

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Martina Bergerová, DiS.

Psychické prožívání neplodnosti páry
a jejich vliv na kvalitu partnerského vztahu.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a v souladu s mezinárodní normou ČSN ISO 690 o citacích a ČSN 01 6910 o správné úpravě písemností, a použila pouze prameny uvedené v seznamu literatury.

V Olomouci dne 24. 2. 2014

Děkuji Mgr. Lucii Křeménkové Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, za poskytnutí cenných rad, ochotu a přívětivý přístup. Také děkuji všem respondentům, u nichž jsem prováděla výzkumné šetření.

OBSAH

ÚVOD.....	6
I TEORETICKÁ ČÁST	7
1 PROBLEMATIKA NEPLODNOSTI.....	8
1.1 Definice termínu neplodnost	8
1.2 Příčiny neplodnosti.....	9
1.2.1 Faktory ovlivňující reprodukci	10
1.2.2 Příčiny neplodnosti muže	13
1.2.3 Příčiny neplodnosti ženy	17
1.2.4 Idiopatická příčina neplodnosti	22
2 ŘEŠENÍ NEPLODNOSTI PÁRU	23
2.1 Medikamentózní a chirurgické metody.....	23
2.1.1 Farmakoterapie	23
2.1.2 Chirurgické metody	25
2.2 Alternativní metody léčby.....	27
2.2.1 Fytoterapie	27
2.2.2 Balneoterapie	28
2.2.3 Homeopatie.....	28
2.2.4 Akupunktura	28
2.2.5 Léčebné rehabilitační postupy Ludmily Mojžíšové	29
2.2.6 Terapie rostlinou Tribulus terrestris	29
2.3 Metody asistované reprodukce.....	30
2.3.1 Intrauterinní inseminace (IUI).....	30
2.3.2 In vitro fertilizace (IVF)	31
2.3.3 Intracytoplazmatická injekce spermie (ICSI).....	32
2.3.4. Další metody asistované reprodukce	33
2.4 Adopce nebo bezdětnost.....	33
3 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY STERILITY	35
3.1 Rodičovství.....	37
3.2 Plánování rodičovství.....	38
3.2.1 Jak důležité je počít dítě pro ženu?.....	39
3.2.2 Jak je pro muže důležité stát se otcem?.....	40
3.3 Prožívání neplodnosti	41
3.3.1 Emocionální reakce na neplodnost.....	41
3.3.2 Psychické prožívání neplodnosti u žen.....	44
3.3.3 Psychické prožívání neplodnosti u mužů	45
3.4 Psychické příčiny neplodnosti.....	47

3.5 Důsledky neplodnosti	49
3.5.1 Změny v identitě partnerů.....	49
3.5.2 Dopady neplodnosti na životní styl páru	50
3.5.3 Změny sociálních vztahů	50
3.5.4 Dopady na pracovní kariéru	51
3.5.5 Sociální stigma neplodnosti.....	51
3.5.6 Důsledky neplodnosti na kvalitu partnerského vztahu	52
3.6 Psychoterapie neplodných párů.....	55
II PRAKTICKÁ ČÁST	56
4 CÍL VÝZKUMU	57
4.1 Výzkumné otázky.....	58
5 METODY VÝZKUMU	59
5.1 Metoda sběru dat	59
5.2 Metoda výběru respondentů	60
5.3 Zpracování dat.....	61
5.4 Průběh a organizace výzkumu.....	62
6 VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	64
6.1 Základní informace o výzkumném vzorku.....	64
7 PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÝCH ŠETŘENÍ	66
7.1 Případ 1: Petra a Jan	66
7.2 Případ 2: Milada a Martin	70
7.3 Případ 3: Lenka a Tibor.....	76
7.4 Případ 4: Dana a Robert	80
7.5 Případ 5: Nina a Zdeněk.....	85
7.6 Případ 6: Jitka a Tomáš	90
7.7 Případ 7: Pavlína a Petr	95
7.8 Shrnutí výzkumných výsledků	99
7.9 Možné problematické aspekty výzkumného šetření	106
8 DISKUZE	108
ZÁVĚR	113
SEZNAM LITERATURY.....	115
SEZNAM TABULEK.....	122
SEZNAM GRAFŮ	123
SEZNAM ZKRATEK	124
SEZNAM PŘÍLOH.....	125

ÚVOD

„*Manželství bez dětí je jako den bez slunce.*“¹ (Walther von der Vogelweide)

Na úvod své diplomové práce jsem použila citát, se kterým se ztotožňuji, jelikož bez dětí může být život pro nedobrovolně bezdětný pár velice smutný a nenaplněný. Neschopnost zplodit potomka je stresující situací, která zasahuje do všech oblastí partnerského života. Z hlediska všeobecného povědomí společnosti panuje názor, že mít děti je samozřejmost, která nastává poté, co se muž a žena rozhodnou počít dítě. Pro každý desátý pár je však početí přání, které zůstává nesplněno (Řežábek, 2008b).

Impulzem pro výběr tohoto tématu diplomové práce bylo setkávání s přáteli, kterým se nedařilo a nedaří počít vlastní dítě. Jelikož jsem již sama matkou tříletého syna po více než dvouleté snaze o jeho početí, jsem schopna být empatická k jejich problémům a popsat to, čím si procházejí. Ačkoliv se jedná o citlivé informace, ráda bych je předala dál a vysvětlila, co v těchto chvílích nedobrovolně bezdětní partneři prožívají, čím si prochází a jaké to zanechává stopy v jejich partnerském vztahu i v nich samotných. Ne vždy musí být neplodnost negativem ve vzájemném partnerském vztahu. Někdy může tato nemoc naopak přinést páru stmelení, větší sílu zklamání překonat a vyřešit společně problém.

Tuto práci jsem rozdělila na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou obsaženy kapitoly, ve kterých pojednávám o fenoménech sloužících jako teoretická východiska pro daný výzkum. Zaměřuji se na popis problematiky neplodnosti, uvádím nejčastější příčiny neplodnosti a její možnosti řešení alternativními terapiemi i odbornou léčbou s pomocí lékařů. V závěru teoretické části se věnuji psychologii plánování rodičovství, prožívání neplodnosti a vztahu mužů a žen k rodičovské roli. Dále se zabývám všemi fázemi emocionálních reakcí na neplodnost a zásahu této nemoci do života partnerů, jejich partnerského života i okolí.

V praktické části se zabývám kvalitativním výzkumným šetřením, které je zaměřeno na zjištění psychického prožívání neplodných žen a mužů, jak se s tímto problémem dokáží vyrovnat, jak ho řeší, jak na ně působí proces léčby a jak tento problém ovlivňuje jejich partnerský vztah. V diskusní části jsem zhodnotila výsledky výzkumné části v interpretativní rovině a dotkla se některých problematických aspektů výzkumného šetření. Svou diplomovou práci jsem ukončila závěrem, který obsahuje zejména cíle a dojmy z diplomové práce.

¹ WALTHER VON DER VOGELWEIDE. Manželství bez dětí je jako den bez slunce. In: *AZcitaty.cz* [online]. 2009 [cit. 2013-10-18]. Dostupné z: <http://azcitaty.cz/walther-von-der-vogelweide/30770/>

I TEORETICKÁ ČÁST

1 PROBLEMATIKA NEPLODNOSTI

Základním právem rodiny, které vyhlásila komise pro populaci Organizace spojených národů v osmdesátých letech minulého století, je: „*Mít tolik dětí, kolik si rodina přeje, mít tyto děti v době, kterou považuje za nejvhodnější*“ (Ulčová-Gallová a Lošan, 2013).

Dle současných statistických údajů však těhotenství není zcela běžnou záležitostí a přirozeným rozhodnutím muže a ženy počít dítě. Neplodnost v ekonomicky vyspělých zemích roste. Podle Evropské společnosti pro lidskou reprodukci a embryologii každý šestý partnerský pár po celém světě zažije některou z forem neplodnosti alespoň jednou během svého reprodukčního života. Celosvětový výskyt ženské neplodnosti trvající nejméně 12 měsíců je přibližně 9 % ve věku 20 - 44 let². Podle přibližných odhadů Světové zdravotnické organizace (WHO) se uvádí, že problémy s plodností se vyskytují až u 2 milionů párů ročně, přičemž procento neplodných párů stále mírně narůstá (Nouzová, 2010).

1.1 Definice termínu neplodnost

Lidská neplodnost je podle Světové zdravotnické organizace (WHO) považována za nemoc a je-li stanovena jako nemoc, má být léčena. Neplodnost je zvláštní nemoc, je to totiž nemoc páru. Ať je příčina u ženy (gynekologická), nebo u muže (andrologická), následky nese i druhý partner. (Konečná, 2003).

Neplodnost je popsána jako stav, kdy v průběhu jednoho roku, při pravidelném a nechráněném pohlavním styku, v průměru 4 – 5x týdně, nedojde k otěhotnění partnerky, je-li splněna podmínka plného reprodukčního zdraví obou partnerů. V anglosaské terminologii se za neplodnost považuje také stav, kdy žena otěhotnět může, ale není možné, aby dítě donosila. V českém názvosloví se v tomto případě hovoří o tzv. infertilitě (Mrázek, 2003; Ulčová-Gallová a Lošan, 2013). **Infertilita** je tedy stav, kdy žena není schopna donosit nebo porodit životaschopný plod, někdy označován také jako potrácivost. Tato nemoc se klinicky projevuje opakovanými potraty nebo předčasným porodem. Odhaduje se ale, že 80 % všech oplodněných vajíček končí tak, že 20 % z nich je potraceno a zbytek zanikne samovolně v následující menstruaci, aniž by si toho žena všimla. Předpokládá se, že 4 % žen

² ART fact sheet. *ESHRE: European Society of Human Reproduction and Embryology* [online]. 2013 [cit. 2013-09-29]. Dostupné z: <http://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/ART-fact-sheet.aspx>

v reprodukčním věku tvoří právě tyto infertilní ženy. „*Za infertilitu je považován také stav, kdy žena potratí ve třech po sobě následujících těhotenstvích.*“ (Kobilková, 2005, s. 157).

Naproti tomu pojem **sterilita** je definována jako naprostá neplodnost, je velice vzácná a dostavuje se např. tehdy, když žena přijde předčasně do přechodu nebo se u muže netvoří žádné spermie (Vollmer, 1999).

„*Angličtina důsledněji rozlišuje medicínské ‚sterility‘ a ‚infertility‘ a psychologické ‚childless‘ a ‚child free‘, což je obojí bezdětnost, ale jednou ‚free‘, tedy něco pozitivního a zřejmě chtěného a podruhé ‚less‘ tedy něco, co schází.*“ (Konečná, 2003, s. 15).

Dohertyová a Clarková (2006) ještě rozlišují odborné termíny primární a sekundární neplodnost.

Primární neplodností rozumíme páry, kterým se nepodařilo nikdy otěhotnět do jednoho roku při nechráněném pohlavním styku nebo neschopnost udržení těhotenství do termínu.

Schopnost mít jedno dítě ale nezaručuje plodnost i do budoucna. Některé páry zjistí, že se stali neplodnými, až když se pokouší o druhé dítě. „**Sekundární neplodnost** je definována jako neschopnost počít po předchozím otěhotnění (až už zakončeném porodem, interrupcí nebo potratem). Některé páry trpí primární a posléze i sekundární neplodností.“ (Doherty a Clark, 2006, s. 14).

V poslední době se v češtině začíná také objevovat termín **nedobrovolně bezdětný**, ve snaze vystihnout psychologickou stránku věci. Tento termín označuje jedince, který nemá děti, ačkoliv by si je přál mít. Příčinou nemusí však být jen zdravotní problém, ale například to, že nemá partnera opačného pohlaví, se kterým by mohl mít vlastní dítě (Konečná, 2003).

1.2 Příčiny neplodnosti

V současné době se všude kolem nás setkáváme s alarmujícími zprávami týkající se zvyšujícího se počtu párů, kteří řeší problémy s plodností. Existuje celá řada důvodů, proč se nedaří počít vytoužené dítě: fyzické onemocnění muže nebo ženy, nevhodné životní okolnosti, psychické bloky a stres, ale i faktorů, které výraznou měrou ovlivňují reprodukci, jako jsou především věk, četnost koitální aktivity, negativní vlivy vnějšího prostředí a nesprávný životní styl (Freundl et al., 2008; Mardešić, 1996).

Dle celosvětových statistik 20 - 30 % případů neplodnosti je způsobeno fyziologickými příčinami u mužů, 20 – 35 % fyziologickými příčinami u žen, a 25 – 40 % případů jsou

z důvodu problémů u obou partnerů. U 10 – 20 % neplodných párů nebyla zjištěna žádná příčina nemožnosti počít vlastní dítě. Jedním z největších problémů vztahující se k reprodukci je v současné společnosti věk partnerky³.

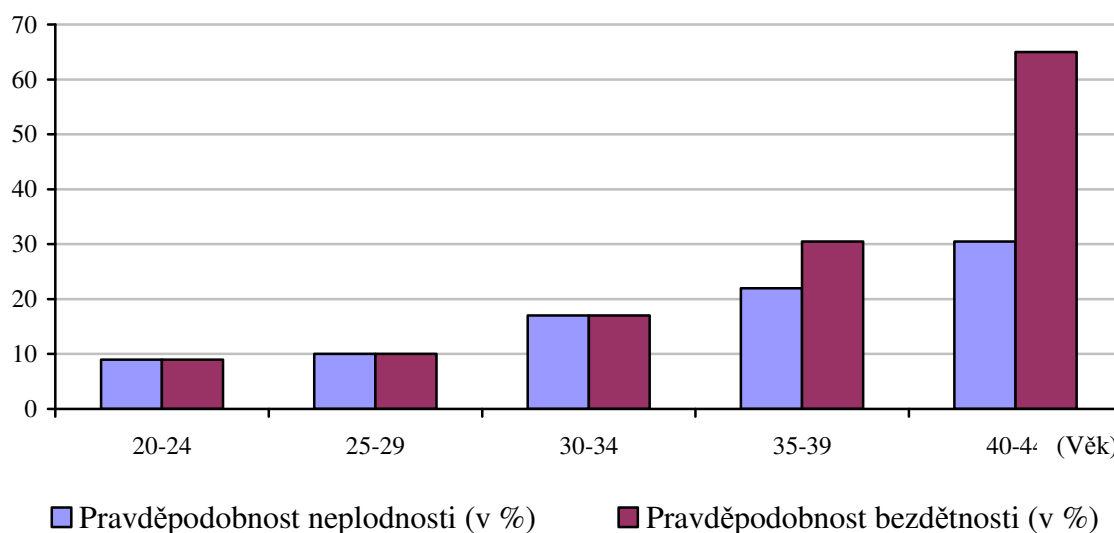
1.2.1 Faktory ovlivňující reprodukci

Věk

Statisticky je doloženo, že se dnes lidé pro založení rodiny rozhodují mnohem později, než tomu bylo například před třiceti lety. Páry dlouho užívají různé možnosti antikoncepce k zabránění početí dítěte zejména z důvodů užívání osobní svobody bez zodpovědnosti za rodinu, budování profesní kariéry, chtějí naplnit své touhy o cestování nebo ještě studovat (Freundl et al., 2008; Linhart, 2005).

Dle lékařských odborníků je právě věk nejdůležitějším faktorem ovlivňujícím ženskou plodnost. Nejideálnější věk pro otěhotnění je mezi 20. – 30. rokem, nejlépe však kolem 25. roku. Po 30. roce života začíná fertilitní potenciál ženy klesat, po 35. roce tato tendence nabírá prudký pád (viz. **graf č. 1**) (Linhart, 2005).

Graf č. 1: Pravděpodobnost výskytu neplodnosti (v %) v závislosti na věku ženy⁴



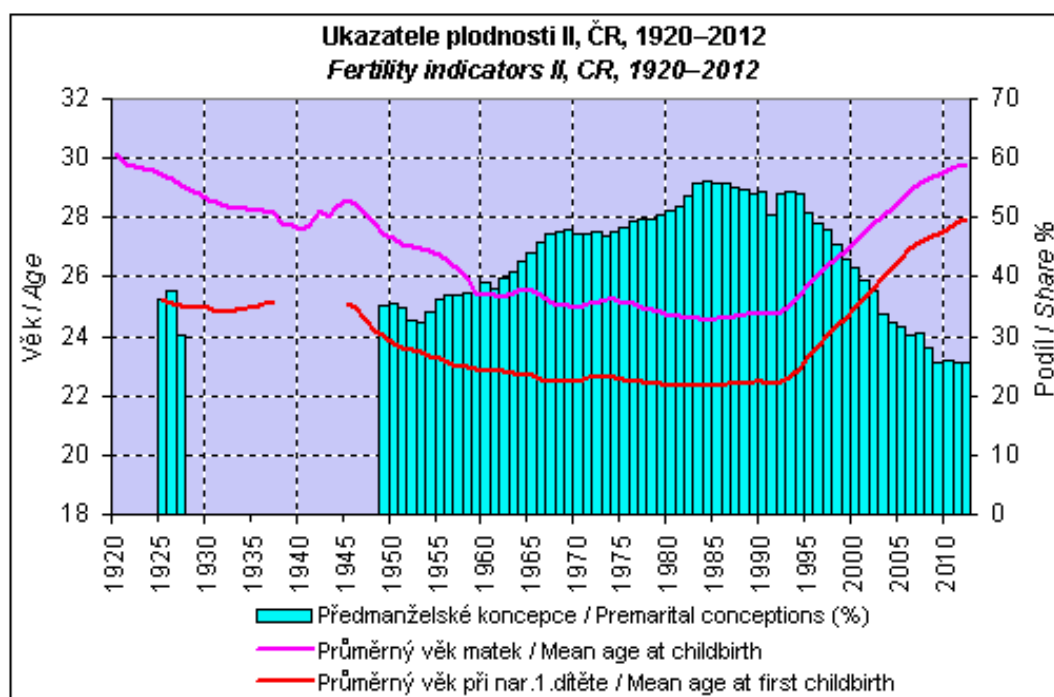
³ ART fact sheet. *ESHRE: European Society of Human Reproduction and Embryology* [online]. 2013 [cit. 2013-09-29]. Dostupné z: <http://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/ART-fact-sheet.aspx>

⁴ ŠILHOVÁ, Lucie a Jana STEJSKALOVÁ. *Matkou ve vyšším věku: vliv věku na plodnost ženy a na průběh těhotenství*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2006, 102 s. ISBN 80-251-0987-9.

Žena je při narození vybavena několika miliony oocytů umístěných ve vaječnících. „Níc méně Dohertyová a Clarková (2006, s. 17) tvrdí, že s věkem ženy jejich počet prudce klesá, už v období puberty zůstává z původního počtu jen asi tři sta tisíc vajíček“ a kolem třiceti let jich je pouze tisíc (Linhart, 2005). „Stárnutí ovlivňuje nejen jejich počet, ale i kvalitu, tzn. jejich schopnost změnit se ve zdravé embryo a později v plod“ (Doherty a Clark, 2006, s. 17). „S věkem však přibývá komplikací, které ohrožují plodnost ženy – klesá počet cyklů, kdy dojde k ovulaci, vyskytují se děložní abnormality (myomy, změny v cévním řečišti, patologie děložní sliznice, atd.), klesá sexuální aktivita“ (Linhart, 2005, s. 9).

Pokud se ženě ve vyšším věku podaří bezproblémově otěhotnět přirozenou cestou, ještě zdaleka nemá bohužel vyhráno. Nastupují totiž velmi často další komplikace, jako jsou preeklampsie, gestační diabetes mellitus, zánět žil a krevní sraženiny, vyšší riziko potratu v důsledku chromozomálních poruch embrya (Šilhová a Stejskalová, 2006). Statistiky mluví až o 40% pravděpodobnosti potratu u ženy ve věku nad 40 let (Konečná, 2003). Tendence odkládání mateřství na pozdější dobu je patrná z grafu č. 2⁵

Graf č. 2: Průměrný věk žen při narození 1. dítěte v letech 1950 – 2010⁶



⁵ Průměrný věk matek i průměrný věk při narození prvního dítěte je vypočten z měr plodnosti podle jednotek věku. Průměrný věk při narození prvního dítěte v letech 1925-1937 a 1949-1959 byl spočten z měr za všechny (živě plus mrtvě) narozené. Průměrný věk matek v letech 1920-1948 je vypočten z pětiletých měr plodnosti. Údaje za válečné období 1938-1944 jsou vypočteny z pětiletých měr plodnosti na území protektorátu Čechy a Morava. Předmanželské koncepce uvádí procentuální podíl prvních dětí narozených v manželství do osmi měsíců od sňatku ze všech manželských dětí prvního pořadí.⁶

⁶ Obyvatelstvo: roční časové řady. Český statistický úřad [online]. 2013 [cit. 2013-09-28]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/obyvatelstvo_hu.

Řežábek (2008a) tvrdí, že také muž postupně stárne a i u něho je věk podstatným faktorem, který může (ačkoliv méně než u ženy, jelikož tvorba spermií může pokračovat i ve vysokém věku) ovlivnit jeho reprodukční schopnost. S léty se hromadí různé toxické vlivy a spermatogeneze se díky nim může zhoršovat. „K tomu se může přidat impotence, hypertenze, diabetes, deprese a také úrazy vedoucí k nemožnosti ejakulace.“ (Řežábek, 2008a, s. 9).

Četnost koitální aktivity

Při pravidelném a nechráněném pohlavním styku, v průměru 4 – 5x týdně, žena nejčastěji otěhotní do půl roku, je-li splněna podmínka, že oba partneři jsou reprodukčně zdraví (Ulčová-Gallová a Lošan, 2013). Trewinnardová (2006) dále také uvádí, že asi sedm párů z deseti počne dítě, pokud budou mít sexuální styk každý den, ale jeden nebo dva páry budou úspěšní, pokud se milují jen jednou týdně.

Podle Řežábka (2008b) mají spermie schopnost oplodnit vajíčko tři až čtyři dny po pohlavním styku. Ideální dobou pro správné oplození je, když se spermie dostanou do pochvy ženy jeden den před tím, než oocyt ve vaječníku dozraje. Vajíčko je schopno oplození jen 20 – 24 hodin po ovulaci. Nedojde-li k pohlavnímu styku 5 dní před ovulací a 24 hodin po ovulaci, je těhotenství téměř vyloučeno.

Negativní vlivy vnějšího prostředí a nesprávný životní styl

Není pochyb o tom, že se ve vnějším okolí vyskytuje značné množství toxických látek, které negativně ovlivňují proces tvorby spermií i jejich kvalitu. Zevních škodlivých vlivů v zaměstnání nebo domácnosti, kterým může být žena vystavena, a mají vliv na plodnost, samovolné potraty i zárodek v počátečním stádiu těhotenství, jsou tisíce. Jsou to cigarety, drogy, alkohol, organická rozpouštědla, radioaktivní záření, olovo, rtuť, pesticidy a vinylmonomery a jiné. Největšími zdroji toxických látek jsou pro většinu lidí cigarety a alkohol (Williams, 2008; Mardešić, 1996).

Kouření zvyšuje riziko mimoděložního těhotenství a ovlivňuje hormonální hladinu ženských orgánů. Konzumace alkoholu snižuje schopnost otěhotnění téměř o 50 %, jelikož alkohol přímo zasahuje do procesu ovulace. Nesprávný životní styl zahrnující například přísné diety, nevhodnou výživu s nedostatkem vitamínů a minerálů nebo s vysokým obsahem potravinových stabilizátorů, extrémní fyzickou zátěž apod. mohou díky výrazné ztrátě tělesného tuku způsobit poškození reprodukčních funkcí ženy, snížení tvorby hormonu estrogenu, který má nezbytný vliv pro správnou ovulaci a menstruaci (Doherty a Clark, 2006).

1.2.2 Příčiny neplodnosti mužů

Počet neplodných mužů stále roste. Dle Ulčové-Gallové a Lošana (2013) se u zdravého dospělého muže denně vytváří až 100 milionů spermií. S postupem let se snížila průměrná koncentrace počtu spermií na normální hodnotu 40 milionů/ml. V andrologických⁷ laboratořích jsou normální hodnoty spermiogramu v současné době spíše výjimkou. V současné době se za dostatečné množství pokládá i mnohem nižší produkce, tj. 20 milionů/ml. Normální hodnoty ejakulátu ukazuje **tabulka č. 1**.

Tabulka č. 1: Normální hodnoty ejakulátu (Normospermiogram)

Objem ejakulátu	2,0 - 6,0 ml
Konzistence spermií	Není vazká, tvoří se kapky
Počet spermií	20 mil/ml a více
Stupeň pohyblivosti	> než 2 (4 - vynikající, kupředu směřující rychlý pohyb)
Procento defektních spermií	Nejvýše 30 %
Přidatná buněčnost	Méně než 0,5 mil/ml leukocytů nebo malých lymfocytů
pH	7,1 – 7,8
Koncentrace spermií	40 – 120 milionů/ml
Fruktóza	Nad 1200 mikrogramů/ml
Procento pohyblivých spermií	Více než 60 %
Protilátky proti spermiím	Žádné nebo méně než 40 %
Pach	Kvetoucích kaštanů

(Ulčová-Gallová a Lošan, 2013, s. 15; Řežábek, 2008b, s. 25)

Základním vyšetřením plodnosti muže je **spermiologické vyšetření**, to je vyhodnocení kvality ejakulátu, které se provádí po čtyřech až pěti dnech pohlavní abstinence. U ejakulátu se hodnotí jeho objem, barva, vazkost, doba zkapalnění, konzistence, počet spermií v 1 ml a pohyblivost. Počítají se také procenta defektních forem spermií, přídavné buňky⁸ a pH. Ve specializovaných imunologických laboratořích se vyšetřují také protilátky proti spermiím v seminální plazmě a kvalita akrozomu⁹ (Ulčová-Gallová a Lošan, 2013).

⁷ Andrologie je obor medicíny, zabývající se diagnostikou, léčbou a výzkumem pohlavních orgánů muže (Vokurka et al., 2002).

⁸ Přídavné buňky jsou např. epitelie, odlouplé buňky ze sliznice, bílé krvinky nebo bakterie (Ulčová-Gallová a Lošan, 2013).

⁹ Akrozom je nejpodstatnější částí hlavičky spermie. Je to její čepička, která ji pokrývá ze dvou třetin. Je důležitá v procesu oplodňování, jelikož obsahuje řadu enzymů umožňujících průnik spermie přes první vrstvu vajíčka (Ulčová-Gallová a Lošan, 2013).

Ke klasifikaci spermiologických nálezů se používá těchto termínů:

Tabulka č. 2: Definice termínů spermiologického nálezu

Normospermie	normální hodnoty ejakulátu (viz tabulka č. 1)
Asthenozoospermie	normální počet spermií se sníženou pohyblivostí a vysoký počet nepohyblivých spermií a až 30 % defektních spermií
Oligospermie	snížený počet spermií, snížená pohyblivost a vyšší počet defektních forem. Jsou tři stupně – lehké, střední (fertilita muže je snížena, ale při dobré fertilitě ženy je otěhotnění možné), těžké (pod 5 mil/ml)
Nekrospermie	nepohyblivé spermie nebo vyšší počet defektních forem
Azoospermie	ejakulát bez spermií
Aspermie	ejakulát bez spermií nebo ejakulát zcela chybí

(Macků, 1996, s. 129)

Nejčastějšími příčinami andrologické neplodnosti mohou být poruchy pohlavní aktivity, poruchy vytváření spermií ve varlatech, nadvarlatech a vývodných systémech, varikokéla, hormonální příčiny, imunologické příčiny neplodnosti, nádory a jejich léčba chemoterapií či radioterapií (Ulčová-Gallová a Lošan, 2013; Mardešić, 1996).

Poruchy pohlavní aktivity

„Při některých vážných vývojových nepravidelnostech a některých neurologických či metabolických onemocněních se lze setkat s neúspěšnými pokusy o pohlavní styk (coitus)“ (Ulčová-Gallová a Lošan, 2013, s. 19). Tyto příčiny jsou dále odborně rozděleny na **impotentia coeundi**, tj. příčiny znemožňující pohlavní styk a **impotentia generandi** – zde je sice pohlavní styk možný, je však porušen transport spermií (spermatogeneze). Léčbu těchto nemocí lze ovlivnit psychoterapií, ale dále ve spolupráci dalších specialistů v oboru sexuologie, neurologie, urologie, genetiky aj. (Macků, 1996; Ulčová-Gallová a Lošan, 2013).

Poruchy vytváření spermií ve varlatech, nadvarlatech a vývodných systémech

Jedná se o azoospermii, tedy jednu z nejvážnějších poruch plodnosti muže, kdy v ejakulátu chybí spermie. Důvodů nevytváření spermií může být několik:

- **neprůchodnost vývodných kanálků varlat**, díky kterým spermie nemohou opustit organismus (tento uzávěr se může vyskytovat i v oblasti nadvarlat) - k uzavření kanálků dochází většinou po úrazech, např. při sportu, po autohavárii apod., nebo po infekci (kapavka), spalničky, mononukleóza nebo po sterilizaci (vasektomii).

- **chybějící chámovody a semenné vácčky u varlat** – oboustranně chybějící chámovody mohou být příznakem další závažné choroby – muž může být nositelem genu pro cystickou fibrózu¹⁰, který by mohl být přenesen na další generaci.
- nedojde-li v dětství k **sestupu varlat do šourku (kryptorchismus)** - pro vyzrání spermií je zapotřebí teploty o 2 stupně nižší, než je teplota těla, varlata proto musí být uložena mimo břišní dutinu
- **malá (hypoplastická) nebo zakrnělá (atrofická) varlata** – mohou se vyskytovat například u pacientů, kteří prodělali v dospělosti zánět průdušné žlázy nebo tzv. **Klinefelterova syndromu** – tj. stav, kdy je přítomen jeden chromozom X navíc (Ulčová-Gallová a Lošan, 2013; Doherty a Clark, 2006).
- Někteří odborníci tvrdí, že příčinou poklesu mužské plodnosti může být těsné spodní prádlo, saunování, horké koupele, sedavé zaměstnání, např. vyhřívané sedačky automobilů při práci za volantem, protože teplota varlat může dosáhnout příliš vysoké hodnoty. Vysoká teplota snižuje pohyblivost spermií (Ulčová-Gallová a Lošan, 2013).

Varikokéla

Dle Dohertyové a Clarkové (2006) se odhaduje, že až 15 % mužů má varikokélu, z toho 40 % mužů má sníženou plodnost. **Tabulka č. 3** ukazuje podíl počtu neplodných jedinců s varikokélou a dalšími druhy příčin neplodnosti¹¹.

Tabulka č. 3: Podíl počtu jedinců s různými druhy andrologických příčin neplodnosti

Příčina neplodnosti	Procento neplodných párů
Varikokéla	30 – 40 %
Protilátky proti spermiím	3 – 12 %
Hormonální poruchy	< 0,5 %
Ostatní (genetické abnormality, kryptorchismus, infekce, neprůchodnost, účinky léčiv a vliv ostatních toxických látek)	Málo běžné

(Redmon et al., 2002)

¹⁰ Cystická fibróza je závažné onemocnění žláz se zevní sekrecí, projevující se tvorbou abnormálního množství lepkavého hlenu v plicích a slinivce břišní. Muži s oboustranně chybějícími chámovody by měli být vyšetřeni na cystickou fibrózu před začátkem léčby neplodnosti, jelikož by mohl být tento gen přenesen na další generaci (Doherty a Clark, 2006; Vokurka et al., 2002).

¹¹ REDMON, J. B., P. CAREY a J. L. PRYOR. Varicocele-the most common cause of male factor infertility?. *Human Reproduction Update* [online]. 2002, vol. 8, issue 1, s. 53-58 [cit. 2013-09-30]. DOI: 10.1093/humupd/8.1.53. Dostupné z: <http://humupd.oupjournals.org/cgi/doi/10.1093/humupd/8.1.53>

Varikokéla je pravděpodobně nejdůležitější klíčové místo v šourku. Je definována jako abnormální rozšíření testikulárních žil v plexus pampiniformis¹². U 78 – 93 % případů se vyskytuje na levé straně. Při vyšetření muže je obvykle varikokéla viditelná díky rozšíření struktury chámovodu, nebo zjistitelná pohmatem. Nehmatný reflux ve vnitřní spermatické žíle je zjistitelný také na venografii, ultrasonografii nebo jinou neinvazivní metodou. Varikokélu je možné odstranit chirurgicky (Redmon et al., 2002).

Jedná se tedy o poruchu žilních chlopní, které se neuzavírají za protékající krví. Krev se vrací zpátky, hromadí se v žíle a žíla se následně rozšiřuje. Prakticky vzato nejde tedy o spermie, ale o krev, která je blokována a díky jejímu hromadění zvyšuje také teplotu v šourku. Není přesně známo, jak přesně poškozuje varikokéla plodnost muže, ale předpokládá se, že zvýšení teploty (i o jeden stupeň) může negativně ovlivnit schopnost varlete produkovat spermie (Novotny, 1997; Doherty a Clark, 2006). Podle výsledku studie Redmon et al. (2002) je možné, že i když varikokéla může být spojena se snížením kvality spermatu, nemusí být příčinou neplodnosti muže.

Hormonální příčiny neplodnosti

Vytváření spermií ve varlatech je řízena endokrinním systémem, tedy žlázami s vnitřní sekrecí. Žlázy, které souvisí s reprodukčním procesem muže, jsou hypofýza (podvěsek mozkový), hypotalamus a varlata. Tyto žlázy jsou zodpovědné za regulaci tvorby spermií a řídí tyto procesy pomocí hormonů, které vylučují. U pacientů s poruchou plodnosti se vyšetřuje zejména hladina hlavních sérových hormonů, folikulostimulujícího hormonu (FSH) a luteotropního hormonu (LH), plazmatického testosteronu a inhibinu B¹³. U některých případech je třeba také zkoumat funkci štítné žlázy, která také může narušit spermatogenezi (Novotny, 1997; Ulčová-Gallová a Lošan, 2013).

Imunologické příčiny neplodnosti

Příčinou této formy neplodnosti je přítomnost tzv. autoprotilátek ve spermatu (antispermatické protilátky), kdy vytváření protilátek u některých mužů negativně ovlivňuje činnost spermií. Nejčastějším typem protilátek jsou v evropské populaci mužů protilátky směřované proti hlavičkám, krčkům a bičíkům spermií, díky kterým se spermie shlukují

¹² „Plexus pampiniformis je žilní pletěň v semenném provazci odvádějící krev z varlete a nadvarlete, má čtveřič chlopně“ (Vokurka et al., 2002, s. 651).

¹³ Inhibin – hormon, který zpětnovazebně ovlivňuje sekreci centrálních pohlavních hormonů (Ulčová-Gallová a Lošan, 2013).

a nemohou se dobře pohybovat a prostoupit přes hrdlo děložní, tedy setkat se s vajíčkem. Dalšími druhy protilátek jsou např. protilátky znemožňující a zastavující pohlavní buňky muže, nebo protilátky spermytoxické, tedy poškozující části hlaviček spermií nebo zcela ničící spermie. (Ulčová-Gallová a Lošan, 2013; Mardešić, 1996)

Dohertyová a Clarková (2006) uvádí, že přítomnost protilátek proti spermiím, tj. napadání vlastních buněk (spermií) se vyskytuje až u 10 % neplodných mužů. Příčiny vzniku protilátek nejsou zcela objasněny, ale lékaři se domnívají, že mezi ně patří záněty a infekce, poranění, expozice pesticidům, chemoterapie, stav po rekonstrukčních operacích po předchozí vasktomii, torze varlat, operace tříselné kýly a další.

Chemoterapie a radioterapie

Protinádorová terapie (chemoterapie, radioterapie, aj.) má devastující účinek na spermatogenezi a může poškodit i Leydigovy buňky¹⁴. Před chemoterapií lze u některých pacientů provést tzv. kryoprezervaci spermatu, tedy zamrazení co největšího počtu dávek spermií, které lze později použít při léčbě neplodnosti metodami asistované reprodukce, ale mnoho pacientů má bohužel již snížený počet spermií před touto léčbou. Pohlavní buňky muže jsou také velmi citlivé na ozáření, Leydigovy buňky jsou relativně odolné (Kubíček, 1996; Mardešić, 1996).

1.2.3 Příčiny neplodnosti ženy

Dle Biermannové a Rabena (2006) ženy nejsou plodné v každém měsíčním cyklu, ani když mají pravidelnou menstruaci. I plodné ženy mají v průměru jeden ze čtyř cyklů bez ovulace, tzn., že ženy jsou, aniž o tom vědí, některé měsíce neplodné. Šance na zplodnění dítěte je v době ovulace u pětadvacetileté ženy pouze 25%, u čtyřicetileté ženy pouze 5%. Plodnost mohou snižovat také nepovšimnuté a neléčené infekce děložního hrdla, drobné a necitelné kontrakce svalstva vejcovodů a další, které však může časem vyléčit tělo samo. To všechno je přirozený chod věcí, ale o poruše plodnosti se hovoří až tehdy, jestliže po roce nechráněného pohlavního styku žena neotěhotní.

Fertilita ženy může být ovlivněna poruchami složitěho komplexu dějů, které zajišťují správné fungování reprodukčního systému ženy. Příčin nechtěné bezdětnosti u žen může mít řadu forem, a jejich rozdělení se různí podle jednotlivých autorů. Neplodnost žen je až v 80 %

¹⁴ „Leydigovy buňky jsou buňky varlete, které produkují mužské pohlavní hormony, zejména testosteron. Jsou řízeny hormonem předního laloku hypofýzy LH“ (Vokurka et al., 2002, s. 467).

důsledkem anatomických nebo funkčních poruch, tedy genitálních poruch. V menší míře jsou to poruchy extragenitální, imunologické a psychogenní (Macků, 1996; Křenková, 2000).

Genitální příčiny ženské neplodnosti

Podle lokalizace poruchy je neplodnost z genitálních příčin rozdělena na poruchy ovariální, tubární, uterinní, cervikální a vaginální (Macků, 1996).

Macků (1996) uvádí, že nejčastější poruchou reprodukce ženy je **ovariální porucha**, která je diagnostikována u více než 40 % pacientek. Jedná se zároveň o poruchu funkce mozkových center v systému hypotalamus-hypofýza.

Ovulace je vyvolána změnami pěti hormonů, jejichž hladiny se zvyšují a snižují v průběhu menstruačního cyklu. Jsou to:

- Folikulostimulační hormon (FSH) – je produkován hypofýzou a stimuluje růst folikulů ve vaječniku.
- Luteinizační hormon (LH) – je také produkován hypofýzou a zodpovídá za uvolnění zralého vajíčka z folikulu.
- Gonadotropin releasing hormon (GnRH) – je vytvářen v mozku a napomáhá uvolňování FSH a LH do krevního oběhu.
- Estrogen – hormon, který produkují vaječníky a spolu s progesteronem se podílí na přípravě děložní výstelky (endometria).
- Progesteron – tvoří se až po ovulaci, podílí se na přípravě děložní sliznice a k přijetí embrya. Pomáhá udržovat graviditu ženy (Doherty a Clark, 2006, s. 21).

Každá nerovnováha u některého z těchto hormonů může vést k poruše ovulace nebo přímo k její zástavě. „*Porucha funkce vaječníků se může objevit i při snížené funkci štítné žlázy, snížené funkci nadledvinek nebo u neléčeného metabolického onemocnění, jakým je například cukrovka (diabetes mellitus)*“ (Ulčová-Gallová a Lošan, 2013).

Velice častou ovariální poruchou, jejíž příčina není doposud známa je **syndrom polycystických ovaríí (PCO)**. Percyová (2009) uvádí, že jde o endokrinní onemocnění, vyskytující se celosvětově u 6 – 10 % žen v reprodukčním věku. V důsledku tohoto onemocnění se ženy vyznačují nepravidelnými a bolestivými menstruačními cykly, obezitou, alopecií nebo hirsutismem (vypadávání vlasů nebo naopak růst nežádoucího ochlupení),

problematickou pleť, problémy s otěhotněním a potráčovostí. Mají také zvýšené riziko kardiovaskulárního onemocnění, rakoviny endometria a vzniku cukrovky (diabetes mellitus).

Terapie ovariálního faktoru spočívá v medikaci antiestrogeny (upravující hypotalamickou dysfunkci), gonadotropiny (jsou účinné při nedostatku estrogenu s normálními nebo se sníženými hladinami FSH), glukokortikoidy (působením na hypotalamus a hypofýzu tlumí vyšší hladiny androgenů) a dalšími druhy léků. V případě PCO existuje i možnost chirurgické léčby (Citterbart et al., 2001).

Nejtěžší formou ovariální nedostatečnosti je onemocnění zvané **amenorea** neboli předčasné selhání vaječnicků. Vyznačuje se postupnou nebo úplnou zástavou menstruace s příznaky ženského přechodu. K předčasnému selhání ovariální funkce může dojít z nejasných důvodů nebo z dědičných příčin, z důvodu autoimunitních poruch, radioterapií nebo chemoterapií při léčbě nádorového onemocnění. Tento stav bohužel nelze vyléčit žádnými léky. Jedinou možností jak dosáhnout těhotenství je darování oocyty od jiné ženy (Macků, 1996; Doherty a Clark, 2006).

Tubární neplodnost je dle Macků (1996) druhou nejčastější příčinou sterility ženy, vyskytující se u 30 – 35 % pacientek. Jedná se o uzávěr vejcovodů v kterémkoliv jeho místě, to znamená, že spermie nemohou projít k oocyty v důsledku zánětu, srůstů či slepení vejcovodů. Dle Mardešiče (1996) jsou záněty vyvolané pohlavně přenosnými chorobami, komplikací při umělém přerušení těhotenství nebo při pozdě rozpoznáném zánětu slepého střeva. Některé záněty mohou být dokonce nerozpoznané, jelikož nemají žádné klinické příznaky (např. způsobené chlamydiemi). Neprůchodnost lze buď operativně napravit odstraněním části vejcovodu, nebo obejít metodami umělého oplodnění (Řežábek, 2008b).

Uterinní neplodnost se podle Macků (1996) vyskytuje u 10 – 12 % neplodných žen. Mezi tyto nemoci se řadí nepravidelné uložení dělohy, děložní novotvary, zejména myomy a endometrióza.

Děložní myomy jsou benigní nádory vyrůstající z hladké děložní svaloviny. Souvislost mezi myomy a sníženou plodností je sporná. Myomy zpravidla nezpůsobují problémy s plodností, ale tyto různě velké tumory mohou vadit správnému uhníždění oplodněného vajíčka, což může být příčinou neschopnosti ženy donosit dítě. Vznik myomu je způsoben abnormalitou v růstu svalových buněk, které se začínají nekontrolovaně množit, a postupem času vzniká nádor. Léčba myomů může být provedena tzv. myomektomií, tedy chirurgickým odstraněním nádorů, nebo u lehčích forem léčbou hormonálními léky.

Endometrióza je onemocnění, které je dle Citterbarta et al. (2001, s. 122) diagnostikováno u 5 – 15 % všech žen v reprodukčním věku a u 15 – 25 % žen ve spojitosti s neplodností. Endometrióza je charakterizována přítomností funkčních endometriálních buněk mimo jejich obvyklé umístění v dutině děložní. Nejčastějším výskytem endometroidních ložisek jsou orgány malé pánve (vaječníky, vejcovody, děložní vazy, pánevní pobřišnice). Symptomy této nemoci jsou: bolestivé a silné menstruační krvácení, bolesti v zádech, při vyprazdňování, při pohlavním styku, pánevní cysty a jiné útvary, opakované infekce močového měchýře a neplodnost. Endometrióza je progresivní onemocnění. Začíná vytvořením malých světlých, dále červených až černých ložisek. Jejich dalším vývojem dochází k tvorbě adhezí, jizvení, stahování pobřišnice, tvorbě srůstů vejcovodů a v konečné fázi mohou být vejcovody zcela uzavřené. Pacientky s touto vadou mají také zvýšenou hladinu makrofágů, tedy buněk, které snižují schopnost spermií projít k vajíčku (Doherty a Clark, 2006; Citterbart et al., 2001).

Citterbart et al. (2001) tvrdí, že příčiny vzniku této nemoci nejsou dosud jednoznačně vysvětleny. Terapie této poruchy je individuální a dlouhodobá, závisí na stupni postižení, lokalizaci i obtížích pacientky. U většiny případů jsou postupy léčby medikamentózní, u závažných případů je nutné je kombinovat s léčbou chirurgickou.

Cervikální neplodnost představuje méně početnou skupinu příčin, asi u 10 % vyšetřovaných případů. Dle Macků (1996) mohou mít povahu anatomických změn čípku, změny fyzikálních i kvantitativních vlastností hlenu v důsledku infekce a patologický cervikální faktor. Poslední zmíněný je označení pro vlastnost cervikálního hlenu, jehož kvalita je ovlivněna celou řadou chorobných stavů. Dohertyová a Clarková (2006) udávají, že u některých žen se vyskytují v cervikálním hlenu protilátky, které mají za cíl znehybnovat nebo jinak poškozovat spermie a tím jim zabránit vstup do děložní dutiny. Protilátky vznikají za účelem obrany organismu před látkami tělu nevlastními. Citterbart et al. (2001) udává, že terapie cervikálního faktoru zahrnuje aplikaci antibiotik, léčbu hormonálními medikamenty, u anatomických poruch také chirurgické korekce nebo léčbu metodami asistované reprodukce. Dle výsledků kultivace je u nádorových onemocnění zvolena chemoterapie.

Vaginální neplodnost je méně častou příčinou sterility ženy. Mezi vývojové vady pochvy patří její nepravidelnosti, např. její nevyvinutí, jehož důsledkem je impotentia coeundi, tedy stav, kdy z anatomických důvodů není pohlavní styk možný. Ženy s vaginální poruchou z jiných než vývojových vad jsou ženy, které často trpí výtoky a záněty. Záněty poševní

sliznice nepříznivě mění podmínky poševního prostředí, které se stává méně kyselým. To nejen poškozuje spermie ale je zde také nebezpečí přestupu infekce do vyšších orgánů reprodukčního traktu (Ulčová-Gallová, Lošan, 2013; Macků, 1996). Každý výtok, bakteriální vaginózu i infekci je třeba řešit včas a kauzálně.

Extragenitální příčiny ženské neplodnosti

Do těchto poruch můžeme řadit poruchy v oblasti hypothalamo-hypofyzárního systému, poruchy endokrinního systému, poruchy z nedostatku inzulínu (diabetes mellitus), choroby štítné žlázy a jiné, které snižují nebo zcela vylučují plodnost ženy. Na příkladu Macků (1996) uvádí, že až 90% snížení plodnosti ženy může být z důvodu neléčené středně těžké cukrovky.

Imunologické příčiny ženské neplodnosti

Tyto příčiny jsou založeny na tvorbě antispermatozoidálních protilátek v organismu ženy. Tělo u některých žen vytváří takové protilátky, které spermie imobilizují, shlukují, slepují k sobě či jinak poškozuji a následně zneškodní, tak jako při obraně organismu proti bakteriím. Protilátky proti spermiím se mohou vyskytovat v cervikálním hlenu, ve vejcovodu a celkově v séru, nikoliv přímo ve vajíčku. Lze je diagnostikovat pomocí imunochemických testů nebo zjištění nepohyblivosti spermií při postkoitálním testu¹⁵ (Řežábek, 2008b). „*Jsou-li u partnerského páru prokázány antispermatozoidální protilátky, mluví se o inkompatibilitě partnerů. Při ní nemusí být plodnost s jiným mužem narušena.*“ (Macků, 1996, s. 41).

Ženu neplodnou z imunologické příčiny lze léčit pomocí **imunosupresivní léčby**¹⁶. Někdy je také možnost použít techniku intrauterinní inseminace, kdy je 0,2 ml předem připraveného ejakulátu vstříknuto kanylou za hrdlo děložní vysoko do dělohy (o intrauterinní inseminaci se více zmiňuji v kapitole 2.3.1). Je zde větší naděje, že některé spermie uniknou nepříznivému působení protilátek. Pokud tato léčba po několika měsících není účinná, lze provést některou z metod mimotělního oplodnění (Řežábek, 2008; Ulčová-Gallová a Lošan, 2013).

¹⁵ Postkoitální test je jednoduché a bezbolestné vyšetření ženy, které spočívá v odebrání cervikálního hlenu a jeho následné hodnocení, zda obsahuje pohyblivé spermie. K tomuto vyšetření je nutné, aby byl v rozmezí 3 – 15 hodin před vyšetřením pohlavní styk (Řežábek, 2008b).

¹⁶ Po podání kortikoidů (hydrokortizon, dexametazon, prednizon, atd.) je snížena tvorba všech protilátek, a pokud po dobu dvou až tří měsíců žádné spermie do těla nevstupují (není pohlavní styk, nebo pouze s kondomem), může se hladina protilátek snížit natolik, že již početí nevádí. Pokud však chceme, aby žena otěhotněla, spermie se do těla dostat musí. Proto je kombinována imunosupresivní léčba s přesným sledováním cyklu ultrazvukem a je doporučen pohlavní styk pouze v době, kdy je oocyt zralý a připraven k oplodnění.

Psychogenní příčiny ženské neplodnosti

Tělo a psychika se vzájemně ovlivňují a spolu tvoří nedílnou jednotu. Ani jednoznačně stanovená diagnóza neplodnosti páru nevylučuje, že se na nedobrovolné bezdětnosti podílí také psychika. Psychika má vliv na nervový systém, hormonální systém i imunitní systém, může tedy ovlivnit ovulaci ženy, pohyb vejcovodů a uhníždění vajíčka v děloze (Freundl et al., 2008). Příčiny psychogenní neplodnosti ženy jsou individuální a zahrnují rozmanité vlivy. Na ženu může negativně působit extrémní a konfliktní situace v rodině, smrt blízkého člověka, stres v zaměstnání, nesplněné touhy po dítěti, strach ze samoty a jiné (Trewinnard, 2006). Citterbart et al. (2001) sděluje, že velice často jsou s touto příčinou spojovány nemoci anorgasmie (nemožnost dosáhnout orgasmu), dyspareunie (bolestivý pohlavní styk) a vaginismus (stažení pochvy znemožňující pohlavní styk), avšak nejsou samotnými příčinami.

Ulčová-Gallová a Lošan (2013) tvrdí, že terapie psychosomatické sterility ženy bývá velmi obtížná. Nejčastěji používanou léčbou je psychoterapie (individuální a párové rozhovory), nebo mohou také pomoci různé relaxační techniky (meditace, jóga, apod.). Někdy stačí se zaměřit na jinou cílenou aktivitu. Například dle Trewinnardové (2006) se často stává, že ženy, které se dlouho léčily z důvodu neplodnosti, se staly gravidními krátce poté, co adoptovali nevlastní dítě.

1.2.4 Idiopatická příčina neplodnosti

V odborné literatuře se také setkáváme s pojmem „**idiopatická neplodnost**“, kterým je označován stav, kdy přes všechna dostupná vyšetření nebyl zjištěn žádný defekt v reprodukčním systému ženy a kvalita semene muže je v normálních mezích. Všechna vyšetření jsou hodnocena standardními výsledky obou partnerů a jde tedy o nevysvětlitelnou příčinu neplodnosti. „*Do této kategorie patří přibližně 5 – 10 % všech neplodných párů.*“ (Ulčová-Gallová a Lošan, 2013; Doherty a Clark, 2006, s. 24)

2 ŘEŠENÍ NEPLODNOSTI PÁRU

Pokrok dnešní moderní medicíny v oblasti lidské reprodukce přináší celou řadu možností léčby poruch plodnosti páru. Odborná literatura se zabývá na jedné straně lékařskými postupy, tj. medikamentózními a chirurgickými metodami a asistovanou reprodukcí. Na druhé straně také popisuje způsoby alternativních až lidových terapií, u kterých je z velké části není potvrzena jejich účinnost. V následující kapitole jsem řešení neplodnosti z obou těchto hledisek rozdělila do čtyř podkapitol. V první z nich popisuji medikamentózní a chirurgické metody léčby, dále pak uvádím různé postupy alternativních terapií a v neposlední řadě metody asistované reprodukce. V závěrečné části této kapitoly se zabývám ještě odlišnou cestou páru řešit svou nepříznivou situaci. Tím může být jejich žádost o dítě nevlastní nebo rozhodnutí zůstat bezdětnými.

2.1 Medikamentózní a chirurgické metody

Tato problematika již byla částečně nastíněna v předchozí kapitole a nyní bude pozornost soustředěna především na sumarizaci a základní přehled informací o této oblasti.

2.1.1 Farmakoterapie

Farmakoterapie, neboli užití léků při léčbě neplodnosti jsou doporučeny při terapii z důvodu prokázané infekce, imunologických poruch nebo poruch hormonálních funkcí.

1. Léčba infekce – infekce a záněty v reprodukčních orgánech ženy mohou způsobovat snížení odolnosti a nebezpečí přestupu infekce do dělohy, neprůchodnost vejcovodů a hormonální nerovnováhu. U mužů může infekce způsobit oligospermie nebo uzávěry vývodných cest. Léčba infekce spočívá v podání antibiotik a vitamínů (Konečná, 2003).

2. Medikamentózní léčba imunologické příčiny neplodnosti – při prokázané imunitě proti spermiím (postkoitálním testem, odběr krve, odběr spermatu) je doporučeno používání kondomu při pohlavním styku po určitou dobu, aby se utlumila imunita proti spermiím, a kombinuje se podáváním kortikoidů. Podání kortikoidů se ordinuje také při imunitě v zoně pellucidě¹⁷ a imunitě proti embryu (Konečná, 2003).

¹⁷ „Zona pellucida je obal mezi vajíčkem a folikulárními buňkami“ (Vokurka et al., 2002, s. 919).

3. Hormonální léčba se doporučuje zejména těm ženám a mužům, kteří mají určitou hormonální nedostatečnost. U mužů tyto poruchy způsobují nízké množství spermií, nebo jejich nedostatečnou kvalitu. U žen to jsou ovulační poruchy a problémy s produkcí nízkého množství progesteronu v luteální fázi cyklu (Novotny, 1997).

Podle Macků (1996) lze **druhy hormonální léčby** u žen rozdělit do tří kategorií:

a. Substituční léčba, která doplňuje z části nebo zcela endogenní hormon. Substituční léčba je zaváděna u žen, kde lékaři hovoří o anovulaci nebo předčasném ovariálním selhání. Při poruchách ovulace jsou opakovaně podávány ovariální hormony¹⁸, zejména humánní menopauzální gonadotropin (hMG – např. Pergonal). Při nedostatečné funkci žlutého tělíska jsou podány gestageny, k nimž patří progesteron (Macků, 1996). Dle Dohertyové a Clarkové (2006) lze v případě neúspěšné hormonální léčby u menopauzálních poruch uvažovat o řešení prostřednictvím darovaného oocyty. Při zvýšené produkci prolaktinu v krvi (hyperprolaktinémii) je nutné nejprve vyloučit nádor hypofýzy. Poté je zahájena léčba, např. podán lék Bromocriptin. Ten působí na receptory v předním laloku hypofýzy a upravuje zvýšené hladiny prolaktinu, díky kterému se většinou ovulační cykly obnoví spontánně. V ostatních případech je též nezbytná indukce ovulace (Mardešić, 1996).

b. Stimulační léčba, která je indikována u příčin neplodnosti v souvislosti s poškozením systému komunikace mezi hypotalamem, hypofýzou a vaječníky a jejím cílem je podpora ovulace. Léčba podněcuje funkci periferních žláz, např. podáním gonadotropinů (FSH a hCG) nebo léků vyvolávajících ovulaci. Nejčastěji používaným přípravkem je klomifencitrát¹⁹ (Macků, 1996).

¹⁸ Lidský menopauzální gonadotropin (hMG) se užívá k indukci ovulace. Je to velmi účinný prostředek, který se mimo jiné využívá při procesu přípravy na oplodnění metodami asistované reprodukce. Nepůsobí na hypofýzu, ale přímo na vaječníky. Podává se formou injekcí, přímou dávkou hormonů FSH a LH. Na tento lék navazuje lidský choriogonadotropin (hCG). Aplikuje se ve fázi zralosti oocytů a vyvolá ovulaci. Ovulace by měla proběhnout za 24 - 36 hodin. V tomto období je doporučen pohlavní styk (Novotny, 1997). Za rizika léčby gonadotropiny se považuje ovariální hyperstimulační syndrom, vícečetné těhotenství (15 – 25 %) a nádorové změny ovarii (Citterbart et al., 2001).

¹⁹ Klomifencitrát (např. Clostilbegyt, Gravosan) je lék z řady slabých syntetických antiestrogenů. Stimuluje podvěsek mozkový k vyšší tvorbě hormonů FSH a LH, které následně působí na vaječníky, aby vytvářely folikuly. Pacientka užívá tento lék ve formě tablet obvykle po dobu pěti dnů, počínajících od třetího do sedmého dne menstruačního cyklu. Při léčbě se doporučuje pravidelná gynekologická kontrola ultrazvukem, která vyloučí riziko vzniku cyst na vaječnicích. Vlivem nadměrné stimulace vaječníku k produkci oocytů vznikají při oplodnění častěji dvojčata nebo i trojčata (Novotny, 1997; Biermann a Raben, 2006).

c. Inhibiční léčba spočívá v podání hormonů s cílem dosáhnout útlumu vyšších center – potlačení gonadotropinů. Po vysazení medikace se produkce těchto hormonů opět zvýší (Macků, 1996). Tento druh léčby je indikován zejména ženám při léčbě endometriózy. Medikamentózní léčba této nemoci zahrnuje progesterony, danazol²⁰ (lék na bázi testosteronu) a jiné léky, které potlačují růst děložní sliznice a přerušují ovulaci (Trewinnard, 2006). Dle Freundla et al. (2008) je standardním řešením endometriózy šestiměsíční terapie, kdy jsou ženě podány velmi vysoké dávky gonadotropního hormonu, které vedou k vyčerpání hypofýzy tak, že neprodukuje žádné další hormony, nedochází ke stimulaci vaječnicků, ty neprodukují žádné estrogény a endometriózní ložiska vysychají. Stav je podobný klimakteriu. Nežádoucím účinkem této terapie je pokles minerálů v kostech (osteoporóza). Trewinnardová (2006) se také zmiňuje o léčbě acetátem medroxyprogesteronu, ten působí podobně jako antikoncepční pilulky, a tlumí růst děložní sliznice. U rozsáhlejších případů je nutné kombinovat medikamentózní léčbu endometriózy s léčbou chirurgickou.

Dohertyová a Clarková (2006) uvádí, že u **mužů, kde byla zjištěna hormonální příčina** neplodnosti lze proces tvorby spermií zlepšit pomocí medikace folikulostimulačními preparáty (Clomifen a hMG) a choriovým gonadotropinem (hCG). Clomifen se indikuje u mužů s oligospermií a omezenou pohyblivostí spermií. Dle Kubíčka (1996) výsledky některých studií prokázaly zlepšení spermiogeneze po užívání léku (po dobu 3 – 6 měsíců), jiné nikoliv. Ke zlepšení kvality spermií může pomoci doplnění výživy o vitamíny E a C, selen, zinek a enzym Q10 (Doherty a Clark, 2006).

2.1.2 Chirurgické metody

Pokud je porucha neplodnosti způsobena anatomickými změnami v reprodukčním systému muže i ženy, může být tento problém vyřešen operativním zákrokem. Diagnostiku příčin neplodnosti ženy je možné provádět různými postupy a z chirurgických metod jmenuji tzv. hysterosalpingografii²¹ a laparoskopii. Mezi nejběžnější operační postupy řadíme

²⁰ Danazol je dle Citterbart et al. (2001, s. 124) „syntetický derivát testosteronu s antigonadotropním účinkem vyvolávající pseudomenopauzu“. Lék se užívá po dobu 4 – 6 měsíců, poté je vysazen a čeká se, zda dojde ke graviditě ženy. Lék je odvozen od mužského hormonu a může vyvolat mnoho nepříjemných vedlejších účinků: akné, silný růst ochlupení, přibývání na váze, proto není nijak zvlášť populárním lékem (Novotny, 1997; Williams, 2008).

²¹ Hysterosalpingografie je rentgenologické vyšetření děložní dutiny, při kterém je tenkou kanylou zavedenou do děložního hrdla vstříknuta rentgenoktrastní tekutina a lékař sleduje na obrazovce její průnik do dělohy a vejcovodů. Touto metodou mohou být zjištěny různé vrozené vady dělohy a malformace, průchodnost vejcovodů, deformace děložní dutiny myomy či polypy a posouzení jejich velikosti a tvaru (Mardešić, 1996).

mikrochirurgii²² laparoskopii²³, hysteroskopii²⁴ nebo tradiční chirurgické metody. Velká část operací je prováděna takovými nástroji a metodami, které umožňují minimální zatížení pacientů a umožňují jejich krátkou hospitalizaci při výsledcích, které jsou srovnatelné s „klasickými“ operacemi. Tradiční chirurgické metody léčby se používají pouze u závažnějších operativních zákroků. Mezi ně řadíme např. tzv. laparotomii²⁵ k odstranění velkých myomů nebo těžké endometriózy. Chirurgické zákroky mohou problém vyřešit zcela nebo jsou spojovány ještě s jinými druhy léčby (Konečná, 2003; Doherty a Clark, 2006).

U mužů lze metodami chirurgické léčby odstranit překážky a blokace ve varleti nebo vývodních kanálcích varlete anebo obnovit porušené funkce varlete při onemocnění varikokélou (Konečná, 2003). Novotná (1997, s. 120) uvádí užití mikrochirurgie při znovuspojení chámovodu po vazektomii (vazo-vazoanastomóza) nebo znovuspojení chámovodu a opravnou operaci poškozeného nadvarlete při vazektomii (epididymo-vazoanastomóza). U mužů s azoospermií lze pomocí metod TESE a MESA při místním znecitlivění získat spermie jejich odsátím tenkou jehlou přímo z varlat nebo nadvarlat nebo tzv. biopsií varlete, tedy odběrem tkáně (Doherty a Clark, 2006).

U žen jsou léčeny chirurgickou cestou tubární poruchy, polypy děložní sliznice, myomy, vážnější formy endometriózy, abnormality dělohy nebo děložního čípku a onemocnění žen se syndromem polycystických ovarií po jejich neúspěšné hormonální léčbě.

Tubární sterilita ženy, tedy neprůchodnost vejcovodů nebo také narušení jejich funkce a vznik srůstů lze chirurgicky odstranit laparoskopii. Jejím úkolem je korekce anatomických poměrů v malé pánvi. U závažných nemocí děložní dutiny srůstem obou jejích stěn (Ashermannův syndrom²⁶) je korekce možná pod přímou kontrolou zraku pomocí

²² Mikrochirurgie je operativní metoda, při které chirurg používá velmi jemné a přesné elektrochirurgické nástroje a operuje za pomoci mikroskopu malým otvorem v břišní stěně (Freundl et al., 2008).

²³ Laparoskopie je endoskopická metoda, při níž je nejprve vpraven do dutiny břišní oxid uhličitý, který ji roztáhne, a následně naříznutím cca 1 cm velkého otvoru v oblasti pupku zaveden laparoskop, tedy optický systém, který umožňuje prozkoumat orgány dutiny břišní včetně malé pánve a provádět také řadu operativních výkonů (Mardešić, 1996; Doherty a Clark, 2006).

²⁴ Hysteroskopie je často kombinována s laparoskopii a slouží k ověření jakýkoliv abnormalit nalezených při ultrazvukovém vyšetření či hysterosapingografii. Při této metodě se používá velmi tenký a dlouhý nástroj s optikou, který umožňuje po jeho zavedení do děložní dutiny přes čípek její důkladné vyšetření (Doherty a Clark, 2006).

²⁵ Laparotomie je operace, při které je proveden velký řez břišní dutiny z důvodu získání přístupu k pánevním orgánům (Doherty a Clark, 2006).

²⁶ Ashermannův syndrom je onemocnění, při kterém dochází k úplnému srůstu děložních stěn a k zástavě menstruace. Velmi často vzniká následkem kyretáže, myomektomie či poškození endometria (Mardešić, 1996; Vokurka et al., 2002).

hysteroskopu. Stejným způsobem léčby lze odstranit také **polypy a benigní myomy** (Mardešić, 1996). Williams (2008) dále uvádí, že v případě, že myomy jsou velké a vyvolávají obtíže s početím či potraty, pak je ženě doporučena tzv. myomektomie. Tuto léčbu lze provést buď klasickým řezem v břišní stěně, laparoskopicky nebo vaginálně.

Těžké formy endometriózy, které způsobují neplodnost z důvodu blokace nebo zjizvení vejcovodů lze vyřešit laserovou léčbou nebo mikrochirurgickými metodami. Běžným způsobem léčby je kombinace chirurgického postupu s léky potlačující její výskyt. V ojedinělých případech je nutné chirurgické odnětí dělohy (Trewinnard, 2006).

Abnormality dělohy a děložního hrdla jsou často přehlíženy, ale mohou vést ke sterilitě nebo opakujícím se potratům. Diagnostika těchto vad se provádí hysterosalpingografií nebo pomocí hysteroskopie. Úkolem zákroku chirurga je vytvořit prostor v děložní dutině s dostatečnou kapacitou pro zdárný průběh těhotenství. Při poruchách zdvojení dělohy je nezbytná plastická operace. V případě děložních přepážek je dnes volena cesta odstranění septa hysteroskopií (Mardešić, 1996).

U pacientek se syndromem polycystických vaječníků, kde se nepodaří dosáhnout ovulace pomocí gonadotropinů lze problém vyřešit laparoskopicky a to odstraněním části ztlustěného obalu ovaria (Mardešić, 1996).

2.2 Alternativní metody léčby

Vedle medicínských metod se neplodným nabízí široká škála nejrůznějších léčebných prostředků a postupů, které se souhrnně označují jako metody alternativní medicíny. Vzhledem k tomu, že u nás dochází k intenzivní propagaci těchto způsobů léčby v různých sdělovacích prostředcích, člancích, internetu, nelze je kategoricky zamítnout. Mnoho párů tuto terapii vyhledává a hledá v ní naději (Klener et al., 1996). Snad nejrozšířenější alternativní metody vztahující se k plodnosti muže a ženy jsou postupy lidového léčitelství, zejména fytoterapie, dále balneoterapie, homeopatie, akupunktura a léčebné rehabilitační postupy Ludmily Mojžíšové. Novinkou v této problematice terapie jsou také účinky léčivé rostliny *Tribulus terrestris* (kotvičnick zemní), o které bych se také ráda zmínila.

2.2.1 Fytoterapie

Lidové léčitelství (fytotherapie) je jednou z nejstarších léčebných metod poruch plodnosti. Je to léčba s pomocí bylinných extraktů, čajů, sedacích koupelí a jiných, vycházející

ze zkušeností přenášených z generace na generaci. Léčebné čaje mohou upravovat menstruační cyklus nebo zlepšují i různé mužské potíže. Zmíněná léčba je pro pár také rituálem, který může působit protistresově a relaxačně (Klener et al., 1996; Konečná, 2003).

2.2.2 Balneoterapie

Klener et al. (1996) udává, že na našem území jsou bohaté přírodní zdroje a tradičně rozvinuté lázeňství, které může pod lékařským vedením po dobu několika týdnů zlepšit stav různých chronických nemocí, napomáhá při rehabilitaci pooperačních a pouřazových stavů a v rekonvalescenci některých závažných nemocí. V souvislosti s léčbou poruch plodnosti jsou neznámější tzv. **slatinné tampony**, které se zavádí do pochvy ženy a následují peloidní koupele, které dlouhodobě prohřívají pánevní útroby. Účinky této léčby jsou komplexní a zahrnují efekty mechanické, tepelné i chemické. Další často užívanou možností je **diatermie**, která využívá vysokofrekvenčních proudů, které prochází tkáněmi do hloubky a dochází k jejich prohřátí. Působením tepla se zvyšuje prokrvení cév, látková výměna a zlepšuje se výživa tkání. Diatermie se používá v gynekologii u chronických zánětů, jako jsou: adnexitida (zánět vejcovodů a vaječnicků) a parametritida (zánět parametria²⁷), u sterility a infertility (Konečná, 2003; Citterbart et al., 2001).

2.2.3 Homeopatie

Homeopatie je léčebná metoda, jejíž princip je založen na názoru, že velmi malé dávky léčiva povzbuzují životní sílu k větší činnosti, k povzbuzení obrany organismu proti chorobám a oproti tomu větší dávky ji paralyzují nebo ničí (princip minimální dávky a princip podobné se léčí podobným). Léčbě předchází komplexní diagnostika pacienta, jeho symptomů jako celku, která může trvat i několik hodin. Nevýhodou této metody je, že léčba musí být dle doporučení homeopatů dlouhodobá. Mnoho pacientů často po určité době léčbu vzdává (Konečná, 2003).

2.2.4 Akupunktura

Akupunktura je stará čínská metoda, která léčí nemoc pacienta vpichováním jemných jehel do určitých bodů těla. Podle Konečné (2003, s. 80) „*spoléhá na vnitřní síly organismu*“. Alternativou této metody je také laserpunktura, magnepunktura, akupresura nebo moxování²⁸.

²⁷ „*Parametrium je závěsný aparát dělohy tvořený několika vazy*“ (Vokurka et al., 2002, s. 621).

²⁸ Moxování je technika, při které jsou určité body na povrchu těla nahřívány pomocí doutnajícího smotku z čínského pelyňku. Smotek je přiložen nad určený bod na těle pacienta (Konečná, 2003).

Před začátkem léčby je provedena pulsová nebo elektroakupunkturální diagnostika, jejímž cílem je zjistit elektrický odpor v určitých bodech, které tímto dávají informaci o stavu orgánů (Konečná, 2003). Ve vědecké studii odborníků na alternativní medicínu Smithové et al. (2011) bylo prokázáno, že akupunktura má pozitivní účinky na snížení stresu a úzkostí souvisejících s doposud nevyлéčenou neplodností páru. Na základě provedených rozhovorů se ženami ve věku 25 – 40 let, se ženy cítí po této léčbě více fyzicky uvolněné a klidnější.

2.2.5 Léčebné rehabilitační postupy Ludmily Mojžíšové

Další možnost léčby neplodnosti nazvanou „rehabilitační léčba některých druhů funkční ženské sterility“ zavedla rehabilitační sestra Ludmila Mojžíšová. Její jméno proslulo v léčbě poruch plodnosti díky uvolňovacímu a posilovacímu cvičení, které „umí pomoci k dětem“. Cílem jejich cviků je srovnání dislokované kostrče a uvolnění spazmů pánevního dna. Tyto postupy mají velký úspěch u případů funkční sterility ženy, kdy orgány jsou zdravé, ale jsou trvale v jakémsi křečovitém sevření. Terapie je založena na ovlivnění nervového svalového aparátu pánevního dna za použití cviků zaměřených na bederní páteř, křížové kosti, pánev, kostrč a svaly, které ovlivňují jejich vzájemnou polohu. Dle stavu této části pohybového aparátu dochází prostřednictvím vegetativního nervového systému k ovlivnění regulace ženských pohlavních orgánů. Výhodou této léčby je, že je snadno dostupná a efektivní. Ženy otěhotněly v prvních 6 měsících od počátku cvičení (Hnízdil et al., 1996).

2.2.6 Terapie rostlinou Tribulus terrestris

Dle studie Zheleva-Dimitrova et al. (2012) Tribulus terrestris je bylina, která je silným přírodním antioxidantem, který je prospěšný při léčbě reprodukčních poruch. Od dávných dob je považován za afrodiziakum, zvyšuje libido a mimo to má blahodárné léčivé účinky při různých zánětech a infekci močových cest. Účinné látky kotvičnicku zvyšují koncentraci hormonů, jako jsou luteinizační hormon a ženský pohlavní hormon estradiol. U mužů byl potvrzen výrazný nárůst hladiny testosteronu, který zvyšuje spermatogenezi.

2.3 Metody asistované reprodukce

Asistovaná reprodukce je pojem, kterým je souhrnně označována koncepce oplodnění a následného těhotenství, k jehož uskutečnění byla část úkonů provedena lékařským zásahem nebo nahrazena uměle (Macků, 1996). Léčebných metod asistované reprodukce je dnes celá řada. V této práci bych nemohla opomenout nejčastěji prováděné postupy na klinikách asistované reprodukce, mezi které řadím: intrauterinní inseminace (IUI), in vitro fertilizace (IVF) s embryotransferem (ET) a intracytoplazmatická injekce spermií (ICSI).

2.3.1 Intrauterinní inseminace (IUI)

IUI je jednou z nejjednodušších a nejlevnějších technik asistované reprodukce. Řežábek (2008a) uvádí, že znamená vnesení spermií do reprodukčních orgánů ženy. Dle Dohertyové a Clarkové (2006) úspěšnost této metody bývá kolem 10 - 15 % na jeden pokus, to je vyšší než mají páry při snaze o přirozené početí. Míra úspěšnosti však závisí na více faktorech: počet folikulů, správné načasování inseminace (velikost folikulů, právě probíhající ovulace, dostatečné množství připravených spermií), věk ženy (pod 40 let), počet předchozích neúspěšných cyklů IUI, doba trvání neplodnosti (méně než 5 let) a charakteristika spermií (Ashrafi et al., 2013b). Indikace této léčby je doporučena u žen s anatomickými poruchami čípku, funkčními poruchami cervikálního hlenu, poruchami ovulace nebo u případů nevysvětlitelné neplodnosti páru. Zcela mizivé šance na oplodnění touto metodou by byla u žen s diagnózou neprůchodnosti vejcovodů (Doherty a Clark, 2006).

Průběh IUI: Proces inseminace je nutné správně načasovat. Součástí vyšetření ženy před úkonem je monitoring průběhu menstruačního cyklu a velikosti folikulu pomocí ultrazvuku. Ženě jsou podány léky pro uzrání většího počtu vajíček. V období krátce před ovulací je získáno partnerovo sperma (homologní inseminace) nebo darované sperma (heterologní inseminace), které je v laboratoři několikrát promýváno²⁹ a zbaveno seminální plazmy. Množství takto upraveného ejakulátu (cca 0,5 - 1 ml) je zavedeno pomocí tenkého katétru do děložní dutiny ženy. Díky této instilaci se zkrátí jejich cesta k oocytu a překonají přirozenou bariéru (cervikální kanálek), čímž se zvýší pravděpodobnost početí (Doherty a Clark, 2006, Mrázek, 2003).

²⁹ Promývání spermatu se provádí technikou zkapalnění spermatu, které trvá asi 30 minut. Následně je sperma umístěno do speciální chemické látky, která izoluje spermiie, které jsou nejaktivnější a dále vloženo do malé centrifugy, odkud jsou odebrány pouze spermiie s nejlepší pohyblivostí. Díky tomuto procesu jsou ze spermatu také odstraněny různé chemické látky, které by mohly u ženy způsobit alergické reakce nebo křečovitě bolesti (Doherty a Clark, 2006).

2.3.2 *In vitro* fertilizace (IVF)

IVF je mimotělní oplodnění a je nejběžnější metodou asistované reprodukce. Principem IVF je odběr vajíček z vaječníku ženy, jejich laboratorní ošetření a následné přenesení vzniklého embrya zpět do dělohy k uhnízdění. Nejčastější a nejběžnější indikací této léčby je neprůchodnost vejcovodů (Řežábek, 2008a). Dohertyová a Clarková (2006) uvádí, že úspěšnost této metody je 30 – 45 % ve většině center asistované reprodukce.

Průběh IVF/ET se skládá z 8 kroků:

1. Stimulace růstu folikulů – z důvodu získání vyššího počtu vajíček a zlepšení jejich kvality je tato fáze doplněna medikací dvěma typy léků: GnRH analoga (léky pro zvýšení kvality oocytů blokováním hypofýzy) a FSH či clomifen (léky pro zvýšení hladiny folikulostimulačního hormonu v krvi pro dosažení vyššího počtu zralých oocytů). Tomuto postupu říkáme kontrolovaná ovariální hyperstimulace (COH).

2. Monitoring růstu folikulů - účinek léků, tedy růst folikulů a jejich počet je sledován pravidelným ultrazvukovým vyšetřením a dle nálezů jsou dávky hormonů dále přizpůsobovány každé ženě.

3. Indikace ovulace – jakmile je velikost dominantního folikulu 18 – 20 mm, podáme hormon hCG formou injekce a indikujeme tím poslední fázi dozrání oocytů. Odběr vajíček pro IVF je načasován tak, aby po podání tohoto hormonu uplynula doba potřebná k jejich dozrání, ale těsně před tím, než folikuly samovolně puknou, to je přibližně 34 - 36 hodin.

4. Odběr oocytů z vaječníků ženy – provádí se transvaginální punkcí folikulární tekutiny pod kontrolou ultrazvuku, v krátké celkové narkóze. Dále jsou vajíčka umístěna do speciálního roztoku v laboratoři, kde jsou chráněna při teplotě 37 °C a v atmosféře s 5 % kyslíčnicku uhličitého, tedy v prostředí podobném, jako v těle ženy.

5. Přidání spermií k vajíčku – získané spermie od partnera či dárce jsou předem důkladně promývány a zbaveny bakterií a cizorodých látek. Oplodnění IVF nastává spontánně, kdy jedna z desítek tisíc spermií přidaných k vajíčku pronikne do vajíčka.

6. Výběr oplozených vajíček a kontrola růstu embryí - přibližně 16 - 18 hodin po přidání spermií k oocytům prohlédne embryolog oplozená vajíčka pod mikroskopem a pro jeho

správný vývoj přenáší embryo každý den do jiného roztoku s jiným složením živného prostředí.

7. Embryotransfer – embrya jsou přenesena do dělohy třetí den po oplození, ale nyní se již běžně provádí tzv. prodloužená kultivace, tzn. přenos po čtyřech až šesti dnech. Přínosem prodloužené kultivace je možnost opakovaně embrya sledovat a pro přenos do dělohy vybrat ta nejlepší. Embryotransfer je proveden jemným katétrem do dutiny děložní, optimálně jedno, maximálně dvě embrya. Přebytečná embrya lze kryokonzervovat.

8. Podpora luteální fáze – předchozí stimulace vaječnicků a nadměrná ovulace vyvolává v těle ženy hormonální bouři a byla by pouze malá pravděpodobnost gravidity. Proto je ženě po embryotransferu podán progesteron, který podporuje luteální fázi (Řežábek, 2008a; Řežábek, 2008b; Pilka et al., 2012).

2.3.3 Intracytoplazmatická injekce spermie (ICSI)

ICSI je nejefektivnější metodou při léčbě mužské neplodnosti. Při IVF jsou vajíčka se spermii pouze smíchána a sama spermie musí rozpoznat, kde je vajíčko a dostat se dovnitř. U tohoto postupu je zavedena pomocí skleněné mikrojevly jediná spermie přímo do jednoho vajíčka, oplodnění je tedy zajištěno i při extrémně nízkém počtu spermií, tedy méně než 5 milionů/ml ejakulátu. Úspěšnost ICSI závisí nejen na lékaři, ale zejména na zručnosti a zkušenosti embryologa, který má na starosti veškeré mikromanipulační operace s vajíčkem a spermii pod mikroskopem (Doherty a Clark, 2006; Řežábek, 2008b).

Tabulka č. 4 ukazuje výsledky vědecké studie zkoumající úspěšnost metody ICSI u různých příčin neplodnosti páru. Výzkumný soubor tvořilo 1492 žen ve věku $32,3 \pm 5,3$ let.

Tabulka č. 4: Úspěšnost výsledku ICSI u párů s různými příčinami neplodnosti

Příčiny neplodnosti	% těhotných žen (počet)	% neúspěšných těh. (počet)
Ovariální příčina neplodnosti	29,7 (33)	70,3 (79)
Tubární příčina neplodnosti	32,2 (25)	67,8 (53)
Nevysvětlitelná příčina	34,0 (50)	66,0 (99)
Mužský faktor neplodnosti	35,0 (307)	65,0 (573)
Opakované potraty	31,2 (10)	68,8 (22)
Uterinní příčina neplodnosti	50,0 (4)	50,0 (4)
Více druhů příčin	32,9 (68)	67,1 (141)
Ostatní příčiny neplodnosti (vaginismus, impotence, aj.)	37,9 (9)	62,5 (15)

(Ashrafi et al., 2013a)

2.3.4. Další metody asistované reprodukce

Oblast reprodukční medicíny se prudce vyvíjí a již byla vytvořena celá řada technik, které napomáhají párům k úspěšnému početí dítěte. Pro zajímavost bych zde velice stručně uvedla další techniky asistované reprodukce. GIFT (Gamets IntraFalopian Transfer) je metoda přímého přenosu gamet, tedy oocytů a spermií do vejcovodu ženy bezprostředně po odběru vajíčka z vaječníku bez účasti laboratoře. FREDI (Fallopian Replacement of Eggs with Delayed Intrauterine Insemination) znamená zavedení oocytu do vejcovodu a následné provedení inseminace. PROST (Pronucleus Stage Transfer), ZIFT (Zygote IntraFallopian Transfer) a EIFT (Embryo Stage IntraFallopian Transfer) jsou techniky zavedení embryí v různém stádiu jejich vývoje do vejcovodů ženy. VITI (Vaginal IntraTubal Insemination) probíhá zavedením spermií do vejcovodů, zatímco DIFI (Direct IntraFallopian Insemination) a DIPI (Direct IntraPeritoneal Insemination) probíhá jejich zavedením do dutiny břišní. POST (Peritoneal Oocyte and Sperm Transfer) je metoda, kdy do dutiny břišní jsou přeneseny vajíčka i spermie. Velkým přínosem asistované reprodukce jsou techniky získání spermií u mužů s poruchou azoospermie. To jsou MESA (Microsurgical Epididymal Sperm Aspiration), získání spermií z nadvarlat anebo biopsie varlete TESE (Testicular Sperm Extraction). U žen nad 37 let a v případech opakovaného neúspěchu umělého oplodnění je možné použít mikromanipulační techniku AH (Asisted Hatching), u které se jedná o mechanické narušení obalu zárodku před jeho zavedením do dělohy usnadňující jeho uhnízdění.

Mezi rutinní metody nejmodernější medicíny patří také zmrazování embryí, tzv. kryoembryotransfer. Tato možnost je nesmírně důležitá zejména u mužů a žen, které prochází léčbou zhoubných nádorů (Freundl et al., 2008; Mrázek, 2003).

2.4 Adopce nebo bezdětnost

Mnoho párů se svého vlastního miminka nedočká. Podle Sobotkové (2001) je nenaplněná touha po dítěti příčinou frustrace, je pro neplodný pár těžkým břemenem i zdrojem chronického stresu. Ne všichni mají to štěstí, stát se rodiči, stejně tak ne všechny děti mohou mít vlastní rodiče. Podle lékařů je těžké odhadnout ten okamžik, kdy je lepší se touhy po dítěti již vzdát, rozhodnutí ukončit léčbu lékařskou pomocí závisí pouze na ošetřovaném páru. Když se úspěchy medicínské léčby nedostavují, začne mnoho párů přemýšlet o adopci (Freundl et al., 2008; Wahlgrenis, 2012).

Adopce je silné téma. Hlavní roli zde hraje opravdová láska a zároveň také velká oběť. Často je také slyšet o spontánním těhotenství poté, co se pár rozloučil s myšlenkou mít biologického potomka a adoptoval nevlastní dítě. Vědecké studie zabývající se velkým množstvím těchto případů však toto tvrzení nepotvrzují. Počet těhotenství mezi adoptivními rodiči není vyšší než u ostatních párů, které prošly terapií neplodnosti. Vysvětlení je spíše zřejmé u psychických příčin neplodnosti, kdy je uvažování neplodného páru neuvolněné, zaměřeno na léčbu a „oplodňovací procesy“ a provází je strach z doživotní bezdětnosti (Wahlgrenis, 2012; Wischmann, 2011).

Dle Freundla et al. (2008) až 15 % všech párů vědomě volí život bez vlastních dětí. Možná cítí, že by nemohli vychovávat nevlastní dítě, nebo se adopce bojí, nebo se jim zdá, že je proces žádosti o osvojení příliš složitý. Důvodů je mnoho. Někteří z nich se ale dokáží smířit s neplodností a zaujmout stanovisko: *„S dítětem je život krásný, ale můj život bude krásný i bez něj. Nenechám svůj život ovládnout smutkem po mém nenarozeném dítěti.“* (Freundl et al., 2008, s. 151). Začínají se orientovat na jiné plány a přání, začínají chápat, že život přináší i jiné uspokojující a obohacující zážitky – cestování, blízké vztahy s jinými členy rodiny a přáteli, osobní zájmy nebo budování kariéry (Doherty a Clark, 2006).

3 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY STERILITY

Neplodnost je považována za stresující životní faktor, který způsobuje řadu psychosociálních reakcí. Má zásadní vliv na pohodu člověka a s tím se vztahující schopnost běžně jednat a komunikovat (Sobotková, 2001). Život bez dětí, ať již dobrovolný nebo nedobrovolný, lze z širšího pohledu charakterizovat jako absenci rodičovství. Na rodičovství i neplodnost můžeme pohlížet z více hledisek. Důvodů, proč se stát rodičem a zároveň příčin, proč se to nedaří je velmi mnoho. Dle Sobotkové (2001) v prostředí společnosti více generací je neschopnost manželského páru zplodit dítě chápána jako nemožnost splnit určitou morální povinnost. Pokud se pár v tomto směru odlišuje, může dokonce pociťovat stigmatizující efekt. V předchozí kapitole jsem se zabývala neplodností, potažmo nedobrovolnou bezdětností z biologického hlediska a hledáním příčin nemožnosti otěhotnět a jejich terapií lékařských i alternativních.

V této kapitole bych se zaměřila na prožívání z psychologické stránky. U psychologických faktorů neplodnosti lze jen velmi těžko oddělit dvě hlediska. Zda se jedná o psychiku, která je příčinou neplodnosti, nebo jaké má neplodnost důsledky na psychiku žen a mužů v neplodném páru. Tyto dvě věci se navzájem velmi ovlivňují a prolínají a neplodnost se v této oblasti stává komplexní záležitostí jevů, které od sebe nelze jednoznačně oddělit. Pouze pro pochopení problému se v této práci pokusím příčiny neplodnosti a její důsledky rozlišit, abych je mohla více popsat a zhodnotit.

Nejprve bych ve stručnosti vysvětlila, co je to rodičovství, co tento pojem znamená pro muže i ženu, co vede mladé lidi k tomu stát se rodičem, nebo naopak, jaké mají důvody k tomu, aby mateřství odkládali. Z mnoha statistik a výzkumů je zcela zřejmé, že páry oddalují své rodičovství do pozdějšího věku. Varovné signály však předurčují to, že v budoucnosti už nebude zcela běžné, když do gravidního stavu přijde žena přirozeným způsobem. Budu se zde zabývat odlišnostmi, jakými vnímají muži a ženy svou touhu po uskutečnění rodičovské role.

Neplodnost je chápána jako nepříznivá a neočekávaná zátěžová situace, která přináší partnerskému páru stres. Stres sám o sobě je zásadním činitelem ovlivňující schopnost počít a také donosit zdravé dítě. Stres vyvolává v těle ženy i muže somatické změny. Dle mnoha článků v tisku i výzkumů bylo dokázáno, že u některých párů, zejména párů s nevysvětlitelnou (idiopatickou) neplodností se předpokládá, že příčina neplodnosti je „v hlavě“, tedy ve faktoru psychickém. Nicméně teorie Wischmanna (2011) kriticky tvrdí,

že role psychologických faktorů jako příčiny neplodnosti je všeobecně přeceňována. Neexistují totiž žádné studie o osobních vlastnostech a pocitech žen a mužů před a po rozhodnutí započít snahy o početí dítěte. V souladu s tímto faktem je nemožné určit, zda negativní emoce mají vliv na plodnost, nebo jsou následkem neschopnosti počít dítě.

Mužské nebo ženské představy o řešení neplodnosti nebo vlastní úsilí páru o léčbu přirozenými možnostmi ovlivňuje mnoho faktorů. Např. to, jak je pár schopen přijmout diagnózu neplodnosti, stigma, které se k ní vztahuje, nebo jak vnímá muž a žena svou plodnost a partnerství. S rodičovstvím a mateřstvím jsou spojovány konkrétní hodnoty. Pro obě strany značí neplodnost tu skutečnost, že jim znemožňuje pokračování rodu. Mnoho mužů spojuje svou plodnost s potenci, jakožto základní charakteristikou mužnosti a stigma neplodnosti se pojí zejména k jeho sexuální schopnosti. Ženě je zase sociálně předurčována psychická labilita, upnutí se na mateřství a strach ze stoupajícího věku, který ji vzhledem k reprodukčním schopnostem výrazně limituje (Slepičková, 2009).

Podle Poněšického (2003) dosud panuje u většiny lidí představa, že by se neměly dělat mezi pohlavím rozdíly s odkazem na skutečnost, že se jedná vždy a právě jen o člověka. Pokaždé jde však o typické vlastnosti, způsoby vnímání a myšlení člověka ženy a člověka muže. Každý z nich má odlišné očekávání a představy, úzkosti, názory na soužití, morálku a intimní prožívání. V následujících částech této práce se proto pokusím ozřejmit, jaké aspekty mohou mít vliv na prožívání mužů a žen při neplodnosti nebo jaké má neplodnost důsledky na partnerský pár, to vše z hledisek psychologických (vnímání vlastní identity), interpersonálních (rodinné a partnerské vztahy), sociálních a pracovních a všeobecné změny jejich životního stylu. V závěrečné podkapitole této části se jen stručně zmiňuji o psychoterapii, která se v posledních letech dostává i do zájmu gynekologů a specialistů center pro léčbu neplodnosti metodami asistované reprodukce.

3.1 Rodičovství

Podle Vágnerové (2007, s. 108) je „*rodičovství významným projevem generativity dospělého věku, ale i specifickým způsobem naplnění intimity, protože umožňuje vznik výlučné, hluboké citové vazby, většinou přetrvávající po celý život. Rodičovství může být zdrojem psychosociálního obohacení, ale zároveň představuje velkou životní zátěž. Rodičovská role je biologicky podmíněná a má svou psychickou a sociální hodnotu*“.

Generativita podle vývojové teorie člověka E. H. Eriksona znamená potřebu dospělého člověka mít někoho, o koho bude moci pečovat, kdo bude na něm závislý a bude ho absolutně potřebovat. Dosažení této fáze zraní člověka přináší do života partnerů potřebu rodičovství, které jim přináší uspokojení jejich základní životní potřeby (Langmeier a Krejčíková, 2006).

Matějček (1992) píše o rodičovství ve svém termínu „*biologické tvořitelství*“ – to je „*primární potřeba založena v člověku instinktivně a hlouběji, než potřeba formovat a přetvářet hmotný svět ať už člověku k užítku nebo jen k potěšení*“ (Matějček, 1992, s. 47). Dále dodává také Gillernová et al. (2011, s. 114), že „*rodičovství přináší jakousi vzájemnost, sdílení a naplňování životních potřeb dětí i rodičů. Reprodukce je klíčovým životním procesem. Děti rodičům přinášejí pocit jejich vlastní společenské hodnoty a užitečnosti, dávají jim pocit bezvýhradné a nezpodmíněné lásky, někoho na nich plně závislého, přinášejí jim do jejich života nová hlediska, nové výhledy a umožňují jim překročit jejich osobní čas.*“

Dítě přináší svým rodičům nejen řadu pozitivních emočních prožitků, radostí z každodenního soužití a vývojových pokroků dítěte, ale také významně posiluje jejich vlastní osobnostní rozvoj. Z druhé strany pohledu rodičovství není snadným úkolem. Přináší řadu nových povinností, starostí, omezení a celkovou změnu dosavadního způsobu života. Díky vyšším nárokům a určité omezení volnosti vyvolává u některých lidí obavy ze zvládnutí situace, konflikty v soužití muže a ženy a souvisí s hodnocením kvality a soudržnosti partnerského vztahu (Langmeier a Krejčíková, 2006; Vágnerová, 2007).

Možný (1999) tvrdí, že rodičovství je v našem životě nejvýznamnějším přechodem, které máme pouze ve svých rukou. Alice Rossiová in Možný (1999, s. 126) uspořádala přechod k rodičovství do 4 hledisek (které více rozvádím v přílohách této práce):

1. Je to přechod pod silným sociálním tlakem směřovaným zejména k ženě.
2. Je to přechod, k němuž dochází i mimovolně.
3. Přechod k mateřství má ireverzibilní charakter.
4. Je to přechod zlomový.

3.2 Plánování rodičovství

Dle psychologického slovníku rozlišujeme rodičovství plánované a rodičovství odložené. Za odložené rodičovství se dle Hartla a Hartlové (2009) považuje záměrný odklad rodičovství do pozdějšího věku, u muže přibližně na 50 let a výše. Rodiče jsou v tuto chvíli již dostatečně vyzrálí, většina z nich má určité pracovní zázemí a zajištěné bydlení. Odložené rodičovství však přináší také určitá psychologická rizika. Starší rodiče jsou oproti mladším více úzkostliví, více své děti sledují a hlídají a mají na ně vyšší nároky. Plánované rodičovství je ve slovníku popisováno jako rodičovství, které je promyšlené a „*stojí na názoru, že volba období narození dítěte je důležitá pro jeho optimální výchovu a péči o něj vůbec. Součástí je plánování počtu i doby narození dětí*“ (Hartl a Hartlová, 2009, s. 512).

Možný (1999) se k pojmu rodičovství vyjadřuje v tom smyslu, že již není pouhým přirozeným údělem, který šel v dřívějších dobách regulovat pouze celibátem nebo sexuální abstinencí. Dnešní doba přidala ženě moc řídit si svůj reprodukční cyklus díky antikoncepci a žena se může sama rozhodnout o tom, zda, kdy a kolik bude mít dětí. Tato skutečnost má pro lidstvo epochální význam.

Z výzkumných projektů Hühneové et al. (2010) vyplývá, že v posledních letech dochází k výrazným změnám v časování životních a rodinných etap partnerských dvojic. Je prokázáno, že dochází k odkládání vstupu partnerů do rodičovské fáze a zvyšování věku žen i mužů při narození jejich prvního dítěte. Jsou však zde i individuální rozdíly mezi partnerskými dvojicemi, jejichž diferencujícími hledisky pro rozhodnutí počít dítě je zejména jejich dosažené vzdělání, které se projevuje rozdílnými představami o životních cílech a hodnotách. V jejich hodnotovém žebříčku je jejich ideální představa rodinného života prisuzována dětem, u jiných, a to zejména vysokoškolsky vzdělaných lidí, zase například finanční stránce, tedy nejprve hledání zajímavé, užitečné či dobře placené práce a zajištění materiální stránky rodiny. Dalším problémem souvisejícím s odkladem mateřství do pozdního věku je hledání ideálního partnera, který bude tím pravým k založení rodiny. Nároky na partnera se zvýšily. Příčinou může být dnešní pracovní vytíženost některých profesí a mimo jiné není lehké nalézt k sobě člověka, který má o společném životě stejné představy.

Plánování rodičovství by mělo přijít, až když jsou oba partneři dostatečně vyspělí a emocionálně připraveni dát svému životu nový směr. Sobotková (2001, s. 116) je toho názoru, že „*zralost souvisí se schopností lépe vyjadřovat dětem lásku a dovolit jim vyvíjet se v nezávislé bytosti*.“ Rodičovství zahrnuje nejen již zmíněnou emocionální připravenost, ale také potřebu finanční jistoty, bydlení a profese. Tlak na uskutečnění rodičovské role

souvisí také s tlakem biologických hodin, který začíná být silně prožíván po 35 roce věku ženy (Sobotková, 2001).

Začátek plánování koncepce dítěte někteří partneři nedokáží přesně určit, nechávají věcem volný průběh, jiní tento okamžik dokáží uvést poměrně přesně. Když se některým párům nepodaří otěhotnět hned v prvních měsících, začínají reagovat panicky nebo depresivně. V takových chvílích se málokdy umí kontrolovat, zabývají se zejména svou touhou po dítěti, jsou jí zcela zaslepeni a jejich partnerský vztah ustupuje do pozadí (Freundl et al., 2008).

3.2.1 Jak důležité je počít dítě pro ženu?

Wahlgrenis (2012) udává, že role ženy je dívkám vštěpována již od dětství. Žena bude vychovávat děti, měla by být láskyplná, tolerantní a nesobecká. Rodiče učí své děti genderové roli chování, kdy pro ženu by měla být rodina prioritou a právě žena by měla být odpovědná za vytváření harmonie domova. Tato pokřivená představa role matky je označována jako „syndrom hodné holčičky“. Bohužel se však zapomíná nato, jak učinit ženu šťastnou.

Podíl žen, který je v posledních desetiletích orientovaný na rození dětí, trvale klesá. Příčinou odkládání mateřství do vyššího věku ženy je to, že většina žen řeší dilema, že chtějí obojí: chtějí být úspěšné ve své profesi a být dobrou manželkou i matkou svých dětí. Zejména ženy, které dlouho studovaly, se snaží být perfektní, rozběhnout svou kariéru ve prospěch dobře kvalifikované a ohodnocené práce. Skloubit tyto dvě přání, se však ženě podaří jen zřídka kdy. Příliš zaměstnané ženy mají jiný vztah k rodině a nenaplňují všechny typicky ženské role. Svou profesi přizpůsobují potřebám rodiny a míru rodinné péče se snaží omezit natolik, aby jí neomezovala ve svém povolání. Otec dítěte musí být někdy ochoten ústupkům, kompromisům a zanedbání vlastní kariéry ve prospěch své pracovitě, mimořádně nadané a cílevědomé ženy. Náročnost této situace většinou výrazně ovlivňuje vztah partnerů vznikem konfliktních situací. Žena vnímá povinnost stihnout všechno, náročné zaměstnání, domácnost i děti, a díky tomuto stresu ovlivňuje frustrací nejen sebe, ale i životní styl a klima své rodiny. U většiny žen je však počátek mateřství spojen s odkladem své profese. Matka dítěte získává narozením svého miminka nové osobní uspokojení, zážitky a zároveň je role matky tak časově náročná, že většina ostatních pracovních skutečností ztrácí alespoň dočasně svou důležitost (Karsten, 2006; Vágnerová, 2007).

Vedle těchto životních cílů je pro ženu důležitá také biologická role vlastního těla. Pokud si žena přeje otěhotnět a dlouhodobě se jí tak nedaří, vnímá své tělo jako něco, co selhává. Cítí se méněcenně, jelikož podvědomě nepodává „normální výkon“. Nesplňuje nároky, které klade sama na sebe. Délka snahy o početí dítěte se prodlužuje

se zvyšujícím se věkem. Nad 35 let věku ženy se šance na otěhotnění rapidně zhoršují a touto skutečností je tlačena k rozhodnutí: „buď teď, nebo již nikdy“ (Freundl et al., 2008; Geisel, 2004).

Podle Geiselové (2004, s. 24) „*Tvůrčí schopnost nechat v sobě vyrůst život, porodit dítě a v prvních chvílích jeho života mu umět poskytnout vše nepostradatelné, nejen individuálním, ale i ryze společenským výkonem, přísluší jedině ženě.*“

3.2.2 Jak je pro muže důležité stát se otcem?

Freundl et al. (2008) tvrdí, že dříve se od mužů očekávalo, že každý muž by měl postavit dům, zasadit strom a zplodit syna. I dnes se řada mužů domnívá, že to musí splnit. Potřeba zachování vlastní existence a pokračování rodu je pro muže i pro ženu velmi silná. Vnímání intenzity této potřeby je u každého jedince jiné, ale „*znalost genealogického stromu nám všem poskytuje pocit zakořeněnosti a známého biologického původu – chceme vědět, odkud jsme vzešli a kam patříme*“ (Sobotková, 2001, s. 120). Dle některých výzkumů bylo naznačeno, že u mužů více než u žen bývají vžité tradiční normy rodinného života. Zejména muži ve fázi ranné dospělosti jsou ti, co si přejí mít svatbu a děti od svých partnerek. U žen se přání mít dítě silněji probouzí až kolem třiceti let. Zejména z toho důvodu, že si začínají uvědomovat svůj věk z důvodu biologického limitu své plodnosti (Karsten, 2006).

Muži se neocitají v problematické situaci týkajících se jejich věku, jejich plodnost není teoreticky časově omezena. Musí se pouze rozhodnout, jaké hodnoty mu přináší rodina a děti a jaké místo ve svém žebříčku hodnot ponechá profesní kariéře a zájmům. To, jak jsou tyto hodnoty pro něho důležité, závisí zejména na tom, jak silně jsou jeho potřeby v tomto směru uspokojovány nebo zanedbávány. Ke spokojenosti muže přispívá zejména dobře placená práce, kterou může zabezpečit potřeby své rodiny a dětí. U některých mužů je jejich práce hlavní prioritou a zbývá jim proto málo času na přemýšlení o sobě nebo o partnerství. Většina mužů vydělává více, než jejich partnerky a tak mohou svou starost v péči o malé děti přenechat své ženě. Péči o dítě na tzv. rodičovské dovolené může dle naší legislativy zastávat také muž a dnes to již není neobvyklou skutečností (Karsten, 2006; Freundl et al., 2008).

3.3 Prožívání neplodnosti

Mít dítě znamená pro mnoho lidí potřebu, která je velmi důležitá až nepostradatelná. Důsledkem neuspokojení této základní reprodukční a sociální funkce je psychosociální stres. Ten se odhaluje na třech základních rovinách: emocionální (např. rozmrzelost, vztek, úzkost, frustrace, deprese), behaviorální (např. základní reakce na zátěžovou situaci: útek nebo útok) a somatické. Psychické problémy se vyskytují dle různých zdrojů u 25 – 60 % párů podstupujících léčbu neplodnosti (Koryntová, 2002; Mandincová, 2011).

Neplodnost je multidimenzionální stressor, přinášející mnoho emocionálních změn. Může způsobit rozvoj úzkostí, depresí a ovlivnit i celý život páru. Negativní dopady neplodnosti mohou být i dlouhodobé a mohou trvat i po uplynutí počáteční fáze zjištění bezdětnosti. Většina studií fertility a duševního zdraví je zaměřená na zdraví žen. Z výzkumů zabývajících se duševním zdravím podle pohlaví bylo zjištěno, že neplodné ženy mají více zkušeností se strachem, zdravotními potížemi, poruchami nálady, úzkostí, depresemi a smutkem než muži a to jak před, tak i během léčby neplodnosti. Nicméně i u neplodných mužů ve srovnání s obecnou populací se vyskytují úzkosti a deprese (Klemetti et al., 2010).

3.3.1 Emocionální reakce na neplodnost

Podle Kastové (2000) nemoc člověka představuje určitou ztrátu, podobně, jako když ztratíme blízkého člověka. Hluboce nás zasáhne a vytrhne z obvyklých činností života. Rozhodnutí podstoupit léčbu neplodnosti může páru přinést počáteční úlevu a nový pocit naděje, dokonce i radost z nalezení hmatatelné příčiny neplodnosti, poté však i zklamání a s každým dalším cyklem nezdařilých pokusů i vlnami zoufalství. Léčba v některých případech může trvat měsíce, někdy i roky a proto ji provází psychické i fyzické vypětí partnerů, které má vliv na jejich osobnost i partnerský život (Doherty a Clark, 2006). Prožívání sterility páru se liší podle toho, zda jde o ženu, muže nebo pár jako celek a liší se také osobními dispozicemi, momentálním psychickým stavem, vnějšími vlivy i pozicí jistoty životních hodnot daného člověka nebo páru (Sobotková, 2001; Konečná, 2003).

Charakteristickými průvodními emocionálními jevy při prožívání počátku i průběhu léčby neplodnosti jsou beznaděj, hněv, panika, pocit viny, závist, izolovanost, zoufalství, deprese a další. (Ratislavová a Kašová, 2009). „*Tyto negativní reakce páru vyrůstají z hluboce zakořeněného strachu, že se nikdy nedočkají svého dítěte*“ (Doherty a Clark, 2006, s. 36). Proces emočních reakcí na neplodnost by se dal připodobnit k procesu zjištění a vyrovnání se s problémem nádorového onemocnění, které popsala Elisabeth Kubler-Rossová ve své práci

o smrti a umírání. Prožívání neplodných párů jsem dle této autorky rozdělila do fází, které si ale nemusí vždy zachovat tuto posloupnost. Některá stádia se střídají, trvají různě dlouhou dobu, opakovaně se vrací nebo probíhají paralelně (Kelnarová a Matějková, 2009). Fáze, kterými si neplodný pár prochází:

Překvapení, panika, odmítání skutečnosti

Pár je po zjištění přítomnosti problému poruchy plodnosti překvapen, ale jde o pocit povrchní a krátkodobý. Následuje fáze, kdy člověk onemocnění nevnímá, nechce ho přijmout, prožívá stavy paniky, nebo ji odmítá. Brání se slovy: „Ne, my ne. To nemůže být náš případ. To není možné.“. Přílišné odmítání skutečnosti a neschopnost uvědomit si realitu vede k odkládání vyhledání pomoci, a takový pár stojí na mrtvém bodě. Může dojít i ke zhoršení diagnózy a nutnosti následné náročnější léčby. Od tohoto stavu může pomoci správné vysvětlení průběhu léčby ze strany lékaře. Podáním správných informací o možnostech terapie, o léčbě umělým oplodněním nebo možnostech adopce může neplodným párům alespoň z části odstranit paniku, a zaplnit mysl určitou nadějí na zlepšení stavu (Doherty a Clark, 2006; Kelnarová a Matějková, 2009).

Hněv, vzpoura

Páry se musí postavit tváří tvář faktu, že nejsou schopni počít nebo donosit dítě a nastává fáze přechodu od popírání skutečnosti do fáze vzpoury, který je charakteristický negativními, někdy až agresivními projevy. Zlobí se na osud, na ostatní zdravé lidi, na lékaře či zdravotnický personál a pokládají si otázku: „Proč zrovna já? Co jsme udělali špatně?“ Svůj hněv mohou směřovat i ke své osobě nebo osobě partnera. Zlobí se, že odkládali založení rodiny, že odkládali začátek léčby, že nezašli k odborníkovi dříve. Někdy jsou tyto emoce logické, někdy nesmyslné a přehnané, většinou jsou však krátkodobé a emoce samovolně odezní. Nevyjádřená zloba vede k depresi a potlačované pocity ji mohou ještě více prohloubit (Novotny, 1997; Doherty a Clark, 2006; Kastová, 2000).

Pocity viny

Neplodní lidé se někdy ocitají v procesu hledání, kdo za to všechno může. Hledají vinu i ve svých životech, v přítomnosti a hlavně v minulosti. Již nemají pocit, že všechno je vina ostatních nebo „rána osudu“, ale začínají přemýšlet o tom, že za svou nemoc nesou přinejmenším částečně svou odpovědnost. Mnohdy se stává, že vina, kterou si hází sami na sebe je neopodstatněná, a nemá se současným stavem nic společného. Například některé

ženy si dávají za vinu, že jejich neplodnost souvisí s umělým přerušáním gravidity v minulosti. Pokud však v průběhu kyretáže nevznikla komplikace nebo následně infekce, nemá potrat ve většině případů souvislost s další neplodností ženy. K sebeobviňujícím myšlenkám a pocitům viny mají zejména blízko lidé s nízkým sebehodnocením. V tomto případě mohou pomoci různé formy psychoterapie (Kastová, 2000; Doherty a Clark, 2006; Matějů et al., 2005).

Závist

Závist se může dostavit kdykoliv. Například když v blízkém okolí, v rodině, na pracovišti nějaká žena otěhotní, rychle a bez potíží. Pro někoho i pozvání na běžné radostné události, jako jsou křtiny, setkání s rodinou s malými dětmi, oslavy narozenin může vyvolat smutek, frustrace a také pocity viny za své nevhodné reakce (Doherty a Clark, 2006).

Smutek a deprese

Neplodné páry cítí v průběhu svého snažení o početí smutek. „*Smutek je v naší kultuře stavem truchlení, který nastává, jestliže u jedince došlo ke ztrátě někoho nebo něčeho, co pro něj představuje vysokou hodnotu, případně nastane ohrožení jeho sebepojetí*“ (Vymětal, 2003, s. 245). Neplodné páry ale nemají nikoho, nad kým by truchlily. Cítí smutek nad něčím více abstraktním. Zejména v případě, kdy dojde k neúspěšnému pokusu o umělé oplodnění, nebo při každém menstruačním cyklu. Partneři truchlí nad tím, že ztrácí dítě, které vlastně nikdy neměli. Trpí ztrátou cílů, očekávání, věcí, které jsou nehmatatelné. Je to smutek z toho, že se jim nikdy nepodaří naplnit své sny o dítěti, nepocítí zážitek z těhotenství, porodu, nebudou mít rodinu a nakonec ztrácí i socializaci ve společnosti lidí, kde je rodičovství považováno za normu. Truchlení je přirozená reakce potřebná k tomu, aby se člověk se ztrátou vyrovnal a přijal ji (Novotny, 1997; Matějů et al., 2005).

Přijetí a smíření

Po fázích odmítání, zloby a smutku neplodnému páru jsou již partneři schopni přijmout své onemocnění v klidu, bez negativních pocitů a s realitou své sterility se smířit. Zbývá jim několik možností: rozhodnou se, že budou ve svých snahách alternativními metodami nebo metodami umělého oplodnění pokračovat i přesto, že by tyto pokusy mohly být znovu neúspěšné, nebo se začnou zajímat o možnosti náhradní rodinné péče. V některých případech si lidé uvědomí, že život bez dětí má také své výhody a dokáží se smířit s životem bez nich (Doherty a Clark, 2006; Kelnarová a Matějková, 2009).

3.3.2 Psychické prožívání neplodnosti u žen

Důležitou otázkou na začátku léčby sterility je míra touhy stát se matkou vlastního dítěte. Dle mnoha autorů jde o jednu s ústředních otázek, která by měla být položena ještě před začátkem léčby poruch plodnosti. Motivace touhy po dítěti je pro každou ženu zcela individuální. U většiny žen žádajících o léčbu svého problému v reprodukční oblasti je touha po dítěti silná. Ratislavová a Kašová (2009, s. 74) však uvádí, že „*existují i nevědomé děje, které mohou být zcela odlišné od zjevného přání ženy*“. Žena může nevědomě pociťovat strach z těhotenství, porodu, péče o dítě, které mohou mít vliv na poruchu plodnosti ženy. Některé zkušenosti lékařů pokládají dokonce důkazy o případech, kdy mezi ženami intenzivně se snažícími o těhotenství se našly i ty, které požádaly po úspěšné léčbě sterility o provedení umělého přerušování těhotenství. Tyto případy jsou důkazem toho, že přijetí mateřství je spletitá záležitost, kterou nelze zlehčovat a zabývat se metodami oplození pouze po stránce somatického problému. Většina žen se bojí mluvit o svých ambivalentních pocitech ve vztahu k rodičovství, ačkoliv určité pochybnosti o svém budoucím mateřství má snad každá žena. Zatajování těchto pocitů může být příčinou psychosomatických poruch sterility a může být zásadní i pro adaptaci ženy na další životní události (Ratislavová a Kašová, 2009).

Ve smyslu výše zmiňované touhy po uskutečnění rodičovské role mývají ženy často pocit, že jejich partner nepociťuje tak intenzivní touhu mít dítě jako ony a smíření s bezdětností by pro něho bylo snadnější. Důkazem tohoto tvrzení je fakt, že muž teoreticky nemá stanovenou horní věkovou hranici, která by ho limitovala ve svých reprodukčních schopnostech, jako je tomu u žen (Slepičková, 2009).

V celém procesu léčby neplodnosti je dle výzkumů ženská role výrazně aktivnější než mužská. Podle Slepičkové (2009, s. 185) „*žena vystupuje jako ‚režisérka‘ léčby, zatímco mužova role je popisována jako pasivní*“. Vychází to z logiky věci. Žena je ta, která dochází na pravidelné gynekologické vyšetření, častěji komunikuje s lékařem, hlídá své tělo, svůj menstruační kalendář, stanovuje ve shodě s doporučením lékařů správné dny pro početí dítěte a ve vhodnou chvíli je předkládá svému partnerovi (Slepičková, 2009).

Ještě před začátkem léčby bývá pár poučen svým lékařem, že léčba metodami asistované reprodukce vyžaduje odhodlání, energii, finance i čas z důvodu organizování pevně stanovených termínů prováděných zákroků. Ženu při léčbě často provází velké emocionální změny, střídání nálad, podrážděnost, zlost i deprese. Tyto přechody pramení z vedlejších účinků hormonální léčby, častých vyšetření, časování procesu léčby, odběru vajíček, čekání na úspěšnost oplodnění ve zkumavce, čekání, zda dojde ke správnému uhnízdění

embrya a zejména hluboce zakořeněného strachu, že se vlastního dítěte nikdy nedočká (Ratislavová a Kašová, 2009; Doherty a Clark, 2006).

Žena při plánování početí dítěte a v průběhu léčby sterility často sleduje symptomy svého těla, které ukazují buď na přicházející menstruaci, nebo těhotenství. Výzkum Slepíčkové (2009) vykazuje, že ženy popisují za nejvíce stresující na léčbě metodou in vitro období čekání, zda dojde k otěhotnění po zavedení embrya do dělohy ženy, které trvá dva týdny (Slepíčková, 2009). Pokud dojde k úspěchu, žena cítí ke svému těhotenství velmi silnou psychickou vazbu, začíná snít, plánovat a mít naděje, že její gravidita dojde ke zdárnému konci, porodu zdravého dítěte. Při neúspěšném pokusu léčby žena prožívá podobné pocity, jako žena po potratu. Truchlí, že její naděje a sny skončily, potřebuje podporu, kterou jí však sociální okolí většinou nedokáže dát. O to horší je to v případě, když přátele v dobré víře pomoci mají laciné poznámky typu „příroda to tak nechtěla“, „je to tak lepší, určitě by to nebylo v pořádku“, „příště to určitě vyjde“. Charakteristickými průvodními jevy jsou zoufalství, beznaděj, hněv, pocity viny, snížené sebehodnocení, nespokojenost v partnerství i sexuálním životě. S dalšími neúspěšnými pokusy může dojít u ženy až k patologické touze mít dítě, může docházet k nepřiměřeným reakcím a postupnému upadání do deprese. Avšak určitý čas truchlení s tímto obdobím k většině žen patří a každá žena má právo oplakat své dítě, i když je to třeba jen pětidenní embryo (Doherty a Clark, 2006; Ratislavová a Kašová, 2009; Konečná, 2003).

3.3.3 Psychické prožívání neplodnosti u mužů

Dokud tělo dobře fungovalo, muž si jeho stav ani neuvědomoval, tak jako žena. Mimo jiné také proto, že mužům každý měsíc nepřichází cyklické stavy, které by připomínali jeho reprodukční funkce. Odběr spermatu pro jeho vyšetření je pro muže klíčovým a citlivým okamžikem. Muž začíná pociťovat strach, že se zjistí, že porucha neplodnosti by mohla být na jeho straně, a někteří muži se proto bojí navštívit lékaře a toto spermiologické vyšetření podstoupit. Ochota muže podrobit se tomuto testu je pro ženu znamením, že muž má aktivní postoj k řešení situace a chce spolupracovat se ženou v léčbě jejich neplodnosti (Freundl et al., 2008; Slepíčková, 2009). Dle Konečné (2003) reakce na vlastní neplodnost je pro muže těžká rána, se kterou se těžko vyrovnává. „*Špatný výsledek spermiogramu iniciativu partnera v léčbě někdy blokuje. Muž potřebuje čas na to, aby se s diagnózou vyrovnal, odmítá ji, nebo ztrácí motivaci k léčbě, která je komplikovaná, neúspěšná, nebo nemůže vést k početí geneticky vlastního potomka*“ (Slepíčková, 2009, s. 188).

Muž se většinou stydí za svou neplodnost, protože se bojí, že ho okolí bude považovat za nedostatečně mužného pro zplození vlastního dítěte a muži jsou z tohoto pohledu zranitelnější. Podle Konečné (2003) citlivost tohoto problému pro muže je dána zejména tradičním postojem veřejnosti, kdy neplodnost je spojována s mužskou impotencí, v širším pohledu neschopností absolutně ničeho. Díky tomuto zjištění bývá narušeno sebevědomí muže, psychika i následná komunikace a sexuální styk mezi partnery. Bezdětností muž trpí stejně jako jeho žena, ale oproti ženám muž v tomto smyslu nevyjadřuje své emoce. Nedávat najevo své city a projevy slabosti je u mužů kulturně i historicky zakódováno. Andrologické příčiny neplodnosti lze léčit jen výjimečně, proto je páru téměř vždy doporučena léčba metodami umělého oplodnění.

V procesu léčby sterility může být muž pouze pasivním pozorovatelem, stojí „v pozadí“ léčby a může svou ženu, která musí snášet náročné a bolestivé zákroky, pouze psychicky podporovat. V těchto chvílích se často muž cítí bezradný, odstrčený, může pociťovat až frustrující emoce. Přeje si chránit svou ženu, chce být pro ni oporou, ale v podstatě neví, jak problém vyřešit (Doherty a Clark, 2006; Slepíčková, 2009; Sobotková, 2001)

Oproti ženě, která vyjadřuje své pocity plné emocí a beznaděje, muž se dokáže postavit k situaci více pragmaticky, dokáže ji přirovnat k jiným životním krizím, které dokázali s partnerkou vyřešit. Mužské angažmá v léčbě neplodnosti zahrnuje zvýšenou péči o ženu, ochotu píchat ženě hormonální injekce, praktickou pomoc v péči o domácnost apod. Problémem, který však velice často vyvstává v partnerském vztahu je mužova neochota vyjadřovat své emoce navenek. Muž neví, jak reagovat na plačtivost své ženy, odmítá komunikovat, stahuje se sám do sebe nebo uniká do jiných oblastí svého života, zaměstnání, ke svým koníčkům apod. U některých mužů se mohou objevit i psychosomatické potíže (Slepíčková, 2009; Ratislavová a Kašová, 2009). Díky výzkumnému šetření Slepíčkové (2009) lze z výpovědí mužů vyvozovat, že nejtěžší situací na léčbě neplodnosti je pro muže konfrontace s emotivními projevy své partnerky.

3.4 Psychické příčiny neplodnosti

Rozmnožování a porod jsou hlavní a centrální částí lidského života a plození lze považovat za základní funkci muže a ženy. Partneři, kteří se rozhodnou mít společné dítě se těší na to, že si budou užívat rodičovství a většina z nich pokládá zprvu svou plodnost za samozřejmost. Pro 9 % párů je však realita nedobrovolné bezdětnosti psychicky stresující (Johansson et al., 2010). Podle Konečné (2003) se mnoho lékařů, terapeutů, výzkumníků uchyluje k závěru stanovení diagnózy „psychogenní příčina neplodnosti“ poté, co není nalezena žádná biologická porucha plodnosti ženy a muže. Vždy je totiž třeba problém nějak označit a definovat. I pro daný pár je vyslovení určité diagnózy úlevou, že po letech hledání příčin je jejich situace více konkretizována a vysvětlena (Sobotková, 2001).

Ve svém výzkumu zabývající se psychikou neplodných párů rozděluje Konečná (2003) psychické příčiny neplodnosti, na směr dynamický a stresový.

Dynamické směry se zabývají ženami, u kterých byla zjištěna funkční sterilita z důvodu nevědomých psychických stavů, úzkostí a hostility týkající se porodu dítěte. Psychika může mít vliv na ovlivnění funkce vaječníků, vejcovodů nebo snížení zájmu o pohlavní styk s partnerem. Taková žena si např. podvědomě vnucuje představu, že by chtěla dítě (např. představa, že dítě zachrání rozpad manželství), ale tělo reaguje obranným mechanismem před stresem, který souvisí s mateřstvím. Neplodnost může být tedy způsobena určitým vnitřním konfliktem duše a těla. Dynamické směry psychiky mohou podobně ovlivňovat i sterilitu muže, např. z důvodu jeho strachu z budoucí odpovědnosti za dítě nebo emoční nezralosti (Konečná, 2003).

Stresové směry výzkumných studií mají za cíl zjišťovat vliv zátěžových situací na plodnost ženy a muže. Zátěžová situace neboli stres je spojován se situacemi obtížnými, člověka ohrožujícími a významně narušujícími rovnováhu člověka. Mohou to být například: subjektivně vnímaný způsob léčby lékaři a terapeuti, problémy v partnerském vztahu, konflikty v rodině, nápor při studiu, dlouhé odloučení od rodiny, úmrtí blízkého člověka a další. Zdrojem stresu může být i člověk sám o sobě, přílišné upínání se na otěhotnění, nebo přání mít dítě „teď hned“. Stresorem může být dokonce i velká radost (např. potrat z důvodu velké předčasné radosti) (Paulík, 2010, Konečná, 2003).

Z odborného medicínského pohledu existuje blízká souvislost mezi fyziologickými znaky provázejícími stres a otěhotněním ženy. Stresové faktory mohou u žen i mužů vyvolávat změny v hormonálním, oběhovém i imunitním systému.

- Stres způsobuje hormonální poruchy a s tím související poruchy ovulace a změny či ztrátu menstruačních cyklů ženy.
- Při stresu se vyplavuje kortisol³⁰. Při jeho zvýšené hladině v krvi člověka snižuje sekreci hormonu GnRH a má také vliv na zrání vajíček.
- Stres snižuje vylučování luteinizačního hormonu.
- Stres má také vliv na imunitní systém, který negativně reguluje ovariální funkce těla a uhníždění embrya v děložní sliznici.
- Při úzkostech je produkován v těle vysoký podíl prolaktinu, který má negativní vliv na správnou činnost reprodukční soustavy ženy.
- Plodnost může ovlivnit také zvýšená sekrece katecholaminových³¹ receptorů v pohlavním ústrojí ženy při stresové reakci.
- Stres může snižovat sexuální libido a to způsobuje většinou snížení frekvence pohlavního styku páru.
- U mužů stres negativně působí na ovlivňování hladiny luteotropního hormonu, který kontroluje správnost funkce varlat. Toto může přispívat až ke snížení kvality a počtu spermií (Konečná, 2003; Koryntová, 2002; Doherty a Clark, 2006).

Každý člověk je jiný a každý se vyrovnává s náročnými situacemi jiným způsobem. Někdo se s určitými situacemi vyrovná, adaptuje se a zvládne je běžnými adaptačními mechanismy, u jiných proběhne aktivní nebo pasivní stresová situace v rovině biologické, emocionální či behaviorální. Člověk, který se cítí ohrožen ve svých základních potřebách, reaguje buď aktivně (hněv, zlost, napětí, útěk, útok) nebo pasivně (úzkost, deprese, strach, nepohoda, stud atd.) (Paulík, 2010; Mandincová, 2011).

Dohertyová a Clarková (2006) popisují poslušnost činností organismu při náhlém stresu nebo hrozbě. Mozek zablokuje při stresu některé tělesné systémy, aby veškerá energie byla vynaložena na boj s tímto nebezpečím nebo na útěk. Tato reakce je označována fight - flight. Srdce bije rychleji, dech se zrychluje, krev odtéká z orgánů do svalů a do mozku. Na základě podnětu hypotalamu v mozku se uvolňuje adrenalin z nadledvinek. Lidské tělo je schopno se dostatečně vyrovnat s krátkodobými akutními stavy stresu. Ty mají sice silný průběh, avšak mají určitou naději na vyřešení, tedy vyústění v pozitivní stav a následný odpočinek.

³⁰ „Kortisol je steroidní hormon kůry nadledvin, který patří ke glukokortikoidům“ (Vokurka et al., 2002, s. 437).

³¹ „Katecholaminy - skupina důležitých látek organismu, k nimž patří adrenalin, noradrenalin a dopamin. Mají význam jako neurotransmitery v nervovém systému (vegetativním, ale i v mozku), jako hormony tvořené dřením nadledvin a jako léky v akutní medicíně“ (Vokurka et al., 2002, s. 411).

Při stresu dlouhodobém a dlouhodobě nezvládaném mluvíme o tzv. chronickém stresu, jehož implikací je nepříznivé působení na tělesné i duševní zdraví, jak jsme již popsala výše (Mandincová, 2011; Trewinnard, 2006).

Konečná (2003) upozorňuje na to, že vztah psychiky k neplodnosti zůstává spekulativní otázkou. V odborných studiích byly zkoumány různé charakteristiky žen, maskulinně agresivní typy osobnosti, nezralé osobnosti, frigidní ženy, ženy s ambivalentním vztahem k těhotenství a další. Koryntová (2002, s. 635) tvrdí, že „*příčinný vztah ke sterilitě se u žádného z těchto faktorů nepodařilo prokázat*“. Nejprve je třeba vyloučit všechny známé tělesné dysfunkce a teprve potom zkoumat psychické faktory jako jedny z možných negativních činitelů poruch plodnosti (Konečná, 2003; Koryntová, 2002).

3.5 Důsledky neplodnosti

V minulé kapitole jsem se zabývala zejména příčinami neplodnosti, tedy tím, co může mít zásadní vliv na nemožnost počít dítě. Léčba neplodnosti není zaměřena na zlepšení zdravotního stavu jedinců, ale je cíleně orientována na početí dítěte. Ať je zjištěna příčina jakákoliv a zvoleny jakékoliv možnosti terapie, vždy má nedobrovolná bezdětnost páru určité psychologické a sociologické dopady na identitu partnerů, partnerský vztah a vztahy s okolím, pracovní kariéru a životní styl partnerů (Slepičková, 2006; Matějů et al., 2005).

3.5.1 Změny v identitě partnerů

Pojem identita je v psychologii termínem označujícím naši totožnost a to, jak prožíváme a uvědomujeme si sami sebe. Je to naše vnitřní odpověď na otázku: „Kdo jsem? Co já sám pro sebe a pro druhé lidi znamenám?“. Jednou z podstatných složek naší identity tvoří naše tělové schéma. Je to subjektivní pocit o tom, jak se cítíme z hlediska našeho zdraví. Pokud je jedinec nemocný, nejen že je to pro něho nepříjemné, ale z hlediska identity pro většinu lidí i ponižující. Partnerům nebo manželům, kterým se nedaří počít vlastní dítě, staví osud do jejich cesty za dítětem překážky, které jsou z hlediska uspokojení jejich základní biologické potřeby nepřekročitelné. Velmi touží po dítěti a z psychologického hlediska jsou indisponováni k přijetí rodičovské identity. Pár při zjištění této situace najednou ztrácí kontrolu nad plánováním budoucnosti společného života a prochází krizí identity. Muž nebo žena si pak často pokládají otázku: „Jsem skutečný/á muž/žena, když nemohu mít vlastní dítě?“ Páry, které se neslučují se selháním rodičovské identity, hledají i po neúspěšné

léčbě neplodnosti uspokojení náhradními způsoby rodičovství a získávají dítě nevlastní. Jedinci, kteří zůstávají bezdětní a smíří se svým biologickým selháním, získávají identitu „bezdětných manželů“ (Hartl a Hartlová, 2009; Matějček, 1992; Ratislavová a Kašová, 2009).

3.5.2 Dopady neplodnosti na životní styl páru

Dopad neplodnosti na životní styl partnerů má přímou souvislost s touhou podílet se na léčbě neplodnosti. Neplodnost ovlivňuje každodenní život páru. Lidé, kteří se snaží počít vlastní dítě, se zajímají o různé metody a alternativní terapie ve snaze maximalizovat šance na úspěch. Vybírají si ty věci, které by mohly pravděpodobnost jejich početí zvýšit a naopak, vyhýbají se všemu, co by mohlo této snaze bránit. Množství terapeutických aktivit a alternativních produktů léčby je zaměřeno zejména na léčbu ženských poruch plodnosti. Ženy mají možnost chodit na cvičení, zajímají se o zdravé potraviny, akupunkturu, homeopatii, meditační cvičení a média doslova valí nové a nové zaručené postupy, které vedou ke graviditě ženy. Žena je ta, kdo se v partnerském vztahu zajímá o nové postupy týkající se terapie neplodnosti také proto, že ona chodí na pravidelná gynekologická vyšetření, podstupuje více léčebných procedur než muž, dostává rady od svého lékaře a je prostředníkem všech informací svému partnerovi. Ženy velmi často sledují symptomy svého těla. Po pohlavním styku nebo po některém zákroku klinické medicíny se bojí, aby ve svém potencionálním těhotenství plod nepotratili, vyhýbají se těžké práci, sportu, cestování a nepijí alkohol (Slepičková, 2009).

3.5.3 Změny sociálních vztahů

Další negativní důsledky má neplodnost také v oblasti sociálních kontaktů páru. Kontakt s přáteli je problematický z emocionálních i praktických důvodů (obtížné plánování volnočasových aktivit rodičů s dětmi a bezdětnými). Setkávání s přáteli, příbuznými a známými, kteří otěhotněli, nebo se jim narodilo miminko, bývá nepříjemné a zejména pro ženu velmi citlivě prožívané. Často se raději vyhýbají těmto situacím a dostávají se tak do izolace. Tomuto odstupu na druhou stranu nerozumí ostatní, protože svou neplodnost pár před okolím skrývá. Zatajování své neplodnosti je tak trochu i obrannou reakcí na dotazy týkající se plánování dítěte, nebo tlak ze strany svých rodičů, kteří se těší na příchod vnoučat. Běžnou součástí rodinné a přátelské konverzace totiž bývají otázky na rodinné plány. Je třeba se poté rozhodnout, co je pro pár přijatelnější. Zda chtějí o své neplodnosti mluvit a volit, komu svou situaci říci nebo si nechat své intimní záležitosti raději pouze pro sebe.

Bud' to budou považováni za bezdětné, a jejich rodiče jim budou neustále připomínat limity věku, důležitost rodiny, nebo se občas vystavit nepříjemným otázkám: „jak jste na tom“ a zaručeným radám, které jim k otěhotnění jistě pomohou (Slepičková, 2009; Ratislavová a Kašová, 2009; Slepičková, 2006).

Výsledky výzkumné studie autorů Kirca a Pasinlioglu (2013, s. 1623) ukazují, že pro 41,2 % žen je nepříjemné setkávat se s lidmi, kteří mají děti, 57,8 % žen se nerado účastní rozhovorů o dětech a dokonce 63,7 % žen se zlobí, když ostatní lidé mají dotazy na to, kdy budou mít ony samy děti.

Ochota mluvit s okolím o léčbě neplodnosti závisí zejména na diagnóze páru. Pokud je příčinou neplodnosti mužský faktor, muž si většinou nepřeje, aby okolí o jeho diagnóze vědělo, protože má strach ze zesměšňování a poznámek o nedostatečné mužnosti (Slepičková, 2009).

3.5.4 Dopady na pracovní kariéru

Dle Slepičkové (2009) žena musí na rozdíl od muže častěji o neplodnosti komunikovat s ostatními. V zaměstnání musí vysvětlovat své absence z důvodu častých lékařských vyšetření. Výsledky výzkumu Wischmanna (2003, in Ratislavová a Kašová, 2009) ukazují, že určité potíže v zaměstnání v souvislosti s léčbou metodou IVF mělo 41 % žen při výzkumném vzorku 195 dotazovaných.

Žena, která plánuje, že brzy otěhotní, neuvažuje o změně dosavadního zaměstnání nebo se snaží najít práci novou s ohledem na své budoucí mateřství. Kritériem pro volbu vhodného zaměstnání je blízkost školky budoucího dítěte, pružná pracovní doba, získání dobře placené práce s ohledem na výši rodičovského příspěvku a možnost návratu na stejnou pracovní pozici po rodičovské dovolené. Žena, která již dlouho investuje veškeré své snahy a energii do otěhotnění se často cítí psychicky i fyzicky vyčerpaná, což je někdy znát i na její ztrátě pracovní motivace a výkonu (Slepičková, 2009).

3.5.5 Sociální stigma neplodnosti

Stigma, které se vztahuje k neplodnosti, souvisí s tím, jak okolní společnost vnímá bezdětnost páru. Někteří lidé nerozlišují, zda jsou partneři dobrovolně rozhodnutí nemít děti, nebo zda jejich bezdětnost je nedobrovolná. Neplodní lidé, a to zejména ženy, jsou pak nesprávně považovány za „kariéristky“, které se ženou pouze za penězi a upřednostňují pouze své pohodlí před dětmi, jsou sobecké nebo nedostatečně vyzrálé. O partnerech,

o kterých se v jejich okolí všeobecně ví, že se jim nedaří počít dítě, se říká, že jsou posedlí touhou po dítěti, zoufalí a nešťastní. Nelze jednoznačně určit, zda jsou v důsledku neplodnosti více stigmatizováni muži nebo ženy. Předpokládá se, že stigma přisuzované ženě se týká její psychické nevyrovnanosti, zatímco muž je stigmatizován svou sexuální neschopností. Někteří lidé, kteří již dlouho neúspěšně řeší svou neplodnost, se stigmatizují sami ještě dříve, než se dostávají do interakce s okolím. Tuto skutečnost lze vysvětlit zvýšenou citlivostí a vnímavostí partnerů na různé náznaky okolí (Slepičková, 2006).

3.5.6 Důsledky neplodnosti na kvalitu partnerského vztahu

Zjištění neplodnosti a zejména její léčba sebou přináší stresující situace, které mohou mít vliv na kvalitu partnerského vztahu. Nelze zcela předem určit, jak bude pár na stresující situace reagovat, vždy to záleží na mnoha okolnostech. Léčba poruch plodnosti znamená pro pár značnou psychickou i fyzickou zátěž. Zejména v případě, že příčina neplodnosti byla zjištěna na straně muže a v případě, že léčba trvá již dlouhou dobu, dostává se pár do stavu chronického stresu. Obecně lze říci, že lépe se s nemocí vyrovnávají páry, které již někdy prošli určitou krizí a dokázali ji úspěšně vyřešit.

Průběh léčby vyžaduje, aby se pár podrobil častým lékařským vyšetřením, termínování pohlavních styků, hormonální či chirurgické léčbě, dodržování vhodné životosprávy a dalším skutečnostem, které přináší do vztahu určité napětí, vede ke zhoršené kvalitě sexuálního soužití a pochybnostem o smyslu manželství a budoucího rodičovství (Kubcová a Kubcová, 2005; Sobotková, 2001).

Problémem vyskytujícím se u některých vztahů jsou rozdíly v komunikaci žen a mužů. Ženy mají větší potřebu než muži vyjadřovat své pocity a psychickou bolest, což je spojeno i s intenzivním emočním doprovodem. Mají přirozenou touhu často mluvit o svých přáních mít dítě, o budoucnosti, mluvit o nesnázích dané léčby s partnerem, stejně tak i s přáteli a rodinou, od kterých vyžadují zejména psychickou podporu. Často však naráží na to, že muž se těmto rozhovorům vyhýbá, neví jak reagovat na ženinu plačtivost, má sklon k zamlčování problémů, uzavírá se do sebe a zaměřuje se více na svou práci, či koníčky. Žena na základě tohoto chování má pocit, že muž není její osobní oporou, že ona je jediná, která touží po dítěti a cítí se osamělá. Jestliže ve vztahu je dominantnější muž, který svým postojem odmítá komunikovat s ženou o intimních záležitostech, poté se problémy začínají hromadit, dochází k nedorozumění mezi nimi a nakonec rozvod či rozchod je jedinou neodvratnou možností řešení (Doherty a Clark, 2006; Karsten, 2006; Ratislavová a Kašová, 2009).

Napětí v páru a průběh léčby neplodnosti mají vždy vliv na oblast sexuálního soužití partnerů. Někteří neplodní lidé mají takové pocity, že jejich nemoc je určitým druhem postižení, což znehodnocuje jejich sebeúctu a spokojenost se svým tělem. Cítí se společensky i sexuálně neatraktivní a tato skutečnost vede ke sníženému zájmu o pohlavní styk i poruchám sexuálních funkcí. Negativní dopad na sexuální libido má také termínování pohlavního styku na období ovulační fáze menstruačního cyklu ženy. „Sex na povel“ se zdá být pro mnoho žen i mužů nepřirozeným aktem, který je v podstatě úkolem a povinností, než spontánním potěšením. Muži v některých chvílích mohou mít pocit, že žena má až patologickou touhu po dítěti, její chování při sexu je mechanické a neuvolněné, a její otěhotnění se stává nuceným cílem. Výzkumy zabývající se otázkou sexuality neplodných párů dokazují, že u mužů se v souvislosti s psychickým tlakem na splnění reprodukčního úkolu objevují i poruchy sexuálních funkcí (poruchy erekce, předčasná ejakulace, ztráta libida). Problémy v partnerském soužití narůstají také při opakovaném neúspěchu v léčbě, kdy žena reaguje zvýšenou úzkostí a depresemi. To se projevuje sníženou touhou na sex a menší vzrušivostí (Ratislavová a Kašová, 2009; Matějů et al., 2005).

Pokud se partneři rozhodnou pro léčbu neplodnosti metodami asistované reprodukce, měli by být oba přesvědčeni, že léčba není jen povinností, ale že každý z nich v ní chce i přes všechny nesnáze pokračovat (Doherty a Clark, 2006). Podle názorů Ratislavové a Kašové (2009) na počátku léčby sterility přichází pár ke specialistům na léčbu poruch plodnosti stmelen touhou po dítěti. To se však může v průběhu léčby měnit. V otázce věnované dopadu léčby neplodnosti na partnerský vztah jsem se setkala s odlišnými zkušenostmi párů. Z výzkumu Kubcové a Kubcové (2005) bylo zjištěno, že neplodnost byla pro zkoumané páry z určitého pohledu pozitivní událostí v jejich životě a tento problém posílil jejich partnerský vztah. Ženy vnímaly svého muže jako „skutečného přítele“, o kterého se mohly v nepříznivé situaci opřít, pozitivně hodnotily jeho ohleduplnost a starostlivost. To, že prošly s partnerem nelehkým obdobím, jim přineslo do jejich vztahu sílu překonat všechny překážky a trpělivost pokračovat přes všechny problémy v léčbě dál. Naproti tomu ve Freemanově studii (1985, In Ratislavová a Kašová, 2009) bylo zjištěno, že téměř u poloviny zkoumaných žen léčených z důvodu své sterility a u 15 % mužů znamenala neplodnost nejhorší krizi v jejich životě. Někdy se tedy stává, že psychické napětí mezi partnery je tak silné, že se pár rozhodne léčbu přerušit. Z výzkumu Wischmanna (2003, in Ratislavová a Kašová, 2009) vyplývá, že téměř dvě třetiny párů nevyužijí nabídku všech možností léčebných zákroků, jelikož emocionální zátěž během léčby asistovanou reprodukcí se pro ně zdá být příliš vysoká.

Nezdolnost neplodného páru

Některé nejnovější výzkumy psychologie neplodných párů se zabývají neplodností z hlediska resilience³². Prvním, kdo publikoval výsledky výzkumu u 74 neplodných párů byl Kerry Daly (1999, in Sobotková, 2001), díky kterému vznikla originální teorie resilience u neplodných párů a je založena na čtyřech bodech:

- **Oddanost společnému cíli.**

Ačkoliv musí pár překonávat velké překážky v léčbě své sterility, vždy se vytrvale soustředí na vysněný cíl, to je dosažení rodičovství. Jejich naděje a upnutí se na cíl dokáže dodat páru sílu a schopnost vydržet psychicky, fyzicky i finančně náročnou léčbu. Jejich trpělivost a oddanost je jednou z neúčinnějších strategií resilience.

- **Pohybování se mezi pocitem kontroly a fatalismem.**

Fatalismus je popisován ve smyslu „osudu“, „stane se to, co se má stát“ a pocit kontroly znamená v tomto mínění „když se budu snažit, mohu výsledek změnit“. Neplodnost přináší pocity ztráty kontroly nad životními plány, jelikož pár nemá možnost tento osud zvrátit. V některých chvílích se partneři mohou naivně snažit získat za každou cenu kontrolu nad jejich situací, na druhou stranu resilience znamená, schopnost realisticky akceptovat nemožnost cokoli dělat.

- **Posun k dosažitelným cílům a změny v sebepojetí a vztazích v průběhu času.**

Schopnost resilience v tomto okruhu znamená reorganizaci životních cílů, pružnou reakci na vzniklé požadavky, orientaci na současnost, místo na budoucnost, tedy schopnost uvědomit si, že život si lze užívat i bez dětí.

- **Otevřenost v komunikaci a dostatek informací.**

Schopnost otevřeně hovořit s ostatními o problémech ve své reprodukční schopnosti pomáhá zmírnit společensky stigmatizující efekt nedobrovolné bezdětnosti. Pojmenování a odkrytí problému na veřejnosti může pro pár znamenat úlevu od stresu. Tento bod zahrnuje také vyhledávání zdrojů informací od specialistů a získávání další alternativní sociální podpory (např. od jiných bezdětných párů), které napomáhají páru při nezbytné změně jejich osobní i rodinné identity (Sobotková, 2001).

³² Resilience je dle psychologického slovníku Hartl a Hartlová (2009) označována jako odolnost, houževnatost a souhrn faktorů, které člověku pomáhá zdolat obtížnou životní situaci, například stres při nemoci. Díky optimistickému přístupu, pozitivnímu postoji, zdravému sebepojetí a sebeúctě, schopnosti efektivně řešit problémy či schopnosti sociální komunikace lze zmírnit důsledky nepříznivé situace i v případech, že ji nelze odstranit. Podle Sobotková (2001, s. 124) „*resilience není jen jednodimenzionální konstrukt nebo určitá vlastnost osobnosti, ale spíše schopnost zvládat situaci v nekončícím procesu měnících se okolností. Přetváří se a mění vlivem zkušeností a je velmi těžké ji nějak uchopit či změřit v termínech úspěšnosti*“.

3.6 Psychoterapie neplodných párů

Na některých místech u nás a v některých centrech asistované reprodukce se začíná rozvíjet psychologická pomoc neplodným párům. Díky spolupráci psychologa a lékařů dokáží tato centra nabídnout páru komplexní biopsychosociální služby. Nejčastějšími postupy psychologických terapií partnerů jsou: skupinové psychoedukační programy a individuální behaviorální techniky pomáhající při zvládnání úzkostných stavů.

Ve skupinových programech se jedinci učí porozumět své situaci neplodnosti, porozumět svým emocionálním reakcím na zátěžové situace, učí se, jak zvládat stres, způsobům, jak si uchovat pozitivní sebepojetí a získávají veškeré informace o možnostech a průběhu léčby metodami asistované reprodukce. V této skupině se lidé mohou svěřit se svým případem ostatním a získat tak sociální oporu a porozumění od lidí, kteří mají stejné nebo podobné problémy s neplodností.

Individuální programy jsou zaměřené na zvládnání úzkosti pomocí podpůrného poradenství pro jednotlivce a odhalení možných duševních bariér, které mohou bránit otěhotnění ženy. Důležité je odlišit, zda se u daného jedince jedná skutečně jen o úzkost pramenící z neschopnosti počít dítě, nebo o depresi, která se již nevztahuje pouze k dané neplodnosti, ale má řadu dalších činitelů. Terapie pomáhá i v případě bolestivé životní ztráty partnerů, kdy o plod žena přijde v době těhotenství nebo předčasným porodem hledáním jiných cest k naplnění jejich života a možností, jak v sobě znovu probudit radost ze života (Freundl et al., 2008; Sobotková, 2001). Podle Freundla et al. (2008, s. 149) „psychoterapie podporuje vnímání vlastních pocitů a přání. Jejich převedení do slov a schopnost o nich mluvit s partnerem, příbuznými a přáteli je dalším krokem za úlevou a snížením stresu.“

V některých případech párů se léčba stává přílišnou zátěží. Opakované neúspěchy v léčbě mají výrazné dopady na psychiku ženy či muže a jejich partnerský vztah. V těchto chvílích je lepší uvědomit si, že život bez dětí nemá pouze negativní stránky, ale je pouze vhodným doplňkem společného vztahu s partnerem. Někdy je důležité zklidnit se, dát si přestávku v hormonální léčbě a naučit se pozorovat vlastní tělo metodami přirozeného plánování rodičovství nebo začít relaxačními technikami (Freundl et al., 2008).

II PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍL VÝZKUMU

Neplodnost definovaná jako nemožnost zplodit dítě při nechráněném pohlavním styku do jednoho roku se zdá být rostoucím celosvětovým problémem. Nelze statisticky vyčíslit přesné údaje o počtu neplodných párů, z různých zdrojů však přichází varovné zprávy o tom, že problémy s plodností prožívají asi 2 miliony párů ročně. Každý pár má možnost se rozhodnout, jaké způsoby ve své cestě za vysněným dítětem zvolí. Ve srovnání s minulostí, mají dnes páry mnoho možností léčby svých poruch plodnosti.

Potíže s otěhotněním jsou vnímány ženami i muži velice odlišně. Domnívám se, že většina z párů vnímá tuto skutečnost jako prohru s přírodou, individuální selhání, ale i jako prohru společenskou, která v myslí lidí vyvolává různě psychické i sociální zatížení. Vžití tradiční postoje společnosti situaci postižených ještě zhoršují a páry považují své problémy jako nepříjemné, které jim evokují stres. Nedobrovolně bezdětní prožívají různé emocionální stavy, úzkosti, pocity viny, frustrace, deprese a jiné další negativní pocity. Stresové situace, které sebou přináší neplodnost a její léčba, mohou mít mimo jiné dopad na kvalitu partnerského soužití. Předmětem mé práce bylo zjistit, jaké měli dotazované páry motivy k rodičovství, jak se dokázali smířit se svou neplodností, jak odlišně tuto situaci prožívali muži a jak ženy v daném páru i emocionální průběh jejich další léčby. Dále jsem se ve svém výzkumu chtěla dobrat výsledkům, které zhodnocují kvalitu partnerství poté, co toto onemocnění zasáhlo jejich životní plány.

Výsledek výzkumu bude přínosný pro páry, které prožívají v současné době toto nepříznivé období jejich společného života. Tato práce jim může podat informace o tom, jak prožívali svou neplodnost jiné páry, podat jim pomocnou ruku při rozhodnutí podstoupit i jiné metody léčby neplodnosti, uvědomit si své reakce na zátěžové aspekty léčby a problémy, které mohou nastat v partnerském soužití. Účelem této práce může být také rozšíření obecného povědomí veřejnosti o hlubokých prožitcích nedobrovolně bezdětných párů a všech pozitivních a negativních z toho plynoucích pro osobní i pracovní život žen a mužů.

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo **zmapovat psychické prožívání neplodnosti párů a jejich důsledek na kvalitu vztahu.**

Z hlavního cíle vyplývají dílčí cíle:

1. Zmapovat, jak se liší motivy k rodičovství u žen a u mužů.
2. Popsat emoční prožívání jednotlivých fází řešení poruch plodnosti u žen a u mužů.
3. Odhalit možné problémy v partnerském vztahu způsobené neplodností z pohledu žen a z pohledu mužů.
4. Zjistit, v jaké fázi léčby neplodnosti jsou negativní emocionální prožitky žen a mužů nejintenzivnější.

4.1 Výzkumné otázky

K dosažení výše uvedených cílů stanovuji tyto výzkumné otázky:

1. Jaké byly motivy mužů a žen k rozhodnutí počít vlastní dítě a jaké faktory měly na tuto volbu vliv?
2. Jsou muži ochotni podstoupit lékařské vyšetření pro zjištění možných příčin andrologické neplodnosti?
3. Jaké jsou pocity mužů a žen při zjištění své neplodnosti?
4. Jak hodnotí neplodné páry přístup lékařů a informace specialistů při léčbě své neplodnosti?
5. Ovlivňuje neplodnost sexuální život partnerů? V případě že ano, jakým způsobem?
6. Má neplodnost a její léčba vliv na kvalitu vztahu mezi partnery? Pokud ano, jaký?
7. Jak prožívají průběh různých metod či fází léčby neplodnosti ženy a jak muži?
8. Které okamžiky léčby neplodnosti považují muži a ženy za nejvíce stresující?
9. Pociťovali muži či ženy tlak ze strany svého okolí kvůli tomu, že jsou doposud bezdětní?

5 METODY VÝZKUMU

Při plánování metod svého výzkumu jsem se snažila zachytit složitost případu, tedy popis emocionálních skutečností neplodných párů. Při výzkumu ve své předchozí bakalářské práci jsem zvolila metody kvantitativní. Zhodnotila jsem, že tento druh výzkumu má mnoho negativních rysů pro poznání reality nelehké situace páru a použití dotazníku ve zmíněné práci mělo malou vypovídací hodnotu o tom, jací respondenti skutečně jsou. Především z důvodu citlivosti daného tématu jsem se rozhodla v této práci provést důkladné prozkoumání jednotlivých případů, tedy kvalitativní analýzu pomocí intrinsitní případové studie. „*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů a informuje o názorech účastníků výzkumu*“ (Creswell, 1998, in Hendl, 2005, s. 50). Kvalitativní výzkum probíhá v přirozených podmínkách, které jsou pro poznání skutečných prožitků žen a mužů v daném páru velmi důležité. Významným faktorem plánování výzkumu byl správný výběr zkoumaných respondentů a rozhodnutí o vhodnosti položených otázek pro vybraný neplodný pár. Výhody kvalitativního výzkumu vidím v tom, že jsem mohla své výzkumné otázky v průběhu výzkumu modifikovat, přizpůsobovat vzniklé situaci a individualitě každého případu. Tento typ výzkumu je proto považován za emergentní či pružný typ výzkumu (Hendl, 2005). Výhodu intrinsitní případové studie spatřuji také v tom, že se mohu věnovat jen několika případům a poznat jejich emoce a prožitky více do hloubky (Stake, in Hendl, 2005).

5.1 Metoda sběru dat

Kvalitativní data byla sbírána prostřednictvím polostrukturovaného typu rozhovorů a doplňkové metody pozorování. Tyto dva typy získávání dat poskytují výzkumníkovi mnoho výhod, ale i určité nevýhody, o kterých se zmíním v následujícím popisu.

Polostrukturované (semistrukturované) interview je metodou, u které je kladen důraz na přirozenost komunikace s výzkumníkem a jeho nenásilný průběh, zároveň se však držíme určitého připraveného schématu, které je pro výzkum závazné. Cílem rozhovorů s dotazovanými páry bylo získat autentický pohled na situaci nedobrovolné bezdětnosti páru a jejich zkušenosti s terapií. Výhodou volby tohoto typu rozhovorů je, že není příliš důležité,

zda odpoví dotazující na všechny otázky dle pořadí, ale ponecháváme mu relativní volnost v jeho odpovědích. Respondent tak může formulovat vlastní postoje a rozšiřovat je tak, jak danou situaci emočně prožívá, co je pro něho v životě a jeho hodnotách významné. Poté se můžeme zaměřit na vysvětlení a upřesnění odpovědi doplňujícími otázkami, abychom pochopili, jak danou věc respondent přesně myslí, abychom ji dokázali do hloubky pochopit a správně interpretovat. Díky připravenému jádru interview získáváme určitý stupeň jistoty, že jsme všechna témata s respondentem probrali a zároveň individuální otázky, kterými prohlubujeme výzkum, nám podávají další kontextuálně vázané informace, které jsou užitečné zejména pro lepší uchopení problémů, které nás zajímají (Miovský, 2006).

Díky pozorování specifických znaků verbální a nonverbální komunikace, vnímání rozpoložení dotazované osoby a citového doprovodu mi umožnilo odhalit rozporuplné nebo konfliktní postoje participantů. Díky rozhovorům jsem zjistila, jaká situace je, jak léčba neplodnosti u párů probíhá a co si o ní respondenti myslí. Pozorování však představovalo zjištění, co se skutečně děje. Podle Hendla (2005) musí být pozorování v kvalitativním výzkumu promyšlené. Nejde jen o vizuální, ale i o sluchové, pocitové a čichové vjemy.

Typ těchto výzkumných metod, které jsem ve výzkumu zvolila, v sobě však skrývá také řadu nevýhod. Tím je zejména časová náročnost výzkumu a vzhledem ke zvolenému intimnímu a velice citlivému tématu rozhovoru také obtížné hledání respondentů, kteří jsou ochotni otevřeně hovořit o svých prožitcích, zdravotních problémech, zkušenostech s léčbou a rodinných vztazích.

5.2 Metoda výběru respondentů

Pro výběr dotazovaných respondentů jsem zvolila metodu příležitostného výběru ve spojení s výběrem technikou sněhové koule.

Jak jsem již zmínila výše, bylo nutné nalézt takové respondenty, kteří budou dobrovolně ochotni mluvit o svých zkušenostech s neplodností a její terapií. Diagnóza neplodnosti a zejména velice intenzivní emoční prožitky párů se týkají těch respondentů, kteří již déle než rok bojují s nedobrovolnou neplodností, ať již alternativními metodami léčby, farmakoterapií a jinými chirurgickými metodami, nebo navštěvují specializované pracoviště asistované reprodukce. Zároveň vyšší intenzita prožitků spojených s absencí rodičovství je u párů, které trpí primární neplodností, tedy prozatím se jim nepodařilo počít vlastní dítě. Sekundární neplodnosti, tedy takové, kdy pár již dítě má a nedaří se jim počít dítě další, jsem

se ve svém výzkumu snažila vyhnout a zaměřit se tedy pouze na páry, kteří jsou doposud bezdětní.

Kontaktování potenciálních respondentů výzkumu proběhlo několika způsoby: v rámci sítě přátel a známých, skrze internetové dotazy v diskusích o neplodnosti a technikou sněhové koule. Tato technika je založena na dotazování samotných respondentů, u kterých byl již proveden výzkum, o zprostředkování dalších nových kontaktů.

5.3 Zpracování dat

Záznam průběhu rozhovoru s respondenty jsem s jejich svolením zaznamenala na diktafon. Zvukový záznam je autentický, zachycuje veškeré kvality mluveného slova (intenzitu a výšku hlasu, různé pomlky apod.) a je pro výzkumníka velkou pomůckou pro zpracování rozhovorů, který bych nebyla schopna věcně zaznamenat pouze pomocí vlastního písemného zápisu (Miovský, 2006).

Po ukončení rozhovoru jsem téměř ihned zaznamenala na papír své poznámky, které jsem měla uchovány ve své mysli, získané z pozorování daného páru. Týkaly se oblastí témat: jaký na mě chování páru udělalo dojem, nonverbální projevy partnerů, náznaky vzájemných projevů lásky mezi partnery, posouzení temperamentu zkoumaných osob apod.

Další fází procesu zpracování audio záznamu byla transkripce dat, tedy přepis zvukové nahrávky do textové podoby. Již při této transkripci jsem provedla určitou redukci dat, tedy odstranění delších pomlček, doprovodné slova a zvuky, odstranění fází rozhovoru, které zachycovali i hovor mimo stanovené téma, např. pro uvolnění atmosféry, přesnější vysvětlení otázky apod. a nenesly žádnou důležitou informaci. Pro srozumitelnost záznamu jsem některá slova a místní argot převedla do spisovné češtiny. Při této redukci dat jsem výrazně dbala na to, aby nedošlo ke ztrátě cenných dat nebo jejich zkreslení.

Poslední fází zpracování takto upravených dat před jejich analýzou byla jejich organizace a třídění. Jednotlivé fáze rozhovoru jsem rozdělila do analytických jednotek, ty jsem dále kategorizovala a přiřazovala jim kódy tedy vlastní symboly. Vzniklé kódy jsem poté znovu spojovala v důležité koncepty, a posuzovala tedy vzájemné souvislosti, shody a rozpory mezi vyjádřením ženy a muže (Miovský, 2006; Hendl, 2005). Výslednou analýzu dat získanou z takto zpracovaného rozhovoru jsem vykonala se zřetelem ke stanoveným výzkumným otázkám.

5.4 Průběh a organizace výzkumu

O metodě výběru respondentů jsem se zmínila již v kapitole 5.2. Již při prvotním telefonickém či osobním rozhovoru jsem dotazované stručně informovala o tom, o jaké téma diplomové práce se jedná, co je jejím cílem, jakým okruhem témat se rozhovor bude zabývat, na která citlivá místa vztahu partnerů se budu ptát a jeho časová náročnost.

Po souhlasu obou respondentů jsem si s párem domluvila termín osobní schůzky, který se konal dle dohody v jejich domácím prostředí, nebo přijeli domů oni za mnou. Setkání s partnery bylo vždy započato krátkou neformální konverzací. Tím jsem zajistila určité uvolnění atmosféry, zároveň jsem však získala také důležité informace o fungování vztahu mezi mužem a ženou. Aplikovala jsem tedy ihned metodu pozorování. Záznam z tohoto pozorování jsem však netvořila rovnou před zraky respondentů, ale až po rozloučení s nimi.

Dále jsem účastníky výzkumu informovala o jeho průběhu. K tomu, abych mohla zjistit přesné informace o kvalitě partnerského soužití bez ovlivnění druhé strany, bylo nutné provést v každém páru rozhovory tři. Nejprve jsem potřebovala zjistit souhrnné informace o zkušenostech s neplodností a její léčbou při rozhovoru, který probíhal při společné účasti obou partnerů. Následně poté jsem měla za cíl provést samostatný rozhovor s mužem a s ženou. Záměrem bylo zjistit emoční prožitky muže a ženy v jednotlivých fázích léčby neplodnosti, jaký pohled má jedinec na druhého partnera, jak pociťuje jeho emoční labilitu, ochotu pomoci, komunikaci o citlivých problémech atd., související se zjištěním důležitých hodnot a případně problémů partnerského soužití.

Ujistila jsem páry o etických skutečnostech, které budu ve své práci respektovat. Páry souhlasily s využitím jejich sdělení pouze pro tento výzkum a s tím, že nebudou dále šířeny okolní veřejností. Citlivé údaje o jménech lékařů, zaměstnavatelů apod. byly při transkripci vypuštěny. Jména partnerů byla v analytické části pozměněna. Průběh rozhovoru byl zaznamenáván na diktafon mého mobilního telefonu, tuto skutečnost jsem účastníkům před jeho začátkem znovu oznámila. Žádný z párů nesouhlasil s tím, že bude celý audio záznam doplněn k této práci jako příloha. Poté jsme přešli k samotným otázkám rozhovoru. Dotazy byly kladeny podle předpřipravené posloupnosti. Nejprve se týkaly základních údajů, např. věk, vzdělání, zaměstnání, náboženské vyznání, poté jsem přešla k otázkám otevřeným. Ty směřovaly od počátku plánování rodičovství, přes zjištění této nemoci a prožitky ve spojitosti s jeho léčbou. Délka rozhovoru se lišila případ od případu, délky nedobrovolné bezdětnosti a složitosti její léčby. Žádný z nich však nebyl kratší než 1 hodinu.

Po celou dobu rozhovoru jsem se snažila jednat s páry vstřícně a s ohledem na jejich nelehkou situaci také velmi citlivě. V průběhu interview jsem někdy zasáhla i vlastním vyprávěním svého příběhu, a poukázala na to, že jsem nejen autorem výzkumu, ale zároveň se umím vcítit do emočních prožitků partnerů a být k nim empatická.

Za provedený rozhovor jsem respondentům poděkovala a odměnila je drobným dárkem. V několika případech jsem se s partnery více zapovídala o dalších historkách jejich života. I díky tomuto neformálnímu rozhovoru jsem získala mnohé další relevantní informace pro tento výzkum.

6 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Všichni účastníci studie, které jsem kontaktovala, splňovali předem stanovená kritéria pro mé výzkumné šetření. Byly to páry doposud bezdětné a řešící svou nemožnost počít vlastní dítě déle než jeden rok. Celkem jsem získala 7 párů, které souhlasily, abych s nimi provedla hloubkový rozhovor o své situaci nedobrovolné bezdětnosti.

6.1 Základní informace o výzkumném vzorku

Základní informace o respondentech jsem získala v první části rozhovoru, který jsem směřovala na zodpovězení elementárních dotazů na život páru a jejich průběh plánování početí vlastního dítěte.

Tabulka č. 5: Základní údaje o výzkumném vzorku³³

Pár č.	Jméno	Věk	Vzdělání	Stres v zaměstnání, ztížené prac. podmínky	Délka partner. vztahu	Doba snahy o početí	Příčina neplodnosti	Počet neúsp. pokusů CAR
1.	Petra	35	vysokoškolské	ne	7 let	4 roky	gynekologická	1
	Jan	43	vysokoškolské	ne				
2.	Milada	32	vyšší odborné	ano, stres	4 roky	2 roky	gynekologická	2
	Martin	32	vysokoškolské	ne				
3.	Lenka	33	středoškolské	ztížené podm.	5 let	1,5 roku	andrologická	0
	Tibor	35	SŠ bez maturity	ne				
4.	Dana	35	středoškolské	ne	12 let	3 roky	gynekologická	3
	Robert	32	SŠ bez maturity	ne				
5.	Nina	32	středoškolské	ztížené podm.	7 let	6 let	gynekologická	6
	Zdeněk	44	SŠ bez maturity	ztížené podm.				
6.	Jitka	36	vysokoškolské	ano, stres	3 roky	2,5 roku	andrologická	0
	Tomáš	35	vysokoškolské	ano, stres				
7.	Pavlna	34	středoškolské	ano, stres	16 let	3 roky	andrologická	1
	Petr	37	středoškolské	ne				

³³ Jména partnerů byla v zájmu zachování anonymity respondentů pozměněna.

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že výzkumný soubor tvořili lidé ve věkovém rozmezí od 32 do 44 let. Jejich procentuální vyjádření je vyjádřeno v následující **tabulce č. 6**. Nejčastěji jsem mluvila s lidmi s dosaženým vysokoškolským nebo vyšším odborným vzděláním (6 osob) a středoškolským vzděláním s maturitou (5 osob). Délka vztahu páru se pohybovala od 3 do 16 let. Nejčastější příčinou neplodnosti páru byla porucha gynekologická (4 páry). Andrologická příčina neplodnosti byla zjištěna u 3 dotazových párů.

Tabulka č. 6: Věkové rozmezí respondentů a jejich procentuální vyjádření

Věk	Muži		Ženy	
	Četnost (n)	Relativní četnost (%)	Četnost (n)	Relativní četnost (%)
30 – 34	2	28,57 %	4	57,14 %
35 - 39	3	42,86 %	3	42,86 %
40 - 44	2	28,57 %	0	

7 PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÝCH ŠETŘENÍ

V této kapitole jsou prezentovány výsledky výzkumného šetření, které jsou předkládány pomocí případové studie sedmi párů, tedy i samostatně sedmi mužů a sedmi žen. Má snaha byla vysvětlit situaci neplodnosti jednotlivých případů s odlišnými charakteristikami, a pro zachování kontinuity analýzy, neodpovídám v níže uvedených případových studiích na jednotlivé výzkumné otázky, ale text jsem rozdělila do tematických celků, kde je jejich význam obsažen.

7.1 Případ 1: Petra a Jan

Petra a Jan žijí ve vlastním novém bytě na předměstí velkoměsta. Petra, které je nyní 35 let, má vysokoškolské vzdělání a pracuje jako učitelka na prvním stupni Základní školy. Janovi je 43 let, také vystudoval vysokou školu a nyní pracuje ve vlastní firmě zaměřené na výrobu dřevěného nábytku. O zakázky nemá nouzi. Pár je schopen svému budoucímu dítěti zajistit veškeré zázemí. Vztah partnerů trvá již 7 let, z toho 5 let jsou manželé.

Motivy k rodičovství

Petra a Jan začali plánovat rozšíření své rodiny přibližně před čtyřmi lety. Nejprve cestovali, užívali si, Petra ještě dálkově dostudovala vysokou školu. Dítě bylo dlouhodobým přáním obou partnerů. Muž uvedl, že partnerku, jako je Petra už hledal dlouho a měl zkušenost z předchozího manželství, kde jeho touha po dětech nemohla být naplněna. Jan řekl: *„Vždy jsem si přál mít dítě, můžu říct, že jsem v podstatě intuitivně svou partnerku podle toho vyhledával, aby byla ‚pro rodinu‘ a ne jako některé jiné ženy, které se jen zabývají sami sebou. Kvůli tomu skončilo i moje předchozí manželství, protože já děti chtěl, ona ne, zabývala se jen svou kariérou. Ted' jsem si jist, že jsem našel tu pravou, se kterou se na dětech shodneme.“* Shodu tohoto partnerství vystihuje i Janova partnerka Petra, která si intenzivně přeje mít dítě a tyto její životní hodnoty preferuje již od dětství. Petra: *„Našla jsem toho pravého, jak se říká s velkým ‚P‘. On chce děti, já také. Já si přeju mít děti už vlastně od dětství. Vždycky jsem chtěla děti. Abych řekla pravdu, bylo mi jedno s kým. Měla bych je klidně i sama. Ale, s Jendou bychom byli dobrá rodina. Umím si představit společné večery, jak tady sedíme všichni na gauči a povídáme si... jsme tu prostě sami, něco nám chybí.“*

Diagnostika neplodnosti

Manželé nejprve zkoušeli počít dítě přirozenou cestou. Pár se zpočátku příliš intenzivně neupínal na otěhotnění ženy, proto svou bezdětnost neřešili již po prvním roce, jak bývá obvyklé. Petra docházela na rehabilitační cvičení podle Ludmily Mojžíšové a na doporučení své gynekoložky si zapisovala křivku bazální teploty. Přibližně po třech letech neúspěšných snah došlo nejprve k diagnostice spermatu muže. Jan byl ochotný podrobit se tomuto vyšetření bez problémů. Jan: *„Snažím se ke všem věcem v životě přistupovat racionálně, bylo to potřeba, tak jsem se nezamýšlel nad tím, jestli je mi to příjemný nebo ne. Myslím si, že je to na přístupu toho chlapa, pro mě to nebylo tak hrozný, i když pravidelně bych chodit nechtěl.“* Janova ochota podrobit se tomuto vyšetření byla kladně hodnocena jeho partnerkou. Ta uvedla: *„Byla jsem ráda, že na to šel, protože, mám kamarádku, kde ten problém s tím byl hodně velký. Takže jsem i já na to myslela, co mi nato řekne, a on: ‚jasná věc‘. Tak mě to potěšilo.“* Hodnoty výsledků spermiogramu muže byly průměrné. Poté se Petra podrobila diagnostickému laparoskopickému vyšetření, při kterém jí byla zjištěna neprůchodnost obou vejcovodů. Zjištění neplodnosti nesl pár statečně a téměř okamžitě byli odhodláni bojovat léčbou s pomocí asistované reprodukce. Petra částečně tušila, že určité problémy s neplodností mít bude, jelikož měla v dětství operaci slepého střeva a v dospívání časté gynekologické záněty. Jan se snažil Petru utěšovat a být jí oporou, sám se nezabýval tím, že by jejich situace neplodnosti nebyla neřešitelná. Petra: *„Od malička nás tak trochu strašila s maminkou myšlenka, že budu mít problém s otěhotněním, teď navíc mám už nějaké roky. A tak to opravdu přišlo, vzalo mě to, ale mohlo to být i horší si myslím. Manžel je inteligentní citlivý člověk, na chlapa až moc. Povídali jsme si o tom, opora byl pro mě veliká. Chtěla bych s tímto mužským dítě. Byla jsem odhodlaná hned od začátku pro to udělat maximum.“*

Přístup lékařů

Přístup gynekoložky hodnotí pár jako dobrý a sdělení z její strany byly dostatečné, ačkoliv posléze ještě získávala Petra další informace prostřednictvím internetu a diskusních skupin. Pár se podílel na vyhledávání společně. Jan uvedl, že některé informace získali taky prostřednictvím komunikace s lidmi v čekárně asistované reprodukce a prostřednictvím přátel, řešících podobné problémy s neplodností. Přístup specialistů na zmíněné klinice asistované reprodukce hodnotí pár jako vynikající. Diagnostika na specializovaném pracovišti probíhala formou urologického, imunologického a gynekologického vyšetření. Jan: *„Já jsem byl vlastně takhle poprvé se svou ženou v ordinaci, předtím jsem se toho nemohl nijak účastnit, takže můžu pozitivně hodnotit hlavně to, že jsme v tom byli spolu, že jsem už nebyl ten,*

co by dostával info jen zprostředkovaně, přes Petru. Bylo nám vysvětleno vše, co jsme chtěli vědět, a pak jsem viděl poprvé taky vyšetření ultrazvukem, takže, pro mě dobré.“
Petra: *„Napoprvé, když jsme tam byli, tak jsem se moc dobře necítila, když mě doktor vyšetřoval před manželem, trochu jsem se styděla. Ale, jinak přístup super. Honza si pokecal s doktorem...“*

Další léčba

Průběh léčby neplodnosti pokračoval rozhodnutím páru podstoupit umělé oplodnění metodou IVF, na kterém se podíleli finanční částkou ve výši přibližně 30 tisíc Kč. Hormonální příprava na odběr oocytů probíhala injekcemi ve formě pera, které si aplikovala žena sama. Poslední injekci, která spustila danou ovulaci, pomohl ženě aplikovat Jan. V průběhu hormonální stimulace se žena cítila dobře, jen si stěžovala na „nafouknuté břicho“. Jan nepocíťoval, že by docházelo k nějaké změně v chování Petry v průběhu hormonální stimulace. Petra: *„Byla jsem hrozně moc šťastná, vždyť šlo vlastně o výrobu miminka. Je to hrozně zajímavé až nemožné, že takhle se dá otěhotnět, věřila jsem, že se to povede napoprvé. Nepříjemná je akorát bolest vaječníků, když vám v nich rostou vajíčka, to se nemůžete ani zohnout, jak jste nafouklá. U odběru vajíček jsem byla v celkové anestezii, takže bolest po probuzení odezněla. Oplodněná vajíčka vám zavádí pomocí pipety do dělohy a vůbec to nebolí. Hlavně jsem se bála, aby nevyklouzly.“*

Období po umělém oplodnění prožíval pár pohodově. Jan chodil do práce, vracel se tedy až večer, ale snažil se být Petře nápomocen zejména svou duševní podporou. Večer si s ní povídal a pouštěli si filmy. Maminka pomáhala Petře ve všech v domácích činnostech. Petra byla rozhodnutá neponechat nic náhodě a vzala si ve svém zaměstnání dovolenou. Petra: *„(...) snažila jsem se být v klidu, první dny jsem celé proležela. Četla jsem optimistické knížky a časopisy, telefonovala. Od spousty lidí jsem měla podporu. Manžel byl senzační, i když byl celý den v práci, tak večer přišel, kolikrát donesl i něco k jídlu. Pak jsme koukli na nějaký hezký film třeba. Přes den u mě byla hodně mamka, která mi vařila.“*

Za nejvíce stresující fázi léčby pomocí metody IVF považuje Petra: *„Asi si každý den píchnout hormony do břicha, udělat kožní řasu a pích.“* a Jan: *„Nevím. Snad pro každého chlapa je fajn, když se to povede přirozeně a ne s nějakou pomocí, jako pocit ploditele. Jinak ty postupy nejsou nijak drastický, je to vlastně hrozně zajímavý ten postup IVF.“*

První pokus touto metodou byl pro pár neúspěšný. Prožitky muže a ženy se po nezdárném pokusu lišily. Jan: *„Bylo to blbé, no, ale, já jsem chlap, snažil jsem se spíš utěšovat manželku. Já jsem to bral, že to prostě tak být nemělo a že vlastně, ještě to není tak úplně dítě... to jsem*

ale neměl říkat jí, že...“ Petra: „Když jsme se dozvěděli, že se to nepovedlo, tak až potom několik dnů jsme moc nemluvili a každý se s tím vyrovnával po svém. Já si pobřežela a manžel seděl u počítače a hledal, kam poletíme na dovolenou, je vážně senzační a obrovská opora. S tímhle chlapem chci hrozně moc dítě.“

Manželé se téměř okamžitě po nezdárném pokusu rozhodli, že budou ve své léčbě na klinice reprodukční medicíny pokračovat, ale netušili, že mezi těmito pokusy musí být z lékařských důvodů učiněna přestávka v délce min. pěti měsíců. Díky tomu, že žena neměla tolik oplodněných vajíček a nebyly další vajíčka zmrazeny, musel pár celý proces absolvovat znovu, včetně hormonální přípravy, která v době tohoto rozhovoru u páru právě probíhá. Petra se vyjádřila: *„Ted’ mám sice takovou větší jistotu. Už vím, jak to celé bude probíhat, už jsem to všechno jednou měla, ale zároveň, ...velký strach. Z toho, že to zase nevyjde. Toho se bojím nejvíc. Jen vím, že ted’ už teda doma nebudu. Že půjdu po tom normálně do práce, protože, pak jsem na to stejně myslela... ted’ je hlavně ve mně ta nervozita. Ale, já si teda myslím, že se chovám stále stejně, že změny nálad nemám. On Honza ví, že se bojím, mluví se mnou, nebo aspoň dělá, že mě poslouchá. Mě to pomáhá.“* Jan: *„Petra se chová asi normálně, nevím, povídáme si o tom. Já z toho nervózní nejsem. Zatím ne.“*

Kvalita vztahu mezi partnery

Kromě několika krizí na počátku partnerského vztahu (Janovo předchozí manželství), které pár dokázal překonat, je tento problém jediným závažným problémem v jejich vztahu, který společně řeší prostřednictvím kliniky asistované reprodukce. Jejich vztah se zdá být dle slov obou partnerů před i v průběhu léčby neplodnosti harmonický, což vyplývá i z mého pozorování. Pár se k sobě choval láskyplně. Jan před rozhovorem pomohl Petře udělat kávu, občas ji pohladil, nebo naopak humornými poznámkami pošádil. Při odděleném rozhovoru se mi líbilo, že muž dokázal velmi citlivě mluvit o psychických obtížích své ženy. Stejně tak i Petra mluví o svém partnerovi jako o muži snů, se kterým si velmi intenzivně přeje mít dítě. Ve vztahu panuje vzájemná úcta, věrnost a zejména vzájemná komunikace o problémech, kterou považuji ve vztahu za velmi důležitou.

Neplodnost a její léčba kvalitu vztahu utužila a posílila. Z vyjádření Petry v mnoha dotazech vyplývá, že Jan jí byl a stále je velkou psychickou oporou. Petra: *„(...) tohle všechno nás ještě více spojilo a cítíme se jako partneři a spojenci.“* Napětí se mezi manžely vyskytlo pouze několik dnů po sdělení negativního výsledku IVF. Jan řekl: *„Jan (P1): „No už to nebylo tak bezstarostné jako předtím, když jsme si mysleli, že žádný problém nebude. Pro to naše budoucí společné dítě ale uděláme maximum.“*

Při samostatném rozhovoru s jednotlivci jsem se také ptala na vliv neplodnosti na sexuální život partnerů. Oba partneři se vyjádřili shodně a to tak, že neplodnost jako taková jejich pohlavní styk neovlivnila. Pouze ji ovlivnilo vynechání pohlavního styku v průběhu hormonální přípravy a následně po prvním oplodnění IVF, pár však toto přerušení nehodnotí, jako něco, co by bylo nepřekonatelné, nebo závažné. V průběhu zkoušení početí dítěte přirozenou cestou pár pokaždé nedodržoval doporučení gynekoložky provést koitální aktivitu v konkrétní den ani nedodržoval striktně její pravidelnost ve frekvenci 3x – 4x týdně.

Tlak okolí

Manželé mají ve svém okolí přátele i rodinu, kterým se svými problémy svěřili. Oběma partnerům jsou velmi nepříjemné dotazy ostatních, kolegů v práci apod., zda a kdy budou mít konečně také vlastní dítě. Jan se svěřil s řešením neplodnosti svému blízkému kamarádovi a rodině. Jan: „(...) *občas o tom mluvíme, ale je mi to povídání nepříjemné, raději bych jim hrdě oznámil, že se to povedlo.*“ Petra se svěřuje se svými problémy své mamince a několika kamarádkám. Mimo jiné má také blízkou kamarádku, která má stejnou zkušenost s IVF a nyní již má vlastní miminko. Dále se k tomuto problému vyjadřuje: „*Rozhodně se nikomu nevyhýbám, ale je mi někdy líto, že někdo otěhotní. Samozřejmě jí to přeju, ale ptám se: ‚Kdy já?‘. Děti mám moc ráda a moc ráda si je u kamarádky pochovám, nezávidím jim jejich dítě, já chci svoje dítě s mým manželem. Prostě něco z nás, ne cizí dítě.*“

7.2 Případ 2: Milada a Martin

Milada žije s Martinem 3,5 roku v novostavbě rodinného domu na vesnici, který postavila se svým předchozím dlouholetým partnerem. Milada, které je 32 let, vystudovala vyšší odbornou školu počítačového zaměření a pracuje v administrativě. Ve svém zaměstnání je vystavena časté stresové zátěži. Martin je o půl roku mladší než Milada, má vysokoškolské vzdělání a pracuje jako projekt manažer staveb v zemědělství. Mnoho času ve své práci tráví na cestách v rámci české republiky. Jeho práce ho naplňuje, jelikož obnáší jak práci fyzickou, tak řídicí, je provázena změnami a nepůsobí stereotypně. Pár je finančně zatížen hypotékou, ale dokázal by svému budoucímu dítěti zajistit velmi dobré zázemí. Milada se seznámila s Martinem před 4 roky a svůj vztah stvrdili manželstvím před rokem a půl.

Motivy k rodičovství

Plánovat své miminko začal pár ještě před manželstvím a doba snahy o početí je nyní přibližně 2 roky. Ze soukromého rozhovoru s Miladou jsem zjistila, že ona mateřské pudy intenzivně nepociťuje, ale bezdětná by zůstat také nechtěla. Její rozhodnutí bylo ovlivněno některými faktory. Prvním nejdůležitějším je limit věku, který si začala uvědomovat po 30. roce svého života. Dítě by také bylo pro Miladu určitým vysvobozením a únikem na mateřskou dovolenou ze stresového zaměstnání. Stres na ni působí nejen díky pracovní náplni, ale také díky ženskému kolektivu ve své kanceláři, který není zcela ideální. Kolem Milady se čím dál častěji vyskytují ženy, kamarádky a spolužačky, které jsou těhotné, nebo již děti mají a také toto sociální okolí mělo vliv na rozhodnutí začít plánovat vlastní dítě.

Milada uvedla: *„Nevím, jestli je to dobré teď říct, ale, já bych řekla, že až tak moc si dítě vlastně nepřeju, jako některé maminky. Moje švagrová, ta vždycky chtěla děti, já to tak silně necítím. My jsme vlastně s Martinem začali myslet na děti kvůli mému věku, že bychom je taky už nikdy mít nemuseli... A taky moje spolužačky ze školy, všichni naši kamarádi, kolem nás už taky mají děti... A taky kvůli práci, je to tam šílené, prostě babinec, pomluvy, asi bych odtamtud chtěla pryč, ale teď si hledat práci... když vám všude řeknou, že vy určitě plánujete děti...“*

Martin se rozhodl pro děti na základě rozhodnutí své ženy, samo by ho to asi nenapadlo, možná také z důvodu své pracovní vytíženosti. Většina blízkých přátel Milady a Martina také má již děti a svůj život bez dětí si neumí představit. Martin řekl: *„My jsme se rozhodli pro děti tak nějak z rozumu, spíše mě k tomu trochu dotáhla Milada, já sám bych o tom možná ani nezačal přemýšlet. Je to tak, že kolem mě všichni kamarádi už mají děti, nějak se ty rodiny kolem nás rozrůstají, tak proto.“*

Diagnostika neplodnosti

Partneři se nejprve pokoušeli zplodit dítě přirozenou cestou. Milada užívala přírodní antioxidanty na pročištění organismu. Později na základě pozorování ultrazvukovým vyšetřením užívala lék Clostilbegit na podporu ovulace, ke které nedocházelo. Přibližně po roce neúspěšných snah provedl gynekolog vyšetření spermatu muže na spermioqramu. Martin se vyjádřil, že vyšetření mu problém nedělalo, bral to jako nutnost, přirozenou věc, která k tomu patří. Martin: *„Není to věc, na kterou by se člověk těšil, je to spíše něco méně obvyklého. Ale nepřemýšlel jsem o tom, že bych to udělat nechtěl.“* Milada se také vyjádřila k procesu odběru spermií: *„Vzpomínám si, jaké to bylo hrozné, když jsme to tam měli donést sami. My z toho oba byli samozřejmě strašně nervózní. Mě to přišlo hrozně nepřirozené.“*

Pak to musel udělat sám. Úplně taková trapná situace, oba jsme o tom pak mlčeli. Mě ale přišlo, že to pro něho muselo být strašně nepříjemné. Prý asi nebylo, ale mě to pak bylo trapné při každém dalším odběru, když šel do té místnosti (pozn. v CAR). Byla jsem ráda, že byl ochotný tam jít. Pro mě tohle bylo horší, než sama podstoupit své zákroky.“ Výsledné hodnoty spermiogramu nevykazovaly žádné neobvyklé skutečnosti, které by bránili z andrologického hlediska přirozenému otěhotnění ženy. Milada poté podstoupila laparoskopické vyšetření v celkové narkóze, při které jí byla zjištěna endometrióza a odstraněny dvě cysty, které bránily spermiím v cestě k vajíčku. Mimo tuto skutečnost trpí Milada také výraznou anémií, na kterou již mnoho let užívá železo. Diagnózu gynekologické neplodnosti přijal pár bez intenzivních negativních emocí, ostatně pesimistická Milada tak trochu s určitými problémy dopředu počítala. Milada udala: *„Trochu jsem tušila, že budu mít problémy otěhotnět. Např. jsem někde četla, že ženy, kterým v dětství rozháněli slepáka ledem, mají problémy s otěhotněním. A já na tom byla v dětství třikrát. Pak taky mám dlouhodobě problémy s krví, se silnou menstruací... Asi to je trochu taky v té hlavě. Všichni vědí, že já jsem pesimista, já o sobě říkám, že jsem realista, a vidím už dopředu problémy, které mohou nastat. Takže, s tím, že mám endometriózu, jsem se smířila úplně v pohodě. Pak jsem si i hodně o tom přečetla na internetu, jak se to řeší, tak jsem věděla...“*. Martin řekl, že nezaznamenal na Miladě plačtivost nebo negativní prožitky ve spojitosti s neplodností a bral situaci realisticky slovy: *„vše se dá dnes už vyřešit“*.

Přístup lékařů

Pár byl dlouho nespokojen se svým gynekologem. Miladě vadilo, že její lékař ji podával jen strohé informace o jejím zdravotním stavu a situaci neplodnosti zlehčoval. Z jeho přístupu byla zklamaná a zároveň v napětí, protože téměř nevěděla, co se v jejím těle děje. Milada: *„Se svým gynekologem jsem rozhodně spokojená nebyla. Chtěla jsem přestoupit k jinému, ale pak jsem si zase říkala, že on mě zná už tak dlouho, chodí k němu i moje mamka... Stále nic nedělal, jen předepisoval léky na ovulaci, ta stále nepřicházela. Hlavně, on je takový málomluvný, nic neřekne, když se ho sama nezeptáte.“* Na základě povrchních zpráv od lékaře prostřednictvím Milady byl z přístupu gynekologa rozčarován i Martin: *„Informace od gynekologa byly takové nejasné, a snad mu bylo i nepříjemné, když se na něco manželka zeptala.“*

Proto se pár rozhodl kontaktovat centrum asistované reprodukce bez doporučení svého lékaře. Přístup specialistů na této klinice hodnotili manželé jako zcela odlišný, v pozitivním smyslu. Milada: *„(...) já jsem to jen zkusila tam zavolat a řekli mi, že doporučení od svého*

lékaře mít nemusím, tak jsem byla ráda. Chodíme teď tam a svému gynekologovi jsem to zatím neřekla. Ten přístup byl prostě úplně jiný. To se prostě nedá srovnat. Tady řekli úplně všechno do detailů. I ta technika je lepší. Celé ultrazvukové vyšetření vidíte na obrazovce před sebou.“ Martin měl k přístupu specialistů drobné výhrady: *„No, já bych k tomu ale zase chtěl trochu dodat, že nám tam sice řekli opravdu všechno, to jo, ale člověk měl taky tak trochu pocit, že je spíše v ‚továrně‘ na děti – že se stává položkou na seznamu. Jde to tam všechno strašně rychle, až hekticky.“*

Další léčba

Kroky specialistů na klinice asistované reprodukce hodnotí pár výrazně pozitivně. U ženy bylo provedeno gynekologické vyšetření, odběr krve, u muže znovu proveden spermioqram. Veškeré zdravotní skutečnosti a průběh léčby byli manželům detailně vysvětleny s pomocí ilustrativních obrázků a grafů s procenty úspěšnosti. Pár se nejprve rozhodl podstoupit několik pokusů nejjednodušších metod pomocí intrauterinní inseminace. Jeden pokus touto metodou stál 1000 Kč. Dva tyto pokusy byly neúspěšné. Nyní se chystají na třetí pokus touto metodou. V případě dalšího neúspěchu je pár rozhodnut, že podstoupí složitější a nákladnější léčbu metodou IVF. Milada nebyla po prvním neúspěšném pokusu touto metodou příliš zklamána, tak trochu s tím i počítala, že to hned napoprvé nevyjde. Druhý neúspěch byl provázen větší nervozitou a byl spojen asi s jednodenní plačtivostí. Milada vysvětlila své prožitky: *„Při prvním pokusu jsem ani nepočítala s tím, že by to vyšlo, však ty doktoři tam říkali, že procento úspěšnosti je 15 %, tak jsem v to ani moc nevěřila. Ale, to napodruhé, to už mě bylo trochu líto. Vlastně nevím proč, já si snad myslím, že se u mě najednou vyskytl takový strach, že to nikdy nedopadne, tak jsem pak asi fakt jeden den celý probrečela, ale nemůžu říct, že bych se s tím nějak špatně srovnávala, prostě druhý den zas dobré. Možná bylo více věcí, co se najednou událo...“* Milada také trochu mluvila o tom, že se jí nelíbil přístup jejího manžela, který vše bral úplně v pohodě, ničím se netrápil, dopředu s tím nepočítal, že by to vyšlo. Milada: *„(...) to si vzpomínám, já jsem tady chodila, brečela, a on jen – proč jako brečím?...Prostě, vůbec mu to nějak nedošlo, že to nevyšlo. Nijak se s tím netrápil.“*

Martin se vyjadřuje ke svým emocím a prožitkům manželky po neúspěchu léčby takto: *„Věřím tomu, že se to nakonec povede, tak mě to nějak zásadně nenervovalo. Je to dané i mojí klidnou povahou. Řeším problém, až když nastane a nepřemýšlím o všech možných černých scénářích, nemá to podle mě smysl.“*

Za nejvíce stresující fázi léčby považuje Milada období čekání a nevědomosti při pravidelných vyšetřeních u svého gynekologa: „(...) *to furt jsem tam chodila a furt nic. Nic jsem nevěděla. Jen mi vždycky řekl: ‚ne, ta ovulace tam neprobíhá‘. Když jsem se ho zeptala, co je za problém, tak prostě buď neodpověděl, nebo to zase převedl do těch svých humorných poznámek, ať se doma pečlivě věnuju manželovi.*“ Martin nevěděl, jak na tuto otázku odpovědět: „*Ted' zrovna mě nic nenapadá, asi by to byla možná nějaká drobnost.*“

Kvalita vztahu mezi partnery

Manželé spolu prozatím neprošli žádnou velkou krizí vztahu. Ani tuto neplodnost nepovažují za něco, co by jejich vztah mělo měnit. Neplodnost nezpůsobila v manželství problémy, zároveň ho také neposílila. Drobné neshody v partnerství panují, důvodem je někdy nízká komunikace mezi partnery a pak drobnosti spojené s běžnými domácími činnostmi, úklid apod. Milada: „*Co se týče neplodnosti, tak to nás nijak asi nepoznamenalo, nebo o tom nevím. Možná tím, že jsme ještě neprošli vším, jsem v tom relativně krátce, nebyli jsme ještě na tom IVF. (...) co se týká nás, tak tam občas nějaké výčitky probíhají, hlavně ode mě k němu. Řeším jeho nepořádek, jeho málomluvnost..., je to chlap a ještě k tomu flegmatik, co o tom víc říct...*“ Martin: „*Myslím, že se náš vztah až tak zásadně nezměnil, krizová období jsme prožívali předtím i potom co jsme řešili neúspěšné početí.*“

Pár na mě při společném rozhovoru působil vyrovnaně. Zejména bych ráda vyzdvihla jejich výraznou ochotu mi pomoci ve výzkumu, vyjádřit se ke všem skutečnostem otevřeně a bez výhrad. Oba partneři byli velmi sympatičtí lidé, řekla bych až příliš hodní a skromní. Manželé se přede mnou spíše styděli projevovat svou vzájemnou lásku, přesto si myslím, že v jejich vztahu láska a úcta panuje. Milada je dle mého názoru velmi citlivá žena, dokázala vysvětlit své emoce velmi zřetelně. Zároveň bych řekla, že je introvertní a stydlivý typ, někdy mluvila velmi potichu. Martin byl komunikativní méně, je to velmi klidný člověk a svým spisovným způsobem vyjadřování na mě působil velmi inteligentně. Nad každou otázkou se chvíli rozmýšlel, problémy mu dělalo vyjádření emocí. Dokázal mluvit spíše o skutečnostech postupu léčby, než o prožitcích svých či své manželky.

Co se týče otázek na sexualitu páru při odděleném rozhovoru, manželé se vyjádřili téměř shodně. Určité problémy v pohlavním styku mezi partnery panují, ty se však objevily již dříve, než pár začal plánovat své rodičovství. Martin uvedl: „*Nějaké problémy v sexuálním soužití se objevily, ale mám pocit, že to nebylo až tak způsobeno léčbou. Je ale pravda, že pokud je sex provozován pouze za účelem početí, protože dnes je zrovna plodný den, připadá si člověk trochu jako jen zdroj genetického materiálu.*“ Milada se vyjádřila,

že negativně na přirozenost pohlavního styku působí monitoring ovulace lékařem a jeho doporučení provozovat pohlavní styk ve „správné“ dny. Také se záporně vyjádřila k intenzitě pohlavních styků. Milada vyprávěla: *„No, můj problém je zejména v tom, že já na to až tak moc nejsem a ani jsem pořádně nikdy nebyla. Takže původně náš pohlavní styk nebyl tak častý, jako teď, když to dítě chceme. Často se do toho prostě jen nutím, že to musí být, jen kvůli těm dětem. A ještě mi bylo nepříjemné, když mi gynekolog řekl, tak, teď je ten správný den, pak se mě na to další měsíc ptal, jestli jsme to dělali, já řekla, že třeba ne, a on se zatvářil, že teda to je blbý, že to bychom teda měli...“*

Tlak okolí

Manželé se se svou neplodností nesvěřovali své rodině. Milada si ale myslí, že rodina o určitých problémech ví, ale nevyptávají se na ně: *„(...) já to hlavně vidím na tchýni. Někdy když se začne na návštěvě mluvit o dětech, tak pak nastane takové ticho. Jako když se chce zeptat, ale je jí to trapné.“* Milada se svěřuje se svými problémy své kamarádce, které velice důvěřuje a která řeší v současné chvíli podobný problém poruchy plodnosti. O léčbě neplodnosti ví také některé kolegyně v zaměstnání ženy. Martin se vyjádřil, že je spíše introvert a informace o rodinných problémech svým přátelům nedává: *„Dotazy tohoto typu mne nijak netrápí a ani jsem je nějak často od nich neslyšel. Jsem v tomhle smyslu spíš introvert a tak se druhým se svými problémy nesvěřuji.“*

Dotazy na bezdětnost páru nejsou muži ani ženě nepříjemné a nevadí jim. Milada vyjádřila určitou lítost, když v zaměstnání i okolí přibývají stejně staré nebo i mladší dívky, které otěhotněly. Zároveň jim však jejich těhotenství přeje a nepocituje k nim žádný druh nenávisti. Zároveň také uvedla, že když by její blízká kamarádka, která prochází podobnou fází řešení neplodnosti, otěhotněla dříve než ona, tak by to velice těžce prožívala. *„(...) my jsme kamarádky už od dětství, prožíváme spolu všechno, vzájemně ale mám pocit, že někdy tam je i ta závist mezi námi. Takže, nevím, opravdu nevím, jak to bude, až jedna otěhotní a druhá ne.“*

7.3 Příklad 3: Lenka a Tibor

Pár žije ve společné domácnosti přibližně 5 let, do manželského svazku vstoupili před dvěma lety. Lenka, Tibor i jejich další rodinní příslušníci (Tiborova maminka, bratr, švagrová) pracují ve stejném výrobním podniku produkce zdravotnického materiálu. On jako operátor skladu, Lenka jako dělnice na balení výrobků. Práce je zejména pro Lenku velmi fyzicky vyčerpávající. Pokud chtějí, mohou se manželé ve své práci setkávat, ale také nemusejí. Pár investuje veškerý svůj volný čas do stavby svého rodinného domu, do kterého by se měli na konci tohoto roku (2013) odstěhovat. Tíží je bytová situace a nedostatek soukromí, jelikož žijí ve starším domku, v jedné místnosti, v druhé místnosti bydlí Tiborova maminka. Lence je nyní 33 let, původem pochází ze Slovenska, kde také vystudovala střední školu. Je také věřící katolička a dochází pravidelně do kostela. Tibor je o 2 roky starší, má vystudovaný učňovský obor s výučním listem a nemá žádné náboženské vyznání.

Motivy k rodičovství

Oba partneři milují děti a velice intenzivně po nich touží. O své společné dítě se začali pokoušet téměř ihned po svatbě, přibližně před rokem a půl. Důležitým faktorem ovlivňujícím jejich rozhodnutí byl mimo jiné věk Lenky. Pár odkládal své rodičovství z důvodu nelehké finanční a zejména bytové situace rodiny. Tibor uvedl: *„Já jsem chtěl rodinu hned, ale to bylo těžké, nemohl jsem si dovolit přivést dítě do toho baráku, kde máme jednu místnost, topíme tam jen kamny na dřevo... Proto teď také spěchám na dodělání toho domu.“* Lenka se vyjadřuje téměř shodně. *„Mám strašně moc ráda děti. Teď má švagr malého, a je to krásné. Nezávidím jim to, já jim to přeji, ale moc bych chtěla dítě, už si ho přejeme s Tiborem dlouho, ale taky to nešlo kvůli tomu, kde teď bydlíme. Takže když našel ten pozemek, tak jsem mu skočila kolem krku, úplně mi bylo z toho do breku.“*

Diagnostika neplodnosti

Manželé nejprve zkusili počít dítě přirozenou cestou a Lenka si na doporučení své lékařky měřila bazální teplotu, kterou si pečlivě zapisovala do kalendáře. Křivka, kterou ukazovala své lékařce včetně ultrazvukového vyšetření, nevykazovala žádné abnormality v jejím průběhu. Jiné postupy léčby tato doktorka proto neaplikovala. Po roce neúspěšné gravidity ženy se muž podrobil vyšetření na spermiogramu. Tato diagnostika mu nebyla nepříjemná, spíše tuto situaci bral s manželkou s humorem. Výsledky spermiogramu však vykazovaly sníženou pohyblivost spermií muže. Lenka neplodnost svého partnera nesla

velmi těžce. Po jeho oznámení partnerovi se psychicky zhroutila, několik dní probrečela, než se s tím vyrovnala. K jejím intenzivním negativním emocím přispěla také nelehká finanční situace manželů. Uvědomila si, že léčba neplodnosti bude pár stát mnoho peněžních prostředků. Mimo jiné s žádnými problémy dopředu nepočítala. Nikdy neměla žádné gynekologické problémy, počítala se svým brzkým otěhotněním a po této zprávě ji zasáhla úzkost a strach. Výrazný strach z následné léčby i strach z celoživotní bezdětnosti. Lenka dále uvedla: „(...) bylo mi hrozně, úplně jsem se z toho sesypala, brečela jsem několik dnů. Myslela jsem si, že nás tohle nepotká, takže tohle byl najednou šok. Tiborovi jsem nikdy nedávala za vinu, že by za to mohl on, to samozřejmě ne!“

Tibor se naopak se svou neplodností vyrovnal velmi dobře. Snažil se spíše utěšovat svou manželku a svou poruchu plodnosti nebral jako něco neřešitelného. Tibor: „Můžu říci, že jsem to vzal rozhodně lépe než Lenka. Tu jsem spíše musel utěšovat. Ona přišla a plakala, že nebudeme moci mít děti, že to teď s tou hypotékou nezvládneme... Tak jsem jí řekl, vždyť to vyřešíme, vždyť se nic neděje, je to řešitelné. Plakala, snad možná týden to trvalo, než to bylo zase OK. Pak jsme si řekli hned, že do toho centra půjdeme, bez váhání.“

Léčba neplodnosti

Na základě výše zmíněné andrologické diagnostiky vypsala gynekoložka páru doporučení pro návštěvu kliniky asistované reprodukce. Pár se na této soukromé klinice znovu podrobil vyšetření na spermioqramu, urologii, imunologii a odběru krve. Žena byla vyšetřena ultrazvukem a byl jí proveden stěr pro cytologické vyšetření. Dále byla páru doporučena léčba pomocí metody mimotělního oplodnění IVF. Jelikož se jedná o soukromou kliniku, která nemá vyřešenu smlouvu s jejich pojišťovnou, musí se nyní manželé rozhodnout, zda přestoupí do jiné pojišťovny a budou muset delší dobu (půl roku) čekat, nebo se rozhodnou pro IVF na jiné klinice.

Za nejvíce stresující fázi řešení neplodnosti považuje Lenka období zjištění neplodnosti a vyrovnání se s touto skutečností. Lenka: „Samozřejmě co bylo na tom všem nejhorší, to už jsem řekla, to byl ten šok na začátku. Teď co mě Tibor utěšil, tak jsem s tím prostě vyrovnaná, vím, že teď to spolu prostě všechno zvládneme. Jsem určitě uvolněnější.“ Tibor zpočátku nevěděl, jak na tuto otázku odpovědět. Poté řekl, že nejtěžší pro něho bylo urologické vyšetření: „Na tu kliniku vlastně jezdí jen jednou za čas tento urolog, je to asi velká kapacita, co jsem slyšel a měl jsem docela strach z toho, jak to dopadne, hlavně aby nic teda neřešili chirurgicky.“

Přístup lékařů

Přístup gynekoložky hodnotí pár trochu nepříznivě. Zejména Tibor viní lékařku manželky z toho, že nezačala s diagnostikou neplodnosti dříve než po roce neúspěšných snah o početí dítěte. Tibor: *„Mně hlavně štválo to, že mohla říci: ‚jo, tady na těch křivkách vidím, že je to všechno super, tak pošleme pána na vyšetření...‘ ale ona ne, nechala nás v tom celý ten rok, nic neudělala. Myslím si, že mohla udělat něco už dříve, co by pomohlo. Mohli jsme to už řešit dřív, teď zase budeme další dobu čekat na tu pojišťovnu, nebo ještě teda nevím přesně, jak se rozhodneme.“* Malou informovanost a zdlouhavost v čekání na diagnostiku své poruchy plodnosti záporně ohodnotila také Lenka.

Naopak přístup specialistů v centru asistované reprodukce ocenili manželé výrazně pozitivně. Spojují si ale tento přístup také s tím, že to mají dobře zaplaceno, tak by se to dalo očekávat. Na otázku přístupu lékařů kliniky oba partneři společně odpověděli: *„Super. Tak to tam mají taky bohatě zaplacené, tak jak jinak. Oni si asi nemůžou dovolit chovat se k někomu jinak. Řekli nám toho hodně, to ano, ale vlastně tomu moc nerozumíme. Mluvili něco o úplné a neúplné inseminaci. Já vlastně moc nevím, jestli ta úplná, to je to mimotělní oplodnění, že vyjmou to vajíčko, nebo jak. Ta úplná stála 70 tisíc Kč.“* Tibor ještě v dalším rozhovoru dodal, že se mu líbilo „zapojení do procesu“: *„konečně jsem to slyšel i já. Takhle, když chodila Lenka k té své doktorce, tak jsem mohl doma jen čekat, s čím přijde, takže jako nic jsem nevěděl.“* Co se týče vyhledávání dalších informací o léčbě neplodnosti, pár neměl doposud čas se tomu příliš věnovat a plně věří svým lékařům, že jejich situaci neplodnosti vyřeší.

Kvalita vztahu mezi partnery

Manželé spolu prošli již několika menšími krizemi, které hluboce nerozvedli, ale tyto krize vždy dokázali zvládnout. Pouze jednou se v průběhu svého vyprávění Lenka zmínila, že řešili problémy s financemi, tuto situaci však mají již určitým způsobem vyřešenou.

Manželství páru bylo harmonické i před zjištěním této nemoci, ale neplodnost a jeho dosavadní léčba dle slov muže i ženy jejich manželství ještě více posílila a utužila. Lenka kladně hodnotila duševní pomoc od svého manžela při zprávě o poruše plodnosti: *„Náš vztah to spíše posílilo. Já jsem byla ráda za to, jak to vzal, to by každý chlap takhle nevzal, však víte, jaká je ta mužská ješitnost. Takže to co v něm mám, za to jsem strašně ráda. Hodně mě podržel.“* Tibor se vyjádřil pouze stručně, že neplodnost jejich společný život posílilo a vztah s jeho ženou je osudový. Více se poté zmínil o pozitivní stránce pohlavního styku v současném manželství. Kladně se vyjadřoval k frekvenci pohlavních styků,

kteřá je vyšší než před rozhodnutím páru počít vlastní dítě. Manželka je pro něj nyní atraktivnější, než kdykoliv předtím a z jeho vyjádření je cítit zamilovanost. Páru nebyl zatím doporučován pohlavní styk „na povel“, touto situací si tedy pár neprošel. Přesto z vyjádření Lenky vychází, že kdyby to tak bylo, pár by se do pohlavního styku nenutil, ale snažili by se sex i při tomto způsobu zpříjemnit.

Z metody pozorování jsem došla k závěru, že manželé mají velmi kvalitní vztah založený na důvěře, komunikaci a úctě k druhému. Nepříznivé situace přicházející do jejich života řeší společně. Tibor je člověk, který se snaží převést všechno zlé v něco dobré a přistupuje k životu s humorem. Lenka je citlivá a milá žena, která se projevovala příjemným vystupováním a chováním ke svému manželovi. Také bych chtěla vyzdvihnout na páru to, že ačkoliv spolu manželé tráví velmi mnoho času, vidí se v práci, pracují spolu na výstavbě rodinného domu a žijí spolu ve velmi malém prostoru, nelezou si při tom všem vzájemně na nervy, spíše naopak, jejich vztah to posiluje.

Tlak okolí

Lenka má své rodiče daleko od svého bydliště, žijí na Slovensku a vídá se s nimi velmi málo. O své neplodnosti se ve vlastní rodině prozatím nezmiňovala. Má ale ve své blízkosti neslyšící sestru, o kterou se stará a má s ní blízký vztah. Jestli jsem to dobře pochopila, manželé při výstavbě počítají s tím, že se její sestra nastěhuje do jejich nového domu společně s nimi. Lenka ani Tibor se společnosti rodin s dětmi nevyhýbají a nemají ani žádné pocity závidi při otěhotnění žen v jejich okolí. Pár žije s matkou manžela, které se se společným problémem zprvu svěřili. Její dotazy ohledně léčby neplodnosti jsou Tiborovi nepříjemné od té doby, co jejich tajemství pravděpodobně vyradila některým dalším členům rodiny a své mamince se proto odmítá s dalším průběhem jejich řešení dále svěřovat. Tibor si otevřeně povídá o potížích se svým dlouholetým kamarádem z dětství, který mu zároveň také pomáhá při výstavbě rodinného domu. Je velmi komunikativní člověk a nedělalo mu problém provést se mnou rozhovor pro diplomovou práci, nemá ale pocit, že by se chtěl se svými intimními potížemi svěřovat široké veřejnosti. Tibor je optimista, za svůj problém se nestydí a nemá pocit, že byl nedostatečným mužem proto, že byla příčina neplodnosti zjištěna na jeho straně.

7.4 Příklad 4: Dana a Robert

Dana a Robert jsou partneři již 12 let, manželé se stali před třemi roky. Oba jsou velice pracovně zaneprázdněni, jelikož kromě své hlavní činnosti se věnují ještě přímému prodeji zboží do domácností. Jejich pracovní vytížení a určitý stres v životě jejich povahu a temperament naplňuje. Daně je nyní 35 let, vystudovala střední školu ekonomického zaměření a ihned po škole se osamostatnila od rodičů a našla si vlastní bydlení. Pracuje v obchodní firmě jako administrativní pracovnice. Robert je o 3 roky mladší, je mu 32 let a vystudoval učební obor s výučním listem. Tvrdí, že nikdy maturitu nepotřeboval, dokázal si najít práci vždy bez problémů a do této doby vystřídal již 8 různých zaměstnání. Nyní pracuje ve stejné firmě jako jeho manželka a ve svém pracovním úvazku spolu každý den spolupracují. Na této pracovní pozici pracuje Robert již 4 roky, je s určitými pracovními podmínkami nespokojen a současně si hledá jiné nové zaměstnání. Druhé zaměstnání manželů je ve společnosti množství lidí, kteří jsou mimo jiné spojeni vírou v katolické náboženství. Proto se také pár rozhodl přibližně před rokem a půl přestoupit k této víře a stvrдили podruhé své manželství svým slibem před Bohem. Manželé pravidelně dochází na bohoslužby do kostela. Dana a Robert společně vlastní novostavbu rodinného domu na vesnici, ve které v současné době žije pouze Dana, protože pár v tuto chvíli prochází velkou manželskou krizí. Tuto skutečnost jsem se dověděla až v průběhu rozhovoru, kdy jsem zjistila, že pár již dva měsíce žije odděleně.

Motivy k rodičovství

Dana i Robert prožili v dětství rozvod svých rodičů. Vždy si přáli mít velkou rodinu, spojenou silným poutem a mluvili dokonce o pěti dětech. Robert: *„Já chtěl klidně i pět dětí, prostě, naši se rozvedli, když mi bylo sedm, já jsem nikdy neměl hezké Vánoce, vždycky všechno napůl. Chtěl jsem, abychom měli rodinu, kterou nic nerozdělí.“* Z důvodu zaměření páru na kariéru, finanční zabezpečení, cestování a bydlení pár dlouho své rozhodnutí počít dítě odkládal. Dana: *„My chtěli s Robertem hodně dětí. On měl rozvedené rodiče, já také. Já odešla od rodičů už v osmnácti, a já chtěla rodinu hned. Ale, nějak se to všechno zkomplikovalo, já se začala zabývat více prací, chtěli jsme taky něco vidět, někam cestovat, pak jsme zas chtěli mít zajištěné pořádné bydlení, že když přijdou děti, tak se staví samozřejmě hůře,... Ted' toho hodně lituju, že jsme nezačali dřív.“*

Pár se rozhodl plánovat své rodičovství před třemi roky, tedy až poté, co začala Dana svého manžela upozorňovat na limit svého věku, který již dávno přesáhl třicetiletou hranici.

Dana uvedla: „*Já jsem mu prostě pak musela říci dost, teď s tím prostě musíme zastavit, já chci dítě. On jak je mladší, tak si prostě tohle všechno úplně neuvědomoval, chtěl si ještě užívat. Já jsem ho musela trošku usměrňovat.*“

Diagnostika neplodnosti

Jak je obvyklé, manželé se pokoušeli počít dítě přirozenou cestou po dobu jednoho roku. Oba zprvu optimisticky předpokládali, že jejich zdravotní stav je vynikající a nebudou mít s početím dítěte žádné problémy. Do této doby gynekolog ženy neaplikoval žádnou z diagnostických metod nebo doporučení pro terapii nedobrovolné bezdětnosti páru. Po roce neúspěchů provedl lékař vyšetření spermatu muže na spermioqramu. Robertovi toto vyšetření nebylo nepříjemné a podrobil se mu bez problémů. Zároveň však pocítil velkou úlevu, když nebyla příčina neplodnosti zjištěna na jeho straně. Dana dále podstoupila laparoskopické vyšetření v celkové narkóze. Při tomto zákroku jí byl odstraněn zcela nefunkční vejcovod. Druhý vejcovod je taktéž neprůchodný. Robert se ke zjištění neplodnosti vyjádřil: „*Tak se svou neplodností bych se určitě hodně špatně srovnával. To jsem byl vlastně svým způsobem trochu rád, že to bylo u ní, ona je prostě strašně silná ženská, já bych to takhle nezvládl. Ale, neuvěřitelně jsem trpěl, když jsem jí tam viděl po té operaci, musela mít velké bolesti, a já jí nemohl nijak pomoci. To mě bylo opravdu hodně líto.*“ Dana prožila emočně těžké období v době ihned po operaci a v období své několikátýdenní pracovní neschopnosti. Prožívala hluboký strach, že se dítěte nikdy nedočká, neprojevovala však své emoce příliš navenek. Poté se zaměstnala prací, aby na to tolik nemyslela.

Léčba neplodnosti

Jedinou možností řešení páru byla metoda umělého oplodnění na blízké klinice asistované reprodukce, pro kterou se pár rozhodl ihned po zotavení partnerky po gynekologické operaci. Pár v první fázi podstoupil IVF, nezdárně, o pár měsíců později kryoembryotransfer embryí uchovaných z předchozího cyklu, ten také byl neúspěšný. Třetím pokusem bylo přibližně po půl roce opět IVF, které skončilo potratem. V současné době mohl pár podstoupit ještě další pokus metodou kryoembryotransferu, tento pokus však prozatím odložili.

Dana, která si píchala sama hormonální injekce pro stimulaci vaječníků, prožívala při obou cyklech IVF negativní emoce. Provázeli jí změny nálad, plačtivost, velká nechuť k pohlavnímu styku a celkové odmítání partnera. Mezi manželý probíhalo v tomto období napětí, nervozita a vznikaly konfliktní situace. Robert řekl: „*Ano, hormony byly hodně znát. Napoprvé jsem to bral tak nějak v pohodě, tak trochu jsem s tím počítal, dokonce jsem*

se snažil ji nějak utěšovat, to bylo ale asi i horší, úplně mě odkopla. (...) Když to bylo pak podruhé, už to brát tak lehce nešlo. Já jsem si začal uvědomovat, že tu žiju vedle cizího člověka. Hormony z ní udělaly úplně někoho jiného, než jsem si vzal. Ona byla zaměřená jen na to, že dosáhne toho, že bude mít dítě, a já jsem jen někdo, kdo jí to zprostředkuje.“

Dana si nyní své záporné emoce velmi dobře uvědomuje: *„Hormonální stimulace je tak trochu peklo. Cítíte se jak balón, nafouklá k prasknutí. Sama nevíte, kdo jste. Jednu hodinu vám je pořád do breku, pak zas k vzteku, ani nevíte proč. Něco jsem stále Robertovi vytýkala.... Byl mě v tu chvíli úplně odporný, no, opravdu. Podle toho, jak jsem to četla na diskusích, tak někdo to zvládá v pohodě, prostě normál, změny nálad. Já jsem to měla vyloženě hormonální válku. Sama jsem si byla v některých chvílích odporná. Ale, dítě jsem chtěla a měla jsem pocit, že to chci víc, než Roberta. Tak to prostě bylo a proto se to taky teď tak zkazilo.“*

Následoval odběr vajíček v celkové narkóze a období čekání na jejich oplodnění s přidanými spermii. Tuto fázi léčby považuje Dana v celém jejím procesu za nejvíce stresující. Dana uvedla: *„Odebrali nám 6 vajíček. Pak si každý den voláte, řeknou vám, už jsou jen 4, pak další den, už jsou jen 3. Pak se člověk stresuje, jestli vůbec nějaké zbudou pro ten přenos. Nakonec teda zbyly, ale, tohle pro nás bylo asi nejvíce stresující.“* Po transferu embryí do dělohy ženy proběhlo čekání páru na výsledek léčby. Jak jsme již uvedla, pár je velmi pracovně vytížen a Dana s Robertem se těchto aktivit nevzdali, jelikož se nechtěli doma stresovat a myslet na výsledek. V den po embryotransferu se manželé účastnili náročného víkendového semináře obchodníků pro prodej zboží. První pokus metodou IVF nebyl úspěšný, stejně tak ani embryotransfer zmražených embryí z minulého cyklu IVF po několika měsících. Pár se s neúspěchem léčby vyrovnal u prvního cyklu dobře. Částečně ani nepočítali s tím, že by jejich pokus vyšel hned napoprvé. Obavy, strach z doživotní bezdětnosti a negativní emoce začala Dana prožívat po druhém a dalším neúspěchu léčby. Robert nedokázal uvést přesné emoce, ale to, že nedošlo k otěhotnění partnerky, mu také velmi vadilo. Uvedl, že nikdy Danu z její neplodnosti nevinil, nikdy jí nic nevyčítal.

Dana s Robertem se přibližně po půl roce rozhodli pro nové umělé oplodnění metodou IVF. Tento pokus byl úspěšný. Radost páru byla zprvu velká. Robert řekl, že měl okamžitě pocit, že musí Daně se vším pomoci, umyl ji okna a nepřál si, aby nosila žádné těžké věci. Zároveň mu ale vadilo, že na doporučení lékařů se měl pár několik měsíců zdržet pohlavního styku. Robert řekl: *„Co vám mám povídat. Pro chlapa je sex 90 % vztahu. Když to není, tak strašně trpí. A tohle prostě trvalo dlouho. Já jsem to chtěl furt, ona to nechtěla*

při té stimulaci, nechtěla to po tom, nemohli jsme to dělat ani v jejím těhotenství. Nešlo to.“ Robert na celém procesu asistované reprodukce nejhůře hodnotí právě toto termínování a určování zdrženlivosti pohlavního styku. Viní kliniku reprodukční medicíny z toho, že mu „změnila život“. Robert: „*Samozřejmě, chápu, jejich cílem je to, aby měli lidi děti. Je jim jedno, co s těmi lidmi dělají ty hormony, jak to mají doma, když nemůžou mít sex... Jde jim hlavně o ty děti a tam to prostě jede jak ve fabrice, jak na běžícím páse.*“

Dana v první chvíli zjištění svého těhotenství z těhotenského testu a následně jeho potvrzení při odběru krve také pociťovala radost, zároveň se však nechtěla na těhotenství v prvních třech měsících tolik upínat. Hned od začátku pociťovala Dana občasné bolesti v podbřišku. Sama sebe ujišťovala o tom, že bude vše v pořádku, že se jedná jen o růst miminka a bolesti jsou v první fázi těhotenství běžné. Také měla časté nevolnosti a tak se rozhodla zůstat několik týdnů v pracovní neschopnosti. V 11. týdnu těhotenství došlo k potratu dítěte. Dana pociťovala velké zklamání a své dítě oplakala. Partner Robert se vyrovnával se zklamáním tím, že se uzavřel více do sebe, zůstával dlouho v práci, čímž se komunikace ztrácela a manželé se čím dál více vzájemně odcizovali. Když se Dana vrátila po pracovní neschopnosti zpět do práce, bylo jí nepříjemné to, že k ní ostatní kolegové přistupují s opatrností, nikdo z přátel se jí na její negativní emoce neptal z obavy, aby jí tuto skutečnost nepřipomínal. Ona sama pociťovala, že by bylo lepší, když by měla někoho, komu by se mohla se svou bolestí svěřit.

Kvalita vztahu

Vztah páru se díky dlouhodobé léčbě, potratu i nespokojenosti muže s nedostatečnou sexuální aktivitou, která souvisí s těmito metodami, znehodnotil. Dana měla pocit, že její partner jí není dostatečnou oporou, nekomunikuje a je na ní nepříjemný, jehož příčinou je také nechut' k pohlavnímu styku. Robert naopak označuje svou ženu za frigidní a příliš upnutou na dosažení těhotenství za každou cenu, ať je to s kýmkoliv. Jak jsem již uvedla výše, pár v současné době prochází krizí partnerského vztahu a začali žít odděleně. Ačkoliv mají na klinice uchovány další zmrazená embrya, která by mohla být ještě jednou zavedena do dělohy ženy, pár se rozhodl léčbu přerušit. Manželé si jinak ve všech ostatních oblastech života rozumí a jsou schopni spolu vycházet na pracovišti. Pár se rozhodl své manželství zachránit a začali v současné době docházet do ordinace specialistů psychologa a sexuologa.

Plánování rozhovoru s tímto párem proběhl bez problémů, nic nenasvědčovalo tomu, že by měl pár žít odděleně. Tuto skutečnost jsem se dověděla až v průběhu rozhovoru a velmi

mě překvapila. Pár již nějakou dobu znám a navenek se mi vždy zdáli být spokojení. Robert je pravděpodobně cholerik, řeší veškeré problémy velmi impulzivně. Jeho projev je velmi rychlý, u negativních situací se nezdráhá použít nevybíravá slova. Dana je velmi aktivní ženou, ve své práci a zařizování věcí velmi rychlá. Je za každé okolnosti veselá a milá. Ze skutečností, které jsem z rozhovoru zjistila, jsem však dospěla k závěru, že uvnitř je velmi citlivá a zranitelná a navenek se projevuje, jako že je vše v pořádku. Nikdo z jejího okolí poté nemá pocit, že by jí měl s něčím pomáhat. Daně někdy vadí Robertův temperament a výbušnost, zároveň však uvedla: „*ale to je vlastně to, co na něm miluji*“. Robert uvedl, že svou ženu vnitřně velmi miluje, jeho sexuální pud je však velmi silný a neuspokojování této stránky by bylo nepřekonatelné.

Přístup lékařů

Přístup gynekologa Dana hodnotí negativně. Nelíbí se jí, že lékař diagnózu neplodnosti zlehčoval a dokonce řekl, že by se nejprve snažil i při tomto zjištění neprůchodnosti jen jednoho vejcovodu přivést na svět dítě přirozenou cestou. S tímto postupem však Dana nesouhlasila a okamžitě požádala svého lékaře o zprávu o svém zdravotním stavu a doporučení pro návštěvu centra asistované reprodukce. Mimo jiné, po návštěvě této kliniky zhodnotila péči a kvalitu zobrazovací techniky lékaře za nekvalitní a zastaralou. Robert gynekologa Dany neznal, pouze na základě vyprávění Dany zhodnotil, že péče od tohoto lékaře byla pravděpodobně nedostatečná. Dana se rozhodla, že po úplném ukončení léčby přestoupí do péče k jinému gynekologovi. Oba partneři chválili specialistu kliniky reprodukční medicíny, ke kterému docházeli. Líbilo se jim detailní vysvětlení postupů asistované reprodukce, následně zhodnotili jako pozitivní skutečnost, že se mohli setkat s embryologem, který měl na starosti veškeré manipulace s vajíčky a spermii a podal jim velké množství zajímavých informací o jeho způsobu práce.

Tlak okolí

O své neplodnosti i celém průběhu léčby se pár svěřoval své rodině a věděl o tom i celý kolektiv spolupracovníků. Jak uvedl Robert: „*My jsme byli v ten víkend po tom prvním oplodnění na semináři a všichni, těch víc jak 200 lidí co tam bylo, tak to tam prožívalo s námi.*“ Dana však mluví o tom, že přátelství těchto kolegů je zřejmě pouze povrchní, nemá u sebe žádnou velice blízkou kamarádku, které zcela důvěřuje a svěřuje se jí s intimními problémy. Je jí líto, že neměla nikoho, za kým by přišla a mohla se vyplakat, když došlo k potratu dítěte. Dana při dotazu na okolní těhotné ženy uvedla, že jí setkávání s miminky

a těhotnými ženami v jejím okolí vadilo, záměrně se však nestraničila návštěvám a styku s těmito přáteli. Nerada ale poslouchala hovory o nakupování vybavičky pro budoucí miminka přátel. Avšak sama pociťuje, že od té doby, co o dítě přišla, se její kamarádky těmto hovorům před ní pravděpodobně vyhýbají.

7.5 Případ 5: Nina a Zdeněk

Nina se Zdeňkem žijí ve společné domácnosti od začátku svého vztahu, který trvá 7 let. Manželi se stali před pěti lety. Nina vystudovala učební obor s výučním listem, poté si ještě po několika letech dostudovala kombinovanou formou nástavbový obor s maturitou. Je jí 32 let. Zdeněk je o 12 let starší, věkový rozdíl však mezi partnery není vůbec znát. Zdeněk má středoškolské vzdělání bez maturity. Nina pracuje jako ošetřovatelka hospodářských zvířat v kravíně, Zdeněk kromě různých pomocných činností, jako traktorista. Jejich zaměstnání je fyzicky náročné. Jejich práce je však pro ně zajímavá, neumí si sami sebe představit sedět v kanceláři. Manželé žijí ve starším statku na vesnici, který částečně rekonstruují a ke kterému náleží také chov ovcí a jiných drobných hospodářských zvířat. V okolí partnerů se vyskytuje velmi početná rodina. Nina i Zdeněk mají oba další tři sourozence a každý z nich má také min. dvě děti. Oba partneři spolu žijí i pracují celý den a mají i společné přátele.

Motivy k rodičovství

Oba manželé se velmi intenzivně přejí mít vlastní děti. Žena srovnává svou touhu s tzv. „mateřskými pudy“, které pociťuje již dlouho. Sama si ani neumí představit, že by děti někdy neměla. Zdeněk hovořil o tom, že pochází z velké rodiny, kterou považuje za základ a rodina je pro něho nejdůležitější životní hodnotou. Dobrých vztahů ve své rodině a rodině manželky si velmi cení. Mluvil také o vzájemné pomoci svých příbuzných při rekonstrukci domu a vyprávěl o početných rodinných oslavách. Oba manželé se při odděleném rozhovoru shodli v tom, že se po příchodu domů z práce, nebo tehdy, kdy všichni po rodinné sešlosti odejdou, se cítí velmi osamoceni a vlastní velká rodina jim velmi schází. Nina řekla: *„Je to takové divné, nejdříve se tady kolem vás motá 10 malých dětí, lidí je tu, že se ani nemají kam posadit, tak třeba sedí i tady na zemi a povídáme si, a pak všichni odejdou a pak to na nás tady padne. Ta prázdnota, ten klid. To je strašně deprimující.“*

Diagnostika neplodnosti

Plánovat své rodičovství započal pár velmi brzy po svém seznámení, délka snahy je dnes již přibližně 6 let. Počátek přirozeného plánování těhotenství probíhal u ženy formou úpravy menstruačního cyklu, měření bazální teploty a úpravy ovulačních cyklů farmakoterapií. Žena se snažila také zajímat o přírodní alternativní metody terapií úpravy svého reprodukčního cyklu, proto pila pročišťující čaje, užívala tzv. zelené potraviny a byla na léčebném pobytu v lázních, který dostala od své rodiny dárkem. Při dalším průběhu medicínské léčby byla ženě provedena diagnostická laparoskopie. Z důvodu slepení stěn vejcovodu musel být ženě chirurgicky odstraněn jeden vejcovod. Druhý vejcovod je funkční. Výsledky vyšetření spermatu dopadly nadprůměrně dobře. Partnerovi přišla fáze odběru spermií jako zcela samozřejmá, související s přirozeným postupem pro dosažení zdárného cíle a nebyla mu nepříjemná. Nina vyjádřila míru ochoty svého muže podrobit se diagnostice pozitivně a s humorem: *„To určitě samozřejmě potěší. Někdo z toho dělá dramatickou věc, můj chlap šel, během pár minut přišel, jako by nic a ještě si z toho s chlapama dělali srandu, že tam měli stejné slepené časopisy.“* Zjištění své neplodnosti nebylo pro ženu tak zásadní. Uvedla, že o určitých poruchách se dovídala od své lékařky postupně a tušila, že se na problému nemožnosti otěhotnět podílí hlavně gynekologická příčina neplodnosti. Nina uvedla: *„Já jsem nezjistila svou neplodnost náhle, ale tak nějak postupně. Protože jsem na začátku věděla, že mě ty cykly nefungují správně, tak jak by měly, furt se to rozhánělo různými léky, a na ovulaci, takže, věděla jsem už postupně, že je ‚problém‘. A srovnání s ním – to nemůžu říct, takhle na začátku, normál, až déle to ta psychika hůře brala. Pak až později jsem si hlavně kladla za vinu to, že jsem neplodná, že Zdeněk kvůli mně nemůže mít děti. Jakože by je mohl mít s někým jiným.“* Zdeněk své ženě nikdy nekladl za vinu, že je problém neplodnosti na její straně a nikdy ho myšlenky na dítě s jinou ženou nenapadly.

Léčba neplodnosti

Po zmíněném chirurgickém zákroku dávala gynekoložka páru ještě naději, že žena má možnost otěhotnět s partnerem přirozenou cestou. Proto se další rok pár pokoušel přijít do jiného stavu bez podpory „umělých metod“. Mimo jiné pár pociťoval obavy z návštěvy centra asistované reprodukce, považovali tyto postupy za nepřirozené, nákladné a velmi psychicky náročné. Poté však již přestali váhat a rozhodli se požádat o pomoc specialisty kliniky reprodukční medicíny. Páru byla téměř ihned doporučena léčba prostřednictvím metody IVF a vysvětleny všechny fáze průběhu léčby při pohovoru s oběma partnery.

Manželé se zbavili počátečních obav a věřili v úspěch. Hormonální stimulace (při každém cyklu) byla provázena nevolnostmi fyzického charakteru. Nina uvedla, že aplikace hormonů u ní nevyvolala žádné negativní změny emocí. Toto tvrzení potvrdil také Zdeněk, který si nevzpomíná, že by během tohoto období docházelo ke změnám nálad své partnerky ani jiným negativním emocím.

Po hormonální stimulaci bylo ženě v celkové narkóze odebráno velké množství vajíček, které byly po jejich oplodnění dále uchovány zmražením pro další cykly. Celkově bych shrnula, že pár podstoupil s určitými přestávkami během tří let již 3 plné cykly umělého oplodnění včetně hormonální přípravy a 3 cykly embryotransferu zmrazených embryí. Kromě prvních dvou pokusů došlo pokaždé k úspěšné graviditě ženy. Nejdéle však těhotenství trvalo 4 měsíce a poté došlo k potratu plodu. Dlouhodobou léčbou a jejími neúspěchy se psychický stav Niny zhoršoval. Žena měla při novém těhotenství místo radosti hned od počátku strach a velkou úzkost z toho, kdy přijde znovu konec a o své nenarozené dítě přijde. Nina vyprávěla, že si našla činnost, která ji dokázala uklidnit a zahltila svou mysl četbou historických románů. Uvedla, že dokázala během jednoho týdne přečíst třeba i 20 knih. Z mého vlastního pohledu jsem usoudila, že Zdeněk neprožíval neúspěch léčby tak intenzivně jako jeho žena. Spíše se zaměřil na pomoc své manželce v domácích pracích, snažil se být Nině oporou. „*Viděl jsem to, jak je z toho špatná, co všechno už zažila, bylo mě jí líto. Snažil jsem se jí se vším pomáhat, nic víc jsem dělat asi nemohl.*“

Porucha potrácivosti byla specialisty centra zjištěna jen zčásti. Při diagnostice zdravotního stavu partnerů po třetím potratu nedonošeného dítěte byla zjištěna určitá spojitost této nemoci s bakteriemi hospodářských zvířat, se kterými je Nina i Zdeněk každý den v kontaktu. Proto také bylo prokázáno, že delší trvání těhotenství bylo vždy po přenosu zmrazených embryí do dělohy ženy. Manželům bylo doporučeno, aby pár užíval určitý druh antibiotik pro zamezení negativního vlivu těchto bakterií na správný vývoj embrya. Správnost tohoto řešení však nebyla ani po dalším pokusu potvrzena.

Pár z důvodu nespokojenosti s některými praktikami centra zažádal o přestup k vybranému lékaři v jiné specializované klinice reprodukční medicíny. Ten po důkladné diagnostice a studii zpráv z předchozích postupů doporučil páru, aby poslal svá embrya na speciální genetické vyšetření, zjišťující jejich správný vývoj a růst. Zde bylo zjištěno, že embrya nejsou životaschopné a mají takovou poruchu, díky které umírají nejpozději v 15. týdnu svého vývoje. Pár se nyní nachází ve fázi rozhodování, zda podstoupí další pokus umělého oplodnění s vajíčky od dárkyně, který je z hlediska finančních i duševních další náročnou fází

jejich života, nebo se při svém současném špatném psychickém stavu vzdají snah o dítě vlastní a zažádají formou adopce o dítě cizí.

Ptala jsem se také páru na to, jaká fáze léčby byla pro ně nejvíce stresující, ačkoliv jsem tušila, že tato otázka je vzhledem k dlouhodobosti nemožnosti počít dítě nevhodná nebo bezpředmětná. Pár odpověděl, že to byla samozřejmě fáze potratu nebo dokonce i zjištění těhotenství spojené se strachem, kdy přijde znovu jeho konec.

Přístup lékařů

Manželé záporně zhodnotili kvalitu péče své gynekoložky i některých lékařů a specialistů asistované reprodukce. Zejména v průběhu počátečních nezdarů byl pár rozčarován z toho, jaké volí lékařka postupy léčby a v podstatě jen „zkouší“, které léky budou na zlepšení zdravotního stavu ženy účinné. Nina uvedla: *„Mě přijde, že když jsem chodila ke své gynekoložce, tak ona vždy předepsala nějaký lék, ten nezafungoval, přišla jsem tam další měsíc, ona si ten lék jakoby odškrtla, ano, tento teda ne, a tak další, a zase jiný předepsala. Prostě jsem si připadla, že jen zkouší, co dalšího v seznamu zafunguje.“* Zdeněk se zmínil také o tom, že se mu nelíbí, že muži stojí v léčbě neplodnosti pouze v pozadí, nemohou se žádnou měrou do procesu vzniku dítěte zapojit a veškeré informace od lékaře získávají pouze zprostředkovaně, od své ženy. *„Mně vadilo to, že ten chlap nemůže být u toho vlastně ‚vzniku dítěte‘ se svou ženou. Může tak akorát doma čekat, s čím ona přijde, s jakou zprávou od doktora, a nemůže dělat vůbec nic, na nic se nikoho zeptat, protože ona taky neví všechno... chlap se ničeho neúčastní.“*

Z dalšího pokračování rozhovoru jsem byla šokovaná některými negativními zkušenostmi páru s praktikami lékařů v prvním zmíněném centru asistované reprodukce. Nespokojenost se týkala té skutečnosti, že ačkoliv sestra respondenta pracovala v lékárně, nemohl si pár zakoupit předepsané hormonální léky, které jsou finančně velmi nákladné v jiné lékárně, než nemocniční lékárně tohoto centra, ačkoliv by je měli od sestry levnější. Další jejich negativní zkušenost spočívala v tom, že žena byla po svém potratu embrya velice brzy znovu hormonálně připravována na další pokus IVF, ačkoliv standardně se situace řeší několikaměsíčním vynecháním léčby. Lékaři kliniky ani nezjišťovali, proč dochází k tak časté potrávivosti, začali s povrchním vyšetřením teprve až po třetím potratu a neinformovali pár o možnosti zaplacení genetického vyšetření embrya. Pár byl proto znechucen přístupem tohoto centra a rozhodl se přejít k vybranému lékaři do centra jiného, kde péči i přístup ošetřujícího lékaře i zdravotních sester hodnotí velmi pozitivně.

Kvalita vztahu

Rozhovor s tímto párem trval téměř tři hodiny, přičemž nejdéle jsem hovořila s Ninou, která téměř celou dobu mluvila o průběhu léčby, druzích užívaných léků při stimulaci a jaké změny u ní vyvolávaly. Nina je velmi komunikativní člověk, klidné povahy. Ačkoliv mě viděla v životě poprvé, vůbec jí nevadilo se mnou otevřeně hovořit o detailech svých intimních a citlivých problémech. Její zhoršený psychický stav byl však znatelný při vyprávění některých fází léčby, které jsem jí svými dotazy připomněla a uviděla slzy v jejích očích. Zdeněk na mě působil také velmi klidnou a nekonfliktní povahou. Rozhovor s ním byl uvolněný, muž se však k většině záležitostí o své psychice vyjadřoval stručně nebo vůbec. Z jeho chování i rozhovoru jsem získala pocit, že je na svou ženu velmi hodný a je jí nápomocný ve všech domácích činnostech. Vzájemně o sobě pár hovoří s úctou a láskou. Nezdá se mi, že by zde šlo po tolika letech o zamilovanost, ve vztahu je však výrazně silné pouto, které pár spojuje. Ačkoliv spolu žijí, pracují, chodí za zábavou s přáteli společně, není mu přemíra společnosti druhého partnera nepřijemná.

Při otázce, zda neplodnost a celý průběh léčby měl vliv na kvalitu jejich vztahu, oba shodně odpověděli, že jejich manželství řešení tohoto problému ještě více utužilo a spojilo velmi silným poutem. Nina k tomuto tématu ještě dodala, že si myslí, že její vztah se Zdeňkem byl kvalitní vždy, tedy nyní, i před počátkem plánování rodičovství. Nina: *„Když si uvědomím, co všechno už pro mě musel udělat... já byla díky té léčbě tak dlouho v pracovní neschopnosti, jen jsem tady ležela, musela jsem mít pod zadkem polštář, a on mě tady obskakoval... Prostě, byl a je mi velkou oporou a já cítím, že to náš vťah velmi, opravdu velmi utužilo. I když, my měly vťah dobrý prostě už od začátku, vždycky.“*

Při otázce na sexuální život partnerů oba partneři odpověděli jen stručně, jednou větou. Jejich pohlavní styk neplodnost žádným způsobem nezměnila. Muž bral vynechání sexuální aktivity v době stimulace i po úspěšném otěhotnění ženy za samozřejmé a nechtěl na svou ženu v tomto ohledu tlačit.

Tlak okolí

Nina i Zdeněk mají velmi dobré vztahy se všemi členy své rodiny, kterým se svěřili se svým problémem. Nevadí jim jejich otázky na průběh léčby, spíše naopak, jejich vzájemná komunikace Nině pomáhá a cítí z jejich strany silnou podporu. Mimoto, někteří sourozenci mají také vlastní zkušenosti s léčbou své neplodnosti, proto tento problém v rodině není tabuizován. Veškeré negativní skutečnosti související s poruchou plodnosti s nimi blízká rodina prožívá a pomáhá manželům s mnoha pracemi souvisejícími s bydlením na statku

a péči o zvířata. Jak jsem již zmínila výše, oba partneři mají tři sourozence, kteří také již mají děti a často se navštěvují. Nina uvedla, že je jí líto, že je stále jen ta „tetička“ a nemá to jedno z nich, které jí říká „mami“. Prožívá však nová těhotenství svých příbuzných a přátel s radostmi, neprojevují se u ní pocity závidosti nebo negativních emocí. Rodinným návštěvám a oslavám s dětmi se pár nevyhýbá, spíše naopak, je jim nepříjemná samota, kterou doprovází nepříjemné myšlenky související s nedobrovolnou bezdětností.

7.6 Případ 6: Jitka a Tomáš

Jitka, které je nyní 36 let, začala s Tomášem (35 let) chodit před třemi lety. Jelikož jsou oba partneři silně katolicky věřící, nemohli mít pohlavní styk již před svatbou, rozhodli se po půl roce uzavřít manželství a mít děti. Jitka pracuje v pozici tiskové mluvčí velké společnosti v Praze a její pracovní nasazení obnáší časté stresové situace. Stejně tak i Tomáš má stresové zaměstnání, jelikož pracuje ve vedoucí pozici, ve které řídí práci desítek podřízených zaměstnanců. Tomáš se ve svém volném čase věnuje aktivně sportu, hraje hokej. Jitka cvičí jógu a zabývá se zdravým životním stylem. Oba manželé dosáhli vysokoškolského vzdělání. Žijí v Praze ve vlastním novém bytě velikosti 3+1. Téměř každý víkend jezdí manželé za rodiči Tomáše, kteří žijí na vesnici. Zároveň zde také koupili pozemek se starším objektem, kde by chtěli stavět svůj dům. Finanční situace páru je velmi dobrá a myslím, že mohou zajistit svému budoucímu dítěti nadstandardní zázemí.

Motivy k rodičovství

Manželé si intenzivně přáli mít vlastní rodinu okamžitě po svém seznámení. Jitka delší dobu nemohla najít ideálního partnera „pro život“, mateřské pudy však pociťovala již po dokončení studií, přibližně ve 25 letech. Okamžité rozhodnutí páru začít plánovat rodičovství bylo tedy z důvodu přání obou partnerů, druhým faktorem byl také věk ženy. Motivy k rodičovství se u páru s dalšími okolnostmi života začaly měnit. Jednou z prvních hraničních událostí byla svatba Jitky a Tomáše. Vztahy s rodinou partnera měla Jitka do této doby vynikající, po uzavření manželství však začala Tomášova matka dávat páru najevo intenzivní touhu po vnoučatech, která byla Jitce silně nepříjemná. Jitka ve svém dlouhém monologu uvedla: *„Já chtěla děti, strašně moc. My máme obrovskou rodinu, vždy když se sejdem... S Tomášem jsem si myslela, že jsme o tom mluvili, že bychom chtěli děti. Mě na začátku spíš přišlo, že snad chtěl i víc než já... Ale teď, teď to všechno vidím jinak.*

Jsem z něho, ze všeho, hrozně zklamaná. (...) Dříve jsem ke tchýni jezdila ráda, ale teď se návštěvám tam vyhýbám a na víkend zůstávám často v Praze sama. Všechno se změnilo po svatbě. Tomášova maminka (pozn. je původně Polské národnosti, silně věřící), byla předtím milá, hodná, dalo se s ní mluvit o všem. Ale teď, kdykoliv tam přijedu, hned už ve dveřích se mě ptá: ‚Tak co? Jak s našimi vnoučaty pokračujete?‘ A šahá mi na břicho, je to strašně nepříjemné. Úplně mě v tom otrávil, už snad ani děti kvůli ní nechci.“

Jak jsem již uvedla výše, touha po rodičovství byla dle vyprávění Jitky v počátku vztahu intenzivní u obou partnerů. Tomáš však v rozhovoru uvedl, že nyní jeho tužba stát se otcem již tak silná není a přisuzuje toto přání pouze své partnerce. Důvodem změny se pravděpodobně stalo zjištění příčiny neplodnosti, o které se zmíním v další části této případové studie. Tomáš mluvil o nízké touze mít děti: *„Nějak si teď rodinu neumím představit. Asi jsem původně rodinu chtěl, možná, vlastně nevím... možná to bylo jen tím, co mě řekla Jitka, že dítě chtěla, že jsem chtěl děti třeba jen kvůli ní. Sám se teď úplně neumím vyznat v tom, co jsem přesně chtěl, nebo co chci teď.“*

Diagnostika a léčba neplodnosti

Přibližně po půl roce přirozeného plánování rodičovství byl Jitce při ultrazvukovém vyšetření nalezen velký myom, který bránil přirozenému otěhotnění a musel být při laparoskopické operaci odstraněn. Jitka se s tímto onemocněním vyrovnala statečně, chtěla pro své dítě udělat maximum: *„Když mě řekl, že tam něco vidí, že je to potřeba odstranit, tak jsem se samozřejmě zalekla, co to je, co se bude dít, jestli mě tam najde ještě něco, nebo jestli mi bude muset odebrat toho víc. Podepsala jsem takovou zprávu... Ještě mě informoval o delší době zotavení po operaci..., bála jsem se, i co se týče mé práce, ale pak jsem si uvědomila, že i ta práce mi je jedno, že hlavně, abychom mohli mít malé.“* Uběhl další rok, jelikož Jitka byla delší čas v pracovní neschopnosti a ani po této operaci nebylo zcela doporučeno ihned započít další snahy o miminko. Po celou tuto dobu si pár myslel, že je problém na straně ženy. Jitka někdy sama sebe obviňovala, že za nemožností páru mít vlastní děti může právě jen ona. Od svého partnera cítila oporu ve formě utěšujících slov. Negativní emoce prožívala také z důvodu vtíravých dotazů na svůj zdravotní stav od své tchýně. Další postup lékaře byl takový, že chtěl vyšetřit kvalitu spermií u Tomáše. Ten se však delší dobu tomuto vyšetření vyhýbal. Mezi manžely kvůli tomu začaly vznikat první konfliktní situace. Až teprve po psychickém nátlaku své partnerky, svolil Tomáš k vyšetření. Tomáš uvedl: *„Zprvu jsem se tomu bránil, pak přišly výčitky od Jitky. ...co ona*

všechno musí podstoupit a já pro to nic neudělám...Tak jsem teda udělal, Jitka se usmívala, že to tam teda může donést.“

Otázka, zda byl partner ochoten podrobit se vyšetření pro zjištění kvality spermií, byla položena i ženě. Jitka byla neochotou svého muže velmi zklamaná: *„Nevěřila jsem tomu, když mi řekl, ať na to zapomenou. Byla jsem moc moc zklamaná a strašně mě to bolelo. Nikdy předtím se ke mně takhle nechoval. Byla jsem na něho dlouho našťvaná, pak jsem mu to začala vyčítat, že je sobec. To bylo poprvé, co jsme měli takovou hádku a co jsem mu tohle řekla. Když se pak rozhodl, že to ‚pro mě‘ udělá, tak mě to také rozčílilo. Vždyť to přece není pro mě, že jo? Vždyť je to pro naše dítě.“*

Výsledky spermiogramu vykazovaly velmi nízké množství spermií muže, a proto byla páru doporučena léčba neplodnosti prostřednictvím asistované reprodukce. Jestli jsem to pochopila z vyprávění páru dobře, počet spermií je tak nízký, že by pravděpodobně musel muž podstoupit chirurgickou metodu odběru spermií a dále metodou ICSI provést umělé oplodnění. Tuto možnost však doposud partner odmítá.

Odběr spermatu pro toto vyšetření proběhl v domácím prostředí bez asistence partnerky. Poté žena odvezla ejakulát svému lékaři, který ji také oznámil výsledek. Ten poté musela zprostředkovaně říci svému partnerovi. Jitka měla velké obavy z toho, jak zprávu o andrologické neplodnosti její muž přijme, prožívala před jejím ohlášením stres. Informaci o andrologické neplodnosti a jejím řešením se snažila Tomášovi oznámit v klidu a opatrně. Dle Jitčinych slov Tomáš reagoval výbušně. Tomáš se ke zjištění vlastní neplodnosti vyjádřil: *„Byl jsem našťvaný. Hodně. Měl jsem chuť něco rozbít. Pak se vztek střídal se studem... Myslel jsem si, že si dělají srandu. Nikdy jsem neměl žádné potíže a najednou mi řekli, že je chyba ve mně. Bylo mi hrozně.“* Při otázce, zda si Tomáš kladl svou neplodnost za vinu: *„No, říkal jsem si, že za to může úraz kdysi dávno při sportu, pak třeba i alkohol, ty naše akce tady někdy... a stresy, které jsem měl v práci. Ano, manželka mi byla oporou. Řekla, že spolu vše zvládneme.“* Jitka se snažila svého muže uklidnit. Věděla o jeho silné ješitnosti, nekladla mu za vinu jeho neplodnost, ale snažila se svému muži vysvětlit, že problém s ním chce řešit společně.

Dále jsem se Tomáše ptala, proč si nepřeje podstoupit umělé oplodnění. Tomáš: *„To je těžké. To vám řekla manželka, že jo? No, já asi potřebuju ještě čas na rozmyšlenou. To teď vypadá, že já pro to nic nechci udělat. Tak asi mám taky strach, no, to jako určitě. A mě prostě, mě tohle všechno přijde umělé. Prostě zkumavkové dítě. Mám k těmhle metodám odpor. Ona říká, že to nijak jinak přirozeně nepůjde, ale, já věřím, že půjde.“*

Partnerský vztah v současné chvíli prochází krizí z důvodu neochoty muže řešit situaci své poruchy plodnosti prostřednictvím umělého oplodnění. Vysvětlení Jitky v této oblasti bylo pro mě šokující: „*Já jsem se mu snažila říkat, že tenhle problém řeší spousta lidí, že se nemá za co stydět, že se nemá čeho bát. Teď to ale dospělo do té fáze, že jsme si řekli, že klidně ať si prostě najdu někoho jiného, kdo mi to dítě udělá. Tak jsem mu řekla, že teda jo, že s tím souhlasím.*“ Můj názor na tuto situaci páru je takový, že u páru nyní probíhá určitá fáze naštvání a zejména nízké komunikace. Jsem si zcela jistá, že Jitka by svého manžela, kvůli početí dítěte s jiným partnerem, neopustila, protože ho velmi miluje.

Kvalita vztahu

Byla jsem ráda, že jsem mohla mluvit s tímto párem, o kterém jsem již dopředu věděla, jaký problém je tíží. S partnery se dobře znám již několik let a z mého pohledu se původně zdáli být ideálním párem a takto se projevují stále, mezi všemi přáteli na veřejnosti. Zatvrzelost muže v otázce své sterility je však zásadní. Některé skutečnosti, které vyplynuly z rozhovoru, mě velice negativně překvapily.

Jitka je atraktivní žena nejen svým vzhledem. Má v sobě optimistický náboj, energii a aktivní postoj k životu, který na ni sama o sobě velmi obdivuji. Je velmi sečtělá, s mluveným slovem také celý den ve svém zaměstnání pracuje a každé její vyjádření je široce promyšleno a rozvinuto do nejmenších detailů. Při rozhovoru o neplodnosti jsem však získala jiný pohled do jejího nitra, které je velmi citlivé a žena v tuto chvíli prožívá dle jejích slov nejhorší krizi svého života. Tomáš je z pohledu druhého pohlaví též atraktivní muž. Je na první pohled tělem i duší sportovec. Můj názor na jeho osobu se mi díky zjištění příčiny problému trochu změnil, ale snažila jsem se analýzu případové studie svým subjektivním postojem neovlivnit. Při rozhovoru se choval trochu zdráhavě k některým otázkám. Snažila jsem se navodit ale takovou atmosféru, aby nepocíťoval, že některé citlivé dotazy na řešení neplodnosti směřují proti jeho osobě. Svými vyjadřovacími schopnostmi se rovná své partnerce, slovní projev byl promyšlený. Ačkoliv již před rozhovorem byl pár seznámen s okruhem mých dotazů, bylo znát, že některými dotazy se zdá být muž zaskočen a než vyslovil svůj názor, ponechal si drobný čas na rozmyšlení. Chování páru při společném rozhovoru bylo uvolněné. Kdybych neznala jejich problém, nikdy by mě nenapadlo, že nějaká krize v jejich vztahu panuje. Komunikovali spolu v přátelském rozpoložení, jejich vzájemné projevy přede mnou byly přívětivé a milé. Až při samostatném rozhovoru s každým z nich jsem cítila záporné rozpoložení mezi manžely. Jitka kvalitu vztahu hodnotila: „*Možná by bylo vše OK, kdyby do nás stále nezasahovala Tomášova matka. Když jsme v Praze, je všechno*

dobré, jdeme třeba do divadla, do kina, bavíme se úplně normálně. Horší je to, když pak třeba doma sedíme, začne na to jeden z nás myslet, a pak je třeba ticho. Zase pak přijde rozkol. Já trvám na řešení, on chce pokračovat přirozeně. Pak každý z nás odchází, naštván.“ Tomáš se také vyjádřil k tomu, že neplodnost ovlivnila jejich vztah negativně: *„Ano, neplodnost rozhodně ovlivnila náš vztah. Nic není už jako dřív. Mezi námi je napětí, je to cítit všude.“*

S kvalitou vztahu úzce souvisí i kvalita sexuálního soužití páru. Problémy začaly tehdy, kdy se Tomáš nechtěl nechat vyšetřit na neplodnost a zapojovat se do její léčby. Po zjištění andrologické poruchy plodnosti se dostal do vztahu chlad i v sexuální oblasti partnerů. Do této doby byla frekvence a pravidelnost pohlavních styků pro obě strany vyhovující. Tomáš: *„Teď jsme delší dobu sex neměli, takže, ano, určitě, neplodnost negativně ovlivnila náš sexuální život.“* Jitka: *„Já jsem svým způsobem uražená. On nechce nic řešit, jak byste se cítila vy? ...To byste taky na to neměla chuť.“*

Přístup lékařů

Přístup lékaře Jitky byl dle jejích slov velmi profesionální. Informace o jejím stavu jsou jí předkládány dostatečné, na všechny dotazy jí bylo z jeho strany vždy odpovězeno. Lékař informoval ženu o různých možnostech řešení zmíněné příčiny neplodnosti. Kvalita vyšetřovací a diagnostické techniky gynekologa spolu s doplňujícím vysvětlením zdravotního stavu je vynikající. Tomáš se s tímto doktorem osobně nikdy nesetkal, získával zprávy prostřednictvím své manželky, tak jak je to v ordinacích většiny gynekologů běžné.

Tlak okolí

Manželé se svěřili své rodině a přátelům s tím, že plánují počít dítě. Zjištěnou příčinu andrologické neplodnosti před známými tajili. Někteří lidé z blízkého okolí věděli, že Jitka podstoupila náročnou gynekologickou operaci pro odstranění vzniklých myomů a pravděpodobně si většina z nich myslí, že důvodem neplodnosti páru je porucha plodnosti na straně ženy. Jitka uvedla, že tuto skutečnost si myslí i Tomášova matka, která často zjišťuje nepřímými otázkami zdravotní stav Jitky. Jak jsem již zmínila výše, tlak tchýně očekávající vnoučata je ze strany manžela velmi silný a pro pár velmi nepříjemný. Jitce nevadí bavit se o neplodnosti s jinými kamarádkami, těhotenství druhých přátel jí nepřináší záporné nebo nepřiměřené emoce. Děti má naopak velmi ráda, a když je na víkendy na vesnici, občas si je od kamarádky také půjčuje na hlídání. Styk s vlastní rodinou, která je velmi vzdálena od jejího bydliště, je málo častý, v podstatě pouze

o Vánocích a svátcích. Svými problémy manželé nechtěli Jitčinu rodinu při těchto výjimečných akcích zatěžovat. Tomáš by se nechtěl svěřovat se svou neplodností okolí, protože je provázena nepříjemnými pocity související s jeho nedostatečnou mužností. Jeho zásadním přáním podmiňujícím svolení s rozhovorem bylo to, abych o zmíněné příčině neplodnosti nikomu neřekla a svou žádost mi ještě jednou při rozhovoru připomněl.

7.7 Případ 7: Pavlína a Petr

Manželský pár osobně znám již mnoho let. Pavlína je má spolužačka a kamarádka již od základní školy. Je jí 34 let, Petr je o 3 roky starší. Oba mají středoškolské vzdělání s maturitou. Začali spolu chodit již před 16 lety, přičemž pár se před pěti lety přibližně na jeden rok rozešel z důvodu krize v podobě nevěry partnera, která zasáhla do jejich vztahu. Dokázali tuto krizi překonat a před 3 roky spolu uzavřeli svazek manželský. Petr má zaměstnání, při kterém musí často jezdit na služební cesty do zahraničí. Mimo tuto hlavní činnost si občas přivydělává při opravách počítačů přátel a známých. Pavlína pracuje jako účetní v malé soukromé firmě a ve své práci nárazově prožívá stres. Žijí spolu v nově zrekonstruovaném bytě, velikosti 3+1, v krajském městě. Ve svém volném čase se zejména Petr věnuje sportu, hraje tenis a v zimě téměř každý víkend jezdí oba lyžovat. Pavlína již několik let pravidelně dochází na relaxační a meditační cvičení jógy.

Motivace k rodičovství

Plánovat své rodičovství začali na popud Pavlíny před třemi roky. Petr se z důvodu jeho kariéry i koníčků dlouho dětem bránil. Dle slov Pavlíny: *„Chtěl si ještě užívat volna, vůbec si neuvědomoval to, že už je mě přes 30. Musela jsem pak přitlačit na pilu.“* Pavlína však delší dobu své „mateřské pudy“ také nepociťovala. Důležitým faktorem pro tuto volbu byl zejména věk ženy a mimo to, byla ovlivněna narozením dětí svých kamarádek, bývalých spolužaček i obou dětí mladšího bratra. Petr při rozhovoru se mnou řekl, že nyní po dětech intenzivně touží, představuje si, že je bude učit lyžovat, a dalším činnostem. Sám se zmínil, že jeho původní touha nebyla tak silná, nebo si spíše díky práci i mnoha volnočasovým aktivitám neuvědomil svůj věk ani věk ženy včas.

Diagnostika neplodnosti

Podobně jako u jiných párů, přirozené plánování rodičovství probíhalo neúspěšně jeden rok, až poté přišel gynekolog ženy s určitými druhy řešení. Žena byla dle slov gynekologa zcela zdravá, neměla žádné gynekologické problémy, její reprodukční cyklus a ovulace probíhaly tak jak mají. Doporučení gynekologa byly pouze ve formě pravidelnosti pohlavních styků a koitální aktivity ve dnech ovulace určených dle ultrazvukového vyšetření. Toto bylo však někdy velmi těžké uskutečnit z důvodu častých služebních cest partnera mimo republiku. Pár si delší dobu přisuzoval svou nemožnost otěhotnět s tím, že neměli pohlavní styk v té správné době, než že by šlo přímo o určitý druh poruchy plodnosti. Pavlína uvedla: *„Bylo to hrozné, protože, doktor řekl: ‚ted‘, dnes to musíte dělat, dnes je ovulace‘. Já přišla domů a jednou už jsem byla opravdu zoufalá, že jsem se z toho doma rozbrečela, protože, takhle to bylo už skoro pravidlem, že Petr nebyl v tu správnou dobu doma.“* Přibližně po roce a půl provedl gynekolog ženy vyšetření kvality spermií partnera. Z této diagnostiky byla zjištěna porucha pohyblivosti i množství spermií. Gynekolog dal páru na výběr, že se mohou ještě určitou dobu pokoušet přijít do jiného stavu přirozeně s tím, že bude partner brát vitamíny a stopové prvky, zejména zinek, nebo jim může rovnou napsat doporučení pro léčbu v centru asistované reprodukce. Pár se rozhodl pokračovat přirozenou cestou. Pavlína ke zjištění andrologické neplodnosti uvedla: *„Už ani nevím, jak se k tomu postavil, když jsem mu tu zprávu řekla. Ale, co si pamatuji dobře, to je to, že jsme se stále hádali kvůli tomu, že Petr zapomínal brát ten zinek, já jsem mu to musela neustále připomínat, jak malému dítěti a to ho štvalo. On se nechtěl o žádných problémech se mnou bavit. Nechtěl o tom nic slyšet, a když jsem něco začala, tak vybouchnul. Doma se o tom prostě mluvit nesmělo, tak jsem se svěřovala kamarádce. (...) měla pocit, že chci dítě jen já, protože on pro to nechtěl nic udělat, přitom jen ty vitamíny brát.“* Petr uvedl, že ho zpráva o vlastní neplodnosti vůbec nepotěšila: *„Tak dotklo se mě to, samozřejmě, asi jako každého chlapa, že? To je trošku naše citlivé místo. (...) měl jsem brát vitamíny, co řekl manželce doktor, a tak jsme to zkoušeli ještě dál. Trochu jsme se umělému bránili, mysleli jsme si, že to půjde normálně.“* Jiné možnosti léčby páru nebyly, ale přesto gynekolog navrhl ženě, že by mohl provést ještě laparoskopické vyšetření, zda není porucha plodnosti také na straně ženy. Pavlína se tomuto vyšetření v celkové narkóze podrobila a gynekologická příčina neplodnosti nebyla potvrzena. Pavlína se vyjádřila k laparoskopickému vyšetření: *„(...) docela mě to štve, protože to nemuselo být. Mohli jsme jít do (název centra asistované reprodukce) hned, ale Petr nechtěl, tak jsem šla ještě na tohle. Ve výsledku mám akorát kvůli tomu jizvu na pupku. Ano, potěšilo mě, že jsem zdravá. A i to, že teda Petr uviděl, že je teda problém jen u něho, že já jsem úplně*

zdravá a už není nic jiného za možnost, než to umělé.“ Pavlína svému partnerovi nikdy osobně nedávala za vinu, že je neplodný. Tuto skutečnost uvedla pouze při rozhovoru bez přítomnosti muže.

Léčba neplodnosti

Od počátku plánování dítěte uběhly již 2 roky a pár se konečně rozhodl řešit svou situaci prostřednictvím kliniky reprodukční medicíny. Manželé nejprve vyzkoušeli jeden pokus oplodnění formou metody intrauterinní inseminace, po jejím neúspěchu se rozhodli pro metodu IVF. Žena přijala výsledek první léčby s klidem, s neúspěchem dopředu počítala. Pavlína uvedla: *„Ne, nebylo to nic, s čím bych nepočítala. Jen jsme to tak zkusili, protože, byla to taky možnost, levná, i když doktor řekl, že vzhledem k poruše Petra spíše minimální. Takže jsem ani moc s úspěchem nepočítala. Ale, zkusili jsme to? Zkusili.“* Tento týden (tedy zatím pouze 2 dny) žena začala užívat hormonální injekce ve formě předvyplněných per, které jí aplikuje do břicha její partner. Z vyprávění obou partnerů vyplynulo, že se prozatím nevyskytly žádné znatelné změny v chování nebo prožívání ženy. Pavlína pouze uvedla, že jí bolí trochu břicho. Petr se vyjádřil k obavám partnerky z injekcí a k tomu, že se může účastnit jako rovnocenný partner procesu oplodnění dítěte: *„Připlatili jsme si ty pera, ale ona se bojí si to tam píchnout, tak jsem musel já, taky srab. Takže nejsem z toho odvázaný, ale když je to pro dobrou věc, tak se toho aspoň taky můžu účastnit.“*

Za nejvíce stresující fázi řešení své poruchy plodnosti považuje Pavlína právě to období zjištění neplodnosti, napětí v partnerském vztahu a úplné odmítnutí hovoru na toto téma ve společné domácnosti. Petr nevěděl, jak na tuto otázku odpovědět. Po upřesnění, navedení určitými možnostmi výroků, odpověděl shodně jako Pavlína, že nejvíce stresující byla fáze zjištění jeho vlastní neplodnosti.

Kvalita vztahu

Z provedeného rozhovoru s Pavlínou jsem získala informace o dvou rozporech, které panují v její mysli k otázce vlivu neplodnosti na kvalitu vztahu: *„Sama nevím. Na jednu stranu, teď cítím, že jsme spojeni, že je všechno úžasné, jsme v tom spolu. Na druhou stranu, když si uvědomím, co všechno bylo předtím, jakou mi to dalo práci ho přesvědčit, abychom tam šli, to bylo hrozné. Na to asi jen tak nezapomenu.“*

Petr má pocit, že jejich manželství zpráva o neplodnosti sice zasáhla, řešili však v minulosti závažnější problémy, které také zdárně vyřešili. Věří v úspěch léčby a v to, že se brzy vše vrátí do normálních kolejí, tedy pohodového vztahu.

Pavčina je z mého pohledu až přehnaně citlivá žena, která se rozpláče velmi často i při sebemenším problému. Řekla bych ale, že řešení neplodnosti její labilitu snížilo a je schopna se nyní vyrovnávat s překážkami lépe, než v minulosti. Petr je povahově přesný opak Pavčiny. Je to člověk vyrovnaný, optimista, většinu problémů umí vyřešit rázně a ihned. Neplodnost však jistě zasáhla jeho ego, určitý čas se musel s vlastní poruchou plodnosti vyrovnat, než svolil k řešení prostřednictvím asistované reprodukce.

Pár znám již řadu let. Velice mě překvapil v nedávné době rozchod partnerů a ještě více důvod rozchodu, tedy nevěra, jelikož pár se mi zdál vždy zcela ideální. Kromě maličkostí nebyl u páru ve vztahu nikdy žádný problém a díky rozdílnosti povah se manželé vždy doplňovali. Byla jsem ráda, že i tato krátká epizoda partnera byla Pavčinou překonána a z mého pohledu dokonalé manželství pokračuje dále. Jsme si téměř jistá, že dokáží zvládnout i toto nelehké období.

Sexuální život partnerů nebyl z řeči obou partnerů ovlivněn. Pavčina se zmínila, že jejich pohlavní styk byl vždy kvalitní a takto to i zůstalo. Jediná krize, která zasáhla tuto oblast, bylo období záhy po návratu partnerů, po zmíněném rozchodu. Pavčina se kvůli nevěře nedokázala zcela uvolnit, tato krize je však již dávno zažehnána.

Přístup lékařů

Pavčina si pochvaluje přístup svého lékaře, který ji pravidelně vyšetřoval, podával ji informace o stádiích reprodukčního cyklu a měl s párem „trpělivost“. Zejména také vysvětlil ženě možnosti moderní reprodukční medicíny, podal jí mnoho informací a tím ji, a zejména jejího partnera, zbavil obav z procesu umělého oplodnění. Pavčina dále popsala, že přístup specialistů v centru asistované reprodukce je výborný, ale částečně se zmínila o nepříjemné, dlouhé čekací době při každé návštěvě kliniky a s tím související nervozitě. Pavčina řekla: *„Klinika je to výborná. Za to, za co si tam zaplatíte, to skutečně dostanete, je to vidět na všem, v té technice... Co je blbé, že jsme tam pokaždé seděli třeba více jak hodinu, než jsme přišli na řadu. A co bylo strašné, že jak tam sedí ty páry, tak na sebe koukáme, člověk si říká, s čím tam jsou ti druzí, jak tam asi chodí dlouho, to mě tam teda znervózňuje.“* Petr uvedl, že gynekolog že je skutečný profesionál, přesněji ho označil slovy: „Je to kapacita.“ O centru asistované reprodukci se vyjádřil s nadějí i humornou poznámkou: *„Věřím v to, že se to tam povede hned na poprvé. Líbil se mi přístup. A líbila se mi hlavně ta jejich kabinka.“*

Tlak okolí

Pavlna se svěřuje se svými problémy a s důvodem neplodnosti své rodině a pouze nejbližším kamarádkám, kterým důvěřuje. Komunikace s nimi o své nedobrovolné bezdětnosti jí není nepříjemná, naopak je pro ni částečně terapií, že si o tom může s někým popovídat. V manželském prostředí totiž téma neplodnosti bylo tabu, o kterém se nemělo mluvit. Petr si nepřál, aby se jeho žena Pavlna zmínila o „jeho“ problému své rodině, přesto to ale udělala. O této skutečnosti ze strany partnera pravděpodobně panuje nevědomost. Pavlině je líto, že v její práci, několik kolegyň, které jsou ve věku 25 – 30 let, otěhotněly dříve, než ona. Má obavy z toho, aby o svou práci nepřišla a proto nikomu v kanceláři neřekla příčinu jejich častých odchodů k lékaři. Vymýšlí si často nepravdivé příběhy, kvůli kterým musela odejít z práce. Dotazy směrem k Petrovi na neplodnost páru nesměřují, on sám nemá potřebu se s někým o této záležitosti bavit.

7.8 Shrnutí výzkumných výsledků

V předchozí části jsou uvedeny odpovědi sedmi neplodných párů v rámci kontextu rozhovoru. V následujících odstavcích jsou již pregnantně formulovány a shrnuty do odpovědí na výše stanovené výzkumné otázky.

Jaké byly motivy mužů a žen k rozhodnutí počít vlastní dítě a jaké faktory měly na tuto volbu vliv?

V rámci výzkumného šetření bylo zjištěno, že u většiny případů byl hlavním motivem počít vlastní dítě tzv. „rodičovský pud“, který měl vysokou intenzitu, jež se s postupujícím věkem ještě stupňovala. Touha partnerů se u některých případů od tohoto zažitého schématu odlišovala. Tím byl například pár č. 2, Milada a Martin. Zde jsem usoudila, že jejich přání je ovlivněno jinými faktory. Milada si začala uvědomovat svůj věk a obavu z doživotní bezdětnosti. Mezi další důvody uvedla např. tlak okolních párů, kteří již založili své rodiny, anebo budoucí dítě považuje jako možnost úniku od stresového zaměstnání na mateřskou dovolenou. Za své „nemateřské“ pudy se částečně stydí. O uvědomění si svého věku a tlaku ze strany okolí začala mluvit také Pavlna v páru č. 7. Její partner Petr si delší dobu děti nepřál, chtěl si ještě užívat „volnosti“. Po nátlaku své ženy a uvědomění si jejího věku si však partner začal své přání uvědomovat více a jeho touha po vlastním dítěti je nyní již hluboká. Podobnou situaci prožil také pár č. 4, Dana a Robert. Ti uvedli, že si přáli mít velkou rodinu,

jelikož mají z dětství negativní zkušenost s rozvodem svých rodičů. Přes celou řadu aktivit, cestování, kariéry si věk partnerky Robert nezačal uvědomovat příliš brzy. Dana proto podobným způsobem jako u předchozího případu musela upozornit svého partnera na svůj věkový limit. Další problematickou situaci řeší také pár č. 6, Jitka a Tomáš. Zpočátku byla jejich touha počít dítě velmi silná, po zjištění andrologické neplodnosti se však intenzita přání u Tomáše zcela otočila. Intenzita touhy počít dítě klesla také na straně partnerky, jelikož se do jejího života vtačil nepříjemný tlak ze strany Tomášovy matky toužící po vnoučatech, který její životní hodnoty velmi ovlivnil.

Jsou muži ochotni podstoupit lékařské vyšetření pro zjištění možných příčin andrologické neplodnosti?

Všichni dotazovaní muži byli ochotni podrobit se diagnostice zjištění kvality spermií. Jejich odběr brali jako nutnost, přirozenou věc, která ke zjištění nemožnosti počít dítě patří. Pouze u jednoho případu jsem se setkala s prvotním odmítnutím tohoto vyšetření, to bylo u Tomáše, pár č. 7. Po psychickém nátlaku jeho ženy se této diagnostice podrobil. U některých mužů se objevila také obava z toho, zda příčina neplodnosti nebude zjištěna na jejich straně a sami uvedli, že kdyby to tak bylo, špatně by se s tímto zjištěním vyrovnávali.

Jaké jsou pocity mužů a žen při zjištění své neplodnosti?

Ve svém výzkumném šetření jsem mluvila se 3 páry, u nichž byla zjištěna andrologická příčina neplodnosti, a 4 páry s gynekologickým faktorem poruchy plodnosti. Vyrovnání se s mužskou neplodností bylo velmi obtížné u páru č. 6, Jitky a Tomáše. Tomáš svou „nedostatečnou mužnost“ velmi těžce nese a odmítá také další léčbu své poruchy plodnosti formou asistované reprodukce. Tato skutečnost se zásadně negativně projevila na kvalitě partnerského vztahu manželů. S vlastní neplodností se určitou dobu musel srovnat také Petr u případu č. 7, který nechtěl o své poruše se svou partnerkou komunikovat, určitou dobu odmítal léčbu, ale nyní již intenzita negativních emocí pominula. Odlišný případ uvedl pár č. 3, Lenka a Tibor, kde také byla zjištěna partnerova neplodnost, zde však tuto poruchu záporně nesla partnerka a její manžel jí utěšoval. Gynekologickou příčinu neplodnosti většina žen nesla statečně. Některé ženy dokonce uvedly, že s určitou poruchou dopředu počítaly a proto toto zjištění nebylo provázeno výrazně negativním emocionálním průběhem. Jiné ženy začaly po určité době samy sebe obviňovat ze své neschopnosti počít dítě pro svého partnera. Zahltili se prací, nebo činnostmi, jako je např. četba knih, aby na to tolik nemysleli.

Kromě výše uvedeného příběhu páru č. 3, se partnerky s poruchou plodnosti svého muže vyrovnávali stejným způsobem jako se svou vlastní neplodností a snažili se svého partnera utěšit a podporovat. Muži gynekologickou příčinu neplodnosti páru příliš intenzivně neprožívali, brali tuto skutečnost racionálně a případně se snažili být své ženě oporou. Žádný z mužů nenaznačoval své partnerce její neschopnost počít jejich společné dítě.

Jak hodnotí páry přístup lékařů a informace specialistů při léčbě své neplodnosti?

Při rozhovoru s páry jsem byla velmi často šokovaná některým přístupem gynekologů a specialistů pro léčbu neplodnosti. Negativní reakce na dostatek informací, kvalitu techniky či způsoby řešení poruchy plodnosti svého gynekologa uvedly 4 ženy. Tyto ženy pak uvedly velmi rozdílnou povahu léčby neplodnosti ve specializovaném pracovišti asistované reprodukce, kterou hodnotily výrazně pozitivně. Pouze jeden pár, Nina a Zdeněk, uvedl velmi negativní zkušenost s praktikami jedné z těchto klinik, kterou také po určité době opustili. Partneři žen často zmiňovali nemožnost účasti na procesu léčby neplodnosti dostatečnou měrou. Vadila jim zejména určitá nedostatečnost informací, které jim podával gynekolog pouze prostřednictvím svých partnerek a neosobní kontakt s lékařem. Proto také více pozitivně hodnotili účast na úvodní schůzce v centru asistované reprodukce, kde byly páru společně vysvětleny možnosti řešení jejich poruchy a zodpovězeny všechny jejich dotazy. Nechtěla bych však také opomenout názor některých párů o hektickém způsobu léčby na klinikách asistované reprodukce, označili toto centrum jako „továrnu na děti“, mluvili záporně o délce čekací doby v čekárně a v neposlední řadě o finančním faktoru léčby.

Ovlivňuje neplodnost sexuální život partnerů? V případě že ano, jakým způsobem?

U čtyř dotazovaných párů neplodnost neovlivnila sexuální život partnerů žádným způsobem. Pár č. 2, Milada a Martin, měli určité problémy v sexuálním soužití, ty však prý panují již od doby před rozhodnutím páru počít dítě. Milada také zmiňuje, že negativně hodnotí pravidelnost a nucení do sexuálního styku v plodných dnech stanovených lékařem. Velmi intenzivní problémy v sexuálním soužití partnerů zapříčiněné neplodností se objevili u dvou párů: Dany a Roberta a Jitky a Tomáše. U prvního případu se vztah páru změnil díky dlouhodobé léčbě a tím i nedostatečnosti sexuální aktivity v době hormonální stimulace a určité době po embryotransferu a následně po potratu. Ze strany partnerky se projevila nechuť ke koitální aktivitě z důvodu nepříjemného nátlaku ze strany partnera a jeho nízké komunikaci. U druhého případu Jitky a Tomáše se problémy objevily již tehdy, kdy se Tomáš

nechtěl nechat vyšetřit na neplodnost, a po zjištění andrologické příčiny neplodnosti, se odmítl zapojovat do její léčby.

Naopak pozitivně zhodnotil změnu k lepšímu v této oblasti pár č. 3, kdy Tibor se kladně vyjádřil k četnější frekvenci pohlavních styků, než byla před rozhodnutím páru počít dítě, a mluvil také příznivě o atraktivitě své manželky.

Má neplodnost a její léčba vliv na kvalitu vztahu mezi partnery? Pokud ano, jaký?

Výsledek výzkumu pro tuto výzkumnou otázku bych rozdělila do třech druhů odpovědí. Tři páry, se kterými jsem provedla rozhovor uvedly, že neplodnost jejich kvalitu vztahu utužila, posílila a oba partneři pocítují, že je maximální úsilí nepříznivou situaci vyřešit spojilo velmi silným poutem. Jeden pár, Milada a Martin uvedl, že neplodnost nepovažuje za něco, co by mělo jejich vztah měnit. Neplodnost tedy nezpůsobila v jejich manželství problémy, zároveň ho také neposílila. Vztah páru se díky dlouhodobé léčbě, potratu i nespokojenosti muže s nedostatečnou sexuální aktivitou, která souvisí s těmito metodami, znehodnotil u páru č. 4, Dany a Roberta. Negativně působí toto onemocnění také na pár č. 6, Jitku a Tomáše. V jejich partnerství, díky zjištěné příčině poruchy plodnosti, panuje hluboké napětí a nedostatečná komunikace. U páru č. 7 mluvila partnerka Pavlína o dvou rozporech, které panují v její mysli k otázce vlivu neplodnosti na kvalitu vztahu. Nyní považuje své partnerství za dostatečně kvalitní. V jejich manželství však ještě v nedávné době vznikaly konflikty díky zjištěné andrologické neplodnosti partnera, se kterými se Pavlína ještě stále těžce vyrovnává. Naopak partner Petr optimisticky věří v to, že se brzy vše vrátí do normálních kolejí, tedy klidného vztahu.

Jak prožívají průběh různých metod či fází léčby neplodnosti ženy a jak muži?

Způsob léčby neplodnosti, její délka a náročnost byla v každém zkoumaném páru odlišná dle zjištěné příčiny poruchy plodnosti. Otázku pocitů při zjištění neplodnosti jsem již naznačila v předchozí otázce, která se schopností vyrovnat se s dalšími postupy léčby úzce souvisí. Obecně lze říci, že prožitky žen v souvislosti s léčbou jsou intenzivnější než u mužů, což je logicky spjato s tím, že žena musí podstoupit náročné i fyzicky bolestivé procedury, oproti mužům, kteří se museli podrobit pouze odběru vlastních spermií přirozeným způsobem.

Pro posouzení odlišnosti zde uvádím příběhy jednotlivých párů:

Případ č. 1, Petra a Jan prožívali průběh léčby společně, vzájemně se psychicky podporovali, cítili štěstí a proces umělého oplodnění vnímali jako zážitek zplození jejich

společného budoucího dítěte. Po nezdařilém prvním pokusu se partneři vyrovnali s neúspěchem dobře, každý svým vlastním způsobem. Žena při dalším novém pokusu pociťuje strach z toho, že to opět nevyjde. Jan neprožívá negativní emoce, nervozitu nepociťuje.

Případ č. 2, Milada a Martin prožívali průběh léčby zcela bez problémů, možná také z důvodu, že neabsolvovali žádný z náročných způsobů léčby, spojených s hormonální stimulací, jejich léčba netrvá příliš dlouhou dobu a motiv k rodičovství není tak hluboký. Žena pociťuje pouze obavy z doživotní bezdětnosti, protože si uvědomuje věkový limit svých reprodukčních schopností. Martin nevyjadřoval své emoce příliš intenzivně a vzhledem k jeho méně komunikativní povaze vznikly po neúspěšném pokusu léčby vztahové konflikty.

Případ č. 3, Lenka a Tibor prozatím nepodstoupili žádnou z metod řešení své neplodnosti, na svůj první cyklus se teprve budou připravovat. Vzhledem k citlivosti povahy ženy předpokládám, že její emoce v průběhu léčby budou intenzivní. Podpora manžela je však velmi silná. Tibor je navíc velmi komunikativní člověk, a svou psychickou podporou dokázal snížit záporné prožitky své ženy při zjištění příčiny neplodnosti páru.

Případ č. 4, Dana a Robert. Dana při hormonální stimulaci vaječníků, prožívala při obou cyklech IVF negativní emoce. Provázeli jí změny nálad, plačtivost, velká nechuť k pohlavnímu styku a celkové odmítání partnera. Mezi manžely probíhalo v tomto období napětí, nervozita a vznikaly konfliktní situace, které později zapříčinily odchod partnera ze společné domácnosti. Žena pociťovala nedostatečnou podporu svého muže, uzavírala se do sebe a zaměřila se na svou práci, aby na to tolik nemyslela. Muž prožíval negativní emoce v souvislosti s nemožností pomoci své trpící partnerce po fyzicky bolestivé operaci. Dále se příliš nezabýval emočními prožitky své ženy, uvědomoval si spíše neuspokojování vlastních sexuálních potřeb. Pozitivně však hodnotím jeho ochotu spolupracovat při řešení konfliktů páru prostřednictvím dalších specialistů v oboru psychologie a sexuologie.

Případ č. 5, Nina a Zdeněk prožili již velmi mnoho neúspěšných pokusů metodami asistované reprodukce. První pokusy nebyly spojené s příliš negativními intenzivními prožitky, s prvotními neúspěchy se tak trochu dopředu počítalo. Žena však prožila také několik potratů a další nové a nové cykly léčby její psychický stav zhoršovaly. Žena měla při novém těhotenství místo radosti hned od počátku strach a velkou úzkost z toho, kdy přijde znovu konec a o své nenarozené dítě znovu přijde. Ninu dokázala uklidnit četba historických románů, kterých přečetla velmi mnoho, podpora manžela a pomoc okolní rodiny. Z mého vlastního pohledu jsem usoudila, že Zdeněk, který je velmi klidné povahy, neprožíval

neúspěch léčby tak intenzivně jako jeho žena. Spíše se zaměřil na pomoc své ženě v domácích pracích, snažil se být jí oporou.

Případ č. 6, Jitka a Tomáš. U tohoto případu byly emoce velmi intenzivní ve spojitosti se zjištěním neplodnosti a další léčba prostřednictvím umělého oplodnění je partnerem odmítána. Tomáš se považuje za nedostatečně mužného a tají tyto důvody poruchy plodnosti páru také před okolím. Muž má z léčby mimo jiné strach z důvodu nutnosti chirurgické techniky odběru jeho spermií. Jitka prožívá záporné emoce z důvodu nemožnosti rozšířit rodinu s člověkem, kterého tak miluje, uvědomuje si limit svého věku a zásadní vliv na záporné emoční prožitky má také tlak ze strany tchýně.

Případ č. 7, Pavlína a Petr prožívají v průběhu svého prvního cyklu metodou IVF nejasné emoce. Pavlína se bojí aplikovat si hormonální injekce a pozitivně hodnotí ochotu partnera ji s tímto pomáhat. Pavlína prožívala tísnivou situaci zejména v době zjištění andrologické neplodnosti páru, oddalování další léčby partnerem a zejména jeho odmítnutí o této záležitosti komunikovat. Petr se však po určité době se svou neplodností vyrovnal a léčba nyní pokračuje dál, což u ženy evokuje spíše radost a potěšení, než záporné emoce.

Které okamžiky léčby neplodnosti považují muži a ženy za nejvíce stresující?

Odpovědi mužů a žen neplodných párů se s odpověďmi jiných párů v žádné výpovědi neshodují. Každý prožíval stres v jiné fázi zjištění nebo řešení neplodnosti. Ženy uvedly, že obtížně prožívali fázi nevědomosti a čekání na diagnózu před zjištěním skutečného problému, kvůli kterému se jim nedaří počít dítě, fázi zjištění neplodnosti, období aplikace hormonálních injekcí nebo také etapu po odběru vajíček a čekání na jejich zdárné mimotělní oplodnění v embryologické laboratoři. U případu č. 5 Nina uvedla, že nejvíce stresující byla samozřejmě fáze potratu, ale dokonce i zjištění těhotenství spojené se strachem, kdy přijde znovu jeho konec. Muži uvedli, že nepříjemně pociťují určitou ztrátu pocitu ploditele, tedy to, že pár nyní podstupuje umělé oplodnění a muž nemohl přivést svou ženu do jiného stavu přirozeným způsobem. Jeden muž odpověděl, že nejvíce stresující pro něho prozatím bylo urologické vyšetření a strach z toho, aby nemusel podstoupit určitý druh chirurgického zákroku. U případu č. 4, Robert odpověděl, že pro něho bylo nejvíce stresující termínování a určování zdrženlivosti pohlavního styku v určitých fázích léčby neplodnosti. Někteří muži se k této otázce nedokázali vyjádřit.

Pociťovali muži či ženy tlak ze strany svého okolí kvůli tomu, že jsou doposud bezdětní?

Výpověď neplodných párů bych rozdělila do několika typů odpovědí vztahující se k vlivu neplodnosti na okolí i tlaku, který z druhé strany okolí přináší. Obecně lze říci, že většina žen pociťovala nutnost podělit se své rodině či blízké kamarádce o problémy s vlastní neplodností. Pouze pár č. 6, Jitka a Tomáš svou příčinu poruchy plodnosti před okolím tají. U páru č. 7, kde byla zjištěna andrologická neplodnost partnera, se Pavlína svěřila své rodině, ačkoliv si to její muž nepřál a doteď o této skutečnosti pravděpodobně neví. Problém svěřování se s problémy řeší také Dana u případu č. 4, která považuje přátelství svého okolí pouze jako povrchní a nemá žádnou z kamarádek, ke které se mohla přijít vyplakat po potratu dítěte. Většině žen nejsou dotazy na jejich neplodnost nepříjemné, závisí to však samozřejmě také na tom, z jaké strany tyto dotazy vychází. Např. Jitce, u případu č. 6, jsou velmi nepříjemné dotazy tchýně, toužebně očekávající vnoučata, na její zdravotní stav, které také způsobily demotivaci ženy k početí vlastního dítěte. Ženy často pociťují lítost při zvyšujícím se počtu těhotných žen v jejich okolí, štěstí při příchodu života nového dítěte jim však přejí. Negativní postoj k setkání s kamarádkami a hovorům o nakupování vybavičky pro budoucí miminka vyjádřila pouze Dana u páru č. 4. Pavlína, pár č. 7 vyjádřila ještě jeden faktor nemožnosti svěřit se s problémem v jejím zaměstnání z důvodu obavy z jeho ztráty, vymýšlí si nepravdivé důvody častých odchodů z práce k lékaři, a to jí přináší stres.

Muži nemají většinou potřebu svěřovat se se svými problémy svým přátelům, ani rodině. Pokud to rodina ví, ví to většinou pouze zprostředkovaně skrze jeho partnerku. Problematickou skutečností si prošel Tibor z páru č. 3, který se svěřil s neplodností své matce. Ta však tuto intimní věc manželů vyradila dalším členům rodiny a ztratila tak důvěru svého syna podávat jí informace o dalším průběhu řešení jejich problému. Muži s andrologickou příčinou neplodnosti usilovně tají svou poruchu plodnosti, vyžadují, aby tuto skutečnost ani jejich partnerka nevyradila, protože by pociťovali hluboký stud ze své subjektivně pociťované nedostatečné mužnosti. Muži nepociťují záporné emoce při setkání s rodinami s dětmi a těhotnými ženami.

7.9 Možné problematické aspekty výzkumného šetření

Ve výzkumném šetření jsem se potýkala s několika problémy. Prvním z nich se týkal samotného výběru respondentů. Za obzvláště problematické považuji získávání ochoty párů otevřeně hovořit o problémech z důvodu nepřístupnosti mužské strany daného páru, vyjadřovat se k emočním problémům v intimním partnerském vztahu. Tato neochota byla zejména výrazná u těch případů, kde dominovala příčina andrologické neplodnosti páru. Vždy jsem se nejprve ptala ženy v daném páru, která se pak v soukromí zeptala svého partnera a až následně po tomto zjištění jsem získala jejich rozhodnutí účastnit se tohoto výzkumu. Také v internetových diskusních fórech o neplodnosti jsem se setkala s nulovou účastí mužské populace.

Avšak ani poté, co muži souhlasili s rozhovorem, nebyl ve většině případů průběh rozhovoru rovnocenný. Společný rozhovor byl veden zejména ženou, muž se účastnil jen sporadicky a se stručnou odpovědí. Při odděleném rozhovoru jsem se u žen setkala s rozšířenou interakcí a otevřeností hovořit o všech svých psychických problémech a strastech. Výpovědi mužů byli velice omezené, soustředili se zejména na vysvětlení průběhu terapie neplodnosti, a i přes snahu dotazujícího výzkumníka, se vyhýbali duševním stanoviskům nebo nevěděli, jak danou otázku uchopit, tedy nedokázali vysvětlit své emoce. Tuto neochotu mužů mluvit otevřeně o problémech nebo rozvíjet určitá témata více do hloubky vnímám jako překážku, která ovlivňuje analýzu postojů, protože jsem byla často odkázána jen na zprostředkovaná data z postojů žen.

Dalším úskalím případů bylo to, že některé páry řeší situaci neplodnosti již mnoho let a těžko si vzpomínali na své prožitky na počátcích rozhodnutí počít dítě, prožitky spojené se zjištěním neplodnosti a emoce při prvním cyklu léčby. Pár například začal vyprávět o emocích, jak by je pravděpodobně cítil dnes, až poté si vzpomněl, že jejich prožívání bylo přece jen odlišné a výpovědi se začínaly měnit. Poté jsem měla hodnocení takových výpovědí složitější, jelikož jsem si musela vlastním úsudkem domýšlet, co z toho bylo pravdivé.

Ačkoliv jsem se snažila podřídit se, domluvit termín rozhovoru dle možností partnerů a navodit příjemné klima, za další výzkumný aspekt, se kterým jsem musela počítat, bylo aktuální rozpoložení partnerů v době provedení rozhovoru, například únava z práce, konstelace mezi partnery, špatná nálada, časový tlak z důvodu dalších povinností apod.

Myslím si, že zvolené metody rozhovor a pozorování jsem takto zvolila správně, jelikož při tomto typu výzkumu je důležitý osobní styk s párem. Pro dokonalejší poznání případů by bylo ale nutné provést těchto rozhovorů více, zkoumat případy longitudinálně po dobu

několika let a v různých fázích procesu léčby neplodnosti. Je také obtížné posoudit motiv páru k rodičovství, když proběhlo zkoumání případu nejdříve po roce od této události, kdy je teprve započata diagnostika poruchy plodnosti. U některých případů jsem poznala, že touha páru počít dítě se může v čase a poznání příčiny neplodnosti měnit, což také může ovlivnit výslednou analýzu. Prospěšné by mohl být také rozhovor s dalšími rodinnými příslušníky páru, kteří o jejich neplodnosti vědí a kteří by mohli posoudit kvalitu partnerského vztahu zase z jiného pohledu, než samotní respondenti. V neprospěch takto koncipovaného výzkumu mluví obrovská časová náročnost.

8 DISKUZE

V předchozí kapitole bylo pomocí metod kvalitativního výzkumu zodpovězeno a shrnuto devět výzkumných otázek, které se zabývaly stanovisky párů, mužů a žen k prožívání neplodnosti a její léčby. Tato část obsahuje interpretaci výzkumného šetření, které se skládá z pěti celků, týkajících se hlavních témat výzkumného šetření. Jsou to motivace k rodičovství, diagnostika a léčba neplodnosti, vliv neplodnosti na kvalitu vztahu a tlak okolí na neplodný pár. Vyhodnocení jednotlivých otázek je obsahem těchto hlavních témat.

Motivace k rodičovství

Rozhovor s páry jsem vždy započala otázkou na to, co bylo na začátku, tedy ještě před tím, než se pár rozhodl počít dítě. Své důvody, kvůli kterým chtěli mít děti, byly spojovány se smyslem existence, cílem něco nového své děti naučit a něco jim předat. Jedna žena uvedla, že pocítovala mateřské pudy a její intenzivní touha pramenila s životním přáním již od dětství. Jeden pár chtěl zase eliminovat negativní zkušenost z dětství, kdy se jejich rodiče rozvedli, a proto si přejí mít nyní svou rodinu početnou. Ne u všech párů se projevuje intenzivní touha obou partnerů mít vlastní rodinu. Některé ženy se v soukromí zmiňují o tom, že mateřské pudy příliš nepocítují, ale jejich rozhodnutí ovlivňovaly jiné faktory, jako např. stres v práci, vyšší věk, a jejich blízké okolí (přátelé a spolupracovníci s rodinami). Z výpovědí mužů bylo zjištěno, že jejich přání zplodit dítě může být někdy spojeno s určitým omezením, jako je omezení pracovní, omezení svých zájmů, cestování a proto své rozhodnutí odkládají, až do doby, kdy jsou vystaveni nátlaku své partnerky, která je omezena limitem reprodukčních schopností. Všeobecně je známo, že hodnoty dnešní společnosti se během minulých dvaceti let výrazně změnily. Ještě naše matky byly stigmatizovány tím, když neměly děti do 5 až 7 let po dosažení dospělosti. Kdo touhu po rodičovské roli nepocítoval, byl zejména v menších městech ze společnosti vyřazován. V dnešní společnosti se tyto hodnoty již tolik neprosazují, zejména také proto, že lidé dlouho studují (z výzkumu vyplývá, že nejčastěji jsem hovořila s lidmi s vysokoškolským vzděláním, a ti zakončují studium často až po 25. roce života), a teprve potom si začínají „užívat“ svobodného života, ekonomicky nezávislého na rodičích, budují kariéru, cestují, zařizují si bydlení a také hledají toho správného partnera „pro život“. Dalším problémem je to, že mladí lidé si i přes varovná čísla v médiích neuvědomují, že jejich biologická schopnost počít dítě se s věkem snižuje a do specializovaných pracovišť reprodukční medicíny přichází velmi pozdě.

Diagnostika neplodnosti

Počátek diagnostiky poruchy plodnosti páru přichází ve většině případů po roce neúspěšné snahy páru o přirozené početí a provádí se formou spermioologického vyšetření muže, jelikož je to z lékařského hlediska cesta nejsnazší. Metoda vyšetření muže, je jednou z klíčových fází, jejíž výsledek může zásadně ovlivnit mužovu touhu po dítěti, postoj k léčbě neplodnosti a také zasáhnout do kvality partnerského vztahu. Odběr ejakulátu je pro muže méně obvyklým výkonem, pro někoho více či méně nepříjemným, je to však úkon, o kterém se ve společnosti nemluví. V případě oznámení špatného výsledku spermioogramu se muž se svou diagnózou špatně vyrovnává. Muži s andrologickou příčinou neplodnosti, se kterými jsem hovořila, pocítovali stud před sebou samými i okolím, že nejsou dostatečnými muži, aby dokázali zplodit vlastní dítě přirozenou cestou. Z výpovědi jejich partnerek docházím k závěru, že muži se často uzavírají se svými problémy do vlastního světa, odmítají komunikovat i okamžitě řešit situaci léčbou. Ženy si uvědomují, že neplodnost je pro muže citlivou otázkou, která souvisí s jejich ješitností a přistupují k problému manžela ohleduplně, snaží se partnera podpořit. Žádná z žen nedávala svému muži jeho neplodnost za vinu. Partnerka ale po delší době jeho odmítání neví, jak svému partnerovi pomoci, sama se také trápí, protože omezená iniciativa partnera v tuto chvíli brzdí její touhu mít vlastní dítě. Dále bych k tomuto tématu chtěla podotknout, že ženy, jejichž partneři se bez námitek podrobili vyšetření, projevily uspokojení z mužovy součinnosti. Braly to jako něco pozitivního, jako projev aktivního postoje muže k plánování jejich společného dítěte.

Z mého výzkumného šetření vyplývá, že ženy se vyrovnávají s neplodností, ať již andrologickou či gynekologickou podobným způsobem. Andrologickou neplodnost prožívají negativně, jelikož tato porucha je také překážkou v dosažení gravidity.

Ženy získávají zprávu o své neplodnosti od svého gynekologa anebo specialisty na léčbu neplodnosti, ke kterému dochází velmi často. Podrobují se vyšetření, které vnímají jako nezbytné, získávají okamžité informace o možnostech řešení jejich problému. Náhlé zjištění vlastní neplodnosti v první chvíli prožívají lépe, než muži. Negativní emotivní reakce na neplodnost se však prohlubují až při dalších a dalších návštěvách lékaře, každý měsíc s příchodí menstruací a při dlouhodobě neúspěšné léčbě neplodnosti. Poté přichází u ženy také pocity viny, například takové, že nejsou schopné přivést na svět dítě svému muži.

Některé ženy dokonce se svou neplodností již dopředu trochu počítají, jelikož ví, že měly určité gynekologické problémy již v dětství a v období dospívání. Předpokládám, že tyto ženy, které se svou poruchou plodnosti dopředu počítaly, se s neplodností vyrovnávají lépe,

než ženy, které žádné gynekologické problémy doposud neměly, nebo si své problémy nikdy nepřipouštěly a počítaly s brzkým otěhotněním.

Léčba neplodnosti

Žena, která se rozhodne počít dítě, informuje o tomto plánu a konkrétním měsíci (např. po vysazení antikoncepce) i svého gynekologa. Ten u většiny párů čeká ještě jeden rok, než započne určitou konkrétní léčbu onemocnění páru. Tato doba (1 rok) je partnery provázená pocity nejistoty, rozčarování, nebo dokonce naštvání na nedostatečnou ochotu lékaře podniknout v řešení nedobrovolné bezdětnosti páru určité kroky. Některé ženy mého výzkumu uvedly, že nebyly spokojeny s rozsahem podaných informací o svém zdravotním stavu, střídání a v podstatě jen zkoušení léků, které asi „zaberou“, zastaralou technikou nebo radami, které nejsou příliš účinné. Tato nedokonalost v péči lékaře uvádí nejen ženy, ale i muže do pocitů nervozity z toho, že neví, co přesně se s jejich tělem děje, zda budou moci mít děti, nebo zůstanou doživotně bezdětní.

Léčba na specializované klinice asistované reprodukce je pro pár fyzicky, psychicky i finančně náročná, proto se některé páry delší dobu vyhýbají tomuto řešení neplodnosti. Možná také z toho důvodu, že centrum reprodukční medicíny je okamžitě spojeno s metodami umělého oplodnění a mnohé páry nejsou dopředu dostatečně informovány o jiných, i zcela jednoduchých a levných variantách řešení, které jsou zde aplikovány. Jako jedna z odpovědí, kterou jsem získala při rozhovoru, bylo pro pár nejvíce stresující aplikace hormonálních injekcí při stimulaci vaječnicků. Tato fáze nejvíce užívané metody IVF je spojena nejen s bolestí fyzickou, ale také se změnami v psychice. Ženy pociťují nervozitu, plačtivost, odmítání pohlavního styku i jiné další negativní emoce. I muži dokáží identifikovat změny, které toto období zanechává na jejich partnerce. Někteří muži se, zejména při prvním cyklu IVF, ochotně snaží pomoci své ženě ve všech domácích činnostech, snaží se být jí psychickou oporou a cítí naději, že bude jejich nepříznivá situace brzy vyřešena. Zejména tedy při prvním pokusu touto metodou, jsou ochotni „překousnout“ některé záporné emoce své ženy a podřídí se i při omezení v pohlavní aktivitě páru.

Koitaální aktivita partnerů je řízena doporučením lékařů. Ženy se vyjadřují, že negativně na přirozenost pohlavního styku působí monitoring ovulace lékařem a jeho doporučení provozovat pohlavní styk ve správné dny. V souvislosti se sexualitou partnerů se občas vyskytne problém, že muž má pocit, že žena z důvodu svého usilovného přání otěhotnět vyvíjí tlak na muže a působí při styku ne zcela uvolněně. Ačkoliv muži jsou rádi, že žena si přeje mít pohlavní styk pravidelný a častý, cítí i skutečnost, že nejsou zcela milováni, ale jsou

pouze „dárce spermií“. Při dlouhodobém neuspokojování sexuálních pudů a konfliktní situaci z důvodu náladovosti ženy, může nastat problém v celkovém soužití partnerů.

Další stresovou situací, kterou označila jedna žena, je odběr vajíček pro jejich umělé oplodnění v embryologické laboratoři. Je to sice jen několikadenní období, je však stresující pro pár, u něhož se lékařům nepodařilo odebrat velké množství vajíček, a ty pak každý den ubývají, odumírají či nedochází k jejich správnému vývoji. To znamená, že pár cítí nejistotu, zda bude možné zavést do těla ženy alespoň jedno životaschopné embryo. Po technice embryotransferu nastává dvoutýdenní čekání na jeho správné uhníždění, což je období, které se každý pár snaží trávit po svém. Některé ženy se obávají ztráty plodu a pro jistotu si berou ve svém zaměstnání dovolenou. Nevýhodou této volby je to, že po celou dobu žena myslí na své tělo, sleduje jeho symptomy a až příliš mnoho se zabývá myšlenkami „co kdyby“. Pokud žena nemá fyzicky náročné zaměstnání nebo práci, která ji přináší častý stres, není ani z lékařského hlediska doporučováno být doma a v úplné nečinnosti.

Ztráta nedonošeného dítěte, i když je to jen několikadenní oplodněné embryo, je ženami většinou oplakána. V případě, že se jedná o potrat několikanásobný nebo dokonce úmrtí několikaměsíčního plodu, pak je toto období prožíváno ještě hůře. Většina žen potřebuje v tomto období podporu, pomoc a komunikaci a to zejména od svého partnera či blízkých přátel. Stává se ale, že muž se také potřebuje se ztrátou své naděje vyrovnat a i on se uzavírá do svého světa. Nedostatečná komunikace mezi partnery a stejně tak i pocit ženy, že muž je k této situaci nedostatečně citlivý, je poté zdrojem partnerských konfliktů. Ženy, které nemají kolem sebe člověka, kterému by se svým trápením mohly svěřit, se uzavírají do sebe a snaží se například zahltit prací, aby na všechno zlé zapomněly. Tato metoda řešení problémů však také není vhodnou a z dlouhodobého hlediska může vést k psychickému onemocnění nebo fyzickému vyčerpání.

Vliv neplodnosti na kvalitu vztahu

V některých vědeckých výzkumech jsem se setkala s názorem, že samotná neplodnost vliv na kvalitu partnerského vztahu nemá. Ačkoliv jsem měla původně vlastní názor stejný, ve svém výzkumu jsem se setkala s dvěma páry, kteří potvrdili opak tohoto tvrzení. Kvalitu partnerského vztahu dle těchto případů ovlivnilo zjištění andrologické příčiny neplodnosti a také samotná léčba neplodnosti prostřednictvím asistované reprodukce. Jak jsem již uvedla, zjištění příčiny neplodnosti u muže, je muži citlivě prožíváno a někdy díky tomu odmítá další léčbu neplodnosti. Žena však má pocit, že ona se musí podrobit léčbě

fyzicky náročnější než muž, má pocit, že muž již nemá tak hlubokou touhu mít dítě jako ona, a proto po určitém čase naléhá na svého muže, kterého tato situace může ještě více blokovat.

U druhého případu je samotná dlouhodobost léčby, při níž probíhaly negativní emoce ženy v průběhu každého cyklu hormonální stimulace, zátěžovou situací pro pár, který spolu díky tomu začíná čím dál méně komunikovat, a tím se jejich konflikty ještě více prohlubují. Jak jsem již uvedla výše, dalším stresujícím faktorem pro muže bylo také nedostatečnost v uspokojování mužských sexuálních pudů. Dle názoru muže, jsou tyto potřeby 90 % vztahu, což je tedy významný faktor jeho nespokojenosti ve vztahu.

Ne vždy však musí mít neplodnost negativní vliv na kvalitu vztahu. Z výzkumu vyplývá, že páry, kde muž i žena hned od počátku pociťovaly intenzivní touhu mít dítě, jsou velmi silně stmeleni společným přáním dosáhnout svého vysněného cíle, a proto tato nepříznivá situace pár ještě více utužuje. Kvalitu intimního vztahu partnerů neposiluje přílišné usilování o početí dítěte, ale i přes dodržování plodných dnů si získává na jistotě zpříjemnění si aktivity dostatečnou nápaditostí partnerů v sexu. Nemohu přesně určit, které typy partnerských vztahů se vyrovnávají se situací neplodnosti lépe a které hůře. Dokázala bych spíše zobecnit můj vlastní výzkum, ze kterého vyplývá, že změny v kvalitě partnerství nepocítili lidé, kteří jsou klidnější povahy, lidé, kterým komunikace ve vztahu nedělá problém, páry, které již v minulosti dokázali vyřešit jiné závažné problémy a lidé, kteří ještě neprožili výrazný a zásadní neúspěch v léčbě neplodnosti, tedy zejména potrat nedonošeného dítěte.

Tlak okolí

Ženy jsou k emočním prožitkům a okolí vnímavější než muži, což konstatovala i řada jiných psychologických výzkumů. Cítí se hůře, dokonce i ve stresu, když musí své problémy před veřejností nebo blízkými lidmi tajit, nebo si v práci vymýšlet důvody častých odchodů k lékaři. Stejně tak na jejich psychiku a snížení záporných emocí působí lépe, když se mohou o svých problémech s blízkou osobou popovídat a mají pocit, že druhá osoba jejich nářky vnímá a reaguje. Pokud se jedná o dlouhodobý problém nevyřešené poruchy plodnosti, žena pociťuje smutek nebo i pocit závidění, že stále nemůže prožívat stejnou radost a štěstí, jako její blízké kamarádky a spolupracovnice, které již rodiny s dětmi mají, nebo jsou teprve těhotné a chystají pro své budoucí dítě výbavičku.

Muži často své emoce před veřejností nevyjadřují, to však neznamená, že se svými problémy netrápí. Zejména diagnóza andrologické neplodnosti je na veřejnosti zcela tajena a ženy jsou pak občas vystaveny otázkám okolí, jaký problém pár tíží. Shrnula bych, že muži neprožívají neuspokojení otcovské role tak intenzivně, jako ženy neuspokojení role mateřské.

ZÁVĚR

Diplomová práce **psychické prožívání neplodnosti páry a jejich vliv na kvalitu partnerského vztahu** se zabývá problémem, kterému v dnešní době čelí až 2 miliony párů ročně, tj. neplodností a emocionálními stavy párů s určitou poruchou plodnosti, které prožívají při zjištění této nemoci a její léčbě. Cílem bylo mimo jiné také zjistit, jaký vliv má toto onemocnění či průběh jeho řešení na kvalitu partnerského vztahu.

Díličními cíly této práce bylo zmapovat, jako se liší motivy k rodičovství u žen a u mužů, popsat emoční prožívání jednotlivých fází léčby u žen a mužů, odhalit možné problémy v partnerském vztahu způsobené neplodností z pohledu žen a z pohledu mužů a zjistit, v jaké fázi léčby neplodnosti jsou negativní emocionální prožitky žen a mužů nejintenzivnější.

V souvislosti s cílem práce pojmám neplodnost u párů nejen jako nemoc znemožňující počít vlastní dítě, ale problém, který přináší do života obou partnerů různé psychické i sociální zatížení a mění kvalitu partnerského soužití.

Z rozhovorů s páry lze usuzovat, že motivy k rodičovství se mezi muži a ženami liší. Většina mužů pociťovala silnou touhu mít vlastní velkou rodinu, ale někteří z nich si uvědomili to, že jejich partnerka je věkově omezena ve svých reprodukčních schopnostech až poté, co jim tato skutečnost byla jejich ženou připomenuta. U dvou párů bylo také dokázáno, že intenzita přání mít vlastní dítě klesá v první fázi zjištění andrologické příčiny neplodnosti, které znamená pro muže znak nedostatečné mužnosti zplodit dítě přirozenou cestou a brzdí často i její další léčbu. Většina žen, se kterými jsme provedla rozhovor, pociťovala silné mateřské pudy již velmi dlouho. Často ale přemýšlely nad ekonomickými a dalšími faktory a odkládaly své mateřství do pozdějších let, kdy už si byly téměř jisté, že mají zázemí pro své dítě zajištěné, včetně jistoty správného výběru kvalitního partnera, budoucího otce jejich dítěte.

Emoční prožívání jednotlivých fází řešení poruch plodnosti u partnerů se liší a bývá intenzivnější u žen než u mužů. Negativní pocity pramení z hormonálních změn a dalších zátěžových situací a gynekologických zákroků v různých fázích léčby neplodnosti. Strach z budoucího života bez dětí a nejistota se ještě zvyšují při dlouhodobé neúspěšné léčbě a se zvyšujícím se věkem partnerky.

Nedobrovolná bezdětnost je jedna z nejtěžších zkoušek, které jsou partnerské páry nuceni se podrobit. Pokud se páru nedaří zplodit vlastní dítě, prochází celou řadou negativních emocionálních procesů. Vztah muže a ženy, budoucích rodičů společného dítěte, by měl být

zejména zdrojem psychické opory v období zlém i dobrém a proto je důležité, aby o něj oba partneři pečovali. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že problémy v kvalitě partnerského vztahu způsobené neplodností se u některých párů objevily. Problém z pohledu ženy se objevil u případu neschopnosti přijmout diagnózu andrologické neplodnosti mužem a odmítání další léčby neplodnosti asistovanou reprodukcí, což evokuje pocity, že muž nemá tak hlubokou touhu mít dítě jako žena, ačkoliv ona se musí podrobit lékařským metodám fyzicky náročnějším a bolestivějším, než muž. Obtíže v partnerském vztahu se objevovaly také u případů, kdy partneři nebyli ochotni o problémech či neúspěšné léčbě s partnerkou komunikovat a uzavírali se spíše do svého světa před jejich řešením s partnerkou. Potíže v partnerském soužití z pohledu muže se týkaly změn chování ženy způsobených jejími negativními emocemi v průběhu cyklů hormonální stimulace nebo dalších fází léčby, vyrovnání se s neúspěchy a změnou jednání ženy, směřovaného na jediný cíl, tedy otěhotnět, a odsouvání potřeb svého partnera, který pociťuje, že je nedostatečně milován. Toto platí i u proměn v pohlavním styku, působícího neuvolněně, nebo jeho odmítání z důvodu náládovosti ženy či lékařských doporučení. Nejvíce jsem se však setkala s páry, u kterých neplodnost a její léčba naopak vztah partnerů utužila a žena i muž pociťovali od počátku stmelení s cílem společného překonání překážky a dosažení vysněného cíle. Změny v kvalitě partnerského soužití nepociťovali zejména ty páry, které jsou schopny spolu o všech problémech bez předsudků komunikovat, neobviňují se z neúspěchů a ty páry, které již v minulosti dokázaly vyřešit jiné závažné problémy. Samozřejmostí je také fakt, že negativní vliv na kvalitu vztahu má dlouhodobost a neúspěšnost léčby neplodnosti ve spojení s velmi intenzivní touhou mít děti a zvyšujícím se věkem partnerky.

Negativní emocionální prožitky žen a mužů byly nejintenzivnější u různých párů v různých fázích léčby, z čehož lze usuzovat, že existuje velká pluralita názorů na to, co je na neplodnosti jako takové nebo její léčbě nejhorší. Domnívám se, že vzhledem k tomu, že každý člověk vnímá poruchu plodnosti jiným způsobem, není možné postihnout všechny aspekty léčby neplodnosti, které by mohly mít vliv na vznik psychosomatického onemocnění, nebo dalších problémů v osobních životech párů. Ve finální fázi je všemi nejhůře hodnocené to, že tato nemoc znemožňuje páru dosáhnout svého vysněného cíle – mít vlastní dítě.

SEZNAM LITERATURY

MONOGRAFIE

BIERMANN, Christine a Ralph RABEN. *Maminkou ve čtyřiceti?.* Praha: Portál, 2006, 178 s. ISBN 80-736-7075-5.

CITTERBART, Karel et al. *Gynekologie.* Praha: Galén, 2001, 278 s. ISBN 80-246-0318-7.

DOHERTY, C a Melanie Morrissey CLARK. *Léčba neplodnosti: podrobný rádce pro neplodné páry.* Brno: Computer Press, 2006, 121 s. ISBN 80-251-0771-X.

FREUNDL, Günter, Christian GNOTH a Petra FRANK-HERRMANN. *Chceme mít miminko: nové cesty k výtouženému dítěti.* Praha: Vašut, 2008, 180 s. ISBN 978-80-7236-603-3.

GEISEL, Elisabeth. *Slzy po porodu: jak překonat depresivní nálady.* Překlad Veronika Hilská. Praha: One Woman Press, 2004, 253 s. ISBN 80-863-5632-9.

GILLERNOVÁ, Ilona, Vladimír KEBZA a Milan RYMEŠ. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí.* Praha: Grada, 2011, 256 s. ISBN 978-802-4727-981.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník.* Vyd. 2. Praha: Portál, 2009, 774 s. ISBN 978-807-3675-691.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace.* Praha: Portál, 2005, 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

HNÍZDIL, Jan et al. *Léčebné rehabilitační postupy Ludmily Mojžíšové.* Praha: Grada, 1996, 213 s. ISBN 80-716-9187-9.

HÖHNE, Sylva et al. *Rodina a zaměstnání s ohledem na rodinný cyklus.* Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2010, 108 s. ISBN 978-807-4160-592.

KARSTEN, Hartmut. *Ženy - muži*. Překlad Petr Babka. Praha: Portál, 2006, 183 s. Spektrum (Portál), 48. ISBN 80-736-7145-X.

KASTOVÁ, Verena. *Križe a tvořivý přístup k ní: Typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. Praha: Portál, 2000, 167 s. ISBN 80-717-8365-X.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada, 2009, 136 s. ISBN 978-802-4728-315.

KLENER, Pavel et al. *Základy vnitřního lékařství: pro bakalářské studium*. Praha: Karolinum, 1996, 170 s. ISBN 80-718-4121-8.

KOBILKOVÁ, Jitka. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 368 s. ISBN 80-726-2315-X.

KONEČNÁ, Hana. *Na cestě za dítětem: dvě malá křídla*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2003, 318 s. ISBN 80-200-1055-6.

KŘENKOVÁ, Kateřina. *Neploďnost*. České vyd. 1. Praha: Vašut, 2000, 32 s. Radí vám lékař. ISBN 80-723-6196-1.

KUBÍČEK, Vladimír. *Mužská infertilita a erektilní dysfunkce*. 1. vyd. Praha: Galén, 1996, 148 s. Folia practica, Sv. 5. ISBN 80-858-2439-6.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. ISBN 80-247-1284-9.

MACKŮ, František. *Gynekologie*. 2. přeprac. vyd. Praha: Univerzita Karlova - Vydavatelství Karolinum, 1996, 273 s. ISBN 80-718-4294-X.

MANDINCOVÁ, Petra. *Psychosociální aspekty péče o nemocného*. Praha: Grada, 2011, 123 s. ISBN 978-80-247-3811-6.

MARDEŠIČ, Tonko. *Neploďnost*. Praha: Makropulos, 1996, 78 s. Trápí vás. ISBN 80-860-0301-9.

MATEJČEK, Zdeněk. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1992, 223 s. ISBN 80-042-5236-2.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

MOŽNÝ, Ivo. *Sociologie rodiny*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999, 251 s. Základy sociologie, sv. 8. ISBN 80-858-5075-3.

MRÁZEK, Milan. *Umělé oplodnění 1*. Praha: Triton, 2003, 62 s. Odborná léčba v moderní medicíně. ISBN 80-725-4413-6.

NOUZOVÁ, Kamila. *Gynekologická péče: příručka pro ženy, které neměly čas nebo se bojí svého lékaře zeptat*. Praha: Mladá fronta, 2010, 65 s. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-2072-5.

NOVOTNY, Pamela Patrick. *Co dělat při neploďnosti*. Překlad Hedvika Vlasová. Praha: Pragma, 1997, 183 s. ISBN 80-720-5494-5.

PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada, 2010, 240 s. ISBN 978-802-4729-596.

PONĚŠICKÝ, Jan. *Fenomén ženství a mužství: psychologie pro ženy a muže, rozdíly a vztahy*. Praha: Triton, 2003, 204 s. Psychologická setkávání, sv. 5. ISBN 80-725-4350-4.

ŘEŽÁBEK, Karel. *Asistovaná reprodukce: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: MAXDORF-JESSENIUS, 2008a, 112 s. Farmakoterapie pro praxi, sv. 32. ISBN 978-807-3451-547.

ŘEŽÁBEK, Karel. *Léčba neploďnosti*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2008b, 171 s. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2103-3.

SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. Praha: Portál, 2001, 173 s. ISBN 80-717-8559-8.

ŠILHOVÁ, Lucie a Jana STEJSKALOVÁ. *Matkou ve vyšším věku: vliv věku na plodnost ženy a na průběh těhotenství*. Brno: Computer Press, 2006, 102 s. ISBN 80-251-0987-9.

TREWINNARD, Karen. *Jak přirozeně otěhotnět: možnosti, jak zvýšit šance na přirozené početí*. Brno: Computer Press, 2006, 177 s. ISBN 80-251-0764-7.

ULČOVÁ-GALLOVÁ, Zdenka a Petr LOŠAN. *Nepłodnost: Útok imunity. 2., aktualiz. a dopl. vyd.* Praha: Grada Publishing, 2013, 152 s. ISBN 978-80-247-45555-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO et al. *Velký lékařský slovník. 2. vyd.* Praha: Maxdorf, 2002, 925 s. ISBN 80-859-1277-5.

VOLLMER, Helga. *Hormony a co o nich musí vědět ženy*. Praha: Pragma, 1999, 152 s. ISBN 80-720-5680-8.

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie. 3. aktualiz. vyd.* Praha: Portál, 2003, 397 s. ISBN 80-717-8740-X.

WAHLGRENIS. *Proč k nám miminko nechce*. Praha: Renata Šoltová - 538, 2012, 191 s. ISBN 978-80-905296-0-1.

WILLIAMS, Christopher. *Nejrychlejší cesta k přirozenému početí: nejnovější informace o možnostech přirozeného otěhotnění*. Praha: Práh, 2008, 247 s. ISBN 978-80-7252-221-7.

PRAMENY

ASHRAFI, Mahnaz, Shahideh JAHANIAN SADATMAHALLEH, Mohammad Reza AKHOOND, Firouzeh GHAFARI a Zahra ZOLFAGHARI. ICSI Outcome in Infertile Couples with Different Causes of Infertility: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Fertility & Sterility*. 2013a, roč. 7, č. 2, s. 88-95.

ASHRAFI, Mahnaz, Mandana RASHIDI, Afsaneh GHASEMI, Arezoo ARABIPOOR, Sara DAGHIGHI, Parisa POURASGHARI a Zahra ZOLFAGHARI. The Role of Infertility Etiology in Success Rate of Intrauterine Insemination Cycles: An Evaluation of Predictive Factors for Pregnancy Rate. *International Journal of Fertility & Sterility*. 2013b, roč. 7, č. 2, s. 100-107.

JOHANSSON, MARIANNE, ANNSOFIE ADOLFSSON, MARIE BERG, JYNFIAF FRANCIS, LARS HOGSTRÖM, PER OLOF JANSON, JAN SOGN a ANNA-LENA HELLSTRÖM. Gender perspective on quality of life, comparisons between groups 4–5.5 years after unsuccessful or successful IVF treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2010, roč. 89, č. 5, s. 683-691. DOI: 10.3109/00016341003657892.

KIRCA, Nurcan a Turkan PASINLIOGLU. Evaluation of psychosocial problems experienced during treatment process by women successful in infertility treatment. *HealthMed*. 2013, roč. 7, č. 5, s. 1618-1628. ISSN: 1840-2291.

KLEMETTI, REIJA, JANI RAITANEN, SINIKKA SIHVO, SAMULI SAARNI a PÄIVIKKI KOPONEN. Infertility, mental disorders and well-being – a nationwide survey. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2010, roč. 89, č. 5, s. 677-682. DOI: 10.3109/00016341003623746.

KORYNTOVÁ, D. Psychosomatika sterility. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2002, roč. 11, č. 4, 635-638. ISSN 1211-1058.

KUBCOVÁ, Š. a J. KUBCOVÁ. Vliv neplodnosti na kvalitu partnerského vztahu. *Gynekolog*. 2005, roč. 14, č. 3, s. 128-131. ISSN: 1210-1133.

LINHART, Petr. Ženské reprodukční zdraví. In KONEČNÁ, Hana. *Reprodukční zdraví 2005: Co dělat, aby člověk měl děti, když a až je bude chtít mít*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Zdravotně sociální fakulta, 2005. s. 8-13. ISBN 80-7040-765-4.

MATĚJŮ, I., P. WEISS a V. URBÁNEK. Psychologické důsledky neplodnosti. *Československá psychologie*. 2005, roč. 49, č. 3, s. 250 - 260. ISSN: 0009-062X.

PERCY, Carol A., Tineke GIBBS, Lynne POTTER a Shirine BOARDMAN. Nurse-led peer support group: experiences of women with polycystic ovary syndrome. *Journal of Advanced Nursing*. 2009, roč. 65, č. 10, s. 2046-2055. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05061.x.

RATISLAVOVÁ, Kateřina a Lucie KAŠOVÁ. Psychosomatický doprovod při léčbě sterility v centrech asistované reprodukce. *Zdravotnické štúdie*. 2009, roč. 2, č. 2, s. 73-77. ISSN: 1337-723X.

SLEPIČKOVÁ, Lenka. Nedobrovolná bezdětnost jako sociologické téma. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2006, roč. 42, č. 5, s. 937-951. ISSN 0038-0288.

SLEPIČKOVÁ, Lenka. Neplodnost jeho a neplodnost její: Genderové aspekty asistované reprodukce. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2009, roč. 45, č. 1, s. 177-203. ISSN 0038-0288.

ZHELEVA-DIMITROVA, DIMITRINA, DANKA OBRESHKOVA a PARASKEV NEDIALKOV. Antioxidant activity of Tribulus terrestris - A natural product in infertility therapy. *International Journal of Pharmacy & Pharmaceutical Sciences*. 2012, roč. 4, č. 4, s. 508-511.

INTERNETOVÉ ZDROJE

ART fact sheet. *ESHRE: European Society of Human Reproduction and Embryology* [online]. 2013 [cit. 2013-09-29]. Dostupné z: <http://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/ART-fact-sheet.aspx>

SMITH, Caroline A., Jane M. USSHER, Janette PERZ, Bridget CARMADY a Sheryl DE LACEY. The Effect of Acupuncture on Psychosocial Outcomes for Women Experiencing Infertility: A Pilot Randomized Controlled Trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2011, vol. 17, issue 10, s. 923-930. DOI: 10.1089/acm.2010.0380. Dostupné z: <http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/acm.2010.0380>

REDMON, J. B., P. CAREY a J. L. PRYOR. Varicocele-the most common cause of male factor infertility?. *Human Reproduction Update* [online]. 2002, vol. 8, issue 1, s. 53-58 [cit. 2013-09-30]. DOI: 10.1093/humupd/8.1.53. Dostupné z: <http://humupd.oupjournals.org/cgi/doi/10.1093/humupd/8.1.53>

WALTHER VON DER VOGELWEIDE. Manželství bez dětí je jako den bez slunce. In: *AZcitaty.cz* [online]. 2009 [cit. 2013-10-18]. Dostupné z: <http://azcitaty.cz/walther-von-der-vogelweide/30770/>

WISCHMANN, T. H. *Psychogenní neplodnost: mýty a fakta*. Liberec: Pražský psychoterapeutický institut - pobočka Liberec, 2011, roč. 2011, č. 1. ISSN 1214-6102. Dostupné z: http://www.psychosom.cz/?page_id=1489

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Normální hodnoty ejakulátu (Normospermiogram)	13
Tabulka č. 2: Definice termínů spermiologického nálezu	14
Tabulka č. 3: Podíl počtu jedinců s různými druhy andrologických příčin neplodnosti	15
Tabulka č. 4: Úspěšnost výsledku ICSI u párů s různými příčinami neplodnosti.....	32
Tabulka č. 5: Základní údaje o výzkumném vzorku	64
Tabulka č. 6: Věkové rozmezí respondentů a jejich procentuální vyjádření	65

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Pravděpodobnost výskytu neplodnosti (v %) v závislosti na věku ženy.....	10
Graf č. 2: Průměrný věk žen při narození 1. dítěte v letech 1950 – 2010	11

SEZNAM ZKRATEK

AH - (Asisted Hatching), mechanické narušení obalu zárodku před jeho zavedením do dělohy usnadňující jeho uhnízdění.

COH - kontrolovaná ovariální hyperstimulace pomocí hormonální medikamentózní léčby.

DIFI - (Direct IntraFallopian Insemination) a **DIPI** - (Direct IntraPeritoneal Insemination), metody zavedení spermií do dutiny břišní.

EIFT - (Embryo Stage IntraFallopian Transfer), techniky zavedení embryí v různém stádiu jejich vývoje do vejcovodů ženy.

ET - (Embryotransfer), zavedení embrya do dělohy ženy.

FREDI - (Fallopian Replacement of Eggs with Delayed Intrauterine Insemination), metoda zavedení oocytu do vejcovodu a následné provedení inseminace.

FSH - folikulostimulující hormon, u žen podporuje růst folikulů ve vaječnicích, u mužů vyvolává tvorbu spermií.

GIFT - (GametsIntraFalopian Transfer), metoda přímého přenosu gamet (oocytů a spermií) do vejcovodu ženy bezprostředně po odběru vajíčka z vaječníku.

GnRH – hormon uvolňující gonadotropiny (hormony FSH a LH), je vytvářen v mozku.

hCG – lidský choriový gonadotropin, vzniká po oplození vajíčka, je vytvářen embryem.

hMG – lidský menopauzální gonadotropin, užívá se k indukci ovulace, má LH i FSH aktivitu.

ICSI – metoda intracytoplazmatické injekce spermie přímo do vajíčka.

IUI - intrauterinní inseminace, jednoduchá metoda zavedení spermií do dutiny děložní.

IVF – in vitro fertilizace, metoda umělého oplodnění.

LH - luteinizační hormon, u žen rozvíjí tvorbu estrogenů a progesteronu ve vaječnicích, u mužů podporuje tvorbu testosteronu ve varlatech.

MESA - (Microsurgical Epididymal Sperm Aspiration), metoda získání spermie z nadvarlat.

PCO – syndrom polycystických ovarií.

POST - (Peritoneal Oocyte and Sperm Transfer), metoda přenosu vajíčka i spermie do dutiny břišní.

PROST - (Pronucleus Stage Transfer), metoda spočívající v uložení časně vývojové fáze embrya do vejcovodu ženy.

TESE - (Testicular Sperm Extraction), metoda získání spermií biopsií varlete.

VITI - (Vaginal IntraTubal Insemination), metoda zavedení spermií do vejcovodů.

WHO - (World Health Organization), Světová zdravotnická organizace.

ZIFT - (Zygote IntraFallopian Transfer), metoda uložení zygoty (oplozeného vajíčka) do vejcovodu ženy.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1. Seznam připravených otázek pro společný rozhovor s neplodnými páry

Příloha 2. Seznam připravených otázek pro rozhovor s mužem

Příloha 3. Seznam připravených otázek pro rozhovor s ženou

Příloha 4. Hlediska přechodu k rodičovství dle Alice Rossiové

Příloha 1. Seznam připravených otázek pro společný rozhovor s neplodnými páry

Základní údaje:

1. Kolik je vám let? Jak dlouho jste manželi? Jak dlouho jste spolu v partnerském vztahu?
2. Jaké máte vzdělání?
3. Věříte? (náboženství) Má vaše víra odmítavý postoj k metodám umělého oplodnění?
4. Měli jste ve vašem vztahu již někdy nějaké závažné problémy, které jste museli spolu řešit? (nemusíte nutně říkat jaké, jen jestli jste je dokázali vyřešit, zvládnout)?
5. Kdy jste se rozhodli mít děti?
6. Byla jste již někdy těhotná? Jak dlouho se již neúspěšně pokoušíte o početí dítěte?
7. Jaká byla u vás zjištěna příčina neplodnosti?

Další léčba:

1. Jakým způsobem probíhala další léčba vaší neplodnosti?
2. Jakou metodu léčby neplodnosti jste zvolili? Přírodní cestou nebo jste vyhledali pomoc kliniky asistované reprodukce?
3. Dáváte přednost léčbě klasické nebo se přikláníte k jiné alternativní léčbě?
4. V případě náboženského vyznání - jaký má postoj vaše církev k neplodnosti a její léčbě?
5. Předepisuje vám váš lékař pravidelný pohlavní styk a určuje přesné dny, kdy má dojít k pohlavnímu styku? Jsou vám tyto doporučení nepříjemné – cítíte, že je to jako na povel?

(Léčba na klinice asistované reprodukce):

1. Za jak dlouho po neúspěšných pokusech jste vyhledali péči asistované reprodukce?
2. Jaký byl váš první dojem a přístup lékařů na klinice asistované reprodukce?
3. Je něco, co jste v průběhu léčby postrádala/postrádáte? Co by pomohlo, co byste ocenili?
4. Jaký byl/je postup léčby vaší neplodnosti na klinice AR? Jaké metody jste již podstoupili/podstupujete?
5. Kolik neúspěšných pokusů (inseminace, IVF, ICSI, atd.) jste již podstoupili?
6. Co bylo/je v průběhu léčby pro vás nejtěžší? S čím bylo/je nejobtížnější se vyrovnat?
7. Může podle vašeho názoru, ovlivnit průběh léčby vaše psychika? (Myšleno psychická nerovnováha, stres, problémy v práci, v partnerském vztahu?) Proč si myslíte, že došlo k neúspěšnému pokusu o početí dítěte?
8. V jakém stádiu léčby jste nyní? Jak se cítíte? Budete pokračovat v léčbě (přirozenou cestou/AR) nadále, nebo byste raději zvolili jiný postup?

Okolí partnerů:

1. Jaké máte vztahy se svými přáteli/rodinou? Vědí ve vašem okolí, že se již delší čas neúspěšně pokoušíte o početí dítěte? Jaké jsou reakce?
2. Mají ve vašem okolí lidé malé děti? (přátelé, sousedi). Je vám nepříjemné setkávání s rodinou/těhotnými kamarádkami/děťmi?
3. Jsou vám dotazy na vaši neplodnost/bezdětnost nepříjemné?

Závěr:

1. Kdybyste chtěli dát rady dalším párům, co je podle Vás pro úspěšné zvládnutí (psychiky, kvalitního partnerského soužití) nejdůležitější?

Příloha 2. Seznam připravených otázek pro rozhovor s mužem

Základní údaje:

1. Jaké máte zaměstnání? Pracujete ve stresu? Pracujete jako řidič? Jak dlouho sedíte v práci? Sportujete? Jezdíte na kole?
2. Jak moc si přejete mít vlastní dítě? Chtěl jste mít vždy děti? Jaké byly důvody, proč jste se rozhodl mít vlastní dítě? Kdo z vás dvou byl tím, kdo dal prvotní impulz k tomu, mít děti?

Pocity při zjištění neplodnosti:

1. Bylo vám vyšetření pro zjištění příčiny neplodnosti nepříjemné – (odběr spermatu)?
2. *V případě neplodnosti muže:* Jak jste reagoval na zjištění vlastní neplodnosti? Jaké pocity jste prožíval? Dával jste si vlastní neplodnost za vinu? Jak reagovala vaše partnerka na vaši neplodnost?
3. *V případě neplodnosti partnerky:* Jak reagovala vaše žena na zjištění neplodnosti? Myslíte si, že její reakce na tuto skutečnost byly nepřiměřené? (plačtivost, nevrlost...)?
4. Jak hodnotíte lékařskou péči, rozsah informací, které byly sděleny vaší partnerce lékařem?
5. Vyhledával jste další informace o vaší vadě a její možné léčbě (internet apod.)?
6. Chtěl jste spíše nadále zkoušet početí dítěte přirozenou cestou nebo jste chtěl rovnou řešit situaci prostřednictvím lékařských metod?
7. Jak hodnotíte váš partnerský vztah v době zjištění neplodnosti a průběhu zkoušení přirozenou cestou?
8. Vyskytly/ují se v počátku a průběhu léčby nějaké problémy ve vašem sexuálním soužití? Ovlivnila léčba neplodnosti vaše nebo partnerčino libido?

Další léčba:

1. Kdo z vás dvou se ujal toho, abyste šli řešit situaci na kliniku asistované reprodukce?
2. Měl jste obavy z návštěvy této kliniky? Jaký byl váš první dojem a přístup lékařů na klinice asistované reprodukce? Je něco, co jste v jejich péči postrádal?
3. Jak jste se cítil/cítíte v průběhu léčby? Jaké máte pocity z vaší partnerky? Jak ona prožívá situaci léčby na klinice AR?
4. Co bylo/je v průběhu léčby pro vás nejtěžší?
5. Jak jste se cítil v období čekání, zda bude pokus o početí úspěšný? Co jste dělala/nedělala? Co dělala vaše partnerka? Vyhledával jste aktivity, abyste na čekání tolik nemysleli?
6. *V případě neúspěchu:* Jak jste se cítil vy, když došlo k neúspěšnému pokusu? Jak hodnotíte to, jak se s touto skutečností vyrovnala vaše partnerka?

Okolí partnerů:

1. Jaké máte vztahy se svými přáteli? Svěřujete se někomu se svými problémy s neplodností?
2. Je vám nepříjemné setkávání s kamarády – ptají se vás na to, proč ještě nemáte děti? Jsou vám dotazy nepříjemné?
3. Máte pocit, že nejste dostatečným mužem, když nemůžete mít vlastní děti?

Závěr:

Uvažujete v této chvíli o možnostech adopce? Chtěl byste dítě za každou cenu (nevlastní), nebo raději žádné?

Příloha 3. Seznam připravených otázek pro rozhovor s ženou

Základní údaje:

1. Jaké máte zaměstnání? Pracujete ve ztížených pracovních podmínkách? (stres v práci, fyzicky náročná práce, dlouhé stání, apod.?)
2. Můžete mi říci důvod, proč jste vy sama osobně chtěla mít dítě?

Pocity při zjištění neplodnosti:

1. Byl váš partner ochoten podstoupit vyšetření na zjištění kvality spermií?
2. *V případě vlastní neplodnosti:* Jaké pocity jste prožívala při sdělení zprávy o neplodnosti? Dávala jste si vlastní neplodnost za vinu? Jak reagoval váš partner na vaši neplodnost?
3. *V případě neplodnosti partnera:* Jak reagoval váš muž na zjištění své neplodnosti?
4. Byl vám váš partner v tuto chvíli oporou? Komunikoval s vámi nebo se spíše uzavřel do sebe? Zajímal se váš partner o další informace k léčbě neplodnosti?
5. Kladl vám partner za vinu, že s vámi nemůže mít dítě? Vy sama jste měla někdy tyto pocity – že nemůžete svému muži dát dítě?
6. Jak hodnotíte rozsah a kvalitu informací, které vám byly sděleny vaším lékařem?
7. Jak hodnotíte váš partnerský vztah v době zjištění neplodnosti a průběhu zkoušení přirozenou cestou?

Další léčba:

1. Chtěl váš partner vše nadále zkoušet přírodní cestou nebo se nebránil vyhledání pomoci prostřednictvím kliniky asistované reprodukce? Vy sama jste proti těmto „umělým metodám“?
2. Jak jste se cítila v průběhu léčby pomocí metod vašeho gynekologa (např. laparoskopické vyšetření, léky)?
3. Jaká byla vaše reakce a reakce vašeho partnera na rady a doporučení vašeho lékaře – pohlavní styk pravidelný, ve stanovené dny? Ovlivnila léčba neplodnosti vaše nebo partnerovo libido?

(Léčba na klinice asistované reprodukce):

1. Jak jste se cítila/cítíte v průběhu léčby, v průběhu hormonální stimulace, v průběhu odebrání vajíček, čekání na oplodnění, v průběhu zavedení embrya...
2. Co bylo/je v průběhu léčby pro vás nejtěžší?
3. Jak jste se cítila v období čekání, zda bude pokus o početí úspěšný? Co jste dělala/nedělala? Co dělal váš partner? Byl vám váš manžel psychickou oporou, nebo se spíše zaměřoval na aktivity, abyste na čekání nemysleli?
4. Jaký má dopad průběh léčby na vaše partnerské soužití, pohlavní styk?
5. Je vám váš partner oporou? Jak si jinak představujete pomoc od partnera? Cítíte nyní, že je mezi vámi napětí?
6. Myslíte si, že vaše neplodnost je způsobena i psychickým stresem příp. jiné důvody, které si myslíte, a nejsou např. lékařsky potvrzeny?
7. Jak jste se cítila po neúspěšném pokusu umělého oplodnění, jak jste prožívala potrat?

Okolí partnerů:

1. Svěřujete se někomu se svými problémy? Je vám nepříjemné setkávání s rodinou/rodinou manžela/těhotnými kamarádkami/děťmi? Jsou vám dotazy na vaši neplodnost nepříjemné?

Závěr:

1. Chtěla byste dítě za každou cenu (i nevlastní), nebo raději žádné?

Příloha 4. Hlediska přechodu k rodičovství dle Alice Rossiové

Alice Rossiová in Možný (1999, s. 126) uspořádala přechod k rodičovství do 4 hledisek:

1. Je to přechod pod silným sociálním tlakem směřovaným zejména k ženě.

Podle Vágnerové (2007) motivaci k rodičovství ovlivňují vnější faktory, mezi které patří splnění určité sociální normy a zvyklostí. Sociální tlak je silnější zejména u čerstvých novomanželů a u žen ve věku před dosažením 30 let. Věk 30 let je charakterizován jako mezník rané dospělosti a od té doby je v našich sociokulturních podmínkách akceptována i bezdětnost páru. Stimulační sociální vliv má také chování vrstevnické skupiny ve stejném věku, nebo se kterou se mladí lidé ztotožňují. Jestliže i přátelé nebo rodinní příslušníci v okolí páru mají děti, mohou podporovat také své rozhodnutí chtít být rodiči vlastních dětí.

2. Je to přechod, k němuž dochází i mimovolně.

Dítě může přijít na svět i neplánovaně. V českých zemích se změnila tradice a vzorce chování mladých lidí, kteří vstupují do manželství a zakládají rodinu. Dříve platila určitá pravidla posloupnosti. Nejdříve ekonomická samostatnost a vlastní byt či dům pro mladou rodinu. Jakmile byly tyto podmínky uskutečněny, dalším krokem následovaly zásnuby (vzájemné poznávání se bez pohlavního styku), sňatek (manželský pohlavní styk bez antikoncepce) a první dítě. Tato posloupnost však ztratila logiku již v polovině minulého století, kdy se stal předmanželský sex všeobecně legitimním. Není tedy neobvyklé, že v dnešní době je skoro každá druhá nevěsta těhotná.

3. Přechod k mateřství má ireverzibilní charakter.

Zplození dítěte je závazná a nevratná volba dvou lidí. Není příliš mnoho výzkumů, zabývajících se vyjednáváním páru o rozhodnutí k početí jejich vlastního dítěte. Většinou se studie zaměřují na konflikt mezi mateřstvím a pracovní profesí ženy.

4. Je to přechod zlomový.

Narození dítěte je pro doposud bezdětný pár velmi důležitý životní mezník, který přináší mnohé změny. Muži i ženy si tuto skutečnost velmi dobře uvědomují a tato změna může vyvolávat u některých jedinců strach nebo obavy. Je to strach ze zodpovědnosti, individuálního uspokojení ve smyslu pracovních možností, ztráty dosavadních zájmů, nemožnosti cestovat, ztížení finančních problémů rodiny a jiné. Pokud tyto obavy jeden z partnerů cítí, neodvází se své pochybnosti vyslovit. Často se to však projeví v prožívání rozkoše, partneři začnou vnímat pohlavní styk jako nucený a plánovaný. Nejde již o to si jen užívat, ale o plánování „něco vytvořit“. Pokud jeden z partnerů podvědomě početí odmítá, nezřídka tím trpí i partnerský vztah. Zhoršuje se radost ze života, do vztahu to přináší hádky nebo výčitky. Pro mnohé ženy i muže je však nepříznivěji hodnoceno uspokojení, které dítě přenese v rovině osobní (pocit životní pohody, životního úspěchu a seberealizace) a v rovině rodinných vztahů (posílení vztahu s partnerem, rodiči) (Höhne et al., 2010; Freundl et al., 2008). Podle Vágnerové (2007) se potřeba vlastního dítěte může stát pro své rodiče doslova smyslem a naplněním jejich života nebo potvrzením jejich vlastní hodnoty.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Martina Bergerová, DiS.
Katedra:	Katedra psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	Mgr. Lucie Křeménková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2014

Název práce:	Psychické prožívání neplodnosti páry a jejich vliv na kvalitu partnerského vztahu.
Název v angličtině:	Psychical experience of infertility of couples and its influence on the quality of their partnership.
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá psychickým prožíváním neplodnosti páry při zjištění a léčbě poruch plodnosti. Cílem této práce bylo zmapovat, jako se liší motivy k rodičovství u žen a u mužů, popsat jejich emoční prožitky v jednotlivých fázích léčby, odhalit možné problémy v partnerském vztahu způsobené neplodností a zjistit, v jaké fázi léčby neplodnosti jsou negativní prožitky žen a mužů nejintenzivnější.
Klíčová slova:	Neplodnost, sterilita, příčiny neplodnosti, asistovaná reprodukce, umělé oplodnění, psychické prožívání, deprese, adopce
Anotace v angličtině:	This thesis deals with the psychic experiences of infertile couples in detection and treatment of fertility problems. The aim of this study was to explore as different reasons for parenthood among women and men, to describe their emotional experiences in various stages of treatment, to detect potential problems in the relationship caused infertility and find out, what was the worst stage of infertility treatment in the opinion of women and men.
Klíčová slova v angličtině:	Infertility, sterility, cause of infertility, assisted reproduction, artificial insemination, psychical experiences, depression, adoption
Přílohy vázané v práci:	1. Seznam připravených otázek pro společný rozhovor s neplodnými páry 2. Seznam připravených otázek pro rozhovor s mužem 3. Seznam připravených otázek pro rozhovor s ženou 4. Hlediska přechodu k rodičovství dle Alice Rossiové
Rozsah práce:	125 s. textu, 4 s. příloh
Jazyk práce:	Český