelky, ve škole učitelky. Vyrůstajícím chlapcům pak chybí mužské vzory a blízké osoby, a tak se ve snaze o ustavení své mužské identity obracejí ke stereotypním, nerealistickým obrazům mužů, jak je podávají především hromadné sdělovací prostředky. Kdyby se na výchově dětí v prvních deseti letech života více podíleli muži, měli by to chlapci více snadné. Mohli by pozorovat, že se muži a ženy zase tolik neliší, když například vykonávají stejné povolání **(60)**.

Mladému muži opuštěnému otcem a zasvěcovanému matkou hrozí, že citově zůstane po celý život „mamánek“. Ten je poslušný, nezodpovědný chlapeček, který utíká před povinnostmi dospělého, čímž se opět dostáváme k problému nevyzrálosti mužství. Jenže dokud budou muže rodit ženy, bude trvat vždy déle a bude obtížnější dozrát v muže než v ženu. Když si muži tuto přirozenou nevýhodu uvědomili, stvořili kulturní pomůcku ohromného rozsahu: patriarchální systém. Dnes jsou nuceni dát sbohem patriarchátu a stojí před úkolem znovu nalézt otce **(3)**.

Od 80. lze v odborných sociologických studiích zachytit pozitivní trend, kdy se začíná hovořit o otci jako o angažovaném a aktivním. V konceptu „nového otcovství“ je otec pojímán jako stejně schopný a kompetentní rodič jako matka. Očekává se od něj, že se bude aktivně podílet nejen na výchově svých dětí, ale také každodenní rutinní péči o ně, včetně těch nejmenších. Předpokládá se tak větší citové zapojení, angažmá otce v rodině, které může mít pozitivní dopad na všechny zúčastněné aktéry (otce, dítě i matku), **(83)**.

Takový model chování vychází z tzv. egalitářského modelu rodiny, kdy jsou pozice ženy a muže rovnocenné, dělba práce je flexibilní a je chápána jako společná a kooperativní. Většinovou společností je i nadále uznáván tradiční model rodinného života s typickým rozdělením ženských a mužských rolí **(120)**.

Požadavek na nové plnění otcovské role není příliš podporován ani institucemi, ani samotnými ženami, které je vnímají jako ohrožení mateřského monopolu. Otcům je vyčítána jejich nedostatečnost, nepřítomnost či rezignace na otcovskou roli, ale není jim dána možnost realizovat své otcovství jiným, novým způsobem **(53)**.

### *1.2.5 Role muže při výchově dítěte*

Moudrá matka příroda však uložila lidskému druhu, aby chránil své ohrožené potomstvo. Příroda si nemohla dovolit luxus pouhé mateřské lásky, a tak ochranu lidskému potomstvu zajistila instinktivní výbavou obou pohlaví, žen i mužů **(88)**.

Výhoda dvou rodičů je dobře ilustrována v životní úloze dítěte dospět k nezávislosti. Otcovo povzbuzování k nezávislosti je často vhodnou protiváhou k přemíře ochranitelských tendencí matky. Dětem zahrnutým velkou mateřskou péčí, když není v jejich životě přítomen muž, se povoluje jen málo volnosti pro zkoumání světa a ani nejsou povzbuzovány k vývoji asertivních, nezávislých postojů. Když se na výchově podílejí oba rodiče, pak jejich kombinovaná očekávání obyčejně vyústí v přístup realističtější a méně extrémní. Jeden rodič se totiž přiučí něčemu z chování druhého **(5)**.

Muž se nestává otcem až narozením dítěte. Jedná se dlouhodobý proces, který začíná dlouho před porodem a pokračuje mnoho let po něm **(123)**. Podle výzkumů se však otcové obecně účastní základní péče o děti nejméně v jejich nejmladším věku. Více obvykle se začnou zapojovat, až když dítě chodí a začíná mluvit. Nejvíce se pak na výchově podílí ve věku od 5 do 15 let, kdy se obvykle věnují rekreačním aktivitám nebo vzdělávání **(19)**.

Podle Vágnerové **(143)** otec má od období kojeneckého až po batolecí přesně vyhrazenou svou roli. Poskytuje svým dětem jiné zkušenosti a přispívá k rozvoji jiných kompetencí. Děti je mohou chápat jako zdroj zábavy a vzrušení, protože jim přinášejí nové podněty a nápady, oživují jejich denní stereotyp. V interakci otce s dítětem převažuje tělesná stimulace a společná hra. Otcové již v tomto věku kladou větší důraz na dodržování řádu, na plnění určitých požadavků, podporují rozvoj samostatnosti. V předškolním věku dochází k další diferenciaci v chování otců k dětem, výrazně s ohledem na pohlaví dítěte. Rodič stejného pohlaví představuje významný model genderové role. Připoutání k tomuto rodiči a jeho napodobování posiluje sebejistotu důležitou funkci má ale i rodič opačného pohlaví. Ve školním věku otec nadále funguje jako opora dětské samostatnosti, nezávislosti, sebejistoty a sebedůvěry. Učí děti respektovat pravidla, spolupracovat a prosadit se v různých skupinách i mimo rodinu.

Ústředním psychologickým úkolem adolescence a rané dospělosti je vytvoření vztahů k příslušníkům druhého pohlaví. Otcův zájem, podpora a dosažitelnost dávají

synovi zřetelnou výhodu ve společenském styku se ženami. Naopak u dívek je role muže specifická v tom, že schopnost vytvořit úspěšný manželský vztah narůstá, pokud dcera prožila vřelý vztah se svým otcem. Pouhá přítomnost otce doma však nijak nezaručuje, že jde o vhodného otce nebo, že jeho vliv bude pozitivní **(148)**.

Pokud máme před očima obrázek, že všechny děti běží nejdříve ke své matce, pak úkolem otce je běžet ke svému dítěti. Nelze být dobrým otcem a uchovat si nepříliš odpovědný způsob života svobodného muže. Cenou dobrého otcovství je obětování sebe sama **(2)**.

### *1.3 Plánování rodičovství*

Do našeho očekávání od života jsme zabudovali požadavek, že budeme mít děti, až je budeme chtít mít, v době, která je pro nás příhodná. Většinou se tak spoléháme na účinnou antikoncepční metodu. Zapomínáme však, že nad všechny antikoncepční praktiky bychom měli stavět odpovědnost jednoho partnera k druhému i vztah jednotlivců k sobě samým **(87)**.

Jeden z českých kvantitativních výzkumů o reprodukčních preferencích určil dvě základní kategorie vlivů, které na populační situaci působí. Jsou jimi faktory strukturální a hodnotové. Jako jeden z hodnotových faktorů má míra shody partnerů vliv na reprodukční plány. Většina výzkumů se zaměřovala spíše na ženy. Zahrnutí mužů do studií plodnosti je však velmi důležité, protože i ti mají své reprodukční preference a plány. Vliv reprodukčních preferencí a plánů mužů má signifikantní vliv na plodnost jejich partnerek **(87)**.

Ve studiích, které se otázkou reprodukčního chování a rodičovství zabývají z pohledu muže, převládá trend zpracovávat téma rodičovství mužů z pohledu těch, kteří již děti mají **(81)**.

Méně studií pojednává o mladých mužích, kteří se ještě otci nestali a otázkou otcovství se nezabývali. Zahrnutí postojů bezdětných mladých mužů je důležité pro podporu uceleného a funkčního konceptu odpovědného rodičovství **(80)**. Zcela chybí kvalitativní výzkum, který by vysvětloval procesy, jakými mezi partnery dochází k vyjednávání o rodičovství **(46)**.

Plánování rodičovství je individuálně vnímaný pojem Zahrnuje v sobě celou řadu hledisek, metod a opatření. Cílem této kapitoly je vymezit pojem a zobrazit ho v ucelené podobě, v jeho zdravotně i sociálně-psychologických souvislostech.

### *1.3.1 Plánování rodičovství jako základní lidské právo*

Plánované rodičovství je ve všech civilizovaných zemích světa považováno za základní lidské právo. Toto právo nebylo sice původně zahrnuto do Všeobecné deklarace lidských práv v roce 1948, ale o dvacet let později se situace změnila a Mezinárodní konference OSN o lidských právech konaná v Teheránu v dubnu a v květnu 1968 se k tomu v článku 16 vyjadřuje zcela jednoznačně: „*Rodiče mají základní lidské právo svobodně a zodpovědně rozhodovat o počtu svých dětí a o časovém odstupu mezi nimi*“. Toto právo bylo pak ještě potvrzeno a rozšířeno na 1. Světové populační konferenci konané v Bukurešti v roce 1974, kdy je v článku 14 výslovně uvedeno: „*Všechny dvojice i jednotlivci mají základní právo rozhodovat svobodně a zodpovědně o počtu svých dětí a o časovém odstupu mezi nimi a k tomuto jednání mají dostat informace a prostředky. Zodpovědnost dvojic a jednotlivců ve využití tohoto práva bere v úvahu životní potřeby jejich žijících a budoucích dětí a jejich zodpovědnost ke společnosti*“ **(141*)***.

Přelomové v oblasti reprodukčních a sexuálních práv je konání Mezinárodní konference o populaci a rozvoji (Conference on Population and Development) v Káhiře v roce 1994 a konání Světové konference o ženách v Beijngu v roce 1995. Do té doby byly reprodukční otázky směřovány k demografickým cílům a zaměřovaly se na regulování ženské plodnosti. Chápání významu plánování rodičovství posléze získalo novou podobu. Začala se zdůrazňovat důležitost blahobytu (wellbeing) a kvality života jedince. Ženám bylo přisouzeno právo rozhodovat se o svém těle a o krocích, jež výrazně ovlivňují jejich reprodukční zdraví **(154)**.

Na základě výše zmíněných konferencí se Světová zdravotnická organizace **(153)** zasadila o vznik nové definice plánování rodičovství. Podle Světové zdravotnické organizace plánování rodičovství umožňuje jednotlivcům a párům předvídat a dosáhnout žádaného počtu dětí a načasování jejich narození, včetně rozestupů mezi nimi. Toho je dosaženo díky použití antikoncepčních metod a léčbě infertility.

V roce 1995 vstoupila v platnost významná listina, *Charta sexuálních a reprodukčních práv.* Byla vydaná Mezinárodní společností pro Plánování rodičovství **(54)**. Díky České společnosti pro plánování rodiny a sexuální výchovu byla charta ratifikována Českou republikou a byl zajištěn překlad v mateřštině. „Charta“ vytváří spojení mezi vyjádřením lidských práv a realitou poskytování služeb v oblasti

sexuálního a reprodukčního zdraví. Vyžaduje právo na svobodu a osobní bezpečnost, zdůrazňuje uznání, že všichni lidé mají právo nebýt nuceni k těhotenství, sterilizaci a potratům. Zahrnuje rovněž závazek zajistit, aby se toto právo stalo v zemích, které listinu ratifikovaly, pro všechny ženy a muže skutečností **(129)**.

O propagaci plánovaného rodičovství v jeho nejrůznějších souvislostech se zasazuje řada organizací s mezinárodním působením. Jsou jimi například:

- *Family Planning Association* (www.fpa.org )
- *National Family Planning and Reproductive Health Association* (www.nfrpa.org)
- *The Unated Nations Population Fund* (www.unfpa.org)
- *Parenthood Planning* (www.plannedparenthood.org)
- *International Planning Parenthood federation* (www.ippf.org)
- *European Society of Contraception and Reproductive Health* (http://www.escrh.eu/)

V České republice se úlohy prevence a vzdělání v této oblasti ujala zejména Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu (www.planovanirodiny.cz).

Často se kriticky vyjadřujeme k užitečnosti konferencí a mezinárodních paktů, protože vymezují pojmy na hodnotové – symbolické úrovni. Jejich znění nás nutí o věcech uvažovat, je třeba je respektovat a hledat v nich souvislosti se svými kulturní a vlastními zkušenosti.

### *1.3.2 Psycho-sociální aspekty plánování rodičovství*

Je plánování rodičovství řízeno instinkty a nemalou roli zde hraje tendence k zachování rodu? Skutečnost je spíše taková, že u lidí jsou vrozené pudy podpořeny motivy psychickými. Děti svou existencí přinášejí mnohým rodičům emotivní uspokojení.

Úskalí současné společnosti je v tom, že lidé nalézají emotivní uspokojení i v jiných životních aktivitách než v plození dětí **(113)**. Za poslední roky do svých rukou lidé získali několik možností, jak regulovat příchod rodičovství. Rodičovství se stalo vědomou volbou, dostalo se na úroveň jakéhokoliv jiného zážitku, který si lze naplánovat **(8)**.

Důležitým prvkem, který zasahuje do reprodukčních úvah párů, je otázka rozhodování. Začne-li mladá dvojice uvažovat o tom, zda mít či nemít dítě, jde vlastně o velmi složitý rozhodovací proces **(31**). Silný společenský tlak na dosažení ideálních podmínek pro rodičovství vede současnou generaci potenciálních rodičů k obtížnému rozhodování o tom, kdy se rodiči stát (**64**).

Otázce plánování rodičovství, podmínkám pro jeho odkládání a volbu bezdětnosti se v tuzemsku podrobněji věnuje Hašková **(48)**. V jejích výzkumných pracích získáváme odkaz na několik sociologických teorií, které poukazují na teoretický kontext rozhodování o vstupu do rodičovství. V textu jsou zmíněny tři teorie, na které je v souvislosti s odkládáním rodičovství nejčastěji poukazováno.

*Teorii individuace a kulturní změny* odpovídá fakt, že v současných společnostech pozdní modernity se mění principy, na nichž se zakládají intimní vztahy. Reprodukční role intimních vztahů se upozadila na úkor sexuální přitažlivosti, sdílené intimity a emotivní komunikace. Současná rodina se soustřeďuje na uspokojování emotivních potřeb. Nestabilní základy současných partnerských vztahů pak neuspokojují důvěru v jejich trvání, a tudíž ani jistoty k dlouhodobé investici do rodičovství.

*Teorie sociální anomie* vysvětluje pokles porodnosti jako reakci na rozpad starých norem, hodnot a institucí, zatímco nové nejsou plně akceptovány. V situaci, kdy jsou silně oslabeny sociální normy, se jedinec přestává orientovat, dochází k pocitu odcizení, plánování vlastní budoucnosti se stává složité.

*Teorie racionální volby* vysvětluje snižující se poptávku po vícečetných rodinách. Děti jsou zde chápány jako určitý druh zboží. Výnosy dítěte jsou měřeny očekávaným užitkem, který přinese dítě do domácnosti. Užitek závisí zejména na kvalitě dítěte, do které je však třeba zainventovat **(46)**.

Na vstupu do rodičovství, jeho odkládání nebo setrvávání ve stavu bezdětnosti mají vliv jak faktory hodnotové, tak i strukturální. Přičemž současní mladí bezdětní při rozhodování o vstupu do rodičovství kladou větší důraz na vliv jejich ekonomické situace **(133)**.

Těžištěm dnešních změn hodnot spojených s rodinným chováním je růst individualismu, důraz na autonomii a odklon od tradičních forem partnerského chování. Na druhou stranu se ukazuje, že si ve zjišťovaných hodnotových orientacích rodina a

rodičovství stále udržují výsadní postavení bez ohledu na věk a vzdělání a další charakteristiky **(58)**.

Na základě tuzemského kvantitativního výzkumu reprodukčních preferencí lze říci, že nejenže převážná většina dotazovaných osob rodičovství ve svém životě plánuje, ale většina žen i mužů starších 25 let se chce stát během svého života rodičem, a to zejména dvou dětí. Do budoucna se očekává určitý růst počtu párů konečně bezdětných i rodin s jedináčky **(132)**.

### *1.3.3 Strategie plánování rodičovství*

Plánování rodičovství můžeme definovat jako snahu partnerů otěhotnět a porodit dítě v nejvhodnější době. Plánované rodičovství může mít pozitivní nebo negativní charakter. Pozitivní plánované rodičovství znamená cílenou snahu o otěhotnění. Negativní plánované rodičovství snaha a opatření vedoucí k zábraně nežádoucího otěhotnění **(107)**.

V naší společnosti se upřednostňuje pojetí negativní, zaměřené na odkládání a zabraňování početí. Na nedostatky jednostranného výkladu upozorňoval již před lety i profesor Matějček **(87)**, kdy na jedné straně je třeba rozlišovat poučení mladých lidí o výhodách a nevýhodách, možnostech a mezích jednotlivých antikoncepčních metod, na druhé straně je však také třeba ukazovat, a to podstatně větším důrazem než dosud, na pozitivní stránky plánovaného, dobře načasovaného těhotenství. To může mladým lidem přinést maximální životní uspokojení a velmi významně přispět k růstu jejich osobnosti.

### *1.3.4 Strategie pozitivního plánování rodičovství*

Pozitivní plánování rodičovství zahrnuje jednání páru s cílem otěhotnění ženy, na úrovni zdravotnické péče je to péče o neplodné páry. Do obecnější socioekonomické roviny pozitivního plánování patří i opatření společnosti a státu k zlepšení populačního vývoje **(113)**.

### *1.3.4.1 Propopulační politika (prorodinná, pronatalitní)*

Do obecnější socioekonomické roviny pozitivního plánování patří i opatření společnosti a státu k zlepšení populačního vývoje, jako jsou dávky v mateřství, mateřská dovolená, porodné, příspěvky na děti, daňové a jiné výhody pro rodiny s dětmi a další opatření, zahrnované pod *pojem "propopulační opatření"***(107)**.

V prvních letech analýzy poklesu porodnosti v České republice ti odborníci, kteří zdůrazňují vliv hodnotových změn na růst bezdětnosti a pokles plodnosti, zpravidla neviděli řešení populačního poklesu v propopulačních politikách. Po roce 2000 mnozí poukazují na faktory ekonomické nejistoty a roli veřejných institucí v tom, jakým způsobem umožňují kombinování pracovního trhu a rodinné péče **(46)**.

Také Vančurová uvádí **(144)**, že by bylo omylem snažit se zlepšit populační poměry ekonomickými zásahy formou státních dávek. Většina odborníků se shoduje, že taková opatření by zvýšení počtu narozených dětí ovlivnila jen nevýznamně, nebo jen u rodin z nejnižších sociálních skupin, kde vytvoření kvalitní a funkční rodiny může být i značně problematické. Pro-populační opatření by podle soudu odborníků měla spočívat především ve vytváření vhodného a vstřícného prostředí a klimatu, v jehož rámci by mohla mladá rodina existovat a vyvíjet se podle svých zcela privátních představ.

Nejúčinnější propopulační nástroje v České republice má vláda, především Ministerstvo práce a sociálních věcí **(94)**.

- V rámci rodinné politiky uplatňuje zejména aktivity spojené s poskytováním *sociálních služeb***,** které jsou zaměřeny na pomoc a podporu jednotlivým členům rodiny a/nebo rodině jako celku nacházejícím se v nepříznivé sociální situaci za účelem prevence sociálního vyloučení.
- Také jsou to *služby na podporu fungující rodiny*, které mají preventivní a podpůrný charakter. Jejich účelem je usnadňovat a posilovat partnerské a manželské soužití a rodičovství, podporovat rodiny v péči o děti a při harmonizaci práce a rodiny. Stát rodinám a dětem zajišťuje *činnosti poskytované v rámci sociálně-právní ochrany dětí.*
- Poskytuje právní rámec pro *Opatření pracovněprávní povahy* tak, aby umožnil rodičům lepší slučitelnost rodičovské a profesní role v případě, že nechtějí rezignovat na své rodičovství a ani na svou profesní realizaci. To se stává jedním z hlavních cílů prorodinné politiky. Ve výčtu opatření se jedná především

o úpravy mateřské dovolené, rodičovské dovolené, pracovního volna, úpravu pracovní doby a pružnou pracovní dobu, převedení na jinou práci, práci konanou doma, přestávky na kojení, zákazy některých prací, podmínky pro rozvázání pracovního poměru.

Opatření pracovněprávní povahy se i přes svou důležitost stále potýkají s nedostatky rovnocenného uplatnění mužů a žen v rámci rodinné politiky. Ve sféře placené práce a zaměstnání se zatím problematika možnosti skloubení práce a rodiny nestala nedílnou součástí personální politiky podniků a institucí. Přestože jsou vytvořeny formální předpoklady pro uplatnění rovnosti mezi mužem a ženou, nejsou v realitě běžně naplňovány. Ke zrovnoprávnění muže a ženy v rodině dochází spíše „de iure“ než „de facto“ **(81)**.

Rodičovská dovolená je jedním z institutů, který může za určitých podmínek napomoci k převrácení této nerovné situace. Větší zapojení otců do péče o děti a jejich větší využívání rodičovské dovolené se podle řady studií v dlouhodobém horizontu projeví ve vyrovnání dnes nerovného postavení žen a mužů na trhu práce. Pokud by rodičovská dovolená byla více využívána muži, došlo by k narušení stereotypů o ženské pečovatelské roli, což by pomohlo odbourat diskriminaci žen na trhu práce **(115)**.

Pro některé se zdá ironické řešit rodičovská práva mužů, když ta ženská zatím nebyla dosažena ve veřejných sférách. Dokud však nedojde ke sdílení rodičovských povinností, nelze efektivně dosáhnout ani rovných práv v oblasti zaměstnanosti **(16)**.

Otcové i matky na rodičovské dovolené mají ztížené podmínky návratu do pracovního procesu oproti západním státům, protože rodičovská dovolená trvá u nás podstatně déle. Při návratu na pracovní trh mohou být otcové i matky dlouhou pracovní pauzou a snížením sociálních kontaktů znevýhodněni. Zatímco ženy jsou znevýhodňovány především na trhu práce, muži při plnění rodičovského poslání. Kdyby se z mužů sejmulo břemeno živitele rodiny a dalo se jim více prostoru pečovat o děti, přineslo by to s největší pravděpodobností zlepšení podmínek pro ženy na trhu práce. Pomohlo by to odstranit například platovou diskriminaci žen. V Západní Evropě se zapojení otců začalo řešit v 70. letech v souvislosti s feministickým hnutím. Ještě v 90. letech směl muž zůstat na rodičovské dovolené pouze v krajním případě, kdy žena nemohla z pádných důvodů pečovat o své děti. Pokud biologická matka zemřela, měla výsadní právo pečovat o děti místo biologického otce jeho nová partnerka **(118)**.

V České republice bylo legislativně umožněno právo otců využít rodičovskou dovolenou v porovnání s Evropou poměrně pozdě, teprve v roce 2001 **(101)**.

V evropských zemích (kromě Skandinávie) se podíl otců z osob na rodičovské dovolené pohybuje zhruba mezi 1% a 10%. Nejvyšší míra čerpání rodičovské dovolené muži je ve Švédsku, kde dosahuje až 40%. I zde ovšem otcové zpravidla čerpají výrazně kratší část rodičovské dovolené než matky. Muži představují v České republice dlouhodobě okolo 1% ze všech osob čerpajících rodičovskou dovolenou **(74)**.

Zvláštním institutem podpory otcovství v péči o děti od nejranějšího věku je otcovská dovolená. Poprvé ji zavedlo v roce 1977 Norsko. Její délka je většinou od několika dní nejvýše do tří týdnů, v některých zemích je poskytován otcovský příspěvek, v jiných zemích je neplacená **(98)**.

V listopadu 2008 také vláda ČR schválila návrh na zavedení pětidenní otcovské dovolené. Podle návrhu mohl otec čerpat pět dní otcovské dovolené v období do šesti týdnů po narození dítěte. Během otcovské dovolené měla být poskytována dávka nemocenského pojištění - tzv. „otcovské“. Výše otcovského by se určovala stejně jako u peněžité pomoci v mateřství **(74)**. Návrh však Parlament ČR neschválil a otcovská dovolená není doposud poskytována.

Sedláček a Plesková **(118)** ve své práci poukazují na problematiku otců na rodičovské dovolené. Nestačí jen vytvořit otcům podmínky pro rodičovskou dovolenou, ale je potřeba také motivovat otce například odvozením příspěvku rodičovské dovolené od výše platu nebo snížením platové diskriminace žen, aby tak nedošlo ke snížení životního standardu rodiny.

Další problém v souvislosti s prosazováním aktivního otcovství se ukazuje v okamžiku, když se muži chtějí stát novodobými pečujícími otci. Ve shodě s rozšiřující se moderní normou otcovství si musí utvořit úplně nové místo. V modelech maskulinity jako by pro takové muže nezbýval prostor. Ženy a feminita zůstávají měřítkem pro angažované a pečující rodičovské chování. Otec, který se osobně věnuje svým dětem, každodenně o ně pečuje, mazlí se s nimi, krmí je a uklízí po nich, se automaticky stává jakousi přídavnou „matkou“ **(30)**.

Pro – rodinná politika posledních dvaceti let ukazuje, nakolik je obtížné skloubit uplatnění na trhu práce s rodinným životem. Při prosazování aktivního přístupu mužů k rodičovství je třeba brát na zřetel při všech činěných krocích podmínku podporovat veřejnou diskusi o toleranci, hodnotovém posunu a postupné generační proměně modelů mužství **(135)**.

#### *1.3.4.2 Péče o páry s poruchami fertility*

V obecném povědomí je těhotenství běžnou záležitostí, která nastává poté, co se muž a žena rozhodnou počít dítě. Mnohdy žena otěhotní i bez tohoto rozhodnutí. Nezřídka je těhotenství nečekanou a nepříjemnou životní komplikací. Pro každý desátý pár je těhotenství přáním, které zůstává nesplněno. Medicína dokáže většině z nich pomoci **(117)**.

Za neplodnost je považována neschopnost dosáhnout otěhotnění do jednoho roku u sexuálně aktivního páru, který nepoužívá antikoncepci **(155)**.

Velmi zjednodušeně je diagnostický přístup zaměřen v prvé řadě jako u jakéhokoliv jiného medicínského problému. Začíná anamnézou a zaměřením se na vše zvláštní problémy, které by se mohly týkat plodnosti. Poté následuje fyzikální, hormonální, genetické a radiologické vyšetření. Nedílnou součástí u diagnostiky mužských příčin neplodnosti je spermiogram **(52)**.

V roce 2010 vydala Světová zdravotnická organizace pokyny pro vyšetřování spermatu, kde mimo jiné uvádí i normální parametry při vyhodnocování spermiogramu. Celkový objem ejakulátu by měl být nad 2 ml, zkapalnění spermatu by mělo proběhnout do jedné hodiny. Normální koncentrace spermií je nad 20 miliónů na ml, ale počet v celém ejakulátu více 40 miliónů. V ejakulátu by mělo být 50% progresivně pohyblivých spermií do jedné hodiny po ejakulaci, 30% spermií by mělo mít normální morfologii a více než 75% životaschopných spermií. Poslední měřený parametr je počet leukocytů v 1 mililitru pod 1 milion **(100)**.

Hlavním úkolem diagnostiky u mužů je identifikovat léčitelná onemocnění, nevratné příčiny léčitelné metodami asistované reprodukce za použití ejakulátu vyšetřovaného. Pokud jsou příčiny neplodnosti takového charakteru, že to není možné, je doporučováno dárcovské oplodnění nebo adopce. Mimo to se při diagnostice dají zjistit závažné patologické zdravotní příčiny nebo chromozomální abnormality, které mohou ovlivnit nejen pacienty, ale i jeho potomka **(52)**.

Z léčebných lze uplatňovat mimo medicínských i „alternativní“ způsoby léčby jako *balneoterapie* nebo *fyzioterapie*. Výraznou úlohu při léčbě poruch plodnosti mají fyzioterapeutické metody zaměřené zejména na léčbu poruch fertility u žen. Mezi nejrozšířenější v České republice zaslouženě patří metoda Ludmily Mojžíšové, která si všimla, že u neplodných žen se často opakuje soubor určitých příznaků. Základním

principem je reflexní působení na nervosvalový aparát pánevního dna. Pomocí pohybového ovlivnění určitých segmentů páteře (bederní a sakroiliakální oblast) zřejmě dochází pomocí vegetativního nervového systému ke zlepšení cévního zásobení ženských pohlavních orgánů či zkvalitnění svalové a pojivové tkáně této oblasti **(65).**

Uvažuje se také o použití této metody pro léčbu některých poruch mužské plodnosti, ale o prokázání účinnosti této terapie se zatím bohužel nikdo nepokusil **(64)**.

Mezi důležité neivazivní metody léčby poruch fertility patří fyzioterapie. Jednou z možností je léčba pomocí reflexologie, která pracuje se s reflexními zónami, ale také s meridiány. Věří se, že meridiány jsou dráhy, kterými koluje vesmírná energie do různých orgánů těla a které udržují tělo a vesmír v harmonii. Reflexní oblast pro reprodukční orgány se nacházejí v okolí hlezenního kloubu **(28)**.

Také v lázeňství nacházíme řadu léčebných metod pro podporu plodnost. Balneoterapií je myšlen soubor různorodých léčebných procedur používaných v lázeňských zařízeních pod lékařským vedením obvykle po dobu několika týdnů. Dle indikačního seznamu se ženská sterilita a infertilita (primární i sekundární) léčí v Mariánských Lázních, Františkových Lázních a v lázních Klímkovice **(64)**.

Přechod od těchto neinvaziních metod k invazivním technikám lze spatřovat v léčbě poruch fertility *medikamentózně.* Tehdy je léčebným cílem potlačit konkrétní druh onemocnění, například infekci, imunologické problémy neplodnosti a terapi hormonální. Pokud je porucha způsobena anatomickou překážkou nebo odchylkou v reprodukčním systému, může se problém řešit *chirurgicky*. Velký přínos mají bezesporu postupy léčby *asistované reprodukce.* Nejběžnějšími dvěma metodami jsou *intrauterinní inseminace* a *in vitro fertilizace/ embryo transfer* **(64)**.

K nejpoužívanějším metodám asistované reprodukce ještě několik slov. *Nitroděložní oplodnění* (tzv. intrauterinní inseminace – IUI) je metoda považovaná za nejméně náročnou a jak už říká její název, jedná se o zavedení spermií do dělohy. K oplodnění mohou být použity spermie partnera nebo dárce. *Oplodnění mimotělní* je všeobecně známé spíše pod pojmem "ve zkumavce". U této metody, odborně nazývané „in vitro fertilizace“ (IVF), je vajíčko oplodněno mimo tělo ženy a zárodek (embryo) je následně přenesen do dělohy. Tento způsob léčby se provádí zejména u párů, kde má žena zcela neprůchodné vejcovody nebo je jejich průchodnost omezena následkem srůstů v břišní dutině (po mimoděložním těhotenství, zánětech nebo při endometrióze)**.** *Program darovaného vajíčka* (oocytu) je postup určený ženám, u kterých již není

možné ani po hormonální léčbě získat vajíčko pro mimotělní oplodnění nebo v případech, kdy lze vajíčko po léčbě získat, ale opakovaně se nedaří otěhotnět. Program mohou využít také ženy, kterým se nedoporučuje oplodnění vlastního vajíčka z genetických důvodů **(100).**

U pacientů se špatnou prognózou je třeba neztrácet čas neuspokojivými léčebnými pokusy a co nejdříve zahájit spolupráci androloga s gynekologem. Pacientům s vážnějšími poruchami plodnosti by se měly nabízet metody asistované reprodukce. Úkolem lékaře je také sehrát roli poradce párům v případech, kdy v úvahu připadá zejména alternativní léčebné postupy oplodněním spermiemi dárce a adopce **(52)**.

Nemálo důležitým aspektem poruch fertility je psychická nepohoda páru, který se snaží o početí. I když je obtížné dokázat psychologickou příčinu, konzultace s odborníkem může pomoci v této náročné situaci se zorientovat, hledat přiměřenou cestu, zvažovat možnosti, zvládnout stres, vyhledat správnou komunikaci s partnerem, popřípadě rodinou, lékařem a dalšími osobami **(64)**.

Obecně je role muže při léčbě poruch fertility méně viditelná. Velmi skeptickým pohledem můžeme říci, že metaforou významu a prostoru, který je mužům v rámci léčby oficiálně vymezen, mohou být místa, do nichž jsou posíláni pro splnění svého jediného úkolu **(125)**.

Skutečnost, že neplodnost byla v uplynulých desetiletích razantně medikalizována, učinila z neplodných lidí pacienty. V procesu asistované reprodukce je pacientem žena, buď jako pacientka s poruchou plodnosti, nebo jako partnerka neplodného muže. Ženské tělo pak připomíná každý měsíc reprodukční neúspěch. Váha je na ženách, jejich tělo se stane cílem léčby a ikonou její úspěšnosti, zbavuje celý pár břemena neplodnosti a jejích důsledků. Je to ženské tělo, které je diagnostikováno a na němž probíhají zákroky, zatímco muže zastupuje vzorek jeho pohlavních buněk **(126)**.

Jenže výzkumy odhalují zajímavé aspekty v prožívání asistované reprodukce muži. Pro muže je schopnost plodit rovna otázce mužnosti. I muži, kteří děti nemají, považují možnost zplodit dítě za velice důležitou, potvrzující tím mužskou identitu. I ti, kteří děti nechtějí, se cítí být méně muži, pokud zjistí, že děti mít nemohou **(30)**.

Mužská a ženská zkušenost s neplodností je odlišně definována časovým/věkovým rámcem reprodukcí a fyzickou zkušeností s plodností, neplodností a její léčbou. Vědomí časových a věkových limitů reprodukce je pro ženskou zkušenost s infertilitou, pro její aktivitu a rozhodování, určující. Ženy, které prodělávají léčbu kvůli

poruchám fertility, jsou v permanentním kontaktu s omezeností vlastních reprodukčních možností. Když se muži začínají o téma asistované reprodukce zajímat, jejich přístup je v počátečním období vnímán spíše pasivní a „režisérkou“ léčby je žena **(125)**.

I když je žena považována za zranitelnějšího člena sterilního páru a je při asistované reprodukci více zatížena než partner, byla zjištěna velká úzkost během procesu asistované reprodukce i u mužů **(66)**. Většina mužů, včetně těch, kteří zatím děti nemají, potvrzuje svou mužskou identitou právě možností plodit děti, jak uvádí Collier, Sheldon **(16)**. Muži obdobně jako jejich ženy pociťovali zklamání, trápila je reakce manželky, pohlcovaly je pocity marnosti a vlastní neschopnosti **(67)**.

Nejnovější studie dokazují, že rozdíl ve vnímání mužů a žen při poruchách fertility a procesu jejich léčby jsou opravdu malé nebo neexistují. Zvláště kvalitativní výzkum má v sobě potenciál, jak demonstrovat vnitřní prožívání muže, připustit a sdílet dopad poruch fertility na jeho prožívání a vyjádřit emocionální potřeby **(151)**.

Jak však Konečná **(64)** uvádí, terapií nedobrovolné bezdětnosti je myšleno i řešení, které nespočívá jen v užití léčebných postupů v obvyklém slova smyslu, ale i řešení pomocí náhradní rodinné péče nebo rozhodnutí zůstat bez dítěte.

#### *1.3.4.3 Náhradní rodinná péče*

Zkušenost pro partnery, kteří nalezli svou identitu, své místo pracovní, manželské, mezi přáteli, je těžké přijmout to, že biologické rodičovství, které v hloubi duše předpokládali, nepřichází. Vždy je tu ale možnost jiná, tedy zplodit dítě ve smyslu psychologickém a sociálním **(67)**.

Matějček **(86)** hovoří o několika způsobech náhradní rodinné péče. Tou je u nás zejména osvojení (adopce) a pěstounská péče. Jak uvádí, slovo *adopce (osvojení)* znamenalo původně vyvoliti, tedy děti byly svými rodiči vyvoleny. Dnes je tomu jinak – jsou to noví rodiče, kteří jsou pro opuštěné dítě vybíráni. Osvojení vedle svého hlavního poslání, kterým zůstává nahradit nezletilému dítěti chybějící rodinné prostředí, přispívá výchovou, péčí a láskou a zároveň přispívá k naplňování smyslu života osvojitelů. Při osvojení přijímají manželé či jednotlivci za vlastní opuštěné dítě a mají k němu stejná práva i povinnosti, jako by byli jeho rodiči.

Dunovský **(31)** vymezuje druhou významnou formu náhradní rodinné péče, kterou je péče pěstounská. Její podstatou je svěření dítěte do náhradní rodiny, kde žije

mimo svou vlastní rodinu, ale z nejrůznějších důvodů osvojení není možné. Pěstouni dostávají za svou starost o svěřené dítě či děti odměnu a pěstounský příspěvek na ně. Biologičtí rodiče zůstávají nositeli práv a povinností, byť jsou omezena.

Za nejméně rizikové je považováno biologické rodičovství, vzniklé spojením muže a ženy (heterosexuálního páru), pak rodičovství realizované prostřednictvím asistované reprodukce (včetně dárcovských gamet, kdy sice chybí genetická vazba k jednomu nebo oběma rodičům, ale zůstává možnost ovlivnit prenatální vývoj dítěte a zažít těhotenství a porod), a jako vysoce riziková forma rodičovství je popisována adopce **(124)**.

Přes všechny cesty, které vedou k životu s dítětem, Konečná **(64)** uvádí, že na světě je asi 5% manželství bezdětných, dobrovolně i nedobrovolně bezdětní.

#### *1.3.4.4 Prevence poruch reprodukčního zdraví*

Jako primární činnost pro podporu odpovědného přístupu k rodičovství můžeme již od nejútlejšího věku chlapce podporovat v rámci prevence poruch reprodukčního zdraví. Společnost by měla vnímat sexuální výchovu dětí a mládeže jako prostředek nejen k odpovědnému sexuálnímu životu, ale také k odpovědnému rozhodování žen a mužů v oblasti rodičovství **(128)**.

Programy podpory reprodukčního zdraví byly dlouhou dobu určovány výhradně ženám, což odráží skutečnost, že ženy se rodí s očekáváním okolí, že jednou budou mít děti, a tak by měly pečovat o své reprodukční zdraví. Přesto vytvoření hodnoty reprodukčního zdraví u obou pohlaví je v současnosti již celosvětově přijímaným trendem. Zahraniční zdroje se jednoznačně neshodují v tom, co vše by měla primární preventivní péče zahrnovat. Organizace s celosvětovou působností kladou důraz na prosazení účinné antikoncepce, zdraví matek, propagování kvality sexuálního zdraví, vymýcení nebezpečně prováděných potratů, prevence sexuálně přenosných chorob **(76)**. V ekonomicky rozvinutých státech světa je spíše přikládán význam rozeznávání psychosexuálních problémů, či rozvoji legislativy v oblasti reprodukčního a sexuálního zdraví **(150)**.

Za závažným problémem v oblasti reprodukčního zdraví v rozvinutých zemích světa je považován počet párů trpících poruchami fertility (plodnosti). Neplodnost byla Světovou zdravotnickou organizací uznána jako nemoc **(116).**

Stejně jako i u jiných oblastí týkajících se rodičovství, bylo řešení poruch fertility adresováno téměř výhradně ženám. Údaje výzkumů nashromážděných WHO ukazují, že příčinou poruch fertility je mužský faktor samotný za neplodnost odpovědný v 33% a postižení obou partnerů najednou se vyskytuje v 20% **(71)**.

Role muže v prevenci poruch fertility má svůj významný podíl. Pasivní postoj k prevenci poruch reprodukčního zdraví může vést obecně k závažným poruchám zdraví. Kromě problematiky infertility se jedná o pozdní záchyt karcinomu varlat u mladých mužů či přenos sexuálně přenosných chorob. Snižování kvality života se netýká jen mužů samotných, ale i celého páru. Při vytvoření hodnoty reprodukčního zdraví u obou pohlaví, jsou partnerské dvojice ochotny více diskutovat o rodičovských plánech, antikoncepci a dalších tématech **(32).**

Muži mají v tomto směru i nevýhodu v tom, že vlastně nemají vlastního lékaře – specialistu, který by se zaměřoval na reprodukční zdraví. Obor - andrologie, který by mohl o mužské reprodukční zdraví pečovat, se u nás teprve vytváří.

Snaha snížit rizika poruch reprodukčního zdraví je multifaktoriální a měla by začít již v raném věku. Pohyblivost předkožky, sestoupnutá varlata, hydrokély, žilní městky šourku mohou od narození chlapce sledovat rodiče ve spolupráci s pediatry. Od určité doby mohou rodiče chlapci vysvětlit, že by si měl všímat citlivosti, tvaru, objemu varlat. Prevence poruch reprodukčního zdraví v období dospívání pak už může volně navazovat na období dětství. Mladý muž by měl dbát na pravidelnou hygienu penisu a šourku nedráždivým mýdlem a teplou vodou, oblékat netěsné, elastické prádlo, mít možnost přiměřené, i autostimulační, sexuální aktivity spojené s ochranou před sexuálně přenosnými chorobami a to již od začátku sexuálního života (**71**).

Oproti ranému období, kdy prevence poruch reprodukčního zdraví neuniká díky pozornosti rodičů i pediatrických prohlídek, obtížná je prevence poruch reprodukčního zdraví u dospívajících chlapců. V tomto věku chybí lékaři specialisté, společnost k tomu chlapce nevede a problematické je i samotné vývojové období. Chlapci spojují vyšetřování nebo věnování pozornosti vlastní anatomii s rozpaky, to pak přispívá k negativním zdravotním návykům **(137)**.

Nejčastější lékařky prokázané příčiny neplodnosti u mužů jsou zejména nemoci spojené s poruchou funkce hypothalamo-hypofyzárního systému, vývojové a vrozené vady pohlavního ústrojí u muže. Zvláštní pozornost je v tomto ohledu třeba věnovat onkologicky nemocným pacientům, protože pacienti mladší 55 let tvoří 15 % všech

mužů nově diagnostikovaných s nádorovým onemocněním. Mužská infertilita vzniká v důsledku poškození orgánů nebo hormonální produkce onkologickým onemocněním. Nejčastěji je to ale sama onkologická léčba, která poškodí zárodečné buňky nadvarlete. O dalších příčinách se vedou diskuse. Nejčastěji jsou zmiňovány civilizační faktory, jako stres, životní prostředí znečištěné chemickými látkami, snížení pohybové aktivity, užívání návykových látek atd. **(52)**.

V České republice se o medializaci prevenci poruch reprodukčního zdraví se v posledních letech pokusily programy *„ Máš koule?“* (http://www.maskoule.cz/) a *„Movember“* (http://cz.movember.com/?home). Oba projekty se zaměřují zejména na problematiku prevence rakoviny u mužů.

Na základě informací získaných z analýzy současného trendu preventivních programů reprodukčního zdraví v domácím i mezinárodním prostředí lze sestavit doporučenou osnovu aktuálních témat důležitých pro prevenci poruch reprodukčního zdraví mladého muže. Obsah programu nemusí být jednoznačně dán, důležitý je přístup ke kvalitním zdrojům. Pokud možno, měly by být informace doručeny komplexně, tedy zahrnovat biologické i psychosociální aspekty reprodukčního a sexuálního zdraví.

- Reprodukční zdraví jako zdravotnický pojem, v kontextu lidských práv a sociologické perspektivě
- Anatomie a funkce pohlavních orgánů muže
- Nejčastější zdravotní obtíže pohlavních orgánů mužů v dětském i dospělém věku (Variokéla, Retence varlete – kryptorchismis, Primární detekce nádorového onemocnění varlat spojená s výukou samovyšetření)
- Problematika poruch plodnosti muže

Mediální kampaně a vzdělávací programy jsou pouze prvním krokem k šíření prevence. Nejprve musí narůst u mužů motivace zjišťovat informace o reprodukčním zdraví, až poté budou ochotnější o svém zdraví hovořit a diskutovat, přijímat rady a ochotni navštívit odborníka, se kterým budou problém řešit **(32)**.

Na základě vyhodnocování zahraničních preventivních programů, lze říci, že nejlepší efekt pro prosazování primární prevence má obzvlášť velký vliv v dospívání. Doporučuje se kombinovat školní program a mediální kampaň, zvláště v těch zemích, kde většina dospívajících studuje. Podle zahraničních zkušeností s preventivními programy je zřejmé, že důležitou roli hrají média, ať je to televize, filmy nebo internet **(119)**.

Oblast reprodukčního zdraví má multidisciplinární přesah. Mezinárodní federace pro plánování rodičovství (International Parenhood Planning Federation) sestavila *Strategický rámec programů pro rok 2005 až 2015*. Mezinárodní federace pro plánování rodičovství v tomto dokumentu upozorňuje, že celosvětově je realizována řadu projektů, témata jsou však vytržena z kontextu a programy se stávají neefektivními. Uvádí, že mládež má právo na přístup k objektivním informacím, podle kterých se rozhoduje **(55)**.

### *1.3.5 Strategie negativního plánování rodičovství*

Moderních kontracepčních metod, které umožňují regulovat nejen počet narozených dětí, ale i to, kdy a zda se rodičem stát, je stále více.

Lze říci, že kontracepce je ochrana proti oplodnění při pohlavním styku. Účelem antikoncepčních metod je zabránit setkání vajíčka se spermií, která vnikla do pohlavního ústrojí ženy a mohla by způsobit oplodnění **(106)**.

Metody kontracepce rozdělujeme do dvou velkých skupin: na kontracepci mužskou a na kontracepci ženskou. U *kontracepčních metod mužských* se jedná o přerušovaný pohlavní styk, prezervativ neboli kondom a sterilizaci. *Kontracepční metody ženské* nabízejí širší paletu možností. Využívá se přirozených metod kontracepce – plodné a neplodné dny, bariérové metody, chemické metody, nitroděložní tělísko, hormonální antikoncepce, hormonální antikoncepce po pohlavním styku, sterilizace ženy **(107)**.

Efektivita jednotlivých metod je dána Pearl indexem, což je počet těhotenství při dané metodě, pokud by byla užívána 100 ženami po 1 rok **(34)**.

Výčet všech dostupných spolehlivých kontracepčních metod umožňuje prakticky všem lidem vybrat si tu pro sebe nejvhodnější. Podle doporučení Světové zdravotnické organizace není tento výběr možno přirovnat k nějaké konfekci, ale k zakázkovému módnímu salónu, kde každému uživateli je doporučena antikoncepce "na míru" **(140)**.

Při výběru kontracepční metody je třeba vzít v úvahu řadu aspektů, aby použití bylo pro konkrétní pár co nejvýhodnější. Při zvažování vhodnosti kontracepční metody by měl odborník individuálně u každé ženy zvažovat spolehlivost metody**,** bezpečnost antikoncepční metody podle spolehlivosti, ale i podle výskytu nežádoucích a vedlejších účinků na organismus. Měl by zhodnotit aplikační komfort a schopnost ženy respektovat příslušná doporučení. Zvažovat ovlivnění prožitku z pohlavního styku

v důsledku užívání kontracepční metody a psychické zábrany ženy nebo jejího partnera z užívání metody, respektovat náboženské postoje. Provádět pravidelné lékařské kontroly, neboť některé metody vyžadují častější lékařské kontroly. Zvažovat skutečnost, zda žena plánuje do budoucna další těhotenství a zhodnocení ve vztahu k věku pacientky, kdy u teenagerů vyžaduje obvykle jinou taktiku než u dospělých a psychicky zralých partnerů. Důležitým hlediskem je také vyhodnocení četnosti pohlavních styků a promiskuitního chování pacientky a v neposlední řadě také finanční možnosti ženy **(106)**.

V současnosti jsou na světovém trhu 3 základní skupiny antikoncepčních, hormonálních přípravků. *Kombinovaná antikoncepce*, fungující na bázi kombinace estrogenu a progestinu, kdy zasáhnou do mechanismu zpětných vazeb mezi vaječníkem a mozkovými centry řídícími ovulaci. Patří sem perorální forma, náplasti a ve světě i injekční preparáty. Gestagenní antikoncepce obsahuje pouze hormon žlutého tělíska, který působí především na hlen děložní sliznice a vyvolává neprostupné prostředí pro spermie. Nitroděložní antikoncepce se zavádí přímo do dělohy a znemožňuje spermiím mechanicky proniknout k vajíčku **(25)**.

Historie této pilulky začíná koncem 50. let, kdy se s jejím prosazením spojuje jméno Pincus a Chang. Nejprve byla používána jako lék na poruchy menstruačního cyklu, později jako antikoncepce. Základním mechanismem jejich účinnosti a spolehlivosti je regulování přirozeného hormonálního prostředí ženy. Existuje mnoho druhů pilulek, které v sobě obsahují buď hormony gestagenu, které způsobují změnu cervikálního hlenu, nebo kombinace progesteronu a estrogenu, jež stojí za zásahem do zpětnovazebné regulace hypotalamo - hypofýzo- ovariální osy v ženském hormonálním systému **(21)**.

Především pro ženy je vynález hormonální antikoncepce revoluční, osvobodil je od nadřazenosti muže při plánování rodičovství. Právě dostupnost hormonální antikoncepce způsobila to, že se ženy v postmoderní společnosti mohou tolik osamostatnit. Kromě pilulek existují i další způsoby, jak se chránit před nechtěným otěhotněním. Většina párů v reprodukčním věku však preferuje hormonální antikoncepci **(25)**.

Antikoncepční hormonální metody jsou dnes feministickým hnutím chápány jako pozitivní pro ženy, které díky nim nejsou limitovány být jenom matkami. Přesto ale v minulosti jejich aplikace vycházela v první řadě z iniciativy mužů a ženy k ní byly

přesvědčovány jen velmi zvolna. První feministky nejprve vystupovaly jako matky, a žádaly práva ve jménu svého mateřství. Postupně ale začaly odsuzovat mateřství ve prospěch jiného uplatnění ženy. Přínos dostupné a spolehlivé antikoncepce pro ženy rozhodně nelze zpochybnit, je ale užitečné se zamyslet nad tím, že díky ní může být ženská potřeba omezit vlastní plodnost i manipulována a využívána. Vzhledem k historickým skutečnostem se zdá, že prvním impulsem k omezení plodnosti a tím pádem k rozvoji antikoncepce nebylo ženské volání po osvobození od neustálého rizika těhotenství, ale tlak mužů-otců na matky, aby snížily počet svého potomstva, k čemuž jim muži dali k dispozici prostředky **(115)**.

Mezi hormonální metody ženské je nutno zahrnout také tak zvanou postkoitální antikoncepci, nejpřiléhavějším českým termínem je "záchranná antikoncepce". Nebezpečí nechtěného těhotenství lze ještě odvrátit hormonální dávkou podanou po nechráněném pohlavním styku nejlépe maximálně do 12 hodin. Nejznámějším preparátem u nás je Postinor. Mezi dlouhodobě účinkující antikoncepční hormonální metody je nutno počítat podkožní tyčinky, čistě gestagenní preparát, neobsahuje hormon estrogen. I tato má však svou novou dlouhou dobu působící formu – jsou to antikoncepční náplasti, u nichž se účinná hormonální látka vstřebává kůží **(140)**.

I přes dostupnost četných kontracepčních metod se může stát, že žena otěhotnění a z nejrůznějších důvodů se nechce nebo nemůže ještě stát matkou. V tomto případě se může rozhodnout pro umělé přerušení těhotenství neboli interrupci. Interrupce, umělé přerušení těhotenství (umělý potrat) je záměrné ukončení těhotenství prostřednictvím chemické látky nebo chirurgického zákroku. Bývá též nazývána prostě potrat, toto slovo ovšem v původním významu znamená nezamýšlené úmrtí plodu před porodem. Interrupci (evakuaci dutiny děložní) je možné na žádost pacientky provést do konce 12. týdne těhotenství. Výkon provedený do 8. týdne se nazývá miniinterrupce **(25)**.

V Národním programu zdraví je zdůrazněna podpora plánování rodičovství a užívání antikoncepce, která zahrnuje mj. osvětové působení na zvyšování podílu miniinterrupcí u prováděných umělých přerušení těhotenství (dnes 84 %). Každá žena má výsadní právo rozhodovat o interrupci. Ani u vdaných nevyžaduje souhlas manžela. Před dovršením 16 let věku lze uměle přerušit těhotenství se souhlasem zákonného zástupce (popř. toho, komu byla dívka svěřena do výchovy). O úplném přerušení ženy ve věku 16 – 18 let je vyrozuměn její zákonný zástupce **(95)**.

Konečné rozhodnutí o přerušení těhotenství, bylo a mělo by být, vykonané ženou. Přesto je zřejmé, že muž v rozhodnutí ženy má značnou roli. Na britské klinice byly prováděny rozhovory se ženami podstupujícími umělé přerušení těhotenství. Při dotazu na motivaci takového rozhodnutí často uváděly, nejen svoji nepřipravenost být dobrou matkou, ale také nedostatečnou připravenost svých partnerů. Ačkoliv prožívání mužů ve spojitosti s vykonáním umělého přerušení stojí i nadále mimo pozornost zdravotnických pracovníků a empirického zkoumání, lze v odborných zdrojích najít zmínky o provedených výzkumných šetřeních na toto téma. Z výzkumů vyplývá, že se muži, kteří se svými partnerkami prožívali umělé přerušení těhotenství, často potýkají s rozpolcenými pocity při zvolení potratu. Dotazovaní muži zmiňují touhu být oporou své partnerce, bezradnost, zármutek, potřebu podpory. V ojedinělých případech organizace reagují na zanedbávanou potřebu podpořit muže při a po provedení zákroku umělého přerušení těhotenství. Britská těhotenská poradna (British Pregnancy Advisory Service) vydala leták věnovaný mužům, jejichž partnerky prošly uměle přerušeným těhotenstvím. Leták obsahuje základní informace o potratu, dává mužům prostor pochopit jednotlivé fáze výkonu a jejich možné zapojení. Stejně tak upozorňuje i na chvíle, které se týkají pouze partnerka. Muž by měl zůstat oporou, přijmout skutečnost, že konečné rozhodnutí patří ženám. Leták také myslí na období vyrovnání se s přerušením těhotenství a odkazy na další možnou pomoc **(16)**.

Jiný pohled přináší Ann Burgessová **(13)**, když ve své knize zmiňuje, že naprosto nedostatečně byla prozkoumána role mužů při samovolných potratech a vrozených defektech.

Opět se v závěru pod kapitoly dostáváme ke zjištění, že hlavní protagonistkou, na které je aktuálně směřována pozornost, lékařů a farmaceutických firem je žena. V nedávno uplynulých letech se velkým tématem stala také hormonální antikoncepce určená pro muže. Poznání jejich účinků je podle některých zdrojů již 30 let ve stádiu preklinického výzkumu. Jejich hlavním účinkem by mělo být dočasné ovlivnění spermatogeneze, až k úplnému zastavení dozrávání spermií. Základními použitými látkami jsou ve studiích hormony ze skupin androgenů a progestinu v různých dávkách a kombinacích. Prozatím se ukazuje, že pilulky jsou dobře snášeny a jejich účinek je spolehlivý. Prokazuje se i úplná návratnost tvorby spermií po ukončení užívání hormonů **(147)**.

Největším problém hormonální antikoncepce pro muže se jeví, že by muži takový způsob ochrany neakceptovali a mnohé ženy by mužům nedali důvěru k zajištění bránění početí. Proto existuje několik klinických - behaviorálních studií s muži, které zkoumají jejich postoje k užívání mužské hormonální antikoncepce.

Poměrně rozsáhle se problému věnovali v Číně. Výzkum se skupinou 308 dobrovolníků **(157)** poukázal například na to, že největší motivací pro zapojení do výzkumu je postoj, že muž by měl sdílet odpovědnost za kontracepci. Tato odpovědnost však musí vycházet od muže. Pokud by se muži měli do výzkumu zapojit kvůli nátlaku své partnerky, tak by to považovali za jednu z nejméně významných motivací.

Podobně hovoří i výsledky výzkumu, kde se prokázalo, že by 92% mužů hormonální antikoncepci používalo kvůli tomu, aby se mohli podílet na odpovědnosti za bránění početí. Ulevit partnerce od výhradní odpovědnosti už je v této studii důležité jen pro 38 % mužů, větší podíl má v tomto případě odpověď, kdy muž neví, zda je to pro něj důležité **(92)**.

V roce 2005 vznikla také rozsáhlá klinická studie mapující postoje mužů k nové metodě kontrole plodnosti pro muže v USA, Jižní Americe, vybraných státech Evropy a Indonézii **(49)**. Ve všech státech se muži přiklání k tomu, že by novou metodu rádi vyzkoušeli a nejpřijatelnější formou ve všech státech by pro byla pilulka, další metody jako implantát, gel a injekce by byla různě oblíbená, podle toho v jakém státu. Výzkum hormonálních antikoncepčních metod pro muže opět utichl.

#### *1.3.5.1 Sociologické aspekty užívání hormonální antikoncepce*

Hormonální antikoncepce má, aniž bychom si to uvědomovali, velký sociologický přesah. Jak upozorňuje **(99)**, zatím nám chybí dostatečný historický odstup, ale všechno nasvědčuje tomu, že vynález antikoncepce, jež dává ženě do rukou suverénní rozhodnutí o tom, zda, kdy a kolik dětí bude mít, má pro lidstvo epochální význam. Vynález hormonální antikoncepce označuje jako hlubinnou civilizační změnu, které jsme příliš blízko, abychom její význam plně pochopili. Změny ve vztahu k rodičovství a možnost regulovat je, se promítly do sociálního makro-prostoru i dovnitř rodiny.

Často říkáme, že reprodukce je záležitost žen. Více je to zajímá, jsou všem záležitostem týkajících se reprodukce blíž než muži. V několika zahraničních studiích

bylo prokázáno, že muži mají výrazný vliv na načasování prvního těhotenství. Role muže v době plánování rodičovství je spatřována spíše jako pasivní, více spojená s prožitkem sexuálního aktu samotného, spíše než jako cesta k potencionálnímu rodičovství **(121)**.

Toto vnímání sexuality mužů se velkou měrou podepsalo na tom, že podíl mužů na početí se považuje za méně významný. Současná pozice pasivního partnera naprosto obrátila dříve běžnou zkušenost, kdy bez ohledu na to, zda byl nebo nebyl sobecký, sám rozhodoval o tom, jestli partnerka bude mít dítě nebo ne. U většiny mužů se nezájem společnosti o jejich reprodukční schopnosti projevil jejich slábnoucí kontrolou nad antikoncepcí. Ani o plodnosti nemají muži tak dobré informace jako ženy. Služby pro plánované rodičovství jsou určeny hlavně ženám a nepokoušejí se nějak zvlášť zapojovat muže. Z určitého úhlu pohledu je logické, že se výzkum zaměřuje hlavně na ženy, které nakonec děti rodí. Zatímco ženy díky tomu mají přehled nad svou plodností, dává jim to také kontrolu nad plodností mužů. Muže jako „mobilní spermobanku“ sice asi využívá málo žen, ale přesto je tu skutečnost, že ženy mohou o užívání antikoncepce lhát, což jim umožňuje otěhotnět bez souhlasu partnera **(3)**.

Někteří muži vnímají bezmoc nad reprodukcí jako absolutní, sami se cítí bezmocní ve své rodičovské roli. Nemohou rozhodovat o zplození a narození dětí. Uvědomují si, že postavení mužů a žen není rovnoprávné vzhledem k tomu, že muž nemá možnost zříci se otcovství, pokud jeho partnerka odmítne umělé přerušení těhotenství. V takovém případě může být soudem hnán k odpovědnosti – minimálně finanční. Někteří uvádějí, že počali dítě bez vlastního vědomí a souhlasu, proti své vůli. Byli přesvědčeni, že manželka užívá hormonální antikoncepci a ona ji bez jejich vědomí vysadila a otěhotněla **(30)**.

Období bezpráví žen a nemožnost jakkoliv se legálně chránit před nechtěným početím je postupně vystaveno nebezpečí vychýlení se do druhého extrému, kdy ženy vyřazují muže z plánování rodičovství a výchovy dětí zcela. Tím jsou jejich potomci ochuzováni o podstatný zdroj socializačních vzorů, které bezesporu zdravě fungující rodina s oběma rodiči dítěti nenahraditelně poskytuje.

### *1.4 Sociální práce s muži a otcovskými tématy*

Zatímco ve vyspělých demokratických zemích se hovoří o práci s muži v sociální sféře v poměrně širokém spektru **(36)**, v České republice se diskuse odehrává především na poli rodičovské dovolené muže a porozvodových vztazích otce s dětmi.

Ve všech třech základních pilířích sociální práce lze nalézt hledisko, které bude znesnadňovat práci s mužem – klientem. Opěrnými body sociální práce jsou klientovy způsoby, normy společnosti a pracovníkova osobnost **(138)**.

Normy, postoje, přání, či chování tvoří z každého člověka jedinečnou bytost s nekonečnou variantou obměn. Pokud se na osobnost podíváme z genderového hlediska, v sociální práci se setkáváme s dvěma kategoriemi; s klienty – muži nebo klientkami – ženami. K pochopení role muže jako klienta sociálních služeb je třeba objasnit si, jak společenský diskurs chápe mužství. Tento diskurs totiž legitimizuje, normalizuje praxi, formuje převažující názory a porozumění našemu světu, dává věcem obecný smysl **(58)**.

S mužskou socializací a konstrukcí obrazu maskulinity jde ruku v ruce problematika využívání pomoci v oblasti psychosociální. Socializace a genderové stereotypy vytváří ***koncept maskulinních kódů***, jejichž existencí se předpokládá, že muž si ví rady za všech situací. Přiznat, že na nějaký úkon nemá síly, je považováno za „nemužné“. Muži popírají závažnost emočního charakteru problému, většina nevyjadřuje svou emotivitu **(56)**.

Z psychologického hlediska je mužnost spojena očekáváním mnoha projevů, které mužům více či méně vyhovují, ale na druhé straně pro ně mohou být některé požadavky i nepříjemné či zatěžující. Pro muže je jejich maskulinita důležitá, a tudíž se snaží vyhovět tradiční představě společnosti. Od mužů se očekává síla, nezávislost, dominance, potřeba prosazovat se a usilovat o moc (nežádoucími projevy může být arogance, agrese, silácké projevy), větší ambicióznost a podnikavost. Očekává se, že muž bude dobrý ve všech oblastech, a proto bývají zaměřeni na výkon. Dalšími psychologickými rysy muže je racionalita v rozhodování, v jednání, realistické a neemotivní řešení problémů **(143)**.

To, že otcové na veřejnosti potlačují své chování, je problémem nejen pro výzkum otcovského chování, ale hlavně pro otce samotné. Muži na rozdíl od žen o svých potřebách na veřejnosti nehovoří. Spíše si svou zkušenost ukrývají v nitru **(3)**.

Koncept genderových stereotypů vytváří někdy skutečné bariéry jak na straně sociálních pracovnic/ pracovníků, tak na straně mužů. Osvěta by měla profesionálům pomoci odhalit jak a proč mužům pomáhat. Měla by jim pomoci překonat strach z nemužného chování a řešit rodinné problémy. Janebová **(56)** uvádí, že tendence sociálních pracovnic a pracovníků stereotypizovat klienty – muže je častá. Jelikož jsou ve velkém množství případů pomáhajícími ženy, reagují nechápavě na přístup mužů k využívání sociálních služeb, čímž mohou přispívat k udržování genderových stereotypů.

### *1.4.1 Teoretická východiska pro práci s muži*

Zahraniční trendy v poskytování sociálních služeb mužům se opírají o kognitivně behaviorální přístup, koncept feministických a pro – feministických teorií, psychodynamický přístup a poradenské přístupy.

Využití *Kognitivně behaviorálního teorie* se při poskytování služeb snaží o změny chování osob, které by měli pomocí různých technik (odměna – trest, nácvik asertivity) docílit rozpoznání a změny negativních způsobů chování. Úkolem sociálního pracovníka je podpora klientovy motivace ke změně **(90)**. Tento přístup může být použit v řadě situací, ale v sociální práci s muži se nejvíce osvědčil jako primární intervence u násilníků a pachatelů trestné činnosti obecně **(36)**.

V praxi je však tento přístup kritizován za to, že změny se dějí pouze na povrchu a nesnaží se změnit tradiční maskulinní ideál, podle konceptu maskulinních kódů, což je důležité například při práci s pachateli domácího násilí. Vznikají tak tlaky na to, aby se změny děly v pojetí maskulinity. Z této ideje vycházejí *pro – feministické a feministické koncepty*, které zaměřují pozornost na celkový přístup mužů k ženám, u násilníků nejen odstranit fyzické násilí vůči ženě, ale eliminovat vztahy moci a kontroly. Prostředkem programů je vést muže k uvědomění, že zdánlivě logická spojitost mezi anatomickou sexualitou a genderovými stereotypy je jen konstrukcí, tudíž může být zlomena **(56)**.

*Psychodynamické přístupy* v práci s muži odhalují vztahy mezi pomáhajícím, klientem a nevyřešenými konflikty s rodiči. Technika je velice náročná pro pomáhající, neboť odhaluje i jejich problematické vztahy a zkušenosti s rodiči. Základní myšlenkou je odhalit problémové vztahy z minulosti, a pak nepříjemné zkušenosti opravit **(36)**.

V zahraniční praxi je pomoc směřována na konkrétní problematiku. Častými tématy je práce s otci po rozvodu, práce s pachateli domácího násilí, intervence spojené s adoptivními otci. Mnohé evropské země pracují na tom, aby se prováděla forma výchovy k životu v rodině už od předškolního věku. Takovou výchovu nelze zaměňovat jen sexuálním poučením, ale chápat ji jako přípravu na převzetí partnerského a rodičovského poslání v životě člověka. Působení zaměřené na ovlivňování postojů a hodnot chování vychází z *technik sociálního učení* **(41)**.

Nejčastěji sdílenou myšlenkou v oblasti poradenských přístupů zaměřených na práci s muži je upozornění na to, že řada pomáhajících profesionálů nebere v úvahu aspekty maskulinity, které znesnadní poskytnutí pomoci a prohloubí problémy, se kterými muž přichází. Poradenský přístup vede pomáhající k tomu, aby v první řadě připravili prostředí, ve kterém se bude cítit příjemně. Přístup se také zaměřuje na zlepšení emočního repertoáru muže. Třetím přínosem poradenské perspektivy je snaha vybudování odpovědnosti ve vztahu k rodině **(36)**.

V naší společnosti se v rámci diskursu mužství očekává, že muž je živitel, jeho chování je racionální, soutěživé, nenechá sebou manipulovat, je výkonově orientován. Kromě intimity spojené se sexualitou, málokdy přijímá jiné formy důvěrnosti **(3)**.

V důsledku genderové konstrukce mužství „pravý muž“ vyřeší všechny problémy bez pomoci druhých. Pro většinu mužů je obtížné přiznat si, že nějaký úkol nezvládají nebo si neví rady. Příčinou odmítání pomoci je také požadavek na to, neprojevovat své emoce. Nelze se domnívat, že muži zažívají jiné pocity, s jinou intenzitou, než ženy. Většinou je jejich prožívání v určitých situacích shodné, jen není společností akceptováno je vyjadřovat, tak jsou skrývány. „Opravdový muž“ nepláče. Muž se prezentuje jako dobyvatel a heterosexuál, nepřizná, že se stal něčí obětí. Muži jako uživatelé sociálních služeb se pak mohou jevit jako odmítaví, nepříjemní, násilničtí, arogantní, hledající příčiny vně sebe, je obtížné je motivovat **(56)**.

Skutečnost, že ve velké většině případů sociální službu poskytují ženy, se jeví jako další zásadní problém. V takovém případě se muž setkává s problémem uznat přirozenou autoritu ženy, kdy žena se stává tou, kdo je mocný a muž je závislý. Mnoho mužů velice nelibě takový model přijímá. Opravdový muž je přece nezávislý a ovládá druhé. Vzniklý problém by mohlo dobře ilustrovat staré pořekadlo. „Když muže ovládá žena, tak je muž pod pantoflem“ **(57)**.

Účelem této části textu bylo vysvětlit, proč je třeba respektovat genderové hledisko při práci s muži. Hlavní úlohu v této problematice by měla hrát zejména osvěta, která by sociálním pracovníkům odhalila jak a proč mužům pomáhat.

### *1.4.2 Projekty podporující mužskou identitu a otcovství*

Kroky k podpoře aktivního otcovství můžeme nalézt v konceptu rodinné politiky zákonem vytvořených podmínek a propagace aktivního modelu otcovství v médiích **(93)**.

Většina intervencí uplatňovaných v tuzemsku je legislativních a na práva otců se poukazuje až v době jejich porušení. Preventivní prvek výchovy k odpovědnému rodičovství chybí. Podpora zapojení otců musí být komplexní, cílená nejen na samotné muže, ale i ženy a pomáhající profesionály. Pokud ale chceme skutečně řešit nevyváženost rodičovských práv otcům vůči matkám, je nutné uplatňovat jiné strategie, než jen ty právní.

Důležité je přizpůsobit strategie mužům – otcům, kdy v životě mladého muže vznikají, přičemž jejich zdravotně sociální i právní postata se často prolíná. Období plánování rodičovství, přináší témata konstrukce rodičovské identity na základě identifikace s mužskými vzory, péče o reprodukční zdraví malých a mladých mužů. Velkou měrou se podpoře v tomto přípravném období podílí výchova v rodině, ve škole.

Bakalář **(4)** pro posílení otcovské role navrhuje program s názvem *Zkvalitnění otcovské péče*, který by byl postavený na orientaci a vzdělávání v sociální problematice, v obecné biologii, etologii a antropologii, orientován by byl též na porozumění nové roli a postavení žen ve společnosti. Metodami pro naplnění těchto cílů by byly osvětové programy, prožitkové skupiny, setkání, výcviky, odborné poradenství, programy osobního růstu. Podle Bakaláře je nutné pracovat na zlepšení a zvýšení emocionální dospělosti, zralosti mužů a žen, na prohloubení jejich morálního cítění. Pozitivní práci na lidech, tedy bez nenávisti a nepřátelství, je nutné koncipovat tak, aby se týkala mužů i žen.

Právě provázanost témat řada institucí a organizací nedokáže dosáhnout. V České republice se v celém širokém spektru podpory otcovství zaměřené na rozvoj otcovské identity a programu osobního růstu věnuje snad jen Liga otevřených mužů. Zabývají se tématy s různorodou problematikou **(77)**:

- Pořádají kurzy *Mužská cesta* zaměřené na osobní i profesní rozvoj mužů různých generací, poskytují poradenství mužům na křižovatce a realizují projekt Patron, pro mladé muže z dětských domovů, který je postaven na principu solidarity.
- *Aktivní otcovství* se snaží podporovat především projekty *Tátové vítáni* a *Táta na plný úvazek.* Pořádají semináře pro nastávající otce a workshopy o časování programu pro zaměstnané táty, poskytujeme poradenství mužům-rodičům. Prostřednictvím Tátafestů propagují Den otců.
- *Muži do škol* se zabývá tématy, jejichž cílem je posílit mužské vzory ve školách. Podporují muže v jejich pedagogických aktivitách, poskytují konzultace vzdělávacím zařízením, propagují účast mužů ve školním a předškolním vzdělávání.
- Cílem projektů zabývajícím se *mužským zdravím* je fakt, že prevence je lepší než léčba. Řešení vidí ve zdravém životním stylu a průběžné péči o fyzickou i psychickou kondici. LOM zařazuje téma mužského zdraví na program svých akcí pro muže, podporují preventivní kampaně pro muže. Sami pořádají kampaně jako je „Suchej únor".
- LOM má vlastní *outdoorový klub*. Jeho členové přijímají výzvy v podobě nastoupaných výškových metrů, uběhnutých kilometrů a uplutých mil. Soutěží hlavně sami se sebou a lehce i mezi sebou. Navíc se zavazují přispět na podporu mužů nebo aktivit LOMu pro znevýhodněné muže. Každý rok je vyhlašován největší LOKoborec.

Řada zahraničních autorů zmiňuje, že k úspěchu zapojit muže do využívání sociální pomoci přispívá trénování pomáhajících. Problematické se zdá být neochota mužů přiznat rodinný problém a hovořit o něm a ze strany personálu předsudek, že výchova dětí je doménou matek. Nejúčinnější se jeví vzdělávání k odpovědnému rodičovství a rovnocenným vztahům již od školního věku. I v případě práce s muži platí zkušenost, že je výhodnější investovat potenciál do primární prevence, než léčit již existující problémy.

## 2. Cíl práce a výzkumné otázky

Cíle práce:

1. Mapování **reprodukčních plánů** a **uplatňovaných kontracepčních strategií** českými muži

2. Prozkoumání postojů mužů k otázkám **prevence poruch reprodukčního zdraví**

Výzkumné otázky k cílům 1 a 2:

- Které podmínky hrají podle mužů důležitou roli při načasování rodičovství?
- Jaké faktory přispívají k volbě kontracepční strategie u mužů?
- Změnily se antikoncepční strategie uplatňované muži za posledních 20 let?
- Jakou roli mají muži v procesu asistované reprodukce?
- Můžeme podporovat odpovědný přístup mužů k rodičovství prostřednictvím prevence reprodukčního zdraví?

# 3. Metodika

## *3.1 Metodologie*

Získávání a analýza dat pro tuto práci probíhaly převážně kvalitativními výzkumnými metodami. Základní metodou pro přípravu výzkumného záměru byla sekundární analýza dat aktuálních zdrojů a výzkumných prací týkající se problematiky.

Přípravná fáze je pro kvalitativní studie nezbytná, výzkumník by měl získat teoretickou citlivost, tedy oplývat dostatkem informací a zkušeností k tomu, aby měl vhled do souvislostí, vývoje a charakteru získaných údajů **(96)**.

Ke sběru dat byla použita metoda dotazování, technika polostrukturovaného rozhovoru. Kvalitativní data získaná technikou polostrukturovaného rozhovoru byla analyzována metodou analýzy zakotvené teorie **(130)**.

Jako prostředek pro vědecké zkoumání byl v rámci práce zvolen phenomelogický přístup, který odpovídá potřebám výzkumu ve společenských vědách. Zaměřuje se na subjektivní vnímání skutečnosti. Připouští, že výsledky jsou odrazem individuality každého výzkumníka, jeho zkušeností a jeho míře zodpovědnosti k výsledkům výzkumu **(97)**.

## *3.2 Techniky získávání kvalitativních dat*

S ohledem na zachování validity dat byla pro získávání dat použita triangulace výzkumných technik, která představuje velmi účinný nástroj integrující různé zdroje dat a přístupy k jejich získávání a analýze **(96)**.

Pro zpracování tématu disertační práce byla použita technika sekundární analýzy dat, především u prvé kapitoly „ Současný stav“ a u páté kapitoly „Diskuse“.

Při používání techniky sekundární analýzy dat, byla dodržována Mezinárodní citační norma ČSN ISO 690 **(11, 12)**.

Vzhledem ke zkušenostem a prostudovaným zdrojům, které poukazovaly na neprobádání postojů mužů k plánování rodičovství, byly pro sběr, analýzu a vyhodnocení výzkumných dat v disertační práci použity kvalitativní výzkumné postupy. Tento výzkumný směr by měl svým hloubkovým zaměřením odhalit souvislosti mezi

postoji a sociologickými vlivy působící na vyjednávání o rodičovství, na volené kontracepční strategie a prevence poruch reprodukčního zdraví.

Na kvalitativní výzkum lze nahlížet jako na nenumerické šetření a interpretaci sociální reality. Využívá induktivní logiku. Na začátku výzkumného procesu bývá pozorování a sběr dat. Poté výzkumník pátrá po pravidelnostech existujících v těchto datech, po významu těchto dat. Za schopnost kvalitativního výzkumu nalézt i nečekané pravidelnosti ale platí omezenou možností generalizovat závěry na populaci. Nelze také kvantitativně definovat pravděpodobnost, že tyto závěry jsou obecně platné. Podstatou kvalitativního výzkumu je však formulovat předběžné závěry a výstupem pak mohou být nově formulované hypotézy nebo nová teorie **(27).**

Nástrojem sběru dat v kvalitativním výzkumu v terénu byl použit polostrukturovaný hloubkový rozhovor. Jak Miovský **(96)** uvádí, je pro něj typické vytváření určitých schémat, která jsou pro tazatele závazná. Toto schéma obvykle specifikuje okruhy otázek, na které se bude tazatel účastníků ptát. Je možné zaměňovat pořadí okruhů, kterým se věnuje, aby tím byla maximalizována výtěžnost rozhovor. Obzvláště výhodné je polostrukturované interview pro práci s cílovými skupinami, které nevykazují žádné anomálie ve svém chování, avšak současně s nimi není vždy lehké komunikovat. Při rozhovoru jsou používány otevřené otázky, které účastníky vedou ke strukturovanějším odpovědím, jež objasní více kontextuálních informací a přiblíží například motivy, pocity, dojmy, úsudky.

Tématem polostrukturovaného rozhovoru bylo plánované rodičovství. Tento pojem má velice široký význam, který je individuálně vnímán. Výstižně ho ale lze vymezit jako snahu mít děti v období pro pár z nejrůznějších důvodů optimálním a naopak snaze zamezit nežádoucímu otěhotnění. Pozitivní plánování pak zahrnuje všechna opatření ze strany partnerského páru mít vlastní dítě. Negativním plánováním se naopak reguluje počet narozených dětí **(106)**.

Na základě výše zmiňované definice plánování rodičovství byly stanoveny základní kategorie otázek. Otázky se obecně týkaly názorů na plánování rodičovství, pozitivního plánování rodičovství, negativního plánování a možných řešení při poruchách plodnosti.

Část výzkumných dat byla sesbírána autorkou práce. Převážná část rozhovorů byla provedena studentkami a studenty Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, kterým byla zadána seminární práce na téma provedení

rozhovoru s mužem v určitém věku na téma plánování rodičovství. Studenti byli instruováni ve vyučovaných předmětech Výchova k reprodukčnímu zdraví a Sexuální výchova a plánování rodičovství. Data byla v terénu sbírána od podzimu 2008 do jara 2011. V rámci předmětu byli studenti seznámeni s významem pojmu plánování rodičovství a jeho souvislostmi. Teoretická připravenost tazatelů byla důležitá pro přípravnou fázi rozhovoru i jeho samotné provedení.

Rozhovor tazatelé zahájili představením tématu. Vedli respondenty spíše k vyprávění příběhu v rámci výzkumného tématu, neboť to je forma reflexe pro problémově orientované rozhovory klíčová. Respondenti byli podporováni k rozvíjení vlastní perspektivy na výzkumný problém tím, že mohli otevřeně hovořit o svých zkušenostech, sdělit svůj příběh **(152)**.

Kontakt s účastníky výzkumu byl navázán na základě osobních známostí tazatelů. Zvolený postup předpokládal, že polostrukturované rozhovory s muži na téma, na které neradi otevřeni hovoří, předpokládá větší úspěšnost, pokud respondent bude znát osobu výzkumníka, nebo mu setkání s výzkumníkem dojedná blízká osoba **(13)**.

Provádění rozhovorů doprovázely pocity rozpaků a obav jak na straně tazatelů (*„Vůbec jsem si netroufla hovořit s neznámým mužem na téma plánování rodičovství.“, „Odkládala jsem to dlouho, nevěděla jsem jak začít.“, S lehkou nervozitou jsem začala klást otázky*“), tak dotazovaných (*„Na takové otázky nerad odpovídám, doufám, že se nebudu stydět a smát.“, „Hlavně, ať se to nedoví přítelkyně, byla by naštvaná, že mluvím o našem soukromí.“, „ Doufám, že mě moc nepotrápíš“).*

Náhodné oslovování osob z okolí tazatele, by mohlo vést ke zkreslení validity dat, a tak byl výběr respondentů kombinován s účelovým výběrem. Záměrně byl sledován především věk, rodičovství/ bezdětnost, přítomnost vztahu. Dotazováni byli dospělí muži české národnosti, kteří žili na území České republiky.

V případě výzkumného šetření všichni komunikační partneři souhlasili s tím, že budou rozhovory zaznamenány a posléze použity pro analýzu dat, že jejich jména budou při prezentaci výsledků změněna nebo vynechána. Místo rozhovoru bylo určeno vždy tak, aby vyhovovalo možnostem komunikačních partnerů. Rozhovory proběhly až na výjimky nerušeně bez přítomnosti dalších osob.

### *3.3 Analýza kvalitativních dat*

Zvolený myšlenkový metodologický postup pro analýzu dat byl induktivní. Je typická pro sociální vědy, vychází z konstruktivismu a pracuje především s kvalitativními daty. Na základě zjištěných poznatků se vytváří hypotézy, které mohou sloužit jako jeden z výstupů práce nebo východisko pro navazující výzkum **(97)**.

K přesnějšímu záznamu získaných dat byly rozhovory dle technických možností tazatelů nahrávány na mp3 přehrávače záznamník, nebo byly přímo během rozhovoru tazatelem zapisovány. Kvalitativní data, pak byly tzv. fixována **(96).**

Data byla přijata ve formě studentských seminárních prací. Dále byly práce analyzovány samotnou autorkou práce. Některé rozhovory byly vyřazeny z toho důvodu, že studenti pro rozhovor zvolili muže homosexuálního zaměření nebo cizince, asi 3 rozvory tazatelé provedli se ženami. Dále u některých rozhovorů proběhla formální úprava transkripce, aby pro analýzu byly přehlednější, neboť studentům nebyla jasně vymezena formální úprava seminární práce. Závěrem této fáze byly jednotlivým rozhovorům přiděleny číselné kódy. Seznam komunikačních partnerů je uveden v ***kapitole přílohy pod č. 1***.

Pro analýzu a vyhodnocování kvalitativních dat získaných pro disertační práci byla použita metoda zakotvené teorie (*Grounded theory*), **(130)**.

Tato metoda pomáhá výzkumníkovi hledat specifickou substantivní teorii, která se týká jistým způsobem vymezené populace, prostředí nebo doby. Tři základní prvky zakotvené teorie jsou koncepty, kategorie a propozice. Koncepty jsou základní jednotky analýzy, protože teorie se navrhuje pomocí konceptualizace dat, ne přímo z dat. Kategorie jsou na vyšší a abstraktnější úrovni než koncepty. Představují základní kameny vznikající teorie. Třetím prvkem jsou propozice, které formulují zobecněné vztahy mezi kategorií koncepty a mezi kategoriemi. Identifikace propracování kategorií se děje v několika vzájemně se prolínajících fázích, kdy se celý analyzovaný materiál opakovaně zpracovává. Tento proces se souhrnně nazývá teoretické kódování **(51)**.

Po prvotní analýze byly rozhovory nahrány do databáze programu pro kvalitativní zpracování výzkumných dat Atlas.ti, což je program vytvářející konceptuální sítě. Program podporuje operace na textové i konceptuální úrovni. Výzkumník vytvoří tzv. „ hermeutickou jednotku“, která sjednocuje primární text,

interpretace nebo kódy, které se k němu vztahují. Vztah pasáži k textu, s níž jsou spojeny kategorie, je uchován, může být zobrazen nebo vytištěn **(50)**.

Konečná **(64)** upřesňuje, že analýza v zakotvené teorii se skládá ze tří hlavních typů kódování: otevřeného kódování, axiálního kódování a selektivního kódování. Kódování představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a opět složeny novými způsoby. Analytické postupy zakotvené teorie jsou navrženy tak, aby spíše vytvářely, než pouze ověřovaly teorii, dodávaly výzkumnému procesu kritičnost a pomáhaly analytikovi s překonáním jeho předsudků a domněnek, které vnáší do výzkumného procesu.

Následně si autorka stanovila základní kódy (podmínky pro plánování rodičovství, antikoncepční strategie, asistovaná reprodukce), pod které přiřazovala výpovědi respondentů, jež se týkaly daného tématu. Vygenerováním těchto odpovědí z programu vznikl materiál bohatý na výpovědní materiál, který bylo třeba dále třídit a kódovat tak, aby autorka práce ze získaných dat mohla vytvořit hypotetické závěry získané přímo z výzkumných dat. Jinak řečeno, z přepsaných rozhovorů byly nejprve výpovědi respondentů rozčleněny podle témat, tak jak byly definovány na základě pojmu plánování rodičovství. Postupně byly výpovědi porovnávány s dalšími výpověďmi a podobným jevům byla přidělena stejná jména.

Jako příklad uvádíme vznik kategorie ***„partnerské konstelace“***, která nejlépe vystihuje podstatu uvedených výpovědí, „U nás se to řídilo hlavně podle *možností partnerky; poznal jsem tu pravou; je to mezi dvěma osobama* pořídit si potomka *a nějakejma společnejma silama toho dosáhnout*“.

Do kategorie byly přisuzovány všechny výpovědi - subkategorie výroků poukazujících na *přítomnost partnera*, nebo jak *cestu*, *jak si ho vybrat*, *dohodu partnerů*, *touhu po dítěti*.

Kategorii „ partnerské konstelace“ pak bylo v souvislosti dalších kategorií přisouzeno místo v mapě – síti podmínek, které odpovídají procesu plánování rodičovství.

Při analýze kvalitativních dat si je autorka vědoma slabé standardizace výsledků a jejich poměrně nízké reliability. Naopak slabá standardizace výzkumu, volná forma otázek a odpovědí nevynucuje taková omezení jako kvantitativní výzkum, proto potenciálně může mít vysokou validitu. Jde také o to, aby bylo správně porozuměno výpovědi o zkoumaném systému v plné šíři jejích zjevných i skrytých významů. Toto

riziko se snažila autorka práce snížit porovnáváním výzkumů na podobná témata a konzultací s odborníky.

### *3.4 Charakteristika výběrového souboru*

K otázkám rodičovství se v polostrukturovaných rozhovorech vyjádřilo celkem 170 mužů v období časné a střední dospělosti, ve věku 25 – 50 let. Průměrný věk respondentů ve výzkumném souboru byl 33 let a nejčastěji se opakoval věk respondenta 26 let.

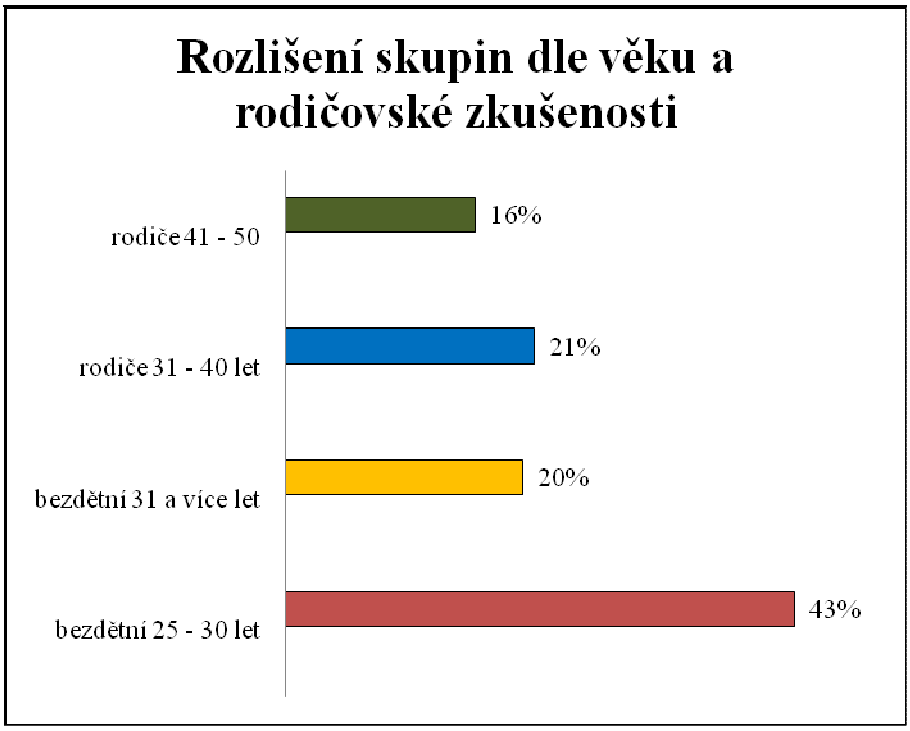
Vývojové období časné a střední dospělosti bylo pro výběr respondentů záměrně určeno, protože jak zmiňuje Kartsten **(60)** v této etapě dospělosti musí člověk za normálních okolností zvládnout tři komplexní vývojové úkoly – manželství, rodičovství, zaměstnání. Je to období, kdy dochází k dosažení osobní zralosti. Člověk by měl v tomto období najít dlouhodobé cíle a realizovat životní dráhu v samostatném životě **(75)**.

Lze předpokládat, že skupina mužů ve věku mladé dospělosti řeší jeden ze svých vývojových úkolů, kterým je rodičovství, mnohem intenzivněji než muži v jakémkoli jiném vývojovém období.

Jednalo se o rozhovory polostrukturované. Jak bylo již uvedeno v podkapitole „ Získávání výzkumných dat“, tazatelé byli seznámeni se základním okruhem témat, avšak obsah rozhovorů určovali dotazovaní. K dispozici tak máme autentické příběhy dotazovaných, které se různou měrou dotýkají různých oblastí plánování rodičovství. Ve všech rozhovorech nenacházíme odpovědi na zcela identické oblasti tématu plánování rodičovství.

Výzkumný soubor lze specifikovat dle kvótních znaků, které máme k dispozici u všech dotazovaných, což je věk a rodičovská zkušenost. Respondenty lze z tohoto hlediska rozdělit do 4 čtyř skupin dle věku a rodičovské zkušenosti. Na procentuální zastoupení v jednotlivých skupinách dotazovaných odkazuje následující graf.

Graf č. 1 Rozdělení dle věku a rodičovské zkušenosti (v %)



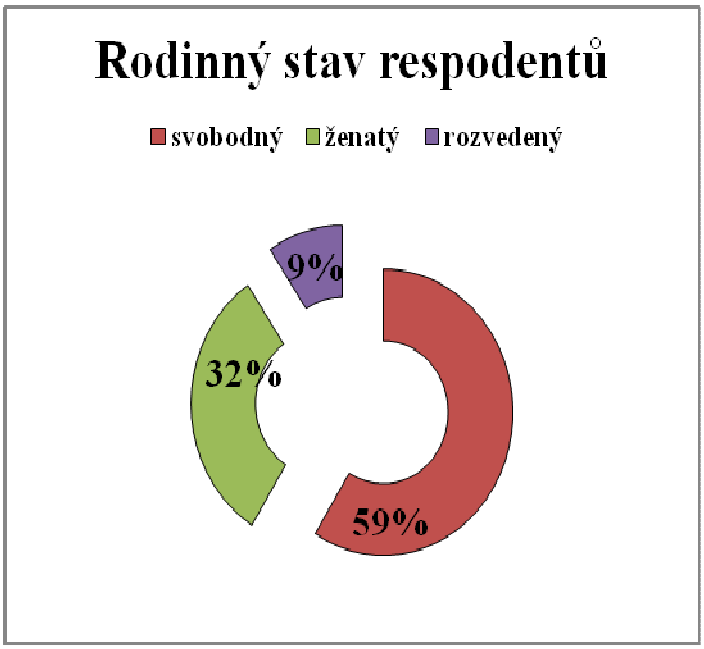

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z celkového počtu 170 dotazovaných bylo 73 (43 %) bezdětných respondentů ve věku od 25 do 30 let. Respondentů s rodičovskou zkušeností ve věku od 31 do 40 let bylo 36 (21%), bezdětných mužů ve věku od 31 a více let bylo 34 (20%). Nejméně početnou skupinu tvořili muži s rodičovskou zkušeností od 41 do 50 let, kterých bylo 27 (16%).

Dalším zjišťovaným kvótním znakem u respondentů byla přítomnost/absence partnerského heterosexuálního vztahu. 158 (93%) respondentů z celkového počtu uvádělo, že má aktuálně probíhající partnerský vztah, který považuje za perspektivní a 12 mužů (7%) uvedlo, že je bez stálého partnerského vztahu. I muži, kteří uvedli absenci vztahu, měli předešlou zkušenost s dlouhodobějším vztahem.

Zjišťováno také bylo uspořádání rodinných poměrů respondentů. Následující graf ukazuje, že z celkového počtu dotazovaných bylo vzhledem k rodinnému stavu nejvíce mužů svobodných 100 (59%), následovali ženatí 54 (32%) a nejmenší skupinu tvořili rozvedení, kterých bylo 16 (9%).

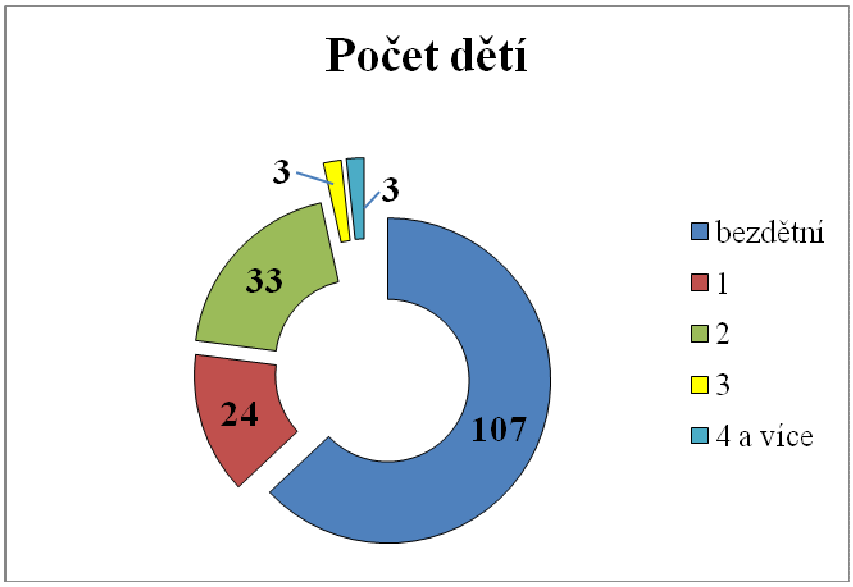
Graf č. 2 Rozdělení dle rodinného stavu respondentů (v %)




*Zdroj: vlastní výzkum*

Z celkového počtu respondentů mělo 63 mužů rodičovskou zkušenost a 107 dotazovaných mužů bylo bezdětných. Následující graf znázorňuje počet dětí, které byly v době výzkumného šetření na světě.

Graf č.3 Počet dětí narozených v době výzkumného šetření (v absolutních číslech)




*Zdroj:Vlastní výzkum*

Z 63 dotazovaných respondentů, kteří měli rodičovskou zkušenost, jich 33 vypovědělo, že má dvě děti, 24 mužů mělo jednoho potomka. Tři děti měli 3 respondenti a 4 a více dětí také měli tři dotázaní.

Na výše uvedených grafech byl výzkumný soubor charakterizován dle základních kvótních znaků, které jsou nám známy u všech respondentů. Následující tabulka poukazuje na souvislost mezi rodinným vztahem, rodičovskou zkušeností a partnerským vztahem (v absolutních číslech).

Tabulka č.1 Souvislost mezi počtem dětí, rodinným stavem a přítomností partnerství

| Rodinný stav | partnerství | otcové | bezdětní |
|---|---|---|---|
| **svobodní** | partnerka | 2 | 87 |
| | bez partnerky | 0 | 11 |
| **manželé** | | 46 | 8 |
| **rozvedení** | partnerka | 15 | 0 |
| | bez partnerky | 0 | 1 |
| ***celkem*** | | ***63*** | ***107*** |

*Zdroj: vlastní výzkum*

Bez ohledu na věk respondentů bylo do výzkumného souboru zařazeno 87 bezdětných svobodných mužů žijících v perspektivním partnerském vztahu celkem. Ve výzkumném souboru bylo 15 rozvedených otců. Menší zastoupení mělo 11 bezdětných mužů bez aktuálního partnerského vztahu, 8 bezdětných manželů, 2 byli svobodní otcové a 1 rozvedený bezdětný muž.

Další charakteristiky výzkumného souboru nám nejsou známy u všech dotazovaných. Z celkového počtu respondentů nám o úrovni dosaženého vzdělání podalo informaci 78 respondentů, z čehož 26 bylo vysokoškolsky vzdělaných, 40 dosáhlo středoškolského vzdělání a 12 mužů bylo vyučeno.

Mezi respondenty převládala povolání technického směru od dosažení inženýrského titulu, po provozování nejrůznějších povolání v oblasti poskytování řemesel a služeb. Druh pracovní pozice se jen v několika málo případech opakoval (policista, technik, automechanik, stavbyvedoucí, řidič, obchodní zástupce). Lze tedy říci, že co se týče úrovně dosaženého vzdělání a vykonávané profese, jedná se o soubor velmi pestrý.

# 4. Výsledky

V této části textu jsou uvedeny hlavní výsledky ze získaných rozhovorů s dospělými muži na témata spojená s pojmem plánování rodičovství. Pro přehlednost jsou výsledky rozděleny do třech tematických celků. Vyjednávání o podmínkách rodičovství, kontracepční strategie a postoje k roli muže při asistované reprodukci.

**Tučné** písmo v textu upozorňuje na základní pojmy (kategorie), které vystihují téma, o kterém muži hovoří. *Kurzívou v závorkách* jsou napsány reprezentující odpovědi respondentů (koncepty) k jednotlivým kategoriím. Výpovědi nejsou jazykově upraveny, ponechány jsou hovorové výrazy, pokud tak byly zaznamenány.

Kromě kategorií a jim přiřazených reprezentativních výpovědí jsou nejdůležitější výsledky (propozice) pro přehlednost zobrazeny schematicky buď jako diagramy vzájemných vztahů nebo jako tabulky výčtu výpovědí.

## *4.1 Vyjednávání o podmínkách rodičovství*

V literatuře je pod pojmem plánované rodičovství většinou uveden výčet metod bránění početí. Asociace a význam pojmu plánování rodičovství je v rámci výzkumu velice individuálně respondenty pojato. Již po první analýze však bylo zřejmé, že muži si pojem plánování rodičovství spojují spíše s jeho **pozitivním významem** (*„Dva jsou spolu a rozhodnou se, že budou mít dítě a začnou na tom pracovat, žádná antikoncepce, nic proti. Naopak vše pro“).*

Méně často je pojmu přisuzován **význam bránění početí** (*„To první, co mě napadne, je ochrana před nechtěným těhotenstvím, takže asi jako každého – antikoncepce“).*

Pro většinu respondentů byl pojem plánování rodičovství spojen s **dohodou s partnerkou na podmínkách nejvhodnějších pro plození dětí** (*„Plánované rodičovství je podle mě proces, kdy se člověk rozhoduje, jestli děti mít nebo nemít a kdy. Součástí je výběr partnerky, kterou si umím představit jako matku svých dětí, výběr a zjištění vhodného prostředí pro moji rodinu, finanční a sociální zabezpečení do budoucna, výběr způsobu, jak zajistit, že k otěhotnění přítelkyně dojde až ve správnou chvíli“).*

Posledně zmíněná výpověď odkazuje na různé souvislosti s pojmem plánování

rodičovství, které budou v následujících odstavcích dále rozpracovány.

Přání mít děti je v nás hluboce zakořeněno jako **pudová potřeba** předávat vlastní geny („*Cítím, jak se ve mně probouzí takový ty otcovský pudy“),* ale také naplnění **emocionálních potřeb** („*Pro mě děti znamenají radost ze života, starost o druhého a projev lásky, snaha nevymřít*“).

Muži bez ohledu na to, zda mají nebo nemají partnerský vztah, uvažují o určitých **reprodukčních plánech**, tedy kolik dětí by si přáli, případně v jakém rozestupu a pohlaví. Nejčastěji zmiňovali, že by chtěli dvě děti („*Do budoucna bych chtěl být otcem dvou dětí, přál bych si chlapečka a holčičku“).* Více potomků nebylo často preferováno („*Chtěl bych tři a více dětí. Možná je to tím, že si to celé nedovedu představit, ale myslím si, že to s přítelkyní zvládneme“).* V té souvislosti jsou nám u některých respondentů známy i představy o rozestupu mezi dětmi a jejich pohlaví („*Chtěl bych dvě děti, nejlépe kluka a holku, hned za sebou, maximálně do dvou let. Mohly by to být rovnou i dvojčata*“).

Pokud muži hovořili o tom, co je v životě ovlivnilo pro preferovaný počet dětí, pak to byl nejčastěji **vzor z vlastní rodiny**. Buď přáli, aby měli stejný počet dětí, jako měli oni sami sourozenců („*Rozhodně nechci mít jedináčka, sám mám bratra a myslím, že to dítě naučí úplně jiným prioritám v životě“),* nebo je naopak vlastní zkušenost přiměla k jiným reprodukčním plánům („*Se svou přítelkyní bych si přál mít tři děti. Nechtěl bych jedno dítě, protože vím z vlastní zkušenosti jaké to je být jedináček“).* Počet dětí byl poměřován finanční situací („*Podle financí plánuji děti a jejich počet“).* Reprodukční plány ale mohou být i takové, že rodičem být nechci („*Nechci přivést děti do takového světa*“).

Někdo považuje plánování a zajištění vhodných podmínek za **podstatné** („*Je třeba velmi podrobně probrat s partnerem pro a proti. Oba na to musí být také psychicky vyspělí a připravení. Když toto všechno vynechají, pak se jen diví“).* Mnozí si uvědomují, že plánování a zajišťování vhodných podmínek a skutečnost může být něco úplně jiného a plánovat se vlastně nemá („*I pro mě rodičovství znamená nejistota, ale strach z toho nemám, beru to jako něco přirozenýho, co budu řešit, až to přijde. Rodičem se stáváš ve chvíli, kdy zjistíš, že jím budeš a nemusíš plánovat, ty to pak žiješ“*).

Vnitřní, často neuvědomělé reprodukční plány, se setkávají s potřebou sexuálního uspokojení. Důležitou vstupní podmínkou se stává vztah k sexuální

partnerce. Rozlišit se dalo několik situací významných pro další hodnocení výsledků výzkumu s ohledem na **partnerské konstelace**. Pokud muž nemá trvalou partnerku, realizuje pouze náhodné nebo krátkodobé vztahy, o rodičovství neuvažuje, sexuální styk je realizován za účelem uspokojení vlastního prožitku, nikoliv realizace reprodukčních plánů (*„Abych se přiznal, bylo to vždycky řízené hormonama, než láskou. V podstatě šlo jen o sex, žádná budoucnost zde nehrála roli, natož svatba, společný bydlení a děti“).* V jiné situací jsou muži, kteří mají dlouhodobější partnerský vztah, ale s ženou vyjednali, že rodiči být (zatím) nechtějí a neuvažují o realizaci a načasování svých reprodukčních plánů (*„Přítelkyně dělá školu a já se momentálně věnuji práci, která mě zaměstnává víc, než myšlenky na potomka. A myslím si, že moje přítelkyně na potomka také teď nemyslí“).* V souvislosti s nastavením partnerského vztahu byly zaznamenány výpovědi, ve kterých respondenti uváděli, že mají partnerku a zvažují společně otázku rodičovství, kvůli nejrůznějším důvodům ale rodičovství oddalují (*„Antikoncepci moc neschvaluju, protože už bych chtěl miminko a usadit se. Přítelkyně ale musí dostudovat, tak čekáme“).* V logickém uspořádání zbývá uvést výpovědi těch, kteří děti chtějí a se svými partnerkami o ně usilují (*„Cítíme se již finančně i psychicky připraveni Jsme pevně rozhodnuti mít dítě teď“).*

Nastíněnými situacemi muži zvažují hodnotu, zda zvolená sexuální partnerka je **vhodnou ženou,** se kterou vytváří perspektivní a uspokojivý vztah (*„Mám vážnou známost, plánujeme společnou domácnost“, „Dítě jsem neplánoval v určitém věku, ale v určité fázi vztahu“).*

Vztah s ženou a jeho perspektiva se stává významným faktorem pro uskutečnění nebo neuskutečnění reprodukčních plánů muže. Vzájemné představy partnerů, osobnostní předpoklady a životní hodnoty se střetávají v komunikačním prostoru, o kterém můžeme hovořit jako o **vyjednání podmínek rodičovství** (*„Dva se musí domluvit, kdy si děti přejí, jestli jsou k tomu vůbec uzpůsobený, jestli k tomu mají prostředky“).*

Základním požadavkem proto, aby rodičovství bylo plánované, je **dohoda partnerů** o podmínkách vhodných pro rodičovství *(„Na toto téma již s partnerkou diskutuji a rozhodně už dnes se zabýváme plánovaným rodičovstvím“).*

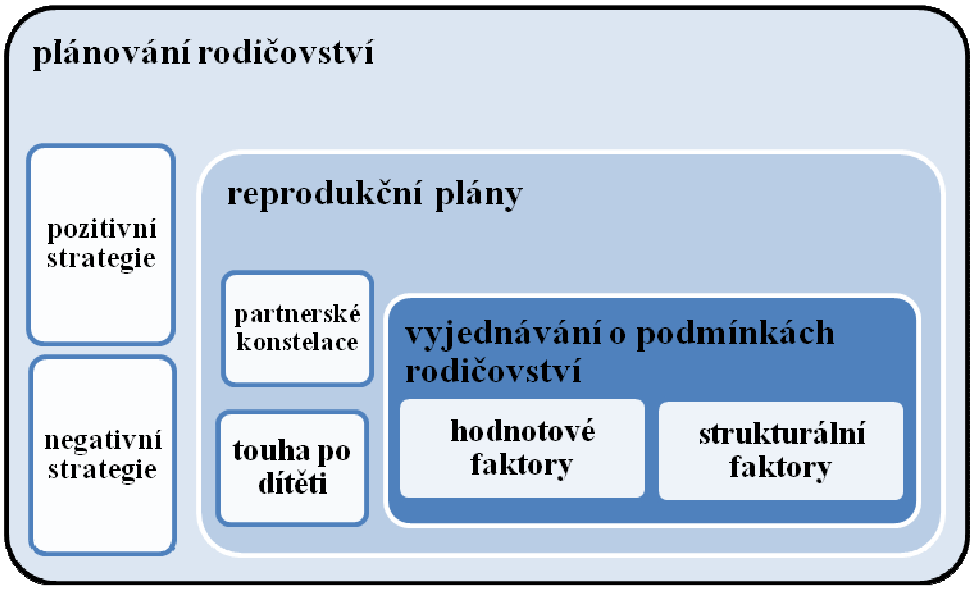
S rostoucí délkou vztahu se přirozeně dítě stává tématem k rozhovoru mezi muži a ženami. Roste touha po naplnění rodičovské role. Důležitou křižovatkou podmínek se stává **intenzita touhy po dítěti**. Objevovaly se výpovědi, že partnerka chtěla dítě víc

než muž *(„Alenka už po nějakém tom potomkovi touží docela dost“)*, ale i takové s opačnou tendencí *(„Chápe, že už bych děti chtěl. A já zase chápu ji, že ještě ne“).* Touha společná je pro realizaci reprodukčních plánů nejvýhodnější (*„Doufám, že nám to vyjde, s manželkou po miminku strašně toužíme“).*

Asociace „plánování rodičovství“ u mnoha mužů ve výzkumném souboru vyvolala pozitivní postoje k rodičovství, tedy konání takových skutků, které vedou ke vstupu do rodičovství. Negativní význam asociovaný s bráněním početí se objevoval ve výpovědích méně často. Ke vstupu do rodičovství muže vedou jejich reprodukční přání a plány, které však vlivem působení dalších faktorů mohou a nemusí být realizovány. Ústředním tématem pro uvědomění si reprodukčních plánů se stává perspektiva vztahu s partnerkou a míra pocitu touhy po dítěti, ať již izolovaná jednotlivcem, nebo společně posuzovaná v páru. Samotná touha po dítěti a nalezení vhodné partnerky však k naplnění reprodukčních plánů nepostačuje. Muži se svými partnerkami vyjednávají o podmínkách vhodných pro založení dětí. Dohodě s dlouhodobou partnerkou muži ve výzkumném souboru kladli velký význam.

Uvedený diagram graficky znázorňuje hierarchii základních pojmů spojených s otázkou plánování rodičovství.

Diagram č. 1 Hierarchie pojmů spojenou s tématem plánování rodičovství




*Zdroj: vlastní výzkum*

Na nejabstraktnější úrovni je plánování rodičovství, které volí pozitivní (pokoušení se o dítě) nebo negativní strategie (bránění početí). V rozhodování o volbě strategie nás motivuje touha po dítěti a perspektiva partnerského vztahu. Ani to však nevypovídá o konečném rozhodnutí. V partnerském vztahu lidé vyjednávají podmínky pro vstup do rodičovství a zvažují při tom celou řadu hodnotových a strukturálních faktorů.

### *4.1.1 Faktorová analýza*

V textu budou výsledky dále uspořádány do dvou větších celků, které upozorní na podmínky, jež vedou partnery uvažující o rodičovství k jeho odkládání. Pro přehlednost rozeznáváme v textu faktory hodnotové a strukturální. Zařazení hodnotových faktorů nevypovídá nic o četnosti výpovědí, je tím sledováno spíše tematické uspořádání textu.

#### *4.1.1.1 Faktory hodnotové povahy*

Hodnotovými faktory, které se rozprostírají do několika rovin, muži vyjadřují své vlastní životní zkušenosti. Odráží jejich život v původní rodině formou hodnot důležitých pro děti, představu o fungujícím vztahu s partnerkou a osobních vlastnostech pro výkon rodičovské role.

Zajímavé byly názory na **uspořádání rodinných poměrů**. Opakovaně byl v této souvislosti zmíněn vstup do rodičovství po **uzavření sňatku** *(„No v podstatě jsme oba dost staromódní a svatbě přikládáme podstatný význam“).* Někdy byl sňatek hodnocen jako nezbytný krok pro materiální zajištění (*„Představ si, kdyby se mi něco stalo, a kdybychom žili na hromádce. Mé partnerce a dětem by po mě nepatřilo nic“).* Podmínka svatby může vycházet z vlastního hodnotového žebříčku v souvislosti s vzorem z okolí (*„Chtěl bych svatbu, i když to není nutnost. Vidím trochu vzor v rodičích a možná proto bych se spíš rozhodl pro svatbu“*), nebo přizpůsobení se přání partnerky *(„Já osobně bych svatbu chtěl, ale netrvám na ní. Kdyby ji přítelkyně nechtěla, tak nevadí“).* Ve výpovědích se objevovaly i názory, že svatba není třeba *(„V dnešní době manželství nic neznamená. Jde jen o kus papíru a jde o stejné příjmení a kolikrát nemusí být ani stejné“).*

**Osobní vyzrálostí** pro vstup do rodičovství respondenti spojovali s **psychickou**

**připraveností** *(„Já sám ještě nejsem psychicky na děti připravený“).* Kromě osobního pocitu psychické nepřipravenosti byla vyzrálost ve výpovědích vyjadřována vhodným **věkem.** Ideální věk pro zakládání rodiny byl respondenty označen nejčastěji jako třicet let (*„Někde jsem četl, že nejlepší je nejenom ze zdravotního hlediska, ale i kvůli budoucím dětem, založit rodinu co nejdříve, nejlépe do 30 let“).* U ženy byl striktně ohraničen do 30 let (*„Věk kolem těch 25 je ideální proženu, asi to po té třicítce bude komplikovanější“).* K mužům byly výpovědi benevolentnější a přisuzoval jim po 30. roku ještě několik let rezervu pro vstup do prvního rodičovství (*„Chtěl bych děti, ale myslím si, že do 35 let je asi tak nejdéle“).* Věkový rozdíl mezi partnery představuje důvod pro načasování rodičovství *(„Já o dětech už přemýšlím, ale partnerka je mladší než já, takže to asi zatím tolik nevnímá“).*

Věk rodičů byl také důležitý pro zachování přirozeného **generačního cyklu** (*„Malé děti mají mít mladí lidé. S tím souvisí další životní řetězec, který na sebe plynule navazuje. Nechtěl bych žít s vědomím, že mé vlastní vnouče nepozná svého dědečka“).*

Věk, respektive vhodné načasování rodičovství, byl spojován s **biologickými hodinami** *(„Myslíme si, že už na to máme nejvyšší čas a taky slyším* **„***tikat biologické hodiny“ jak se tak říká“).* Biologické hodiny představují dobré **zdravotními předpoklady** partnerů pro úspěšné těhotenství *(„Když je oběma partnerům nad 30 let, věk sebou přináší problémy, které by v mladším věku neměli“),* přičemž důležitost tohoto faktoru byla přisuzována spíše ženám (*„Tak naštěstí nám moudrá příroda nám dala ženy, které tím věkem omezené jsou“).* Méně často si hodnotu reprodukčního zdraví muži uvědomovali u sebe (*„ Já jsem byl taky u doktora, jestli jsem vůbec plodnej a prej jo, takže jsme oba zdraví a nic nám v tom nebrání“).*

Osobní vyzrálost se ale dá také spatřovat v ochotě vzdát se **vlastní svobody** *(„Podle mě z toho mají strach. Myslí si, že budou muset veškerej svůj čas věnovat dětem a nezbude jim volno pro ně samotný“).* V dítěti muži viděli omezení vlastní svobody *(„Chtěl bych ještě poznat svět, což dítě dost limituje“),* anebo užívání svobody v páru (*„Ještě tak rok, dva bychom počkali a užili si ještě svobodu. Není kam spěchat, teď si ještě můžeme užít svobodného života, vyrazit s přáteli kdy a kam chceme. Kdyby už jsme měli miminko, musíme brát ohled hlavně na něj“).*

Jako protipól vyžadované svobodě v odpovědích zaznívala ochota **přijmout odpovědnost** (*„Měli bychom mít jasno v tom, co od života očekáváme, dokázat za druhého přijmout zodpovědnost.“ „Dítě není hračka na mazlení, netočí se vše jen kolem*

*nakupování fešných šatiček, ale jsou to především starosti a hlavně odpovědnost za lidský život“).*

Zda hodnoty osobnostního charakteru zaujímají v hodnotovém žebříčku první nebo poslední pozice nám v tuto chvíli ještě není známo *(„Smysl svého života musí každý hledat sám, je to to, čemu sami pro sebe přiřkneme nejvyšší hodnotu“).*

V následující tabulce jsou uvedeny faktory hodnotového charakteru, které respondenti zvažovali při oddalování rodičovství. Jsou řazeny bez ohledu na četnost výpovědí. Vzhledem ke kumulaci faktorů ve výpovědích je obtížné je kvantifikovat.

Tabulka č. 2 Faktory hodnotového charakteru ve výpovědích respondentů

- **Uspořádání rodinných poměrů: manželství nebo nesezdané soužití**
- **Osobní vyzrálost: psychická připravenost, věk, ochota přijmout odpovědnost nebo vést svobodný život**
- **Biologické hodiny: věk, zdravotní stav, generační cyklus**

*Zdroj: vlastní výzkum*

#### *4.1.1.2 Faktory strukturální povahy*

Na materiálních podmínkách se více mužů shoduje, trend podporovat určitý materiální a ekonomický standard je zřejmý. Muži, kteří si toto uvědomují, vyjadřují svoji úroveň odpovědnosti. Jsou to požadavky, které upevňují mantinely jejich mužské role spojené s finančním zabezpečováním rodiny („ *Na kariéru člověk nehraje, chlap musí rodinu uživit“).*

Respondenti kladli důležitost vytvoření **materiálního zázemí** *(„Dokud nebudu moct přítelkyni i to malý dostatečně zajistit finančně i materiálně, tak se nebudu do ničeho hnát“, „K vychovávání dětí potřebujete prostředky a vhodné prostředí“).* Pouze výjimečně se objevila odpověď, že materiální podmínky nejsou zase tolik důležité (*„Bavil jsem se o tom s dědou, je to nesmysl. O dítě se dokážeš postarat i bez skvělýho zázemí“).*

Velice často zmiňovanou podmínkou pro rozhodnutí o vstupu do rodičovství bylo vhodné **bydlení** *(„Až se přestěhujeme a vybudujeme si nějaké zázemí, tak si dítě určitě pořídíme“, „Nejčastěji rozebíráme téma společné bydlení. Chceme si našetřit a postavit nějaký menší vlastní rodinný dům Rodinu určitě jednou oba chceme, ale až postavíme barák“).* Někdy byly na bydlení kladeny speciální požadavky, například na velikost bytu (*„Máme malej byt, že na to teď neni vhodná doba a nejsou peníze“*) nebo na jeho polohu (*„Přesto přes všechno je podle mě vesnice tím nejlepším řešením“*) či vybavení domu (*„Vzhledem k tomu, že do budoucna plánujeme děti, tak tento byt bude malý. A ke všemu zde není výtah“).*

V souvislosti se zajišťováním materiálního zázemí se s velkou četností vyskytovaly odpovědí poukazující na důležitost **finančního zajištění**. Respondenti u sebe hodnotili hlavně **schopnosti rodinu uživit** *(„Bych chtěl mít rodinu, ale jen za těch podmínek pokud je člověk soběstačnej a bude schopnej to uživit, mít stálou práci“).*

Významnou roli při vstupu do rodičovství by mohla mít i **pracovní pozice**, neboť některý typ práce se s rodinným životem slučuje špatně (*„Samozřejmě, že bychom museli skončit tady v práci. Jsme oba dva číšníci a děláme 5 měsíců v kuse. A pak 3 měsíce v kuse a ještě mimo naše bydliště, takže já bych šel do normálního zaměstnání jako je fabrika a přítelkyně by šla na mateřskou“*).

Další zvažovanou podmínkou bylo **vybudování pracovní kariéry** *(„Dnes každý raději buduje kariéru, na vztahy není moc času“).* S tím souvisí načasování odchodu partnerky na **rodičovskou dovolenou** a následném návratu do zaměstnání *(„Já jsem propagoval, aby chvíli chodila do práce a získala nějaké zkušenosti“).*

Vzhledem k vysokoškolskému vzdělání respondentů se ve výpovědích často vyskytovala podmínka na **dokončení studia** (*„Člověk musí dokončit školu, sehnat si práci, pak o tom musí začít přemýšlet“).* Přestože byla podmínka ukončení studia důležitá i pro samotné respondenty, daleko častěji byla přisuzována potřeba dokončit studium jejich partnerkám (*„S přítelkyní plánujeme společnou budoucnost a rodičovství po ukončení vysoké školy, kterou studuje“).* Studium partnerky bylo významnou podmínkou pro odkládání rodičovství, na kterou navazují další významné faktory (*„Až přítelkyně dostuduje, až vybuduje v zaměstnaná nějakou pozici, až bude na těhotenství připravená. O dítěti rozhoduje ona“).*

Vzácně respondenti uvažovali o **podpoře blízkých** (*„Mamka se už nemůže dočkat, až bude babkou. Táta dělá, že je mu to jedno, ale je mi jasný, že se na to taky těší, jen to tak nedává najevo“).*

V načasování rodičovství by respondenty minimálně ovlivnila **sociální politika** státu (*„ Kdo má v úmyslu se o děcko starat se vším všudy, musí částku 500 koruna na dítě brát jako výsměch. Obzvlášť, pokud mu ještě naši poslanci pořád otloukají o ústa, jak tím ten jejich rozpočet šíleně trpí“).*

Pro přehlednější uspořádání následující tabulka odkazuje na strukturální podmínky zmíněné respondenty.

Tabulka č. 3 Faktory strukturální povahy zmiňované ve výpovědích respondentů

- **Materiální zázemí:** bydlení, osamostatnění od rodičů, finanční zajištění
- **Zaměstnání**: kariéra, vhodná pracovní pozice, praxe, dostatečný plat, dokončení studia
- **Vnější podpora:** rodiny, sociální politika státu

*Zdroj: Vlastní výzkum*

### *4.1.2 Mezigenerační analýza*

Z hlediska mezigenerační analýzy výsledků je zřejmé, že na rozdíl od generace dnešních čtyřicátníků jsou současní mladí muži vystavováni většímu tlaku společnosti k zajištění materiálních podmínek. Přisuzovali socioekonomické situaci větší důležitost než předešlá generace. Respondenti odkazovali na **„dobu“**.

Ve výpovědí mužů zakládajících rodinu v 80. letech a na začátku 90. let jsou „dobou“ míněny spíše společenské normy *(„Byla to taková doba, Nejdřív svatba, dítě, postavit dům, první dovolená.“, “Děti chtěla hlavně moje bývalá. Nejdřív jsme se vzali, pak chtěla dítě, mně to přišlo normální. Tak sprostě chodilo. Nezapomeň, že byly 80. léta“, „Ano brali jsme se ve dvaceti, ale v té době to bylo běžné“).*

U generace doposud bezdětných, nebo otců zakládajících rodinu nedávno, se

„dobou“ spíše myslí zajištění individuálně vnímaných potřeb před příchodem dítěte *(„Dnes každý mladý člověk přemýšlí nad kariérou s majetkem a pak dítě“),* nebo volí jiné životní hodnoty, než je rodičovství *(„ Je to dnešní dobou, člověk má dnes více možností poznávat a cestovat než před lety“).*

Ústředním pojmem „doby“ je mezigeneračně rozdílně vnímaná **jistota**. *„Tenkrát to bylo jinčí. Plánování rodičovství se neřešilo, bylo to tak, že ve 20 se holka vdala**.** Měl jsem jistoty. Mít nějakou práci – každej peníze domů přines, měl jsem kde bydlet.“ „Dřív bylo dobrý zázemí, všichni museli pracovat, systém se staral o děti, teď ve školkách není místo. Dneska to není samozřejmost a taky je to otázka peněz“)*

Otázka záruk do budoucna by mohla významným způsobem ovlivňovat načasování rodičovství *(„Spoustu lidí dneska plánuje, protože rodičovství je doprovázeno nejistotou, mají strach, že je třeba neuživí, nezajistí dobrý bydlení. Plánování rodičovství je vlastně vytváření virtuálního světa, tak aby ten strach z nejistoty překryli“).*

S rostoucí délkou vztahu se přirozeně dítě stává tématem k rozhovoru mezi muži a ženami. Roste touha po naplnění rodičovské role. Jen výjimečně se objevuje názor, že plánovat se nemá. Míra zvládnutí naplánovaného rodičovství záleží na vztahu s partnerkou a její schopnosti se o dítě postarat. Plánování rodičovství by pak nemělo vyznít negativně jen jako odkládání narození potomků na vhodnou dobu, ale především jako společně respektované představy partnerů o rodinném životě.

Dotazovaní bezdětní respondenti byli ve věku, kdy o plánování rodičovství přemýšlí, většina z nich ho ale odsouvá na dobu „ vhodnou“ hodnocením různých podmínek hodnotové i strukturální povahy. Výpovědi poukazují na skutečnost, že z těch podmínek, které směřují k odkládání rodičovství, jsou více rozhodující ty, které ovlivňuje aktuální životní situace partnerky. Respondenti svým partnerkám tuto výsadu spíše přisuzují, neboť si uvědomují složitost požadavků současné společnosti na profesní uplatnění a nároky na materiální i citové zabezpečení zázemí pro výchovu dítěte. Při vysvětlování této skutečnosti se lze odvolávat na teorii racionální volby nebo redukci nejistoty a hodnoty dítěte.

Při analýze mezigeneračních změn dochází k postupné generační proměně, i když pro muže je stále důležitá schopnost zabezpečit rodinu. Na rozdíl od mužů ve středním věku, se bezdětní muži potýkají se skutečností, že vstup do rodičovství se stává složitým rozhodovacím procesem, kde se setkávají osobní zájmy jedince, partnerů

a tlaky společnosti na ideální zázemí pro příchod dítěte. Dostatek informací dává respondentům do rukou možnost se velmi odpovědně o rodičovství rozhodovat. Odpovědné rozhodování kvůli složitosti všech zvažovaných podmínek paradoxně může oslabovat jistotu, že rozhodnutí bude správné. Odpovědné rozhodnutí posiluje možnost využít kontracepční metody, kterými lze období rozhodování celkem spolehlivě odsouvat.

### *4.2 Volba kontracepční strategie*

Kontracepční metody lze označit za nástroje, které umožňují plánovat rodičovství, primárně to ale nebyla oblast asociovaná muži s plánováním rodičovství.

Volba kontracepční strategie se odráží od **úrovně partnerského vztahu** *(„Myslím, že strašně záleží na tom, kdo ti partneři jsou a jak se znají“).* Jinou strategii volí muži, kteří mají pouze náhodný **nebo krátkodobý vztah**. Náhodné vztahy byly spojovány se třemi atributy. Muži se **spoléhali sami na sebe** (*„V sexu na jednu noc bych se spoléhal sám na sebe“).* Náhodný vztah si vyžadoval ochranu - použití **kondomu** *(„S dívkami, které neznám dobře a dlouho si nezahrávám a používám kondomy“).* S neznámou ženou by se muži chránili nejen před nechtěným otěhotněním, ale hlavně před **sexuálně přenosnými chorobami** *(„V dnešní době nejde mít nechráněný styk. Nejen proto, že by partnerka hned otěhotněla. Všude se mluví o Aids a různých chorobách a asi nejen mluví, ale mezi lidma i jsou“).* Ne vždy a všichni by se v takovém náhodném vztahu zachovali zodpovědně. Pokud se respondenti spoléhali na sexuální partnerku, alespoň si před pohlavním stykem zjistili, že nějaká metoda bránění početí bude použita *(„Jsem rád, když bere prášky, no a když ne, tak si dávám bacha. Chci sexovat ne gumovat“).* Méně často se objevovaly výpovědi, že by partneři vůbec neřešili otázku bránění početí, pokud k sexuálnímu styku došlo *(„Spoléhal jsem se na ní, že něco bere. Ještě se mi nestalo, že by holka prášky nebrala“).*

**Dlouhodobé vztahy** si dle výpovědí vyžadují odlišné volby kontracepčních strategií. V dlouhodobém vztahu je to spíše proces volby kontracepčních metod, kterým si pár prochází. Opakovaně se zmiňovali, že užívání hormonální antikoncepce předcházelo užívání kondomu (*„Ze začátku jsem ho používal, vím, že chrání před pohlavními chorobami, ale my si partnerkou 100% věříme, takže jsme ho potom prostě nějak vypustili“).* Změna kontracepční strategie může souviset s nárůstem **důvěry**

k partnerce *(„Jsem rád, že mohu partnerce 100% důvěřovat, vím, že by nikdy prášky tajně nevysadila“)* nebo vzájemnou partnerskou **věrnost** *(„Stejně nikoho jinýho nemáme, tak mi přijde zbytečný používat kondom“).*

Volba kontracepční strategie by u dlouhodobějších vztahů měla odpovídat **dohodě s partnerkou** (*„Ochrana závisí na dohodě obou, to si musí domluvit společně“).* I přesto, že dohodě s partnerkou byla přisuzována důležitost, několik mužů přiznalo, že více je volba kontracepční strategie **odpovědností ženy** *(„ Podle mě by se holka neměla na kluka spolíhat. Ideální je, když to spolu proberou a nějak se domluví, ale řekl bych, že častěji je to starost holek, i když nedobrovolně*“).

Někdy se pak naplánované nějak zadrhne – přesto, že požadované podmínky nastaly („*Když jsme se vloni brali, tak jsme počítali s tím, že si děcko už brzy pořídíme. Teď se mi ale zdá, že se do toho Zuzce nějak zvlášť nechce. Asi se mi to zdá proto, že ještě pořád bere antikoncepci. Vždycky k tomu má nějakej důvod - teď jí ještě nevysadím, za měsíc jedeme k moři, za měsíc jedem na hory*“). Volba kontracepční metody byla u dlouhodobějších vztahů méně často spojována s odpovědností muže *(„Vlastně se o kontracepci starám já, protože kromě přerušovaného styku nic nepoužíváme“).*

Při volbě kontracepční strategie, s ohledem na délku vztahu, důležitou roli sehrává **míra osobní odpovědnosti** za bránění početí *(„Pokud ta žena z určitého důvodu nemůže brát hormonální antikoncepci, je třeba, aby to muž vzal na sebe“).*

Obzvlášť zřetelné rozdíly v míře osobní odpovědnosti lze nalézt u párů, které užívají hormonální antikoncepci. Užívání ***hormonální antikoncepce*** předpokládá nerovnováhu v míře odpovědnosti za bránění početí mezi mužem a ženou *(„Antikoncepci mají spíš na starosti ženský. Chlapi, co si dávají pozor, si to řeší ze svojí strany. Antikoncepce se bohužel vztahuje na ženu, tedy vyloženě hormonální antikoncepce“).*

Přesto, že je to metoda výhradně ženská, muži se při jejím užívání podílejí různým způsobem. I když muži nemohou hormonální antikoncepci užívat, chtěli by se podílet například na výběru *(„Když si přítelkyně vybírala, jestli začne brát hormonální antikoncepci, tak jsme se dívali na internetu na pro a proti“).* Důležitou roli respondenti spatřovali ve finančním přispívání na hormonální antikoncepci (*„Myslím, že je to nejjednodušší opatření, alespoň pro nás chlapy. Partnerce jsem vždy přispíval, máme společný sexuální život. Holky to ocení“).* Někdy ale může jít domluva o kontracepční

strategii zcela stranou, když partnerka užívá hormonální antikoncepci *(„Moje holka měla prášky už v době, kdy jsme spolu začali chodit. Tak se o tom nebavíme. Vyhovuje mi, že má prášky“).*

Obliba užívání hormonální antikoncepce byla ve výpovědích zřetelná. Užívání hormonální antikoncepce bylo v porovnání s jinými metodami oblíbené zejména kvůli partnerské **redukci nejistoty** z nechtěného otěhotnění *(„Pilulky jsou podle mě nejjednodušší a nejspolehlivější metoda antikoncepce*“). Přináší párům větší **prožitek** ze samotného sexuálního styku *(„Přítelkyně preferuje sex bez kondomu, prý z toho má lepší prožitek, což já pozoruji také“).* Užívání hormonální antikoncepce znamená pro muže **bezstarostnost** *(„Mně to takhle vyhovuje. Protože je to takhle pro mě nejpohodlnější, a když na to přistoupí žena, muž musí být spokojen“).*

Ve výpovědích se ale objevovaly i odkazy na **vedlejší účinky** užívání *(„Přítelkyně prášky nechtěla kvůli vedlejším účinkům. Bála se, že přibere, kamarádka po nich zvracela nebo říkala, že je v tom takových sajrajtů, který huntujou tělo, že je radši nechce“),* nebo na spojitost s **neplodností** ženy *(„Mám podezření, že může ovlivnit plodnost ženy. Slyšel jsem, že snaha otěhotnět po vysazení antikoncepce nemusí být až tak jednoduchá“).*

Jiné metody bránění početí než je hormonální antikoncepce, nebyly u respondentů tak oblíbené a to z nejrůznějších důvodů. Prvně si užití jiných metod spojovali s n**epohodlím** *(„Pro mě je lepší varianta, když se chrání partnerka. Myslím, že sex je potom na jiné, lepší úrovni, než s kondomem“),* **nejistotou** (*„Při použití prezervativu bylo mnohdy bolestivé nasazování a také hrozilo protrhnutí prezervativu a tím pádem nechtěnému početí“),* **ochuzením** *(„Přerušovaná soulož. To víš, to si chlap pak moc neužije. Vždy máš pocit, že jsou oba ochuzení. Je to nekvalitní sex“).*

Pokud pár hormonální antikoncepci nepoužíval, lze ve výpovědích najít několik důvodů, proč tomu tak bylo. Partnerka by chtěla hormonální antikoncepci užívat, ale nemohla ze **zdravotních důvodů** *(„Jo dřív brala prášky, ale měla nějaký problémy s játrama, nebo co“).* V páru se domluví, že přistoupí k jinému druhu antikoncepce, protože to není jejich **životní filozofie** *(„Ne, nechtěl jsem, aby něco brala. Jsem holt ze starý školy. Přijde mi to zbytečný, aby se něčím cpala. Nemyslím si, že by to bylo zase tak dobrý“).*

Dobrovolně ***kondom*** muži používali u počátečních vztahů jako ochranu před početím i sexuálně přenosnými styky (*„Kondom je fajn, když potkáš holku na jednu*

*noc, kvůli nemocem“),* ale jak už bylo řečeno v předešlých odstavcích, většina párů v průběhu času přechází na jiný druh antikoncepce. Jen malé procento mužů používalo kondom i v trvalém vztahu (*„Kondom mně osobně nevadí, naopak mi přijde, že oddaluje ejakulaci a víc vydržím“).*

Pak lze identifikovat skupinku párů, které používali ***přerušovaný styk***. Někteří muži jej volí dobrovolně jako prezentaci svých schopností (*„Protože jsem byl dobrý milenec, používali jsme přerušovanou. Ona se úplně spoléhala na mě“, „Když budu mluvit za sebe, já se dokážu ovládat. Rozhodně bych si nenechal něco podvazovat, zaškrcovat nebo někam něco implantovat“).* Přerušovaný styk byl používán spíše jako doplňková metody k jiné hlavní.

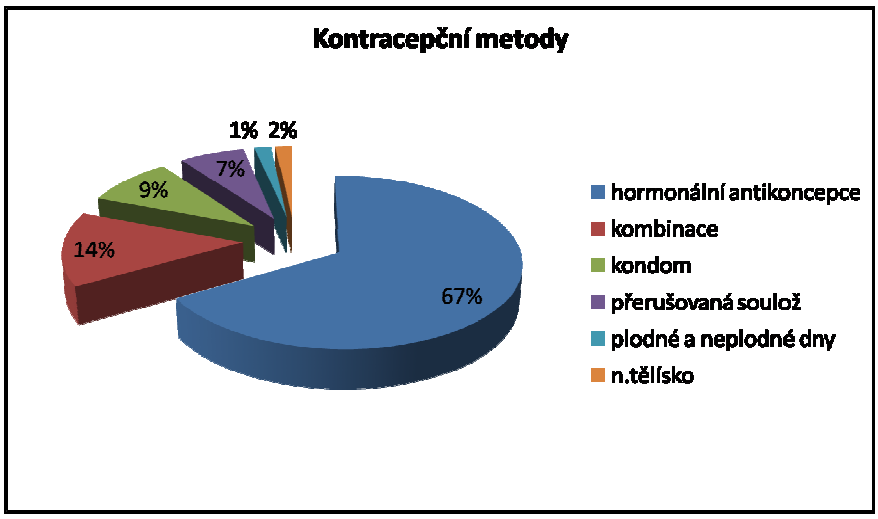
Z celkového počtu byli jen dva muži, kteří uváděli, že jejich partnerky používají ***nitroděložní tělísko*** *(„Po porodu zvolila nitroděložní tělísko a vyhovuje jí“).*

Pro jednoho věřícího ve výzkumném souboru bylo přijatelné pouze ***počítání plodných a neplodných dnů*** *(„Je to pro nás životní styl, který spadá do životního stylu křesťana. Nejde jen o intimní život a velikost rodiny, ale i o celkový pohled na náš vztah“),* nebo byla považována jako doplňková metoda k jiné hlavní *(„ Přítelkyně bere antikoncepci, ta však nemusí být stoprocentní, čehož jsme si oba vědomi. Proto uplatňujeme ještě jiný druh ochrany, čímž je metoda plodných dní“).*

Ostatní kontracepční metody byly respondenty zmíněny jen ve výčtu metod, které znali, nikoliv používali. Někdy se pozastavili pouze nad vazektomií, která ale byla striktně odmítána *(Já se při sexu dokážu ovládat, rozhodně bych si nenechal nic podvazovat, zavazovat nebo zaškrcovat“).*

Následující graf zobrazuje výsledky poukazující na oblibu užívané kontracepční metodu jak o ní hovořili dotazovaní respondenti. Výsledky jsou uvedeny v procentech.

Graf č. 4 Užívaná kontracepční metoda (v %)




*Zdroj: vlastní výzkum*

Největší oblibě se dostávalo hormonální antikoncepci (67%), 14 % respondentů poukázalo na kombinaci různých metod. Ve volbě následoval kondom (9%) a přerušovaná soulož (7%). Jen mizivé zastoupení mělo ve výpovědích, jako výhradní kontracepční metoda, nitroděložní tělísko a počítání plodných a neplodných dnů.

### *4.2.1 Mezigenerační analýza*

Provedená analýza volených kontracepčních strategií s ohledem na věk respondentů poukazovala na rozdíly, které u mužů ve středním věku ovlivnily tehdejší **společenské normy** *(„Chtěla dítě, tak jsme se vzali, přišlo mi to normální“),* ať rodičovství bylo plánované *(„ Děti byly plánované, první jsem měl v 25 letech, druhé v 29 letech. Nezdá se mi to brzy. Chtěl jsem je. Nic bych na tom ani teď neměnil“*) nebo neplánované *(„ Ve 22 letech jsem se ženil. Dřív byla jiná doba. Když partnerka přišla s tím, že je těhotná, hned mě napadalo, že se vezmeme“).*

Muži vstupovali do reprodukčního věku v době, kdy otázka bránění početí byla tabuizovaná *(„Vyrostl jsem v době, kdy se o sexu a o všem s tím spojeným nemluvilo“),*

kromě kondomů a přerušované soulože nebyla prakticky jiná kontracepční metoda dostupná *(„V té době nebyly kondomy u každé pokladny, tak jsme měli přerušovaný styk, hlídali plodné neplodné dny, občas použili kondom“).*

Přestože muži, kteří nyní dosahují středního věku, byli odkázáni hlavně na mužské kontracepční metody, s rozšířením antikoncepce na trhu někteří změnili preferovaný způsob ochrany *(„Obě děti jsme plánovali, ale hormonální antikoncepci začala manželka užívat až po druhém porodu“).* Ve skupině mužů ve středním věku byli zastánci hormonální antikoncepce *(„Upřednostňuji hormonální antikoncepci. Je to pro mě příjemnější a manželce to naštěstí taky vyhovuje“),* ale i ti, kteří v rozšíření hormonální antikoncepce viděli nutné zlo *(„Je dobře, aby si žena rozhodla, kdy bude mít děti. Nemám nic proti kondomu, ale proti antikoncepci jsem zásadně“).*

Jako klíčové téma se při mezigenerační analýze zdá vnímání společenských norem, ale i osobní vyzrálost a s tím zvýšená odpovědnost za početí dítěte *(„Partnerka nechtěla používat antikoncepci, já neměl rád gumu, byl jsem dobrý milenec, používali jsme přerušovanou soulož, spoléhala se na mě, nechali jsme tomu volný průběh. Když přišla, že je těhotná, byl jsem zaskočen. U druhého dítěte manželka přišla, že by vysadila prášky, byl jsem rád. Dítě jsem dělal záměrně a dával jsem si záležet. Před tím jsem jen souložil, užíval si a nemyslel na nic“).*

Dostatek informací a dostupné kontracepční metody usnadňují mladé generaci mužů posouvat narození dítěte až do věku, kdy dospějí do doby spojené s ochotou přijmout odpovědnost za výchovu dítěte.

Tabulka uvedená níže poukazuje na použití kontracepční metody v závislosti na faktory, které její volbu ovlivnily. Zároveň se tabulka snaží vystihnout základní psychosociální souvislosti, které volbu zvolené metody doprovází. Důležitými faktory pro volbu kontracepční metody se jeví délka a perspektiva partnerského vztahu, životní filozofie, zdravotní stav a osobní vyzrálost respondentů a jejich partnerek.

Tabulka č. 4 poukazující na psychosociální souvislosti a volbu kontracepční strategie

| faktory | bio-psycho-sociální souvislosti | preferovaná metoda |
|---|---|---|
| **Délka vztahu**<br>**a) Trvalý vztah** | Důvěra, jistota, prožitek | hormonální antikoncepce |
| **b) Náhodný vztah** | Prevence | kondom |
| **Životní filozofie** | vedlejší účinky užívání H.A.<br>náboženské přesvědčení | kondom, přerušovaná soulož<br>plodné a neplodné dny |
| **Zdravotní stav** | zdravotní problémy ženy | kondom, přerušovaná soulož |
| **Osobnostní vyzrálost** | ochota přijmout odpovědnost<br>partnerská dohoda | jakákoliv |

*Zdroj: vlastní výzkum*

Pomocí účinných metod bránění početí lze rodičovství odsouvat na dobu nejvíce vhodnou pro příchod dítěte. Při volbě kontracepční strategie má zásadní roli míra odpovědnosti, s jakou do ní sexuální partneři vstupují. Pohlavní styk je pudovou záležitostí určenou k prokreaci potomstva. Jako vedlejší, ale upřednostňovaný účinek, má pohlavní styk rekreační záměr, který je spojený s prožitkem (ať již společně nebo individuálně prožívaný).

Díky rozšíření metody hormonální antikoncepce odpovědnost za udržení sexuálního života na rekreační úrovni přechází převážně na ženu. Pro oba partnery pak sexuální život přináší zřejmé benefity jako pohodlí, jistota. To, že pár užívá hormonální antikoncepci, ještě nutně neznamená, že muž se nestaví k bránění početí odpovědně. Svojí míru zapojení do výběru hormonální antikoncepce vnímají muži různými způsoby. Nejčastěji tak, že na hormonální antikoncepci partnerce přispívají.

Analýza výpovědí z hlediska generačního se odvolává na společenské normy, kdy rodičovství přicházelo více neplánovaně. Může se zdát, že muži přebírali za bránění

početí větší odpovědnost. Skutečnost však bude spíše taková, že ani jinou možnost neměli.

### *4.3 Zkušenosti a úvahy o asistované reprodukci*

Zatímco první dvě analyzované oblasti plánování rodičovství se týkaly těch mužů, kteří se snaží rodičovství oddalovat, poslední hodnocené téma je jejich protipólem. Patří těm, kteří o příchod dítěte musí usilovat. Výpovědi mužů, kteří si proces asistované reprodukce a pocity spojené s ním pouze představovali, můžeme porovnat s rozhovory s muži, kteří si touto zkušeností skutečně prošli.

Podkapitola byla dále rozdělena na menší analyzované celky podle časové přímky procesu poruch fertility.

#### *4.3.1 Fáze iniciační*

Málokterý respondent věnoval pozornost **prevenci** poruch reprodukčního zdraví (*„Když mi bylo dvacet, tak jsem tento test podstoupil. A vše bylo pořádku, ale co já vím, věkem se to vše mění“, „Určitě se nechám vyšetřit ještě před tím, než si partnerku vezmu. Myslím si, že by měla vědět, jestli můžu mít děti nebo ne*“). O svých reprodukčních schopnostech nepochybovali *(„Nenapadlo mě to a raději si to ani nepřipouštím. Psychika hodně ovlivňuje zdravotní stav člověka, proto já rád žiju v přesvědčení, že je se mnou všechno v pořádku“).*

Nemožnost zplodit dítě lidi zastihuje nepřipravené *(„No asi by to byl šok, to nepochybně“, „Věřili jsme, že když vysadí antikoncepci, tak otěhotní“, „Je zajímavé, že dokud to vůbec nepotřebuješ, tak tě umělé oplodnění nezajímá, vnímáš to jako věc, kterou ty nikdy nebudeš potřebovat, a najednou ti někdo řekne, že to bez IVF nepůjde. Věřili jsme, že když vysadí antikoncepci, tak otěhotní“).*

Pokud přeci jen dítě nepřichází, je třeba **domluvit se s partnerkou**, co dál (*„To bychom se s přítelkyní poradili, a kdyby jí to nevadilo, tak to můžeme zkoušet dál a kdyby byla nervózní, tak se můžeme jít poradit s nějakým odborníkem“, „O umělém oplodnění nemohu rozhodovat sám, ale po domluvě s manželkou“).*

### *4.3.2 Fáze hledání příčin*

Ve výpovědích se shodně objevuje stejný scénář. Po určité časové délce snažení se o zplození potomka přirozenou cestou přijde **období hledání příčin** *(„Hledal bych příčinu, proč jsem neplodný a možnosti, jak to řešit“, „Nejdřív bychom hledali příčinu toho, proč se to nedaří. Takže bychom si oba museli dojít k doktorovi a pak by se něco řešilo dál“, „V tomto případě předsudky nemají smysl. Šli bychom na testy plodnosti“).*

Problémy s poruchami plodnosti se jeví spíše jako **problém žen** (*„Je důležitý domluvit se s ní a podpořit jí, jelikož největšími změnami prochází ona“, „Myslím, že se to týká víc mé partnerky než mě, ale to je představa asi každého chlapa“, „Jsem ze staré školy, takovéhle věci byly ženskou záležitostí. Ženy si své problémy řešily prostě samy“, „Zatím si ani nepřipouštím, že by nemohla mít děti“*).

Výjimečně se objevuje názor, že by muž byl iniciátorem hledání řešení problému *(„Asi bych začal hledat chybu v sobě a pak až u své partnerky“)* nebo by přiznal možnost **společného řešení** (*„Nemusí to být jen chybou ženy, určitě bychom tam šli spolu oba, i když bych se asi trochu bál“, „Tipnul bych, že bude tak 30% neplodných párů a častěji bude problém asi na straně chlapů“, „Před měsícem jsme navštívili sterilní poradnu zabývající se umělým oplodněním. Při první konzultaci jsme probírali anamnézu, současný zdravotní stav, nynější problém a důvod naší návštěvy“).*

K rozšířenému názoru, že hledání řešení je hlavně doménou žen, přispívá **systém zdravotní péče** v ČR. S otázkami na reprodukci se ženy v době hledání řešení obrací na své gynekology (*„Přítelkyně si zajde ke své gynekoložce, aby jí poradila“, „Nejspíš bych šel k obvodnímu lékaři a ten už by mi mohl pomoci, ne? Nebo by se žena mohla zeptat u svého gynekologa“, Já bych asi nešel nikam, ale žena ke svému gynekologovi a ten by provedl vyšetření“).* Mizivý počet aktivit zaměřených na preventivní programy pro muže zapříčiňuje, že ani muži neví, na koho by se v případě problémů měli obrátit *(„L. říkala, že si dojde na vyšetření. Když to pořád nepůjde a nic nezjistí, tak budu muset na vyšetření já. A abych řekl pravdu, ani nevím, co bych jim tam povídal“, Nejspíš bych šel k obvodnímu lékaři, ten by mohl pomoci, ne?“).*

Současně s nárůstem počtu párů, které řeší poruchy fertility, roste **informovanost** mužů o metodách asistované reprodukce. Největším zdrojem jsou **zkušenosti lidí**, kteří žijí v okolí muže (*„Jsem zastáncem umělýho oplodnění, mám spoustu známých, který nemůžou mít děti“, „Vím to, protože mé přítelkyně známá to*

*podstoupila. Vyzkoušela to dokonce třikrát, bohužel ani jeden pokus nebyl zdařilý. Bylo to pro ni velmi těžké na psychiku a nese to těžce dodnes“, „Jeden kolega v práci říkal, že se snažili 4 roky. To z toho byl vždycky špatnej, když se to nepovedlo“).* Také **média** hrají významnou roli *(„Jo slyšel jsem a i o tom něco četl v novinách“, „Ale zase jsem v televizi slyšel, že je to podání nějakého preparátu se spermiemi přímo do těla ženy“, „Jednou jsem o tom viděl nějaký dokument a docela mě to zaujalo“).*

### *4.3.3 Fáze diagnostická*

Muži a jejich partnerky museli podstoupit řadu **vyšetření** (*„Obrátili jsme se s prosbou ke gynekologovi. Mě poslal na spermiogram a ženě nasadil hormonální léčbu“, „Já nemám žádný problém s vyšetřením, které se mě týká, vždyť já také chci mít děti a přítelkyni chci maximálně vyjít vstříc“, „ Nevím, co by mi dělali. Asi tam s přítelkyní přijdeme, první vyšetří mě a taky přítelkyni. Dají mi zkumavku a jděte do kabinky, tam budou nahý slečny. Odevzdám vzorek a příště přijdeme a řeknou nám, co je příčinou“).*

Ve výpovědích se objevovaly odpovědi, které poukazovaly na to, že muži by raději zůstali v pozadí dění (*„Bál jsem se, že jsem neplodný. To je pro chlapa docela nepříjemné.“, „Chlapy se určitě za tohle zpočátku stydí, soudím podle sebe“, „Vím, že pro mnoho mužů je spermiogram potupná záležitost a někteří by to prostě ani nepodstoupili. Pro správnou věc udělám cokoliv, i když to příjemné moc nebylo.„„Na to bych se asi moc netěšil“, „Nebudeme malovat čerta na zeď, ale v nejnutnějším případě bych takové vyšetření podstoupil. Nemám ani tušení, co by mě čekalo“, „Když jí nic nezjistí, tak budu muset na vyšetření. A abych pravdu řekl, tak to se mi vůbec nechce. Ani nevím, co bych jim tam povídal“).*

Za obavou z aktivního zapojení do procesu řešení poruch fertility byla obava z **odběru spermatu**. Stejně jako u respondentů, kteří si neplodnost jen představovali, tak i ve skupině mužů, kteří měli zkušenost, se odběr spermatu stal velmi citlivým bodem doprovázeným nepříjemnými pocity (*„Pro správnou věc udělám všechno. Spermiogram je pro mnohé muže potupná záležitost a někteří by to prostě ani nepodstoupili. No nebylo mi to příjemné“, „Nejhorší pocit, že by byla chyba na mé straně. Jsem zkrátka ještitnej jako každej chlap“, „Dozvíš se věci, které tě dostanou, protože s nimi vůbec nepočítáš. Když mi řekli, že nemám ideální spermiogram, myslel*

*jsem si, že se spletli. Vždyť já jsem úplně zdravý. Ale jak jsem si tenkrát připadal, to se nedá ani popsat. Připadal jsem si méněcenným ubožákem“, „Když mi lékař sdělil, že mám dostatek spermií, ale nejsou dostatečně hbité, jak mají být. Má psychika začala pracovat. Začal jsem si klást otázky, proč mě to potkalo, že nebudeme mít šanci zplodit dalšího potomka“).*

Důležitou roli v celém průběhu sehrává **vzájemná opora partnerů**. Povzbudivou silou pro muže je sdílení s partnerkou, ale i s muži s podobnými zkušenostmi a dostatek informací. Je to krizová životní situace pro muže i ženy. Muž **partnerku podporuje** (*„Mně se docela daří od problému odpoutat. Snažím se jí pomoci, tím, že spolu o problému často mluvíme, také vymýšlím různé aktivity na rozptýlení a samozřejmě povzbuzuji“, „Byly pro mě dost krušné chvíle dívat se, jak trpí, proto respektuji, jak se rozhodne, nechci jí do ničeho tlačit“, „Rozhodl jsem, že manželčinu pozornost od miminka odpoutám zájezdem k moři“, „Stěžovala si, že jí po hormonech narostl zadek, ale mně se docela líbila“)* **a zároveň vnitřně prožívá své vlastní obavy** (*„V. se ke mně chovala skvěle. Vůbec nedala znát svoje zklamání, ale šok to pro ni určitě byl“, „Já mám v tomto případě jisté obavy. Nevzdávám se myšlenky na vlastní dítě a nevím, jestli bych dokázal přijmout jiné za vlastní. Ženy to mají v tomto směru asi jednodušší, u nich převládají mateřské pudy nad pochybnostmi“, „Okolí vám taky moc nepřidá, když se neustále někdo ptá, tak kdy už konečně. Hlavně chlap o sobě začne pochybovat“, „Jsem z toho docela nervózní, nevím, co čekat. Byl bych radši, kdyby to šlo normálně, ne ze zkumavky“, „ Samozřejmě i mě trápilo, že se dítě stále nedaří. Na tu dobu nerad vzpomínám“).*

**Dobré výsledky spermiogramu** byly pro muže zásadní a povzbuzující (*„Nakonec se ukázalo, že jsem v pořádku, dokonce nad průměrem, to mi dodalo sebevědomí. Jsem nadsamec a to se dobře poslouchá“, „Při dalším odběru mě už nazvali supermanem. To víš, to se musím pochlubit!“, „Když jsem viděl, že v tom nejsem sám, ani jsem se nestyděl chodit po chodbě se zkumavkou. Spermiogram byl v pořádku, byl jsem hrdý“).*

### *4.3.4 Fáze léčebná*

U fáze hledání možnosti léčby významnou roli hrálo zjištění, že situace má řešení. Muži se opět stávají **oporou partnerce**, která podstupuje další fáze léčby

(*„Manželka podstoupila hormonální léčbu, jezdili jsme na ultrazvuky“, „Už jsme začali uvažovat o umělém oplodnění. Pak jsme odjeli na dovolenou a podařilo se. Skutečně měli lékaři pravdu, že v tomto případě hraje u některých párů velkou roli psychika“, „ Lékař mě informoval, a říkal, že není nic ztraceného, jak si myslím. Že tomu teď budu muset podřídit svůj styl života a zůstat trpělivý“, „Moje žena se ale nevzdala. Ujal se jí doktor z centra asistované reprodukce. Udělal jí laparoskopii, pro dítě podstoupila i operaci, nechtěl jsem jí v tom nechat“, „U nás se příčina naštěstí zjistila prakticky hned a tak to bylo určitě snazší, než nějak složitě pátrat potom, proč žena nemůže otěhotnět“).*

Přes počáteční nadšení, že problém má řešení, se postupně objevovaly i **psychosociální souvislosti léčby**, které se týkaly sexuální oblasti (*„Sex nebyl to, co dřív, protože jsme zkrátka museli, když dostala injekci na uvolnění těch vajíček“,“ Oba partneři začnou být dřív nebo později nervózní. Hezké chvíle se smrsknou na plodné a neplodné dny. Z milování je povinnost s jediným cílem otěhotnět“),* vzájemné partnerské komunikace *(„Souvisí to s větší sledovnaní a upjatostí na zdárný průběh, což situaci stěžuje. Velice se to doráží na partnerčině psychickém stavu. Po konzultaci s lékařem, nám tuto domněnku potvrdili“, „Postupně se na těhotenství tolik upnula, že nemluvila o ničem jiném, byla nervózní, začali jsme se hádat. Samozřejmě i mě trápilo, že se to nedaří“, „Po dvou letech stále nic, takže žena přitvrdila., nesměl jsem ani na pivo, protože měla plodné dny. Začali jsme se hádat“).* Velký tlak také přicházel z okolí (*„Okolí vám taky moc nepřidá, když se neustále někdo ptá: „ kdy už konečně“).* Výjimečně bylo za komplikaci považováno vícečetné těhotenství (*„Hodně jsem se bál, že budeme mít dvojčata nebo trojčata, to jsem si vůbec neuměl představit“).* Finanční náročnost zmiňovali spíše muži bez osobní zkušenosti (*„Umělé oplodnění bychom určitě podstoupili, i když je to finančně náročné“,“ Teta na tom byla i jedna má známá a mají svoje zdravý děti. Šla na to asi 5x, lezlo to do peněz“)* a někteří poukazovali na etické otázky *(„Na jedné straně jsou tu lidi, kteří touží po dítěti a po odborné pomoci. Na druhé straně jsou tu etické a morální otázky, které mohou celou oblast zpochybňovat. Otázka je, zda všechny výsledky pokroku jsou ve prospěch lidstva a přírody“, „Mám pocit, že víra umělé oplodnění nedovoluje“).*

I přes obavy a komplikace, které současná medicína nabízí v oblasti léčby poruch fertility, jsou metody asistované reprodukce vnímány pozitivně (*„Jedna z posledních možností, když to jinak nejde“, „Určitě by to byla krajní možnost, jak mít*

*dítě“, „Byla by to pro mě velmi choulostivá věc, ale co je stud oproti tomu nemít děti“, „Když bychom nemohli mít děti přirozenou cestou, určitě bychom to touto cestou také začali řešit“, „Určitě by to pro nás bylo těžký, ale v dnešní době je spousta možností, který snad dokážou pomoc. Třeba jako je umělý oplodnění, byl bych schopnej za to dát cokoli, hlavně abychom měli rodinu a byli šťastní“, „Vím, že je v dnešní době docela dost možností pro neplodné páry. Vyzkoušel bych, co se dá“).*

### *4.3.5 Fáze hledání alternativních řešení*

I přes veškerou snahu dosáhnout otěhotnění přirozenou cestou, nastává situace, kdy se musí páry poohlédnout po genetickém materiálu někde jinde. Zejména muži bez osobní zkušenosti se poměrně odmítavě vymezovali vůči **dárcovským gametám** (*„Nechtěl bych, aby bylo od cizího dárce, o kterém nic nevím. Nevěděl bych, jaké mé dítě bude mít genetické předpoklady“, „Zajímá mě, jestli z umělého oplodnění můžeme mít vlastní děti nebo budou jen napůl naše“, „Problém by možná nastal, kdyby oplodnění bylo spermatem cizího muže“, „Schvaluji jen takové metody, kdybychom nebyli vyřazeni z aktivního podílení. Dárcovské spermie by mi vadily“, „Já bych byl akorát pro vajíčko přítelkyně a má spermie. Ty ostatní varianty se mi teda nelíbí“, „Určitě by mi ale vadilo, kdyby moje partnerka byla oplodněna spermiemi cizího muže. To bych určitě nevěděl“).*

Pak už by zbývala **adopce** (*„Pokud by nemohla otěhotnět, tak si adoptujeme malé mimino a černouška“, „Vím, že existuje možnost umělého oplodnění, ale vzhledem ke komplikovanosti této metody, bych opravdu radši volil adopci“, „Já osobně bych spíš využil možnosti adopce, než riskoval fyzické a hlavně psychické zdraví partnerky. Myslím si, že péčí o adoptované dítě by se mohl odpoutat od zarputilé myšlenky na vlastní početí a že by to pak šlo možná snadněji“, „Raději bych se dále s přítelkyní pokoušel o zázrak, normální cestou počít potomka. Pokud by se stále nedařilo, přemýšlel bych spíš o adopci“)* nebo **bezdětnost (***„Už jsme se s tím smířili, že děti mít nebudeme. Necháváme to volně plynout, Buď budeme mít štěstí, nebo ne“*).

Specificky mužskými tématy se v oblasti poruch prevence reprodukčního zdraví stává obava z neschopnosti mít biologicky vlastní dítě. Muži se nejvíce emotivně vyjadřovali k vyšetření spermatu a možnosti využít dárcovských gamet. Zdánlivě pasivní role muže při řešení poruch fertility pravděpodobně spíš překrývá strach

z osobních reprodukčních limitů. Role muže v procesu léčby poruch fertility se mění hlavně v souvislosti s dobrým výsledkem spermiogramu. V průběhu léčby je mužům přisuzována převážně role opory ženě, která je vystavena fyzicky léčebným procedurám. Těžkosti léčby prožívají oba partneři obdobně, i když každý vyjadřuje jiný způsob, jak se tím vyrovnává.

Představy a osobní zkušenosti mužů se v zásadních zjištěních významněji rozcházejí až ve fázi léčebné. Muži s osobní zkušeností by byli ochotni podstoupit větší spektrum léčebných metod. Možnosti současné medicíny v oblasti léčby poruch plodnosti jsou muži obecně přijímány jako vhodná možnost na cestě za dítětem.

## 5. Diskuse

### *5. 1 Podmínky pro plánování rodičovství*

Text v kapitole „ diskuse“ bude pro přehlednost členěn do menších oddílů, ve kterých jsou reflektovány výsledky kvalitativního výzkumu s poznatky českých i zahraničních prací, jež se zaměřují na různé aspekty plánování rodičovství.

Výsledky týkající se podmínek pro plánování rodičovství byly porovnávány zejména se zjištěním výzkumu *Souvislosti proměn pracovního trhu a forem soukromého, rodinného a partnerského života v české společnosti*. V textu je na něj někdy odkazováno také jako na *„Proměny 2005“*. Sběr dat do tohoto výzkumu byl proveden dotazníkovým výběrovým šetřením v roce 2005 Sociologickým ústavem AV ČR a zahrnoval 5510 respondentů ve věku 25–54 let (2778 mužů, 2732 žen).

Pro srovnání výsledků této části disertačního výzkumu byla také použita data z různých šetření Centra pro výzkum veřejného mínění Akademického ústavu České republiky, v rámci kterých jsou dlouhodobě sledovány postoje české společnosti.

Již po první analýze dat v rámci výzkumu disertační práce bylo zřejmé, že muži si pojem plánování rodičovství spojují spíše s jeho pozitivním významem. Méně často byl pojmu přisuzován význam bránění početí. Pro většinu respondentů byl pojem plánování rodičovství asociovaný s partnerskou dohodou o podmínkách nejvhodnějších pro plození dětí.

V naší společnosti se upřednostňuje pojetí negativní. Na nedostatky jednostranného výkladu upozorňoval již před lety i profesor Matějček (**89)**, kdy na jedné straně je třeba rozlišovat poučení mladých lidí o výhodách a nevýhodách, možnostech a mezích jednotlivých antikoncepčních metod, na druhé straně je také třeba ukazovat, a to podstatně větším důrazem než dosud, na pozitivní stránky plánovaného, dobře načasovaného těhotenství. To může lidem přinést maximální životní uspokojení a velmi významně přispět k růstu jejich osobnosti.

Přání mít děti je v nás hluboce zakořeněno jako pudová potřeba předávat vlastní geny, ale také naplnění emocionálních potřeb. Je plánování rodičovství řízeno instinkty a nemalou roli zde hraje tendence k zachování rodu? Skutečnost je spíše taková, že u lidí jsou vrozené pudy podpořeny motivy psychickými. Děti svou existencí přinášejí

mnohým rodičům emotivní uspokojení **(113)**. Jsou stvrzením našeho sociálního pouta s milovaným člověkem. Vyjadřují naší snahu překročit sebe sama a něco po sobě zanechat. Na druhé straně naše racionální stránka nás nabádá zvažovat náklady a výnosy, nejen v materiálním smyslu, což vede k omezování počtu dětí, čehož jsme svědky v různé intenzitě v současných vyspělých společnostech **(112)**.

Zamykalová s Haškovou **(44)** poukazují na to, že na straně jedné je cesta k rodičovství spojována se subjektivní touhou, intenzivním citem (až ne-vědomým instinktem). Na straně druhé je spojována s racionálním plánováním rodičovství na správnou dobu. Subjektivní pocity a v dospělosti ‚přirozené' vyplynutí touhy po dítěti kontrastují s racionální volbou rodičovství, o něž se usiluje za pomoci expertního vědění.

Diskuse na téma poklesu plodnosti, odkládání rodičovství do pozdějšího věku a nárůstu bezdětnosti v zemích bývalého východoevropského bloku se soustředí do značné míry právě na výklady o důležitosti různých faktorů. Ty se pravděpodobně vzájemně nevylučují, ale spíše doplňují **(45)**.

Následující tabulka zobrazuje výsledky šetření Centra pro výzkum veřejného mínění, které mělo za cíl zmapovat důvody pro odkládání rodičovství ve věkové skupině 25 – 34 let **(133)**.

Tabulka č. 5 Hlavní důvod pro odkládání dítěte ve věkové skupině 25 až 34 let (v %)

| | |
|---|---|
| moje ekonomická situace je pro narození dítěte zatím nevyhovující | 56,9 |
| moje bytová situace je pro narození dítěte zatím nevyhovující | 55,4 |
| na dítě se cítím být příliš mladý | 33,8 |
| zatím nechci kvůli dítěti omezit čas, který věnuji své práci | 33,8 |
| můj partner zatím nechce mít dítě | 33,8 |
| můj partner se na dítě cítí být příliš mladý | 23,1 |
| zatím jsem vytížen péčí o děti, které už mám | 21,9 |
| nemám vhodného partnera | 20,0 |
| zatím nechci kvůli dítěti omezit čas, který věnuji svým zájmům | 18,5 |
| já nebo můj partner studujeme a nechceme mít dítě během studia | 15,4 |
| zatím nechci mít dítě z jiného důvodu | 5,6 |

*Zdroj: CVVM, výzkum Naše společnost 2004*

Také výsledky disertačního výzkumu poukazují na to, že respondenti přikládali důležitost pro odkládání rodičovství na přítomnost vhodné partnerky, hodnotili též svojí finanční a bytovou situaci. Také jako důvod uváděli subjektivně vnímaný pocit osobní nepřipravenosti přivést na svět dítě a velký důraz kladli na potřebu ukončit studium, zejména u svých partnerek. O důvodu vztahujícímu se ke zdravotnímu stavu nebo péči o mladší dítě se prakticky nevyjadřovali.

### *5.1.1 Reprodukční plány*

Muži bez ohledu na to, zda mají nebo nemají partnerský vztah, uvažovali o určitých reprodukčních plánech, tedy kolik dětí by si přáli, případně v jakém rozestupu a pohlaví. Pokud muži hovořili o tom, co je v životě ovlivnilo pro preferovaný počet dětí, pak to byl nejčastěji vzor z vlastní rodiny. Buď si přáli, aby měli stejný počet dětí, jako měli oni sami sourozenců, nebo je naopak vlastní zkušenost přiměla k jiným reprodukčním plánům. Význam rodiny při vytváření postoje k otázkám rodičovství lze doložit Matějčkovým **(89)** tvrzením, že rodičovské postoje mají dlouhý vývoj. Začátek je ve vlastní rodině a ve zkušenosti dítěte s rodiči.

Nejčastější odpověď respondentů směřovala k tomu, že by chtěli dvě děti. Více potomků nebylo tak často preferováno.

Centrum pro výzkum veřejného mínění Akademie věd České republiky (dále jen CVVM AV ČR) již několik let sleduje reprodukční záměry české populace. Podle výsledků opakovaných šetření CVVM lze říci, že k výrazným změnám názorů na ideální počet dětí v rodině za posledních 20 let prakticky nedošlo. Dotázaní opakovaně preferují nejčastěji dvě děti. Dvoudětný model rodiny u nás má dlouholetou tradici **(132)**.

Následující tabulka zobrazuje zjištění několika demografických šetření v České republice od roku 1991 do roku 2006. Bez rozlišení pohlaví respondentů je nejideálnější počet dětí 2. Porovnání jednotlivých sledovaných roků lze povšimnout postupně klesající tendence počtu dětí ve prospěch jednodětných rodin **(105)**.

Tabulka č. 6 Preferovaný počet dětí v ČR v letech 1996 – 2006 (v %)

| | 1991[a)] | 1994[b)] | 1997[c)] | 2001[d)] | 2002[e)] | 2006[f)] |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0,2 | 0,0 | 2,6 | 7,1 | 4,3 | 3,8 |
| 1 | 3,3 | 10,4 | 11,4 | 14,7 | 9,9 | 14,8 |
| 2 | 73,3 | 67,3 | 70,2 | 49,0 | 56,9 | 51,9 |
| 3+ | 23,1 | 21,7 | 15,8 | 13,5 | 19,0 | 15,1 |
| neví | 0,6 | 0,1 | 0,0 | 13,7 | 5,8 | 13,2 |
| neodpověděl/a | 0,0 | 0,6 | 0,0 | 2,0 | 4,2 | 1,2 |
| průměr | 2,23 | 2,18 | 2,05 | 1,86 | 2,07 | 1,96 |

*Zdroj: Pakosta, Proč chceme děti: hodnota dítěte a preferovaný počet dětí v ČR*

S ohledem na některé charakteristiky výzkumného souboru v disertační práci byli bezdětní více optimističtí v počtu dětí (přáli si častěji více dětí než muži, kteří již byli rodiče), i když naznačovali, že se může jednat o nerealistická přání. Byli si vědomi toho, že jsou faktory, které výrazně ovlivňují nejen načasování rodičovství, ale také skutečně realizované reprodukční plány.

Nenaplnění vyjádřené preference počtu dětí může být přitom pociťována individuálně. Když nemůže dotyčný najít vhodného partnera, případně když se neshodnou na reprodukčních plánech, nebo mohou být vyjádřeny v rovině společenských problémů nepříznivou bytovou politikou, nestabilní pozicí mladých lidí na trhu práce **(45)**.

Ti respondenti, kteří již měli děti, obvykle měli pouze dvě, i když by si třeba přáli jich mít víc. Ve zjištěné redukci dětí s ohledem na rodičovskou zkušenost se opět shodujeme se zjištěním Centra pro výzkum veřejného mínění. Důvodem může být to, že oproti mladým lidem mají muži středního věku zkušenosti s vlastní rodinou a mohou tak tuto problematiku hodnotit realističtěji. Perspektiva celkového počtu plánovaných dětí se proto často mění s narozením prvního dítěte **(133)**.

O rozporuplnosti reprodukčních plánů a skutečně narozených dětí vypovídá jeden ze základních demografických ukazatelů, tzv. úhrnná plodnost. Vypočítává se zpravidla zvlášť pro každý kalendářní rok a vyjadřuje, kolik by se jedné ženě narodilo v průměru dětí, kdyby zůstala struktura narozených podle věku matky stejná. V optimálním případě by se měly hodnoty úhrnné plodnosti pohybovat okolo 2 dětí na matku, kdy dochází k úplné reprodukci populace. V českých zemích dosáhl naposledy

tento ukazatel hodnot okolo 2 dětí na matku počátkem osmdesátých let a bezmála dvě desetiletí se reprodukční preference neshodují s počtem skutečně narozených dětí (**132)**.

Záporný rozdíl mezi pozorovaným počtem dětí a preferovaným počtem dětí na jednu ženu je pro Českou republiku příznačný. Naopak rozvojové země světa čelí tomu, že do konečné plodnosti jsou ve velké míře započteny i nechtěné děti, takže ukazatel úhrnné plodnosti má svoji „nechtěnou" složku. Nechtěná složka konečné plodnosti v Čechách téměř zmizela a dnes již můžeme říci, že do centra pozornosti se dostává v konečné plodnosti neviditelná složka nerealizované plodnosti, kdy žena dítě chce, ale z nějakého důvodu ho mít nemůže **(105)**.

Z pohledu sociologických teorií vysvětlujících odkládání rodičovství, je tendence k snižování počtu preferovaných potomků vysvětlována teorií racionální volby. Děti jsou v rámci této teorie chápány jako určitý druh zboží. Výnosy dítěte jsou měřeny očekávaným užitkem, který přinese dítě do domácnosti. Užitek závisí zejména na kvalitě dítěte, do které je třeba investovat **(46)**.

V moderní společnosti se v otázce počtu dětí zvažují materiální i nemateriální podmínky a možnosti rodičů, tak aby byl jim a jejich dětem zajištěn „co nejlepší život". Nikdy v dějinách lidstva nebylo péči, dobru a prospěchu dětí věnováno tolik pozornosti jako dnes **(14)**.

Co se týče počtu dětí preferovaných respondenty, pak odpovědi nejčastěji poukazovaly na dvě děti (u bezdětných i otců). Bezdětní upřednostňovali v reprodukčních plánech i větší počet dětí, málokteří hovořili o rodině s jedináčkem. Někdy si ale uvědomovali, že realita může být v budoucnu odlišná, neboť skutečný počet dětí záleží také na představě partnerky a na možnostech potomky zabezpečit. Proto nelze říci, že výsledky šetření disertační práce, přestože vyhlížejí v počtu dětí perspektivně, by skutečně naznačovaly zvyšující tendenci plodnosti v ČR.

### *5.1.2 Partnerské konstelace*

Reprodukční plány a přání jedince se celý život konfrontují s potřebou sexuálního uspokojení. Důležitou vstupní podmínkou pro načasování rodičovství je vztah k sexuální partnerce.

Vrozené fyzické a emoční reakce a vnímavost vůči sexuálním podnětům podporují sexuální aktivitu. Bez nástrojů kontroly porodnosti vedou k narození dětí.

Predispozice mužů a žen jsou odlišné a stejně odlišné jsou potom zaujímané reprodukční strategie. Pohlavní styk v „přirozeném“ režimu plodnosti také vytváří nechtěnou složku fertility **(105)**.

S ohledem na **partnerské konstelace** by se dalo rozlišit několik situací významných pro další hodnocení výsledků výzkumu disertační práce. Ukázalo se, že pokud muž nemá trvalou partnerku a realizuje pouze náhodné nebo krátkodobé vztahy, o rodičovství neuvažuje, sexuální styk je realizován výhradně za účelem uspokojení vlastního prožitku, nikoliv realizace reprodukčních plánů. Přestože i tito muži nějaké plány mají. V jiné situací jsou muži, kteří mají dlouhodobější partnerský vztah, ale s ženou vyjednali, že rodiči být (zatím) nechtějí a neuvažují o realizaci a načasování svých reprodukčních plánů. Na situaci také nahlíží jinak páry, které by si dítě přály, ale z nejrůznějších důvodů to odkládají. Situační variabilitu partnerských konstelací uzavírají ti, kteří si děti přejí a usilují o ně.

Respondenti považovali za důležitou podmínku pro načasování rodičovství **vhodnou partnerku pro rodinný život**. Způsob výběru partnera vysvětluje Vágnerová **(143)** tak, že každý člověk si vytváří představu žádoucího partnera ve vztahu k sobě samému, k vlastní osobnosti. V případě, že volba partnera probíhá odpovědně, jedinec vychází i z osobně významných hodnot. Volbu partnera ovlivňuje i sociální zkušenost, především ta, kterou získal v průběhu dětství ve své orientační rodině.

V roce 2009 CVVM v naší populaci zjistilo, že za nejdůležitější v životě považovala většina respondentů **trvalý partnerský vztah**. Na druhém místě se umístila položka mít děti a na třetí dosažení úspěchu v zaměstnání. U mužů se děti řadily častěji na třetí místo až po zaměstnání a trvalém vztahu. Častější řazení pracovní kariéry před děti nemusí být nutně projevem mužského egoismu. Spíše hovoří o pocitu odpovědnosti, kterým muži chtějí dostát v materiálním zajištění rodiny. Na to poukazuje i důležitost kladená položce mít stálého partnera (**134)**.

Co se vlivu partnerství na bezdětnost/rodičovství týče, není důležitá pouze ne/přítomnost partnera, rodinný stav a typ partnerského soužití, ale také věkové složení páru. Následující tabulka, která vychází ze zjištění průzkumu změn ve společnosti „ Proměny 2005“ poukazuje kromě toho, že jsou manželé častěji než ostatní muži a ženy rodiči, také na to, že ve svém životě preferují více dětí. Naopak lidé, kteří nemají stabilního partnera, si jsou nejčastěji ze všech ohledně svých reprodukčních plánů nejisti a nejméně ze všech preferují rodinu s dětmi **(45)**.

Tabulka č. 7 Souvislost mezi rodinným stavem, partnerským vztahem a počtem dětí ve věkové skupině 25 – 54 let (v %)

| | | Muži | | | Ženy | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | otcové | bez-dětní | celkem | matky | bez-dětné | celkem |
| Svobodní(é) | bez partnera | 2 | 98 | 100 | 21 | 79 | 100 |
| | s partnerem | 32 | 68 | 100 | 21 | 79 | 100 |
| Rozvedení(é) /ovdovělí(é) | bez partnera | 82 | 18 | 100 | 89 | 11 | 100 |
| | s partnerem | 81 | 19 | 100 | 88 | 12 | 100 |
| Manželé | | 92 | 8 | 100 | 94 | 6 | 100 |

*Zdroj: Hašková, H., Souvislosti proměn pracovního trhu, soukromého, rodinného a partnerského života, str. 88*

Ve srovnání s výsledky disertační práce (viz. tabulka č. 1, kapitola metodika), i když byl vlastní soubor významně menší, se ukazuje, že nejvíce dětí měli ženatí muži a rozvedených v partnerském vztahu. Naopak svobodní rodičovství zjevně odkládali. Pouze dva svobodní muži byli otcové. Vliv přítomnosti vhodné partnerky bezesporu hraje významnou roli v načasování rodičovství.

### *5.1.3 Míra shody partnerů na reprodukčních plánech*

Kromě vlastních reprodukčních plánů velkou roli pro vstup do rodičovství hrají představy a přání životního partnera. Bezdětní svobodní tomu přisuzovali obdobnou důležitost jako ženatí otcové. Obě skupiny mužů se v reálném životě přizpůsobovaly spíše možnostem svých partnerek.

Důležitost tohoto poznatku podporují výsledky šetření CVVM, které poukazují na reprodukční plány a jejich realizaci v české populaci. Tento výzkum je cenný také tím, že ve výzkumném souboru zahrnul jak ženské, tak mužské respondenty. V následující tabulce je uveden počet procent, kterými respondenti přisuzovali důležitost vlivu partnera na rozhodování o reprodukci. Obdobně jako ve výsledcích vlastního výzkumu muži ve věku od 25 do 54 přisuzovali názoru partnerky na počet dětí a načasování rodičovství zásadní vliv o něco více než ženy **(29)**.

Tabulka č. 8 Důležitost názoru partnera/partnerky na reprodukci (v %)

| | Muž | Žena |
|---|---|---|
| 1) důležitost názoru partnera/partnerky při rozhodování o počtu dětí | | |
| zásadní vliv + docela velký vliv | 90 | 82 |
| docela malý vliv + žádný vliv | 10 | 18 |
| Celkem | 100 | 100 |
| 2) důležitost názoru partnera/partnerky při rozhodování o časování rodičovství | | |
| zásadní vliv + docela velký vliv | 81 | 65 |
| docela malý vliv + žádný vliv | 19 | 35 |
| Celkem | 100 | 100 |

*Zdroj: Dudová eds. Souvislosti proměn pracovního trhu, partnerského, rodinného a soukromého života, 93 s.*

Nezáleží tolik na tom, jestli chce v páru méně nebo více dětí právě muž nebo žena, případně na tom, jestli se chce stát rodičem dříve muž či žena. Důležitá je zejména míra shody na reprodukčních plánech, jelikož partneři, kteří se v daném ohledu neshodnou, mají většinou méně dětí a jsou častěji bez dětí než ti, kteří se shodnou. Pokud se partneři ve svých reprodukčních plánech shodnou, jsou jejich plány statisticky významně častěji naplněny než u těch, kteří se na nich neshodnou. V případě partnerské neshody ohledně rodinných plánů je většina mužů a žen ochotna ke kompromisům **(48)**.

### *5.1.4 Manželství a sňatek*

Pro respondenty bylo uzavření sňatku hodnoceno jako jeden z dalších podmínek pro vstup do rodičovství. Tento výsledek nebyl překvapivý, i dle zjištění jiných autorů manželství zůstává pro zhruba 80 % mladých Čechů a Češek prvkem životní dráhy, který má svou hodnotu **(114)**.

Když Hašková a Rabušic **(43)** prováděli šetření představ o budoucím zakládání rodiny, zjistili, že jen zanedbatelný podíl bezdětných svobodných lidí by chtěl v ideálním případě zakládat rodinu v nesezdaném soužití. Jestliže mladí svobodní bezdětní lidé chtějí založit rodinu, pak především v manželství.

V souvislosti se sňatkem respondenti hovořili o vyzrálosti a potvrzení ochoty vzájemného závazku. Pokud dotazovaní zmínili důvod, pro který nepřisuzují manželství důležitost, pak se odvolávali na společenskou toleranci nesezdaných soužití.

Ve studii sňatečnosti v ČR tým výzkumníků zadal dotazovaným mužům a ženám ve věku 25 až 35 let otázku na nejdůležitější důvody pro pokles sňatečnosti v ČR. Mezi nejméně důležité příčiny vedoucí k poklesu sňatečnosti byly více než dvěma třetinami dotázaných uvedeny ty, které ukazují na hodnotové orientace konkurující manželství. Za nejdůležitější příčiny poklesu sňatečnosti vybrali touhu po nezávislosti, která je těžko slučitelná se závazkem manželství, ekonomické bariéry, zejména bydlení a zvyšující se toleranci nesezdaných soužití ve společnosti. Výzkumníci to vysvětlili oslabující se sociální normou legitimizovat narození dítěte sňatkem jeho rodičů. I přes podobné trendy se postoje k rodině v evropských zemích diferencují. Nejvíce nakloněni alternativním formám rodinného chování jsou ze sledovaných zemí Švédové a Nizozemci. Naproti tomu v postsocialistických zemích je přikládána vyšší hodnota manželství **(43)**.

Co se týče vyhodnocování kvótních znaků respondentů, nebyly ve výzkumu disertační práce nalezeny významné souvislosti kromě toho, že celkově bylo mezi respondenty převaha těch, kteří měli partnerku vysokoškolačku.

Hamplová **(40)** ve své práci uvedla, že vzdělání hraje důležitou roli v míře sňatečnosti. Jednak je růst podílu vysokoškoláků a především vysokoškolaček v populaci odpovědný odkládání sňatků do pozdějšího věku. Zadruhé se ukazuje, že děti se rodí spíše svobodným ženám s nižším vzděláním.

V sociologických a demografických studiích se také poukazuje na ideální věk pro uzavření manželství. S ohledem na to, že je znám věk respondentů, kteří o svatbě uvažovali, pak se nejčastěji pohyboval mezi 25. a 30. rokem života. Oproti respondentům, kteří zakládali rodiny v 80. letech a na začátku 90. let, se věk uzavírání sňatku dle vlastních výsledků za posledních 20 let zvýšil o 5 – 10 let.

Studie sňatkového chování dokládají, že mladí lidé postupně opouštějí model zaběhnutý v dobách socialismu a vstup do manželství odkládají do stále vyššího věku. Nejvyšší pravděpodobnost uzavřít první sňatek mají muži ve věku mezi 26 - 28 lety. Na konci minulého režimu tato pravděpodobnost byla největší ve výrazně nižším věku - zhruba ve 22 - 24 letech. U žen je největší pravděpodobnost uzavřít první sňatek

tradičně v nižším věku než u mužů, nyní je to v 25 - 26 letech, ale koncem 80. let byla tato pravděpodobnost největší okolo 20 let (**132)**.

Dle analytičky Českého statistického úřadu Kohoutové **(62)** se postupem času mění i forma partnerského soužití. V roce 2013 žilo přes 20 procent párů ve věku 20–39 let s partnerem bez uzavření sňatku. Bydlení "na zkoušku" upřednostňují ale spíše mladší kategorie. 70 % žen ve věku 20–24 let žilo s partnerem bez uzavření sňatku. Soužití "bez papíru" berou lidé podle statistiků spíš ale jako mezistupeň před manželstvím. Pokud se do takového svazku narodí děti, většinou se poté lidé vezmou.

Také Vohlídalová a Dudová **(29)** poukazují na to, že zejména mladá populace je nositelkou preference tohoto bydlení. Partnerský pár pro mladé lidi znamená dvě osoby, které jsou spolu, jelikož se tak samy rozhodly a že jim to poskytuje uspokojení. Láska v současných společnostech znamená nejdůležitější vzor sociální vazby. Musí být založená na svobodné volbě partnera, a právě touto svobodou je dána křehkost této vazby.

Dle dat Eurostatu se Česká populace v počtu dětí narozených mimo manželství dostává na přední místa v Evropě. Od roku 1960, kdy jsou tyto údaje sledovány, vzrostl počet dětí narozených mimo rodinu o 42, 5 %, tedy na současných 43, 4 % **(33)**.

Analýza výzkumných dat Haškové a Rabušice **(43)** ukazuje, že plánování vstupu do manželství je spjato s plánováním rodičovství. V České republice platí, že nízká sňatečnost není příčinou nízké porodnosti, ale naopak nízká porodnost ovlivňuje nízkou intenzitu sňatečnosti. Ukazatel sňatečnosti tak z hlediska demografické reprodukce přestává mít ten význam, který měl v české společnosti až do poloviny 90. let.

Podmínce uzavření sňatku přisuzovali svobodní respondenti v v rámci výzkumu disertační práce poměrně velký význam, ačkoliv se má obecně za to, že na oblibě tato forma rodinného uspořádání ztrácí. Důvodem může být poměrně vysoký podíl partnerek – vysokoškolaček, dávají častěji přednost narození dětí do manželství, než ženy s nižším vzděláním.

### *5.1.5 Osobní vyzrálost*

Dalším důležitým faktorem pro načasování rodičovství byla vyjadřovaná osobní vyzrálost respondentů pro výchovu dětí. Vyzrálost byla vyjadřována jako vnitřně pociťovaná, častěji byla spojována s vhodným věkem.

Myšlenka, že existují určitá sociální očekávání či normy související s věkem a vhodným časováním významných životních událostí, je základem paradigmatu životní dráhy (life course), které se ve světové sociologii rozvíjí od druhé poloviny 20. století. Studium životní dráhy klade do popředí otázku časování a následnosti sociálně definovaných událostí a rolí, které v průběhu života člověk zaujímá **(53)**.

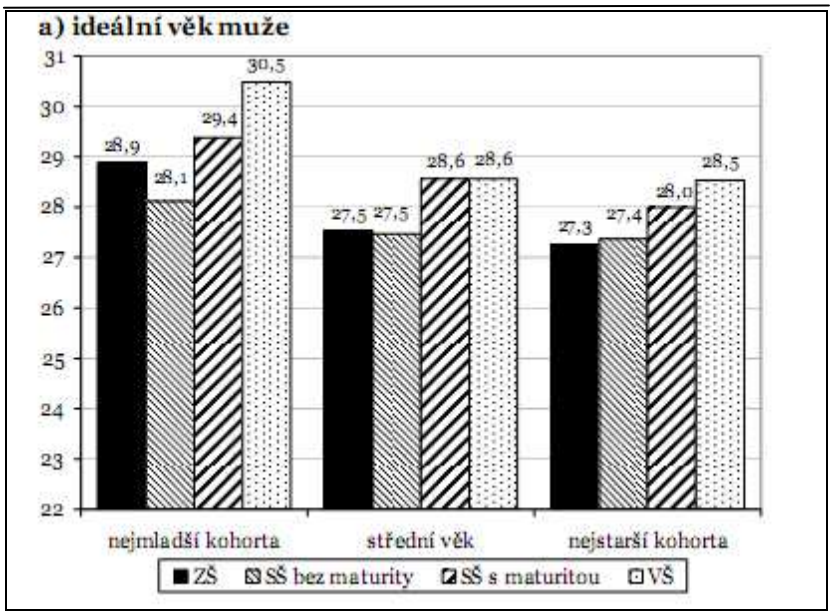
Nejvhodnější věk byl respondenty přisuzován okol 30. roku s tím, že se nahlíželo rozdílně na věk ženy a na věk muže. U ženy začal ideální věk po skončení školy, nejdříve však v 23 letech a měl poměrně jasně vymezenou hranici 30 let. U mužů byla tolerance věku pro založení rodiny o něco větší, odkazovala na možné posouvání narození prvního dítěte do 35 let. V takovém věku, jak respondenti předpokládali, už by měli být lidé zajištění finančně, mít vlastní bydlení, dokončené studium.

Představy o ideálním věku rodičovství ovlivňují úvahy o časování dalších zlomů v rodinném životě jako je uzavření sňatku nebo počátku společného soužití s partnerem. Součástí konstrukce věkových očekávání týkajících se reprodukce je odkaz na jejich biologickou determinaci, a to zejména u žen. Zatímco u žen jsou hranice biologické reprodukce vymezeny dosažením pohlavní zralosti a menopauzou, u mužů neexistuje jasný horní věkový předěl reprodukce **(53)**.

Dle výsledků šetření CVVM z roku 2009 zaměřeného na rodičovství, partnerství a manželství se téměř 50 % dotázaných domnívalo, že ideální věk otce při narození prvního dítěte by se měl pohybovat od 25 do 29 let. Nejčastěji byl zmiňován věk třicet let jako ideální pro narození prvního dítěte. Nejčastěji zastoupený věk u žen byl nižší. Ideálním věkem prvorodičky by 29% dotázaných vidělo jako pětadvacet let. Od roku 2004 do roku 2009 se ideální věk pro narození prvního dítěte výrazně proměnil. Z poloviny dotazovaných o čtyři roky později tento názor zastávala už jen třetina. U muže zůstal ideální věk prakticky nezměněn **(134)**.

Následující graf poukazuje na preferenci věku pro vstup do rodičovství u mužů. Nutno dodat, že do první věkové skupiny (kohorty) byli zahrnuti respondenti do 35 let, do druhé skupiny lidé ve věku 35–59 a do třetí patřili lidé starší 60 let. Nejvyšší hranice preference věku pro vstup do rodičovství u mužů byl již v roce 2006 u skupiny respondentů vysokoškolsky vzdělaných osob do 35 let. Je patrné, že v souvislosti nižším vzděláním nepatrně klesala i hranice ideálního věku. U žen byl ideální věk hodnocen o 4 roky méně než u mužů. Nejvyšší hodnotu věku u žen (tj. 26,6) přisuzovali vysokoškolsky vzdělaní respondentů ve věku do 35 let **(53)**.

Graf č. 5 Ideální věk muže pro načasování početí 1. dítěte




*Zdroj: Chaloupková, Ideální věk pro rodičovství v České republice a v evropském srovnání. Naše společnost 2006, 124 s.*

Ve výsledcích, které přinesla analýza dat výzkumu disertační práce, lze nalézt shodu také se zjištěním CVVM z roku 2009. Následující tabulka zobrazuje porovnání procentuálního zastoupení výpovědí pro ideální věk u muže při početí prvního dítěte v letech od roku 2006 do roku 2009. Věkové rozmezí od 25 – 29 let bylo vnímáno jako nejideálnější ve všech sledovaných rocích **(134)**.

Biologický věk také odpovídá hodnocení fáze života, ve které se dotyčný právě nachází. Svou situaci hodnotí rozdílně stejně starý sedmadvacetiletý student a někdo, než ten kdo v tomto věku již několik let pracuje. Dělící linii mezi lidmi, kteří deklarují své "mládí" jako důvod pro prozatímní bezdětnost a lidmi uvádějícími jiné důvody, tedy nelze stanovit jednoduše podle věku **(132).**

Demografické analýzy poukazují na růst věku při narození dítěte a očekávají i nárůst rodin jen s jedním dítětem. Mnozí demografové upozorňují na to, že odkládání rodičovství do pozdějšího věku může mít za následek to, že se některým již reprodukční plány nepodaří naplnit a zůstanou bezdětní **(127)**.

Věk je důležitým faktorem, který dle respondentů ovlivňuje vstup do rodičovství. Než pouhá biologická vyspělost, vhodný věk také znamená individuální

životní podmínky, ve kterých se respondenti mohou nacházet. I z hlediska generačního srovnání se tato domněnka potvrzuje, neboť s oddalování samostatnosti jedinců, má věk vhodný pro založení rodiny vzrůstající tendenci. Muži přisuzovali rozdílnou věkovou hranici pro početí prvního dítě sami sobě jinak než svým partnerkám, to je spojeno s představou určitých reprodukčních limitů u žen.

. Limity ideálního věku na rodičovství mohou být vysvětlovány sociálními a psychologickými riziky rodičovství ve vyšším věku jsou spatřována zejména ve velkém věkovém rozdílu mezi rodiči a dětmi a jsou spojena s obavou, že starší rodiče nebudou na výchovu dítěte stačit a nebudou schopni postarat se o dítě až do jeho dospělosti. Naproti tomu rizika překročení dolní věkové hranice jsou spíše psychologického (nevyzrálost) a materiálního charakteru (ekonomická nesoběstačnost), **(53)**.

### *5.1.6 Biologické hodiny*

S věkem byl také spojován pojem „biologické hodiny“. Jak respondenti říkali, biologické hodiny „tikaly“ hlavně jejich partnerkám a to okolo 30. roku života. Pojem biologické hodiny byl spojován s nutností úpravy životního stylu u obou partnerů. Zvláštní souvislost také několik respondentů spatřovalo v nutnosti zachovat určitou generační kontinuitu tak, aby otec byl otcem, nikoliv dědečkem.

Hašková **(47)** cituje Foucalta, který popsal reprodukční úvahy v kontextu biologických hodin. O biologických hodinách se hovoří zejména v souvislosti se ženami. U žen se jejich tikot očekává. U mužů se zase očekává, že budou naslouchat tikotu biologických hodin svých partnerek. Hodiny symbolizují ubíhající, měřitelný a měřený čas. Biologie poutá tyto hodiny k tělu žen, které je, v rámci konceptu biologických hodin, přírodou (geny, hormony) naprogramováno na mateřství, s biologickými hodinami se ženy rodí, jsou jim vrozené.

Tělo, které ženám zprostředkovává ony těžko popsatelné zážitky těhotenství, porodu, kojení. Tělo, které není tak úplně zdravé, normální, přirozené, dospělé a úplné, pokud všemi těmito stavy neprojde. Je to tělo-stroj, který je "naprogramovaný" na mateřství, s nařízenými biologickými hodinami a v případě poruchy opravitelný skrze techniky asistované reprodukce. Je to tělo, geny, příroda, co nám říká, že je "nejvyšší" čas stát se rodičem. Biologické hodiny tikají zejména ženám. Nevědomě přistupujeme na věkové normy rodičovství **(44)**.

Faktor biologických hodin je spojován s biologickým načasováním plodnosti, vystihuje kvalitu zdravotního stavu u žen. Na rozdíl od věku se nedají hranice biologických hodin libovolně posouvat. Důležitost tohoto faktoru je přisuzována hlavně ženám.

### *5.1.7 Odpovědnost versus svoboda*

Ochota přijmout odpovědnost za dalšího člověka a vzdát se svých koníčků byla jedním ze zvažovaných témat pro odkládání rodičovství do pozdějšího věku. Kladení důrazu na koníčky a upřednostňování života ve dvou může poukazovat na vyšší procento středně nebo vysokoškolsky vzdělaných respondentů ve výzkumném vzorku.

Osobní zralost pro vstup do rodičovství byla také poměřována ochotou vzdát se vlastní svobody a přijmout závazky spojené s životem dětí. Vzájemnou odpovědnost přitom řadili výše lidé, kteří životní úroveň své domácnosti hodnotí jako „dobrou“ nebo „ani dobrou, ani špatnou“. Ve výzkumu hodnotové orientace v České republice vzájemnou odpovědnost poněkud silněji zdůrazňovali absolventi vysokých škol nebo středních škol s maturitou, než lidé s nižším vzděláním **(23)**.

Větší požadavky na osobní autonomii (ne nutně vyšší individualizmus) jsou spojeny i s vyšším pocitem osobní zodpovědnosti. Ta se projevuje i v oblasti rodičovství, ke kterému je přistupováno s větší zodpovědností, a i proto je mladými lidmi odsouváno do vyššího věku **(146)**.

Přisuzování důležitosti osobním zájmům lze vysvětlovat procesem individualizace společnosti, který probíhá kontinuálně již několik století. K jeho důsledkům patří narůstání odlišnosti mezi jedinci, prosazování jejich individuálních zájmů na úkor zájmů kolektivních a zejména nárůst prostoru pro svobodná rozhodnutí a volby. Svoboda nutně vytváří nejistotu a nejistota je mnohdy interpretována jako riziko a ohrožení **(29)**.

Bezdětní respondenti, ale i muži staršího věku přisuzovali hodnotě vlastních zájmů o něco větší význam než rodiče s malými dětmi. Bezdětní spatřovali svoji odpovědnost v dobře promyšleném načasování mít děti, jeho odkládání.

### *5.1.8 Vzdělání*

Dalším významným faktorem ovlivňujícím oddalování vstupu do rodičovství je vzdělání a to zejména dokončení vysokoškolského studia u partnerek dotazovaných respondentů. Tento faktor je velmi úzce provázaný s dalšími podmínkami, na které respondenti poukazovali (zaměstnání, sňatek, ideální věk pro početí prvního dítěte).

Zatímco vliv vzdělání na reprodukční preference českých mužů není nijak jednoznačný ani statisticky významný, specificky se týká žen vysokoškolaček **(48)**.

Jedním z hlavních důvodů proč se dotazovaní muži přizpůsobují potřebám partnerky dokončit studium a realizovat se v kariéře je skutečnost, že si jsou u žen dobře vědomi s poklesem čistých osobních příjmů **(85)**. Z tohoto pohledu páry odkládají rodičovství kvůli pracovní a ekonomické nejistotě **(10).**

Závislost reprodukčních plánů na výši vzdělání u žen je většinou vysvětlována teorií nákladů ztracených příležitostí **(7)**. Hašková **(45)** dále vysvětluje, že ženy, které mohou ztratit při odchodu z pracovního trhu více, plánují i realizují rodiny menší. V případě dvoukariérových partnerství jsou „náklady“ na děti vyšší než v ostatních partnerstvích, protože jeden z rodičů přichází během péče o dítě o mzdu, kterou by pobírala, kdyby nebyla s dítětem doma, a také ztrácí čas, který by mohla věnovat rozvíjení své kariéry a z ní plynoucí budoucí mzdy. Péče o malé děti totiž vede ke stagnaci jak profesního růstu, tak mzdy.

Ženy s vyšším vzděláním odsouvají rodičovství do pozdějšího věku a rodí vesměs uvnitř manželství, zatímco méně vzdělané ženy rodí dříve a vně manželství, často jako svobodné matky nebo v nesezdaném soužití. Jako důvody Zeman uvádí zvyšující se ušlé příležitosti a stále přetrvávající nerovné rozdělení rolí v domácnosti, které odpuzují více vzdělané matky od zakládání rodiny a naopak relativně příhodné prostředí pro méně vzdělané matky, kterým založení rodiny může posloužit jako náhrada kariéry, ke které nemají přístup **(156)**.

Interpretace našich výsledků, které poukazují na velmi odpovědný přístup respondentů k otázkám plánování rodičovství, může tedy odrážet skutečnost, že velká část partnerek dotazovaných mužů již měla ukončené nebo dokončovala vysokoškolské studium. To se odráží hlavně v posouvání rození dětí do pozdějšího věku, neboť vysokoškolsky vzdělané ženy si častěji chtějí vybudovat také určitou pracovní pozici častěji, než ženy s nižším vzděláním. Naplnění potřeb vlastní realizace mohou nacházet

vzdělanější ženy i mimo rodinu. Muži své partnerky respektovali a právo na rozhodnutí o dítěti jim spíše přisuzují.

Takové chování vysvětluje Hašková **(46)** teorií redukce nejistoty a hodnoty dětí. Vysvětluje přechod ze stavu bezdětnosti do rodičovství tak, že ne všichni lidé mají stejné příležitosti a liší se míra životní nejistoty, které musí čelit. Stabilizace vlastní pozice na trhu práce v soudobé české společnosti je vnímáno vzdělanějšími ženami jako redukce nejistoty. Méně vzdělané ženy, které nemají tolik příležitostí se realizovat mimo rodinu, naopak redukci nejistoty mohou spatřovat v zahájení rodičovství.

Vzhledem k důležitosti, jaká byla otázce vzdělávání respondenty přisuzována, se pravděpodobně jedná o jeden z nejdůležitějších faktorů, které se podílí na demografických změnách v naší společnosti. Význam této podmínky důležité pro načasování rodičovství byl přisuzován zejména partnerkám respondentů, které kvůli dokončení studia odkládaly rodičovství. Respondenti se velkou měrou potřebě dokončení studia partnerek přizpůsobovali, i když sami by si již přáli být rodiči.

Kladení důrazu vysokoškolaček na vzdělání a následně větší pravděpodobnost lepšího uplatnění na trhu práce dává pravděpodobně ženám větší smysl a pocit životní jistoty než ženám, které o rozvoj profesní dráhy neusilují. Těm naopak, často jediný, smysl života a jistoty přináší rodičovství. Z tohoto důvodu se při vysvětlování jevu odkládání rodičovství do vyššího věku tato práce spíše přiklání k výkladu teorie redukce nejistoty a hodnoty dítěte.

### *5.1.9 Zaměstnání a trh práce*

Také stabilní zaměstnání, budování kariéry, dostatek financí z pracovní činnosti byly pádnými důvody pro odkládání rodičovství. Předpoklad ekonomické stability má v rámci výpovědi respondentů tři základní myšlenkové roviny. První z nich se týká našetření dostatku finančních prostředků pro nákup věcí, které respondenti spatřují jako nezbytně nutné pro správnou péči a výchovu dítěte.

Druhá rovina se opírá o potřebu muže realizovat se v rodině jako živitel. Respondenti na sebe kladli odpovědnost za zabezpečení rodiny. Podle Dudové **(30)** je role živitele jeden z hlavních repertoárů otcovství. Podle ní se přes všechny změny, které otcovství prodělalo v posledních desetiletích, vztah otců k výdělečné práci se zásadním způsobem nezměnil, dimenze živitele je stále klíčová pro mužskou identitu.

Muži jsou si vědomi obecného očekávání, že otec by měl finančně zajistit, živit rodinu. Tato norma je všudypřítomná, otcové se ale mezi sebou liší v tom, jak ji akceptují a nakolik se podle ní chovají.

Třetí hledisko důležitosti tohoto faktoru lze spatřovat v potřebě ženy realizovat se ve veřejné sféře, vybudovat si stabilnější pozici na trhu práce tak, aby našla lepší uplatnění po ukončení rodičovské dovolené.

Mnohé studie, které se zabývají vysvětlením příčin nízké plodnosti a zvyšování věku prvorodiček v Evropě, upozorňují na fakt, že obě tyto skutečnosti mohou významně souviset také s rostoucí nejistotou na trhu práce, která vede mladé lidi k odsouvání dlouhodobých závazků spojených s manželstvím a rodičovstvím do pozdějšího věku, a případně i k tak dlouhodobému odsouvání těchto životních kroků. Život v tržních společnostech vytváří hodnotový rámec vyhovující spíše než rodinnému životu principu racionality soudobých společností, preferujících mobilní, svobodné a bezdětné jedince bez závazků, připravené kdykoliv reagovat na měnící se požadavky trhu. Změny reprodukčního a rodinného chování jsou tak podle něho způsobeny protikladem mezi trhem a rodinou **(91)**

Z genderového hlediska má rozhodující postavení žena z toho důvodu, že je to hlavně ona, která rodičovstvím na trhu práce ztrácí. Vyjednáváním oddalování rodičovství, tak páry hodnotí tu skutečnost, že během péče o dítě žena přichází o mzdu a také ztrácí čas, který by mohla věnovat rozvíjení své kariéry a z ní plynoucí budoucí mzdy. Péče o malé děti totiž vede ke stagnaci jak profesního růstu, tak mzdy **(45)**.

Jako vhodný prostředek pro zvyšování porodnosti spatřuje Rabušic **(112)** v zavedení aktivní politiky zaměstnanosti, která by minimalizovala dlouhodobou nezaměstnanost a umožnila eliminovat nerovnosti mužů a žen na trhu práce.

### *5.1.10 Bydlení*

Respondenti (bezdětní i rodiče) přikládali velkou důležitost tomu mít vlastní bydlení, které zařízením a velikostí odpovídá potřebám života s rodinou. Jen výjimečně by tento faktor nezvažovali jako důležitý a to v návaznosti na minulé generace, které vyrostly v chudších podmínkách bez jakékoliv ujmy.

To, že otázka bydlení je řadou lidí zvažována jako důležitá podmínka pro odkládání reprodukčních plánů dokazuje Hašková **(99)**, když cituje výsledky průzkumu

Eurobarometru. Šetření se v roce 2002 mimo jiné zaměřilo na průzkum podmínek ovlivňujících reprodukční preference u tehdy kandidátských států do Evropské unie. Všechny tehdy kandidátské země se odlišovaly od zemí tehdejší EU15 v tom, že ekonomická a bytová situace hrála v reprodukčním chování v zemích, které přistoupily do EU v rámci tzv. východního rozšiřování EU, větší úlohu než v zemích bývalé EU15.

Další perspektiva pohledu na oddalování vstupu do rodičovství v souvislosti s bydlením poukazuje na to, že pro evropské státy začal být charakteristický rychlý růst počtu hospodařících domácností jednotlivců, ve kterých v roce 2012 již žilo 14 % populace republiky 15leté a starší. Významnou roli má růst počtu domácností jednotlivců v mladém a středním produktivním věku. Enormní nárůst se projevil zejména ve skupině dotazovaných ve věku 25-34 let, a to ve sledovaném období 1995-2010 pětinásobně. Ve všech pětiletých věkových skupinách mladého a středního produktivního věku až do 55 let převažují počty domácností jednotlivců mužů nad počtem domácností žen **(24).**

Dle zjištění ČSÚ mladí Češi zůstávají u rodičů bydlet déle. Před dvěma desetiletími žilo u rodičů 15 procent žen a zhruba třetina mužů ve věku od 25 do 29 let. Loni už to bylo 31 procent žen a 48 procent mužů tohoto věku. Odkládání odchodu od rodičů zaznamenává většina států v Evropě. Česko má ale společně s Maďarskem, Slovenskem a Bulharskem nárůst největší. Opožděný odchod z domova souvisí se třemi faktory. Zvyšuje se podíl těch, co studují na vysokých školách, vzdělávací proces se tak prodlužuje. Změnily se také hodnoty ve společnosti, takže mezi generacemi potomků a rodičů nepanují radikální střety a rozpory. Roli hrají i finance. Samostatné bydlení je drahé, mladí raději utratí peníze za zábavu **(62)**.

Rabušic **(112)** vidí v podpoře bydlení jeden z důležitých okruhů prorodinné politiky. Podle něj by stát měl zajistit svobodný trh s byty, na němž je možné s pomocí dostupných hypoték získat bydlení nejrůznější finanční úrovně.

Závěrem kapitoly hodnocení podmínek důležitých pro načasování rodičovství a realizace reprodukčních plánů z mužské perspektivy, bude několik odstavců věnováno mezigenerační analýze dat. Ve výsledcích se objevil poměrně významný rozdíl v kladení důležitosti podmínkám pro založení rodiny právě v souvislosti rozdílnosti věku respondentů. Největší rozdíly bylo možné vysledovat mezi bezdětnými do 30 let a generací mužů zakládajících rodiny v 80. letech a na začátku let 90. Pokud provedeme analýzu výsledků z pohledu mezigeneračního srovnání a kladení většího významu těm

kterým faktorům, pak nejdůležitějším hodnoceným měřítkem byla otázka jistoty materiálního zabezpečení.

Přerod naší společnosti za posledních 20 let je významně spojen se změnami idejí, norem a narušení hodnot, které směřovalo k desorientaci a nejistotě, což se projevilo i na velikosti rodin. Lidé se zbavují pocitu nejistoty odkládáním důležitých rozhodnutí **(109)**.

Na první pohled se zdá, že současné mladí lidé kladou větší důraz na zjištění materiálních podmínek, neboť nemají takovou jistotu zajištění. Hašková **(48)** poukazuje na souvislost se změnou hodnotového systému. To, že mladší rodiče i bezdětní lidé zdůrazňují více než starší rodiče indikátory ekonomické, nutně neznamená, že je relativní příjmová a bytová situace současných mladých lidí horší než tomu bylo v době zakládání rodin u generací starších. Větší důraz, který kladou současní mladí lidé na jejich ekonomickou situaci, může znamenat jednak jejich relativně větší ekonomickou nejistotu ve srovnání se situací lidí, kteří zakládali své rodiny dříve, ale také jejich větší finanční a majetkové nároky. Mimo jiné oboje může souviset s narůstající tržní orientací společnosti a s tím, že je naše společnost v současné době daleko více příjmově a majetkově diferencovaná než dříve.

Obdobně v rozsáhlém výzkumu „Proměny 2005“ se ukázalo, že současní mladí lidé, kteří rodinu teprve plánují, se liší od předešlé generace tím, že kladou větší důraz na vliv jejich ekonomické situace na jejich rozhodování o založení rodiny. To může znamenat jednak jejich relativně větší ekonomickou nejistotu ve srovnání se situací lidí, kteří zakládali své rodiny dříve, ale i na jejich větší finanční a majetkové nároky **(45)**.

Stejně tak Nešporová **(102)** poukazuje na rozporuplnost hodnocení jistoty materiálního zabezpečení jako jednoznačný důvod pro odkládání rození dětí do většího věku. Je sice pravda, že za komunistické vlády byla aplikována propopulační politika. Výrazně se orientovala na výzkum demografického chování populace, především porodnosti a zjišťování faktorů, které ji ovlivňovaly. Na základě toho byla pak aplikována opatření podporující porodnost a prostřednictvím sociálních dávek či službami byli zvýhodňováni jedinci, kteří naplňovali stanovená kritéria, například vstoupili do manželství nebo měli malé děti. Už na konci osmdesátých let se však ukazovalo, že pronatalitní politika má své limity a nemůže dostatečným způsobem zastoupit či nahradit komplexní rodinnou politiku. Proto byl učiněn pokus o formulaci nové rodinné politiky, který zahrnoval i další cíle než jen podporu natality. Rychlý

konec totalitního režimu však neposkytnul dostatek času, aby mohla být tato koncepce aplikována v praxi. Politický zvrat na druhou stranu způsobil potřebu rychlé transformace ekonomiky a politiky, přičemž rodinná politika se stala jednou z těch méně podstatných. Vzhledem k proměnám hodnot, je zcela zřejmé, že se dnes již nesetkají s takovým úspěchem a masovým dopadem jednorázová opatření v podobě prosté finanční podpory rodičů. Je zapotřebí působit na vytváření prorodinného klimatu na mnoha úrovních, přičemž finanční podpora je pouze jedním z těchto kroků. Obecně je zapotřebí pozvednout hodnotu rodiny ve společnosti a to včetně vyššího ocenění domácí práce a rodičovství.

Zjištění, že věkově mladší rodiče i bezdětní lidé zdůrazňují více než starší rodiče a bezdětní lidé indikátory ekonomické, nutně neznamená, že je relativní příjmová a bytová situace současných mladých lidí horší, než tomu bylo v době zakládání rodin u generací starších. Výše uvedené zjištění lze interpretovat pouze tak, že současní mladí lidé kladou na vliv ekonomické situace v kontextu svých reprodukčních plánů a chování silnější důraz než generace starší.

Další srovnání by se mohlo týkat rozdílu ve vnímání důležitých podmínek pro zakládání rodiny z pohledu bezdětných a těch, co již mají rodičovskou zkušenost. Ve výsledcích práce disertačního výzkumu nebyl zachycen významný rozdíl v přikládání důležitosti podmínek mezi rodiči a bezdětnými.

Hašková **(45)** však poukazuje na určité rozdíly v rámci výzkumu „Proměny 2005“. Nejdůležitější okolnosti, ovlivňující rozhodování o založení rodiny, zařadili bezdětní i rodiče jak aspekty strukturální, tak i hodnotové. Míra důležitosti jednotlivých šetřených aspektů byla však ve skupině bezdětných a rodičů jiná. Zaměříme-li se na okolnosti, ovlivňující ne/založení rodiny, které od sebe odlišují bezdětné a rodiče, zjišťujeme vcelku logicky, že u rodičů statisticky signifikantně stoupá vliv touhy po dítěti, ale také náhody. Naopak u bezdětných statisticky signifikantně stoupá vliv situace v partnerství, vlastní i partnerovy situace v zaměstnání, volnočasových aktivit a také zdravotní situace.

V této části diskuse se autorka práce soustředila na rozbor působení různých okolností na reprodukční preference a chování mužů, a to se zaměřením na ty okolnosti, které mají vliv na vstup do rodičovství. Zvažování různých podmínek pro vstup do rodičovství je obtížené a vyžaduje od mladé generace velkou míru odpovědnosti. Přestože se stále rodí mnoho dětí neplánovaně, v rámci výzkumného souboru měla

většina bezdětných i otců malých dětí představy a požadavky na to, do jakých podmínek by si přáli přivést, nebo do kterých již přivedli, děti na svět.

Převážná většina respondentů rodičovství ve svém životě plánovala, nebo se již během svého života stala, rodičem a to zejména dvou dětí. Z výsledků práce je zřejmé, že plánování rodičovství je otázkou společného vyjednávání s partnerkou, ze kterého muži nechtějí být vyřazeni. Míra zapojení muže do plánování rodičovství je od počátku spojena s nastavením partnerských konstelací, jejichž obsahem bývá existence stálé a vhodné partnerky pro rodinný život. Poté následuje hodnocení požadované úrovně ekonomického a materiálního zajištění vhodného pro zabezpečení dětí.

Přisuzování důležitosti materiálním podmínkám pro vstup do rodičovství ale nutně nemusí znamenat, že skutečně mají větší vliv na odkládání rodičovství. Při mezigenerační analýze se ukázalo, že se také může jednat o změnu v hodnotovém žebříčku společnosti. Přisuzování důležitosti „materiálnímu“ a zvyšování nároků a standardu zajištění je typickým rysem soudobé společnosti. Za povšimnutí také stojí to, že bezdětní muži i otcové malých dětí se významně přizpůsobovali možnostem svých partnerek. Zvláště pro bezdětné muže do 30 let bylo důležité, aby partnerka dostudovala, získala dobré zaměstnání a praxi. Pokud se na toto zjištění podíváme jiným úhlem pohledu, zjišťujeme, že nejvíce dětí v poměrně nízkém věku mají ženy s nižším vzděláním, s nízkým socioekonomickým statusem. Takové ženy většinou neusilují o budování profesní kariéry, naopak v rodičovství vidí často jedinou jistotu a životní smysl.

Výzkum v rámci disertační práce jednoznačně neodhalil, které podmínky hrají v odkládání rodičovství větší roli, zda hodnotové nebo strukturální. Možná je to tím, že jsme generací, která stojí ještě příliš blízko procesům změn ve společnosti, než abychom jim porozuměli.

### *5.2 Vyjednávání o kontracepční strategii*

Žijeme ve světě, kde má každý jedinec zaručená reprodukční a sexuální práva. Můžeme se rozhodnout, zda se rodičem vůbec stát, kdy, kolik dětí a v jakém rozestupu je chceme. Zároveň máme právo na dostatek informací, lékařskou péči, právo na sexuální a reprodukční bezpečí, včetně ochrany před sexuálním násilím a práva na soukromí **(54)**.

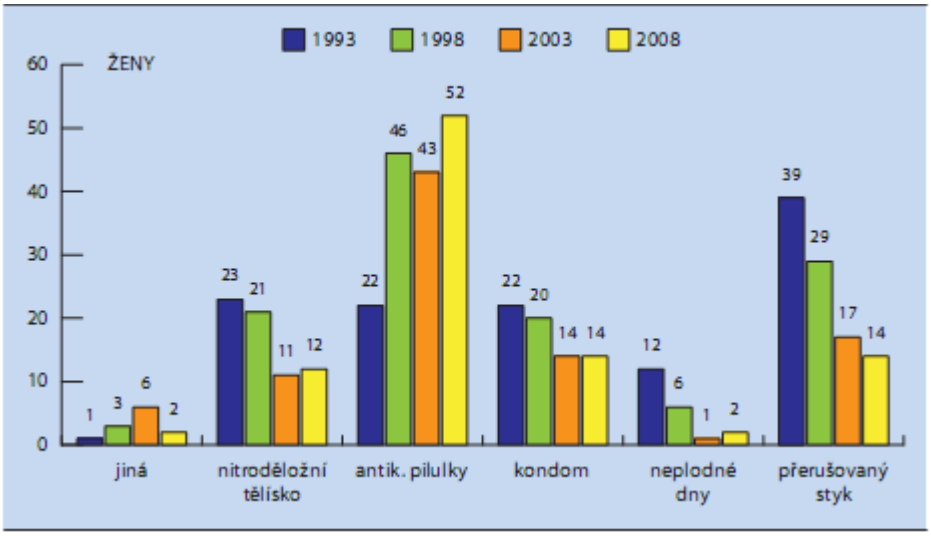
Generace lidí žily s přáním, aby mohly kontrolovat kdy, a kolik budou mít dětí. Důkazy z historie poskytují dostatek informací o tom, že kontracepční metody byly známy a praktikovány po tisíciletí od chvíle, kdy lidé odhalili souvislost mezi pohlavním stykem a těhotenstvím **(21)**.

V rozvojových státech světa stále žijí milióny lidí, kteří nemají přístup k účinným kontracepčním metodám. Ani ve státech, kde je kontracepce dostupná, se ne vždy daří oddělit sexuální akt od rozmnožování a rodí se děti neplánované a nechtěné. Muži dotazovaní v rámci disertační práce nemuseli s přáním dostupné kontracepční metody kalkulovat, možnost oddělovat sexuální život od plození dětí se stala neodmyslitelnou součástí jejich partnerských životů.

Analýza výsledků zaměřená na volbu kontracepční strategie se může odehrávat ve dvou rovinách. První z nich je vyhodnocení míry oblíbenosti té které metody. Mnohem komplexnější by ale měla být analýza pojata, pokud je jejím cílem zjištění volených kontracepčních strategií u mužů. Určitá metoda bránění početí je jen nástrojem, který nám ale sám o sobě neříká nic o souvislostech, v rámci kterých byla metoda zvolena.

Nejpoužívanější metodou kontracepce byla ve výzkumném souboru zmiňována **hormonální antikoncepce**. Její oblibu, která se v našem výzkumném šetření objevila, potvrzuje též dlouhodobý výzkum sexuálního chování české populace **(149)**. Podle něj v roce 2008 užívalo některou z forem hormonální antikoncepce 52 % dotázaných českých žen v trvalém partnerském vztahu. Pro lepší představu lze uvést graf, který poukazuje na volbu té které metody.

Graf č. 6 Kontracepční metody zvolené ženami ve stálém partnerském vztahu (v %)




*Zdroj: Weiss, Zvěřina, Sexuální chování České populace, 2009*

Hormonální antikoncepce byla oblíbená u bezdětných respondentů, mladých otců i u mužů ve středním věku. Rozdílnost byla pouze v tom, že k jejímu užívání přistupovali v rámci určitého procesu. Podle vývoje partnerského vztahu to bylo u mladších mužů, kteří s prodlužující se délkou vztahu přecházeli z bariérové metody k hormonální. U generace mužů ve středním věku obliba vzrostla s dostupností hormonální antikoncepce na trhu. U respondentů do 30 let se častěji objevovala odpověď, že partnerka již hormonální antikoncepci užívala před příchodem do vztahu a v užívání dál pokračovala.

V celosvětovém průzkumu preferencí kontracepčních metod v roce 2011 dosahovala míra užívání hormonální antikoncepce 63 % u dotazované populace žen v reprodukčním věku od 15 do 49 let. Výzkum ukázal, že u Evropanů jsou tradičně preferovány reverzibilní kontracepční metody (hlavně hormonální antikoncepce a kondom), **(139)**.

U krátkodobých a náhodných styků byl nejvíce preferovaný **kondom** jako prevence sexuálně přenosných chorob. V porovnání s celorepublikovým výzkumem Weisse, Zvěřiny **(149)** se opět shodujeme ve zjištění, že kondom je stále častěji používán jako kontracepční strategie „první volby“ u krátkodobých a náhodných vztahů. Od roku 1993 se užívání kondomu zvýšilo o více než 40 %.

Riziko užívání hormonální antikoncepce a spoléhání se na partnerku, která je chráněná před otěhotněním, zvyšuje nebezpečí nákazy sexuálně přenosnými chorobami.

Celosvětově na nízkou odpovědností za používání bariérové ochrany doplácí mnoho žen nákazou sexuálně přenosných chorob a nechtěným těhotenstvím **(32)**.

Z pohledu celosvětového srovnání je volba kondomu jako kontracepční metody pro evropský region specifická. Volí jí až 25% dotazovaných **(139)**.

Ve výzkumném šetření v rámci disertační práce byl kondom považován jako za nezbytně nutný v prvních fázích vztahu, ale pokud muži měli možnost, od jeho užívání ustupovali. V trvalém partnerském vztahu k jeho pravidelnému užívání přistupovalo minimum respondentů. Kromě prevence sexuálně přenosných chorob, muži kondomu přisuzovali řadu nevýhod.

Hlavní nevýhodou je asi to, že prokazatelně snižuje taktilní pocity při souloži, což lze využít terapeuticky, ale v některých případech může být i příčinou deficitu orgasmu **(31)**.

Metoda **přerušované soulože** byla zaznamenána spíše jako metoda užívaná v kombinaci s jinými metodami, ale oblibu si stále nacházela u 9% dotazovaných.

Ve světě je přerušovaný pohlavní styk (Coitus interruptus) nejčastější metodou antikoncepce, která je ve světě používána. Přesto její obliba užívání v evropském regionu za posledních 20 let klesla o více jak polovinu **(139)**.

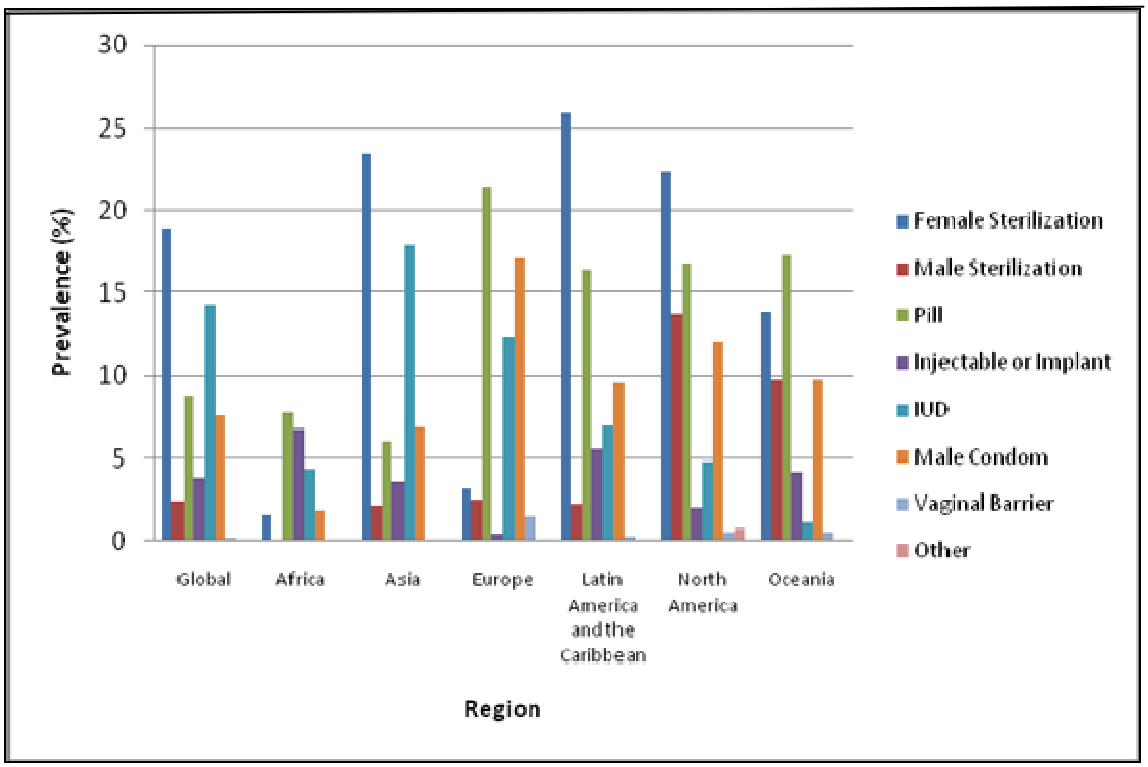
Ačkoli je ze stran odborníků na plánované rodičovství nejméně doporučována a je považována za metodu nejméně spolehlivou, je nutno jí mezi kontracepční metody počítat. U některých mužů je schopnost detekce blížící se ejakulace snížena, některým párům může tato metoda snižovat intenzitu sexuálního prožitku **(69)**.

Kromě Evropy a Afriky celosvětově narůstá volba ženské i mužské sterilizace a nitroděložního tělíska jako metody k bránění početí **(139)**.

K metodě **sterilizace** se respondenti vyjadřovali odmítavě. K oblíbenosti nitroděložního tělíska se nelze vyjadřovat objektivně, neboť byla v rámci výzkumného souboru užívána minimálně. Někteří respondenti používali metodu počítání plodných a neplodných dnů. Samostatně, bez použití další metody, však byla užívána pouze v jednom případě v souvislosti s náboženským vyznáním.

Následující graf zobrazuje prevalenci kontracepčních metod v jednotlivých regionech světa u žen v dlouhodobějších partnerských vztazích v reprodukčním věku od 25 do 49 let **(139)**.

Graf č.7 Kontracepční metoda volená ženami ve světových regionech (v%)




*Zdroj: UN World Contraceptive Use 2011*

Ve výčtu a oblíbenosti dalších metod by bylo možné dlouze pokračovat, ale předmětem diskuse bylo upozornit alespoň na nejpreferovanější metody ve srovnání s jinými českými a zahraničními daty. Další část diskuse se bude věnovat analýze dat kvalitativní povahy, která by měla umožnit lépe pochopit v jakých souvislostech se muži pro tu či onu metodu rozhodují.

Zásadním měřítkem pro volbu kontracepční strategie je **perspektiva partnerského vztahu.** S prodlužováním partnerského vztahu roste míra důvěry mezi partnery ve smyslu vzájemné věrnosti. Tomu může nasvědčovat skutečnost, proč řada mužů v dlouhodobějším vztahu opouštěla užívání kondomu jako prevence poruch sexuálně přenosných chorob.

Mezinárodní výzkum zaměřený na postoje mužů k mužské antikoncepci a preference způsobu jejího užívání, podává informace o tom, že minimálně 55% dotazovaných se na výběru kontracepční metody v partnerském vztahu podílí **(49)**.

Při volbě kontracepční strategie má zásadní roli **míra odpovědnosti**, s jakou do ní sexuální partneři vstupují. Pohlavní styk je pudovou záležitostí určenou k prokreaci

potomstva. Jako vedlejší, ale upřednostňovaný účinek, má sexuální styk záměr rekreační, spojený s prožitkem ze sexuální aktivity (ať již společně nebo individuálně prožívaný).

Hlavně vlivem antikoncepční pilulky do hry vstoupily další prvky, které rozhodují o tom, zdali sexuální akt bude aktem reprodukce nebo rekreace **(112)**.

Jelikož je hormonální antikoncepce metoda ženská, může muž zastávat aktivní roli při vyjednávání o volbě této metody? Díky rozšíření metody hormonální antikoncepce odpovědnost za udržení sexuálního života na rekreační úrovni přechází převážně na ženu. Pro oba partnery pak sexuální život přináší zřejmé benefity jako pohodlí, jistota. To, že pár užívá hormonální antikoncepci, ještě nutně neznamená, že muž se nestaví k bránění početí odpovědně. Svojí míru zapojení se do výběru hormonální antikoncepce muži vnímají různými způsoby. Nejčastěji asi tak, že na hormonální pilulky partnerce přispívají. Mnohým to ale usnadnilo situaci, je pohodlnější, že odpovědnost přešla na partnerku.

Ono totiž převzít odpovědnost a být spolehlivý je projevem sexuální kultury muže, která je v této společnosti značně pokleslá. Naučit se sebeovládání a určité disciplině je obtížnější a časově náročnější než spolknout tabletu **(69)**.

V obecném měřítku je užívání kontracepčních metod zásadně vnímáno pozitivně jako přijetí odpovědnosti za plození dětí. Je výsledkem usilovné a dlouhodobé snahy mnoha organizací s celosvětovou působností, aby se právo na plánované rodičovství stalo jedním ze základních lidských práv. Heslo Světové zdravotnické organizace „Od potratu k antikoncepci“ se za posledních dvacet let i v naší zemi stalo uplatňovanou realitou a blahodárným posunem v oblasti sexuálního a reprodukčního zdraví **(142)**.

Z pohledu respondentů bylo užívání hormonální antikoncepce nejčastěji odmítáno kvůli nepříznivým vedlejším účinkům různého charakteru. Nejčastěji kvůli zdravotnímu stavu, vedlejším účinkům nebo její užívání neodpovídalo životní filozofii respondentů.

Lékaři asi spíše budou poukazovat na to, že ti, kteří proti antikoncepci něco namítají, mají obvykle obavu jen z předpokládaných a reálně neexistujících nežádoucích účinků. Situaci může ovlivnit i chování partnera s druhotným vlivem na ženu. Stává se, že ženy začnou přičítat antikoncepci nejrůznější problémy, které se objevily z jiných důvodů po předchozím bezproblémovém užívání. Z okolí ženy má hlavní vliv lékař, který může případně z neznalosti sehrát velmi důležitou roli **(21)**.

Žena by měla být svým lékařem podrobně informována o všech výhodách a nevýhodách všech dostupných metod. Každá metoda si najde své zastánce i odpůrce. Základním předpokladem je, aby byla šitá uživatelům „ na míru“. Je třeba věnovat pozornost některým lékařsky objektivním a prokázaným kontraindikacím užívání.

Každý pár může najít pro sebe spolehlivou a bezpečnou formu antikoncepce v souladu se svým zdravotním stavem i světonázorovým přesvědčením. V základním rozhodovacím procesu je potřeba položit několik otázek a získat na ně co nejpřesnější odpovědi, které pomohou objasnit, zda uživatelka vůbec může pomýšlet na hormonální antikoncepci. Užívání kombinované hormonální antikoncepce je spojeno s vyšším rizikem některých kardiovaskulárních komplikací, především hluboké žilní trombózy a plicní embolie, infarktu myokardu a cévní mozkové příhody. Tato rizika jsou malá a pro zdravé nerizikové uživatelky prakticky zanedbatelná. Nicméně v kombinaci s jinými rizikovými faktory mohou neúměrně vzrůst. Proto je nezbytně nutné identifikovat rizikovou uživatelku a nerizikovou informovat o zátěžových situacích **(103)**.
Následující tabulka přehledně zobrazuje rizikové faktory a zátěžové situace pro uživatelky hormonální antikoncepce.

Tabulka č. 9 Rizikové faktory a zátěžové situace spojené s užíváním hormonální antikoncepce

| **Rizikové situace u rizikových i nerizikových uživatelek kombinované hormonální antikoncepce** |
|---|
| **Větší operační výkony (zejména od bránice kaudálně)** |
| **Úrazy s dlouhodobou imobilizací** |
| **Dlouhé cesty a dehydratace** |
| **Faktory rizikové pro použití kombinované hormonální antikoncepce** |
| **Kouření (zejména nad 15 cigaret denně)** |
| **Obezita (BMI nad 30)** |
| **Věk nad 35 let** |

*Zdroj: Novotná, M. Moderní trendy v antikoncepci*

Sociologové a psychologové se na rozvoj kontracepčních metod, zejména na hormonální antikoncepci, dívají jako na prostředek, který umožnil mladým lidem se odpovědně rozhodovat o rodičovství. Zároveň jim toto rozhodování znesnadnil.

Užívání kontracepčních metod přestává být vnímáno nejen v tom smyslu, zda a kdy ji praktikovat a zabránit tak početí dítěte, ale přináší i otázky, zda a kdy antikoncepci nepoužívat a učinit tak krok k rodičovství **(146)**.

„Pilulka“ se může stát nástrojem, po kterém saháme proto, že vyhovuje změnám v současné společnosti. Život nesvázaný tradicí běží víceméně hladce, protože prakticky všechna rozhodnutí jsou změnitelná. Pilulka získala tolik zastánkyň a zastánců také proto, že ženy „zbavila“ strachu z nevratného rozhodnutí **(20).**

Možnost volby a oddalování důležitých životních rozhodnutí je typickým znakem současné společnosti. Lidé do svých rukou získali několik možností, jak regulovat příchod rodičovství a to se stalo vědomou volbou. Dostalo se na roveň jakéhokoliv jiného zážitku, který si lze naplánovat **(8)**.

Přestože děti svou existencí přinášejí mnohým rodičům emotivní uspokojení. Důvodem odkládání je, že současní mladí lidé nalézají emotivní uspokojení i v jiných životních aktivitách než v plození dětí **(113)**.

Konečná **(63)** dodává, že účinná hormonální antikoncepce představuje prostředek, kterým své rozhodování mohou mladí lidé stále oddalovat. Život bez dětí, je život bez zvláštních finančních citových a psychických výdajů**.**

Klasik české dětské psychologie Matějček se již před lety upozorňoval, že na potřebu rozlišovat poučení mladých lidí o výhodách a nevýhodách, možnostech a mezích jednotlivých antikoncepčních metod, ale na druhé straně také zdůrazňovat pozitivní stránky plánovaného, dobře načasovaného těhotenství, které může mladým lidem přinést maximální životní uspokojení a velmi významně přispět k růstu jejich osobnosti (**89).**

### *5.3 Postoje mužů k poruchám fertility*

S rozvojem medicíny a změnami ve stylu života obyvatelstva je nezbytné věnovat pozornost i zdravotním aspektům otcovství. Mimořádně aktuální, vzhledem ke zvyšujícímu se počtu páru s poruchami plodnosti, je role muže při léčbě poruch

plodnosti. O závažnosti problému hovoří skutečnost, že neplodnost byla Světovou zdravotnickou organizací uznána jako nemoc **(116)**.

K poruchám plodnosti se vyjadřovali respondenti, kteří měli zkušenosti, ale i ti, kteří si měli představit, že by se v takové situaci ocitli. Většina příběhů by ideálně mohla začínat vyprávění o tom, jak se muži starali o své reprodukční zdraví, to je však ze strany mužů většinou opomíjeno.

Již v dorostovém věku by měli být chlapci na prevenci upozorňováni. Motivací by mohlo být to, že pro muže je schopnost plodit rovna otázce mužnosti. I muži, kteří děti nemají, považují možnost zplodit dítě za velice důležitou, potvrzující mužskou identitu **(30)**.

Pokud jsme mohli takové tendence sledovat, pak byly většinou iniciovány ze strany žen ve formě zdravějšího stravování nebo pohybových aktivit, ke kterým své partnery vedly. Přisuzování významnosti v prevenci poruch reprodukčního zdraví v souvislosti se ženami bylo v rozhovorech několikrát odkázáno s tím, že po vysazení hormonální antikoncepce se partnerka chtěla několik měsíců očisťovat od hormonů. Dotazovaní také poukazovali na její věk a biologické hodiny. Obzvláště u žen hraje důležitý mezník 30. rok. V představách respondentů realizace reprodukčních plánů u starších žen znamená komplikace s otěhotněním a porodem. Ženám je z tohoto důvodu také usuzována větší touha po dítěti a ochota pro příchod potomka obětovat více.

Výzkum Slepičkové **(125)** zaměřený na sociální aspekty asistované reprodukce identifikoval dva prvky, které oddělují mužskou a ženskou zkušenost s neplodností. Jedná se o odlišně definovaný časový a věkový rámec reprodukce a fyzickou zkušenost s plodností, neplodností a její léčbou. Vědomí časových a věkových limitů reprodukce je pro ženskou zkušenost s neplodností, pro její aktivitu a rozhodování, určující. Ženy, které prodělávají léčbu neplodnosti, jsou v permanentním kontaktu s omezeností vlastních reprodukčních možností.

Ve výpovědích respondentů v rámci výzkumného šetření se shodně objevuje obdobný scénář popisující fáze řešení poruch plodnosti. Nejprve je třeba nalézt příčinu, na čemž se shodují respondenti, kteří si situaci jen představovali, i ti, kteří měli osobní zkušesnost s poruchou fertility. Počáteční řešení poruch plodnosti bychom mohli rozdělit na fázi vyjednávací a diagnostickou.

Fáze vyjednávací nejvíce odráží společenské očekávání, že neplodnost je spíše problémem žen. Tento postoj utvrzuje také systém zdravotní péče. Jak napovídají

výpovědi, muži vidí primární pomoc při řešení poruch plodnosti u gynekologů svých partnerek. Prevence reprodukčního zdraví mladých mužů stojí spíše na okraji zájmu odborníků. *Role muže se tak v úvodní fázi jeví jako pasivní.*

Při celém procesu reprodukčního zdraví se biologicky i klinicky pozornost obrací k tělu ženy. Jedna z mála rolí, která se muži v proběhu celého procesu zjišťování příčin a samotné léčby muži přisuzuje, je role podpory ženě. Celý proces zaměřený na poruchy fertility se věnuje hlavně ženám i z metodologického hlediska je obtížené získat informace o tom, jak muži tuto životní situaci prožívají **(18)**.

Na základě zvyšujícího se výskytu poruch plodnosti v populaci, ale můžeme vypozorovat měnící se postoj mužů. *Připouští možnost vlastní příčiny neplodnosti*. Největším zdrojem informací jsou média a zkušenosti osob z okolí.

Mužský faktor se podílí na neplodnosti páru nejméně v 53%. Při problémech s plodností je první vyšetření tradičně gynekologické. Současně by mělo být provedeno základní andrologické vyšetření muže, a to vyšetření spermatu. Častou chybou je to, že při pozitivním gynekologickém nálezu se vyšetření muže opomine, vždyť jednu příčinu neplodnosti již známe. Výskyt současného postižení muže a ženy je však, jak výše uvedeno, relativně značný. Mnohé současné studie dokazují pomalou, ale setrvalou tendenci ke snižování kvality mužského ejakulátu během posledních čtyř desetiletí. Za příčinu je považován zvýšený výskyt a tedy i účinek umělých ženských pohlavních hormonů (estrogenů) v prostředí i v organizmu muže. Příčin je ale samozřejmě daleko více, poruchy fertility mají příčinu multifaktoriální. Problémy s plodností mají hlavně lidé z tzv. průmyslově vyspělých zemí také v souvislosti s vysokou zátěží cévního systému **(70)**.

Neviditelnost mužů v celém procesu a koncentrovanost na ženské tělo jsou podporovány institucemi, které do léčby vstupují, jako jsou zdravotní pojišťovny prostřednictvím limitů léčby či lékařské instituce zavádějící způsoby provádění diagnostiky a léčby. Zároveň ostře kontrastují s prevalencí mužské neplodnosti v populaci a s předpověďmi o dalším klesání mužských reprodukčních schopností **(126)**.

Další roli, kterou muži zaujímají ve velké řadě případů v diagnostické fázi je *podpůrná role partnerky*.

Obdobný kvalitativní výzkum zaměřený na sociální aspekty asistované reprodukce **(125)** poukázal na to, že muži svou účast v léčbě popisují jako *roli pasivního pozorovatele*, případně toho, kdo ženu podporuje. Emoce s léčebným

procesem muži nespojují, naopak zdůrazňují racionální postoj k situaci. Výpovědi mužských účastníků se často omezují na praktické okolnosti související s léčbou neplodnosti.

Žena je považována za zranitelnějšího člena páru a je při asistované reprodukci také více zatížena než partner. Předpokládá se, že žena reaguje úzkostlivěji, je méně spokojená se situací, má nižší sebeúctu a větší obavy z léčby a jejího selhání. Přesto byla zjištěna velká úzkost během celého procesu vyšetřování a léčby jak u žen, tak u mužů **(66)**.

Také v zahraničních výzkumech se ukazuje, že muži prožívají neplodnost se stejnou intenzitou jako ženy **(108)**. Studie srovnávající ženy a muže několik let po neúspěšné léčbě poruch fertility s kontrolní skupinou úspěšně léčených ukázala, že kvalita života u mužů je negativně ovlivněna nedobrovolnou neplodností. Jejich skóre na depresi a psychickou nepohodu bylo podobné jako u žen **(59)**. Průzkum ve Finsku ukázal, že bezdětní muži, kteří měli problémy s poruchami plodnosti, měli významně horší subjektivní kvalitu života ve srovnání s muži bez neplodnosti **(61)**.

Spíše než emocionální nezúčastněnost mužů v procesu léčby poruch fertility se zde jedná o obtížnější vyjadřování jejich pocitů **(17)**.

Z psychologického hlediska lze zachycený jev vysvětlit tak, že muži v sobě pěstují racionální a věcný pohled na životní situace, aby se snadněji ubránili úzkosti ze zženštění. Tím, že jde mužům více o věc, zásadu, logiku či pravdu, se vyhýbají ovlivnění vcítěním se do druhého i vlastními emocemi. Utrpení mužů často plyne z pokusů dosáhnout nemožného, po něčem sáhnout, zadržet to, vlastnit, měřit, ovládnout, místo toho, aby nechali volný průběh vývoji, ponořili se a rozuměli **(111)**.

Pasivní a podpůrná role ženy je většinou potlačena ve chvíli, kdy i muži jsou okolnostmi přinuceni se aktivně zapojit do hledání příčiny poruch fertility. Zdánlivě pasivní role muže může být způsobena obavou, že se odhalí, že příčina je na jeho straně. Zjištění, že sperma muže neodpovídá předepsaným normám, byla spojována s nepříjemnými emocemi. Obě skupiny, zkušených i nezkušených respondentů, nejvíce vyjadřovaly obavy z *odběru spermatu*.

Ze své dlouholeté praxe androloga se k tomuto vyjadřuje Kubíček **(72)**. Když muž přichází na vyšetření spermatu, jeho pocity jsou mírně řečeno „smíšené“. Má představu, že dostane nějakou nádobu, do které má v určeném prostoru (nejčastěji na

WC) a času ejakulovat za pomoci masturbace. Pak bude s nádobou naplněnou ejakulátem muset projít celou chodbu před ostatními pacienty, což by byl výkon, který nevadí jen zvláště odolnému jedinci. Klidná místnost zařízená pokud možno společenským nábytkem s lehátkem či lůžkem s jednorázovým povlečením by neměla být přepychem. Pacient by měl mít možnost vzít si k odběru partnerku a měl by mít jistotu, že jej nikdo během odběru nevyruší, neuvidí (závěsy v oknech) a neuslyší (zvukově izolované dveře). Vhodná je možnost využití audiovizuální stimulace, vkusná videokazeta, kterou si pacient může a nemusí pustit. Papírový obrázkový materiál není vhodný, stopy opotřebení se na něm objevují příliš brzy a poté působí spíše negativně. Dostatek času, klidu a soukromí přináší dobré výsledky. Doba, kterou potřebují muži v těchto podmínkách k odběru je nevelká, a celé vyšetření spermatu může změnit rozměr.

Dobrý výsledek spermiogramu znamená úlevu nejen pro muže, ale i pro ženy. Tento okamžik se stává pro muže zlomovým v zaujetí další v průběhu procesu.

Když konverzační partnerky ve výzkumu zaměřeném na sociální aspekty léčby poruch plodnosti mluvily o podpoře, které se jim dostává ze strany partnera, dodávaly, že situace by asi vypadala jinak, kdyby byla příčina neplodnosti odhalena na straně muže. Jsou také rády, že řešení situace záleží víceméně na jejich iniciativě, mají obavu, že partner by toho pro početí dítěte nebyl ochoten udělat tolik. Mužskou citlivost ve vztahu k vyšetření spermatu a k jeho výsledku dávají ženy do souvislosti s mužskou ješitností, vztahovanou k plodnosti **(125)**.

Těžké období, kdy muž sám potřebuje podporu, nabízí prostor pro činnost psychologů, skupinových setkání mužů, či párů s obdobnými problémy.

Jak ve fázi diagnostické i léčebné, je důležitá vzájemná opora partnerů. Dříve nebo později se však muž znovu výrazněji zaujímá svou *roli podporovatele své partnerky.*

Účinná léčba mužské neplodnosti zatím neexistuje, prostřednictvím životosprávy či vitaminových doplňků lze zlepšit kvalitu spermiogramu jen do určité míry. Jako léčba mužské neplodnosti se dnes rutinně používají ty techniky asistované reprodukce, které se na konci minulého století rozvinuly především jako převratné řešení gynekologických příčin neplodnosti. Jak ukázal výzkum genderových aspektů neplodnosti, žena v rámci partnerského páru přebírá v oblasti léčby iniciativu, působí jako „režisérka“ léčby“. Podstupuje různé procedury s cílem dosáhnout početí bez nutnosti asistované reprodukce. Organizuje sexuální život páru s ohledem na dny

nejvhodnější pro početí v rámci menstruačního cyklu. Přebírá aktivní roli ve vyjednávání s lékařem, se kterým komunikuje také o diagnóze svého partnera, určuje tempo procesu léčby **(126)**.

S komplikovaností a prodlužováním léčby, jsou muži ochotni přijmout stále větší spektrum léčebných postupů. V tomto byl významný rozdíl s muži, kteří si problémy spojené s fertilitou pouze představovali. Muži bez zkušenosti by byli méně ochotni přijmout dárcovské gamety, jak mužské, tak ženské. Významné téma v souvislosti s poruchami fertility u mužů je obava z **neschopnosti zplodit geneticky vlastní dítě**.

Podle Haškové a Zamykalové **(44)**, které se věnovaly normě rodičovství konstruované v České republice, je příčinou nadřazování biologického rodičovství nad nebiologické rodičovství hierarchizace rizik s nimi spojených.

Za nejméně rizikové je považováno biologické rodičovství, vzniklé spojením muže a ženy (heterosexuálního páru), pak rodičovství realizované prostřednictvím asistované reprodukce, neboť zůstává alespoň možnost ovlivnit prenatální vývoj dítěte a zažít těhotenství a porod. Jako vysoce riziková forma rodičovství je popisována adopce **(124)**.

Typická témata pro podporu mužů při dárcovství spermií by se měly věnovat zhodnocení všech předchozích snah páru mít dítě. Podpořit pár v truchlení po dítěti, který nebyli schopni mít. Propojení sociálního a biologického rodičovství, jakož i význam dárcovství. Pomoci vypořádat se se stigmatem neplodnosti a schopnost sdílet tuto zkušenost s ostatními. Součástí psychologické podpory je i příprava rodičů na sdělení této informace dítěti **(136)**.

Ačkoliv jsou některé fáze léčby poruch fertility vnímány jako nepříjemné, jsou techniky asistované reprodukce muži přijímány jako vítaná možnost na cestě za vytouženým dítětem. Při snaze o generalizaci závěrů výsledků je významné identifikování nezájmu mužů k prevenci poruch reprodukčního zdraví. Pozornost odborníků si zaslouží muži emočně prožívané diagnostické období spojené s vyšetřením spermatu a spíše odmítané metody léčby využívající postupy s užitím genetického materiálu dárců

### *5.4 Program prevence poruch reprodukčního zdraví u mužů*

Při ohlédnutí za analýzou výsledků výzkumného šetření disertační práce lze nabýt dojmu, že ve všech třech hodnocených oblastech, ať vyjednávání o podmínkách rodičovství, volbě kontracepčních strategií nebo postojů mužů k řešení poruch fertility, je role ženy a muže rozdílná, případně se vzájemně doplňující. Ať v tomto zjištění hrají podstatnou roli biologické faktory přisuzující větší zátěž tělu ženy při těhotenství a porodu, nebo jsou to sociální determinanty přisuzující mužům a ženám různá očekávání při výkonu rodičovské role, nebo se jedná o psychologické faktory zobrazující muže jako racionálního článku partnerského soužití.

Pokud hledáme otázku, jak zviditelnit roli muže v otázkách týkajících se rodičovství, pak jedním z možných řešení může být program prevence reprodukčního zdraví a rodinné výchovy. Stejně jako další autoři **(79; 128)** přisuzuje tato práce význam vedení mužů k odpovědnosti k rodičovství už v době jeho plánování.

Z analýzy dostupných dokumentů, které se věnují otázkám plánování rodičovství, vyplývá, že po dlouhou dobu byli muži ve většině preventivních programů opomíjeni. Jejich pasivní postoj k prevenci reprodukčního zdraví může vést až k závažným poruchám zdraví. Snižování kvality života se pak netýká jen mužů samotných, ale i celého páru **(32)**.

V rozvojových zemích je největší pozornost věnována prevenci sexuálně přenosných chorob a posilování práv žen volit svobodně počet a načasování příchodu dětí, tak i důraz k zpřístupnění kvalitní zdravotnické péče **(35)**. V západních zemích, především Severní Ameriky a Evropy, je kladen důraz na zkvalitnění sexuálního života a vztahů, legislativu a dostupnost kontracepčních metod „šitých na míru“ každému uživateli **(149)**.

Prevence reprodukčního zdraví formou prohlídek u gynekologa je pro většinu evropských a amerických dívek samozřejmostí. Chlapci zůstávají vůči prevenci v tomto ohledu nepozorní. Muži často přichází k odborníkovi až v době, kdy se jim nedaří oplodnit jejich partnerku. Zatímco ženy jsou na mateřství připravovány od dospívání a standardně prochází preventivními programy, prevence poruch reprodukčního zdraví mladých mužů stojí spíše na okraji zájmu odborníků.

Obor - andrologie, který by mohl o mužské reprodukční zdraví pečovat, si v České republice své místo jako oblast standardně poskytované zdravotní péče, teprve vytváří **(71)**.

Prevence poruch reprodukčního zdraví by měla být multioborová. Preventivní program by měl zahrnovat informace o anatomii a fyziologii reprodukčního ústrojí muže, o sexualitě a genderu, o plánování rodičovství, o sexuálně přenosných chorobách, o chorobách mužských reprodukčních orgánů dětí a dospívajících a jejich prevenci, o rodičovství a poruchách plodnosti. Prevence reprodukčního zdraví v sobě zahrnuje celou škálu zdravotních a sociálních aspektů. Jak již bylo naznačeno, je jen malé procento vyloženě ženských a mužských témat. Preventivní program pro muže by měl zahrnovat:

1. Základní pojmy (význam, reprodukční zdraví jako právo)
2. Gender a sexualita (pohlaví a společenské role, specifika mužské sexuality)
3. Fyziologie a anatomie mužských a ženských pohlavních orgánů
4. Mužské zdraví (choroby a jejich prevence)
5. Prevence sexuálně přenosných chorob
6. Rodičovství (pozitivní plánování rodičovství, (in)fertilita, kontracepce)

Program prevence poruch reprodukčního zdraví pro muže by měl probíhat v rámci ekologického modelu. Postoje mužů je možné dlouhodobě ovlivnit, pokud bude působit na všechny okruhy společnosti. Předávání informací mužům je jen jednou z možných strategií. Samostatnou úrovní je preventivní působení v rámci rodin a vrstevníků, vzdělávání zdravotníků, působení na komunity a jejich svépomoc, zaměření činností organizací na genderově senzitivní přístup, ovlivnění zdravotně sociální politiky a legislativy na nejvyšší úrovni **(1)**.

Prosazování prevence zdraví je několika stupňovým procesem. Aby byl účinný, neměl by opomenout ani na jednu ze čtyř základních fází. **Marketing a motivace** (pro široké spektrum obyvatel, většinou prostřednictvím médií), **vzdělávání a zvyšování informovanosti** (zaměřeno již na cílovou populaci), **poradenství** (pro skupiny nebo jednotlivce) a **klinická péče** (pomoc jednotlivcům či párům, pokud nastane problém).

Pokud budou preventivní strategie následovat tyto fáze, lze předpokládat, že ve chvíli, kdy muž bude dostatečně motivován k získávání dalších informací o reprodukčním zdraví, bude ochotnější o svém zdraví hovořit a diskutovat. Pokud přijme

radu a získá podezření, že s jeho zdravím něco není v pořádku, shledá potřebné navštívit odborníka a problém řešit **(32)**.

Následující diagram zobrazuje posloupnosti fází implementace preventivního programu reprodukčního zdraví. Směrem k vrcholu pyramidy ubývá počet osob v cílové skupině, služby jsou pak stále více individuálně zaměřeny.

Diagram č. 2 Fáze zavádění preventivního programu

*Zdroj: Engenderhealth: Participant book (originál v anglickém jazyce)*

V roce 2010 byl autorkou disertační práce řešen projekt Ministerstva zdravotnictví ČR na téma *„Prevence poruch reprodukčního zdraví u dospívajících chlapců jako podpora odpovědného rodičovství“*. Projekt vycházel z poznatku, že zaměření pozornosti na dospívající chlapce, kteří své vědomosti a postoje k reprodukčnímu zdraví teprve formují a získávají první osobní zkušenosti v sexuálním a partnerském životě, je významný. Dospívající si začínají uvědomovat své reprodukční schopnosti, často jim ale chybí adekvátní informace **(80)**.

Prevence poruch reprodukčního zdraví dospívajících je obtížná, nejen proto, že chybí lékaři - specialisté a společnost k tomu chlapce nevede, problematické je i samotné vývojové období. Chlapci spojují vyšetřování nebo věnování pozornosti vlastní anatomii s rozpaky, to pak přispívá k negativním zdravotním návykům **(137)**.

Teoretické zakotvení projektu vzniklo na základě konzultace s odborníky a analýzy dostupných zdrojů. Poté byli kontaktováni metodici prevence na středních školách v Českých Budějovicích. Po přípravné fázi byla prostřednictvím krátkých přednášek oslovena cílová skupina dospívajících chlapců ve věku 15 - 19 let. Na přednášce byli studenti mimo jiné informováni o internetové stránce http://www.adamcr.cz/spermiogram-online/prevence, kde je zpřístupněn autorkou vypracovaný vzdělávací text. K evaluaci projektu byl 397 studenty vyplněn anketní lístek, jenž mapoval základní postoje k prevenci poruch reprodukčního zdraví.

Výsledky anketního šetření poukazovaly hlavně na to, že dospívající by ve většině případů k prohlídce zaměřené na reprodukční zdraví u lékaře přistoupili, jen kdyby už nastal nějaký zdravotní problém. Pozitivní ale bylo, že jen malé procento respondentů by se prohlídce zcela vyhýbalo. Převaha respondentů téma reprodukční ho zdraví s nikým doposud neprobírala. Pokud ano, největší důvěru měli dospívající k vrstevníkům, naopak lékaři byli hodnoceni jako nejméně důvěryhodní. Chlapci by uvítali, kdyby se o tomto tématu ve škole hovořilo více. Poměrně velká část by si však informace o reprodukčním zdraví hledala v internetových zdrojích **(73)**.

Výsledky šetření mohou přinést zprávu zdravotnickým a pedagogickým pracovníkům, kteří by si měli uvědomit, že hrají významnou roli v usnadňování komunikace. Lze očekávat, že v první fázi bude předcházet monolog odborníka, ale postupně to bude zvyšovat ochotu ke kýženému dialogu mezi mladým mužem a lékařem. Dospívající chlapci nejsou zvyklí o tématu hovořit, i když vyspělost jedinců může být individuální. Informace v tomto věku sami nevyhledávají, jsou spíše jejich pasivními příjemci.

Preventivní školní programy jsou v mezinárodním měřítku považovány za jeden z nejdůležitějších nástrojů, jak pozitivně ovlivňovat postoje, vědomosti a chování mladých lidí **(119)**.

## 6. Závěr

Jelikož je většina otázek týkajících se rodičovství viděna jako záležitost ženská, lze tuto oblast označit jako poměrně dobře zmapovanou z pohledu žen. Jak o rodičovství vyjednávají a plánují ho muži, je víceméně nepoznané. Důležitost tohoto období spočívá ve vytváření otcovské identity a umožňuje partnerům nalézt rovnocennou komunikaci i pro další otázky, které bude třeba řešit v budoucím rodičovství. Do popředí zájmu se otázka plánování rodičovství dostává také v souvislosti se změnami reprodukčních ukazatelů. Plánování rodičovství by nemělo vyznít negativně jen jako odkládání narození potomků na vhodnou dobu, ale především jako společně respektované období představ partnerů o rodinném životě.

Ke vstupu do rodičovství muže vedou jejich reprodukční přání a plány, které ale vlivem působení dalších faktorů nemusí být realizovány. Vstupní podmínkou pro uskutečnění reprodukčních plánů se stává perspektiva vztahu s partnerkou a míra pocitu touhy po dítěti, ať již izolovaná jednotlivcem, nebo společně posuzovaná v páru. Samotná touha po dítěti a nalezení vhodné partnerky však k naplnění reprodukčních plánů nepostačuje. Muži se svými partnerky vyjednávají o podmínkách vhodných pro příchod dětí. Zvažují přitom nejrůznější faktory, jak hodnotového, tak strukturálního charakteru. Dohodě s dlouhodobou partnerkou muži ve výzkumném souboru kladli velký význam.

Při analýze mezigeneračních změn se ukázalo, že pro muže je stále stejně důležitá schopnost zabezpečit rodinu. Na rozdíl od mužů ve středním věku se ale bezdětní muži a mladí otcové potýkají se skutečností, že vstup do rodičovství se stává složitým rozhodovacím procesem, kde se setkávají osobní zájmy jedince, partnerů a tlaky společnosti na ideální zázemí pro příchod dítěte. Odpovědné rozhodování kvůli složitosti všech zvažovaných podmínek paradoxně může oslabovat jistotu, že rozhodnutí bude správné.

Na první pohled se může zdát, že největší roli muži přisuzují zajištění materiálních podmínek. Skutečnost však může vypovídat spíše o změně v hodnotovém žebříčku mladých lidí. Přisuzování důležitosti „materiálnímu“ a zvyšování nároků a standardu zajištění je typickým rysem soudobé společnosti.

Ve výsledcích šetření také za povšimnutí stojí to, že bezdětní respondenti i otcové malých dětí se významně přizpůsobují možnostem svých partnerek. Výpovědi

poukazují na skutečnost, že z těch podmínek, které směřují k odkládání rodičovství, jsou více rozhodující ty, které ovlivňuje aktuální životní situace partnerky. Respondenti svým partnerkám tuto výsadu spíše přisuzují, neboť si uvědomují složitost požadavků současné společnosti na profesní uplatnění žen a slaďování nároků na materiální i citové zabezpečení dítěte.

Zvláště pro bezdětné respondenty do 30 let je důležité, aby partnerka dostudovala, získala dobré zaměstnání a praxi. Kladení důrazu partnerek vysokoškolaček na vzdělání a následně větší pravděpodobnost lepšího uplatnění na trhu práce, dává pravděpodobně větší smysl a pocit životní jistoty více než ženám, které o rozvoj profesní dráhy neusilují. Těm naopak může smysl života a jistoty přinášet jedině rodičovství. Z tohoto důvodu se při vysvětlování jevu odkládání rodičovství do vyššího věku tato práce přiklání k výkladu teorie redukce nejistoty a hodnoty dítěte.

Pro další výzkum by bylo z tohoto hlediska zajímavé provést kvalitativní výzkumné šetření zaměřené na porovnání přístupu k otázkám plánování rodičovství mladými rodiči s nižším vzděláním (základní vzdělání, vyučení) a rodiči vysokoškolsky vzdělanými.

I přes řadu zajímavých zjištění, výzkum v rámci disertační práce jednoznačně neodhalil, které podmínky pro muže hrají v odkládání rodičovství větší roli, zda hodnotové nebo strukturální.

Pomocí účinných metod bránění početí lze rodičovství odsouvat na dobu nejvíce vhodnou pro příchod dítěte. Důležitými faktory pro volbu kontracepční metody se jeví délka a perspektiva partnerského vztahu, životní filozofie, zdravotní stav a osobní vyzrálost respondentů a jejich partnerek.

Díky rozšíření metody hormonální antikoncepce odpovědnost za udržení sexuálního života na rekreační úrovni přechází převážně na ženu. Pro oba partnery pak sexuální život přináší zřejmé benefity jako je pohodlí, jistota. To, že pár užívá hormonální antikoncepci, ještě nutně neznamená, že muž se nestaví k bránění početí odpovědně. Svojí míru zapojení do výběru hormonální antikoncepce vnímají muži různými způsoby. Nejčastěji tak, že partnerce na tablety přispívají. U respondentů do 30 let se častěji objevovala odpověď, že partnerka již hormonální antikoncepci užívala před příchodem do vztahu a v užívání dál pokračovala.

Hormonální antikoncepce byla oblíbená u bezdětných respondentů, mladých otců i u mužů ve středním věku. Rozdílnost byla pouze v tom, že k jejímu užívání

přistupovali v rámci určitého procesu. Podle vývoje partnerského vztahu to bylo u mladších mužů, kteří s prodlužující se délkou vztahu přecházeli z bariérové metody bránění početí k hormonální. U generace mužů ve středním věku obliba vzrostla s dostupností hormonální antikoncepce na trhu. Ke změně volby kontracepčních strategií bezesporu za posledních 20 let došlo, ale bylo to způsobeno spíše vnějšími společenskými změnami, než změnou v mentalitě mužů.

Tématu, kterému se práce nevěnovala, ale bylo by pro další výzkumné šetření zajímavé, je zmapování postojů k otázkám hormonální antikoncepce pro muže a zmapování výzkumu v této oblasti ve světě.

Při analýze výsledků výzkumu disertační práce v oblasti poruch plodnosti (fertility) málokterý respondent věnoval pozornost prevenci poruch reprodukčního zdraví a pochyboval o vlastních reprodukčních schopnostech. Nemožnost zplodit dítě lidi zastihuje nepřipravené. Problémy s poruchami plodnosti se mužům jeví spíše jako problém žen.

Specificky mužskými tématy se v oblasti poruch prevence reprodukčního zdraví stává obava z neschopnosti mít biologicky vlastní dítě. Muži se nejvíce emotivně vyjadřovali k vyšetření spermatu a možnosti využít dárcovských gamet. Zdánlivě pasivní role muže při řešení poruch fertility pravděpodobně překrývá strach z osobních reprodukčních limitů. Obrat role muže v procesu léčby poruch fertility se zásadně mění v souvislosti s dobrým výsledkem spermiogramu. V průběhu léčby je mužům přisuzována hlavně role opory ženě, která je vystavena fyzicky léčebným procedurám. Těžkosti léčby prožívají ale oba partneři obdobně, i když každý vyjadřuje jiný způsob, jak se tím vyrovnává. Muž má dvojí roli. Ženu podporuje a zároveň vnitřně prožívá své vlastní obavy.

Představy a osobní zkušenosti mužů se v zásadních zjištěních významněji rozcházejí až ve fázi léčebné. Muži s osobní zkušeností by byli ochotni podstoupit větší spektrum léčebných metod. Možnosti současné medicíny v oblasti léčby poruch plodnosti jsou muži obecně přijímány jako vhodná možnost na cestě za dítětem.

Pozornost odborníků si zaslouží muži emočně prožívané diagnostické období spojené s vyšetřením spermatu a spíše odmítané metody léčby využívající postupy s užitím genetického materiálu dárců.

Během zpracování tématu disertační výzkumu byl autorkou práce realizován projekt zaměřený na prevenci poruch reprodukčního zdraví u dospívajících chlapců.

Krátké anketní šetření, které mapovalo základní postoje k otázkám reprodukčního zdraví, bylo doprovázeno realizací preventivně vzdělávacího programu. Jako důležité se jeví pochopit a případně ovlivnit reprodukční chování mladých lidí ještě v době, kdy děti nemají. Účelným prostředníkem pro šíření informací jsou média a preventivní programy na školách, o které by bylo zapotřebí se více zasadit.

Cíle výzkumné práce byly splněny jen částečně. Ve výsledcích byly zodpovězeny všechny výzkumné otázky, nicméně od původně plánované podrobnější analýzy s ohledem na kvótní znaky (jako např. vzdělání, rodinný stav) respondentů bylo odstoupeno. Výzkumný soubor respondentů byl velmi heterogenní a u všech nebyly k dispozici informace o požadovaných kvótních znacích. To, co si však může dovolit kvalitativní výzkum, a je to jeho nesporným přínosem, je nasycenost dat a originalita jejich zpracování. Pokud by se jednalo o studii s větším důrazem na kvantitativní výzkumné postupy, bylo zapotřebí více propracovat metodologickou část. Přesto lze říci, že hlavní smysl kvalitativního výzkumu, který spočívá ve tvorbě nových hypotéz a podnětů k dalšímu zkoumání, byl splněn.

## 7. Seznam použitých zdrojů


1. ACQUIRE. Project/EngenderHealth and Promundo. *Enganging Boys and Men in Gender Transformation: The Group Education Manual*. USAID, 2008. 356 s. ISBN 978-1-885063-77-9.
2. AUGUSTYN, J. *Být otcem*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2004. 236 s. ISBN 80-7192-581-0.
3. BADINTEROVÁ, E. *XY: O mužské identitě*. 1.vyd. Litomyšl: Paseka, 2005. 275 s. ISBN 80-7185-727-0.
4. BAKALÁŘ, E. et al. *O čem sní muži, aneb jak to vidí otcové.* 1. vyd. Praha: Alfa Publishing, 2005. 292 s. ISBN 80-86851-24-9.
5. BAKALÁŘ, E. *Průvodce otcovstvím, aneb bez otce se nedá (dobře) žít*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2002. 216 s. ISBN 80-7021-605-0.
6. BECK,U. –BECK-GERSHAIM, E . *The Normal Chaos Of Love*. Cambridge: Polity Press,1995, 231 s. ISBN 0745613829.
7. BECKER, G. *A Treatise on the family.* Enlarged ed.Harvard: Harvard University Press,1991, ISBN 0-674-90698-5.
8. BEETS, G. et al. *The Future of Motherhood in Western Society*: *Late Ferility and its Consequences.* Springer Science and Bussiness Media, 2011. 208 s. ISBN 987-90-481-8968-7.
9. BIDDULPTH, S. *Mužství: Jak zvládat všechny mužské role*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 200 s. ISBN 978-80-7367-209-6.
10. BLOSSFELD,H. P. – MILLS, M. Globalization, Uncertainty and Changes in Early Life Courses. *Zeitschrift fur Erziehungswissenschaft*, 2003, vol. 6, p. 188-218, ISSN 1434-663X.
11. BOLDIŠ, P. Bibliografické citace dokumentu dle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2 : Část 1 – *Citace: Metodika a obecná pravidla*. [online]. Verze 3.3. Poslední aktualizace 28. 3. 2006. 21s. [2014-05-20]. Dostupné z: < http://www.boldis.cz/citace/citace1.pdf>.
12. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 A ČSN 690-2: Část 2 - Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů*. [online]. Verze 3.1. poslední aktualizace 31. 03. 2006 [cit. 2014-05-20]. Dostupné z <http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>.

13. BURGESSOVÁ, A. *Návrat otcovství*. Brno: Jota, 2004. 218s. ISBN 80-7217-296-4.
14. CLIQUET,R.L. The Second Demographic Transition: Fact or Fiction? *Population Studies*, no. 23. Strasbourg: Council of Europe, 1991. 99s. ISBN 92-871-1962-7.
15. COLLIER, R. – SHELDON, S. *Fathers´ Rights Activism and law Reform in Comparative perspective*. Portland: Hart Publishing, 2008. 190 s. ISBN 978-1-84113-629-5.
16. COLLIER, R. – SHELDON, S. *Fragmenting Fatherhood: Socio – Legal Study*. Oxford: Hart Publishing. 2008. 324 s. ISBN 978-1-84113-417-8.
17. CONNELL, R., W. – MESSERSCHMIDT , J., W. Hegemonic masculinity: rethinking the concept. *Gender and Society* [online]. 2005, vol. 19, no. 6, p. 829–859. [cit. 2014-06-10]. Dostupné z < http://www.engagemen-me.org/sites/default/files/Hegemonic%20Masculinity-%20Rethinking%20the%20Concept%20%28R.%20W.%20Connell%20and%20James%20W.%20Messerschmidt%29.pdf >. ISSN 0891-2432.
18. CULLEY,L. et al. Where are all the men? The marginalization of men in social scientific research on infertility. *Reproductive Biomedicine Online* [ online]. 2013, vol.27, no.3,p. 225-235. [cit.2014-14-06]. Dostupné z < https://www.dora.dmu.ac.uk/xmlui/handle/2086/8793 >
19. CURRAN, D., J. – RENZZETTI, C. M. *Ženy, muži a společnost*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 644s. ISBN 80-246-0525-2.
20. ČÁPOVÁ,H. Pilulka nebere jen deti. [online]. 2009 [cit. 2014-05-18]. Dostupné z < http://klimes.mysteria.cz/clanky/psychologie/pilulka.htm>.
21. ČEPICKÝ, P. Antikoncepce a ostatní metody plánovaného rodičovství. In WEISS, P. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. 1. vyd. 275 – 293 s. ISBN 987-80-247-2492-8.
22. ČERNÁ, P. *Rozvod, otcové a děti*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2001. 122s. ISBN 80-86432-11-4.
23. ČERVENKA, J. Hodnotové orientace české veřejnosti. *Naše společnost 2005*. [online]. Bulletin Centra pro výzkum centra veřejného mínění 2005, p. 6-8 [cit. 2014-06-10]. Dostupné z <

http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c3/a3995/f11/Nase%20spolecnost%202005_2.pdf >.

24. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Roste počet domácností jednotlivců*. [online]. Poslední aktualizace 20. 08. 2012. [ cit. 2014 -05-10]. Dostupné z <http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/ainformace/78E200316A95>.
25. DAROCH, J. E. The Pill and Men´s Involvement in contraception. *Family Planning Perspectives* [online]. 2000, vol. 32, no. 2 [cit. 2014-02-08]. Dostupné z < https://www.guttmacher.org/pubs/journals/3209000.html>.
26. DAVID, R. *Práva dítěte.* 1.vyd. Olomouc: Olomouc, 1999. 176 s. ISBN 80-7182-076-8.
27. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost.* 3.vyd. Praha: Karolinum, 2002. 376 s. ISBN 80-246-0139-7.
28. DOUGANSOVÁ,I. *Reflexologie: unikátní spojení reflexní terapie a tradiční čínské medicíny: reflexní zóny na chodidlech: léčebná kůra pro dobrou kondici.* 1.vyd. Praha: Ikar, 2007. 248 s. ISBN 978-80-249-0901-1
29. DUDOVÁ R. – VOHLÍDALOVÁ, M. Nové tváře rodiny a nové podmínky pracovního trhu. In Dudová R. (eds). *Souvislosti proměn pracovního trhu,soukromého , rodinného a partnerského života.* Sociologické studie. Vol. 7, No.3, Sociologický ústav, Praha :2007 ISBN 978-80-7330-119-4.
30. DUDOVÁ, R. *Muži, moc a emoce* [online]. 2005. [cit. 2009-10-13]. Dostupné z <http://www.soc.cas.cz/info/cz/25061/Muzi-moc-a-emoce.html>.
31. DUNOVSKÝ, J. *Sociální pediatrie: Vybrané kapitoly*. 1.vyd. Praha: Grada, 1999. 284 s. ISBN 80-7169-254-9
32. ENGENDERHEALTH. *Introduction to men's reproductive health services — Revised edition: Participant handbook*. New York: EngenderHealth, 2008. ISBN 978-1-885063-72-4.
33. EUROSTAT. *Live births outside marriage, selected years, 1960–2012*. [online]. 2014 May. [cit. 2014-04-15]. Dostupné z <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/File:Live_births_outside_marriage,_selected_years,_1960%E2%80%932012_%28share_of_total_live_births,_%25%29_YB14.png>.

34. FAIT, T. Současné způsoby antikoncepce. In *Sborník ke kongresu SPRSV* [online]. Pardubice: 2004. [cit.2013-12-07]. Dostupné z:<http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006010602>
35. *FAMILY PLANNING 2020*. [online]. [cit. 2014-06-25]. Dostupné z <http://www.familyplanning2020.org/>.
36. FEATHERSTONE, B. et al. *Working with Men in Health and Social Care.* London: Sage Publishing, 2007. 214 s. ISBN 978-1-4129-1850-3.
37. FRINTA, O. Určování otcovství mimo rámec domněnek zákona o rodině. In *Naděje právní vědy*. Býkov: Sborník z mezinárodního setkání mladých vědeckých pracovníků, 2006. 163 -171 s. ISBN 80-7380-002-0.
38. GIDDENS, A. Sociologie. Praha: Argo, 1999, 595 s. ISBN 8072031244.
39. HALUZA, R. *Komerční určování otcovství*: *zkušenosti po 5 letech praxe*. In *Sborník ke kongresu SPRSV* [online]. Pardubice: 2003. [cit. 2014 -02 -15]. Dostupné z <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006011301>.
40. HAMPLOVÁ, D. Sňatečnost, nesezdaná soužití a veřejné mínění. p. 12-19. In KOCOURKOVÁ, J. - RABUŠIC, L. *Sňatek a rodina: zájem soukromý nebo veřejný?* Praha: PřF UK, 2006, 158 s. ISBN 80-86561-93-3.
41. HARGAŠOVÁ, M. – NOVÁK, T. *Předmanželské poradenství***.** Praha: Grada, 2007. 144 s. ISBN 978-80-247-1730-2.
42. HARTL, P. – HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník.* 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
43. HAŠKOVÁ, H. – RABUŠIC, L. K nízké sňatečnosti v České republice. *Sociální studia*. Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity, 2008, roč. 2, č.9, 9-33s. ISSN 1214-813X.
44. HAŠKOVÁ, H. – ZAMYKALOVÁ, L. Mít děti – co je to za normu? Čí je to norma? *Biograf*. 2006, roč. 11, č. 40–41. 3 – 53 s. ISSN 1211-5770.
45. HAŠKOVÁ, H. (Ne)Zakládání rodiny ve světle reprodukčních preferencí, bariér, plánů a chování. p. 81-109 . In DUDOVÁ, R (eds.) *Souvislosti proměn pracovního trhu a soukromého, rodinného a partnerského života.* Sociologické studie / Sociological Studies, 2007, vol. 07, no. 03. Praha: Sociologický ústav AV ČR, v.v.i. 166 s. ISBN 978-80-7330-119-4.

46. HAŠKOVÁ, H. *Fenomén bezdětnosti*. 1. vyd. Praha: Slon, 2009. 265 s. ISBN 978-80-7419-020-9.
47. HAŠKOVÁ, H. Přirozenost a normalita rodičovství aneb Jak se volí bezdětnost. *Socioweb, 2010, roč.* 8, č. 11, p. 3-5. ISSN 1214-1720.
48. HAŠKOVÁ, H. *Reprodukční preference a bezdětnost v české společnosti ve světle kvantitativních dat* [online]. 2006. [cit. 2011-12-14]. Dostupné z: <http://www.soc.cas.cz/info/cz/25017/Kvantitativni-vyzkum.html>.
49. HEINEMANN, K. et al. Attitudes toward male fertility control: results of a multinational survey on four continents. *Human Reproduction*, 2005, vol. 20, no. 2, p. 549-556. ISSN 0268-1161.
50. HELLER ,D. Některé perspektivy kvalitativního výzkumu: software pro analýzu kvalitativních dat. In MIOVSKÝ,M. - ČERMÁK,I. - A ŘEHAN,V. (eds). *In Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku III*. Univerzita Palackého v Olomouci: 2004, 118s. ISBN 80-244-0909-7
51. HENDL,J. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
52. HERÁČEK, J. Úloha androloga v diagnostice léčbě infertility páru. 195-225 s. In ZÁMĚČNÍK, L. *Praktická andrologie dospělých*. Praha: Mladá Fronta, 2010. 254 s. ISBN 978-80+204-2020-6
53. CHALOUPKOVÁ, J. Ideální věk pro rodičovství v České republice a v evropském srovnání. *Data a výzkum - SDA Info*, 2008, vol. 2, no.2, 109-130 S.. ISSN 1802-8152.
54. INTERNATIOL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION. *IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights.* 2. vyd. London: Interantional Planned Parenthood Federation, 2003. ISBN 086089 109 7.
55. INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION ADOLESCENT TEAM. *IPPF Framework for Comprehensive Sexuality Education* [online]. 2006. [cit. 2009-08-12]. Dostupné z < http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCcQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.ippf.org%2Fsystem%2Ffiles%2Fippf_framework_for_comprehensive_sexuality_education.pdf&ei=Y1C6U62vNa304QTTroAI&usg=AFQjCNEu4lIwt0PTZjAAFJcFZvl4o6uaYQ&bvm=bv.70138588,d.bGE >.

56. JANEBOVÁ, R. Když je klientem muž. In SMUTEK, M. - KAPPL, M. *Proměny klienta služeb sociální práce – Social Work Client Metamorphoses*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007, 317-336 s. ISBN 80-7041-716-1.
57. JANEBOVÁ, R. Moc a autorita: genderové hledisko. In JANEBOVÁ, R. - KAPPL, M. - SMUTEK, M. *Sociální práce mezi pomocí a kontrolou*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2008, 39-55 s. ISBN 978-80-7041-118-6.
58. JANEBOVÁ, R. *Sociální problémy z aspektu gender*. 1.vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006. 106 s. ISBN 80-7041-512-6.
59. JOHANSON,M. et al. Gender perspective on quality of life, comparisons between Gross 4-5.5 years after unsuccessful or successful IVF treatment. *Acta Obstet . Gynecol.Scand.*,2010, vol.89, no.2010. p.683-691. ISSN 1600-0412
60. KARSTEN, V. *Otcové – dcery, synové – matky*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005, 168 s. ISBN 80-7178-838-4.
61. KLEMETTI, J., et al. Infertility, mental disorders and well-being – a nationwide survey. *Acta Obstet.Gynecol..Scand*., 2010, no. 89, p.677-682. ISSN 1600-0412
62. KOHOUTOVÁ, I. *Polovina mužů před třicítkou žije u rodičů, založení rodiny odkládá*. Rozhovor pro Českou televizi. [online]. Poslední aktualizace 09. 04. 2014 [cit. 2014-15-06]. Dostupné z <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/269134-polovina-muzu-pred-tricitkou-zije-u-rodicu-zalozeni-rodiny-odklada/>.
63. KONEČNÁ, H. Být či nebýt (rodičem)*? Reprodukční zdraví 2006*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN 80-7040-855-3.
64. KONEČNÁ, H. *Na cestě za dítětem: Dvě malá křídla*. 1.vyd. Praha: Academia, 2003. 320 s. ISBN 80-200-1055-6.
65. KONEČNÁ, H. The Physiotherapeutic Method By Mojžíšová. *Kontakt*, 2007, vol. 9, no. 2, p. 422-424. ISSN 1212-4117 .
66. KORYNTOVÁ, D. Psychosomatické aspekty sterility. In: *Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví*. Sborník prací celostátní konference ČGPS ČLS JEP. Praha: Euroagentur, Levret,1999, s.85-91. ISBN 80-238-4740
67. KOVAŘÍK, J. et al. *Náhradní rodinná péče v praxi*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče a Portál, 2004. 168 s. ISBN 80-7178-957-7.

68. KRHUTOVÁ, R. *Rovnováha mezi biologickým, sociálním a právním rodičovstvím.* Brno: Masarykova univerzita, Právnická fakulta, Katedra občanského práva, 2009, 58 s. vedoucí diplomové práce JUDr. Zdeňka Králíčková, PhD.
69. KUBÍČEK, V. Možnosti antikoncepce u mužů. *Urologie pro praxi*, 2009, vol. 10, no.3, p. 194-199, ISSN 1213-1768.
70. KUBÍČEK, V. *Mužská neplodnost a mužské reprodukční zdraví*. [online].[ cit. 2014-05-09]. Dostupné z <http://www.androcare.cz/neplodnost.html>.
71. KUBÍČEK, V. *Penis: Rádce nejen pro muže*. 1. vyd. Praha: Smart Press. 2006. 146 s. ISBN 80-903642-1-7.
72. KUBÍČEK, V. *Spermiologické vyšetření* [online] poslední aktualizace 09. 02. 2010 [cit. 2014-04-20]. Dostupné z <http://www.cssmweb.cz/news/spermiologicke-vysetreni/>.
73. KUBIČKOVÁ, A. Preventivní program reprodukčního zdraví u dospívajících chlapců. Prevence úrazů, otrav a násilí, roč.7, č. 2, 2011, p. 162 – 169, ISSN 1801-0261.
74. KUNDRA, L. *Legislativní možnosti podpory rodičovské dovolené muži.* Praha: Otevřená společnost o.p.s., Centrum proEquality, 2009. ISBN 978-80-87110-14-0.
75. LANGMEIER, J. - KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie: 2. aktualizované vydání*. 4.vyd. Praha, Grada: 2007. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
76. LAZDANE, G. Regional experience of implementation of WHO tools and guidelines in the area of SRH. In *European Journal for Contraception and Reproductive Care*. Haag: The 11th Congress of European Society of contraception and Reproductive Health, 2010. p. 19. ISSN 1362-5187.
77. *LIGA OTEVŘENÝCH MUŽŮ.* Naše témata *[online].[cit. 2014-06-15]. Dostupné z* < http://ilom.cz/temata/ >.
78. LIPPA, R. A. *Pohlaví: příroda a výchova*. 1.vyd. Praha: Academia, 2009. 432 s. ISBN 978-80-200-1719-2.
79. MARSIGLIO, W. – HUTCHINSON, S. et. al. Envisoining Fatherhood: A Sociolegal Prespective on Young Adult men without Kids. *Family Realtions.* [online]. 2002, vol. 49. no. 2. p.133-142 [2014-01-29]. Dostupné z <http:/www.jstor.org/stable/585809>.

80. MARSIGLIO, W. – HUTCHINSON, S. *Sex, Men, and Babies: Stories of Awareness and Responsibility*. New York University Press: New York, 2004. 280 s. ISBN 978-0814756966.
81. MAŘÍKOVÁ, H. Muž v rodině: Demokratizace sféry soukromé. [online]. Sociologický ústav Akademie věd České republiky, 1999. [cit. 2014-01-10]. Dostupné z: < http://studie.soc.cas.cz/upl/texty/files/143_99-6wptext.pdf >.
82. MAŘÍKOVÁ, H. Otcové v péči o děti. *Sociologický webzin*. [online]. Sociologický ústav AVČR, 2006 [cit.2013-09-15]. Dostupné z: < http://www.socioweb.cz/index.php?disp=temata&shw=234&lst=120>.
83. MAŘÍKOVÁ, H. Pečující otcové, příběhy plné odlišností. *Sociologický časopis/czech sociological review*, 2009, roč. 45, č. 1. 89–113 s. ISSN 0038-0288.
84. MAŘÍKOVÁ, H. *Proměny současné české rodiny*. 1. vyd. Praha: Slon, 2000. 172s. ISBN 80-85850-93-1.
85. MAŘÍKOVÁ , H. Možnosti uplatnění žen (a mužů) na trhu práce v souvislosti s bez/dětností.pp.58-67. In KŘÍŽOVÁ, A. (ed.) *Kombinace pracovního a rodinného života v ČR: politiky, čas, peníze a individuální, rodinné a firemní strategie*. Sociologické studie/Sociological Studies, 2005, vol.5, no.4. p.58-68 ISSN 80–7330–077–X.
86. MATĚJČEK, Z. – KOLUCHOVÁ, J., et al. *Osvojení a pěstounská péče*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. 152 s. ISBN 80-7178-637-3.
87. MATĚJČEK, Z. – LANGMEIER, J. *Počátky našeho duševního života.* Panorama: Praha, 1986. 365 s.
88. MATĚJČEK, Z. *Co děti nejvíce potřebují*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 112 s. ISBN 80-7178-853-8.
89. MATĚJČEK, Z. Rodičovské postoje. In *Eseje o rodině, manželství a rodičovství*. Praha: Free Teen Press, 2004. 84 s. ISBN 80902898-5-1.
90. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3.vyd. Praha: Slon, 2003. 164 s. ISBN 80-86429-19-9.
91. MCDONALD,P. Sustaining Fertility through Public Policy: The Range of Options. *Population*, 2002, vol. 57, no. 3, p. 417-446 . ISSN 1957-7966.

92. MERIOGGILA, M. et. al. Acceptability of an injectable male contraceptive regimen of norethisterone enanthate and testosterone undecanoate for men. *Human Reproduction*. 2006, vol. 21, no. 8, p. 2033-2040, ISSN 0268-1161.
93. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Koncepce rodinné politiky* [online].[cit.2014-01-20]. Dostupné z < http://www.mpsv.cz/files/clanky/2125/koncepce_rodina.pdf >.
94. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Rodina.a ochrana práv dětí* [online]. [cit. 2007-01-29]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/4#apr>.
95. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Zpráva o stavu populace a rozvoje České republiky* [online]. poslední aktualizace 17. 07. 2007. [cit. 2014-01-31]. Dostupné z: < http://www.mpsv.cz/cs/1214 >.
96. MIOVSKÝ,M. Kvalitativní přístup a metod v psychologickém výzkumu. 1. vyd. Grada: Praha, 2006, 332s. ISBN 80-247-1362-4.
97. MOLNÁR, Z. *Úvod do základů disertační práce, aneb jak napsat úspěšnou disertaci*. Sylabus pro potřeby práce doktorandů. [online]. [cit. 2014-06-03]. Dostupné z <http://k126.fsv.cvut.cz/predmety/d26mvp/mvp_sylabus-mvp.pdf>.
98. MOSS, P. (eds.) *International Review of Leave Policies and Related Research* [online]. London: Department for Business, Enterprise and Regulatory Reform, 2008. [cit.2013-10-23]. Dostupné z: <http://www.berr.gov.uk/files/file47247.pdf>.
99. MOŽNÝ, I. *Sociologie rodiny*. Praha: Slon, 2002. 252 s. ISBN 80-86429-05-9.
100. MRÁZEK, M. Asistovaná reprodukce. In WEISS, P. (eds). *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010, 305-325 s. ISBN 978-80-247-2492-8.
101. NEŠPOROVÁ, O. *Harmonizace rodiny a zaměstnání. Rodiny s otci na rodičovské dovolené.* [online]. Praha: VÚPSV, 2005. 93 s. [cit. 2014-03-06] Dostupné z <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_176.pdf>.
102. NEŠPOROVÁ, O. Postoje k rodině, manželství a rodičovství. In NEŠPOR, Z. - VEČERNÍK, R. J. (eds.). *Socioekonomické hodnoty, politiky a instituce v období vstupu České republiky do Evropské unie.* Sociologické studie / Sociological Studies, 2006, vol. 06, no.1, p. 215-228. ISBN 80-7330-085-0.
103. NOVOTNÁ, M. Moderní trendy v hormonální antikoncepci. *Medicína pro praxi*, vol.8, no.12 p. 544 -546. ISSN 1214-8687.

104. OAKLEYOVÁ, A. *Pohlaví, gender a společnost*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000.176 s. ISBN 80-7178-403-6.
105. PAKOSTA, P. Proč chceme děti: Hodnota dítěte a preferovaný počet dětí v České republice. *Sociologický časopis/ Czech Sociological Review*, 2009, vol. 45, no. 5, p. 899–934. ISSN 80-7330-085-0.
106. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 4. vyd .Praha: Galén, 2009. 738 s. ISBN 978-80-7262-653-3.
107. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a porodu*. 2.vyd. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-41.
108. PERONACE, L., A. – BOIVIN, J. – SCHMIDT, L., Patterns of suffering and social interactions in infertile men: 12 months after unsuccessful treatment. J. *Psychosom. Obstet. Gynecol*, 2007, vol. 28, no.2, p. 105–114. ISSN 0167-482X.
109. PHILIPOV, D. *Fertility in Times of Discontinuous Societal Change: The case of of central and Eastern Europe*. [online]. Working papers of the Max Planck Institute for Demographic Research, 2002 [cit. 2014-05-15]. Dostupné z <http://www.demogr.mpg.de/papers/working/wp-2002-024.pdf>.
110. PONDĚLÍČKOVÁ-MAŠLOVÁ, J. – RABOCH, J. *O sexualitě a mezilidských vztazích.* 1.vyd. Praha: Galén, 2005, 195 s. ISBN 80-7262-323-0.
111. PONĚŠICKÝ, J. *Fenomén ženství a mužství: Psychologie ženy a muže, rozdíly a vztahy.* Triton: Praha, 2003. 208 s. ISBN 80-7254-350-4.
112. RABUŠIC, L. Kde ty všechny děti jsou? *Statistika a my*, 2014. vol. 6, no. 4, p. 12-13. ISSN 1804-7149.
113. RABUŠIC, L. *Kde ty všechny děti jsou?: Porodnost v sociologické perspektivě.* 1.vyd. Praha: Slon, 2001. 266 s. ISBN 80-86429-01-6.
114. RABUŠIC, L. Bude česká plodnost i v budoucnu jedna z nejnižších v Evropě? In KOCOURKOVÁ, J. - RABUŠIC,L. (eds.*) Sňatek a rodina: zájem soukromý nebo veřejný?* Praha: PřF UK,2006, 158 s. ISBN 8086561933.
115. RADIMSKÁ, R. Mateřství, otcovství a moc. *Gender, rovné příležitosti, výzkum,* 2002, vol. 3, no. 4., 1-3 s. ISSN 1213-0028.
116. RAPER, V. *World Health organisations recognises infertility as a disease*. [online]. Poslední aktualizace 30. 11. 2009 [2013-12-01]. Dostupné z <http://www.bionews.org.uk/page_51799.asp?iruid=3396>.

117. ŘEŘÁBEK, K. *Léčba neplodnosti: 3. aktualizované vydání*. 3. vyd. Praha: Grada, 2004. 120 s. ISBN 80-247-1010-2.
118. SEDLÁČEK, L. – PLESKOVÁ, K. (eds.) *Aktivní otcovství.* Brno: Nesehnutí, 2008. ISBN 978-80-903228-9-1.
119. SEDLECKY, K. – APTER, D. Preventive strategies for adolescence. In *European Journal for Contraception and Reproductive Care*. Haag: The 11th Congress of European Society of contraception and Reproductive Health, 2010, p 12-13 . ISSN 1362-5187.
120. SEJKOROVÁ, E. – KVĚTOŇ, P. Mužská a ženská role v současné rodině. *Psychologie dnes*, 2001, vol. 7, no. 4., 16-17s. ISSN 1211- 5886.
121. SHELDON, S. Reproductive Choice: Men´s Freedom and Women´s Responsibility. In *Freedom and Responsibility in Reproductive Choice.* London: Hart Publ., 2006. 175 – 195 s. ISBN 1-84113-582-8.
122. SINGLY de, F. *Sociologie současné rodiny*. Praha: Portál, 1999, 128s. ISBN 8071782491.
123. SKOČOVSKÝ, K. O těhotenství tatínků. *Psychologie dnes*, 2004, vol. 12. no. p. 22-23. ISSN 1212-9607.
124. SLEPIČKOVÁ, L. – FUČÍK, P. Sociální kontext postojů k řešení neplodnosti. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 2009, vol. 45, no. 2., p. 267 – 290 s. ISSN 1210-3861.
125. SLEPIČKOVÁ, L. Neplodnost jeho a neplodnost její: Genderové aspekty asistované reprodukce. *Sociologický časopis*/*Czech Sociological Revue*, 2009, vol. 45, no. 1, 177 – 203 s. ISBN 1210-3861.
126. SLEPIČKOVÁ, L. Ženské tělo a medikalizovaná neplodnost. *Socioweb, 2010,* vol. *8*, no. 11, p. 5 – 7. ISSN 1214-1720.
127. SOBOTKA, T. Změny v časování mateřství a pokles plodnosti v České republice v 90. letech. *Demografie,* 2003, vol . 46, no. 2, p. 77-87. ISSN 1802-8152.
128. SOKAČOVÁ, A. (eds.) *Reprodukční práva mužů a žen*. Praha: Gender Studies o.p.s., 2006. 24 s. ISBN 80-86520-16-1.
129. SPOLEČNOST PRO PLÁNOVÁNÍ RODINY A SEXUÁLNÍ VÝCHOVU. *Charta sexuálních a reprodukčních práv* [online]. Pelhřimov: Nová tiskárna,

1997. [cit. 2012-02-18]. Dostupné z < http://www.planovanirodiny.cz/storage/Charta_sex_a_repr_prav_1997.pdf >

130. STRAUSS, A., L. – CORBIN, J. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie.* Sdružení Podané ruce, 1999, 196 s., ISBN 9788085834604.
131. SULLEROTOVÁ, E. *Krize rodiny*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 1998. 63 s. ISBN 80-7184-647-3.
132. ŠALAMOUNOVÁ, P. – ŠAMANOVÁ, G. Představy respondentů o partnerských vztazích a rodině. *Naše společnost, 2003*, vol. 1, no. 3-4, p. 25-31. ISSN 1214-438X.
133. ŠALAMOUNOVÁ, P. – ŠAMANOVÁ, G. Reprodukční záměry mladých lidí. *Naše společnost*, 2004, vol. 2, no. 1, p. 8-11. ISSN 1214-438X.
134. ŠAMANOVÁ, G. Partnerství, manželství a rodičovství. *Naše společnost*. [online]. Projekt kontinuálního výzkumu veřejného mínění CVVM AV ČR, 2009. Tisková zpráva. [cit. 2014-06-20]. Dostupné z <http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c1/a3717/f3/100993s_ov100112.pdf>.
135. ŠMÍDOVÁ, I. Rodiny, kde pečují otcové. *Gender, rovné příležitosti, výzkum*, Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2004, vol. 2004, no. 4, s. 10-12. ISSN 1213-0028.
136. THORN,P. – WISCHMAN,T. German guidelines for psychosocial counselling in the area of gamete donation. *Human Fertility*. Cambridge, 2009, vol.12, no. 2. p. 73-80. ISSN 1742-8149
137. TROJAN, O. *Jak mluvit s dětmi o sexu: Rádce pro rodiče a učitele.* Praha: Fragment, 2009. 152 s. ISBN 978-80-253-0833-2.
138. ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat.* 3. vyd., Praha: Slon, 2007. 128 s. ISBN 987-80-86429-36-6.
139. UNITED NATIONS. Trends in Contraceptive Methods used Worldwide, [online] 2013 [cit.2014-06-05] Dostupné z <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/popfacts_2013-9.pdf>.
140. UZEL, R. *Antikoncepční kuchařka* [online].[cit. 2007-12-07]. Dostupné z: < http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006010921>.

141. UZEL, R. *Antikoncepce na počátku třetího tisíciletí* [online].[ cit.2014-04-15]. Dostupné z <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006011603>.

142. UZEL, R. *Sexuální výchova* [online]. Praha, Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006 [cit. 2013-12-10] Dostupné z <http://www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1385374360.pdf>, ISBN 80-86991-69-5

143. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.: Dospělost a stáří.* 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007. 464 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

144. VANČUROVÁ, A. *Současná a připravovaná opatření rodinné politiky v zemích Střední Evropy* [online]. 07. 04. 2007. [cit. 2012-12-06]. Dostupné z: < http://www.mpsv.cz/files/clanky/4354/studie_vancurova.pdf>.

145. VELEMÍNSKÝ, M. *Milá maminko, tatínku*. 1. vyd. České Budějovice: Dona, 1993. 120 s. ISBN 80-85463-24-3.

146. VÍTKOVÁ, L. Druhý demografický přechod. [online]. Studijní text pro kurz Populační vývoj České republiky a světa. Filozofická fakulta. Univerzity Hradec Králové [cit. 2014-04-13]. Dostupné z <www.uhk.cz/cs-cz/fakulty-a...fakulta/.../SDT-studijni%20text.doc>.

147. VOGELSONG, K., M. *Male Contraception*. 11th Postgraduate course for Training in reproductive Medicine and Reproductive Biology [online]. Geneva Foundation for Medical Eduacation and Research, 2008. [cit. 2011-06-24]. Dostupné z <http://www.gfmer.ch/Endo/Lectures_11/Malencont.htm>.

148. WARSHAK, R., A. *Revoluce v porozvodové péči o dítě*. 1. vyd. Praha: Portál, 1996. 240s. ISBN 80-7178-089-8. ¨

149. WEISS, P. – ZVĚŘINA, J. Sexuální chování české populace. *Urologie pro praxi*. 2009, roč. 10, č. 3, 160 – 163s. ISSN 1803-5299.

150. WILKINSON, C. E – leasing in Sexual and Reproductvie Healthcare. In *European Journal for Contraception and Reproductive Care*. Haag: The 11th Congress of European Society of contraception and Reproductive Health, 2010, p. 33. ISSN 1362-5187.

151. WISCHMANN, T. – THORN, P. (Male) infertility: what does it mean to men? New evidence from qualitative studies. *Reproductive Biomedicine Online*. [ online]. 2013 [ cit. 2014-06-20]. Vol. 27, No. 3, pp. 236-243 , ISSN 1472-6483 .

Dostupné z <http://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483(13)00346-5/abstract>.

152. WITZEL, A. The Problem – Centred Interview. *Forum: Qualitative Research.* [online]. 2005, vol. 1, no 1., p.[cit. 2014-06-10]. Dostupné z < http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2522>.
153. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Family Planning* [online]. [cit. 2013-06-26]. Dostupné z: < http://www.who.int/topics/family_planning/en/ >.
154. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Transforming health systems: gender and rights in reproductive health. A training curriculum for health programme managers* [online]. Geneva, World health Organization, 2001. [cit. 2012-02-09]. Dostupné z <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.29.pdf>.
155. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO laboratory manual for examination of human semen and sperm-cervical mucus interaction.4.vyd. Cambridge: Cambridge Universsity Press, 1999. ISSN 9780521645997.
156. ZEMAN, K. *Transition of nupciality onset in the Czech Republic since the 1990´s – the role of women´s education and its expansion*.[online]. Working paper for MaxPlanckE Institute for Demographic Research, Rostock, 2007. [cit. 2014-06-04]. Dostupné z < http://www.demogr.mpg.de/papers/working/wp-2007-017.pdf?origin=publication_detail>.
157. ZHANG, L., Y. et al. The acceptability of an injectable, once-a-month male contraceptive in China. *Contraception*. 2006, Vol. 73 Iss 5 548-553 pgs. ISSN 0010-7824.
158. ZOJA, L. *Soumrak otců: Archetyp otce a dějiny otcovství*. 1. vyd. Prostor: Praha, 2003. 308 s. ISBN 80-7260-145-8.

## 8. Klíčová slova

**plánování rodičovství – reprodukční zdraví – fertilita – asistovaná reprodukce – otcovství – kontracepční metody – kvalitativní výzkum**

## 9. Seznam zkratek

**OSN – organizace spojených národů**

**WHO – světová zdravotnická organizace**

**CVVM – centrum pro výzkum veřejného mínění**

**AV ČR – Akademie věd České republiky**

**LOM – Liga otevřených mužů**

**IPPF – International Parenthood Planning Federation**

**EU – Evropská unie**

**ČR – Česká republika**

**ČSÚ – Český statistický úřad**

**UN – United nations**

**IVF – In vitro fertilizace**

**IUI – intrauterinní inseminace**

# 10. Přílohy

**Příloha č.1 Seznam komunikačních partnerů**

***Vysvětlivky:***

**1** 0 – bez trvalého vztahu, 1 – trvalý vztah

**2** 0 – bezdětnost, 1 – rodičovství

**3** S – svobodný

Ž – ženatý

R – rozvedený

***** pokud není uvedeno, respondenti tento údaj neuvedli

| kód | věk | vztah [1] | dítě [2] | vzdělání | zaměstnání | stav[3] |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 27 | 1 | 0 | VŠ | technik | S |
| 2 | 26 | 1 | 0 | SŠ | * | S |
| 3 | 26 | 1 | 0 | | obchodní zástupce | S |
| 4 | 25 | 1 | 0 | SŠ | provozní | S |
| 5 | 28 | 0 | 0 | | | S |
| 6 | 26 | 1 | 0 | vyučen | kuchař | S |
| 7 | 27 | 0 | 0 | | | S |
| 8 | 29 | 1 | 0 | | | S |
| 9 | 28 | 1 | 0 | | | S |
| 10 | 26 | 1 | 0 | | konstruktér | S |
| 11 | 25 | 0 | 0 | | | S |
| 12 | 26 | 1 | 0 | vyučen | | S |
| 13 | 25 | 1 | 0 | VŠ | student | S |
| 14 | 26 | 1 | 0 | SŠ | automechanik | S |
| 15 | 27 | 1 | 0 | | voják | Ž |
| 16 | 28 | 1 | 0 | VŠ | | S |
| 17 | 25 | 1 | 0 | | řidič | S |
| 18 | 26 | 0 | 0 | | sportovec | S |
| 19 | 26 | 0 | 0 | | | S |
| 20 | 26 | 0 | 0 | | | S |
| 21 | 25 | 1 | 0 | SŠ | | S |
| 22 | 25 | 1 | 0 | | | S |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 23 | 28 | 0 | 0 | | | Ž |
| 24 | 26 | 1 | 0 | SŠ | policista | S |
| 25 | 26 | 1 | 0 | SŠ | | S |
| 26 | 25 | 1 | 0 | vyučen | automechanik | S |
| 27 | 25 | 1 | 0 | | | S |
| 28 | 28 | 1 | 0 | | VOJÁK | S |
| 29 | 27 | 1 | 0 | VŠ | technik | S |
| 30 | 26 | 1 | 0 | | | S |
| 31 | 26 | 1 | 0 | | obchodní zástupce | S |
| 32 | 26 | 1 | 0 | | | S |
| 33 | 26 | 1 | 0 | VŠ | elektrotechnik | S |
| 34 | 26 | 1 | 0 | | obchodní zástupce | S |
| 35 | 26 | 1 | 0 | | technik | S |
| 36 | 26 | 1 | 0 | VŠ | vězeňská služba | S |
| 37 | 26 | 1 | 0 | | IT | S |
| 38 | 25 | 1 | 0 | | | S |
| 39 | 39 | 1 | 1 | | | Ž |
| 40 | 28 | 1 | 0 | SŠ | technik | S |
| 41 | 26 | 1 | 0 | | IT | S |
| 42 | 28 | 1 | 0 | | stavbyvedoucí | Ž |
| 43 | 26 | 1 | 0 | | | S |
| 44 | 26 | 1 | 0 | SŠ | | S |
| 45 | 28 | 1 | 0 | SŠ | | S |
| 46 | 26 | 1 | 0 | VŠ | student | S |
| 47 | 26 | 1 | 0 | VŠ | učitel | S |
| 48 | 26 | 1 | 0 | vyučen | | S |
| 49 | 27 | 1 | 0 | | ostraha objektu | S |
| 50 | 26 | 1 | 0 | SŠ | automechanik | S |
| 51 | 27 | 0 | 0 | | | S |
| 52 | 28 | 1 | 0 | | | S |
| 53 | 28 | 1 | 0 | | | S |
| 54 | 25 | 1 | 0 | | | S |
| 55 | 29 | 1 | 0 | | dealer farmaceut. | S |
| 56 | 26 | 1 | 0 | SŠ | manažer | S |
| 57 | 27 | 1 | 0 | | sommelier | S |
| 58 | 26 | 1 | 0 | SŠ | stavbyvedoucí | S |
| 59 | 27 | 1 | 0 | | technik | S |
| 60 | 26 | 1 | 0 | | | S |
| 61 | 29 | 1 | 0 | VŠ | student | S |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 62 | 28 | 1 | 0 | SŠ | | S |
| 63 | 28 | 1 | 0 | | | S |
| 64 | 26 | 1 | 0 | | | S |
| 65 | 27 | 1 | 0 | VŠ | | S |
| 66 | 26 | 1 | 0 | VŠ | manažer | S |
| 67 | 26 | 1 | 0 | SŠ | voják | S |
| 68 | 25 | 1 | 0 | | | S |
| 69 | 27 | 1 | 0 | | zemědělec | S |
| 70 | 26 | 0 | 0 | | | S |
| 71 | 27 | 1 | 0 | | kamioňák | S |
| 72 | 28 | 1 | 0 | VŠ | učitel | S |
| 73 | 26 | 1 | 0 | | stravování | S |
| 74 | 32 | 1 | 0 | | | S |
| 75 | 31 | 1 | 0 | vyučen | elektrikář | Ž |
| 76 | 31 | 1 | 0 | SŠ | | S |
| 77 | 32 | 1 | 0 | | | S |
| 78 | 31 | 1 | 0 | | | Ž |
| 79 | 31 | 1 | 0 | | technik | S |
| 80 | 31 | 1 | 0 | vyučen | tesař | S |
| 81 | 31 | 0 | 0 | SŠ | IT | S |
| 82 | 45 | 0 | 0 | SŠ | zdravotník | R |
| 83 | 30 | 1 | 1 | SŠ | | S |
| 84 | 31 | 1 | 1 | | | Ž |
| 85 | 33 | 1 | 1 | | | Ž |
| 86 | 33 | 1 | 1 | | | Ž |
| 87 | 34 | 1 | 1 | | | Ž |
| 88 | 34 | 1 | 1 | | | Ž |
| 89 | 35 | 1 | 1 | VŠ | manažer | Ž |
| 90 | 35 | 1 | 1 | | technik | Ž |
| 91 | 35 | 1 | 1 | SŠ | policista | Ž |
| 92 | 35 | 1 | 1 | SŠ | | S |
| 93 | 35 | 1 | 1 | SŠ | truhlář | Ž |
| 94 | 35 | 1 | 1 | | | Ž |
| 95 | 35 | 1 | 1 | VŠ | | Ž |
| 96 | 35 | 1 | 1 | SŠ | technik | Ž |
| 97 | 36 | 1 | 1 | | policista | Ž |
| 98 | 36 | 1 | 1 | | podnikatel | Ž |
| 99 | 36 | 1 | 1 | | | Ž |
| 100 | 36 | 1 | 1 | | | Ž |
| 101 | 30 | 1 | 0 | | | S |
| 102 | 39 | 1 | 0 | | | Ž |
| 103 | 31 | 1 | 0 | VOŠ | | S |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 104 | 31 | 1 | 0 | vyučen | | Ž |
| 105 | 31 | 1 | 0 | vyučen | sklář | S |
| 106 | 33 | 1 | 0 | | | S |
| 107 | 37 | 1 | 0 | | | S |
| 108 | 34 | 1 | 0 | | | S |
| 109 | 37 | 1 | 0 | SŠ | | S |
| 110 | 33 | 1 | 0 | VŠ | | S |
| 111 | 36 | 0 | 0 | | | S |
| 112 | 35 | 1 | 0 | SŠ | obchodní zástupce | Ž |
| 113 | 36 | 1 | 0 | vyučen | automechanik | S |
| 114 | 30 | 1 | 0 | VŠ | | S |
| 115 | 32 | 1 | 0 | | podnikatel | S |
| 116 | 32 | 1 | 0 | SŠ | stavař | S |
| 117 | 33 | 1 | 0 | SŠ | účetní | S |
| 118 | 31 | 1 | 0 | | | S |
| 119 | 33 | 1 | 0 | SŠ | | S |
| 120 | 33 | 1 | 0 | | | S |
| 121 | 31 | 1 | 0 | SŠ | | Ž |
| 122 | 31 | 1 | 0 | SŠ | | S |
| 123 | 31 | 1 | 0 | | | S |
| 124 | 35 | 1 | 0 | | | S |
| 125 | 36 | 1 | 1 | VŠ | lékař | Ž |
| 126 | 37 | 1 | 1 | SŠ | | Ž |
| 127 | 37 | 1 | 1 | SŠ | | Ž |
| 128 | 37 | 1 | 1 | | hasič | R |
| 129 | 38 | 1 | 1 | SŠ | | Ž |
| 130 | 38 | 1 | 1 | | | Ž |
| 131 | 38 | 1 | 1 | | | R |
| 132 | 39 | 1 | 1 | SŠ | odborný mistr | Ž |
| 133 | 39 | 1 | 1 | | trenér | R |
| 134 | 39 | 1 | 1 | SŠ | | Ž |
| 135 | 40 | 1 | 1 | VŠ | manažer | Ž |
| 136 | 40 | 1 | 1 | | policista | Ž |
| 137 | 41 | 1 | 1 | | | R |
| 138 | 41 | 1 | 1 | | technik | Ž |
| 139 | 41 | 1 | 1 | SŠ | | R |
| 140 | 41 | 1 | 1 | | údržbář | Ž |
| 141 | 42 | 1 | 1 | | | Ž |
| 142 | 42 | 1 | 1 | VŠ | | Ž |
| 143 | 42 | 1 | 1 | VŠ | | Ž |
| 144 | 43 | 1 | 1 | | | Ž |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 145 | 43 | 1 | 1 | | | Ž |
| 146 | 45 | 1 | 1 | VŠ | | Ž |
| 147 | 45 | 1 | 1 | vyučen | | R |
| 148 | 45 | 1 | 1 | SŠ | elektrikář | Ž |
| 149 | 45 | 1 | 1 | SŠ | | Ž |
| 150 | 45 | 1 | 1 | | řidič | R |
| 151 | 46 | 1 | 1 | vyučen | kuchař | Ž |
| 152 | 47 | 1 | 1 | | | R |
| 153 | 47 | 1 | 1 | | | Ž |
| 154 | 48 | 1 | 1 | VŠ | analytik | Ž |
| 155 | 50 | 1 | 1 | | | R |
| 156 | 51 | 1 | 1 | | | R |
| 157 | 52 | 1 | 1 | VŠ | učitel | Ž |
| 158 | 56 | 1 | 1 | SŠ | technik | R |
| 159 | 56 | 1 | 1 | | | Ž |
| 160 | 56 | 1 | 1 | SŠ | manažer | R |
| 161 | 57 | 1 | 1 | VŠ | | R |
| 162 | 58 | 1 | 1 | SŠ | | R |
| 163 | 37 | 1 | 1 | | | Ž |
| 164 | 36 | 1 | 1 | | | Ž |
| 165 | 36 | 1 | 1 | | manažer | Ž |
| 166 | 30 | 1 | 1 | | podnikatel | Ž |
| 167 | 36 | 1 | 0 | | | S |
| 168 | 35 | 1 | 0 | VŠ | strojař | S |
| 169 | 41 | 1 | 1 | | | R |
| 170 | 45 | 1 | 1 | SŠ | elektrikář | Ž |