

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

PSYCHICKÉ DŮSLEDKY NEPLODNOSTI U ŽEN A MOŽNOSTI JEJICH LÉČBY



MAGISTERSKÁ DIPLOMOVÁ PRÁCE

Autor: Ing. et Bc. Vanda Šléglová

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Olomouc

2018

PROHLÁŠENÍ

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Psychické důsledky neplodnosti u žen a možnosti jejich léčby“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

Vdne

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych chtěla poděkovat panu PhDr. Mgr. Romanovi Procházkovi, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce a cenné připomínky. Děkuji také Mgr. Kláře Lesse za průběžnou korekturu textu a psychickou podporu. Velké poděkování patří všem respondentkám, které se neostýchaly sdílet své zkušenosti s asistovanou reprodukcí a své nejsoukromější prožitky.

Obsah

ÚVOD.....	6
TEORETICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE	
2 NEPLODNOST A JEJÍ LÉČBA	8
2.1 ZÁKLADNÍ POJMY	8
2.2 STATISTICKÉ ÚDAJE K AR	9
2.3 LÉČBA NEPLODNOSTI.....	12
2.3.1 Vyšetření pro neplodnost.....	13
2.3.2 Metody léčby neplodnosti	14
2.4 DOPAD LÉČBY NEPLODNOSTI NA KVALITU ŽIVOTA	15
2.4.1 Dopady na partnerský vztah	16
2.4.2 Dopady na sexuální život.....	17
2.4.3 Dopady na socializaci.....	17
3 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY LÉČBY NEPLODNOSTI.....	18
3.1 STRES PŘI LÉČBĚ NEPLODNOSTI	18
3.1.1 Stres jako příčina marné snahy o početí.....	19
3.1.2 Stres jako důsledek léčby neplodnosti.....	20
3.2 STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ STRESU	21
3.2.1 Teoretické přístupy.....	22
3.2.2 Typy copingových strategií	22
3.2.3 Copingové strategie žen léčících se pro neplodnost.....	23
3.2.4 Genderové rozdíly v přístupu k zátěži.....	24
VÝZKUMNÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE	
4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	26
5 POPIS ZVOLENÉHO METODOLOGICKÉHO RÁMCE A METOD	27
5.1 METODY SBĚRU DAT	27
5.2 METODY ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZY DAT	28
5.2.1 Kategorizace	28
5.3 ETICKÉ PROBLÉMY A ZPŮSOB JEJICH ŘEŠENÍ.....	30
6 VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	31
7 VÝSLEDKY	33
7.1 UŽ JE ČAS	33
7.1.1 Boj s časem.....	33
7.1.2 Čekání, to věčné čekání.....	34
7.1.3 Psychologická hranice ukončení léčby	36
7.2 HLEDÁNÍ PŘÍČIN NEPLODNOSTI	37
7.2.1 Hledání a eliminace fyziologických příčin.....	37
7.2.2 Psychogenní příčiny neplodnosti.....	37
7.2.3 Stres jako příčinná proměnná.....	39
7.2.4 Transcendentální příčiny neplodnosti	39
7.2.5 Hledání viníka.....	40

7.3	PROŽÍVÁNÍ LÉČBY NEPLODNOSTI ZE STRANY ŽEN.....	41
7.3.1	<i>Střídavé prožívání pocitů naděje a beznaděje</i>	41
7.3.2	<i>Vyzkouším cokoli!</i>	42
7.3.3	<i>Proč zrovná já?.....</i>	43
7.3.4	<i>Jsem nedokonalá.....</i>	44
7.3.5	<i>Obětuji se</i>	45
7.3.6	<i>Ale co když.....</i>	46
7.3.7	<i>Nejhorší je.....</i>	46
7.3.8	<i>Jsem protivná</i>	47
7.4	KVALITA KOMUNIKACE S LÉKAŘI.....	48
7.4.1	<i>Poskytování informací, vysvětlování procesu léčby.....</i>	48
7.4.2	<i>Mezilidský přístup.....</i>	49
7.5	KVALITA ŽIVOTA - ZMĚNY	50
7.5.1	<i>Tunelové vnímání.....</i>	50
7.5.2	<i>Partnerský vztah</i>	51
7.5.3	<i>Socializace.....</i>	56
7.5.4	<i>Zdravotní stav.....</i>	61
7.5.5	<i>Práce, dovolená, finance.....</i>	62
7.6	COPINGOVÉ STRATEGIE NEPLODNÝCH ŽEN	62
7.6.1	<i>Sebe-edukace</i>	63
7.6.2	<i>Spolurozhodování o procesu léčby</i>	64
7.6.3	<i>Utváření plánu.....</i>	65
7.6.4	<i>Vyhledání sociální podpory.....</i>	66
7.6.5	<i>Akceptace</i>	71
7.6.6	<i>Zmírnění emocionálního vzrušení – jóga, meditace, sport, práce</i>	73
7.7	PODPŮRNÁ PSYCHOTERAPIE	74
7.7.1	<i>Přínos psychoterapie v průběhu léčby neplodnosti.....</i>	74
7.7.2	<i>Preferovaná forma psychoterapie.....</i>	75
8.	VÝSLEDKY VÝZKUMU SOUHRNNĚ.....	75
9.	MOŽNOSTI POSKYTOVÁNÍ PSYCHOLOGICKÉ PODPORY V PRŮBĚHU LÉČBY	85
9.1	<i>VÝZNAM PSYCHOLOGICKÉ PODPORY V LÉČBĚ NEPLODNOSTI.....</i>	86
9.2	<i>KDO MÁ PORADENSTVÍ POSKYTOVAT</i>	86
9.3	<i>ZACÍLENÍ PSYCHOLOGICKÉ PÉČE.....</i>	89
	DISKUSE.....	92
	SOUHRN.....	96
	ZÁVĚR	100
	SEZNAM LITERATURY	
	PŘÍLOHY	

ÚVOD

Jako neplodnost se označuje stav, kdy po roce snahy o početí dítěte nedojde k otěhotnění. Párů, které vyhledají z tohoto důvodu pomoc odborníků v některém z Center asistované reprodukce je rok od roku více. Postupy asistované reprodukce ročně pomáhají vyřešit problém přibližně poloviny z nich. Léčba neplodnosti představuje velkou psychickou zátěž pro oba partnery. Jinak se s ní vyrovnávají ženy, a jinak muži. Jak léčba neplodnosti probíhá, jaké metody asistované reprodukce se v dnešní době nejčastěji používají, jaké jsou psychologické aspekty léčby neplodnosti a jak rozhodnutí podstoupit umělé oplodnění dopadá na nejrůznější oblasti každodenního života neplodných žen, to jsou hlavní otázky, na které se tato práce zaměřuje ve své teoretické části.

Výzkumnou část práce lze s trochou nadsázky považovat za sondu do duše žen léčících se pro neplodnost. Porozumění jejich prožívání této reality je důležitým základem pro navržení vhodné psychoterapeutické péče. Toto porozumění je zároveň základním motivem pro volbu tohoto tématu. Nakonec slovo „concevoir“ znamená ve francouzštině počít, ale také „porozumět“, „mít představu“, „myslet“. Více než o teoretický přínos je zde usilováno o aplikovatelnost získaných poznatků v praxi.

V ČR není běžnou praxí, aby podpůrnou psychoterapii neplodným párům poskytoval odborník, který by byl zároveň součástí profesionálního týmu centra asistované reprodukce, nebo alespoň působil ve stejné instituci. Tato práce mimo jiné ukáže, zda by o takovou službu byl ze strany neplodných žen zájem, jaké jsou příklady „best-practice“ ze zahraničí a o kterých formách psychoterapie by bylo možné uvažovat.

TEORETICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE

Použité zkratky (abecedně seřazené)

AR	asistovaná reprodukce
ASRM	Americká společnost pro reprodukční medicínu
CAR	centrum (centra) asistované reprodukce
DP	diplovová práce
EIM	European IVF Monitoring Program (sekce ESHRE zabývající se shromažďováním a publikací dat o AR v Evropě)
ESHRE	European Society of Human Reproduction and Endocrinology
ET	embryotransfer
KET	kryoembryotransfer (transfer zmraženého embrya/embryí)
IUI	intrauterinní inseminace
IR	implementation rate
IVF	in vitro fertilizace
MHPs	Mental Health Professionals
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
NRAR	Národní registr AR
PGD	preimplantační genetická diagnostika
WHO	World Health Organization (Světová zdravotní organizace)

Seznam grafů a tabulek

Graf 1: Průměrný věk žen při zahájení cyklu; zdroj: NRAR

Graf 2: Počty všech cyklů hlášených do NRAR jednotlivých letech; zdroj: NRAR

Graf 3: IR po IVF, dle věku ženy, pro všechny diagnózy; zdroj: NRAR

Tab. 1: Charakteristiky výzkumného souboru

2. NEPLODNOST A JEJÍ LÉČBA

Ačkoli termín „neplodnost“ vyznívá až příliš definitivně a odborná veřejnost někdy raději volí termín „dosavadní nedobrovolná bezdětnost“, v této práci bude pro jednoduchost ponechán termín původní.

2.1 Základní pojmy

Neplodnost

WHO uvádí klinickou definici neplodnosti jako „nemoc reprodukčního systému definovanou neúspěšnými snahami dosáhnout pravidelným nechráněným pohlavním stykem klinického těhotenství, přičemž tyto snahy přesahují dobu dvanácti měsíců“.

Tato definice pro ženskou neplodnost přetrvala také v MKN – 11 (kód GA31), zatímco mužská neplodnost byla definována jako „jakákoli porucha reprodukčního systému charakterizovaná dysfunkční ejakulací spermatu nebo abnormálně nízkým naměřeným výskytem spermií ve spermatu“. (kód GB04).¹ (who, cit. 2018)

V MKN 11 zůstává také rozdělení neplodnosti na primární a sekundární. Za primární neplodnost je považován případ, kdy v životě ženy dosud nikdy nebylo prokázáno klinické těhotenství. Sekundární neplodnost se týká žen, které klinicky těhotné již byly.

Pojem „klinická gravidita“ odpovídá těhotenství viditelnému na ultrazvukovém vyšetření, případně prokázanému laparoskopicky nebo histologicky. Tato definice je v souladu s mezinárodní definicí ESHRE.

Sekundární neplodnost nastává v případech, kdy žena sice těhotná byla, ale nepodařilo se jí dítě donosit, těhotenství bylo přerušeno či skončilo potratem. Druhou možností sekundární neplodnosti je případ, kdy se ženě nedaří otěhotnět, ačkoli již jednoho či více potomků má nebo její předešlé otěhotnění bylo z

¹ V době vypracování této DP byla k dispozici pouze beta verze připravované revize MKN-11. V publikované verzi by nemělo dojít ke změně v definicích ani kódování.

nějakých důvodů přerušeno. Předchozí otěhotnění se dá tedy považovat spíše za náhodu, kdy již u ženy či muže byly přítomny možné příčiny neplodnosti, ale ne v takové míře, jako nyní a projeví se až s přibývajícím věkem obou jedinců. Páry tedy může postihovat neplodnost primární i sekundární (Doherty, Clark,2006).

Asistovaná reprodukce (AR)

Jde o souhrn postupů, využívajících k dosažení těhotenství laboratorní ošetření zárodečných buněk (spermií, oocytů) a embryí.

Je důležité vědět, že léčba neplodnosti neplodného páru nevyžaduje ve většině případů použití metod asistované reprodukce, ty se používají jen v případě některých diagnóz. NRAR tedy není zobrazením léčby neplodnosti všeobecně, ale pouze tam, kde byly použity metody asistované reprodukce.

Metody asistované reprodukce nemusejí sloužit jen k bezprostřednímu dosažení těhotenství (např. jde-li o skladování vlastních spermií nebo oocytů pro použití v budoucnosti), ani nemusejí být používány k léčbě neplodnosti (např. jde-li o použití kryokonzervovaných spermií manžela k otěhotnění ženy, zatímco muž je dlouhodobě v zahraničí). Většina postupů asistované reprodukce nicméně je prováděna právě k co nejdřívějšímu dosažení těhotenství. (nrar, cit. 2018).

S rozvojem genetických metod se stále větší část cyklů AR provádí s cílem provést preimplantační genetickou diagnostiku, aniž by šlo o neplodnost – i tyto cykly jsou v NRAR evidovány.

Další pojmy jsou vysvětlovány průběžně v textu.

2.2 Statistické údaje k AR

Asistovanou reprodukci v ČR monitoruje Národní registr asistované reprodukce. Správcem registru je Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.

Účelem registru je evidence všech žen, u kterých byla zahájena ovariální stimulace nebo bylo zahájeno monitorování za účelem léčby sterility (sterility vlastní nebo sterility jiné ženy v případě darování oocytů) metodami asistované

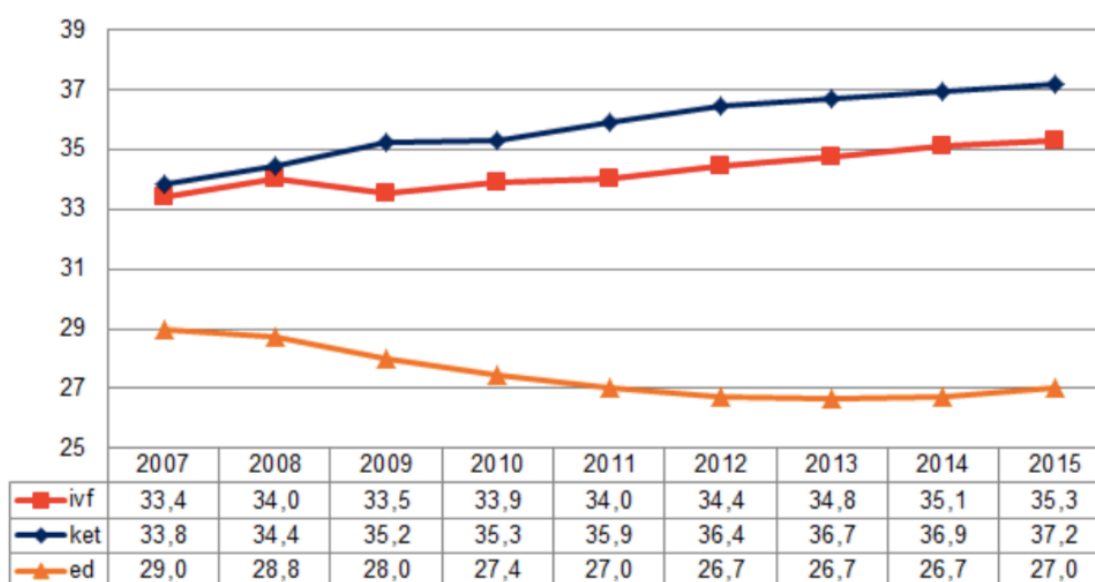
reprodukce, tedy metodou mimotělního oplodnění (IVF) nebo příbuznými technikami.

Potíže s početím dítěte dnes řeší přibližně 20-22% párů. V roce 2011 to bylo 15% párů, v roce 2000 statistiky uváděly ještě nižší statistiky, kolem 10% párů. Jedná se tedy o fenomén s rostoucí tendencí výskytu v populaci (Šulová, Fait, Weiss, 2011).

Zajímavé evropské i celosvětové statistiky o asistované reprodukci zveřejňuje pravidelně ESHRE. Dle tohoto zdroje, se jeden ze šesti párů (měřeno celosvětově) během svého reprodukčního života alespoň jednou potýká s problémy spojenými s neplodností. Prevalence minimálně 12 měsíců trvající neplodnosti u žen ve věku 22-44 let je 9%. (eshre, cit. 2018)

Neplodnost z příčiny fyziologické na straně muže bývá diagnostikována u 20-30% párů, na straně ženy je to 20 – 35%, na obou stranách leží fyziologická příčina neplodnosti u 25-40% párů. Pro neplodnost z neznámé příčiny se léčí 10-20% párů.

Nejčastěji udávaným vysvětlením pro nárůst počtu párů, které každý rok vyhledají některé z center asistované reprodukce, je rostoucí věk žen.



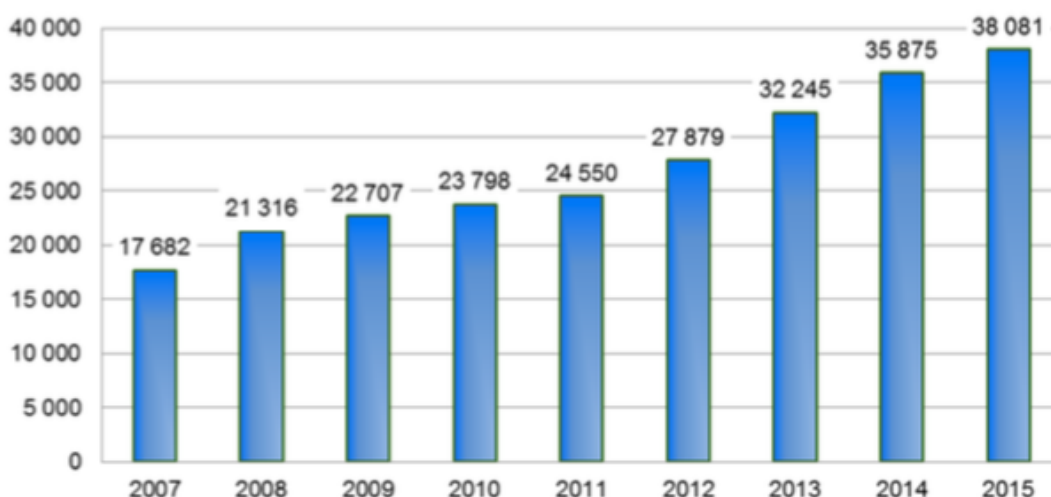
graf 1: Průměrný věk žen při zahájení cyklu; zdroj: NRAR

Vyšší průměrný věk cyklů KET oproti IVF je samozřejmým výsledkem toho, že cyklus KET přichází na řadu po IVF cyklu – v případě neotěhotnění ženy po několika měsících, v případě otěhotnění a porodu typicky po jednom až několika letech.

Dlouhodobý pokles věku dárkyň (ed-spodní křivka na grafu) odráží pravděpodobně intenzivní náborové působení podle profilů uživatelů na vhodnou věkovou skupinu.

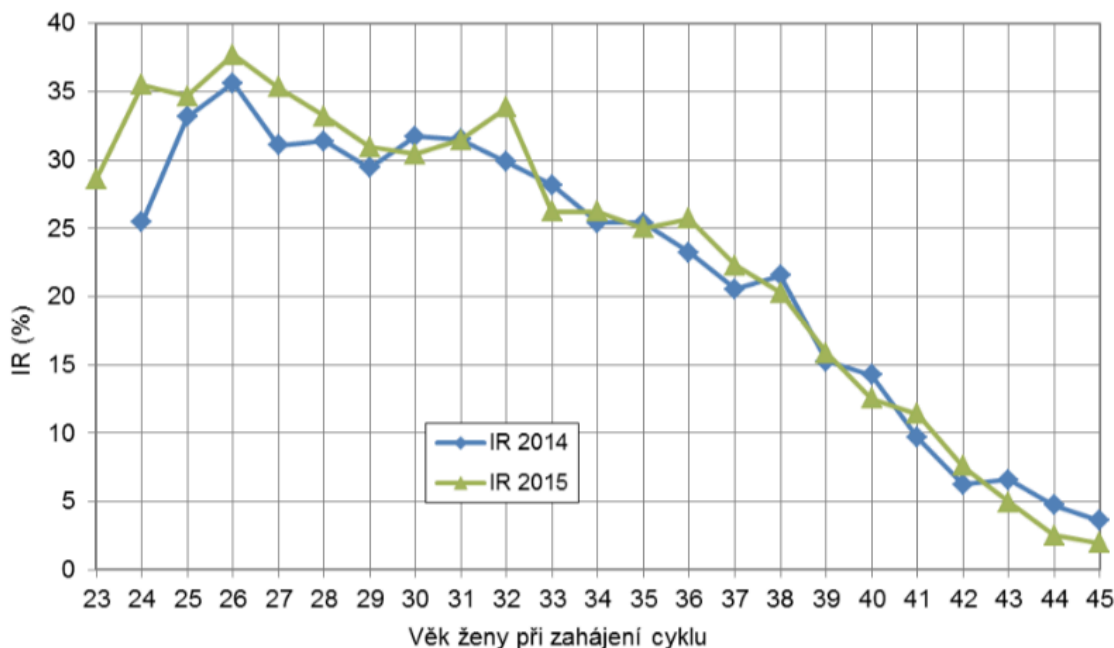
První dítě se po IVF narodilo v roce 1978 a od té doby se odhaduje počet takto narozených dětí na více než 7 milionů (celosvětově). Nejčastěji se pro neplodnost léčí ženy ve věku 30 – 39 let.

Nejvíce cyklů asistované reprodukce je prováděno v Evropě, je to kolem 50 % všech cyklů. V roce 2014 to v Evropě bylo necelých 800 000 cyklů ve 39 evropských zemích. V USA to bylo 150 000 cyklů a v Austrálii a na Novém Zélandě 65 000 cyklů. V každé vyspělé zemi je nárůst v počtu asistovaných cyklů každoročně 5 – 10%. (eshre, cit. 2018). Ve stejném roce bylo v ČR započato necelých 36 000 cyklů, jak je vidět v grafu níže.



Graf 2: Počty všech cyklů hlášených do NRAR jednotlivých let; zdroj: NRAR

Základním ukazatelem efektivity je IR (implementation rate). Je to podíl počtu plodových vajíček a transferovaných embryí. Graf níže odráží přirozený biologický proces stárnutí oocytů a s ním spojenou sníženou efektivitu (jak přirozeného, tak umělého oplození). Ve shodě s řadou prací se i v NRAR od přibližně 33 roku věku ženy naděje na implantaci embrya snižuje.



Graf 3: IR po IVF, dle věku ženy, pro všechny diagnózy; zdroj: NRAR

2.3 Léčba neplodnosti

Léčba neplodnosti je vhodná pro páry, které se snaží o početí dítěte alespoň dvanácti měsíců anebo je známa překážka, která brání přirozenému početí nebo donošení dítěte. Léčba neplodnosti, stejně jako jiné druhy léčby, sleduje stejná kritéria lékařského postupu – stanovení diagnózy, určení příčin, hodnocení rizik, kontraindikací léčby, vhodný výběr a aplikace léčebného protokolu. Pro nejlepší výběr léčebného postupu je důležité správné stanovení fyziologických příčin, které mohou být hormonální, imunologické, genetické nebo mechanické povahy.

2.3.1 Vyšetření pro neplodnost

Vyšetření pro určení fyziologických příčin neplodnosti je celá řada. Liší se také v míře bolestivosti a v tom, zda vyžadují hospitalizaci či nikoli. Pro představu jsou níže uvedeny základní diagnostické metody.

Pár vyšetřovaný pro sterilitu je nejdříve podroben anamnestickému rozhovoru, kdy jsou zjišťovány poměrně podrobné informace – mezi nimi např. podrobné údaje o menstruačním cyklu. Frekvenci pohlavního styku, změny ve frekvenci styku od doby, co se snaží o početí a podrobné informace o načasování pohlavního styku zejména s důrazem, zda je styk uskutečňován také v období ovulace.

Základní metodou vyšetření muže je odběr spermatu. Je prováděn v CAR pomocí masturbace po 3-5 denní sexuální zdrženlivosti. Vyšetření spermatu a stanovení spermioqramu probíhá v laboratoři (Meniru, 2001). Další možné metody vyšetření jsou fyzikální vyšetření genitálu, hormonální vyšetření, bakteriologické vyšetření a genetické vyšetření v případě primární azoospermie (Řežábek, 2002).

Cílem vyšetření ženy je primárně zjistit, zda dozrávají vajíčka, zda je průchodný hlen děložního hrdla a zda jsou průchodné vejcovody. Dozrávání vajíček se zjišťuje určením hormonálních hladin z moči nebo krve odběrem ze žíly. Kontrola dozrávání folikulu se provádí pomocí ultrazvukové sondy zavedené do pochvy. Tato procedura má charakter běžného gynekologického vyšetření a není pokládána za nijak zvlášť nepříjemnou či bolestivou. Průchodnost děložního hlenu se zjišťuje odebráním vzorku hlenu z děložního hrdla v rozmezí zpravidla 3 – 15 hodin po pohlavním styku. Při vyšetření je zjišťována přítomnost pohyblivých spermií v hlenu. Odběr se provádí injekční stříkačkou bez jehly a ani tato metoda není pociťována pacientkami jako zvlášť nepříjemná. Průchodnost vejcovodů je možné zjistit metodou zvanou kymoinsuflace, kdy se do dělohy vhání plyn kysličník uhličitý a lékař hodnotí průchodnost plynu vejcovody. Celý zákrok trvá přibližně tři až pět minut a provádí se ambulantně. Zákrok je považován za nepříjemný, nevyžaduje však narkózu. Podrobnou metodou je hysterosalingografie, kdy jsou děloha a vejcovody naplňovány tekutinou, jejíž pohyb a rozložení je možné sledovat pomocí rentgenu. Vyžaduje jeden až dva dny hospitalizace. Tento způsob vyšetření je pro ženu bolestivější, dnes se již příliš

nepoužívá (Řežábek, 2008). Pro kompletní vyšetření průchodnosti vejcovodů i ostatních orgánů dutiny břišní s možností provést léčebný operační zákrok je používána metoda laparoskopie. Toto je operační zákrok, který vyžaduje pobyt v nemocnici a celkovou narkózu, což jsou její nevýhody (Řežábek, 2002).

2.3.2 Metody léčby neplodnosti

Jednou z nejčastějších metod je hormonální léčba. Ta je užívána buď jako samostatná metoda ke stimulaci a podpoře ovulace, nebo jako součást jiného druhu léčby. Léky mohou být podávány perorálně nebo injekčně. Mnoho žen si i léky v injekční formě aplikují samy doma, a to buď do stehna, nebo pod kůži na břicho. Jako u jiných léčiv jsou známé negativní vedlejší příznaky, které se mohou a nemusí u pacientky vyskytovat. Mezi nejčastěji zmiňované patří výkyvy nálad, bolesti hlavy, návaly, napětí v prsou, nevolnost či nárůst hmotnosti, snížení vlhkosti v pochvě, u injekční formy bolest v místě vpichu a celkově zvýšené riziko mnohočetného těhotenství (Doherty a Clark, 2006).

Další metody léčby, které je někdy nutné provést, jsou odstranění polypů, myomů či odstranění ložisek endometriózy. (2006)

Metody asistované reprodukce jsou „všechny léčebné postupy a techniky vyžadující manipulaci se zárodečnými buňkami (oocyty nebo spermii)“ (Ventruba et al., 2002).

IUI (intrauterinní inseminace) je relativně jednoduchá a ve správně indikovaných případech velmi účinná metoda, kdy spermie partnera jsou při krátkém ambulantním výkonu vstříknuty do dělohy. Po výkonu žena asi 15 minut leží a poté odchází domů. Pro úspěšnost této metody je nutné, aby žena měla průchodné vejcovody a ovulovala. Pokud žena neovuluje, je nutné provést stimulaci vaječnicků, při které se může vyvíjet i více vajíček. Stimulace se provádí podáváním hormonálních preparátů per os nebo formou subkutánní či intramuskulární injekce. Pokud nejsou spermie partnera v pořádku, může být pro tuto metodu použito zmražené sperma anonymního dárce. (Mardešić, 2002).

In vitro fertilizace (IVF) a transfer embrya (ET) je dnes klasickou metodou umělého oplození. Byla vyvinuta pro léčbu neplodnosti tubárního faktoru, ale dnes je možno ji využít pro léčbu všech typů poruch plodnosti (Ventruba et al., 2002). Její nejtypičtější indikací je tubární sterilita, neplodnost podmíněná andrologicky, neplodnost při endometrióze, sterilita s imunologickou příčinou, idiopatická neplodnost a v případech, kde je nutné využít darovaného oocyty (Mardešić, 2002). Ve většině případů zahrnuje fázi hormonální stimulace a monitorování cyklu u ženy, odběr oocytů a jejich oplodnění, kultivaci oplozených oocytů, transfer embryí do dělohy, zamražení nadpočetných embryí pro další použití. Po transferu je podporována luteální fáze cyklu a dále diagnostikováno či vyvráceno těhotenství (Ventruba et al., 2002).

Pro svou vysokou účinnost se k oplodnění oocytů čím dál častěji používá metoda ICSI (intracytoplazmatická injekce spermie). Jde o mikromanipulační technickou metodu, která umožňuje zavedení jedné spermie do jednoho vajíčka. Užívá se především při zhoršené kvalitě spermatu. Je to poměrně náročná, avšak účinná metoda. Není ovšem hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Každý pár má jinou představu o tom, jakou léčbu je ochoten absolvovat a jakou zátěž s ní spojenou je ochoten podstoupit. Forma podávání informací by tedy měla být jasná a srozumitelná, aby měl pár příležitost rozhodnout se o adekvátním způsobu léčby, který si přeje. Z důvodu psychické zátěže má být k dispozici i taková odborná konzultace, která by věnovala pozornost otázkám psychologickým a sociálním (Ostró et al., 2009).

2.4 Dopad léčby neplodnosti na kvalitu života

WHO definuje kvalitu života jako individuální vnímání vlastní pozice v životě v kontextu kulturního a hodnotového systému, ve kterém jedinec žije a v souvislosti s vlastními cíli, očekáváními, standardy a zájmy. Jde o širokospektrální koncept komplexně ovlivňovaný vlastním somatickým zdravím, psychickým stavem, osobním přesvědčením a sociálními vztahy a souvztážeností

těchto proměnných k hlavním charakteristikám prostředí jedince (who-qol, cit. 2018).

Na nemožnost určení objektivních kritérií při hodnocení kvality života upozorňují autoři Koukola a Mareš (2006), podle kterých výběr těchto kritérií podléhá vždy subjektivnímu hodnocení jejich významu pro kvalitu života toho kterého jedince. Výběr těchto kritérií je individuálně odlišný a jedinec, který porovnává kvalitu svého života s kvalitou života jiných lidí, tak činí na základě svého individuálního výběru těchto kritérií (2006).

Z dostupných zdrojů byly vybrány ty oblasti života, na které se soustředily některé dosud provedené výzkumy jako na ty, které bývají léčbou neplodnosti nejvíce ovlivněné.

2.4.1 Dopady na partnerský vztah

Kubcová (2004) došla ve svém výzkumu věnovaném dopadu neplodnosti na partnerský život ke zjištění, že dopad neplodnosti na partnerský vztah hodnotí respondenti spíše příznivě. 100 % žen a 84 % mužů uvedlo, že situace s řešením problému neplodnosti měla pro jejich partnerský vztah nějaký přínos. Mezi tyto přínosy bylo zahrnuto např.: posílení vztahu a objevení „přítele“ v partnerovi, vzájemné porozumění, ohleduplnost a starostlivost, odhalení podstaty partnerství. Dalším zmiňovaným kladem celé situace bylo setkání s kolektivem odborníků, kteří jim dodali naději na oplodnění. Ti muži, kteří odpovídali, že jim situace něco vzala, uváděli, že je to radost ze života, protože nyní jejich vztahu chybí naplnění. Také intimní soužití párů bylo hodnoceno téměř výhradně jako situací neovlivněné. V podstatě lze tedy shrnout, že neplodnost, ač stresující záležitost, na partnerský vztah negativní vliv nemá, spíše jej posiluje a utužuje.

K méně optimistickým závěrům dochází Sobotková (2012). Pár je ve stavu chronického stresu, zvláště je-li neplodnost na straně muže nebo trvá-li pátrání po příčinách neplodnosti velmi dlouho. Nedá se předem určit, jak bude pár na stresující situaci reagovat. Některé páry jsou společným trápením posíleny. U jiných se naopak projeví známky zhoršení společného soužití - napětí, negativní pocity a rostoucí averze vůči partnerům, stupňuje se riziko rozpadu vztahu. (2012)

2.4.2 Dopady na sexuální život

Psychologické důsledky, které s sebou sterilita přináší, se mohou projevit i v sexuálním životě páru.

Matějů a kol. (2005) za takové důsledky považují např. změnu sebeobrazu, snížení sebeúcty a vlastní ceny. Neplodní lidé si tak mohou připadat společensky a sexuálně neatraktivní, což vede ke snížení zájmu o sex, snížení sexuálních funkcí a schopnosti užívat si vlastní sexuality. Velkým problémem také je, že sex je prováděn na povel, s ohledem na plodné dny, a přestává být potěšením a stává se úkolem a povinností.

Koryntová (2002) uvádí, že sexuální život partnerů je ovlivněn působením stresu a úzkosti během léčby, které způsobují narušení sexuální apetence, a tím dochází ke snížení počtu pohlavních styků potřebných pro zdárné otěhotnění.

Výsledky některých kvantitativních studií tyto závěry nepotvrzují a např. Kubcová (2004) vyhodnocuje intimní soužití partnerů jako léčbou neplodnosti neovlivněné.

2.4.3 Dopady na socializaci

Ve výzkumech neplodnosti je věnován velký prostor tématu stigmatizace. Goffman (2003) popsal stigma jako prvek, který zásadně narušuje rutinu společenského styku, založenou na sdílených předpokladech a očekáváních. Lidé, setkávající se s nositelem stigmatizujícího statusu, si vytvářejí vlastní ideologii méněcennosti osoby se stigmatem a mají sklon připisovat dané osobě celou řadu nedokonalostí na základě jedné původní.

I přes převládající mediální konstrukci neplodnosti, která zdůrazňuje revoluční objevy a úspěchy reprodukční medicíny, výzkumy zabývající se zkušeností neplodných párů vypovídají o pocitech viny, selhání a nedostatečnosti a o snaze stát se znovu „normálními“ a „úplnými“ (Letherby, 2002; Miall, 1994; Whiteford, Gonzales, 1995).

Před sociální izolací jako důsledkem stigmatizace varuje Konečná (2005). Podle této autorky je důležité, aby partneři nezůstávali se svým trápením sami, mluvili o něm, vyjadřovali svoje pocity, pochybnosti i nejistoty. Jedině tak nebude neplodný

pár izolován, nebude okolí připadat divný a kvalita sociální oblasti jeho života nebude výrazněji narušena (2005).

Sociální stigma jako průvodní jev nedobrovolně bezdětnosti zmiňují také Sternke a Abrahamson (2015). Páry bývají často vyloučeny (nebo se sami vylučují) z řady sociálních situací, přicházejí o své původní přátele (již často ponořené do péče o vlastní děti), přechází na ně sociální stigma (2015).

3 Psychologické aspekty léčby neplodnosti

Je tedy zřejmé, že neplodnost zásadním způsobem vstupuje do řady oblastí každodenního života člověka a představuje tak velkou psychickou zátěž. Navíc sama léčba pomocí IVF je emočně i fyzicky náročná, a to jak svým průběhem, tak také nejistotou svého výsledku. To, jak se lidé s neplodností a její léčbou emočně vyrovnávají, je předmětem dlouhodobého výzkumného zájmu. Zahraniční studie se zaměřují především na výskyt úzkosti a deprese, míry stresu a jiných faktorů souvisejících s emoční odpovědí na léčbu neplodnosti (Verhaak et al., 2007). U nás se zabývala výskytem úzkosti a deprese u párů podstupujících léčbu IVF D. Koryntová a kol. (2001).

Mezi psychologické aspekty neplodnosti lze také řadit např. otázky motivace k těhotenství a mateřství, hodnotu dítěte, problematiku dárcovství, postoje k adopci, náhradní rodinné péči a další. V této práci bude pozornost věnována především stresu a strategiím zvládnání stresu, které mají přímou souvislost s léčbou neplodnosti.

3.1 Stres při léčbě neplodnosti

Konečná (2009) uvádí, že neplodnost je pro psychiku jedince srovnatelná zátěž jako při onemocnění rakovinou. Jedná se o nenaplněnou biologickou potřebu reprodukce, ale i o potřebu lásky vůči vlastnímu dítěti. Jedinec si připadá, jako by nebyl plnohodnotným členem lidské společnosti. V hlavě se mu stále dokola točí myšlenky typu:

- co jsem udělal (a) špatně
- proč ona má dítě a já ne
- co když to zase nevyjde

Také Dohertyová a Clarková (2006) přirovnávají stres spojený s léčbou neplodnosti jako srovnatelný se stresem, kterým procházejí pacientky s nádorovým onemocněním a toto tvrzení dokládají výsledky jedné studie.

Není proto překvapivé, že model pěti fází vyrovnání se se smrtí či smrtelným onemocněním Kübler-Rossové byl samotnou autorkou prohlášen jako aplikovatelný také na ztráty, ke kterým dochází v rámci procesu asistované reprodukce. (Kübler-Ross, Kessler, 2014). Pocity a reakce typické pro každou z fází – popření, zlost, smlouvání, deprese a akceptace byly popsány v rámci výsledků řady výzkumů prováděných s neplodnými ženami či páry.

3.1.1 Stres jako příčina marné snahy o početí

Sterilita bez zjevné organické příčiny, bývá nazývána idiopatickou, neboli nevysvětlitelnou. Čistě psychogenní neplodnost by měla být definována přítomností specifických faktorů (traumatické zážitky, patologické rodinné vztahy, apod.). Psychologická komponenta však hraje velkou roli i u organických poruch, ať už jako jejich příčina, paralelně působící faktor nebo následek. I čistě psychický problém se musí změnit na určitý fyzický problém, který je poté bezprostřední příčinou neplodnosti. (Matějů a kol., 2005).

Stres bývá uváděn jako jeden z velmi pravděpodobných psychogenních příčin neplodnosti.

Tomuto předpokladu odpovídá např. zjištění, že i u žen, které nepodstupovaly léčbu neplodnosti, ale snažily se o početí, byla objevena souvislost s mírou stresu a šancí otěhotnět, kdy vyšší míra stresu se ukázala jako negativní prediktor otěhotnění v daném menstruačním cyklu (Sanders a Bruce, 1997).

Dle Koryntové (2002) je hlavní úloha psychických faktorů v etiologii neplodnosti přisuzována psychosociálnímu stresu. Fakt, že stres negativně ovlivňuje plodnost

u zdravých jedinců a u sterilních zhoršuje výsledky léčby, lze, podle této autorky, považovat za nepopiratelný.

Při stresu dochází k poruchám menstruace a ovulace, u mužů k poklesu počtu spermií ve spermioqramu. Stejně tak ovlivňuje psychosociální stres i výsledek léčby sterility, která už samotná je považována ze stresující faktor.

Úzkost a stres negativně ovlivňují také sexuální život partnerů, dochází k narušení sexuální apetence, a tím dochází ke snížení počtu pohlavních styků potřebných pro zdárné otěhotnění.

O vlivu stresové příčiny svědčí i to, že po jeho odstranění často dochází ke graviditě, někdy i spontánní, a to i u párů dlouhodobě léčených pro neplodnost. Stejný vliv má adopce. U mnoha párů došlo po adopci dítěte k nečekanému těhotenství.

Dlouhodobý stres vede ke změnám organismu, které mohou ovlivňovat hladinu hormonů, podílejících se na správném dozrávání a uvolňování vajíček. Když je žena pod stresem, dochází ke stažení vejcovodů a dělohy, čímž je následně ovlivněn transfer a uchycení oplozeného vajíčka. Chronický stres může tak jako diety či cvičení vést i k úplné anovulaci nebo může způsobit, že žena přestane menstruat. Stres ovlivňuje také přirozenou kvalitu spánku a následný nedostatek odpočinku může ovlivňovat denní hladinu hormonů, včetně uvolňování hormonů, majících vliv na oplodnění (Doherty, Clark, 2006).

Oproti tomu studie (Donarelli et al., 2016), založená na výzkumu prověřujícího souvislost mezi mírou prožívaného stresu a odezvou organismu na hormonální stimulaci vaječnicků, prokázala, že počet folikulů, potažmo vajíček získaných k oplodnění „in vitro“ není na míře stresu závislý.

3.1.2 Stres jako důsledek léčby neplodnosti

Psychosomatický koncept příkládající stresu zásadní roli v zapříčiňování neplodnosti, byl z větší části založen na psychoanalytickém pojetí, které se soustředilo na psychogenní konflikty jako možnou příčinu neplodnosti. Šlo zejména o konfliktní vnímání mateřské role nebo vnitřní konflikt způsobený

vnímáním vlastní ženské identity. V 80. letech toto přesvědčení vystřídalo nové paradigma – totiž že neplodnost způsobuje stres (Covington, 2015).

Paradoxem je ta skutečnost, že příliš stresu negativně ovlivňuje plodnost a na druhou stranu neschopnost otěhotnět je velikou zátěží na psychickou rovnováhu ženy. Stres spojený s neplodností a touhou po dítěti je tak silný, že v jedné studii bylo prokázáno, že je téměř stejný jako u pacientek s nádorovým onemocněním. Při nadměrném zatížení stresem se doporučují pacientkám, které se snaží otěhotnět, různé meditační techniky, které mohou důsledky stresu alespoň částečně zmírnit (Doherty, Clark, 2006).

Čepický (2011) k tomu skepticky poznamenává, že oddělit příčiny a následky léčby pro potřeby výzkumu je snaha s téměř nulovou vyhlídkou na úspěšné rozřešení. Stres tak lze dle něj považovat spíše za spolučinitele, než za příčinu.

3.2 Strategie zvládnání stresu

Coping, neboli strategie zvládnání stresu, jak se nejčastěji tento termín do češtiny překládá, definovali Lazarus a Folkmanová (1984) jako „... soustavně se měnící kognitivní a behaviorální úsilí zvládnout specifické externí a/nebo interní nároky, které jsou jedincem hodnoceny jako mimořádně náročné či převyšující jeho zdroje.“ Rozebereme-li definici po jednotlivých významech, zjistíme, že autoři zaprvé kladli důraz na zvládnání stresu spíše jako na proces než jako na vlastnost či osobnostní rys. Zadruhé, pomocí této definice se snaží odlišit zpracování stresu od automatizovaného adaptivního chování (automatized adaptive behavior). Zatřetí, upozorňují na rozdíl mezi strategiemi zpracování stresu a výsledky takového snažení, čímž mezi strategie zpracování stresu zahrnují jednání člověka a jeho rozumový základ, ale pod tento pojem již nezahrnují, zda zvolená strategie funguje či nikoli. Konečně začtvrté, nekladou důraz na naprosté zvládnutí situace, ale zahrnují pod tyto strategie i zmírnění, vyhnutí se či akceptování stresujícího stavu.

3.2.1 Teoretické přístupy

Z hlediska historického vývoje rozlišujeme tři základní teoretické přístupy k zvládnání stresu, takzvané tři generace. Jedná se o přístup založený na psychoanalytické teorii, transakční přístup rozvíjený od 60. do 80. let minulého století a nejnovější přístup „třetí generace“, který klade důraz jak na osobnostní rysy jedince, tak na situačně-kognitivní charakteristiky situace a jejich interakci (Balaščíková a Blatný, 2003).

V psychoanalytickém pojetí bylo zpracování stresu pojímáno ve smyslu obranných mechanismů, jak jsou obecně známy (Suls et al., 1996). Obranné mechanismy byly původně pojímány jako nevědomá obrana před proniknutím konfliktních přání a pohnutek do vědomí (Mitchell a Black, 1999). Zprvu byl jejich účel vnímán jako vyrovnání se s vnitřními impulzy, ale možnost působení vnějších podnětů byla později také akceptována (2003).

Transakční přístup vychází hlavně z prací R. S. Lazaruse, ale na jeho rozpracování se podíleli například Folkmanová, Levetal, Moss, Meichenbaum, Silver, Wortman a další. Někdy bývá vyložen jako opozice psychoanalytického pojetí obranných mechanismů. Klade totiž důraz na kognitivní determinanty zpracování stresu.

Rozvoj přístupu označovaného jako 3. generace připisují Balaščíková a Blatný (2003) dvěma skutečnostem. Jsou jimi rozsáhlé studium některých osobnostních rysů, které ovlivňují zvládnání zátěže a vývoj metod měřících široké spektrum osobnostních charakteristik, zejména dotazníky založené na pětifaktorovém modelu osobnosti.

3.2.2 Typy copingových strategií

Jedno ze základních členění podle Lazaruse a Folkmanové (1984) je rozdělení strategií zvládnání stresu na strategie zaměřené na problém a strategie zaměřené na emoce. Tyto strategie nejsou oddělenými fenomény, jsou zpravidla užívány vedle sebe. Při nasazení strategií zaměřených na problém jde o vyvinutí vlastní aktivity řešit problém, strategie zaměřené na emoce spočívají ve snaze regulovat emocionální stav aktuálně změněný kvůli stresové situaci (Křivohlavý, 2001).

Kebza (2005) zmiňuje ještě třetí skupinu strategií zvládnání stresu, jež je některými autory uváděna, a tou je vyhýbavé zvládnání, které se projevuje ve formě snahy o odvrácení pozornosti či rozptýlení.

V návaznosti na dílo Lazaruse a Folkmanové byly podrobněji analyzovány různé typy strategií, které Křivohlavý (2001) uvádí jako konfrontační způsob zvládnání stresu, hledání sociální opory, plánované hledání řešení problému, sebeovládání (uklidnění emocionálního vzrušení), distancování se od dění, hledání pozitivních stránek dění, přijetí osobní odpovědnosti za řešení situace, snaha vyhnout se stresové situaci a utéci z ní.

Ještě širší rozčlenění lze nalézt například v dotazníku COPE, který pracuje celkem se čtrnácti strategiemi zpracování stresu, konkrétně jsou to: aktivní zpracování, plánování, pozitivní přerámování, akceptace, humor, náboženství, emocionální podpora, rozptýlení, popření, odlehčení, užívání návykových látek, relaxace a sebeobviňování (Carver, 1997).

Nicméně skutečnost, že strategie zpracování stresu ovlivňují míru jeho prožívání, je zásadní a vysvětluje, proč je prožívání neplodnosti jako stresující události a vlivu stresu na neplodnost v této práci věnováno tolik pozornosti.

3.2.3 Copingové strategie žen léčících se pro neplodnost

Samotná volba využití asistované reprodukce, je dle Edelmanna a Connolyho (1994) copingovou strategií. Tito autoři pozorovali, že páry, které se rozhodly pro asistovanou reprodukci, používají převážně strategii přímého jednání, která se ukazuje jako adaptivnější, než strategie vyhýbání se.

Podle meta-analýzy Jordana a Revensona (1999) jsou to především strategie Vyhledání sociální opory a strategie Pozitivní reinterpretace, které ženy podstupující léčbu neplodnosti často využívají.

Đurašková a Hampl (2014), kteří dávali používané copingové strategie do souvislosti s úspěšností léčby neplodnosti metodami IVF vyhodnotili také strategii Vyhledávání sociální opory jako velmi účinnou.

Peterson a kol. (2006) provádějící výzkum v USA došel k závěru, že ženy se s neplodností nejčastěji vyrovnávaly pomocí strategie Hledání sociální opory,

Plánování a pozitivního přehodnocení.

Tyto výsledky jsou v souladu s výsledky výzkumu provedeného u nás Ďuraškovou, Sobotkovou a kol. (2016), který copingové strategie dával do vztahu s životní spokojeností žen před 1. IVF.

Z uvedeného vyplývá, že Vyhledání sociální opory je copingovou strategií, kterou lze neplodným ženám jednoznačně doporučit. Navzdory tomuto zjištění, zkušenosti u nás i ze zahraničí ukazují, že aktivní vyhledávání kvalifikované sociální opory (psycholog, svépomocné skupiny) je nedostatečné. Důvodem je podle Konečné (2009) zřejmě strach ze stigmatizace (vnímání infertility jako osobního selhání) a z psychiatrizace problému. V České republice hraje jistou roli i tradice, zvyk nevyhledávat vnější pomoc pro záležitosti týkající se rodiny. Rodina a blízké nepříbuzné osoby jsou u nedobrovolné bezdětnosti často oporou problematickou. (2009)

3.2.4 Genderové rozdíly v přístupu k zátěži

Podle Mikesellové a Stohnerové (1995) se emocionální reakce na neplodnost liší podle toho, zda jde o ženu, muže či pár jako celek. Ženy tomuto problému přikládají údajně větší váhu, zatímco muži začnou pociťovat stejnou úroveň emočního distresu až po cca třech letech života s neplodností.

Několik dalších studií demonstrovalo rozdíl v copingových strategiích užívaných v případě neplodnosti ženami a muži. Zatímco muži používají více k popření, distancování, vyhýbání se a stažení se do sebe (Burns a Covington, 1999), že jsou více ochotné o svých pocitech spojených s neplodností mluvit i s někým jiným, než jejich partner (Collins a kol., 1992). Jordan a Ravenson (1996) našli rozdíly ve čtyřech z osmi copingových strategií: vyhledání sociální opory, únik/vyhýbání se, vytváření plánu na řešení problému a pozitivní znovuzhodnocení, kdy ženy používají těchto strategií ve vyšší míře než muži. Stanton a Burns (1999) upozornili na možnost různé efektivity copingových technik v souvislosti s dalšími faktory, jako je fáze procesu řešení neplodnosti či existence diagnózy vysvětlující neplodnost na straně ženy nebo muže.

V 70. A 80. letech minulého století byla popsána řada modelů, které popisovaly zejména reakci párů na neplodnost. Ty zahrnovaly zpravidla bezmocnost a ztrátu kontroly nad životními plány, pocit defektivity, které vedou k nárůstu zlosti a strachu, smutek a nakonec přijetí, jež se projeví realizací jiných životních plánů a možností. Dnes se od fáze definitivního přijetí reality psychologové spíše odklánějí a popisují více dlouhodobý a složitý proces vyrovnávání se s mnoha přidruženými pocity.

VÝZKUMNÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE

4 Výzkumný problém, cíle práce a výzkumné otázky

Výzkumný problém, na který se tato práce zaměřuje, by bylo možné formulovat jako projevy psychické zátěže způsobené neplodností u žen. Léčba neplodnosti představuje velkou psychickou zátěž pro oba partnery. Jinak se s ní vyrovnávají ženy, jinak muži. Jak se stres akumulovaný v průběhu léčby neplodnosti projevuje u žen, jakým způsobem zasahuje do kvality jejich života a jak se s touto zátěží vyrovnávají, to jsou hlavní výzkumné otázky, na které se tato práce zaměřuje.

Cílem práce pak bylo získání autentického vhledu do problematiky ženské neplodnosti a její léčby za účelem navržení vhodné podpůrné terapeutické péče.

Výzkumné otázky byly volně pokládány v druhé části hloubkového rozhovoru, pokud ovšem již nebyly zodpovězeny spontánně v první části rozhovoru, která měla vždy narativní charakter. Byly pokládány tak, aby byl shromážděn dostatek materiálu o projevech psychické zátěže spojených s léčbou neplodnosti, o oblastech života, do kterých zasahují a o preferovaných způsobech podpůrné terapie. Výzkumné otázky se v procesu výzkumu postupně modifikovaly, což je pro hermeneutický proces v rámci kvalitativního výzkumu typické. Kombinace narativního přístupu v první části rozhovoru a dotazování ve druhé části rozhovoru poskytla dostatečný prostor samostatné interpretativní úloze aktérek a zároveň umožňovala rozhovor korigovat s ohledem na nejasnosti nebo zajímavá témata vzešlá z jejich výpovědi a ve vztahu k cílům výzkumu.

Výsledky výzkumu by autorka této práce ráda využila v praxi jako poskytovatel podpůrné terapeutické péče ženám, jež se léčí pro neplodnost.

5 Popis zvoleného metodologického rámce a metod

Pro naplnění cílů výzkumné části této práce byl jako vhodný zvolen kvalitativní výzkum vedený formou hloubkových rozhovorů. Osobní kontakt s ženami podstupujícími léčbu neplodnosti, možnost vést s nimi empatický rozhovor a využít vlastního pozorování během rozhovoru, umožnily porozumět zkoumanému jevu v sociální realitě více do hloubky a v souvislostech.

5.1 Metody sběru dat

Ke sběru dat byly využity audionahrávky hloubkových rozhovorů vedených s ženami, jež se dobrovolně do výzkumu přihlásily. Tento postup má některé praktické nevýhody a svá analytická omezení. Obojí vyplývá především z časové náročnosti tohoto výzkumného formátu a obtížného hledání účastnic, které jsou schopné a ochotné hovořit o svých zkušenostech, což platí obzvláště u výzkumu citlivých a stigmatizujících témat, mezi které neplodnost bezesporu patří. Přes tato omezení byla zvolená metoda, vzhledem k účelu výzkumu, vyhodnocena jako nejvhodnější a umožnila získat velké množství dat. Ačkoli značná část dat zůstala nevyužita, a to zejména kvůli požadovanému rozsahu diplomové práce, stala se i tak součástí zdroje poznatků důležitých pro porozumění dané problematice v širším kontextu.

Samotný rozhovor byl pomyslně rozdělen na dvě části. V první části byly výzkumné osoby vyzvány, aby co nejpodrobněji popsaly svou dosavadní cestu k těhotenství (ať již vytouženému či skutečnému) a všechny kroky, které na ní ony samy nebo spolu s partnery podnikly. Na narativní část rozhovoru, ve které byla iniciativa ponechána více na mém konverzačním protějšku, navázala interaktivnější část, kdy byla rozvíjena témata vzešlá z předchozí výpovědi a také témata nová, vnesená do rozhovoru jednou či druhou konverzační stranou. Pozornost byla věnována tomu, aby zazněly odpovědi na všechny výzkumné otázky.

5.2 Metody zpracování a analýzy dat

Ačkoli cílem této práce není formulace zakotvené teorie, využity byly analytické postupy, které popsali zakladatelé zakotvené teorie Strauss a Glaser (1967), a které se dobře osvědčují i při dalších typech kvalitativní analýzy. Předmětem analýzy byly doslovně přepsané audionahrávky dvanácti rozhovorů, které byly na základě kódování rozděleny do kategorií a opět složeny novými způsoby. Přesto použitý přístup nelze označit za čistě induktivní, neboť poznávání empirické reality je nutně ovlivněno vlastní předchozí zkušeností pozorovatele, kontextem výzkumu a vztahem k participantům, jak upozorňuje Charmazová (2005). Výsledky analýzy jsou interpretativním ztvárněním reality, nikoli objektivní výpovědí o ní (Charmaz, 2005).

5.2.1 Kategorizace

Rozbor obsahu rozhovorů ukazuje na hlavní oblasti, které se v rámci tématu nejčastěji objevovaly. Konceptualizace údajů je prvním krokem analýzy. Rozebráním a konceptualizací je myšlen rozbor pozorování, věty nebo odstavce a přidělení jména – něčeho, co bude reprezentovat nebo zastávat daný jev – každému samostatnému případu, myšlence nebo události (Strauss, Corbin, 1999).

Jakmile byly v údajích identifikovány určité jevy, bylo možno pojmy seskupovat kolem nich. Tím se snížil počet objektů pro další práci. Jev reprezentovaný určitou kategorií dostal také pojmové označení, ovšem toto označení je již abstraktnější než jména pojmů, které jsou v této kategorii uskupeny. Po obsahové analýze audionahrávek bylo identifikováno jedenáct hlavních kategorií témat, které se v rámci rozhovorů nejčastěji objevovaly. Mezi těmi byly následně vysledovány vztahy a souvislosti, které vedly k přeskupení kategorií do této finální podoby:

I. UŽ JE ČAS

- Boj s časem
- Čekání, to věčné čekání
- Psychologická hranice konce léčby

II. HLEDÁNÍ PŘÍČIN NEPLODNOSTI

- Hledání a eliminace možných fyziologických příčin neplodnosti
- Psychogenní příčiny neplodnosti

- Stres jako příčinná proměnná
- Transcendentální příčiny neplodnosti
- Hledání viníka

III. PROŽÍVÁNÍ LÉČBY NEPLODNOSTI

- jako na houpačce - naděj/beznaděj
- udělám cokoli!
- proč zrovna já?
- jsem nedokonalá
- obětuji se
- ale co když..
- nejhorší je...
- změny nálad

IV. KVALITA KOMUNIKACE S LÉKAŘSKÝM TÝMEM

- poskytování informací, vysvětlování procesu léčby
- mezilidský přístup

V. ZMĚNĚNÁ KVALITA ŽIVOTA

- Tunelové vidění světa
- Partnerský vztah
 - Angažovanost partnera
 - komunikace mezi partnery
 - pozitivní dopady léčby na partnerský vztah
 - dopad léčby na sexuální život partnerů
- Socializace
 - Vyhledání emocionální podpory v rodině
 - vyhledání podpory v širším sociálním kruhu
 - Sdílení na sociálních sítích
 - Dopad na socializaci
- Zdravotní stav
- Profesní život, finanční situace

VI. COPINGOVÉ STRATEGIE NEPLODNÝCH ŽEN

- Strategie zaměřené na problém
 - sebe-edukace
 - spolurozhodování o procesu léčby
 - vytvoření vize/plánu léčby
- Strategie zaměřené na emoce
 - Hledání sociální podpory
 - emocionální podpora od blízkých
 - sdílení v širším kruhu sociálním

- sdílení na sociálních sítích
- sycení dekompenzované potřeby kontaktem s dětmi
- Akceptace
 - představa bezdětného života, smíření
 - alternativní řešení – adopce, NRP
- Zmírnění emocionálního vzrušení
 - jóga, meditace
 - práce, sport
 - humor

VII. PODPŮRNÁ PSYCHOTERAPIE

- názory na vhodnost poskytování podpůrné psychoterapie v průběhu léčby
- preferované formy psychoterapie
- současná nabídka psychologické pomoci v CAR

Výroky respondentek k jednotlivým kategoriím jsou uvedeny v kapitole 7. Ukázka kódování – viz. příloha 2.

5.3 Etické problémy a způsob jejich řešení

Vzhledem k tomu, že se jedná o velmi citlivé téma, výpovědi výzkumných osob bylo nutné anonymizovat. S jejich svolením zůstala přítomná informace o věku, místě bydliště, vzdělání a počtu absolvovaných cyklů umělého oplodnění. Jména byla pozměněna.

Ze všech rozhovorů je pořízen kompletní audiozáznam. Na začátku každého záznamu je uveden výslovný souhlas výzkumné osoby s využitím poskytnutých informací pro účely této práce. Respondentky byly ubezpečeny, že audionahrávky nebudou použity k jiným účelům a kromě osoby provádějící výzkum k nim nebude mít přístup nikdo jiný.

Vzhledem k důvěrnosti získaných informací nebude mít nikdo jiný přístup ani k textu, který vznikne přepsáním všech audionahrávek. Všechny zveřejněné části tohoto textu jsou obsažené v této diplomové práci a jsou již anonymizované.

Před uveřejněním této práce budou mít všechny výzkumné osoby možnost se vyjádřit k pasážím, ve kterých byly uvedeny jejich výroky. Teprve v této fázi budou podepisovat informovaný souhlas – viz. příloha 1.

6 Výzkumný soubor

Ačkoli původně měl být výzkumný soubor složen z neplodných párů, po nastudování výsledků dosavadních studií zabývajících se tématem neplodnosti, byli muži z úvah vypuštěni. Problém se sháněním mužů, ochotných mluvit o své zkušenosti s neplodností, zaznamenala naprostá většina výzkumných týmů. Nepoměr v počtu mužů a žen, které se podobných výzkumů účastnili, následně vedl k nemožnosti sesbíraná data řádně zanalyzovat a interpretovat.

Výzkumný soubor byl proto zúžen pouze na neplodné ženy. Ty se ukázaly být sdílnější, pokud jde o problémy s početím. Původní zamýšlená technika výběru vzorku z populace byla technika sněhové koule. Řetězení respondentek se ale v jednom bodě zastavilo a bylo třeba přejít k technice jiné. Na internetu lze nalézt řadu diskusních skupin, které se staly dobrým zdrojem dalšího náboru respondentek. Potenciální respondentky jsem oslovila prostřednictvím serverů emimino.cz, neplodnost.cz a facebookové skupiny Umělé oplodnění, dotazy, léčba neplodnosti. Podmínkou zařazení dané osoby do výzkumu byla vlastní zkušenost s umělým oplodněním (intrauterinní inseminací označovanou zkratkou IUI, či in vitro fertilizací, dále jen IVF)*. Tato zkušenost byla u většiny respondentek právě probíhající, čili stále "živá". Důvodem volby tohoto postupu byla zřejmá ochota účastnic diskusí podělit se o svou zkušenost a translokální zásahovost cílové skupiny, která zajistila příslušnost respondentek napříč celou ČR.

Během výzkumu se podařilo realizovat rozhovor s dvanácti ženami ve věkovém rozpětí 25 – 41 let. Jen u dvou žen se jednalo o sekundární neplodnost, čili neúspěšné snažení o početí druhého dítěte. V obou případech partner nebyl otcem prvního dítěte. Všechny ostatní respondentky se potýkaly s neplodností primární.

U většiny zkoumaných žen příčina neplodnosti nebyla zřejmá. Ve dvou případech šlo o andrologický faktor (příčina neplodnosti na straně muže – azospermie, nedostatečná hemživost spermií), v dalších dvou o gynekologický faktor (neprůchodné vejcovody).

Rozhovory probíhaly na několika místech v ČR. Tři z nich v pronajaté terapeutické místnosti v Praze v Radlické ulici, za dvěma respondentkami jsem vzhledem k nutnosti dodržování klidového režimu po embryotransferu dojela domů, s jednou respondentkou byl vzhledem ke vzdálenosti jejího bydliště veden videohovor a s ostatními jsem se sešla v kavárně či na jiném veřejném místě. Rozhovory trvaly vždy více než hodinu čistého času a byly přibližně stejně dlouhé.

Níže uvedená tabulka uvádí některá specifika do výzkumu zapojených žen.

jméno	věk	vzdělání	historie	aktuálně	na str. ženy	na str. muže	neznámá
Justýna	38	VŠ	4 x IVF	po ET, těhotná (?)	x		
Klara	32	VŠ	1 x IVF	těhotná			x
Mariana	41	VŠ	4 x IVF	bez dětí, před ET		x	
Veronika	33	VŠ	2x IUI, 2x IVF	1 dítě, léčba ukončena			x
Manka	25	VŠ	2 x IVF	1. dítě po 2.IVF		x	
Daniela	32	SŠ	4 x IUI	před 1. IVF			x
Bolka	34	SŠ	7x IUI, 4xIVF	před ET			x
Milena	38	VŠ	2x IVF,	1 dítě, před 3.IVF			x
Eliška	39	SŠ	6xIVF	bez dětí, před ET			x
Marcela	37	VŠ	4x IVF, 3xIUI	těhotá přirozeně			x
Michala	44	VŠ	4x IVF	2 děti, léčba ukončena	x		
Radana	29	VŠ	2x IVF, 2X IUI	bez dětí, před ET			x

Tab. 1 – charakteristiky výzkumného souboru

7 Výsledky

Tato kapitola obsahuje interpretaci zjištěných dat ke každému ze sedmi tématických okruhů a dokládá ji výroky výzkumných osob (uvedeny kurzívou).

7.1 UŽ JE ČAS

Faktor času se do rozhovorů vkrádal často. Nejčastěji v souvislosti s vlastními šancemi na otěhotnění vzhledem k chronologickému věku respondentek, dále v souvislosti s prožíváním léčby, která přišla většině respondentek nečekaně vleklá, a nakonec také spolu s úvahami o ukončení léčby.

7.1.1 Boj s časem

Naprostá většina respondentek se cítila být pod tlakem. Do centra asistované reprodukce (CAR) zpravidla přicházejí klientky po minimálně ročním bezúspěšném snažení o početí, čili již lehce znepokojené a především odhodlané s pomocí lékařů dosáhnout co nejrychleji kýženého výsledku. Jsou rozhodnuté, že mateřství již nechtějí déle odkládat. Toto rozhodnutí je založené jednak na racionálním zhodnocení míry dosažení vhodných podmínek k založení rodiny (vhodný partner, započatá kariéra, finanční situace umožňující výpadek jednoho příjmu, vhodné zázemí), nebo na méně racionálním, ale o to přirozenějším mateřském puzení a touze po dítěti. Výjimkou nejsou ženy, které se pro mateřství rozhodnou hnány nikoli mateřským pudem, ale tlakem svého sociálního okolí nebo zkrátka uznají, že jsou ve věku, kdy by se další odkládání už nemuselo vyplatit. Ať je motiv jakýkoli, tlak na výsledek zesiluje po seznámení se se statistikami dokládajícími klesající úspěšnost umělého oplodnění v závislosti na rostoucím věku ženy, ke kterému dochází zpravidla až po návštěvě CAR a jejich základní postoj k léčbě se dá, už v jejím počátku, shrnout slovy „včera bylo pozdě“. Zároveň, prvnímu pokusu o umělé oplodnění předchází řada vstupních vyšetření. Jen jedné z respondentek se podařilo otěhotnět hned napoprvé. Počet pokusů a délka léčby jednotlivých respondentek je uvedena v tabulce 1.

Mně nedělá dobře, když na něco čekám a mám pocit, že mi ubíhá čas, protože to je asi důležitý říct, mně v dubnu bude 39, což je vlastně na prvorodičku už poměrně vysoký věk a i z lékařského hlediska se ty šance na otěhotnění výrazně snižují. (Justýna)

Cítím se být pod tlakem. To jako bez debat. Kdyby mi bylo 35, tak bych takhle nešlela. Nebo nešlela jsem v tomhle věku ...ale teď vim, že...když to jako hodně přeženu...tak mám čas už jen do té čtyřicítky. A nemám pocit, že bych to odložila to mateřství, to ne, já jsem chtěla děti...anebo že bych dala přednost kariéře, to taky ne,no tak dobře, trochu asi jo (smích), ale spíš tak jsem hledala někoho, s kým ty děti budu mít, a s manželem jsme se snažili od začátku, co jsme spolu začali chodit, ale... teď mám pocit, že mi jako ujel vlak, no. Ale tak třeba to ještě nějak doženu. (Justýna)

I doktoři mi říkali: vy už jste poměrně ve vyšším věku. Potom ty šance na to, že to vyjde, když se blíží ta 40, klesají každým dnem, i když jsem jako zdravá. (Mariana)

Mně i přijde, že já jsem nikdy nechtěla být stará matka, a mám ráda spánek a to se všechno zhoršuje časem... ta schopnost vstávat a zvládat to všechno. Nebude to lepší prostě. Nechtěla bych se dostat do té fáze, kdy si budu říkat, na co jsem tak dlouho čekala, ježíš. Normálně se to začíná řešit po roce, když to nejde normálně. Teď už je to dva roky. (Daniela)

Ale říkala jsem manželovi, že kdybych byla o 10 let mladší, tak že se pokusím to tělo pořádně vyživit tak, aby naskočilo. Už tenkrát jsem měla vysadit antikoncepci 2-3 roky dopředu, snažit se to tělo vyživit... stravou, nechemicky a třeba tomu dát 5 let a pak teprve jít na to IVF, když nic. Ale já na to už nemám čas. Když to ty ženský takhle oddalují, tak pak už na to ani ten čas není. A když tomu tělu 10 let něco dávaš a pak to chceš za rok spravit, tak to je těžký. Jako antikoncepci, myslím. (Milena)

Cítila jsem nějaký společenský tlak, určitě. Já jsem měla největší problém ten první rok, srovnat se s ním, že to nejde. A bylo to období, kdy všichni okolo rodily ty děti a mně bylo líto, když jsem viděla jiný maminky s kočárkami, že já ještě dítě nemám. Ale přes ten tlak jsem se nějak přenesla. Ono totiž nejde o to, jestli už je pozdě. Jde o to, že pro každého je ten správný čas jindy, a každá musí zjistit, kdy...případně jaký úkoly musí splnit, aby se to povedlo. Já jsem si nejdřív potřebovala přeuspořádat život. (Marcela)

7.1.2 Čekání, to věčné čekání

Právě tlak na výsledek a neochota dále ztrácet čas znemožňuje klientkám nalézt svůj vnitřní klid během léčby. Každý neúspěšný pokus pro ně

znamená další odklad, na který ve svém vnímání už nemají čas. Neustále čekají na výsledky nějakých vyšetření. Špatně snášejí, když lékaři trvají na dodržení několikaměsíční časové prodlevy mezi dvěma pokusy. Připadá jim, že vše trvá příliš dlouho. Za zdaleka nejhorší zážitek považuje hned několik respondentek období po vkladu embryí, kdy neví, zda se embryo uchytlo, úpěnlivě sledují každý náznak začínajícího těhotenství nebo naopak vypuzení embrya, to vše v absolutní nejistotě a v nemožnosti výsledků ovlivnit, či alespoň ověřit. Výsledek je možné zhodnotit až po dvou týdnech.

My jsme pořád jakoby v tom průběhu. Je to zdlouhavé, namáhavé, pořád ten boj nemáme vyhraný. Pořád se to prodlužuje. Když ten boj takhle trvá, pořád čekáš...nevíš, kdy to vyjde, jestli to bude za rok nebo za pět... člověk to neovlivní, i když se budeš snažit jak chceš, ani doktoři to neovlivní, to je o přírodě. (Manka)

... je to náročný. Já jsem po tom potratu musela na hysteroskopii a pak jsem chtěla hned začít znova a nešlo to... ten cyklus trvá měsíc, to se zdá strašně dlouho, když chceš to dítě...když seš na to tak moc fixovaná... (Milena)

Já samozřejmě doufám, že by to mohlo tentokrát vyjít... teď je takový to nejhorší období 14 dnů čekání po tom embryotransferu na to, jestli to vyšlo nebo nevyšlo...tak si furt jako říkám, tak bolejí mě ty prsa, to je dobrý znamenítady mně píchlo, to je špatný... je to fakt hrozný. Pořád se sleduju. Nejlepší by bylo se teď nějak vypnout a vzbudit se až za 14 dní. (Justýna)

Je to strašně složité...ta cesta k tomu je strašně daleká. Nevíš, kdy to vyjde nebo nevyjde. Čekáš po tom transferu 14 dní, jestli se to embryo chytlo nebo ne. Těch 14 dní je strašně dlouhých. A nejde být úplně v klidu. To prostě není možný v týhle situaci. Normální člověk prostě přemýšlí nad různými možnostmi. Těch 14 dní po transferu je úplně nejtěžších. (Manka)

Člověk furt jenom čeká. . Až bude ovulace, pak jestli přijde menstruace...a furt dokola. Přítel říká, že jsem strašně netrpělivá. Ale když to trvá už strašně dlouho. (Daniela)

Pak ta doktorka nám říkala, tak se ještě rok snažte a když to nepůjde, tak to začneme řešit a to jsem nechápala, proč tak vyčkává...byla jsem netrpělivá. (Marcela)

7.1.3 Psychologická hranice ukončení léčby

Medicínské možnosti léčby jsou v dnešní době téměř nevyčerpatelné. Existuje bezpočet léčebných postupů, zvláště v případě, že se jedná o neplodnost idiopatickou (příčina neznámá). Není proto snadné stanovit si svou psychologickou hranici, za kterou klienti své snahy a naděje na biologické rodičovství opustí. Této hranice se prakticky nedá dosáhnout vyčerpáním všech možností. Přesto, zejména v případech, kdy je léčba z různých důvodů protrahována, si respondentky své hranice většinou stanovily. Zpravidla šlo o dosažení určitého věku. Třicet, třicetpět nebo čtyřicet byly nejčastější věkové hranice. Ty respondentky, které svých stanovených hranic dosáhly, je většinou pak znovu posunuly. Došly k závěru, že hranici si nemá smysl určovat rozumově. O okamžiku, kdy své snahy vzdají tak nakonec rozhodla spíše jejich vyčerpanost psychická, v některých případech i finanční. Jen jedna respondentka se vzdala dalších pokusů z důvodu neochoty snášet negativní dopady hormonální léčby na její zdraví.

Vždycky jsem manželovi říkala, že 35 let je pro mě psychologická hranice, že jestli nebude dítě do pětatřiceti, tak je to špatný. Teď je mi 41 a dělám psí kusy, abych to dítě ještě mohla mít. (Mariana)

Já mám svoji hranici, že dítě max do 30 let, protože fakt jsou na to i vědecké studie, že po třicítce předají ženy těm dětem nejvíce vad genetických, a taky mají svůj život zajatý a to dítě jim ho obrátí, prostě 30 je opravdu strop pro mě, spíš bych ráda do 27 let to dítě měla, pak už s ním zůstanu a vyprdnu se na tu kariéru. (Manka)

Je to poslední pokus, co hradí pojišťovna, to je jedna věc, a druhá věc je i to časový hledisko, kvůli tomu věku, zase jsme si říkali, že max do těch 40. Pak už to pojišťovna neproplácí. Sami jsme si řekli, že to hradit nebudeme. Že jedno děcko už máme, když to nevyjde, takže tak. (Milena)

Já jsem věděla, že tu stimulaci už nechci podstoupit znova, to byla moje hranice. (Marcela)

Dřív jsme si stanovovali hranice, takový racionální – jako do 40 a dost. A pak jsme to natahovali. No tak do Vánoc. Pak jsme si řekli – co bysme ale jinýho dělali? Cestovat už nás nebaví, chodit do společnosti taky ne, my prostě opravdu chceme jenom to miminko!

Ted' je to ale už nutnost. Najednou mi to připadá jasný. Já prostě další potrat už nezvládnou. Už nemůžu. Už toho na mě bylo moc.. jsem vyčerpaná. Emocionálně i fyzicky. Prostě nemám vhodný tělo na děti. Smůla. (Eliška)

7.2 HLEDÁNÍ PŘÍČIN NEPLODNOSTI

Odhalit příčinu neúspěšného snažení o početí je prvním cílem jak každé neplodné dvojice, která se rozhodne situaci řešit, tak lékařského týmu v Centrech asistované reprodukce (dále jen CAR).

7.2.1 Hledání a eliminace fyziologických příčin

Lékaři se zaměřují na hledání příčin fyziologických. Jen čtyři respondentky měly v tomto ohledu jasno. Neprůchodné vejcovody byly diagnózou u dvou z nich, u dalších dvou šlo o andrologický faktor – příčina ležela na straně partnera. S takovými diagnózami je možné dále pracovat a jejich určení je poměrně rychlé. V případech, kdy vstupní vyšetření žádnou fyziologickou příčinu neplodnosti neodhalí, ubere se pár cestou postupné eliminace všemožných dalších příčin. Tato cesta může být různě dlouhá a nezdědka končí konstatováním, že jde o neplodnost idiopatickou, tedy o neplodnost z neznámých příčin.

Kdyby to byla ta anovulace u mě, tak se to nějak vyléčí, práškama popožene. Ale když člověk nezná příčinu, je to těžký. Víme jenom ten spermioqram, že je trochu horší. (Bolka)

Příčinu mi neřekli, ale zjistili, že moje tělo má tak strašně silnou imunitu, že se všechno cizí snaží vyloučit. Manželovy spermie, ale i plomby třeba! Při dalším pokusu mi řekl doktor, že bych si měla píchat každý den injekce do břicha na tu imunitu + utrogestan. Takže to pro mě byla taková naděje nová, že by to mohlo pak už jít líp. (Milena)

Já jsem doufala, že už mi něco najdou! Člověk už chce vědět, čím to je! Nízká sliznice může být reálně jedinej problém, o kterém já vím. Nebo alespoň opakovaně na vyšetřeních jsem ji měla. (Daniela)

7.2.2 Psychogenní příčiny neplodnosti

Neobjeví-li lékaři žádnou fyziologickou příčinu neplodnosti, pozornost se zpravidla začne věnovat psychice. Tady už jde každý svou cestou. Většina CAR nenabízí pomoc psychologa v rámci portfolia služeb centra. V lepších případech spolupracují s externím psychologem, ale aktivně jeho odbornou

pomoc nikdo klientům nenabízí. Nevyhledají-li takovou pomoc proaktivně sami, zůstávají lapeni ve změti vlastních domněnek a generalizovaných výplodů folkové psychologie.

Já myslím, že ta psychika dělá hodně. Já jsem furt bála. Bála jsem se, abych neporodila zase předčasně, jako s první dcerou. Aby se něco nestalo... a pak jsem potratila. Jako když na něco hodně myslíš a ty strachy tam jsou, tak že pak tak jednáš, jo.. (Milena)

Člověk bojuje a neví s čím. Všichni říkají, že je to v psychice. Ale já už nevím, co mám dělat víc. Já jsem dřív chápala, že jsem to třeba vnitřně odmítala, ne úplně jasně, já jsem nikdy neřekla nahlas, že nechci dítě... i když kamarádka mi říkala, že si pamatuje, že když mi zemřela mamka, tak jsem řekla, že nikdy nebudu chtít mít dítě, abych mu takhle neodešla. (Daniela)

Manžel už si třeba myslí, že nám to nejde proto, že já jsem jako psychicky bloklá, čímž mě vždycky dokáže jako spolehlivě naštvat. Protože čím víc mi to říká, tím víc mě to štve.“ (Justýna)

A když ségra ty dvojčata potratila v 5.měsíci, tak já tomu všemu byla dost blízko. Když mi to volali tak jsem tam jela jim pomáhat, dostat toho švagra z toho svrabu a z toho všeho, tak si říkám, jestli se tam ve mě něco nebloklo ještě, jo. (Bolka)

Já si myslím, že to souvisí s vnitřním dítětem, že až když jsme oba přijali tuhle složku, tak se to povedlo. V rámci meditací člověk prochází různými stavama a časem se dostane k tomu vnitřnímu dítěti, oni to dávají do souvislosti s tím tělem. V rámci těch rozvojových seminářů se řešilo to dětství. A z něj má asi každej nějaký vzpomínky, který ne úplně dobře zpracoval. (Marcela)

Já jsem vždycky byla ve vztahu. A najednou partner musel pryč na dlouho a já z toho nebyla nadšená nejdřív, ale pak jsem zjistila, že se mi žije dobře...nemusím večer domu, protože mě tam nikdo nečeká, jdu si klidně do sauny, dělám si co chci... možná to byla jen náhoda, ale byla jsem v té době u doktora a najednou on říká, „máte 7mm sliznici!“. To bylo nejvíc, co jsem kdy měla! (Daniela)

Služby psychologa nám nabídnuty nebyly, nicméně se domnívám, že by měly být součástí léčby. U mě ta psychika zafungovala na 100%. (Michaela)

5.2.3 Stres jako příčinná proměnná

Stres by mohl svou povahou spadat také do psychogenních příčin neplodnosti, ale jeho vlivu a strategiím jeho zvládnutí je v této práci věnována zvláštní kapitola, a proto mu byl i v této části práce vyčleněn zvláštní prostor. Je vhodné při tom rozlišovat stres související s léčbou, protože samotná léčba je velkou psychickou zátěží, a stres dlouhodobý, např. stres ze zaměstnání, který se dvě respondentky rozhodly odstranit jednoduše – odchodem z práce.

V první řadě jsem musela odejít z práce, kde bylo hodně stresu. Musela jsem si přeskládat svoje hodnoty, znovu určit priority, zklidnit se. Teprve pak se mi podařilo otěhotnět (Marcela)

Když už jsme to asi rok řešili po doktorech, zrovna mi končila smlouva v té firmě, kde jsem dělala. Chvilí jsem nemohla najít nic jiného, ale pak jsme se s manželem dohodli, že nějaký čas pracovat nebudu, že ten stres tomu počítí taky nepomáhá a zvolnila jsem dost. (Veronika)

Všichni kolem mě, ten doktor, ostatní, mi říkají, hele, my víme že to je těžký, ale snažte se být v klidu jo, tak oni už to sami vidějí, že už to můžu jako já dělat, že už můžu bejt tak seklá, nebo člověk už je z toho tak ve stresu, že tím to může zavinit vlastně. A oni si moc neuvědomují, že když mi tohle říkají, že mě dostávají ještě do většího stresu, kdy si říkám „ty jo, co když za to fakt můžu já?“. (Justýna)

Já se moc, moc snažím být v klidu, ale ono je to tak, že když se člověk moc snaží, tak začne být ještě ve větší panice, no prostě zamotaný kruh je to.“ (Radana)

7.2.4 Transcendentální příčiny neplodnosti

Nedaří-li se příčinu neplodnosti dlouhodobě pojmenovat, začnou ji některé ženy přičítat osudu, vůli Boží nebo jiným nadpřirozeným jevům, které by se daly souhrnně pojmenovat jako transcendentální příčiny. Víra v ně přináší částečnou úlevu ve fázích léčby, kdy neplodná žena má pocit, že vyzkoušela už všechno, co mohla, a výsledek přesto nepřichází.

Já myslím, že ten důvod, proč to nejde tady nějaký je. Až ten důvod odejde, tak to půjde. Asi to tak má být. Ten nahoře ví, co má dělat. (Manka)

Sice můžou mít pravdu, ti, co říkají, že tady lítají dušičky těch miminek a vybírají si ty rodiče, jako dobře, ale u nás, jak by byl problém? Jak je potom možný, že to miminko jde k někomu, kdo ho pak hodí do popelnice nebo ho zavraždí a podobně? (Bolka)

Víra ve vesmír mi pomohla. Když se něco nedaří, tak se to nedaří z nějakého důvodu. A je třeba přijít na ten důvod. Pak to půjde. (Marcela)

Příroda ví, co dělá. Kdykoli přijdu do jiného stavu, asi si řekne „tomuhle dítěti bude líp, když zemře, než aby mělo takovouhle matku“. Příroda to ví nejlíp. Já nenadělám nic. Muj manžel JE adoptovanej. A opravdu. Když se kouknu na tchýni, ona vážně JE strašná matka! (Eliška)

7.2.5 Hledání viníka

Zdá se, že hledání chyby u druhých osob je charakteristickou reakcí v situacích, kdy žena nechce přijmout fakt, který je pro ni v danou chvíli zraňující. Z hlediska psychoanalytického jde o obranný mechanismus, jehož cílem je přenesení části nahromaděné agrese na někoho jiného.

Člověk hledá toho viníka...potřebuje na někoho hodit tu bezmoc a potřebuje někoho učinit vinným...jako když se nám stalo, že zjistili, že to miminko je nemocný, zlobila jsem se na doktory, že nám neřekli o možnosti ty embrya testovat. (Justýna)

Já jsem si myslela, že to bude partnerem, protože je o dost starší, o 16 let, tak jsem hledala chybu u něj... jak to tak člověk dělá, že hledá chybu nejdřív jinde, než u sebe. (Marcela)

Je to na prd, když člověk sklouzne k vzájemnému obviňování, je to tvoje chyba.....muj názor je, že je jedno, čím je to chyba, výsledek prostě je, že to nejde. (Mariana)

Jsem svým způsobem ráda, že se u nás nezjistilo, na čí straně je problém, protože si dokážu představit, že by to člověk v zoufalství tomu druhému mohl vyčíst, nebo v afektu vpálit a to by nebylo dobrý. (Veronika)

7.3 PROŽÍVÁNÍ LÉČBY NEPLODNOSTI ZE STRANY ŽEN

Bylo-li jedním z cílů výzkumu provést sondu do duše neplodné ženy, jak bylo metaforicky uvedeno v úvodu, pak je to tato kapitola, která nejlépe odráží, co v duších bylo možné nahlédnout. Ačkoli prožívání léčby neplodnosti je nanejvýš subjektivní záležitostí, některé pocity byly pojmenovány opakovaně. Záměrně jsou zde uvedeny označením, které použily samy respondentky. Jsou to:

- pocit jako na houpačce (střídání naděje/beznaděje)
- vyzkouším cokoli
- proč zrovna já?
- jsem nedokonalá
- obětuji se
- ale co když.. (obavy ze špatného konce)
- nejhorší je...
- jsem protivná (změny nálad)

7.3.1 Střídavé prožívání pocitů naděje a beznaděje

S výjimkou jedné respondentky, které se podařilo otěhotnět a donosit dítě hned po prvním IVF a druhé, která za sebou měla v době rozhovoru „jen“ dvě IUI bez předchozí hormonální stimulace aplikované injekčně, všechny ostatní zažily neúspěšné IVF cykly více než jednou (viz. tabulka 1). Prošly si tedy zkušeností, kdy jim do dělohy bylo zavedeno embryo a posléze musely dva týdny čekat, než se dozvěděly, zda se uchytilo. Toto období popisují jako velmi zátěžové, pokud jde o psychiku. Zpravidla jde o období plné očekávání, hýčkání si nadějí a zároveň nejistoty a obav ze špatného konce. Dojde-li následně ke zjištění, že embryo v děloze neprosperuje, zažívají velké zklamání. Ještě větší krizí si procházejí, když se těhotenství několik týdnů jeví jako prosperující a přesto je pak spontánně ukončeno. Pocit naděje je vystřídán pocitem naprostého zmaru. Tento cyklus s neúspěšným koncem zažila většina respondentek opakovaně, nejvíce jedenáctkrát za osm let léčby. Střídání období plné naděje s pocity beznaděje přirovnávají k houpání se na houpačce.

Už tolikrát jsem zažila to zklamání, ten pád, když si člověk dělá naděje a pak to nevyjde, že teď už radši rovnou předpokládám, že to nevyjde. A i když to vyjde, tak o to dítě přijdu. Tím se chráním. Stejně se do toho ale ta naděje nějak vždycky vloudí. Protože když mi pak doktor řekne „je mi líto“, tak to je, jako by pode mnou někdo podtrhl koberec. Na některý věci se prostě nepřipravíte. (Eliška)

Je těžké tomu stále věřit, když se cykly po sobě několikrát nepodaří ... Ono nejde jen o IVF, ale mezi odběry vajíček probíhají i přenosy zmrazených embryí, doktoři vás vždy hormonálně připraví, pak volají z laboratoře, že embrya nepřežily ... (Michaela)

Byla tam radost, pokaždý když jsem otěhotněla, ale vždycky zároveň strach, jestli se to povede. Vzhledem k tomu, jak se to táhlo, tak bylo těžký uvěřit, že se to může povést. I v tomhle posledním těhotenství. (Marcela)

Musela jsem znova projít všema vyšetřeníma, protože ty původní výsledky už byly 10let starý a do roka jsem otěhotněla. Ale pak jsem zase potratila. A jak jsem o tom mluvila – je v tom taková ta naděje a pak to zase klesne. Je to jak na houpačce. Já někde začnu, pak se vyšvihnu a pak zas dolu...akorát že já nekončím zase na nule, ale tak na minus pěti. Takže než se zas vzpamatuju, než posbírám tu odvahu, že teda znovu, než si to sama v sobě urovnám... (Milena)

„Jeee, pozitivní test!“, člověk se vždycky naladí a pak zase bum! To zklamání. To už jsem zažila tolikrát, že teď si zakazuju vůbec doufat, když vidím dvě čárky na těhotenským testu. (Mariana)

7.3.2 Vyzkouším cokoli!

Na cestě za kýženým těhotenstvím se nabízí řada doplňkových aktivit, které dle zkušeností žen, jež prošly léčbou neplodnosti úspěšně, zvyšují šanci na zdárné otěhotnění. Je samozřejmě záležitostí osobního vkusu a přesvědčení, kterou z alternativních cest je ta která žena ochotna vyzkoušet. Obecně převládá názor „za zkoušku nic nedám“ a ženy v hojném počtu navštěvují léčitele, čínské lékaře, astrology či psychotroniky, zkouší kineziologii, akupunkturu, fytofarmaka nebo cvičí hormonální jógu a cviky podle Mojžíšové. Účinek těchto metod lze jen stěží prokázat, nicméně pro

neplodné ženy je důležitý pocit, že pro zvýšení svých šancí něco dělají a neodevzdávají svůj osud pasivně jen do rukou lékařů.

Léčitele – doporučili mi léčitelku, co dává takový bylinkový kapky. Detoxikaci - to jsou kapičky, co stojí asi 350 Kč, ale ona mi napočítala 4 lahvičky pro mě, 2 pro přítele, takže tam jsme taky nechali 6 tis. A nijak zvlášť to nepomohlo. Je pravda, že na kontrole doktorka říkala, že lepší, ale ... (Bolka)

Ten ananas jak tam teďka valí a grep a tak. Jak s tou jogou. Myslela jsem si o tom svý, ale zkusila jsem to a už ten pocit, že pro to něco děláte je lepší než jenom zobat prášky. Ty člověk kolikrát ani nepocítí, nějaký výkyv hormonů, ale ta joga pomůže. Mně se zpevnilo tělo, dosáhnou až na zem, to jsem dřív neuměla, pomohlo mi to na psychice...líp sedím v práci, jo. (Bolka)

Před 4. pokusem jsem začala chodit na čínskou tradiční medicínu- akupunktura, pila jsem nálevy všelijaký...a zřejmě to pomohlo, protože z toho byly 4 zdravý embrya, dvě byly zavedeny a dvě jsme ještě zamrazili. To bylo poprvý, kdy zbylo něco i na zamražení. (Mariana)

Dva roky jsme se snažili počít přirozenou cestou. Vyzkoušeli jsme všechno, co lidi zkoušej. Měření teploty, tabulky, akupunkturu, čínské bylinky, dovolené, při nichž jsme předstírali, že na to nemyslíme, testy, na nichž sledujete, jestli ovulujete... (Eliška)

Já jsem prošla nějakýma alternativníma terapiema od kineziologie, přes regresní terapii, různý semináře... různý budhistický, taoistický knížky o tom píšou, o tom vnitřním dítěti, taky asi 6 let cvičím jógu, qi-gong,.. a když to člověk dělá dýl, tak se dostane i k tý filozofii..toho pohybu, a tý energie. (Marcela)

7.3.3 Proč zrovná já?

Další často zmiňovaný pocit, který souvisí s prožíváním léčby neplodnosti, je pocit bezmoci. Ženy, které si přinášejí ze života zkušenost, že se zvýšením úsilí se zvyšuje pravděpodobnost dosažení úspěchu, na tuto přímou úměru při léčbě neplodnosti mohou zapomenout. Nejistota, věčné čekání a nemožnost situaci ovlivnit jsou obecně těžko snášené. Také skutečnosti, že po neúspěšném umělém oplodnění nepřichází žádné ponaučení a není zřejmé, co by bylo napříště vhodné provést jinak, je těžké čelit.

Tak si říkám prostě, teď podruhé to bylo hodně těžké na to psychiku. Hodně jsem se trápila tím. Říkala jsem si čím to teda je, jestli ta genetika je špatná, co jsem udělala špatně, kladu si i výčitky. (Manka)

Tak jako já, ale už nevím v čem to může být. Snažím se být co nejvíc v klidu, neřešit to, já se nehroučím, nebrečím, nic...nemám takové výkyvy, nejsem natolik ženská, abych je měla. Já už nevím, v čem by mohl být můj problém, já už vážně nevím (zoufale)...(Daniela)

Člověk si může 10x rozumově zdůvodnit, já na to mám, teď to půjde, ale když pak odezva toho organismu není, tak nenadělám nic. S každým tím pokusem se člověk dokáže vyhecovat „teď to vyjde“, „tak jdeme na to“ a pak třeba přijde pokus, kdy uzrajou jen tři vajíčka a ani jedno se nezačalo dělit a člověk si říká „proč?“, „co jsem mohla udělat líp?“. (Mariana)

Já jsem zvyklá buď prohrát nebo vyhrát. A tohle pohybování se ve vzduchoprázdnu, žádný poučení z toho nepřichází. To tělo žádný poučení nedá. . Jinde člověk ví, co udělal špatně a tak to udělá příště jinak. Tady nevíte nic. (Justýna)

7.3.4 Jsem nedokonalá

Více než polovina respondentek připisovala neúspěch v léčbě neplodnosti vlastní nedokonalosti. Tento pocit souvisel zejména s vnímáním vlastní nedostatečné ženskosti, s nesplněním hlavního úkolu, který žena v životě má, s pocitem že „jsem zklamala“.

Měla jsem pocit, že jsem to nezvládla, moje tělo to nezvládlo, že on dal jenom spermie, ale chyba je prostě ve mě (Milena).

Mě přijde, že selhávám já. Mám pocit, že jsem neuspěla já. On přitom nic takového nedělá, abych si myslela, že chyba je ve mě. Ale já to tak vnímám. (Daniela)

Někdy mám pocit, jako kdybych nebyla skutečná žena. Jako bych nebyla dospělá. A cítím spíš hanbu, než smutek. Asi jako když jsem na škole v přírodě byla jediná, kdo nepotřeboval horní díl od plavek. (Eliška)

Nebo možná jestli to u mě není trochu o tom, že jsem jako zklamala. Že jako nejsem prostě ženská.... Že asi jsem jako ženská zklamala, že nemůžu mít děti. (pláč) ... (šeptem)...je to takový blbý. (Justýna)

Těžký je vyrovnat se s tím, že vůlí to ovlivnit nejde a s tím, že když organismus nebude odpovídat, tak vyrovnání se s osobním selháním. Já to tak poprvé vnímala, že můj organismus jakoby zklamal (Mariana)

7.3.5 Obětuji se

Během rozhovorů několikrát zaznělo jakési postesknutí respondentek nad tím, že v boji s neplodností nesou z větší část břemene ony. Pocit, že jsou na to samy, zažívaly respondentky buďto následkem vnímané nedostatečné angažovanosti partnera na léčbě, nebo vycházel z prostého faktu, že jsou to ony, kdo musejí podstoupit hormonální stimulaci, píchat si injekce, snažit se poskytnout co nejzdravější prostředí pro vložení embrya, podstoupit kyretáž, když dojde k potratu, nebo hysteroskopii, laparoskopii a jiné zákroky.

Člověk si říká, že žena to má prostě horší...musí snášet ty hormonální stimulační, všechno. Ten chlap tam přijde, udělá si jako dobře, mrkne se tam na nějaký video, podívá se na nějaký porno časopis a ok, asi to taky není úplně dobrý, je to cizí prostředí, a on ví, že tam na něj čekají, co přinese v kelímku, jo, to je fakt, ale zase, je to taková jako rychlovka. Kdežto prostě ta žena prochází nějakým procesem, prostě jako rozpíchaný břicho, panické strach z injekcí třeba, nebo něco takového...jo, jsou tam okamžiky, kdy si člověk připadá, že tam tomu dává víc jako jo... (Justýna)

Snažila jsem se, abych tomu pomohla jak jsem mohla, ať to byly vitamíny, stravovací režim, psychicky, fyzicky jsem se hlídala, netahala jsem malého. Takže mě to mrzelo o to víc. Chlap to bere jenom jako pokus jeden. Vyjde to příště podle něj.. (Manka)

..a já jsem měla pocit, že manžel to se mnou jako dostatečně neprožívá, že to vlastně je jenom můj boj a není to jeho boj. (Justýna)

7.3.6 Ale co když...

Obavy ze špatného konce pocívala značná část respondentek. Obávaným špatným koncem bylo ve většině případů předčasně ukončené těhotenství, ale také ukončení vztahu ze strany partnera, nebo finální nedobrovolná bezdětnost. Zvýšená úzkostnost v tomto období se projevovala také v oblastech života nesouvisejících s početím dítěte.

Na druhou ti furt jedou ty myšlenky: „co když to dopadne jako minule?“... už jsi to jednou zažila a víš, co se může stát. Víš, že tě to bude bolet, bude tě to mrzet. (Manka)

Já už to mám v hlavě teď tak jako nastavený, že když to nebude, tak ten manžel si najde někoho jinýho, s kým bude mít ty děti, je to takový cyklický u mě..A ta představa je pro mě šílená, a já navzdory tomu, že se jako snažím jí vypustit, tak si prostě myslím, že můj manžel bude děti chtít. Že my se budem tejrát, tejrát, tejrát, a pak přijde někdo, kdo mu nabídne řešení, v podobě bezproblémového těhotenství a on prostě půjde. To si myslím! Já jsem mu teda slíbila, že to už dělat nebudu, ale pořád si myslím, že to tak může být. (Justýna)

A myslím, že ta psychika dělá hodně. Já jsem se furt bála. Bála jsem se, abych neporodila zase předčasně, aby se něco nestalo... a pak jsem potratila. Jako když na něco hodně myslíš a ty strachy tam jsou, tak pak tak i jednáš, jo... ne, že si přivoláš potrat, to ne, ale že radši tamhle nepůjdu, aby něco... radši doma zůstanu a pak ležím sama doma, oni se tam smějou, a to tý psychice taky nepřidá. Že prostě jednáš tak, že se to pak otočí... (Milena)

Poslední dobou se pořád kvůli něčemu strachuju. Aby se manžel nezabil v autě. Aby na naše město neudeřili teroristi. Aby neumřel někdo z blízkých, aby se něco nestalo ségřinejm dětem... (Eliška)

7.3.7 Nejhorší je..

Během rozhovorů všechny respondentky alespoň jednou zahájily větu výrokem „nejhorší bylo“, nebo „nejtěžší na tom je“. Vzhledem k tomu, že jde o subjektivní hodnocení, výroky se týkají různých okamžiků. Dobře ale přibližují nejkritičtější chvíle v boji s neplodností.

Ve 12 týdnu jsem jela na ultrazvuk, jela se mnou ségra. Manžel byl na služebce. Doktorka mi dělala ultrazvuk a najednou řekla „Je mi líto, neslyším žádné srdeční ozvy“. Nejdřív jsem vůbec nechápala, co říká. Ozvy už jsme přece slyšeli, proto jsem nepřišla.. (Eliška)

Asi úplně nejtěžší je, když dojde na ten transfer, tak máš takovou naději, že vložili ti to embryo a chceš udělat všechno, první dva tři dny fakt odpočíváš, jsi si vědoma toho, že za 14 dní až můžeš dělat ten test a jít na tu krev...jsou holky co dělají testy už 6. Den, ale až 14.den se jde na krev. Jsi si vědoma toho, že děláš maximum, snažíš se všechno dělat pomalu, netahat nic, hlídáš si to stravování, piješ čaje, jíš ty vitamíny a po 14 dnech se dozvíš, že(Manka)

Nejtěžší na tom jsou tři věci podle mě: a) navzdory bojovnému naladění tělo má svoje biologický limity, a jsem to já, kdo se musí vyrovnat s tím, že to nejde, b) smíření se s tím, že už jsem prostě stará, že to třeba nepůjde a stres okolo reakce vlastního organismu, nedokonalého (Mariana)

Noo, když se narodila měla 700g. Dávali nám tak 50% šanci, že přežije. A ještě měla něco na mozku. (Milena)

Jinde člověk ví, co udělal špatně a tak to udělá příště jinak. Tady nevíte nic. To mi na tom přijde nejhorší. To čekání a snažení se o co nejlepší stav všech věcí. (Daniela)

Volala jsem ségře, abych jí pověděla o tom posledním potratu, ale slyšela jsem v telefonu, jak se jí tam chichotá kamarádka v zádech, i ségra to zvedla se smíchem...řekla jsem, že se nic neděje, že zavolám jindy a rychle jsem zavěsila. Pak jsem tím telefonem hodila přes celou místnost, lehla jsem si na pohovku a ječela do polštáře. Ségra zpátky nezavolala a dva dny na to si její dítě zlomilo nohu. Tak se řešilo to. Na mě se prostě zapomnělo. Myslím, že od té doby si držím ten distanc. (Eliška)

Ale tohleto je jako nejhorší. Pro mě upřímně je to těžší v tom, že se mi vlastně v životě všechno poměrně dařilo. A tohle je první věc, kterou nejsem schopná v životě ovlivnit. Že to je tak, že můžu milionkrát chtít prostě....a nic s tím neudělám. (Justýna)

7.3.8 Jsem protivná

Následky úpravy hormonálních hladin bývají pocíťovány nejen fyzicky, ale významnou měrou také psychicky. Výkyvy nálad a přecitlivělost jsou hlavními pozorovanými změnami v chování žen procházejících léčbou.

Ted' to není ani 14 dní, co jsem byla na té krvi a pořád je to takové čerstvé. Já vidím film, kde se narodí miminko a já brečím, mně to dojde. (Manka)

Kdybych otěhotněla přirozeně, tak by ty hormony asi neměly vliv tak velký, na moje chování, protože jsem se chovala opravdu jako fúrie. Později ty výkyvy nálad přešly, ale na začátku to bylo šílený. (Klára)

Někdy to se mnou úplně cloumalo a byla jsem tak protivná, tak škaredá, hnusná jak na chlapa, tak na malého. Pak každý film mě rozbřečel, jo, já nevím, co se tam dělo, ale byla jsem taková přecitlivělá. (Manka)

Ted' co beru ty prášky, jsem protivná úplně neskutečně. Takový ty prášky na podporu ovulace, ale já mám Femaru, ale i ten Clostylbegit. Já fakt přítele už varuju „radši se schovej, protože já jsem nepříjemná i sama sobě“. (Bolka)

7.4 KVALITA KOMUNIKACE S LÉKAŘI

Prožívání léčby neplodnosti je do značné míry závislé na tom, jak je se ženami a jejich partnery zacházeno ze strany personálu toho kterého centra asistované reprodukce (CAR), jaké si odtud odnášejí po každé návštěvě dojmy. Získání důvěry k lékařskému týmu je pro klientky zásadním předpokladem uspokojujivé spolupráce na léčbě. Důvěra je získávána na základě transparentní komunikace o postupech léčby a přívětivým přístupem v mezilidském kontaktu. Respondentky uváděly některá pochybení v obou těchto oblastech, nicméně přístup lékařů byl hodnocen vesměs jako standardní. Běžnou praxí ve většině CAR je střídání určitého počtu lékařů ve službě, což vede k nemožnosti docházet stále k tomu samému. Přístupy a názory lékařů na postup léčby se přitom mohou lišit a klientky CAR proto někdy pociťují obavy ze ztráty kontinuity v procesu léčby. Jen jedna respondentka možnost konzultovat postup léčby s více lékaři vítala.

7.4.1 Poskytování informací, vysvětlování procesu léčby

Ke získání pocitu alespoň částečné kontroly nad procesem léčby je nezbytná dobrá informovanost klientek o významu všech vyšetření a možnost volit z nabízejících se postupů. Mezi respondentkami převládá přesvědčení, že jsou to lékaři, kdo by jim měli vyčerpávající informace poskytovat. Pokud se tak nestalo, byly v naprosté většině schopny si informace proaktivně vyhledat samy.

Když se nám stalo, že zjistili, že to miminko je nemocný a my jsme pak zjistili, že oni šly dělat nějaký testy a já jsem se strašně zlobila na to centrum, že nám prostě jako nedovolilo ty testy a všechno a jak je to možný...a další pokusy jsme pak dělali jenom s testovanejma embryama... (Justýna)

Zkoušeli jsme jiný centrum taky a přišli jsme na to, že všechno se dělalo vlastně standardně, že možná by bylo dobrý dát trochu menší stimulaci, ale nic prostě jako zásadního...hezky si s náma promluvil doktor ohledně tý genetiky... vlastně nám to rozmluvil, uvedl ty důvody, musím říct, že to se mu celkem jako dařilo, ale ještě taky zmínil, že to je prostě taky o tý psychice. (Justýna)

Oni ti neřeknou úplně všechno, třeba dva dny po tom ET jsem otevírala galerii a já měla takový šatičky těsný a úplně jsem natekla, strašně nafouklý břicho jsem měla a lidi mi gratulovali, že už jsem těhotná. Musela jsem si koupit těhotenský oblečení, měla jsem větší břicho než pak v 6.měsíci. (Klára)

Oni na tý klinice předpokládaj, že máš všechno načtený. Já jsem ale nečetla tolik a ten doktor pak na mě koukal jako na blázna, že něco jako nevím.. Přišlo mi, že by mohli víc vysvětlovat ty věci. Ale negativní zkušenost nemám. Byli fajn celkem. Já jsem ale dost flegmatická. (Klára)

Neřeknou mi, jak by to šlo jinak. Jsem pro ně jenom číslo. A oni to jedou s každým stejně. To nejsou opravdoví doktoři. (Daniela)

7.4.2 Mezilidský přístup

Respondentky postrádají při léčbě více individuální a více osobní přístup ze strany lékařů. Nastoupení léčby přirovnávají k naskočení na běžící pás, kde pak je s každým kusem nakládáno stejně, bez rozdílu na specifické okolnosti a osobní anamnézu. Lékařům vyčítají určitou „šablonovitost“ v přístupu ke klientele. Dojde-li v reakci na hormonální léčbu k hyperstimulačnímu syndromu (HSS), považují to klientky za pochybení lékaře. HSS bývá důvodem k výměně lékaře. Potrat k výměně CAR. Roli tu hraje spíše pověřčivost. Z neúspěšného pokusu o umělé oplodnění klientky lékaře neviní.

Nejdřív jsme chodili k jednomu doktorovi, pořád stejnýmu, pak na ten hyperstimulační syndrom nezareagoval úplně dobře, nesnížil ty dávky... a z toho jsme byli takový rozpačitý. Pak jsem začala už chodit k tomu, kdo měl zrovna volno, takže jsem poznala postupně téměř všechny, ale nevyhovovala mi taková ta šablonovitost. Prostě se zkouší tohle, když to nevyjde, zkusí se tohle... oni nic nevěděli ty doktoři, tak nebyli schopní nic říct. Ta fáze po tom ET, kdy se čeká, jestli se chytne to embryo, to stejně nikdo neovlivní. (Marcela)

Někteří doktoři byli víc konzervativní, radili to zkusit normálně, jiný nás tlačili do ty stimulace a vyvolat tu ovulaci uměle...prostě chtěli víc experimentovat s tím. (Marcela)

Byl to asi standardní lékařskej přístup. Žádněj z nich mi vyloženě nesedl, ale přizpůsobovala jsem to práci ty návštěvy a kdo tam byl, tam byl. Oni chtěj dosáhnout nějakých výsledků a vy jste jen číslo, jen další kus, ten individuální přístup tam chybí samozřejmě. Ale to tak je s doktorama už. (Marcela)

7.5 KVALITA ŽIVOTA - ZMĚNY

Léčba neplodnosti dopadá nesporně na kvalitu života léčených párů. Nežádoucí změny spatřovaly respondentky nejčastěji v těchto oblastech:

- tunelové vidění světa
- Partnerský vztah
- Socializace
- Zdravotní stav
- profesní život, finance
- další omezení

7.5.1 Tunelové vnímání

Tunelové vnímání je označení, které se používá pro stav zúžené pozornosti, kdy osoba zažívající krizi nevnímá nic jiného, než danou stresovou situaci. Vzniká na základě toho, že osoba má pocit, že situaci nemá pod kontrolou, a že ji není schopna zvládnout. Tento stav popisovala různými slovy spontánně více než polovina respondentek.

Mně to tu kvalitu života prostě zasáhlo. Mě se prostě život smrsknul nejdřív na sledování ovulačních testů, pak na opakovaných testování, pak v doufání, že to prostě tak bude,

pak prostě všechny ty injekce... Ten život se vám jako fakt smrskne na to, že furt čekáte, kdy budete mít dítě. (Justýna)

Můj život se smrsknul na tři věci: práce, televize, umělé oplodnění. Teď už chápu, proč mají starší lidi, nebo nemocný lidi, takový nutkání mluvit o svym zdraví. Já mám v hlavě taky jenom tu neplodnost (Eliška).

Já prostě vstávám s tím, že chci mít dítě a usínám s tím, že chci mít dítě a v podstatě nic jinýho mě v životě nezajímá. Tři a půl roku nepřemejšlim nad ničim jinym. To je šílený. Fakt šílený. Asi jako myšlenku by tomu člověk věnovat mohl, ale tohle? (Justýna)

Měla jsem pocit, že si od toho potřebuju odpočinout, aby byl kus mýho života mimo tohle věčný uvažování – jestli jsem si píchla hormony, vzala si vitamíny... pak řeší člověk blbosti jako „můžu si dát kafe?“, „jsem dostatečně vyklidněná?“, „neletěla jsem brzo po ET letadlem?“, já hodně cestuju... (Mariana)

7.5.2 Partnerský vztah

Léčba neplodnosti je, bez ohledu na to, zda příčina leží na straně ženy nebo muže, záležitostí partnerského páru. Jak žena, tak muž, musí souhlasit s umělým oplodněním a svůj souhlas doložit podpisem smlouvy. Na postup léčby mohou mít přitom oba jiný názor. Nejvíce sporů mezi partnery vzniká v otázkách spojených s ukončením léčby a s adopcí. Velké nároky klade léčba neplodnosti na psychiku – u žen dochází vlivem hormonální léčby ke značným výkyvům nálad, opakované neúspěchy způsobují hluboké emocionální propady a muži často nevědí, jak svým partnerkám nejlépe pomoci. Ženy si, na druhou stranu, často neuvědomují, že ani pro jejich protějšky to není snadné. Mají dojem, že veškerou tíhu na svých bedrech nesou právě ony. Už proto, že je to jejich tělo, do kterého se ponejvíce zasahuje.

Léčba neplodnosti představuje pro partnerský pár krizi, která se prohlubuje s délkou léčby. Výzkumy posledních let se proto, zvláště v zahraničí, zaměřují na resilienci páru jako celku. Resilience, neboli psychická odolnost, jednak do značné míry spoluurčuje, jak se s krizí pár vypořádá, ale především se dá posilovat v rámci cílené psychoterapie.

7.5.2.1 *Angažovanost partnera*

První proměnnou, kterou jsem během rozhovorů zaznamenala, byla míra angažovanosti partnera. Ta nabývala různých kvalit od naprosto pasivní účasti muže na procesu umělého oplodnění až k opačnému extrému, kdy muž svou partnerku doprovázel na každou kontrolu, průběžně se vzdělával v otázkách asistované reprodukce a kdyby mohl, nejraději by těhotenství vzal na sebe.

Já jsem občas měla pocit, že tu situaci nebere dostatečně vážně. Takže on si to tak nebral, neuvědomoval si vážnost tý situace a teď mu to trošku jako dochází.. protože už by to dítě taky moc moc chtěl, ale bohužel dítě nepřichází. Takže jak se to postupně vyvíjí nějak. (Justýna)

Partner to vydejchával docela úspěšně, píchal mi ty injekce, ty výkyvy nálad celkem dobře snášel... On to dítě chtěl hodně, asi víc než já, tak se staral, pořád se stará. Je velmi angažovanej, kdyby mohl, vzal by to na sebe snad. (Klára)

Chlap to neprožívá tak, jako ta žena. On to jakoby tak moc nevnímá podle mě. Já jsem to přecejenom vnímala jinak. Chlap to bere tak, že jsem nebyla vlastně těhotná, že to byl jenom pokus. Nevyšlo to, tak to vyjde příště jo. Taky ho to zamrzí, ale nebere to tak, jak já. Ale zas – on byl ten, který mě podporoval, se vším mi pomáhal...vysával, vytíral, to málo chlapů dělá. (Manka)

Já bych řekla, že jsem asi ve velení v tomto. On prostě udělá, co já řeknu. On jen trpělivě čeká. Když mu to vysvětlím, tak řekne ok, nemusíme spěchat, můžem to ještě zkoušet. On je prostě takový...já nevím...mně přijde, že mu nedochází spousta věcí, nebo to není na něm vidět, nebo to bere na lehkou váhu. (Daniela)

Dlouho to bylo jenom moje přání, což byla jedna z věcí, která to ovlivnila podle mě. Ač se mnou všechno podstupoval, chodil k těm doktorům, tak jsem věděla, že to dělá jen kvůli mě. (Marcela)

7.5.2.2 *Komunikace mezi partnery*

Komunikace o tak citlivém problému, jakým je neplodnost, může být problematická i u párů, kde již bylo dosaženo vysokého stupně intimity a komunikace na všechna jiná témata probíhá vcelku uspokojivě. Jde o oblast vzájemného soužití, na které musely ženy se svými protějšky nejvíce zapracovat. Mnoho z nich také zaznamenalo zlepšení kvality komunikace v průběhu času.

Většina respondentek zároveň přiznává, že ve chvílích, kdy jim bylo nejhůř (po potratu či neúspěšném pokusu o IVF), bylo pro jejich partnery nesnadné, ne-li nemožné, je podpořit způsobem, který by jim opravdu pomohl. Prožívání ženy a muže je v takových situacích velmi odlišné. Ženy, které tuto odlišnost vnímají, mají potom pocit, že jim nemůže muž porozumět.

Během přípravy na umělé oplodnění dochází vlivem hormonálních změn k velkým výkyvům nálad, které často eskalují v partnerské konflikty. Kamenem úrazu bývá, když muži na emocionální nevyrovnanost partnerek poukazují. Muži zase špatně snášejí, když je jejich partnerky podezřívají, že své úsilí vzdají a najdou si plodnou ženu. Je-li příčina neplodnosti známá, za vůbec nejhorší přešlap v komunikaci je považováno svalování viny na toho, kdo je v páru neplodný.

V rámci toho vztahu to pro mě bylo nejtěžší na začátku. Přitom my jako máme otevřenéj vztah, kdy jsme schopný si říct všechno, co se nám honí v hlavě, tak v týhle věci to nezafungovalo. Milionkrát jsem přemýšlela, jak by to bylo, kdyby byla příčina na mý straně. Ale...Když jsme se dověděli, že teda mužskej faktor, tak se manžel totálně zablokoval. Nechtěl o tom mluvit. Pak připustil jeden pokus o IVF s tím, že když se nepovede, že budeme bez dětí – a to já nechtěla. ...to pro mě byla jedna z těch úplně nejtěžších věcí. Řekla jsem mu: „pokud to nejseš ochotnej řešit, tak je konec. Že je člověk neplodnej, to se může stát. Je tu ale X možností, co se dá udělat. Když se k tomu problému postavíš zády a budeš dělat, že neexistuje, tak pro mě je to kudla do zad. Rozvádět se nechci, ale pokud je to konečný stanovisko, tak se rozvedem“ (Mariana)

Musela jsem si přiznat, že komunikuju blbě. Byla jsem zvyklá si věci nechávat pro sebe, a říct to, až když to mám vyřešený v sobě, ale když se něco děje, tak je třeba o tom mluvit. A docela dlouho trvalo, než jsme si to vyjasnili, několik let. Když ta komunikace není úplně otevřená, tak ta druhá strana si vytvoří nějaké domněnky, nějaký názor, který může být odlišný od toho, co si myslí ten druhý a může trvat dlouho, než se to podaří zbořit. (Marcela)

Ono je to jako těžký...najít způsob jak s tím člověkem tady v týhle fázi jako mluvit, jak to s ním prožívat, jo, každej to máme jinak, navíc procházíme takovýma výkyvama, kdy je jeden uzavřenéj, druhej uzavřenéj vůči tomu tématu a teď to prostě asi každej si zpracováváme v sobě, přemejšlíme o tom.Ale pro mě je asi důležitý, že jsem se prostě naučila ty věci pojmenovávat, a že se nebojím ty věci říct prostě nahlas a že to na něj prostě hodím. (Justýna)

To jsem opravdu byla v takovém stavu, že... manžel neměl šanci mě nijak podpořit, protože ty hormony lítají a vůbec a když mě řekl „ještě jseš mladá, ještě budeš mít děti“, tak jsem ho neměla ráda, protože už jsem žádný děti nechtěla a znovu tohle zažít. A když řekl „tak se na to vyprdnem, vždyť už jedno dítě máme“, tak jsem ho taky nenáviděla, že se mnou to další dítě nechce mít. (Milena)

7.5.2.3 Pozitivní dopady léčby na partnerský vztah

Ačkoli si léčba neplodnosti vybírá svou daň v řadě aspektů života léčených párů, nelze opominout ani její pozitivní dopady. Vždyť každá krize je příležitostí ke změně. A bývají to zpravidla změny k lepšímu. Ať už jde o komunikaci, prohloubení vztahu, porozumění tomu druhému či ujištění se o pevnosti vztahu. Jsou samozřejmě páry, které touto krizí neprojdou až do konce společně a rozejdou se v jejím průběhu (a tato obava zahrnula aspoň na čas v hlavě snad každé z léčených žen), ale pokud se podaří tuto zátěžovou situaci páru společnými silami zvládnout, vystupuje z krize jako silnější, pevnější, než byl dříve.

Ale zas je fakt, že asi jakoby nás to s manželem svým způsobem jako...já bych řekla, že ten náš vztah je teď daleko jako kvalitnější než byl předtím. Takovej jakoby pevnější. Že prostě asi jako jsme pochopili, že na tohle jsme fakt jenom my dva. Ne, že bysme se jako víc měli rádi, ale máme se tak nějak hlouběji, jo. Já nevím, jak bych to řekla, že možná máme i víc pochopení pro různé stavy toho druhého, jo, že prostě já to prostě cejtím, že ten vztah je takovej jakoby pevnější. A není tak...není tak...jako plochej. Že jako víc jde do hloubky. (Justýna)

Injekce mi píchal manžel, protože já je nesnáším. To byla docela legrace, řekla bych, že nás to i sblížilo... Díky tomu všemu jsme si hodně prohloubili ten vztah, protože to bylo hodně intimní. (Klára)

Ještě víc nás to sblížilo, ještě víc nás to spojilo. Opravdu jsem si myslela, když jsme tam šli poprvé, na tom ivf, co ten chlap na to, když se to nepovede, do hlavy mu nevidíš přece jenom ... (Manka)

On byl ten, který mě podporoval, se vším mi pomáhal...vysával, vytíral, to málo chlapů dělá. A ten náš vztah to ještě upevnilo. Po těch letech, co spolu jsme. Ta prvotní láska vyprchala dávno, to je jasné, ale teď jakoby byla zpátky. Jeden druhého jsme si začali vážit snad ještě víc, než předtím. Ten vztah je lepší, než byl. A za to jsem ráda. Když jsem

si psala s holkama, které na to doplatily, tak jsem se toho taky bála. Že to nezvládnem. (Manka)

..on věděl, jaký mám pocity, tak vždycky jenom přišel, obejmul mě a zeptal se, jestli něco potřebuju. Ale zase se mi postaral o tu Nikolku, která není jeho. A to nás semklo. Já vim, že se na něj můžu spolehnout. A že jsme si uvědomili, že ta ženská a mužská psychika je úplně něco jinýho a že se o tom asi musí mluvit. (Milena)

7.5.2.4 Sexuální život

Otevřením otázky sexuálního života se výzkumník dostává na tenký led a je vhodné ji položit až v době, kdy cítí, že rozhovor probíhá v důvěrné atmosféře. V opačném případě může dát respondentka najevo, že dané téma není ochotná dále rozebírat (jako Michaela), nebo od tématu uteče za pomoci humorné poznámky (jako Eliška), či převedením řeči na jinou osobu (Manka). Ostatní odpovědi lze považovat za velmi otevřené a je z nich patrné, že léčebný režim, kdy je mimo jiné na základě doporučení řízena frekvence pohlavního styku, ale především jsou udávána omezení, kdy k němu naopak dojít nesmí, do značné míry zasahuje kvalitu sexuálního života, ze kterého se přirozeně vytrácí spontaneita. Je nutné si uvědomit, že délka období tohoto režimu se pohybuje často v řádu let, nikoli jen týdnů či měsíců.

Když se člověk dostane do té spirály, měří si každý den bazální teplotu a tím se řídí to, jestli dojde nebo nedojde k nějakému sexu, tak to úplně zabije ten sexuální život. A nejenom to. Na nějaký čas a nemluví o týdnech, ale spíš o letech. V průběhu těch pokusů má člověk zase doporučení vzhledem k těm probíhajícím cyklům, kdy může a kdy nemůže souložit..takže totální zabiják... (Mariana)

Hmm, tak to bez debat. Když vám doktoři říkají, kdy na to máte skočit a kdy se naopak máte sexu vyvarovat...a vaším jediným motivem k zahájení nějakých sexuálních aktivit jsou dvě čárky na ovulačním testu, i když jste třeba zrovna fakt unavená, tak to fakt není úplně ono. Vytrácí se z toho potom veškerá hravost.. (Veronika)

Byla jsem rozladěná, když muž odjel na služebku zrovna, když mám ovulaci. Taky samozřejmě to nebylo bůhvíjak spontánní. (Marcela)

No ono to hlavně ovlivňuje, kdy můžeš mít sex a kdy ne. Takže jako určitě. Ale pořád si myslím, že když to vyjde, že to má smysl. (Milena)

To po netu se bavim s holčinou, která se 2,5 roku snaží ale ve skutečnosti se snažili vlastně tak půl roku, protože to máte daný, kdy spolu nesmíte spát, kdy jenom s kondomem... a po transferu zase ne... (Manka)

Sex byl pořád fajn. Tenkrát jsem ještě byla štíhlá a ohebná (Eliška)

Vzhledem k mým objektivním zdravotním komplikacím (neprůchodnost vejcovodů) byla frekvence našich sexuálních aktivit irelevantní. (Michaela)

7.5.3 Socializace

Žádná z respondentek nežije v sociální izolaci. Všechny jsou součástí několika sociálních skupin, které si jejich problémů všimají a do života páru zasahují. Komunikaci v samotném páru byla věnována část předchozí kapitoly. Jak svůj problém řešily respondentky v širším psychosociálním kontextu je patrné z dlouhé řady výpovědí na toto téma. Rozděleny byly dle četnosti jejich výskytu následovně:

- A. reakce okolí,**
- B. dobrá rada nad zlato**
- C. sebereflexe**
- D. dopad na socializaci**

7.5.3.1 Reakce okolí

Komunikace na téma vlastní neplodnosti v rámci svého sociálního okolí je velmi obtížná. K chybám dochází na obou stranách. Často o tom neumějí nebo nechtějí mluvit ženy samy, nebo lidé v jejich okolí neumí citlivě reagovat na jejich situaci. Některé respondentky se uzavřely právě poté, co se pokusily svým blízkým svěřit a ti reagovali poskytováním nevyžádaných rad, chlácholením nebo chtěli situaci řešit za ně.

Zdá se, že citlivost neplodných žen na otázky kolem bezdětnosti je v tomto období velmi zvýšená. V mnoha případech to jejich blízcí vycítí a našlapují kolem tohoto tématu opatrně, nebo se mu raději úplně vyhýbají.

Výsledkem je absence emocionální podpory, která je v tomto období tolik potřebná. Neplodné ženy se jí nakonec raději zřeknou, protože pokusy o její poskytnutí často nekončí dobře. V jejich výpovědích často zaznívají výroky typu „nikdo, kdo to nezažil, nemůže vědět, jaké to je“ a zkušenost s léčbou neplodnosti označují za nepřenositelnou. Některé mají proto tendenci hledat podporu mezi ženami, které procházejí stejnou (nebo alespoň velmi podobnou) zkušeností. (Více v kap. 7.6)

Je fakt, že i jako v rámci rodiny, širší rodiny, jsem vlastně...vědi všichni, čím jako procházíme, takže už se jako neptaj...takže to je taky jako dobrý, že už se to jako neotevívá. Že už všichni jako vědí, že je prostě jako problém, a že prostě dobrý, už nás jako netejraj nějakajma dotazama. (Justýna)

Rodiče prožívaj všechno hodně, ale do tohohle se nějak nechtěli plést. Asi už jim to přišlo moc osobní, mimo ty běžný meze. Nabízeli finanční pomoc, kdyby nám to nevycházelo nějak, ale jinak nic neřikali. To bylo divný, protože máma se jinak plete úplně do všeho. (Klára)

3.největší stres - jak to vykomunikovat s okolím, v rodině.... tchýni to trvalo rok, než to pochopila, že je fakt její syn neplodnej, asi si mysleli, že je to mnou, že jsem starší. (Mariana)

Ted' se mi stalo, že se mě zeptala jedna kolegyně advokátka, kolik mám dětí, tak jsem jí řekla, že nemám bohužel žádný, tak bylo úplně vidět, jak jí bylo trapně... ale to není o tom...mě jí bylo vlastně líto, že se mě zeptala...ale vesměs lidi chápou, že tohleto jako problém může bejt. (Justýna)

Mně přijde, že to nikdo moc nechápe z mého okolí. Nikdo neví o co jde. Kámoška třeba říká „Nee, ještě nemůžeš být těhotná, ještě musíme stihnout to to a to...“, a já si říkám „myslíš na něco jinýho, než na sebe?“ a já si říkám, „je to možný, že tohle fakt dělá??“ (rozhořčeně) mně přijde, že to nikdo nechápe.

Nemám ráda, když mě lidi chlácholej, když jsou děsně milí a zdvořilí. Proto mě baví sledovat toho dr. House. On je tak arogantní a sarkastickéj. Zajímalo by mě, co by asi tak řekl mě. „jste neplodná, tak se s tím smiřte“...(smích), a od něj bych to vzala. (Eliška)

Někdy jsou to takový nevinný fauly, jako třeba číšnice nám říká „že vy jste nechaly děti doma a udělaly si den jenom pro sebe?“, tak to se prostě netrefila, nemůže to vědět, že jo. Ale když mi třeba šéf řekl, že si nemůžu vzít po embryotransferu „sick-day“, protože nejsem nemocná... umělý oplodnění je moje volba přece, tak jsem myslela, že vyskočím z kůže. (Eliška)

Teta mi třeba řekla: „prostě se uvolni a zajdi si na masáž, nemůžeš otěhotnět proto, že jsi moc napjatá“. Nebo sestřenice mi říká: „vím přesně, jak se cítíš. Já už se 6 let snažím dodělat doktorát“. Jako myslej to dobře, ale jsou úplně mimo. (Veronika)

7.5.3.2 Dobrá rada nad zlato

Poskytování nevyžádaných, i když dobře míněných, rad je nejčastěji zmiňovaná reakce, ke které se okolí uchyluje. Každá z respondentek si jich vyslechla hned několik, přičemž skoro všechny uvedly radu nejabsurdnější – „nesmíš na to myslet“.

Všichni mi říkají „hele, nesmíš na to myslet“. No to je prostě rada za milion! Máte kolem sebe lidi, který si ani ve snu si nedokážou představit, čím člověk prochází, a tohle vám řeknou. (Justýna)

Rady jsem dostávala, za „nejlepší“ považují „Hlavně na to nemysli“, což jde dost blbě, když je člověku v některých fázích dost špatně i fyzicky. (Michaela)

Co mě ale štve od těch kamarádek, těch motorkářek, který mě říkají, „nesmíš na to myslet“. Ale jak na to nemám myslet? To je jak nemyslet na to, že mám zlomenou nohu! (Boleslava)

7.5.3.3 Sebereflexe

Respondentky nemluvily jen o tom, jak se sociální okolí vztahuje k nim, ale také o tom, jaké změny pozorují u sebe ve vztahování se k ostatním. Uvědomují si, jak se vlivem dlouhotrvající léčby neplodnosti změnil jejich přístup k životu, k výchově, nezřídka v sobě objevily i některé stinné stránky. A byly je schopny přijmout. Takový náhled je výsledkem dobré sebereflexe a dá se považovat za pozitivní aspekt sebezkušenosti s léčbou neplodnosti.

Tuhle jsem viděla maminku, která tlačila kočár a za ruku vedla dítě. A já vůbec nic necítila! To je pro neplodnou ženskou velkej úspěch – vidět těhotnou ženskou, ženskou s kočárkem, s dítětem...a necítit hořkost nebo závist. (Eliška)

Změnilo mě to asi. Poznamenalo to naše manželství, můj vztah k rodině i k přátelům. Nedokážu už se radovat, jsem našťvaná, zahořklá ženská. Když jdu s kámoškama slavit, oni jsou takový rozverný, vesele si bryndají ten šampus a já jsem furt ztuhlá. Jak vystřížená z tvrdýho kartonu prostě. (Eliška)

Já mám kolem sebe hodně holek, vysokoškolaček, co normálně otěhotněli, mají děti a vůbec si toho neváží! A teď je furt někam dávaj, babičkám, tetičkám, a neužívaj si to vůbec. Nojo, ale když nezažily to co my, tak to prostě takhle mají, no. (Manka)

A taky to okolí kdyby se naučilo zpracovávat, že ne každéj je nadšenej z každýho miminka, který se narodí okolo. Vlastně mě to překvapuje u mě. Přejde mi, že obecně já to těm holkám přeju, když se jim zadaří. Zvlášť těm, co předtím měly nějaký potíže. Ale tu švagrovou prostě nevydejchávám. Asi je to tím, že jsme byly stejně těhotný. Jim to vyšlo, a nám ne. (Justýna)

Jo. A já jsem začala sama jinak uvažovat. Přestala jsem dávat rady ostatním. Došlo mi, že o ně nikdo nestojí. Že jsme jen tak zpovykani z těch přátelských kruhů, že ohledně těch rodinných vztahů každý máme zkušenost a tak máme pocit, že to naše musí fungovat i jinde... a teď už se snažím jen poslouchat a nic na to třeba neříct. Snažím se, no. Přesto mi to někdy nejde (smích). (Daniela)

7.5.3.4 Dopad na socializaci

Chuť docházet do společnosti a stýkat se s přáteli se odvíjí od toho, jak je proces léčby neplodnosti prožíván. Respondentky, které se léčily krátce (Klára, Daniela), žádný větší dopad na svůj sociální život nepocitovaly. Obě shodou okolností zmiňují společenské trapasy, ke kterým došlo díky nečekaným tělesným změnám po embryotransferu.

Chuť chodit mezi lidi jsem měla, jen jsem se styděla za svůj fyzický vzhled - kvůli hormonům jsem mívala dost nafouklé břicho - a únavu. Otázky od lidí mi nevadily, jen si pamatuji trapnou situaci, kdy si někdo myslel, že jsem těhotná. (Daniela)

Dva dny po tom ET jsem otevírala galerii a já měla takový šatičky těsný a úplně jsem natekla, strašně nafouklý břicho jsem měla a lidi mi gratulovali, že už jsem těhotná. Musela jsem si koupit těhotenský oblečení, měla jsem větší břicho než pak v 6.měsíci. (Klára)

Naopak respondentky, které vlivem opakovaných neúspěchů o umělé oplodnění pociťovaly úzkost, strach, beznaděj a docházelo u nich velmi často k rozladám, se v takovém psychickém rozpoložení neměly chuť socializovat vůbec.

No jediný, kdy se mě nechtělo chodit mezi lidi bylo po tom potratu. Týden po tom jsme měli jet na ples. Tam jsem chtěla původně říct kamarádkám, že už jsem 3 měsíce těhotná. Takže jsem tam nejela, tenkrát jsem nechtěla ani vidět vlastní neteře. (Boleslava)

Jedním z pociťovaných dopadů na socializaci byla absence konverzačních témat, neboť dlouhotrvající úsilí o otěhotnění (o kterém respondentky mluvit nechtěly) pohlcuje větší část mysli a zároveň doposud bezdětné respondentky nemohou přispět do diskuse svými zkušenostmi s mateřstvím. Aniž by se společnosti vyhýbaly, cítily se pak z ní být v podstatě vyčleňovány.

Ted' už na společenský akce nechodíme. Nemůžu to vystát. Nevím o čem si s lidma povídat. Oni povídají o svých naplněných životech, jak trénují na maraton, učí se japonsky, berou děti pod stan a já nevím co. A já jen poslouchám a říkám si: co jim mám povědět já? Můj život se smršknul na tři věci: práce, televize, umělé oplodnění. (Eliška)

Z dlouhodobýho hlediska já se cítím být vyčleněná ze společnosti. Všichni moje kamarádky maj děti. A ta společnost, když jezdíme na hory a podobně, se přirozeně rozděluje na maminy s děckama, který s nima trávěj čas v dětskym koutku nebo na procházkách s kočárama... a já se dětí nestraním, to ne, ale samozřejmě když člověk ty děti nemá, tak zkušenosti s tím, jak děti rostou a co zrovna dělají si vyměňovat nemůžu, tak já radši půjdu na to kolo s chlapama. (Mariana)

Zvláštní okolnosti, které se objevily hned ve třech případech, nastaly, pokud se respondentkám podařilo otěhotnět současně s jinou ženou z jejich sociálního okolí, ale na rozdíl od této se jim nepodařilo dítě donosit. Kontakt s touto „synchronně těhotnou“ ženou byl pro ně velmi emočně náročný, stejně jako kontakt s dětmi, které se těmto ženám později narodily.

Sestra a já jsme přišly do jiného stavu ve stejnou dobu. Ona měla mít miminko přesně týden po tom mém. Pak se to ségře narodilo. Jela jsem za ní do porodnice. Chtěla jsem udělat všechno správně. Pořídila jsem šatičky miminkovský, koupila přáníčko, kytku ségře, všechno hezky zabalila. Sehrála jsem to skvěle. I s tím šíšláním na miminko.. v duchu jsem si jen říkala „nemysli na to...nemysli na to... ted' nádech... ted' mluv...“ – za

to by měli dávat Oscara, fakt. Přitom mě ještě bolela a páčila prsa, moje tělo se chovalo, jako bych byla dál těhotná, i když mi to dítě z dělohy vyškráblí (Eliška)

Já mám teďka dost problém, že jak jsme loni otěhotněli, tak dobrý bylo, že kamarádka nejlepší, která čeká už 2,5 roku na miminko byla v 13.týdnu. No a ona ho donosila, a my jsme potratili a když jsem tam teď za ní byla, tak jsem se tam vyloženě necejtila. Jako máme jí rádi, všechno, malýho mám taky ráda, ke mě šel, člověk si s ním rád pohraje, ale pak jsem si říkala, mohla jsem mít 4měsíční mimino. (Boleslava)

My jsme byly se švagrovou stejně těhotný, takže je to tam dost provázaný a Ona je jedinej člověk na světě, kterýho já nevydejchávám na to těhotenství. Snažím se, vim, že ona za to nemůže, ale prostě nějak to nejsem schopná zpracovat...ještě švagrová navíc je teď.. čeká už druhý dítě, takže já jsem v tomhle směru masená z jejich strany.. jako dost. (Justýna)

7.5.4 Zdravotní stav

Přesto, že jsou neplodné ženy v bezbřehé touze po potomkovi ochotné snášet mnoho útrap, s rozhodnutím podstoupit IVF automaticky svolují zaplatit „daň ze zdraví“, o jejíž výši nemají ještě ani potuchy. Negativní účinky léčby neplodnosti na celkový zdravotní stav jsou opomíjeny jak ženami samotnými, tak lékaři, kteří na ně, dle zkušenosti většiny respondentek, ani neupozorňují. Nejvíce negativních důsledků pocítovaly respondentky po hormonální stimulaci. Popisují stavy jako je fyzická nevolnost, rozbolavělá prsa, nafouklé břicho, migrény, ale také brnění prstů, rozostřené vidění aj. Samotné píchání si injekcí do břicha je považováno za výzvu a fakt, že přirozený cyklus je vystřídán uměle dodávanými hormony a jeho znovuoobnovení také neprobíhá bez obtíží, je jen třešničkou na dortu. Pokud žena projde celým kolečkem umělého oplodnění, těhotenství a následného potratu, trvá o to déle, než se vrátí do původní formy. Se zdravotním stavem souvisí také změny hmotnosti, ke kterým dochází vlivem hormonální stimulace a které u některých respondentek znamenaly až 15 kg nárůst.

Hm. Aj to zdraví, že jo. Já jsem se dávala třeba rok dohromady a to je takový zvláštní, plynule jsem přišla z toho oplodnění do toho těhotenství a do toho potratu a pak zase ta hysteroskopie. A já třeba teprve po roce a ¼ jsem se vzbudila a nic mě nebolelo. (Milena)

Pro moje tělo to není dobré asi, abych 3x za půl roku takhle stimulovala. Už takhle toho bylo dost, jo. Přece jen to je taky zásah do těla... ale ještě to není to nejhorší (Manka)

Kromě únavy a nafouklého břicha mě nesmírně trápily veliké bolesti hlavy. Nikdy jsem na ně netrpěla a teď jsem mívala asi opravdické migrény včetně rozostřeného vidění, brnění v levé ruce, vynechávání slov při řeči atd. (Michaela)

Jako chtěli jsme jít do třetího pokusu v dubnu, ale od toho října jsem nabrala 15 kg a chci to zpátky tu svojí váhu. (Manka)

7.5.5 Práce, dovolená, finance

Léčba neplodnosti zasahuje také do pracovního života, plánování dovolených a do finančního rozpočtu páru. Na tyto životní aspekty kladly respondentky menší důraz, přece jenom byly voleny z řad těch, které se pro asistovanou reprodukci již rozhodly, ale pro jiné páry může být finanční náročnost léčby při rozhodování o jejím podstoupení stěžejní.

Já jsem vždycky měla tu práci na prvním místě a najednou jsem se dostala do stavu, kdy to pro mě až tak důležitý není. Jako paradoxně přišly lepší výsledky, protože člověk se jako uvolní, je víc v klidu, ale je to fakt zvláštní. (Justýna)

Záleží taky na osobnosti každého člověka, ale i když se snažíte normálně fungovat a nemyslet na to, tak to zasahuje do života tak moc, že to ani nejde...plánujete podle toho dovolenou všechno. (Mariana)

Zasahuje to i do toho pracovního života. Ty omluvenky, ten čas strávený u doktorů... ani ti neřeknou, jestli po tom ET dělat všechno normálně, nebo radši ležet a čekat... takže ta pracovní neschopnost...to je spojený s financema, taky. Pak ta léčba, i když to hradí pojišťovna částečně, tak není zadarmo. I to, že ležíš doma, to je další finanční darda. Takže pracovní život, soukromý život, finanční situace, to všechno. (Milena)

7.6 COPINGOVÉ STRATEGIE NEPLODNÝCH ŽEN

Strategie zvládání stresu neboli “copingové” strategie (převzato z angl. “cope” – vypořádat se, zvládnout) jsou významným tématem, které se nepřímo objevilo v každém rozhovoru, ať už spontánně nebo bylo nastoleno otázkou “Co vám

pomáhá situaci zvládat?”. Společným znakem všech odpovědí byl aktivní přístup k problému. Ten bylo možné víceméně předjímat na základě dvou faktů. Prvním je, že ¾ respondentek je vysokoškolsky vzdělaných - jsou tedy zvyklé pracovat s informacemi a problémy řešit proaktivně. A druhým je fakt, že všechny respondenty se pro svou neplodnost léčily (a možná stále léčí) v některém z CAR, což se samo o sobě dá považovat za projev vůle nastalý problém řešit.

Po nahodilém shromážděním odpovědí na výše uvedenou otázku byly jednotlivé strategie roztříděny podle toho, zda jsou zaměřené více na problém (zdůrazněno je zde kognitivní zpracování zátěžové situace) nebo na emoce (zdůrazněno je prožívání zátěžové situace a její zvládnutí na úrovni práce s emocemi). Typické je užívání strategií z obou zmíněných kategorií.

Strategie zaměřené na problém

Na psychickou zátěž, kterou neplodnost jistě je, reagují ženy zpočátku tím, že se snaží dostat situaci pod kontrolu. Zjistit si co nejvíce informací o dané diagnóze a na případné diskrepance se doptat. Pocit vnímané kontroly zvyšuje také možnost spolurozhodování o postupu léčby. Ta opět předpokládá orientaci klientky v tématu, která má umožnit učinění volby. Dle průběžných výsledků jednotlivých vyšetření jsou činěna další rozhodnutí, ženy si utvářejí plán vlastní léčby a zohledňují přitom vlastní zdravotní a psychický stav.

7.6.1. Sebe-edukace

Po vyslechnutí diagnózy od odborného lékaře respondenty zpravidla reagují tím, že si vyhledají informace k danému problému a snaží se v nastalé situaci co nejlépe zorientovat. Liší se zdroje, ve kterých po informacích pátrají i množství času, který samostudiu věnují.

Člověk si o tom něco přečte, zkonzultuje, zjistí si co potřebuje.. (Justýna)

Já jsem právnická, takže všechno si nastuduju, ale nevím, jestli je to dobře nebo špatně. Možná je to horší to vědět. (Milena)

Ale už bych se nechtěla dostat do toho, že si to budu sama nastudovávat, a zabřednu do toho. Vim, že dělám maximum a víc dělat nemůžu. A to každodenní čtení mě bralo energii, čas... (Milena)

Četla jsem spousty motivačních knih. Dokonce jsem se účastnila víkendových seminářů, hledala svou vnitřní sílu, objímala se s cizími lidmi. Fakt jsem tomu věřila. (Eliška)

7.6.2 Spolurozhodování o procesu léčby

Klientky nejsou v léčbě své neplodnosti pasivními hráčkami. Mezi respondentkami se nenašla žádná, která by jen odevzdaně přijímala návrhy a doporučení lékařů v CAR a průběh léčby nijak neovlivňovala. Komunikace ze strany lékařů tu hraje zásadní roli. V ideálním případě lékaři vysvětlují, jaké jsou možnosti další léčby a konečné rozhodnutí učiní klientka (spolu se svým partnerem). Kromě toho si klientky ještě mimo CAR aktivně zjišťují, jak jinak mohou podpořit úspěšnost léčby, na která nadstandardní vyšetření se doptat, jaký smysl tato vyšetření mají a zda na ně zdravotní pojišťovny doplácí či nikoli. V případě neúspěšného pokusu o umělé oplodnění se rozhodují, zda léčbu nepřerušit a nechat tělo i mysl na čas odpočinout, než seberou sílu na pokus další. V neposlední řadě srovnávají jednotlivá centra mezi sebou a rozhodují se, kam budou docházet. V několika případech se klientky (spolu se svými partnery) rozhodly CAR změnit – buďto na základě neuspokojivého zacházení ze strany personálu nebo pokud v centru zažily něco nepříjemného, např. potrat.

Ted' když to teda nevyšlo, tak jsme se objednali do kliniky a doktor říkal, že nás pošle na všelijaká vyšetření, jako i mě ted', jo, tak uvidim. Jako budu si stát za tím, že chcu tu imunologii i genetiku. (Manka)

Příčinu mi neřekli, ale jak já si vždycky všechno sama zjistim, tak jsem se skontovala s panem doktorem Kauckým. To je odborník na nedonošený děti, nebo na riziková těhotenství v ČR. A on mi udělal test, který se doplácí až po 3. potratu. (Milena)

...pak jsem si zjistila, jaká vyšetření se můžou ještě udělat, tak jsem si řekla, že tam to bylo všechno špatně a jedeme od znova. V Podolí mě pak vyšetřovali od shora dolů... (Daniela)

I jsem zvažovala změnu centra, ale třeba teď už prostě netestujeme ty embrya geneticky. Protože to prostě neovlivníme. Člověk si o tom něco přečte, zkonzultuje, zjistí, že vlastně tím genetickým testováním se vyloučí taky spousta zdравejch embryí, takže jsme se rozhodli tohle risknout a prostě teď to je takhle daný.... (Justýna)

7.6.3 Utváření plánu

Utváření osobní vize či plánu léčby pomáhá zmírňovat pocity beznaděje. Klientky mají promyšlené další kroky, ke kterým přistoupí, když zvolený postup léčby nepřinese kýžený výsledek. Jde o racionální přístup, jehož cílem (více či méně vědomým) je udržování naděje na úspěch. Klientky, které procházejí léčbou dlouhodobě, postupně sbírají zkušenosti, ze kterých se poučí a na tomto základě utvářejí plány nové, s větší nadějí na úspěch.

Takže uvidíme, jestli vyčerpáme všechny pokusy a možnosti, tak pak leda adopce nebo ta pěstounská péče. Ale na adopci se čeká i několik let a někdy se ani nedočkáš, nebo je ti už 40 a já prostě nechci ve 40ti už vychovávat dítě. Protože vim, že už budu stará, nebudu mít na to tu sílu, jo a nebudu mít ani tolik času. To už chci chodit do práce a už si zařizovat svoje. (Manka)

...nějaký embrya máme v mrazáku...nějakej postup máme dohodnutej a tak prostě ho dokončíme a uvidíme co bude dál. Ono tyhleto věci se strašně blbě jako předjímaj...třeba fakt zjistím, že to jako nemá smysl... (Justýna)

Já jsem to vždycky všechno měla předem vymyšlený, předem dohodnutý, naplánovaný a teď poprvé jsem v situaci, kdy vidím, že naplánovat si to můžeš jak chceš, ale výsledek prostě neovlivníš. (Justýna)

Když to nevyšlo, domluvili jsme se s doktorkou, že další hormonální stimulace už nebude, ale furt je tady ta naděje těch dvou zmražených embryí. A když to nevyjde, je tady ještě možnost zavést darovaný embryo, říkala doktorka, ať to probereme. (Mariana)

Takže jsme se dohodli s manželem, že když nedopadne tenhle cryoET, zkusíme ještě darovaný embryo a když to nevyjde, tak holt budeme bez dětí, a nějak se s tím poperem... Tak si říkám, třeba jo, třeba je to šance, to je to poslední, co jsem ještě nezkusila. (Mariana)

Říkali jsme si, že si dáme pauzu aspoň jeden rok, nebo aspoň do září, října, necháme to být, budu se věnovat práci, malému, pojedem na dovolenou... počkáme, co přinesou ta vyšetření taky. Dokud se nebude vědět, jestli jsem já zdravá nebo ne, tak na další pokus ani nechci. Pojišťovna proplácí 4 a dva už máme za sebou. Nechci aby to dopadlo stejně jako minule, že ani nebudu mít nic zamraženého. Nechci vyhodit 20-30 tis Kč jen tak a nic z toho nemít. To nemá smysl. Chci mít jistotu, že ať už já nebo i doktoři uděláme všechno proto, abychom věděli, kde ten problém je, jestli nějaký je třeba u mě. (Manka)

Joo, je to tak jako naplánovaný taky dobře. Jednu dovolenou jo, tam si odpočinem, pak to zkusíme, když to nevyjde, tak pak budou ty prázdniny, kdy si to s holkama užijem... už tam prostě nechci mít takový to černo. Takový ty berličky, když jo, tak super, když ne, tak tam nějaký světlo furt je... (Milena)

Mám plán. Vim, že to bude bolet. Bude to náročný. Pro celou rodinu to bude náročný. Už to známe. Tenkrát jsme museli naučit Nikču, aby chodila do školy sama, protože já jsem zůstala ležet doma, hodně se osamostatnila... finance jsme museli přiškrtnit, prostě všechno. ... a pak to nevyšlo. (Milena)

Strategie zaměřené na emoce

Strategie zvládnání stresu zaměřené na emoce zahrnují vyhledávání emocionální podpory, aktivity přinášející zklidnění jako je jóga, meditace, či prosté odreagování se, sycení dekompenzované potřeby vyhledáváním dětské společnosti, ale také práci s vlastními emocemi, jejíž cílem je v ideálním případě smíření se s danou situací. Tyto strategie jsou uplatňovány zároveň se strategiemi zaměřovanými na problém. Vysledovat lze ale tendenci jejich většího zapojování v případě protrahované léčby, kdy pocit vnímané kontroly nad situací vlivem opakovaných neúspěchů slábne.

7.6.4 Vyhledání sociální podpory

Žádná z respondentek nežije v sociální izolaci a dříve či později se rozhodla svěřit se se svým trápením někomu ze svých blízkých, přátel, nebo sdílet své pocity na sociálních sítích.

7.6.4.1 emocionální podpora od blízkých

Ačkoli vyhledání emocionální podpory u svých blízkých se jeví jako strategie funkční, v reálu je sdílení pocitů spojených s léčbou neplodnosti se svými blízkými problematické. Do hry vstupují obavy rodičů o zdraví svých dcer či rozdílné názory na umělé oplodnění vůbec. V jiných případech zase respondentky nechtějí způsobovat psychickou zátěž svým rodičům (či dítěti) a tak s nimi na toto téma nemluví. Ve dvou případech je samotné téma léčení neplodnosti považováno za natolik intimní, že se v rodině ani neotevívá. Neschopnost o tématu před svými blízkými mluvit může být dána také jeho bolestností pro ženu. Za velmi dojemnou dvě z respondentek považují emocionální podporu od svých dětí. (Jen dvě respondentky v době léčby již jedno dítě měly).

Když se to poprvé nepovedlo, tak jsem to volala nejlepší kamarádce. Jinak jsem nebyla schopná o tom s kýmkoli mluvit, protože jsem začala hned brečet pokaždý, když na to přišla řeč. (Mariana)

A vůbec v takových situacích já nesmím vedle sebe nikoho mít, protože kdybych byla u tý ségry, tak já se složím úplně hrozným způsobem. Kdežto když to musím kamuflovat, snažit se bejt i před tím tátou veselá, tak je to pro mě jednodušší. (Bolka)

A on nikdo nevěděl, že jsem těhotná, nikdo nevěděl že potracím a už vůbec nikdo nevěděl, že jsem v nemocnici. Já si říkala, komu já zavolám? Který sestře? Všechny už měly roční mimina, to kdybych jí zavolala, tak se ještě vybourá, tak švagrovi snad.. ale to jsem nechtěla. (Bolka)

Tatka o tom vůbec neví. O tom ví spousta lidí, moji kamarádi, chtěla jsem to říct těm nejbližším, ale zjišťuju, že už to ví hodně moc lidí, ale on ne. Protože nechci mít na sobě ještě větší tu tíhu, aby se mě někdo pořád ptal...nebo neptal, ale očekával, že jakože třeba... a to nechci. Takže to je těžký, protože je to někdo hodně blízkej a teoreticky by mi mohl hodně pomoci, protože je to lékař a má konexe, ale neví o tom. (Daniela)

Naši třeba ani nevědi, že jsme byli včera na vkladu. Já už to mamíně říkat nechci, protože ta už je z toho úplně hotová, já to na ní vidím, a už jí s tím prostě nechci trápit...ona to prostě nedává. Jako absolutně. Už teď. Už je vidět, jak jí to mele, a už by nejradši byla, abych se na to vykašlala, ale to já zas neudělám, takže je to pořád dokola. (Justýna)

No a chtěla sourozence, vždycky chodila a hladila mi břicho... a když to pak nevyšlo, tak přišla a říká „mamko, máš přece mě.. “. A teď mi říkála „já vim, ty seš jako já, já se taky

nikdy nevzdávám“, ale teď už sourozence nechce, bojí se toho. Takže už jí zase všechno neřikám (pláče) (Milena)

Ani o tom neumím moc mluvit. Protože doma už to říkat nechci, tam mi to budou vymlouvat. Máma má pořád obavy, říká: „netahej čerta za ocas“, „mohla jsi umřít u prvního porodu“ a „jsi taková štíhlá, ty nemůžeš donosit dítě“ a tak pořád něco. (Milena)

Rodiče prožívají všechno hodně, ale do tohohle se nějak nechtěli plést. Asi už jim to přišlo moc osobní, mimo ty běžný meze. Nabízeli finanční pomoc, kdyby nám to nevycházelo nějak, ale jinak nic neřikali. (Klára)

Nevím, kdybych neměla malého, jak by to bylo. Ten mě drží hodně nad vodou. I když je malý, nepodporuje mě, i tak mi dodává tu sílu. Vždycky jsem byla hodně citlivá, kdybych ho neměla, nevím, jak bych to zvládala. Díky němu mám důvod vstát každé ráno, neproležím celý den a nebrečím do polštáře... i chlap mě hodně podporuje, dodává mi naději, pomazlí se se mnou, pohladí, polituje, když se fakt rozbřečím... a je to denně, jo. I malý mě polituje „mami, nebreč, to bude dobrý“, to mě vždycky rozesměje (smích). Nevím, jestli se s tím lze vypořádat. (Manka)

Ségra mě obejmula a řekla „kěz bych mohla přijít takhle já za tebou do porodnice“ a pak jsme obě plakaly. To mi tak pomohlo. Bylo to, jako by kousek toho mého žalu vzala na sebe. Tak se mi ulevilo. (Eliška)

7.6.4.2 Sdílení v širším kruhu sociálním

Většina respondentek od sdílení svých pocitů v kruhu svých nejbližších dříve či později upustila. Nutnost se o své trápení podělit ale zůstala (až na dva případy uvedené na konci výčtu citací). Ačkoli nějaké formy emocionální podpory se většině respondentkám ze strany svých přátel dostalo, mnohdy připouštějí, že jejich neznalost procesu umělého oplodnění, nebo prostá neschopnost empatie, do značné míry ztěžuje možnost rozhovoru na toto téma. Řadu ukázek necitlivých reakcí je možné najít v kapitole věnované změněné kvalitě života, v podkapitole Socializace.

Vědí to ještě tři kamarádky, které se zajímají. A jsou pro mě víc, než ta rodina. Probírám to radši s nima, než s rodinou. (Manka)

Musím říct, že holky na tom FB i ty kamarádky, u kterých vím, že mě pochopí a nepustí nic dál do světa... něco si třeba i pročetly na internetu, aby věděly, když se se mnou baví. (Manka)

Nikdo tomu nerozumí. Nikdo neví, o co jde. Kámoška třeba říká „Nee, ještě nemůžeš být těhotná, ještě musíme stihnout to to a to...“, a já si říkám „myslíš na něco jinýho, než na sebe?“ jako vážně, „je to možný, že tohle fakt dělá??“ (rozhořčeně) mně přijde, že to nikdo nechápe. (Daniela)

Bavila jsem se o tom s kamarádkama, to asi jako pomůže. Nejhorší asi je, pokud si o tom člověk nemá s kým popovídat a drží to v sobě. To se asi fakt nedá. (Mariana)

7.6.4.3 Sdílení na sociálních sítích

Na internetu lze vyhledat řadu diskuzních skupin k tématu umělého oplodnění. Jen málo respondentek do těchto diskuzí aktivně přispívá. Téměř všechny je ale čtou a považují je za dobrý zdroj informací. Účast na těchto diskuzích, ať už aktivní či pasivní, může být do jisté míry pomáhající, ale také škodlivá. Respondentkám pomáhá vědomí společného problému s někým dalším a vzájemná podpora, kterou si ženy ve skupině poskytují. Jsou ochotné vyzkoušet i nejrůznější doplňky stravy, byliny a cvičení, které si v diskusích jejich účastnice doporučují. Naději dodávají povzbudivé komentáře od žen, jejichž boj s neplodností skončil úspěchem. Na druhou stranu, strach nahánějí případy tragické a tráví-li respondentky příliš mnoho času čtením diskusí, sami si stěžují na jistou návykovost této kratochvíle.

Nee. Já vůbec nepřispívám. Ale zjišťuju, že se tam toho hodně řeší v té FB skupině třeba. Tak se jen podívám, jestli někdo řeší stejné téma jako já, ale spíš se snažím se tam nedívat. Ani na to nemám čas. Beztak mám pocit, že všechno vím už. Takové ty doplňky stravy třeba, to jsem tam našla. Je to dobrej zdroj informací vlastně celkem. (Daniela)

Ono i paradoxně pomáhá, když člověk ví, že jako není sám. Nebo takhle – že tenhle ten problém nemá sám. (Justýna)

...že bych někam přispívala, to ne, ale našla jsem si spoustu blogů, hodně zahraničních, člověka potěší, když vidí nějakou historii typu negative, negative, positive (Mariana)

A zároveň tam často vidím, že se těm ženským zadaří, že se tam dějí i ty pozitivní věci. Že to není taková ta depresivní skupina...zmaru. (Daniela)

Jo, i ten vztah, ale řeknu vám to úplně otevřeně, manžel, ten už se mi za to i směje, ale já jsem prostě ulítla na emiminu, modrym koníku, prostě to si přečtete, to jsou šílený věci, ale člověku pomůže, že vlastně jakoby tam jsou lidi jako my... (Justýna)

Možná jsem víc prožívala ty první UZ, když se dočteš, že může být deformovaný to embryo a pak tě to vystíhuje. Kdybych to nečetla, asi bych byla víc v klidu. (Klára)

7.6.4.4 Sycení dekompenzované potřeby kontaktem s dětmi

Dekompenzovanou potřebu péče o děti některé respondentky sytí kontaktem s jinými dětmi v rodině i mimo ní.

...tam je fajn, že se ke mě ty děti půjčujou dost často, ta jedna kdyby mohla, tak každý víkend, tam ten synovec má 6 let, nejstarší neteř dokonce 12, ale už minimálně těch 6 let si říkám, že bysme chtěli taky to svoje miminko. (Bolka)

Někdy si půjčuju děti od ségry. Hlavně Káju, tu starší, na tu já trpím. Ona je celá já. Všichni to říkaj. A ségra někdy prostě jí ty nehty neostříhá, chodí furt ušmudlaná, neučesaná, až se jí pak děti smějou ve škole...to já nesnesu... (Justýna)

Chodím trénovat malý děti... beach-volejbal. Baví mě je sledovat, jak jsou bezprostřední, kolik mají energie, to je skvělý. Maj různý povahy. A já si pak říkám, takový by mohlo být moje dítě, anebo takhle ho určitě nevychováám... a tak. Aspoň takhle si ten dětskej element do života dosazuju. (Veronika)

7.6.5 Akceptace

Postoj k léčbě neplodnosti se u obou partnerů vyvíjí v čase. A nutno poznamenat, že málokdy v souladu. Obecně se dá shrnout, že ženy se možnostem alternativního řešení rodičovství, jako je náhradní rodinná péče nebo adopce, začnou otevírat dříve, než muži. Ovšem tak jako tak až poté, co v nich vyhasnou naděje na zplození dětí vlastních. Genderové aspekty neplodnosti nejsou předmětem této práce, pozornost proto bude dále věnována cílové skupině neplodných žen. Teprve když léčba trvá už tak dlouho, že žena dosáhne stanovené hranice, za kterou už nechce v léčbě pokračovat (viz. kapitola 5.1.3), začne se alternativními možnostmi rodičovství vážně zabývat. K tomu je ovšem třeba dosáhnout stavu smíření, akceptace dané situace. Dosažení této fáze je komplikováno stále vyspělejší technologií postupů asistované reprodukce. Medicínské možnosti léčby jsou v dnešní době téměř bezmezná a není snadné stanovit si svou psychologickou hranici, za kterou klienti CAR své snahy a naděje na biologické rodičovství opustí. Dohledat se přitom dá řada případových studií, ve kterých je popsáno dosažení spontánního těhotenství právě po ukončení léčby neplodnosti.

7.6.5.1 Představa bezdětnosti, smíření

Ale to prostě asi člověk musí přijít do nějakýho toho smíření, že prostě už jako ví, že pro to dělá úplný maximum a že prostě holt jako víc nemůže (tlumeně). A že prostě jediný, co pro to může udělat je to nevdát to (rozrušeně), jo a prostě jít dál. (Justýna)

Jasně že to není konec světa, když ty děti člověk nemá, ale chvíli to trvá a nevím, jestli to úplně kompletně někdy přebolí. (Mariana)

Musela jsem se smířit s tím, že když děti mít nebudem, tak je mít nebudem. Že budeme žít ve dvou. Ta představa byla ve finále docela fajn, jen si to člověk musel připustit. Nám život ve dvou docela vyhovoval, hodně jsme cestovali... jenže já furt měla pocit, že bych měla mít dítě, když už je mi těch 30 a maj děti všichni okolo... a než se to zhouplo od toho „měla“ do toho „chtěla“ tak to asi trvalo. Přišlo to až s tím, jak se nedařilo. Pak jsem ho čím dál víc chtěla. (Marcela)

7.6.5.2 Alternativní řešení - adopce

Takže uvidíme...jestli vyčerpáme všechny pokusy a možnosti, tak pak leda adopce nebo ta pěstounská péče. Ale na adopci se čeká i několik let a někdy se ani nedočkáš, nebo je ti už 40 a já prostě nechci ve 40ti už vychovávat dítě. Protože vim, že už budu stará, nebudu mít na to tu sílu, jo a nebudu mít ani tolik času. To už chci chodit do práce a už si zařizovat svoje (Manka)

Ale když já čtu, že to může trvat 2-3 roky, než to vyjde, tak abysme ve 40ti letech adoptovali miminko, tak jako dá se to, ale docela mě vyděsili po jednom odsátí vajíček jsem skončila v nemocnici, tak tam ženský říkaly, že po 40 vám už nedaj miminko a v 45 letech možná tak 10-letý děcko. A to už je docela dost. Skousla bych roční, dvouletý, tříletý, ale osmiletý třeba už ne. Asi by se to nějak dalo, ale je to jinačí, než se starat o miminka. A já bych chtěla miminko. (Bolka)

Jako já jsem vždycky říkala, od té doby, co ségra čekala dvojčata, já bych jako šla do adopce. Já vim, že kdybych adoptovala, a pak by se to povedlo, že bychom to zvládli. I když máme 1+1 byt, 4.patro bez výtahu, ale jako proč ne. K tátovi se můžem nastěhovat kdykoli, ten by to neřešil, ten je taky už profesionální chůva. (Bolka)

V centru nám říkali „adopce je charita“, „ k adopci se zdravý děti vlastně už nedávaj“, „počet párů který jsou neplodný rychle stoupá a počet zdravých dětí, který se dávaj k adopci naopak klesá. To znamená že tam je velikej nepoměr. Neznám selekční kritéria, ale jsme Češi, co žijí ve Švýcarsku a my bychom museli přes ten švýcarskej systém a tam bylo vysloveně napsaný na těch stránkách, že u těch adoptovanejch dětí člověk musí počítat s nějakym malym postiženim. Nejsm žádněj nelida, mám velký srdce, ale abych si vzala vědomě postižený dítě, na to nejsem asi dost silná. (Mariana)

Hele, já jsem přemýšlela i o adopci, když jsem potratila. Ale došla jsem k závěru, že by to nebylo naše dítě. A druhá věc je, že bychom asi na to dítě čekali dlouho. Protože už jedno dítě mám a jsme starej pár. (Milena)

Adopce ještě není na pořadu dne. Prostě teď všechno, co podnikáme, podnikáme s cílem mít vlastní miminko. Až kdyby to nedejbože fakt nevyšlo, budeme se vážně zabývat možností adopce. A to nevylučuju. (Veronika)

Já jsem adopci nikdy nechtěla, takže to jsme nezvažovali. Jestli se to má povést, tak se to povede přirozeně a jestli se to nemá povést, tak budem bez dětí. (Marcela)

7.6.6 Zmírnění emocionálního vzrušení – jóga, meditace, sport, práce

Práce s emocemi jistě obnáší také aktivity redukcující emoce a napětí. Tyto aktivity umožňují dočasný únik od problému a mají různou podobu. Nejčastěji respondentky uváděly sport, případně práci nebo učení. Několik respondentek si pochvalovalo účinky hormonální jógy pro její účinek fyziologický, ale také jako prostředek duševní hygieny. Jedna respondentka začala provozovat jógu a meditaci čistě pro svůj duchovní rozvoj. Zklidnění ji pak umožnilo vidět svůj život z nadhledu a přeuspořádat si jej v souladu s nově objevenými hodnotami. Jiné respondentky mluvily více o krátkodobém zamětnání těla a mysli, které jim pomáhá se odreagovat, chvíli nemyslet na jinak všudypřítomné problémy spojené s neplodností. V časných fázích léčby pomáhal také humor.

Pomáhala mi ta joga, qigong, medituju od r.2015 asi. Tohle mi pomáhá k tý vyrovnanosti. (Marcela)

...pro mě do té doby byla jóga jenom ležení na podložce, nějaký zvláštní dýchání, jinak nic. Ale co jsem začala cvičit, skoro denně i dvakrát denně a doktorka nechtěla věřit, co mám za výsledky (Boleslava)

No mě pomáhá třeba ta práce. Práce pomáhá. Práce velmi pomáhá. A pak jako dělat něco. Já musím jako fakt říct, že...že vlastně...já jsem i jako přemejšlela, jestli si jako zakazovat to emimino nebo tak a pak sem si řekla, že si to nebudu zakazovat. Že prostě zakázaný ovoce nejvíc jako to. Že to prostě nechávám tak jako všechno bejt, jo a že spíš jako najít v sobě sílu jít dělat něco jinýho, jo, takže fakt nad tím nepřemejšlet, jo...aby ta konfrontace nebyla jako taková, jo. Ale prostě fakt nemůžeme furt přemejšlet. (Justýna)

Kdyby to nevyšlo, tak nevím, jestli bysme spolu zůstali. Spíš jsme si dělali legraci, že kdyžtak kamarád gay by nám pomoh případně. (Klára)

Ale teď jsem doma a když začínám mít stresy, moc nad tím přemýšlím, tak to zaháním prací. Já jsem hodně pracovitá. Vždycky když jsme se hádali s bývalým, tak jsem šla uklízet, to jsem schopná přestěhovat nábytek v celým bytě třeba. Pak to učení mě zaměstnává do autoškoly. (Manka)

V nejhorším si jdu zaběhat. Pak úplně zmrznu venku a pak nemám myšlenky na nic jinýho, než na to, že je mi zima. (Manka)

7.7 PODPŮRNÁ PSYCHOTERAPIE

Jedním z dílčích cílů výzkumu bylo zjistit názor respondentek na přínosnost případné psychoterapie v období léčby neplodnosti a zmapovat, zda jim v CAR byla odborná psychologická pomoc v nějaké formě nabídnuta.

Dosud v ČR není běžnou praxí, že by psycholog byl součástí lékařského týmu a poskytoval intervenci přímo v CAR. Odborná psychologická pomoc není v centrech aktivně nabízena. V lepším případě je na internetových stránkách centra zveřejněn odkaz na psychologa, nebo je jeho vizitka umístěna na recepci, kde si jí mohou a nemusí klienti všimnout. Zpravidla jde ale o formu externí spolupráce centra a psychologa.

Všechny respondentky se shodují, že by v průběhu léčby nabídku odborné psychologické pomoci uvítaly. Liší se názory na to, v jaké fázi léčby by měla být psychoterapie zahájena, jaká forma by byla preferována (individuální, párová či skupinová), a na co by měla být terapie zaměřena.

7.7.1 Přínos psychoterapie v průběhu léčby neplodnosti

Zatímco některé respondentky považují za rozumné, aby psychoterapie byla zahájena hned od počátku léčby neplodnosti, aby se klientky mohly psychicky připravit na to, co je čeká, jiné se cítily být touto nabídkou oslovené až po dosažení určitého psychického stavu, který jedna respondentka nazývá „zralostí“ na psychologa. Tento stav u některých nastal už po roce léčby, u jiných po prvním neúspěšném pokusu o IVF, Mariana o návštěvě psychologa začala uvažovat až po 3. neúspěšném pokusu.

Člověk by určitě ocenil, neříkám hned jako když přijde do centra, ale když se delší dobu nedaří, tak mít možnost to probrat s někým, kdo tomu páru pomůže to nějak zpracovat. (Justýna; 3,5 roku léčby)

Osobně si myslím, že by byla vhodná už od začátku, ať je žena připravena na to, co jí čeká, aby nepropadala zoufalství, když se hned nezadaří. (Michaela, 4 roky léčby)

Možná jsme tu pomoc nevyhledali proto, že jsem nebyla ochotná ty informace přijmout. Na druhou stranu, kdyby jsme tam šli, tak bysme dřív zjistili, že tam máme nějaký bloky oba (on na to není psychicky připravený, já finančně nejsem připravená), třeba bysme se

vyhli celému tomu procesu, protože bysme si ujasnili, že máme počkat, než ta situace bude příhodnější. Zatímco takhle jsme prošli řadou vyšetření, o kterých jsme nebyli ani jeden přesvědčeni, jestli je máme vůbec podstupovat a nebyli jsme asi přesvědčený, že nám to může pomoci. Takže možná, kdybychom prošli nějakou terapií, tak bysme si tohle odpustili a ušetřili bysme si i nějaké peníze, ale těžko říct. (Marcela, 6 let léčby)

Ta psychoterapie v těch centrech fakt chybí, pod to se můžu podepsat. (Mariana, 5 let)

Já jsem o vyhledání odborný pomoci začala vážně přemýšlet po 3. neúspěšném pokusu. Říkala jsem si, já se na to na všechno vykašlu, rozvedu se, odstěhuju se, za všim udělám tlustou černou čáru, budu single a děti nebudu mít proto, že nemám partnera, a ne proto, že mám neplodnýho manžela, se kterým musím pořád smlouvat, jestli půjdem na další pokus nebo ne, jestli adoptujeme nebo ne... měla jsem takovou chuť udělat za všim tu černou čáru, už jsem toho měla plný zuby. To jsem byla zralá na psychologa (Mariana)

7.7.2 Preferovaná forma psychoterapie

Preference různých forem psychoterapie byly vcelku vyvážené. Některé respondentky věří v přínos sdílení vlastní zkušenosti s ostatními ženami a preferovaly by pro to práci ve skupině. Jiné považují za důležité řešit problém v páru a chtěly by proto zapojit do terapie také své partnery. Menší část respondentek uvažuje, že by individuální terapii měly v záloze pro případ, kdy by se nezvládaly se stresující situací vypořádat účinně sama.

Myslím, že je důležitý asi o tom mluvit, a myslím že individuální terapie je sice jednodušší, ale ono by to asi chtělo tu párovou...je potřeba brát to tak, že to je né moje, né tvoje, ale prostě naše věc. (Justýna)

My jsme odbornou pomoc nevyhledali, ale zpětně to považuju za chybu. Tohle jsme udělat měli. Sednout si a probrat to s nějakým psychoterapeutem. Možná bychom si tak ušetřili spoustu hádek, neublížili bychom si tolik, mohli jsme být trochu víc v klidu, a ne takhle...prožít tři roky totálního šílenství, možná by to tolik nebolelo...je to otázka no... (Justýna)

Já bych asi zkusila všechno a pak bych viděla, co člověku vyhovuje. Asi bych šla nejdřív na individuální terapii a pak na skupinu, ale kdyby mi někdo nabídl párovou terapii, tak nejradši asi tam. A myslím, že by manžel šel. Na tu párovou, na tu skupinovou by nešel, si myslím (Mariana)

Já bych tu psycholožku brala jako takovou berličku, o kterou se opřu, až budu potřebovat. Až budu pod těma hormonama a někde mě píchne třeba, tak aby mě někdo uklidnil, že jsou to jen větry. (Milena)

Jednoznačně bych psychoterapii přivítala, a možná i ve skupině, myslím, že sdílet pocity s ostatními by mohlo pomoci. Párovou terapii raději ne, myslím, že by nás to s manželem akorát rozhádalo. (Michaela, 4 roky léčby)

7.7.3 Psychologická pomoc v CAR

Není možné si na základě odpovědí od dvanácti osob udělat ucelený přehled o nabídce odborné psychologické pomoci v centrech asistované reprodukce v ČR, ale na jistý trend usuzovat lze. Žádná z respondentek se v rámci CAR s žádným psychologem nesešla, žádné nebyla nabídnuta pomoc tohoto druhu a zároveň, každá z respondentek v některé fázi léčby neplodnosti o vyhledání odborné pomoci uvažovala a vítala by ji (viz. kapitola 5.7.1).

Já jsem třeba koukala, že v tom Gennetu je psycholožka, která bere klienty i jinde... mají tam, že s ní spolupracují, tak asi bude sedět jinde. (Milena, 2 roky léčby)

V CARu tam byl nějaký odkaz na psychologa, nevzpomínám si, že by nám to někdo nabízel, ale. (Marcela, 6 let léčby)

Na tý naší klinice nějakou pani psycholožku měli, asi externí teda. Ne, že by mi to proaktivně nabízeli, ale bylo to na webu. (Klára, ¾ roku léčby)

Nee, nám psychologa nenabízeli. ale vim, že tam byly letáky na recepci. Teď nevím, jestli v Podolí, nebo v tom Cube. (Daniela)

Služby psychologa nám nabídnuty nebyly, nicméně se domnívám, že by měly být součástí léčby. U mě ta psychika zafungovala na 100%. (Michaela)

Ne, v Pronatalu nic takového nebylo. Nebo o tom aspoň nevím (Veronika).

8 Závěry (výsledky výzkumu souhrnně)

1. Čas

Prvním velkým tématem, který se během rozhovorů s ženami, procházející léčbou neplodnosti objevoval, byl čas v různých významových rovinách. Nejčastěji v souvislosti s šancemi na otěhotnění vzhledem k chronologickému věku respondentek, dále v souvislosti s prožíváním léčby, která přišla většině respondentek nečekaně vleklá, a nakonec také spolu s úvahami o případném ukončení léčby.

Naprostá většina respondentek se cítila být pod tlakem. Do centra asistované reprodukce (CAR) zpravidla přicházejí klientky po minimálně ročním bezúspěšném snažení o početí, čili již lehce znepokojené a především odhodlané s pomocí lékařů dosáhnout co nejrychleji kýženého výsledku. Jsou rozhodnuté, že mateřství již nechtějí déle odkládat. Toto rozhodnutí je založené jednak na racionálním zhodnocení míry dosažení vhodných podmínek k založení rodiny (vhodný partner, započatá kariéra, finanční situace umožňující výpadek jednoho příjmu, vhodné zázemí), nebo na méně racionálním, ale o to přirozenějším mateřském puzení a touze po dítěti.

Právě tlak na výsledek a neochota ztrácet čas čímkoli znemožňuje klientkám nalézt svůj vnitřní klid během léčby. Každý neúspěšný pokus pro ně znamená další ztrátu času, který ve svém vnímání už nemají. Neustále čekají na výsledky nějakých vyšetření. Špatně snášejí, když lékaři trvají na dodržení několikaměsíční časové prodlevy mezi dvěma pokusy. Připadá jim, že vše trvá příliš dlouho. Za psychicky nejnáročnější považuje hned několik respondentek období po vkladu embryí, kdy neví, zda se embryo uchytilo, úpěnlivě sledují každý náznak začínajícího těhotenství nebo naopak vypuzení embrya, to vše v absolutní nejistotě a v nemožnosti výsledek ovlivnit, či alespoň ověřit. Výsledek je možné zhodnotit až po dvou týdnech.

Medicínské možnosti léčby jsou v dnešní době téměř nevyčerpatelné. Existuje bezpočet léčebných postupů, zvláště v případě, že se jedná o neplodnost idiopatickou (příčina neznámá). Není proto snadné stanovit si svou

psychologickou hranici, za kterou klienti své snahy a naděje na biologické rodičovství opustí. Přesto, zejména v případech, kdy je léčba z různých důvodů protrahována, si respondentky své hranice většinou stanovily. Zpravidla šlo o dosažení určitého věku. Třicet, třicetpět nebo čtyřicet byly nejčastější věkové hranice. Ty respondentky, které svých stanovených hranic dosáhly, je většinou pak znovu posunuly. Došly k závěru, že hranici si nemá smysl určovat rozumově. O okamžiku, kdy své snahy vzdají tak nakonec rozhodla spíše jejich vyčerpanost psychická, v některých případech i finanční.

2. Hledání příčin neplodnosti

Odhalit příčinu neúspěšného snažení o početí je prvním cílem jak každé neplodné ženy, která se rozhodne situaci řešit, tak lékařského týmu v CAR.

Lékaři se zaměřují na příčiny fyziologické. Na straně ženy to nejčastěji bývají poruchy vejcovodů, vaječnicků či imunologické příčiny neplodnosti, na straně muže pak poruchy pohlavní aktivity, poruchy vytváření spermií a hormonální příčiny neplodnosti.

Neobjeví-li lékaři žádnou fyziologickou příčinu neplodnosti, nabízí se zaměřit pozornost na psychiku.

Jednou z možných psychogenních příčin neplodnosti je stres. Je vhodné přitom rozlišovat stres související s léčbou a stres chronický. Z pohledu psychoanalytiků mohou být dalšími psychogenními příčinami nejrůznější vnitřní konflikty související s mateřstvím.

Nedaří-li se příčinu neplodnosti dlouhodobě pojmenovat, začnou ji některé ženy přičítat osudu, vůli Boží nebo jiným nadpřirozeným jevům, které jsou v této práci označeny jako příčiny transcendentální.

Hledání chyby u druhých osob je reakcí charakteristickou v situacích, kdy žena nechce přijmout fakt, který je pro ni v danou chvíli zraňující. Z hlediska psychoanalytického jde o obranný mechanismus, jehož cílem je přenesení části nahromaděné agrese na někoho jiného.

3. Prožívání

Emocí, spojených s prožíváním léčby neplodnosti, bylo jmenováno mnoho. Emočně nejnáročnější bylo zvládnout střídavé prožívání pocitu naděje/beznaděje v opakovaných cyklech umělého oplodnění a pocity bezmoci, vlastní nedokonalosti i osamocení v boji s neplodností. Častá byla také úzkost a obavy ze špatného konce. Náročné pro respondentky i jejich okolí byly také stavy podrážděnosti a náhlé změny nálad, ke kterým docházelo vlivem úpravy hladin hormonů.

Na cestě za vytouženým těhotenstvím respondentky vyzkoušely také bezpočet alternativních řešení jako jsou léčitelé, čínští lékaři, astrologové či psychotronici, kineziologie, akupunktura, fytofarmaka nebo cvičení hormonální jógy. Důležitý přitom byl pocit respondentek, že pro zvýšení svých šancí něco dělají a neodevzdávají svůj osud pasivně jen do rukou lékařů.

4. Komunikace s lékaři

Prožívání léčby neplodnosti je do značné míry závislé na tom, jak je se ženami a jejich partnery zacházeno ze strany personálu v CAR. Získání důvěry k lékařskému týmu je pro klientky zásadním předpokladem uspokojivé spolupráce na léčbě. Důvěra je získávána na základě transparentní komunikace o postupech léčby a přívětivým přístupem v mezilidském kontaktu. Respondentky uváděly některá pochybení v obou těchto oblastech, nicméně přístup lékařů byl hodnocen vesměs jako standardní. Běžnou praxí ve většině CAR je střídání určitého počtu lékařů ve směnách. To znemožňuje docházet jen k jednomu lékaři a zachovat tak kontinuitu v procesu léčby. Respondentky postrádají při léčbě více individuální a více osobní přístup ze strany lékařů. Vyčítají jim určitou „šablonovitost“ v přístupu ke klientele. Dojde-li v reakci na hormonální léčbu k hyperstimulačnímu syndromu (HSS), považují to klientky za pochybení lékaře. HSS bývá důvodem k výměně lékaře. Potrat k výměně CAR. Roli tu hraje spíše pověrčivost. Z neúspěšného pokusu o umělé oplodnění klientky lékaře neviní.

5. Kvalita života - změny

Léčba neplodnosti dopadá nesporně na kvalitu života léčených párů. Nežádoucí změny spatřovaly respondentky nejčastěji v oblasti partnerského vztahu, socializace, zdravotního stavu a zúženého vnímání (tzv. „tunelové“ vnímání), kdy je pozornost člověka pohlcena stresovou situací a dřívější oblasti zájmu bývají opomíjeny.

Velké nároky klade léčba neplodnosti na komunikaci mezi oběma partnery. Plánované rodičovství je záležitostí páru a mezi partnery by mělo dojít ke konsenzu pokud jde o volbu léčebného postupu, možnosti alternativního řešení (adopce, NRP, dárce spermií apod). Nelze opominout ani negativní dopad léčby neplodnosti na sexuální život partnerů.

Vedle negativních dopadů je třeba zmínit také dopady pozitivní, které měly nejčastěji podobu změněné kvality vztahu co do jeho hloubky, pevnosti, možnosti se na druhého spolehnout a v závěru také posílené resilience páru.

Komunikace překračující hranice partnerského soužití

Kromě partnerů je třeba nastalou situaci dříve či později komunikovat také navenek, rodinným příslušníkům, přátelům, někdy také kolegům a známým. Míra otevřenosti respondentek je vysoce individuální a v průběhu času se může měnit v závislosti na reakci okolí. Tyto reakce mají nejrůznější podobu, mohou se osvědčit jako podpůrné, stejně jako mohou vyznít zcela necitlivě. Respondentky dostávaly bezpočet rad, dobře míněných, ale málokdy sloužících k užítku. Je potřeba si uvědomit, že citlivost neplodných žen na otázky kolem bezdětnosti je v tomto období velmi zvýšená. V několika případech došly respondentky k závěru, že zkušenost s léčbou neplodnosti je nepřenositelná a nemá význam snažit se svou situaci svému okolí přiblížit.

Respondentky nemluvily jen o tom, jak se sociální okolí vztahuje k nim, ale také o tom, jaké změny pozorují u sebe ve vztahování se k ostatním. Uvědomují si, jak se vlivem dlouhotrvající léčby neplodnosti změnil jejich přístup k životu, k výchově, k ostatním lidem.

Dopad na socializaci se odvíjel od délky léčby a způsobu jejího prožívání. Respondentky, které se léčily krátce žádný větší dopad na svůj sociální život nepociťovaly. Naopak respondentky, které vlivem opakovaných neúspěchů o umělé oplodnění pociťovaly úzkost, strach, beznaděj a docházelo u nich velmi často k rozladám, se v takovém psychickém rozpoložení neměly chuť socializovat vůbec.

Jedním z popisovaných důvodů byla absence konverzačních témat, neboť dlouhotrvající úsilí o otěhotnění pohlcuje větší část mysli a tam, kde matky z řad vrstevnic živě diskutují o svých zkušenostech s mateřstvím, nemohou doposud bezdětné respondentky přispět. Aniž by se programově společnosti vyhýbaly, cítily se z ní být vyčleněny.

Co bývá často opomíjeno, je dopad léčby neplodnosti na celkový zdravotní stav, a to jak ze strany žen, tak ze strany lékařů. Nejvíce negativních účinků pociťovaly respondentky po hormonální stimulaci. Popisují stavy jako je fyzická nevolnost, rozbolavělá prsa, nafouklé břicho, migrény, ale také brnění prstů, rozostřené vidění aj. Pokud žena projde celým cyklem umělého oplodnění, těhotenství a spontánního potratu, trvá o to déle, než se její zdravotní stav vrátí k normálu. Ženy si také stěžovaly na nezanedbatelný nárůst hmotnosti, ke kterému docházelo vlivem hormonální stimulace.

Léčba neplodnosti zasahuje také do pracovního života a do finančního rozpočtu páru. Na tyto životní aspekty kladly respondentky menší důraz, přece jenom byly voleny z řad těch, které se pro asistovanou reprodukci po zvážení všech nákladů již rozhodly. Pro jiné páry může být však finanční náročnost léčby při rozhodování o jejím podstoupení stěžejní. V pracovní oblasti šlo pak o změnu v pracovním nasazení, o časté stavy pracovní neschopnosti a o nutnosti tyto výpadky nadřazeným vysvětlovat.

6. Copingové strategie neplodných žen

Strategie zvládání stresu neboli “copingové” strategie (převzato z angl. “cope” – vypořádat se, zvládnout) jsou významným tématem, které se nepřímo objevilo v každém rozhovoru, ať už spontánně nebo bylo navozeno otázkou “Co vám

pomáhá situaci zvládat?”. Společným znakem všech odpovědí byl aktivní přístup k problému.

Respondentky využívají strategie zaměřené na problém (zdůrazněno je zde kognitivní zpracování zátěžové situace), stejně jako strategie zaměřené na emoce (zdůrazněno je prožívání zátěžové situace a její zvládnání na úrovni práce s emocemi). Typické je užívání strategií z obou zmíněných kategorií.

STRATEGIE ZAMĚŘENÉ NA PROBLÉM

Na psychickou zátěž, kterou neplodnost jistě je, reagují ženy zpočátku tím, že se snaží dostat situaci pod kontrolu. Zjistit si co nejvíce informací o dané diagnóze a na případné nejasnosti se doptat. Tento proces je v práci označován jako sebe-edukace. Liší se zdroje, ve kterých po informacích pátrají i množství času, který samostudiu věnují.

Pocit vnímané kontroly zvyšuje také možnost spolurozhodování o postupu léčby. Ta předpokládá orientaci klientky (či partnerského páru) v této problematice. Na základě znalostí je možné učinit volbu. Dle průběžných výsledků jednotlivých vyšetření jsou činěna další rozhodnutí, ženy si utvářejí plán vlastní léčby a zohledňují přitom vlastní zdravotní a psychický stav. Vybírají si také CAR, do kterého budou docházet. V několika případech se klientky (spolu se svými partnery) rozhodly v průběhu léčby CAR změnit – důvodem bylo neuspokojivé zacházení ze strany personálu nebo nepříjemný zážitek jako je potrat, více neúspěšných cyklů umělého oplodnění apod.

Utváření osobní vize či plánu léčby je další uplatňovanou strategií. Klientky mají promyšlené další kroky, ke kterým přistoupí, když zvolený postup léčby nepřinese kýžený výsledek. Jde o racionální přístup, jehož cílem (více či méně vědomým) je zmírňovat pocity beznaděje. Klientky, které procházejí léčbou dlouhodobě, postupně sbírají zkušenosti, ze kterých se poučí a na základě těchto poznatků utvářejí plány nové, s větší nadějí na úspěch.

STRATEGIE ZĚMĚŘENÉ NA EMOCE

Strategie zvládání stresu zaměřené na emoce zahrnují vyhledávání emocionální podpory, aktivity přinášející zklidnění jako je jóga, meditace, či prosté odreagování se (sportem, prací apod.), sycení dekompenzované potřeby vyhledáváním dětské společnosti, ale také práci s vlastními emocemi, jejíž cílem je v ideálním případě smíření se s danou situací. Tyto strategie jsou uplatňovány zároveň se strategiemi zaměřovanými na problém. Vysledovat lze ale tendenci jejich většího zapojování v případě protražované léčby, kdy pocit vnímané kontroly nad situací vlivem opakovaných neúspěchů slábne.

Ačkoli vyhledání emocionální podpory u svých blízkých se jeví jako strategie funkční, v reálu je sdílení pocitů spojených s léčbou neplodnosti se svými blízkými problematické. Do hry vstupují obavy rodičů o zdraví svých dcer či rozdílné názory na umělé oplodnění vůbec. V jiných případech zase respondentky nechtějí způsobovat psychickou zátěž svým rodičům (či dítěti) a tak s nimi na toto téma nemluví. Ve dvou případech je samotné téma léčení neplodnosti považováno za natolik intimní, že se v rodině ani neotevívá. Neschopnost o tématu před svými blízkými mluvit může být dána také jeho bolestností pro ženu. Za velmi dojemnou dvě z respondentek považují emocionální podporu od svých dětí. (Jen dvě respondentky v době léčby již jedno dítě měly).

Většina respondentek od sdílení svých pocitů v kruhu svých nejbližších dříve či později upustila. Nutnost se o své trápení podělit ale zůstala (až na dva případy uvedené na konci výčtu citací). Ačkoli nějaké formy emocionální podpory se většině respondentkám ze strany svých přátel dostalo, mnohdy připouštějí, že jejich neznalost procesu umělého oplodnění, nebo prostá neschopnost empatie, do značné míry ztěžuje možnost rozhovoru na toto téma. Řadu ukázek nevhodných reakcí je možné najít v kapitole věnované změněné kvalitě života, v podkapitole Socializace.

Všechny respondentky mají nějakou zkušenost s diskuzními skupinami k tématu umělého oplodnění, kterých lze na internetu najít celou řadu. Jen málo respondentek do těchto diskuzí aktivně přispívá. Téměř všechny je ale čtou a považují je za dobrý zdroj informací. Účast na těchto diskuzích, ať už aktivní či

pasivní, může být do jisté míry pomáhající, ale také škodlivá. Respondentkám pomáhá vědomí společného problému s někým dalším a vzájemná podpora, kterou si ženy ve skupině poskytují. Jsou ochotné vyzkoušet i nejrůznější doplňky stravy, byliny a cvičení, které si v diskusích jejich účastnice doporučují. Naději dodávají povzbudivé komentáře od žen, jejichž boj s neplodností skončil úspěchem. Na druhou stranu, strach nahánějí případy tragické a tráví-li respondentky příliš mnoho času čtením diskusí, sami si stěžují na jistou návykovost této kratochvíle.

7. Psychoterapie

Jedním z dílčích cílů výzkumu bylo zjistit názor respondentek na přínosnost případné psychoterapie v období léčby neplodnosti a zmapovat, zda jim v CAR byla odborná psychologická pomoc v nějaké formě nabídnuta.

Dosud v ČR není běžnou praxí, že by psycholog byl součástí lékařského týmu a poskytoval intervenci přímo v CAR. Odborná psychologická pomoc není v centrech aktivně nabízena. V lepším případě je na internetových stránkách centra zveřejněn odkaz na psychologa, nebo je jeho vizitka umístěna na recepci, kde si jí mohou a nemusí klienti všimnout. Zpravidla jde ale o formu externí spolupráce centra a psychologa/psychoterapeuta.

Všechny respondentky se shodují, že by v průběhu léčby nabídku odborné psychologické pomoci uvítaly. Liší se názory na to, v jaké fázi léčby by měla být psychoterapie zahájena, jaká forma by byla preferována (individuální, párová či skupinová), a na co by měla být terapie zaměřena.

Zatímco některé respondentky považují za rozumné, aby psychoterapie byla zahájena hned od počátku léčby neplodnosti, aby se klientky mohly psychicky připravit na to, co je čeká, jiné se cítily být touto nabídkou oslovené až po dosažení určitého psychického stavu, který jedna respondentka nazývá „zralostí“ na psychologa. Tento stav u některých nastal už po roce léčby, u jiných po prvním neúspěšném pokusu o IVF, jedna respondentka o návštěvě psychologa začala uvažovat až po 3. neúspěšném pokusu.

Preference různých forem psychoterapie byly vcelku vyvážené. Některé respondentky věří v přínos sdílení vlastní zkušenosti s ostatními ženami a preferovaly by proto práci ve skupině. Jiné považují za důležité řešit problém v páru a chtěly by zapojit do terapie své partnery. Menší část respondentek uvažuje, že by individuální terapii měly v záloze pro případ, kdy by se nezvládaly se stresující situací vypořádat účinně samy.

Není možné si na základě získání odpovědí od dvanácti osob udělat ucelený přehled o nabídce odborné psychologické pomoci v centrech asistované reprodukce v ČR, ale na jistý trend usuzovat lze. Žádná z respondentek se v rámci CAR s žádným psychologem nesešla, žádné nebyla nabídnuta pomoc tohoto druhu a zároveň, každá z respondentek v některé fázi léčby neplodnosti o vyhledání odborné pomoci uvažovala a vítala by ji.

8. MOŽNOSTI POSKYTOVÁNÍ PSYCHOLOGICKÉ PODPORY V PRŮBĚHU LÉČBY

Termín psychologická podpora byl zvolen záměrně, neboť při studiu zdrojů vyšlo najevo, že by bylo dobré zvážit nejen možnosti psychoterapie, která by doprovázela proces AR a reagovala by na psychicky nejnáročnější okolnosti léčby neplodnosti, ale také možnost psychologického poradenství, které by plnilo zároveň funkci preventivní.

Zkušenosti ze zahraničí ukazují, že dobrá informovanost neplodných párů o možnostech řešení jejich situace, dokáže odfiltrovat ty zájemce, kteří záhy po zahájení léčby mění svůj názor a už se do CAR nevracejí. Dle Gameira a kol. (2012) je jich cca 20%. Přispívá také k možnosti spolurozhodování ze strany pacientů a zintenzivňuje tak jejich pocit vnímané kontroly nad situací, který je pro ně důležitý. V rámci poradenství mohou být páry také povzbuzeny k využívání adaptivních copingových strategií, osvojení si technik zvládnání stresu (meditace, jóga, mindfulness, aj.) a komunikačních zásad usnadňujících společné zvládnutí nároků léčby.

Psychologické poradenství, stejně jako psychoterapie, může zmírnit negativní dopady léčby neplodnosti na kvalitu života neplodných párů.

8.1 Význam psychologické podpory v léčbě neplodnosti

Ať už má odborná psychologická pomoc podobu poradenství s více informativním charakterem nebo podobu psychoterapie s procesy pro ní charakteristickými, bývá širokou psychologicky-odbornou veřejností doporučována všem pacientům, kteří procházejí léčbou neplodnosti.

Taylor (1995) upozorňuje na nebezpečí spočívající v přehlížení faktu, jak moc je léčba neplodnosti psychicky zatěžující a psychologickou podporu doporučuje jako ideální pro oba partnery.

Také Bodenová (2007) je přesvědčena, že větší psychologická podpora párům procházejícím procesem AR je zcela na místě.

Čepický (2011) upozorňuje na závažnost psychologických následků neplodnosti a poukazuje na možnost, že mohou druhotně negativně ovlivnit léčbu neplodnosti (ať již biologicky – hormonální důsledky stresu, nebo psychologicky – narušení partnerských vztahů a s tím související přerušení léčby). Zde je místo psychoterapie zásadní. Tedy, psychoterapie sterilního páru rozhodně ano, ale nikoli jako léčba neplodnosti, nýbrž jako prevence (a terapie) sekundárních následků léčby neplodnosti, jako je např. reakce na neúspěch cyklu asistované reprodukce.

8.2 Kdo má poradenství poskytovat

Je ovšem otázka kdo má psychoterapii neplodného páru provádět. Měl by to být člověk znalý psychoterapie a současně znalý reprodukční medicíny. Dle Čepického (2011) by se lidé s takovou kvalifikací dali spočítat na prstech jedné ruky. Když se spokojíme s tím, že je znalý psychoterapie a znalý práce se somatickými pacienty, tak nám vystačí, odhaduji, prsty obou rukou (2011).

Zatímco Čepický (2011) je v tomto ohledu poněkud skeptický, nabízí se možnost hledat inspiraci ve vyspělejších zemích, kde poradenství neplodným párům již zhruba třicet let poskytují psychologové, sociální pracovníci, psychiatři, rodinní a manželští terapeuti a jiní „odborníci na duševní zdraví“ (přeloženo volně z anglického „mental-health professionals“, dále jen MHPs).

Poradenství pro neplodné umožňuje klientům prozkoumat své myšlenky, pocity, přesvědčení a partnerský vztah s cílem lépe porozumět významu a implikacím vlastní volby v procesu řešení neplodnosti. (Covington, 2015)

Blyth (2012) popisuje pět typů poradenství pro neplodné:

1. Implications counseling: prozkoumání důsledků řešení neplodnosti z hlediska osobního a rodinného (prozkoumání vztahů „pokud zvolíte A – vyplývá z toho B“); provádí se před započatím léčby, aby klient získal dostatek času a informací k učinění rozhodnutí
2. Podpůrné poradenství (support counseling) – poskytnutí emocionální a psychologické podpory v procesu přijetí diagnózy, zjišťování možností a případně léčby; poradce je jakýmsi průvodcem klienta na cestě sbírání zkušeností a prožívání poté, kdy mu byla sdělena diagnóza.
3. Terapeutické poradenství (therapeutic counseling) – psychoterapie zaměřená na nejvíce zneklidňující a stresující důsledky snížené plodnosti či neplodnosti
4. Poradenství v procesu rozhodování (decision-making counseling) – poradenství pro klienty nacházející se v určitém bodě procesu rozhodování o postupu léčby neplodnosti
5. Krizové poradenství (crisis counseling) – pro klienty procházející krizí v průběhu léčby neplodnosti (z důvodu nepříznivých výsledků jako je neúspěšná IVF, potrat apod.)

Z uvedeného výčtu typů poradenství nepřímo vyplývají požadavky na kvalifikaci a zkušenosti takového poradce.

Americká společnost pro reprodukční medicínu (ASRM) například navrhuje minimální rozsah kvalifikace a profesní zkušenosti pro poskytovatele odborného poradenství následovně:

- magisterský stupeň vzdělání v jednom z oborů zabývajícím se péčí o duševní zdraví
- licence k poskytování praxe
- výcvik v medicínských aspektech neplodnosti zahrnující základy reprodukční fyziologie, etiologii ženské a mužské neplodnosti, testování, diagnostikování a léčbu problémů s reprodukcí a znalost technologií reprodukční medicíny
- klinickou praxi v poskytování poradenství neplodným pacientům, alespoň 1 rok, nejlépe pod supervizí zkušeného poradce
- další vzdělávání – pravidelná účast na kurzech ASRM či jiné profesní organizace

Z uvedeného vyplývá, že psychologické poradenství je neplodným pářům v USA poskytováno v rámci center asistované reprodukce.

Evropské země se k této praxi pomalu také přidávají, o francouzské zkušenosti a výhodách s tímto zastřešením psychologické péče píše také Debrasová (2015). Ve Spojeném království má role MHPs v poskytování psychosociální péče pacientům AR svůj vývoj. Dle Boivinové (2015) to v 80. letech byli sociální pracovníci, původně pověřeni screeningem zájemců o adopci, kdo testovali pacienty CAR, zejména kvůli vyloučení psychopatologického zatížení, které by znemožňovalo hladký průběh léčby neplodnosti a v budoucnu také výchovu dítěte. Zamítnutých žadatelů byly jen cca 2%. V dnešní době se stále v rámci „předléčebného poradenství“ screening provádí. Jeho cílem už je však podchycení jedinců, jež by emočně nemuseli léčbu dobře snášet, také se testují dárkyně oocytů. Kromě toho se hodnotí rizikové faktory spojené s životním stylem pacientů i dárců. Především se s neplodnými páry ale probírají implikace možných postupů léčby, jak je popisuje Blyth (2012). Později byli MHPs využíváni hlavně v případech, kdy do AR vstupovala třetí strana (dárci spermatu, oocytů či embryí). Dnes jsou MHPs využíváni ve všech fázích léčby, avšak stále ještě jsou adresáty

jejich péče zejména ty neplodné páry, na jejichž psychiku léčba doléhá nejvíce. Až v posledních letech se MHPs zaměřují na širší populaci neplodných párů, dobře si vědomi toho, že nějakou formu psychosociální péče mohou potřebovat i ti, kdo se o ní aktivně sami nehlásí (2015). Jako dobrá podpora v procesu rozhodování se o postupech léčby se ukázal být např. on-line nástroj s názvem Online psychoedukativní podpora pro neplodné ženy, který pilotně spustil Cousineau a kol. (2008) nebo internetové stránky vyvinuté Danilukem a Koertem za účelem zlepšení vědomostí o možnostech řešení neplodnosti (my fertility choices, cit. 2018).

ESHRE (European Society of Human Reproduction and Endocrinology), které je ČR od r.2013 členem, vydala v r.2015 dokument Pokyny pro poradenství neplodným pacientům (Guidelines for Infertility Counseling), který lze považovat za dobrý zdroj inspirace. Dokument obsahuje doporučení stran dostupnosti psychosociální péče v průběhu léčby neplodnosti a způsobu poskytování této péče. Ta by měla zahrnovat předání informací o psychologických aspektech neplodnosti, formování svépomocných skupin nebo profesionální podporu skupinám pacientů. Potřeba specifického přístupu v konkrétních klinických situacích je také zohledněna. Účelem zveřejnění těchto pokynů je sdílení příkladů nejlepší praxe poskytování psychosociální péče. Dokument obsahuje také doporučení stran začlenění a implementace jednotlivých opatření do procesu asistované reprodukce (eshre, cit. 2018).

Boivinová (2015) v tomto ohledu zdůrazňuje, že dobré duševní zdraví pacientek během léčby by mělo být v zájmu nejen MHPs, ale celého lékařského týmu. Jeho členové by se proto také měli účastnit implementace opatření pro lepší psychosociální péči.

8.3 Zacílení psychologické péče

Je zřejmé, že role psychologa a směřování terapie se bude odvíjet od toho, zda se bude jednat o psychoterapii individuální, párovou či skupinovou, nebo o

poradenství poskytované v průběhu léčby, dále od toho, v jaké fázi léčby se žena či pár nachází, a jak je naznačeno výše, a také od toho, v jaké zemi se léčba uskutečňuje.

Poradenství pro ženy, které podstupují své první umělé oplodnění by podle Ďuraškové a Sobotkové (2011) mělo být především zaměřeno na zvyšování jejich sebehodnocení a na péči o jejich obavy související s vlastním zdravím. Ženy by měly být podporovány v užívání adaptivních copingových strategií jako je Hledání instrumentální sociální opory (mluvit s někým, kdo by jim mohl pomoci, nebo s někým, kdo stejnou situaci prožil) a Pozitivní reinterpretace událostí (snaha využívat nabytou zkušenost k vlastnímu růstu a hledat na situaci něco pozitivního). Naopak se ukazuje jako vhodné ženy upozornit, že snaha popřít skutečnost problému (předstírání, že se vlastně nic neděje) vede k nižší spokojenosti.

V rámci párové psychoterapie je vhodné se zaměřit především na posílení párové resilience. Kerry Daly (1999) na základě svého výzkumu určil čtyři pilíře tvořící základ resilience párů v procesu asistované reprodukce v oddanosti společnému cíli, pohybováním se mezi fatalismem a pocitem kontroly, schopnosti reorganizace sebepojetí a osobních cílů a ve schopnosti otevřeně komunikovat (in McCubbin, 1999).

Zvláštní situaci představuje rozhodnutí páru o ukončení léčby. Zatímco po učinění takového rozhodnutí pár obvykle zmizí z hledáčku lékařského týmu v CAR, ukazuje se, že nějaká forma uzavření celé záležitosti ze strany centra by mohla být vítána. Upozorňuje na to Bodenová (2007) a svůj argument podpírá zjištěními z výzkumu, odhalující ztrátu naděje a ztrátu smyslu života jako pocity, se kterými se tyto páry musejí vyrovnávat. Psychologická pomoc je i zde na místě.

Wischnann a kol. (2012) provedl výzkum psychosociálních faktorů ovlivňujících páry 10 let po ukončení léčby neplodnosti a závěry hovoří jednoznačně ve prospěch intenzivnější psychologické péče s cílem lepší adaptace na novou životní situaci. To evokuje ideu, že psychoterapie nemusí být službou poskytovanou jen v průběhu léčby, ale mohla by se stát užitečnou i po skončení veškerých procesů AR.

Výše nastíněné uvažované role psychologů shrnují Matějů a Weiss (2004), kteří za hlavní úkolem psychoterapeuta považují pomoc neplodným párům zvládnout emocionální stres doprovázející vyšetření a léčbu, racionálně zvážit alternativní řešení, případně unést fakt dlouhotrvající či definitivní bezdětnosti. Psychoterapeut se tak stává jakýmsi průvodcem páru při zvládnání úskalí bezdětnosti.

Postoj značné části populace ČR vůči psychologům je však odmítavý. Podle Konečné (2009) se pacienti domnívají, že pomoc psychologa je projevem vlastní neschopnosti řešit svoje problémy. Psycholog však může být tím, komu se dá svěřit se svým trápením, může zmírnit pocit izolace, doporučit komunikační zásady potřebné pro vyrovnaný kontakt s terapeuty a okolím a naučit techniky pomáhající zvládat stres (2009).

Není však důvod se domnívat, že postoj veřejnosti k péči o vlastní psychiku nebude následovat trend projevující se ve vyspělých zemích. Je jen otázka času, kdy mladí lidé procházející krizovým obdobím svého života začnou sami vyhledávat odbornou pomoc a svěří se do péče psychologů či psychoterapeutů, ať už kvůli frustraci z neúspěšného snažení o početí dítěte či z jiných důvodů.

DISKUZE

Tato práce se zaměřuje na projevy psychické zátěže způsobené neplodností u žen. Ačkoli se původně měl výzkumný soubor skládat z neplodných párů, po nastudování výsledků dosavadních studií zabývajících se tématem neplodnosti, byli muži z úvah vypuštěni. S nesnázemi při hledání dostatečného množství mužů, ochotných mluvit o své zkušenosti s neplodností, se potýkala naprostá většina výzkumných týmů. Nepoměr v počtu mužů a žen, kteří se podobných výzkumů účastnili, následně vedl k nemožnosti sesbíraná data řádně zanalyzovat a interpretovat. K omezení výzkumného souboru pouze na neplodné ženy došlo navzdory přesvědčení, že léčba neplodnosti je záležitostí celého páru, stejně tak plánované rodičovství jako takové. V teoretické části zůstala alespoň podkapitola Genderové rozdíly v přístupu k zátěži, která poukazuje na odlišnosti v prožívání léčby u žen a mužů. Na ty ostatně upozorňovaly i respondentky samy v rámci výzkumných rozhovorů. Jedním z témat, které se v rozhovorech opakovalo, byla angažovanost partnera při léčbě neplodnosti. Přesvědčení, že výzvám spojeným s léčbou je třeba čelit společně, zaznívalo také opakovaně. Muži tedy z výzkumu nebyli vypuštěni proto, že by se jich problematika neplodnosti netýkala, ale jen z důvodu obtížného získávání jejich výpovědí pro účely výzkumu.

Původní zamýšlená technika výběru vzorku z populace byla technika sněhové koule. Volba techniky byla založena na předpokladu, že asistovaná reprodukce je fenoménem tak rozšířeným, že každý, kdo se pro neplodnost léčí, určitě zná někoho dalšího, kdo prochází podobnou zkušeností a koho tedy může doporučit. Řetězení respondentek se ale v jednom bodě zastavilo. Jedna z nich se nemohla odkázat na žádnou další ženu ze svého okolí, která by měla zkušenost s asistovanou reprodukcí. Zbylé respondentky byly proto osloveny v diskusních skupinách, kterých je na internetu k nalezení několik. Z této skupiny se přihlásil dostatečný počet zájemkyň, které byly ochotné se o své zkušenosti podělit.

Zjištění vyplývající z výzkumné části této práce je možné shrnout:

Do CAR přicházejí ženy již zneklidněné více než ročním bezúspěšným snažením o početí. Přejí si dostat se do jiného stavu co nejdříve. Špatně snášejí čekání a

veškeré formy odkladu. Právě tlak na výsledek a neochota ztrácet čas čímkoli znemožňuje klientkám nalézt svůj vnitřní klid během léčby. Jejich trpělivost je nezáměrně prověřována hned od počátku sadou vstupních vyšetření, na jejichž výsledky je třeba čekat. Mnohdy je hledání fyziologických příčin neplodnosti zdlouhavé, někdy příčina není objevena vůbec a neplodnost je označena jako idiopatická (z neznámých příčin).

Netrpělivý postoj žen k léčbě komentuje Máslová (2017) slovy: Pokud ženy k početí přistoupí jako k jinému úkolu, kde vynaložené úsilí je přímo úměrné kvalitě výsledku, tak brzy narazí.

V obecnější rovině tento závěr potvrzuje také Debrasová (2015) konstatováním, že naše společnost špatně snáší čekání a veškeré formy odkladu na později. Jakmile je stanoven určitý plán, musí být splněn v co nejkratším termínu. Proto se lidé na lékařskou vědu obracejí stále dříve. Dokonce není výjimkou, že i velmi mladé páry dva roky po svatbě přicházejí do CAR s neodkladnou prosbou o zákrok. (2015)

Léčba neplodnosti je již dlouhou dobu vnímána jako velká psychická zátěž. Někteří autoři považují tuto zátěž za srovnatelnou se zátěží při onemocnění rakovinou (Doherty, Clark, 2006; Konečná, 2009). Během rozhovorů byly skutečně nalezeny paralely mezi prožíváním léčby neplodnosti a modelem pěti fází vyrovnání se se smrtí či smrtelným onemocněním Kübler-Rossově (2014). Pocity typické pro každou z fází – popření, zlost, smlouvání, deprese a akceptace se rovněž objevovaly v rozhovorech v závislosti na délce léčby. U respondentek chystajících se na první cyklus IVF se deprese neobjevovaly. Fáze akceptace v kontextu této práce souvisí s opuštěním nadějí na biologické rodičovství a ukončením léčby, proto se objevovala spíše výjimečně, častěji na úrovni úvah. Na základě všech zjištění je možné prohlásit model Kübler-Rossově za aplikovatelný i na ztráty, ke kterým může docházet v průběhu léčby neplodnosti.

Otázkám vypořádání se s psychickou zátěží, jež léčba neplodnosti představuje, byla věnována kapitola Copingové strategie. Společným znakem všech odpovědí byl aktivní přístup k problému. Ten bylo možné víceméně předjímat na základě dvou faktů. Prvním je, že většina respondentek je vysokoškolsky vzdělaných - jsou

tedy zvyklé pracovat s informacemi a problémy řešit proaktivně. A druhým je fakt, že všechny respondentky se pro svou neplodnost léčily (a možná stále léčí) v některém z CAR, což se samo o sobě dá považovat za projev vůle nastalý problém řešit. Také Edelmann a Connolly (1994) považují samotné rozhodnutí podstoupit umělé oplodnění za copingovou strategii.

Zveřejněno bylo několik studií, které se zabývají copingovými strategiemi v souvislosti se zvládáním psychických nároků léčby neplodnosti. Ve zjištění, že aktivní vyhledávání kvalifikované sociální opory (psycholog, svépomocné skupiny) je nedostatečné, se výzkumy provedené v ČR shodují (Konečná, 2006; Koryntová, 2002). Zatímco Konečná (2006) se domnívá, že je tato skutečnost dána obavou párů ze stigmatizace a psychiatrizace jejich problému, zjištění vycházející z rozhovorů provedených v rámci výzkumné části této práce, ukazují spíše na důvod ležící zcela mimo oblast psychologie a sociologie, a to na nedostatečnou povědomost o možných formách podpůrné psychoterapie. Přesvědčení, že návštěva psychologa je na místě až tehdy, kdy se žena ocitá na pokraji zoufalství, je rovněž rozšířené.

Společné zvládnutí léčby neplodnosti s sebou přináší i některé pozitivní dopady na partnerský vztah. V závěrech dosud provedených studií jsou zdůrazňovány možná přece jen příliš optimisticky a negativní dopady bývají naopak opomíjeny. Že k prohloubení partnerského vztahu u párů, které ještě „bojují“, nezřídka dochází, potvrzují i výsledky zde prezentovaného výzkumu. Je však dobré si uvědomit, že jiné páry tuto zkoušku pevnosti vztahu nemusejí ustát a rozejdou se. Tím pádem je velmi pravděpodobné, že k asistované reprodukci přistoupeno nebude a léčba bude ukončena. Respondentky s takovou zkušeností se výzkumu účastnit nemohly, neboť výběr výzkumných osob se zaměřoval na cílovou skupinu žen procházejících léčbou. S interpretací zjištěných dopadů na partnerský vztah je proto třeba zacházet opatrně.

Další diskutovanou oblastí partnerského vztahu byl sexuální život partnerů. Výzkum zabývající se problematikou neplodnosti v partnerském vztahu (Kubcová, 2004), který se této otázky dotkl, vyhodnotil intimní soužití párů ve výsledku jako léčbou neovlivněné. Výsledky zde prezentovaného výzkumu ukazují na pravý

opak. Tento nesoulad může být dán rozdílným metodickým rámcem provedených výzkumů, kdy k upřímnému zodpovězení tak osobní otázky je třeba nastolit atmosféru důvěry, které může být těžko dosaženo při výzkumu kvantitativním. Dokonce i při výzkumu kvalitativním závisí do značné míry na důvěryhodnosti osoby provádějící výzkum a upřímnost výpovědi tak nemusí být ani volbou správného výzkumného formátu zaručena.

Dosud v ČR není běžnou praxí, že by psycholog byl součástí lékařského týmu a poskytoval intervenci přímo v CAR. Odborná psychologická pomoc není v centrech aktivně nabízena. Je zřejmé, že není možné učinit si ucelený obraz o nabídce odborné psychologické pomoci v centrech asistované reprodukce v ČR na základě výpovědí dvanácti osob, ale na jistý trend snad jen velmi opatrně usuzovat lze. Žádná z respondentek se v rámci CAR s žádným psychologem nesetkala, žádné nebyla nabídnuta pomoc tohoto druhu a zároveň, každá z respondentek v některé fázi léčby neplodnosti o vyhledání odborné pomoci uvažovala a vítala by ji. Tato zjištění sytí jistou naději, že nabídka psychoterapeutických služeb se potká s poptávkou, bude-li dostatečně propagována.

Vzhledem k nastíněným omezením, se kterými se předkládaná práce potýkala je třeba k interpretaci výsledků výzkumu přistupovat s adekvátní opatrností. Návrhy k poskytování podpůrné psychoterapie jsou zcela určitě poznamenány počátečním nadšením psychoterapeuta, jenž zatím nebyl připraven o iluze.

SOUHRN

Prezentovaná diplomová práce se zabývá tématem neplodnosti u žen, zejména pak psychickým nárokům její léčby v rámci center asistované reprodukce (CAR).

Teoretická část práce byla věnována neplodnosti, jejímu vymezení, obecným charakteristikám, fyziologickým příčinám neplodnosti i některým teoriím o původu psychologickém, charakteristikám léčby a jejím dopadům. Dále byla pozornost věnována otázce stresu ve spojení s neplodností a strategiím jeho zpracování. V neposlední řadě se tato práce zabývá možnostmi poskytování podpůrné psychoterapie v průběhu léčby a jejími možnými formami. Na základě zpracované literatury je možné konstatovat, že tématu neplodnosti byla věnována řada výzkumných prací, možnostem podpůrné psychoterapie v ČR už méně. Záměrem nebylo navodit představu ucelenosti a jasných tvrzení, naopak, případnému čtenáři byl ponechán prostor k vlastním úvahám a k vytvoření si svého obrazu o daném tématu.

V empirické části byla zanalyzována data pořízená během rozhovorů s dvanácti ženami podstupujícími léčbu neplodnosti v některém z CAR. Během rozhovorů byly se souhlasem respondentek pořízeny audionahrávky, které byly následně přepsány do textového editoru. Data byla podrobena obsahové analýze, řádně okódována a rozdělena do kategorií. Z této analýzy vykryštalizovaly okruhy témat, které vypovídají o způsobu prožívání dané reality ze strany respondentek, o využívaných strategiích zvládnání zátěžové situace, o oblastech života, které byly léčbou nejvíce zasaženy a také o názoru žen na vhodnost podpůrné psychoterapie v průběhu léčby.

Značná část práce byla věnována dopadům léčby neplodnosti na kvalitu života léčených párů. Nežádoucí změny spatřovaly respondentky nejčastěji v oblasti partnerského vztahu, socializace a zdravotního stavu. Tunelové vnímání bylo do této kapitoly zahrnuto také a to z důvodu, že jej respondentky často uváděly ve spojitost právě se změněnou kvalitou života.

Velké nároky klade léčba neplodnosti na komunikaci mezi oběma partnery. Plánované rodičovství je záležitostí páru a mezi partnery by mělo dojít ke

konsenzu, pokud jde o volbu léčebného postupu, možnosti alternativního řešení (adopce, NRP, dárce spermií apod). Období léčby neplodnosti se dá považovat za krizové a páry, které jím projdou společně až do konce následně zpravidla konstatují, že jejich vztah byl upevněn, prohlouben či jinak zkvalitněn. Toto poznání je také součástí výsledků prezentovaného výzkumu.

Ke komunikaci vlastní neplodnosti za hranicemi partnerského soužití dříve či později došlo u všech respondentek, ačkoli míra jejich otevřenosti je vysoce individuální a v průběhu času se mohla změnit v závislosti na reakci okolí. Tyto reakce měly nejrůznější podobu, v některých se osvědčily jako podpůrné, v jiných vyzněly zcela necitlivě. Je dobré mít na paměti, že čím déle žena léčbou neplodnosti prochází, tím senzitivnější na otázky kolem dosavadní bezdětnosti pravděpodobně bude. V několika případech došly respondentky k závěru, že zkušenost s léčbou neplodnosti je nepřenositelná a nemá význam snažit se svou situaci svému okolí přiblížit.

Preferovanými konverzačními protějšky se pak staly ženy procházející stejnou zkušeností, již sdílely na sociálních sítích. Účast na těchto diskuzích, ať už aktivní či pasivní, může být do jisté míry pomáhající, ale také škodlivá. Respondentkám pomáhá vědomí společného problému s někým dalším a vzájemná podpora, kterou si ženy ve skupině poskytují. Naději dodávají povzbudivé komentáře od žen, jejichž boj s neplodností skončil úspěchem. Na druhou stranu, strach nahánějí případy neúspěšné a tráví-li respondentky příliš mnoho času čtením diskusí, samy si stěžují na jistou návykovost této kratochvíle. Závěrem je tedy zjištění: sdílet ano, ale v jistých mezích.

Psychický stav, ve kterém se ženy procházející léčbou neplodnosti nacházejí, může mít vliv na jejich chuť se socializovat. Dopad na socializaci respondentek se odvíjel od délky léčby a způsobu jejího prožívání. Respondentky, které se léčily krátce, žádný větší dopad na svůj sociální život nezaznamenaly. Naopak respondentky, které vlivem opakovaných neúspěchů o umělé oplodnění pociťovaly úzkost, strach, beznaděj, a docházelo u nich velmi často k rozladám, se v takovém psychickém rozpoložení neměly chuť socializovat vůbec. Jedním z dopadů, jak je popisovaly respondentky, byla absence konverzačních témat, neboť dlouhotrvající

úsilí o otěhotnění pohlcuje větší část mysli a tam, kde matky z řad vrstevnic živě diskutují o svých zkušenostech s mateřstvím, nemohou doposud bezdětné respondentky přispět. Aniž by se programově společnosti vyhýbaly, cítily se z ní být vyčleněny.

Co je však často opomíjeno, je dopad léčby neplodnosti na celkový zdravotní stav, a to jak ze strany žen, tak ze strany lékařů. Nejvíce negativních účinků pociťovaly respondentky po hormonální stimulaci. Popisovaly stavy jako je fyzická nevolnost, rozbolavělá prsa, nafouklé břicho, migrény, ale také brnění prstů, rozostřené vidění aj. Dostavil-li se hyperstimulační ovariální syndrom, respondentky jej považovaly za pochybení lékařů. Pokud žena projde celým cyklem umělého oplodnění, těhotenství a následného potratu, trvá o to déle, než se její zdravotní stav vrátí k normálu. Ženy si také stěžovaly na nezanedbatelný nárůst hmotnosti, ke kterému docházelo vlivem hormonální stimulace.

Léčba neplodnosti zasahuje mimo jiné do pracovního života a do finančního rozpočtu páru. Na tyto životní aspekty kladly respondentky menší důraz. Důvodem mohlo být, že byly voleny z řad těch, které se pro asistovanou reprodukci po zvážení všech nákladů již rozhodly. Pro jiné páry může být však finanční náročnost léčby při rozhodování o jejím podstoupení stěžejní.

Jedním z dílčích cílů výzkumu bylo zjistit názor respondentek na přínosnost případné psychoterapie v období léčby neplodnosti a zmapovat, zda jim v CAR byla odborná psychologická pomoc v nějaké formě nabídnuta.

Všechny respondentky se shodují, že by v průběhu léčby nabídku odborné psychologické pomoci uvítaly. Lišily se názory na to, v jaké fázi léčby by měla být psychoterapie zahájena, jaká forma by byla preferována (individuální, párová či skupinová), a na co by měla být terapie zaměřena. Vzhledem k výše zmíněnému nedostatečnému povědomí o možných formách psychologické pomoci však nelze návrh na její poskytování opírat pouze o výroky respondentek. Z některých zjištění se ovšem dá při vytváření tohoto návrhu vycházet.

Zjištění, že ženy se uchylují ke sdílení vlastních zkušeností s jinými ženami s podobným problémem, poskytuje podporu záměru nabídnout skupinová

psychoterapeutická sezení pacientkám CAR. Vědomí společného problému a možnost čerpat, ale také poskytovat podporu někomu jinému tak budou posíleny. Utlumena bude potřeba sdílení na sociálních sítích a čas pro sdílení bude udržen v přijatelných mezích. Nastavení nižší míry direktivity při vedení skupiny psychoterapeutem by lépe odpovídalo požadavkům svépomocné skupiny, kdy přítomnost odborníka bude z větší části sloužit udržování hranic průběhu dějů ve skupině.

Respondentky často zdůrazňovaly své vnímání neplodnosti jako záležitosti partnerské, který by měl být v páru také řešen. V nabídce odborné psychologické pomoci CAR by proto párová terapie neměla chybět. Párovou psychoterapii vidí jako ideální formu podpůrné terapie např. Taylor (1995). Umožňuje oběma partnerům reflektovat svoje pocity a způsob prožívání léčby tomu druhému, v podmínkách usnadňujících konstruktivní komunikaci i ventilaci emocí, která nevyeskaluje až k afektivním reakcím, neboť lidé se v přítomnosti třetí osoby zpravidla snaží ovládat. Zvlášť sledovaným cílem by mělo být posílení resilience páru jako celku.

Individuální psychoterapie by měla být nabídnuta ženám, jejichž partner se z různých důvodů nebude moci terapie účastnit. Měla by reagovat na konkrétní otázky, se kterými pacientka CAR přijde. Podpora může být poskytována jak v procesu rozhodování, tak v procesu zpracování nejvíce zneklidňujících a stresujících důsledků snížené plodnosti či neplodnosti. Chybět by nemělo ani krizové poradenství, které by pomáhalo ženám překonat zvlášť psychicky náročná období po potratu, neúspěšném cyklu IVF apod.

ZÁVĚR

Cílem práce bylo získání autentického vhledu do problematiky ženské neplodnosti a její léčby za účelem navržení vhodné podpůrné terapeutické péče. Do jaké míry bylo tohoto cíle dosaženo lze posoudit jen s obtížemi, neboť nakolik vhodné jsou návrhy stran poskytování terapeutické péče ukáže až praxe. Zdá se být ale zřejmé, že ženy procházející léčbou neplodnosti považují toto období za psychicky velmi náročné a dopady léčby na kvalitu života jsou nesporné. Zároveň je naprostá většina respondentek přesvědčena, že by jim psychoterapie mohla pomoci tyto dopady zmírnit, a umožnila by páru o společném problému lépe komunikovat a ventilovat hromadící se napětí způsobem, který by odpovídal specifickým potřebám páru, tzn. v rámci individuální, párové nebo skupinové terapie. Ženy, které se o léčbě teprve rozhodují, by uvítaly psychologické poradenství zaměřené na usnadnění rozhodovacího procesu. Krizové poradenství poskytnuté v nejtěžších obdobích léčby (po potratu, opakovaném neúspěšném cyklu apod.) se jeví jako nanejvýš opodstatněné. Možností je více a přesvědčení o smysluplnosti poskytování psychoterapeutické pomoci je podpořeno příklady nejlepší praxe (tzv. „best practice“) ze zahraničí, kde se s klienty CAR v tomto směru systematicky pracuje.

Důležité je zjištění, že ne všechny ženy procházející léčbou neplodnosti, považují svou zkušenost za natolik intimní, že by se o ní odmítaly podělit. Naopak se zdá, že o účinnosti copingové strategie Vyhledávání sociální podpory se tyto ženy přesvědčují na vlastní kůži, o čemž vypovídá nejen jejich hojná účast v diskuzích na sociálních sítích. Většina respondentek zároveň souhlasí, že by preferovala sociální podporu kvalifikovanou, pokud by jim tato byla ve vhodném okamžiku nabídnuta.

Nebylo záměrem poukázáním na skutečnost, že podpůrná psychoterapie není v rámci center asistované reprodukce poskytována, kritizovat kvalitu či šířku jejich portfolia služeb, snad jen nabídnout nový úhel pohledu, který by měl vést k úvahám o příhodnosti poskytování komplexnější péče o klienty. Péče, která by respektovala člověka v jeho bio-psycho-socio-spirituální jednotě tak, jak je v posledních letech trendem i v jiných oblastech, kde člověk stojí v centru zájmu

SEZNAM LITERATURY (dle APA)

- Balaščíková, V., Blatný, M. (2003). *Determinanty výběru strategií zvládnání zátěže: osobnost, vnímání situace, sebepojetí*. Brno: Psychologický ústav AV ČR – 9(2).
- Boden, J. (2007). *When IVF treatment fails*. *Human Fertility*, 10:2, 93-98, DOI: 10.1080/14647270601142614.
- Boivin, J., Gameiro, S. (2015). Evolution of Psychology and Counseling in Infertility. *Fertility and Sterility*, 104, 251-259.
- Blyth, E. (2012). *Guidelines for infertility counseling in different countries*. *Human Reproduction*, 27, 246-57.
- Burns, L. H., & Covington, S. N. (1999). Psychology of infertility. In L. Burns & S. Covington (Eds.), *Infertility counseling*, (pp. 3–25). New York: Parthenon Publishing
- Carver, C. S. (1997). *You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE*. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
- Collins, A., Freeman, E. W., Boxer, A. S., & Turek, R. (1992). *Perceptions of infertility and treatment stress in females as compared to males entering in vitro fertilization treatment*. *Fertility and Sterility*, 57, 350–356.
- Cousineau, T. M.; & Domar, A. D. Et al. (2008). *Online psychoeducational support for infertile women: a randomized controlled trial*. *Hum Reprod. Mar;23(3):554-66*
- Covington, S. N. (2015). *Fertility counseling: clinical guide and case studies*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Čepický, P. (2011). *Psychogenní neplodnost*. *Psychosom*, 9(2), 145–147. Citováno 12. 9. 2018, dostupné také z http://www.psychosom.cz/?page_id=1576.
- Daly, K. J. (1999). *Crisis of Genealogy: Facing the Challenges of Infertility*. In: McCubbin H. I. et al. (Eds.). *Dynamics of Resilient Families* (p. 1). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Debras, S. (2015). *Nevědomé příčiny neplodnosti*. Praha: Portál.
- Doherty, C. M, Clark, M.M. (2006). *Léčba neplodnosti: Podrobný rádce neplodným párům*. Brno: Computer Press, ISBN 80-251- 0771-X

Donarelli a kol. (2016). *Infertility-related Stress, Anxiety and Ovarian Stimulation*. Reproductive Biomedicine & Society Online, Vol.3, p. 16-23

Ďurašková, G., Hampl, R. (2014). *Vliv psychické odolnosti na úspěšnost prvního IVF/ICSI*. Česká gynekologie, 79(2), 115-119.

Ďurašková, G., Sobotková, I., Hampl, R., & Viktorová, L. (2016). *Životní spokojenost a copingové strategie žen, které podstupují své první umělé oplodnění (IVF)*. E-psychologie, 10(1), 47-62.

Edelmann, R.J., Connolly K. J. (1994). *Coping strategies and psychological adjustment of couples presenting for IVF*. Journal of Psychosomatic Research, 38, 355 – 364.

Gameiro, S., Boivin, J., Peronace L. A., Verhaak, C. M. (2012). *Why do patients discontinue fertility treatment? a systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment*. Hum Repro, 18, 652–69.

Goffman, E. (2003). *Stigma. Poznámky k problému zvládnání narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství.

Jordan, C., & Revenson, T. A. (1996). Gender differences in coping with infertility: A meta-analysis. Poster presentation at Psychological and Behavioral Factors in Women's Health: Research, Prevention, Treatment and Service Delivery in Clinical and Community Settings, Washington, DC, US: APA

Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.

Konečná, H. (2005). *Potíže s otěhotněním jako zátěžová situace. Reprodukční zdraví: co dělat, aby člověk měl děti, když a až je bude chtít mít*. ([200-]-). V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta.

Konečná, H. (2009). *Na cestě za dítětem: dvě malá křídla* (2. vyd). Praha: Galén.

Koryntová, D., Síbrtová, K., Kloučková, E., Čepický, P., Řežábek, K., & Živný, J. (2001). *Úzkostnost a deprese před in vitro fertilizací – muži a ženy reagují různě podle příčiny neplodnosti*. Česká gynekologie 66(1).

Koryntová, D. (2002) *Psychosomatika sterility*. Moderní gynekologie a porodnictví. Roč. 11, č.4

Koukola, B., Mareš, J. (2006). *Psychologie zdraví a kvalita života. Sborník přednášek z celostátní konference s mezinárodní účastí ve Vernířovicích u Šumperka*. Brno: MSD.

- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Kubcová, Š. (2004). *Nepłodnost partnerský vztah neničí*. *Psychologie dnes*. Roč. 10, č. 10.
- Kübler-Ross, E., Kessler, D. (2014). *On grief & grieving : finding the meaning of grief through the five stages of loss*. New York: Scribner.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer publishing company.
- Letherby, G. (2002). *Challenging Dominant Discourses: Identity and Change and the Experience of ,Infertility,, and ,Involuntary Childlessness,,*. *Journal of Gender Studies* 11 (3): 277–288.
- Mardešić, T. (2002). *Indikace a výsledky léčby metodami asistované reprodukce*. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 11(4), 565–571. Praha: Levret.
- Matějů, I., Weiss, P. (2004). *Psychoterapie při léčbě nepłodnosti*. *Česká a slovenská psychiatrie*. Roč. 100, č. 2 (2004), s. 85
- Matějů, I., Weiss, P., Urbánek, V. (2005). *Psychologické důsledky nepłodnosti* . *Československá psychologie*, 49(3), 250-260.
- Meniru, G. I. (2001). *Cambridge guide to infertility management and assisted reproduction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Miall, C. E. (1994). *Community Constructs of Involuntary Childlessness: Sympathy, Stigma, and Social Support*. *Canadian Review of Sociology and Anthropology* 31 (4): 392–421.
- Mikesell, S. G., & Stohner, M. R. (1995). *Infertility and pregnancy loss: The role of the family consultant*. In R. H. Mikesell, D. Lusteran, S. H. McDaniel (Eds.) , *Integrating family therapy: Handbook of family psychology and systems theory* (pp. 421-436). Washington, DC, US: American Psychological Association. doi:10.1037/10172-024
- Mitchell, S. A., Black, M. J. (1999). *Freud a po Freudovi: Dějiny moderního psychoanalytického myšlení* (Š. Kovařík, překl.). Praha: Triton.
- Ostró, A., Pilka, L., Lešník, F. (2009). *Reprodukční medicína: Současnost a perspektivy*. Olomouc: Nakladatelství Olomouc.

- Peterson, B. D., Newton, Ch. R., et al. (2006). *Coping processes of couples experiencing infertility*. *Family Relations*, 55(2), 227-239.
- Řežábek, K. (2002). Vyšetření pro sterilitu. *Moderní Gynekologie a porodnictví*, 11(4), 512–523. Praha: Levret.
- Řežábek, K. (2008). *Léčba neplodnosti* (4. aktual. vyd.). Praha: Grada.
- Sanders, K., A., Bruce, N. W. (1997). *A prospective study of psychosocial stress and fertility in women*. *Human Reproduction*, 12 (10), 2324–2329
- Sobotková, I. (2012). *Psychologie rodiny* (3. vydání). Praha: Portál.
- Stanton, A. L., & Burns, L. H. (1999). *Behavioral medicine approaches to infertility counseling*. In L. Burns & S. Covington (Eds.), *Infertility counseling* (pp. 129-147). New York: Parthenono Publishing.
- Sternke, E. A., & Abrahamson, K. (2015). *Perceptions of women with infertility on stigma and disability*. *Sexuality and Disability*, 33(1), 3-17.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu : postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Vyd. 1. Boskovice : Albert, 196 s.
- Suls, J., David, J. P., et al. (1996). *Personality and coping: Three generations of research*. *Journal Of Personality*, 64(4), 711–735.
- Šulová, L., Fait, T., & Weiss, P. (2011). *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf.
- Taylor, E. (1995). *The stress of infertility*. *Human Ecology*, 23(4),12.
- Ventruba, P., Žáková, J., Višňová, H. (2002). Vyšetření pro sterilitu. *Moderní Gynekologie a porodnictví*, 11(4), 572–579. Praha: Levret.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., et al (2007). *Women's emotional adjustment to IVF: A systematic review of 25 years of research*. *Human Reproduction Update*, 13(1), 27-36.
- Whiteford, L. M., Gonzalez, L. (1995). *Stigma: the Hidden Burden of Infertility*. *Social Science and Medicine* 40 (1), p. 27–36.
- Wischmann T, Korge K, Scherg H, Strowitzki T, Verres RA. *10-year follow up study of psychosocial factors affecting couples after infertility treatment*. *Hum Reprod* 2012;27:3226–32.

Elektronické zdroje:

Národní registr asistované reprodukce. [online]. [2018-11-6]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/registry-nzis/nrar>

Art fact sheet. [online]. [2018-11-6]. Dostupné z: <https://www.eshre.eu/Press-Room/Resources>

Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction. [online]. [2018-11-6]. Dostupné z: <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal>

ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. [online]. [2018-11-6]. Dostupné z: <http://id.who.int/icd/entity/1237004558>

WHO-QOL: Measuring Quality of Life. [online]. [2018-11-6]. Dostupné z: <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>

My fertility choices. [online]. [2018-11-6]. Dostupné z: <http://myfertilitychoices.com>

Máslová, H. (2017). Ženy často potřebují koučink k vysazení antikoncepce, vrchol plodnosti obětují kariéře. [online]. [2018-11-6]. Dostupné z: <https://video.aktualne.cz/dvtv/maslova-zeny-casto-potrebuji-koucink-k-vysazeni-antikoncepce>

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Psychické důsledky neplodnosti u žen a možnosti jejich léčby

Autor práce: Ing. et Bc. Vanda Šléglová

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Počet stran a znaků: 98/155 832

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 54

Abstrakt:

Prezentovaná diplomová práce se zabývá tématem neplodnosti u žen, zejména pak psychickým nárokům její léčby v rámci center asistované reprodukce (CAR).

Teoretická část práce byla věnována neplodnosti, jejím obecným charakteristikám, fyziologickým příčinám i některým teoriím o psychologickém původu neplodnosti, charakteristikám léčby a jejím dopadům. Dále byla pozornost věnována otázce stresu ve spojení s neplodností a strategiím jeho zpracování.

V empirické části byla zanalyzována data pořízená během rozhovorů s dvanácti ženami podstupujícími léčbu neplodnosti v některém z CAR. Z této analýzy vykryštalizovaly okruhy témat, které vypovídají o způsobu prožívání dané reality ze strany respondentek, o využívaných strategiích zvládnání zátěžové situace, o oblastech života, které byly léčbou nejvíce zasaženy a také o názoru žen na vhodnost podpůrné psychoterapie v průběhu léčby.

Způsob prožívání neplodnosti lze ve zkratce popsat jako: střídavé prožívání pocitů naděje a beznaděje, ochota vyzkoušet cokoli, pocit bezmoci, pocit vlastní nedokonalosti, obětování se, strach ze špatného konce, střídání nálad, emoční propady.

Z copingových strategií je nejhojněji využíváno sebe-edukace, spolurozhodování o procesu léčby, utváření plánu, vyhledání sociální podpory, zmírnění emocionálního vzrušení – jóga, meditace, sport, práce.

Léčba neplodnosti zasahuje ponejvíce do oblasti partnerského vztahu, socializace a zdravotního stavu. Do pracovního života a finančního rozpočtu zasahuje také, ale na tyto oblasti nebyl kladen důraz.

Všechny respondentky se shodují, že by v průběhu léčby nabídku odborné psychologické pomoci uvítaly. Lišily se názory na to, v jaké fázi léčby by měla být psychoterapie zahájena a na co by měla být zaměřena.

Klíčová slova: neplodnost, copingové strategie, podpůrná psychoterapie.

ABSTRACT OF THESIS

Title: Psychological impact of infertility among women and its treatment

Author: Ing. et Bc. Vanda Šléglová

Supervisor: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Numberofpages and characters: 98/155 832

Numberofappendices: 1

Numberofreferences: 54

Abstract:

Presented diploma thesis is preoccupied with a theme of female infertility, especially with the psychological demands of its treatment within the centres of assisted reproduction.

The theoretical part was dedicated to infertility, its general characteristics, physiological causes, some theories about the psychological causes, methods of treatment and its impact. The focus lay on the stress issue in relation with infertility and the coping strategies.

In the empirical part data taken during interviews with twelve women under infertility treatment was analysed. From this analysis, thematic categories crystalized that predicate of the ways of perceiving given reality, coping strategies

applied, how the quality of life was changed and if psychotherapy during the treatment would make an appropriate help for infertile women.

The way of perceiving infertility can be in short described as: feeling hopeful and hopeless on a rota basis, willingness to try anything, feeling powerless, sacrificed, feeling of self-imperfection, fear of bad end, often moodiness, emotional breakdowns.

Self-education, participation at the decision-making process during the treatment, making plans, social support seeking, emotional arousal inhibition (yoga, meditation, sport, work) are the commonly used coping strategies in situation of infertility treatment.

Infertility treatment interferes mostly with the partnership, socialization and the health conditions. Work life and the financial budget are also influenced, nevertheless not so accentuated by respondents.

All respondents would embrace the mental-health-professional help during the process of treatment. Opinions on the main focus of psychotherapy and the phase of treatment, when it should be proposed, differed.

Key words: infertility, coping strategies, supportive psychotherapy

Příloha 1:

**Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci
diplomové práce**

Název práce: Psychické důsledky neplodnosti u žen a možnosti
jejich léčby

Autor práce: Ing. et Bc. Vanda Šléglová

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Termín realizace: ZS 2017/2018

Místo realizace: Praha, Střední Čechy, Severní a Jižní Morava

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumu „Psychické důsledky neplodnosti u žen“ a že se jej chci dobrovolně zúčastnit.

Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak, než k interpretaci výsledků v rámci diplomové práce.

Rovněž беру на vědomí, že mohu z výzkumu kdykoli, podle svého vlastního uvážení, vystoupit.

Dne.....

Jméno a příjmení.....

Podpis.....

Příloha 2: Ukázka kódování přeepsané audionahrávky

1A Mně nedělá dobře, když na něco čekám a mám pocit, že mi jakoby ubíhá čas, protože to je asi jako důležitý říct, že mi v dubnu bude 39, což už je vlastně jako poměrně věk na prvorodičku už jako vysokej a i z lékařského hlediska se ty šance na otěhotnění se výrazně snižují.

8D Ale pravdou je, že mě teď trošku je jako líp, protože prostě jako nějak asi jsem se sebou začla jako víc pracovat, víc nějak bejt jako otevřenější v nějakých svých pocitech, kdy mi vlastně jako tu

6B neplodnost...protože my tu nálepku neplodnosti na sobě prostě máme... spíš ne my, ale já, protože já jsem neplodná...manžel je plodnej, takže jakoby to...nějak jsem začla bejt jako víc otevřená a víc jako .víc manželovi odkrývat to, že tohle jsou věci, který mě trápěj....mě se chce trošku brečet (*smích....přecházející v pláč*)

To je v pořádku...

Jako že prostě jsem otevřenější. My to máme ještě jako, je důležitý říct, že my jsme vlastně, když jsme **2D** jako se začli snažit o dítě...takhle – já jsem chtěla už jako skoro deset let dítě.

1B Tak jsem si teda našla manžela, kterej se mi jako budoucí otec mejch dětí jako moc líbil a tak jsme se začli snažit a ono nám to prostě jako dlouho nešlo a tak jsme začli chodit na IVF a vlastně se první dva pokusy hned povedly –

2B poprvé to bylo mimoděložní a podruhý jsem šla na přerušení v 15.týdnu těhotenství pro vývojovou vadu toho plodu, nebo toho miminka...já už tomu prostě říkám jako že miminko, ale bohužel ono to má **6C** nějakou souvislost v rodině, kdy my jsme byly se švagrovou stejně těhotný, takže je to tam dost provázaný a prostě se to s náma trošku jakoby vezlo, a byly tam nějaký další problémy a my jsme

5B s manželem hodně dlouho nebyly schopný některý věci asi jako zpracovávat, nebo manžel prostě... my jsme nějak rozdílně to prostě jako prožívali

4F a já jsem měla pocit, že manžel to se mnou jako dostatečně neprožívá, že mě neupřednostňuje, že to vlastně je jenom můj boj a není to jeho boj.

8G A je pravda, že s přibývajícímí pokusy a s tím jak to jde, tak mám pocit, že se ta situace trochu otáčí v tom směru, že já už jako vím, že prostě se může stát, že mimino prostě mít nebudeme.