

Univerzita Palackého v Olomouci
Katedra psychologie Filozofické fakulty

**PSYCHOLOGICKÉ A SOCIÁLNÍ
ASPEKTY NEDOBROVOLNÉ
BEZDĚTNOSTI**



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Autor: **Marcela Korit'áková**
Vedoucí práce: **Mgr. Simona Dobešová Cakirpaloglu, Ph.D.**

Olomouc
2010

Děkuji vedoucí práce Mgr. Simoně Dobešové Cakirpaloglu, Ph.D. za její trpělivou pomoc a odborné vedení diplomové práce.

Také děkuji všem manželským párům, které mi poskytly možnost uskutečnit výzkum. Rovněž chci poděkovat všem svým nejbližším, kteří mně podporovali, a tím mi umožnili příznivé podmínky ke studiu.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny řádně citovala a uvedla.

V Olomouci dne 30.11. 2010

.....

OBSAH

	ÚVOD	5
1.	TEORETICKÁ ČÁST	6
1.1.	NEDOBROVOLNÁ BEZDĚTNOST	6
1.2.	RODIČOVSTVÍ	8
1.2.1.	Psychologické a sociální tlaky	10
1.2.2.	Rodičovská role	11
1.2.3.	Rodičovská láska	12
1.2.4.	Co nám dítě přináší	12
1.2.5.	Co nám dítě bere	13
1.3.	SOCIÁLNÍ ASPEKTY	14
1.3.1.	Rodina	14
1.3.1.1.	Proměny rodiny	14
1.3.2.	Změna postavení ženy ve společnosti	16
1.3.3.	Kontrola porodnosti	16
1.3.4.	Ekonomické faktory	17
1.3.5.	Stigma nedobrovolné bezdětnosti	17
1.3.6.	Sociální exkluze	18
1.3.7.	Vliv médií	19
1.4.	MEDICÍNSKÉ ASPEKTY	19
1.4.1.	Plodnost	19
1.4.1.1.	Faktory ovlivňující plodnost	20
1.4.2.	Neplodnost (sterilita)	21
1.4.2.1.	Rizikové faktory neplodnosti	22
1.4.2.2.	Příčiny neplodnosti	22
1.4.3.	Potrácivost (infertilita)	23
1.4.4.	Psychogenní příčiny neplodnosti a potrácivosti	23
1.4.5.	Stanovení diagnózy	25
1.4.6.	Terapie mužské a ženské neplodnosti	26
1.5.	PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY	27
1.5.1.	Tlak na identitu	28
1.5.2.	Jak je absence rodičovství a snaha o něj prožívána	29
1.5.2.1.	Stádia emocionálních reakcí na poruchy plodnosti	29

1.5.2.2.	Psychické zvládnutí potratu	31
1.5.2.3.	Jak situaci prožívají ženy	32
1.5.2.4.	Jak situaci prožívají muži	33
1.5.2.5.	Jak situace ovlivňuje partnerský vztah	34
1.5.3.	Jak se vyrovnat se situací	35
1.5.4.	Psychologická pomoc	36
1.6.	MOŽNOSTI ŘEŠENÍ	37
1.6.1.	Adopce	38
1.6.2.	Bezdětnost	38
2.	EMPIRICKÁ ČÁST	40
2.1.	PŘEDMĚT A CÍL VÝZKUMU	40
2.1.1.	Předmět výzkumu	40
2.1.2.	Cíl výzkumu	40
2.2.	FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK	41
2.3.	APLIKOVANÁ METODIKA	41
2.3.1.	Typy výzkumu	41
2.3.1.1.	Kvalitativní výzkum	42
2.3.2.	Metody získávání dat	42
2.3.3.	Metody zpracování a analýzy dat	42
2.3.4.	Průběh a organizace výzkumu	43
2.3.5.	Etika	43
2.4.	VÝZKUMNÝ SOUBOR	43
2.4.1.	Metody výběru	43
2.4.2.	Charakteristika zkoumaného souboru	43
2.5.	VÝSLEDKY ANALÝZ A JEJICH INTERPRETACE	45
2.6.	DISKUSE	59
3.	ZÁVĚR	71
4.	SOUHRN	73
	SEZNAM LITERATURY	77
	PŘÍLOHY	81

SEZNAM TABULEK

Tab. 1: Přehled základních informací o respondentech	45
--	----

ÚVOD

Rodičovství je obecně pokládáno za přirozenou, někdy i samozřejmou součást života. Malé děti si ve svých hrách hrají na maminku a na tatínka a společně s panenkami tvoří rodinu. Postupem času tyto hry mizí a přichází skutečné sbližování mladých lidí. Na pozadí jejich vzájemného poznávání se tvoří jejich osobnost a časem většina takových vztahů dozraje ke skutečnosti, že chtějí založit rodinu, chtějí mít dítě. Přestože již dávno předtím žili pohlavním životem a byla splněna podmínka pro vznik nového života, byla jim v té době nápomocna antikoncepce, která nechtěnému těhotenství zabránila. A tak načasování příchodu nového života měli partneri ve svých rukou. Nyní stačí jen odstranit překážku v podobě antikoncepce a nová etapa jejich života může začít.

Bohužel, z vlastní zkušenosti dobře vím, že tak snadné to vždy není. Přestože jsme vytvořili s manželem vhodné prostředí pro naše děťátko a se zjištěním těhotenství jsme prožívali opravdové štěstí, právě v té době radostná část našeho života skončila. Alespoň na několik let. Taková rána osudu, jak bývá zamlklý potrat často označován, se v průběhu let opakovala. Stav bolesti, beznaděje a zoufalství však po čase vystřídalo poznání. Poznání některých zákonitostí života, poznání skutečných hodnot a poznání, že kolem nás je nečekaně mnoho lidí, kteří se nacházejí ve stejné či podobné situaci.

Tehdy se začaly nabízet otázky, zda ostatní prožívají to, co my. Je pro ně ztráta stejně bolestivá? Také jim dítě tolik chybí? Proměnil se také jejich vztah a jejich životní hodnoty? Právě z tohoto důvodu jsem se rozhodla věnovat se ve své diplomové práci neplodnosti a potráčivosti a z nich vyplývající absenci rodičovství. Prožitek nedobrovolné bezdětnosti, byť je jakkoliv dlouhý s sebou přináší řadu proměn v životech lidí.

V současné době se o problematice neplodnosti hovoří jako o fenoménu 21. století. Setkáváme se s ní ve všech západních společnostech. Vzhledem k její závažnosti, která se neprojevuje pouze na úrovni jedince, páru či rodiny, ale také na úrovni celé společnosti, podléhá nyní výzkumu z oblasti sociální, lékařské i psychologické.

Porucha plodnosti nemá většinou zjevné příznaky. Často je vnímána jako prohra s přírodou, či jako prohra společenská, v neposlední řadě i jako prohra medicínská. Nejde zde o zlepšení nebo ústup nemoci, existuje zde jen „buď a nebo“. Naopak prožitek nedobrovolné bezdětnosti nemusí podléhat tak radikálnímu řešení. Prostřednictvím různých metod může dojít k naplnění touhy po dítěti biologicky vlastním, může vyústit v adopci nebo také v dobrovolné rozhodnutí pro bezdětnost. Ani jedno z těchto řešení není méněcenné.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1. NEDOBROVOLNÁ BEZDĚTNOST

Mateřství a rodičovství je obecně očekávanou součástí životního cyklu člověka. Je spojováno s obdobím dospělosti ve smyslu jeho životní náplně a životního úkolu. Mladí lidé mají své plány a představy a mnohdy považují za zcela samozřejmé, že až budou chtít založit rodinu, přestanou dbát na ochranu proti početí a brzy otěhotní. Věří, že schopnost přivádět děti na svět a vychovávat je, je jejich základním právem a jsou často zklamáni a zraněni, když je jim toto právo odepráno neschopností počít či donosit dítě až k porodu (Doherty a Clark, 2006).

V souvislosti se sociálními, psychologickými i biologickými vlivy se současná západní společnost nyní ocitá v paradoxní situaci – zatímco její porodnost se pohybuje pod hranicí prosté reprodukce a stoupá počet těch, kteří zůstávají celoživotně dobrovolně bezdětnými, zvyšuje se počet párů, které jejich touha po rodičovství přivádí ke specialistům (Slepičková, 2006).

V odborné literatuře se hovoří přibližně o jedné pětině párů, které potřebují pomoc moderní medicíny, aby mohly přivést dítě na svět (Rabušic, 2001, Sobotková, 2007). Slepičková (2006) hovoří s odkazem na Akkera (2001), o 60-80 milionech lidí na celém světě, kterých se týká neplodnost a z nichž polovina zůstává bezdětná doživotně. Ještě před několika lety se uvádělo, že je 10 – 15 % párů, které vyhledávají odbornou pomoc, v současné době v České republice vzrostl tento údaj až na 15 – 20 % (Sobotková, 2007).

V souladu s definicí zdraví dle WHO jako stavu kompletní fyzické, mentální a sociální pohody, a ne pouze absencí nemoci či vady, se o poruše plodnosti hovoří jako o nemoci. Proto byla Světovou zdravotnickou organizací WHO prohlášena v roce 1977 neplodnost oficiálně za nemoc. V mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté revize (MKN-10) je neplodnost uváděna pod diagnózou N 97. Měsíc červen se stal Měsícem neplodnosti.

Uznání poruchy plodnosti za nemoc je důležité jednak z hlediska financování léčby z veřejných prostředků, tak i z pohledu psychosociálního, kdy je člověk nemocný vnímán jinak, než člověk, který nijak zjevně fyzicky netrpí, „... jenom kňourá a vlastně nemá proč“ (Konečná, 2009, s. 15). Přestože tedy neplodnost neohrožuje život ani zdraví, má pro pár často závažné psychické a sociální důsledky. Brání mu plnit očekávané úkoly a role, pokračovat v rolích týkajících se profesionálních či rodinných aktivit a mnohých

sociálních vztahů (Bártlová, 2003). Nevede-li terapie k početí a narození dítěte, mohou být tyto důsledky i celoživotní (Slepičková, 2006, Sobotková, 2007, Konečná, 2009).

V literatuře i v médiích se o neplodnosti často hovoří a mnohdy se pojem neplodnost zaměňuje s pojmem nedobrovolná bezdětnost. Tyto výrazy však nejsou jednoznačně definovatelné a vzájemně zaměnitelné. Je to především současný vývoj reprodukční medicíny, který ztěžuje jejich přesné vymezení (Slepičková, 2006).

Jestliže u páru, který nepoužívá žádnou kontracepci a má pravidelný pohlavní styk, nedojde v průběhu jednoho roku k otěhotnění, pak je tento stav označen jako neplodnost. Neplodnost jako taková se dá léčit. Pojem neplodnost je tedy spjatý s medicínou. Sobotková (2007) o neplodnosti hovoří v širším pojetí jako o stavu, který má za následek bezdětnost nebo nemožnost mít více dětí, než pár chce.

Pojem nedobrovolná bezdětnost v sobě již kromě biologických příčin nenaplněného rodičovství zahrnuje i příčiny psychosociální. *„Nedobrovolně bezdětný je podle významu slov člověk, který nemá děti, ačkoliv by si je přál. Příčinou nemusí být jen porucha plodnosti, ale také například to, že nemá (heterosexuálního) partnera nebo partnerku nebo neuspěl v adopčním šetření. Také nepočítá s častou situací, že člověk chce mít děti víc. Poté je paradoxem, že je nedobrovolně bezdětný, ačkoli dítě již má.“* (Konečná, 2003, s. 15).

Na nejasné vymezení pojmů upozorňuje např. Letherby (in Slepičková, 2006), který o neplodnosti hovoří jako o době, kdy pár prodělává terapii, a o nedobrovolné bezdětnosti jako o životě těch, kteří se terapie vzdali, nebo u kterých nebyla úspěšná a učí se žít bez dětí.

Dle Miallu (in Slepičková, 2006) je třeba odlišit neplodnost jako lékařsky diagnostikovanou fyzickou charakteristiku jedinců od neplodnosti jako sociálně konstruované reality páru. Neplodnost tedy můžeme chápat jako biologický problém se sociálními důsledky a nedobrovolnou bezdětnost jako sociální problém, který se může řešit prostřednictvím lékařských technik.

U pojmu nedobrovolné bezdětnosti je třeba brát v úvahu také nejasnou hranici mezi vymezením „dobrovolně“ a „nedobrovolně“ (Hašková, 2009). Pokud se totiž pár rozhodne ukončit snahu o početí, pak jde o dobrovolné rozhodnutí zůstat bezdětným (pokud se nerozhodne např. pro adopci), i když by mu medicína mohla k vlastnímu dítěti pomoci. Neplodné páry si tedy před započatím léčby či v jejich průběhu často samy stanovují hranice – množství a druh procedur, které jsou ochotny podstoupit, stejně jako náklady, které jsou pro ně ještě přijatelné (Hašková, 2009, Konečná, 2009, Doherty a Clark, 2006).

Psycholožka Hana Konečná, jejíž kniha je zatím jediným pokusem o pojetí nedobrovolné bezdětnosti jako interdisciplinárního tématu, přiznává, že označení „nedobrovolně bezdětný“ je poněkud nemotorné a málokomu srozumitelné, mnohdy i zavádějící, ale také dodává, že „... *lepší zatím nemáme*“ (Konečná, 2009, s. 14).

Angličtina důsledněji rozlišuje pojmy na medicínské „sterility“ a „infertility“ a psychologické „childless“ a „childfree“. Obojí znamená bezdětnost. V prvním případě jde však o nedobrovolnou bezdětnost, která sebou nese frustraci touhy mít děti a stává se těžkým břemenem a zdrojem chronického stresu. V druhém případě jde spíše o stav chtěný, či akceptovatelný.

Bezdětní tvoří širokou kategorii lidí s mnoha životními podmínkami, strategiemi a identitami a jejich stav „bez dětí“ může být v rámci života dočasný nebo také celoživotní (Hašková, Šalamounová, Víznerová, Zamykalová, 2006). „*Bezdětnost nebývá výsledkem volby bezdětnosti, ale spíše plynutím života bez rozhodnutí se pro rodičovství – výsledkem mnoha malých i větších rozhodnutí, která se sama o sobě nemusí zdát vzhledem k předpokládanému pozdějšímu reprodukčnímu chování významná. A naopak, i v případě biologické neplodnosti a dlouhodobého snažení se o rodičovství musí i biologicky neplodní činit určité volby ... pro rodičovství nebo pro ukončení snah o rodičovství.*“ (Hašková, 2009, s. 131).

Bezdětnost lze v širokém pojetí charakterizovat jako absenci rodičovství. Rodičovství i bezdětnost může nabývat různých podob a může být zapříčiněna různými důvody. Na rodičovství, potažmo nedobrovolnou bezdětnost můžeme nahlížet z několika aspektů, kterým bude věnována následující část práce: aspekty biologické (početí, těhotenství), psychologické (identita, změny sebepojetí), interpersonální (vztahy k partnerovi, rodičům, širší rodině a přátelům), sociokulturní (pozice matek ve společnosti a postoje k matkám, sociální a ekonomický kontext rodičovství).

1.2. RODIČOVSTVÍ

„*Rodičovství je považováno za zcela přirozené, ne-li samozřejmé vyústění manželství.*“ (Vágnerová, 2000, s. 344) Je nejvýznamnějším přechodem v rodinném cyklu a zároveň patrně nejvýznamnějším přechodem v našem životaběhu (Možný, 2006).

Narozením prvního dítěte se z manželství stává rodina (Možný, 2006) a vnáší do života manželů řadu nových prožitků. „*Budí v rodičích dosud nepoznaný ochranný postoj, který dává nový smysl jejich životu, poskytuje mnoho radostí z každodenního soužití,*

z rychlých vývojových změn a projevů přichylnosti dítěte.“ (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 170). Zároveň však přináší i řadu nových nároků, vyžaduje úplnou změnu denní náplně rodičů a zcela přirozeně vyvolává i mnoho starostí, obav a konfliktů.

Volba rodičovství je, jak je zmiňováno v literatuře, podmíněna motivací biologickou (rodičovský instinkt), psychologickou a sociální (Konečná, 2009, Matějček, 1992, Hašková, 2009).

O rodičovství jako o vrozené biologické potřebě, tedy pudu, které zajišťuje zachování existence rodu, hovoří Vágnerová (2000). Intenzita tohoto pudu je podle ní individuální a tato potřeba, stejně tak jako jiné pudové potřeby, je ve značné míře ovlivněna psychicky.

Rabušic (2001), který se ve své knize zabývá otázkou „Proč lidé plodí děti“, tedy zda je plození dětí čistě biologická záležitost, podmíněná sexuálním aktem, či zda je podmíněna spíše sociálně, odkazuje na odvážnou hypotézu Fosterové (2000), že „ženy mají biologicky založenou predispozici k pečování nebo mateřskému chování“ (2000, s. 214, cit. Rabušic, 2001, s. 146), ze které pramení vědomá motivace porodit přinejmenším jedno dítě. V opozici vůči tomuto názoru pak stojí názory Badinterové (1998, in Rabušic, 2001). Mateřskou pečovatelskou roli vysvětluje socializací a tvrdí, „... že mateřský instinkt neexistuje a mateřská láska, která má být jeho projevem, je především sociálním konstruktem...“ (Rabušic, 2001, s. 151), neboť v některých historických obdobích téměř neexistovala. Dodává, že z myšlenky „žena může být matkou“ vzniklo „žena musí být matkou“, a tím společnost přijala názor, že své jediné štěstí může nalézt jedině v mateřství.

Dalším důvodem pro plození dětí, nad kterým se Rabušic (2001) zamýšlí s odkazem na výzkum Friedmanové a spol. (in Rabušic, 2001) je redukce nejistoty. „*To, že má člověk dítě, mění život z neurčitosti v relativní jistotu*“ (in Rabušic, 2001, s. 166, Friedman et al. 1994:383).

Matějček (1989), Kimplová (2008), Strašíková (2004) a další spatřují jako významný motivační činitel víceméně uvědomělé přání dospělého člověka, hluboce kulturně zakořeněné, mít důkaz o pokračování vlastního života. A to ve smyslu biologickém jako pokračování toho, co je z nás zrozeno, tak i ve smyslu přesahu a otevření budoucnosti - - v dětech zůstává něco, co je naším dílem, díky němuž jsme součástí životního proudu a sami vědomými tvořiteli.

Dle Eriksona (in Langmeier, Krejčířová, 1998) se v tomto období výrazně manifestuje uspokojení základní životní potřeby – generativity - mít někoho, o koho mohu pečovat, kdo je na mně závislý a kdo mě absolutně potřebuje.

Některými psychology a lékaři je v rodičovství spatřován smysl života. „*Ve všech lidských společnostech je žena biologicky určena k tomu, aby porodila děti nebo je vychovala. Žádné bohatství, žádná převratná úspěšnost či pomíjivá krása nenahradí jednoznačný smysl života – dítě*“ (Ulčová-Gallová, 2006, s. 97). „*Je-li žena pro mateřství psychicky zralá, stává se pro ni porod prvního dítěte nejdůležitější životní událostí.*“ (Říčan, 2004, s. 262). Těšit se z tělesné a duševní blízkosti a něhy a objevovat na dítěti každý den něco nového patří k největším životním radostem.

Psycho-sociálně-spirituální rozměr rodičovství shrnují slova socioložky Lenky Slepíčkové: „*Dítě představuje nejen emocionální naplnění, je zárukou určitého statusu, je také obranou proti bezvýznamnosti naší vlastní existence. Dává našemu životu rozměr, který nás samé překračuje.*“ (Slepíčková, 2006, s. 947).

Výzkum Hany Haškové (2009) ukazuje, že „*Rodičovství je v soudobé české společnosti i přes výrazný růst bezdětných v populaci považováno za jednu ze základních komponent identity dospělého člověka, a znamená tak silnou sociální normu.*“ (Hašková, 2009, s. 109). Přesto však lidé přestávají chápat rodičovství jako povinnost a nutnost pro každého, což dokládají výroky, charakterizující „*rodičovství jako individuální volbu srovnatelnou i s volbou života bez dětí*“ a „*rodičovství jako zodpovědnost*“. Pouze rodičovství ve fungujícím manželství, s dobrým materiálním zajištěním a bezpečným prostředím je chápáno jako to jediné správné rodičovství (Hašková, 2009).

1.2.1. Psychologické a sociální tlaky

Výzkumy naznačují, že rodičovské postoje, manifestující se rozhodnutím zda mít či nemít děti, popřípadě kdy je mít, se nezačínají vyvíjet až s úvahami o založení rodiny nebo manželství, těhotenstvím nebo pod vlivem sociálních vlivů (Vágnerová, 2000, Konečná, 2009, Biermann a Raben, 2006). Jejich původ se zakládá už hluboko ve vlastním dětství (Matějček, 1989). Zkušenosti z tohoto období významnou měrou rozhodují i „*o tom, jací budeme jako manželé a rodiče*“ (Kolačková, 2006, s. 26).

Rozhodnout se pro rodičovství je velký krok do neznáma a při tomto rozhodování se obvykle setkáme se čtyřmi aktéry: mužem, ženou, širší rodinou těchto aktérů a společností. (Mareš a kol., 2003). Přesto Sobotková (2007) uvádí, že v současné době je toto rozhodnutí více individuálním aktem a současně připouští různé psychologické a sociální tlaky.

Psychologické tlaky: Mateřství je považováno většinou mladých dívek za samozřejmou součást životního plánu (Sobotková, 2007). Hašková a Zamykalová (2006) se ve své studii zabývají otázkou „Mít děti – co je to za normu?“. Výpovědi respondentů ukazují na mezi lidmi rozšířenou představu, že rodičovství je jakousi „normou“: „*No samozřejmě, to každá holka se chtěla vdát a mít děti. (žena, 38 let, úřad práce). ... Samozřejmě jako každý normální člověk toužím po hezký ženě a domečku za Prahou a dvou dětech a západu slunce. Jako každé jiné samozřejmě. (muž, 38 let).*“ (Hašková, Zamykalová, 2006, 40-41, odst. 130).

Sociální tlaky: Rozhodování ve prospěch dětí částečně ovlivňují očekávání rodiny a nejbližšího sociálního okolí. Tlak budoucích prarodičů roste zejména v situacích, kdy jsou již starší, kdy oni sami mají pouze jedno dítě nebo v případě, že mají dětí více, ale ještě nemají žádné vnouče. Nepřímý vliv mohou mít i přátelé a široké okolí. Ti, jež děti mají vytváří někdy zejména pro ženy přijatelný model rodičovství (Sobotková, 2007). Mareš (2003) a Říčan (2004) používají pro tento jev termín „sociální hodiny“. Tlak na ženu pak dělí do dvou kategorií: verbální přímou a neverbální nepřímou.

1.2.2. Rodičovská role

Každá role předurčuje jistý druh chování, které je žádoucí a které respektuje dané normy. Role rodičovská předpokládá odsunutí osobních zájmů ve prospěch dítěte a mění životní styl a smysl života dospělých.

Vágnerová (2000) považuje rodičovskou roli za důležitou součást identity dospělého člověka. Tato role je primárně biologicky podmíněná a zároveň psychicky a sociálně významná. Má velký vliv na osobnost člověka, jeho uvažování a emoční prožívání, na jeho další role i mezilidské vztahy. Zdůrazňuje sociálně vysoké ocenění rodičovské, zejména mateřské role. Rodičovskou roli vidí jako silně asymetrickou, neboť je to jediná, nezpochybnitelně nadřazená role, kdy je dítě závislé na péči rodiče a je mu ve všem podřízené.

„Rodičovství, k němuž se musí rovněž dozrát, je pro mnohé revolucí v jejich dosavadním způsobu života. Nevratná rodičovská role patří k těm nejkrásnějším.“ (Strašíková, 2004, s. 33).

Matějček (2004) zmiňuje fakt, že ženám, které nemají pro své vzdělání, původ, tradici či společenský tlak jiné alternativy, dává mateřství některým ženám příležitost mít alespoň nějakou společenskou roli.

1.2.3. Rodičovská láska

Hluboké citové pouto s rodiči je zdrojem jistoty a bezpečí. Vytváří zásadní a základní důvěru v lidi a z té pak vyplývá i důvěra v sebe (Kolačná, 2006). Kolačná (2006) hovoří v souvislosti s rodičovskou láskou o nejvyšší úrovni lásky, která je nazývána agape. Taková láska je nesobecká, dává, aniž by očekávala. Je trvalá, opravdová, obětavá, etická, tvořivá, ničím nepodmíněná. Umí odpouštět a je tolerantní (Kolačná, 2006). Vyjadřuje vzájemnou úctu a respekt, bezpodmínečné odpouštění všeho a vždy a starost o druhého jako o sebe samého (Křivohlavý, 2005).

Matka i otec vnášejí do výchovy nepostradatelné prvky, a proto dítě potřebuje lásku obou dvou. Matka má k dítěti přirozenější cestu, neboť prožívá přítomnost svého dítěte již od samého počátku těhotenství a rozvíjí se mezi nimi velmi intimní vztah. Ten se i nadále prohlubuje a posiluje při kojení a celodenní péči.

Otcovské city se neprojevují tak bezprostředně a spontánně jako u matky. Otcové si utvářejí svůj vztah k dítěti vědomě (muž a dítě se musí nejprve navzájem objevit) a postupně (Kolačná, 2006, Vágnerová, 2000, Zoja, 2005).

1.2.4. Co nám dítě přináší

Aby byl rodič schopen zmobilizovat svoje síly, soustředit energii, rozvinout vřelý citový vztah k dítěti a poskytnout mu tak vhodné prostředí pro jeho růst a vývoj a citovou oporu a přijetí, musí tento vztah naplňovat jeho hluboké životní potřeby (Matějček, 1989). Langmeier a Matějček na základě vlastních studií o deprivaci odvodili pět základních potřeb: Potřeba stimulace, která nás podněcuje k činnosti. Děti jsou nevyčerpatelným zdrojem podnětů. S nimi je vše v pohybu, život s nimi přináší mnoho radosti, ale i starostí. Potřeba učení a smysluplného světa. Rodiče vychovávají dítě a dítě naopak silně ovlivňuje rodiče. Přináší jim neopakovatelné zkušenosti, díky kterým se vzájemně doplňují a vnitřně rostou. Život s dětmi dává zkušenosti specificky lidské (Brablcová, 1977). Potřeba citové vazby, životní jistoty, bezpečí. S tím, kdo je k nám vázán nejhlubším citovým poutem, kdo k nám patří, s tím se cítíme nejbezpečněji. Potřeba identity. Vychází z vědomí vlastní hodnoty a je podmínkou zdravého sebevědomí. Dítě nás přijímá a zároveň uznává, a tím

ukazuje na naši důležitost a nezastupitelnost (Kolačná, 2006). Potřeba životní perspektivy. Pro rodiče je velmi podstatný pocit, že prostřednictvím dětí přesáhne jejich rodina do budoucnosti (Matějček, 1989, Gormlyová, 1987, in Sobotková, 2007).

1.2.5. Co nám dítě bere

V literatuře se hovoří o obětech rodičovství. Nahlédneme-li do této oblasti prostřednictvím základních, výše uvedených potřeb, pak jejich výčet může být následující (Konečná, 2009):

Dítě brání stimulaci. Člověka svazuje, život s ním je monotónní a omezuje prožívání manželského života. Neustálá péče o dítě brání v získávání zkušeností, přináší zmatek, hluk, nepořádek. Mít děti znamená být prostřednictvím nich zranitelný, děti přináší neustálou frustraci. Mít dítě brání v dosažení významných společenských rolí, omezuje možnosti vzdělání, kvalifikace, zaměstnání a výdělku.

Psychologové (Konečná, 2009, Matějček, 1989) se shodují, že zatímco některé potřeby se narozením dítěte naplňují, jiné jsou jím současně omezeny.

Rodičovská zkušenost je nepřenosná. Přínos či oběti může člověk hodnotit, až když je rodičem, do té doby je to více či méně kvalifikovaný odhad. Zároveň je třeba vzít v úvahu, že samotné hodnocení převažujícího uspokojení z rodičovství či omezení záleží na mnoha okolnostech: osobních dispozicích hodnotícího, na jeho životní situaci, na jeho momentální náladě i na dítěti, k němuž se hodnocení vztahuje (Konečná, 2009).

Dobrovolně bezdětné páry uvádí následující důvody pro své rozhodnutí: zpomalení kariéry matky, finanční znevýhodnění, omezení osobní svobody a dopad na manželský vztah (tento důvod uvádí asi 50% párů), fakt, že rodičovství je nezvratné, obavy z toho, že partneři nebudou dobrými rodiči, odmítání přivést děti do tohoto světa, a to z pohledu globálních problémů a hrozícího nukleárního konfliktu (Sobotková, 2007). Rabušic (2001) dále doplňuje tento výčet motivací k dobrovolné bezdětnosti osvobozením se od odpovědnosti při výchově, špatnou zkušeností z vlastního dětství, obecnou nechutí k dětem, obavami ze samotného porodu a rekonvalescencí po něm.

1.3. SOCIÁLNÍ ASPEKTY

V posledních desetiletích zasáhla do lidské plodnosti celá řada sociálních vlivů. Jedním z nich je významná a dlouhodobá změna rodinného a partnerského chování.

1.3.1. Rodina

Rodina je původní a nejdůležitější skupinou a institucí, známou ve všech lidských společnostech, která provází život člověka. Je založená na svazku muže a ženy a jejich dětí, někdy rozšířená o prarodiče či děti z předchozích vztahů (Strašíková, 2004, Možný, 2006). Takový rodinný model vykazuje neobyčejnou stabilitu ve všech epochách vývoje lidstva a ve všech známých současných společnostech (Matoušek, 2003).

Základním posláním rodiny je péče o své děti. Podstatným znakem rodiny je společné sdílení domácnosti, vytváření domova. Právě zde vzniká prostor pro uspokojování potřeb a požadavků každého jejího člena, které jsou na ni jím a zároveň společností kladeny, stejně jako prostor pro plnění společensky uznaných a určených rolí. O tom, jak budou tyto potřeby uspokojovány, rozhoduje míra a kvalita naplňování základních funkcí rodiny (Langmeier, Krejčířová, 1998).

1.3.1.1. Proměny rodiny

V souvislosti se změnami způsobu života a rozvojem možností pro každého jedince se ve všech rozvinutých zemích naší civilizace, tedy i u nás, rodina v posledních desetiletích významně proměňuje (Možný, 2006). Mnoho potenciálních rodičů si přeje prožít těhotenství a přivést svého prvního potomka na svět, ale až po ukončení vzdělání, po cestování, po zajištění zázemí, až v době, kdy se budou cítit psychicky, fyzicky i materiálně připraveni, přestože z biologického hlediska je nejvhodnější věk pro těhotenství 20. až 25. rok života ženy (Trča, 2009, Doherty a Clark, 2006).

Nesmírně vlivným faktorem při proměně plodnosti je dle Caldwell (in Rabušic, 2001) proces tzv. westernizace, což znamená prostup ideí a norem západního světa do našeho způsobu života. Nejdůležitějším prvkem westernizace je náhrada rodiny rozšířené (taková forma uspořádání domácnosti, kdy vedle sebe žijí více než dvě generace – rodiče, děti, prarodiče) rodinou nukleární (rodiče a děti) (Rabušic, 2001, Možný, 2006).

V Národní zprávě o rodině (MPSV, 2004) je současné uspořádání života rozděleno na „klasické“ formy rodiny a na „moderní“ formy života. Mezi klasické formy rodiny patří manželství a neúplné rodiny – jeden dospělý (nejčastěji matka) s dětmi (Možný, 2006).

Neúplné rodiny jsou často výsledkem rozvodu, ke kterému je naše společnost značně tolerantní (Říčan, 2004) a také nárůstem počtu dětí, které se rodí svobodným matkám (Hašková, 2009). Převládající představa svobodné matky, která tzv. udělala chybu, v obecném povědomí již slábne, a tak je stále více žen, které si velmi přejí mít dítě dřív, než bude pozdě, ikdyž nemají vhodného partnera do manželství (Kimplová, 2008).

Moderní formy života představují zejména nesezdaná soužití (soužití muže a ženy), které je Českým statistickým úřadem označováno za tzv. faktické manželství (MPSV, 2004). Chaloupková a Šalamounová (2004) hovoří o takovém soužití jako o alternativních partnerských vztazích. V zásadě je lze rozlišit na tzv. předmanželská soužití, která většinou netrvaly dlouho. Směřují buď ke svatbě nebo k rozchodu („manželství na zkoušku“) a na skutečnou alternativu k manželství, která se od prvního typu rozlišuje právě narozením dítěte (Chaloupková a Šalamounová, 2004, Hašková, 2009).

Dnešním mladým lidem se otevírají nové životní příležitosti, možnosti studovat, cestovat, vybrat si zaměstnání, uplatnit se na trhu práce. Současně roste důraz na osobní svobodu, individualismus, posun v hodnotách a preferencích. Odkládáním sňatku do vyššího věku, které je často spojené s odkladem rodičovství, je tedy vytvářen prostor pro další různé, přechodné či dlouhodobé, formy rodinného života (MPSV, 2004, Matoušek, 2003, Kimplová, 2008): prodlužování doby, po kterou děti a rodiče žijí spolu, singlovství jako životní styl, kdy se partneři ani po delší době nestěhují do společné domácnosti, přestože jim to podmínky dovolují či dobrovolně bezdětná manželství.

O společnosti, která je charakteristická výše uvedenými změnami v uspořádání života, včetně tendence omezovat počet dětí v rodině, se v literatuře hovoří jako o společnosti postmoderní (Rabušic, 2001, Hašková, 2009, Možný, 2006). Její typické znaky ukazují na sílící prosazování zájmů individuálních před zájmy rodinnými (Kimplová, 2008). Giddens, F. de Singly či Beck (in Hašková, 2009) poukazují zejména na principiální změny, na nichž se zakládají vztahy. Podle nich již nejde o nalezení toho jediného a pravého partnera na celý život, ale o samotnou emocionální vazbu, která trvá jen do té doby, kdy v ní oba partneři nacházejí uspokojení. Vzhledem k měnícím se hodnotám a preferencím člověka v průběhu života, má však uspokojení emocionálních potřeb velmi křehké základy stability.

I přes změny rodinného soužití výsledky výzkumu potvrzují, že převážná většina mladých lidí chce žít v manželství. Dvoudětný model rodiny je v životních plánech lidí zachován jako výrazně převažující typ rodinného a reprodukčního chování (Fialová, Hamplová, Kučera, Vymětalová, 2000, Možný, 2006, Rabušic, 2001, Rychtaříková,

Pikálková, Hamplová, 2001). „Mít stálého partnera a mít děti jsou přední hodnoty lidského života. O ně dospělý člověk opírá pocit vlastní hodnoty, pocit smysluplnosti své existence, na nich závisí jeho psychická pohoda i zdraví.“ (Matoušek, 2003, s. 10).

1.3.2. Změna postavení ženy ve společnosti

Mění se role a ambice žen. Vzdělání a vysoká zaměstnanost žen snižuje jejich závislost na partnerovi a zvyšuje nároky na sladění rodinných a profesních zájmů (MPSV, 2004). Tržní prostředí zvyšuje nároky na pracovní výkon a čas tomu věnovaný, což bývá na úkor času pro osobní život a rodinu. Pro mnoho žen je kariéra natolik konkurující rodičovství, že kvůli ní odkládají založení rodiny (Doherty a Clark, 2006). Přesto právě ony jen zřídka vysvětlují odložení svého mateřství právě profesními důvody. Dle mezinárodní studie byla jako hlavní důvod pro odkládání mateřství identifikována ztráta osobní svobody (Sobotková, 2007).

Sobotková (2007) uvádí tyto důvody, proč se ženy stávají matkami později: žena chtěla být bezdětná a doslova na poslední chvíli změnila své rozhodnutí, žena se chtěla stát matkou, ale až později (jedním z důvodů, které ženy udávají je dosažení emocionální jistoty a připravenosti). U některých matek nešlo o záměr, ale prosadily se životní okolnosti (např. potkaly vhodného partnera až v pozdějším věku, nebo měly dříve problémy s početím či udržením těhotenství).

Participace žen na trhu práce se však jeví jako nutná, neboť příjem ženy je součástí rozpočtu téměř každé domácnosti. Pro ambiciózní matku je někdy těžké přijmout finanční závislost na partnerovi, kterou sebou péče o narozené dítě přináší.

Skutečnost, že ženy odkládají plození dětí, může být způsobeno i tím, že ženy od mužů očekávají rozhodnost, úspěšnost v zaměstnání, dobré finanční zázemí a je zřejmě těžké najít muže s těmito charakteristikami (Možný, 2006).

1.3.3 Kontrola porodnosti

Ženám se v procesu emancipace otevřely nové způsoby života, a tak kontrola porodnosti nabývá na významu. Lidé se odedávna pokoušeli zabránit otěhotnění (Machová, Hamanová, 2002). Za revoluční okamžik v historii plánování rodičovství je však považován až objev hormonální antikoncepce. V současné době užívá svou každodenní tabletu téměř 80 miliónů žen (Uzel, 2010). Ta dává ženě do rukou suverénní rozhodnutí o tom, zda, kdy a kolik bude mít dětí. Tento fakt, jak říká Možný (2006, s. 124)

„... má pro lidstvo epochální význam, srovnatelný snad s ovládnutím ohně anebo vynálezem kola.“ a významnou měrou se podílí na snižování porodnosti, odsouvání rodičovství na dobu pozdější, či dobrovolné volbě bezdětnosti.

1.3.4. Ekonomické faktory

Na změnách struktury rodinného života a porodnosti se mimo jiné podílejí tři výrazné negativní ekonomické faktory (MPSV, 2004, Konečná, 2009, Rabušic, 2001, Hamplová, Rychtaříková, Pikálková, 2003):

- Finanční nedostupnost bytů pro mladé rodiny. Vzhledem k tomu, že mladí lidé považují byt za jednu ze základních podmínek pro založení rodiny, je založení manželství a rodiny tímto komplikováno.
- Nezaměstnanost. Z ekonomického hlediska je podmínkou naplňující prostředí vhodné pro založení rodiny také stabilní zaměstnání.
- Vzestup životních nákladů po narození dítěte a současné snížení příjmů na mateřské či rodičovské dovolené. Nejen v tomto období však děti znamenají z ekonomického hlediska pro rodinu omezené spotřební možnosti. Se zvyšujícím se životním standardem rodin a s rozšiřující se nabídkou „zboží“, které si „spotřebitel“ může dovolit, tak dochází ke snižování plodnosti (Hašková, 2009). Rabušic (2001) vysvětluje tuto problematiku ve své knize prostřednictvím „teorie racionální volby“.

1.3.5. Stigma nedobrovolné bezdětnosti

Sociální aspekty se projevují nejen v rozhodnutí mít či nemít dítě, a kdy ho mít, ale pronikají výrazným způsobem i do života těch, kteří se pro dítě rozhodli, ale jejich touha po dítěti byla zkomplikována poruchou plodnosti.

Páry, které se potýkají s neschopností přivést na svět dítě, provází specifický postoj okolí. Různé reakce a způsoby jednání lidí ve vztahu k nim v nich vyvolávají pocit stigmatizace.

„Jako stigma označujeme vlastnost, která odlišuje jedince nebo skupinu od větší populace a vyvolává u této většiny podezření nebo nepřátelské pocity. Většina nemocí vede k projevům soucitu ze strany těch, kdo jí nebyli postiženi. V některých případech se však nemocní setkávají s odmítnutím ze strany „zdravé“ populace.“ (Bártlová, 2003. s. 57).

Ve stigmatizaci se výrazně odráží negativní hodnocení okolí vystupující jako etiketizace. Okolí připisuje ženám psychickou nevyrovnanost, u mužů pak sexuální neschopnost (Slepičková, 2006). U bezdětných párů, na které ostatní pohlíží jako na dobrovolně bezdětné se obecně předpokládá sobeckost a nezralost, zoufalost a touha po dítěti se pak očekává od jedinců, kteří jsou vnímáni jako nedobrovolně bezdětní. Předsudky se mnohdy odráží ve způsobu, jakým se společnost k párům chová. Špatenková (2004) tak uvádí, že odlišný způsob jednání je patrný nejen na formální úrovni, například jednání pracovníků odborných služeb, ale také na úrovni neformální, projevující se reakcí lidí z blízkého i širokého okolí.

Jak ukazují výzkumy z poslední doby, je bezdětnost z pohledu psychosociálního pro společnost stále ještě těžko přijatelným stavem. Bezdětný pár se stále setkává s často nevyslovenou, ale trvale přítomnými otázkami: „Dítě chce, či nechce?“, „Mohou mít nebo nemohou?“ U bezdětné ženy se navíc objevuje otázka: „Dítě nechce? Mít ho nemůže? Nebo by chtěla, ale nikdo ho nechce s ní?“ K bezdětnému muži okolí přistupuje jinak. Jeho bezdětnost vnímají jako rozhodnutí prožít život orientovaný na jiné priority a odmítnutí nést odpovědnost. Někdy jsou bezdětní podezříváni z neschopnosti nebo odsuzováni pro sobectví, někdy je vůči nim namířena závist pro větší nezávislost (Konečná, 2009).

Konečná (2009) i Slepičková (2006) upozorňují na fakt, že někteří neplodní lidé se často stigmatizují sami ještě dříve, než vstoupí do interakce s okolím. To může být způsobeno selektivním vnímáním a zvýšenou citlivostí na určitý způsob signálů přicházejících z okolí nebo také skutečností, že s problémem plodnosti se musí vyrovnat právě ti, kteří vyznávají tradiční hodnoty a kteří o založení rodiny usilují.

1.3.6. Sociální exkluze neplodných

Stigmatizace jedinců, vnímaných jako odlišné, deviantní či cizí, provází také sociální exkluze, která je považována za negativní důsledek neplodnosti. Lze ji definovat jako symbolickou exkluzi, neboli vyloučení ze „sdílených určitých sociálních statusů a institucí“ (Mareš a kol., 2003, s. 287). Sociální exkluze zahrnuje mechanismy, které znemožňují přístup určitým skupinám, tedy i neplodným, ke zdrojům, pozicím, odměnám a možnostem v jakémkoli směru. Výpovědi z rozhovorů respondentů v knize Hany Konečné (2009) dokládají skutečnost, že se neplodní cítí na samém okraji „plodného světa“. Program spřátelených dvojic se v určitém stadiu začne řídit věkem dětí, které mají. Ti, co děti nemají, přestanou zapadat do obecného vzorce. Navíc je setkávání s přáteli,

kteří již děti mají nebo jsou „těhotní“, velmi stresující. Raději se takovým situacím vyhýbají, čímž se dostávají do izolace. Někdy se také začínají stranit společnosti proto, aby se vyhnuli otázkám týkajících se budoucnosti, rodičovství apod.

1.3.7. Vliv médií

Média (tisk, rozhlas, televize, internet) jsou významným zdrojem informací. „*Tvoří mediální obraz, pohled na určitou věc, problém či jeho řešení.*“ (Konečná, 2009, s. 185).

Dobrovolná i nedobrovolná bezdětnost i neplodnost se staly součástí skript, knih, učebnic, internetových stránek, časopisů, pořadů v televizi. Díky médiím je veřejnost více informovaná o diagnostických a terapeutických možnostech, o odborných pracovištích, o náhradní rodinné péči. Konečná (2009) vyjadřuje názor, že mediální obraz dobrovolně i nedobrovolně bezdětných, stejně jako neplodných lidí se zlepšil, že je patrný větší respekt k jejich rozhodnutí žít život bez dítěte. Bezdětné ženy nejsou již tak často popisovány jako „*bezcharakterní mrchy, mužatky, případně úplné chudinky*“ (Konečná, 2009, s. 185). Za významný pozitivní dopad médií spatřuje v postojích k rodičovství, které vyplývá z přijetí náhradní rodinné péče a v postojích k přijímání dětí v takových rodinách.

1.4. MEDICÍNSKÉ ASPEKTY

1.4.1. Plodnost

Wallenfels (in Predáčovi, 2006) zdůrazňuje, že plodnost je u člověka i v přírodě obecně synonymem zdraví. V případě manželů je třeba brát v úvahu, že jde o společnou plodnost páru, muže a ženy.

Plodnost ženy je cyklická. Projevuje se menstruačními cykly, které nastupují mezi 9. a 16. rokem věku a končí přechodem mezi 45. a 55. rokem. Je podmíněna přiměřeným vzájemným působením různých hormonů. Obecně se předpokládá, že ženy jsou plodné v každém měsíčním cyklu. Jak však Biermann a Raben (2006) upozorňují, i ženy plodné mají v průměru jeden ze čtyř cyklů bez ovulace. Největší šance na zplození dítěte je uprostřed cyklu. I u pětadvacetiletých žen je tato šance pouze asi 25 %.

Statistiky uvádějí, že 60 % párů otěhotní v průběhu šesti měsíců, 80 % po devíti měsících a 85 % až po dvanácti měsících intenzivních snah. Zbývajících 15 % otěhotní s menšími či většími problémy (Konečná, 2009).

V obecném povědomí lidí je těhotenství běžnou záležitostí, která nastává poté, co se pár rozhodne počít dítě (Řežábek, 1999). Plodnost ženy je tedy považována za jakousi

samozřejmost, kterou navíc podpořily výzkumy minulého století, jež se zaměřovaly především na otázku „jak početí zabránit“ (Rabušic, 2001). Potvrzení těchto názorů na plodnost vyplývá také z výpovědí výzkumu Hany Konečné: „*Lidský život je sled větších či menších jistot a jistotu, že bude mít dítě když bude chtít, radí většina lidí do kategorie jistot nejjistějších.*“ (Konečná, 2003, s. 103).

1.4.1.1. Faktory ovlivňující plodnost

Věk - Novotny (1997) uvádí, že plodnost mužů i žen vrcholí ve věku dvacet až dvacet pět let. Se zvyšujícím se věkem se schopnost ženy mít dítě snižuje. Kolem třicátého roku věku začíná klesat a ve čtyřiceti je už pravděpodobnost otěhotnění malá (Konečná, 2009). Chaloupková a Šalamounová (2004) uvádí, že ve věku čtyřiceti let klesá úspěšnost otěhotnění na 22 %. Příčinou je přirozený pokles normálních ovulačních cyklu a vyšší výskyt cyklů abnormálních (Mardešić, 1996) a také vyšší výskyt spontánních potratů, který je u čtyřicetileté ženy až 40 % (Ulčová-Gallová, 2006).

Sexuální aktivita - předpokladem otěhotnění je heterosexuální pár, který se pravidelným stykem pokouší o zplodění dítěte. Pravděpodobnost početí je ovlivněna nejen pravidelností, ale i četností sexuálního styku. Odborníci se shodují v tom, že pro reprodukci je optimální sexuální styk konzumovaný dvakrát až třikrát týdně (Rabušic, 2001, Freundl a kol., 2008).

Negativní vlivy zevního prostředí a životního stylu: vliv jedovatých chemických látek, radiace, kouření, alkohol, užívání drog, přísun kofeinu, extrémní fyzická zátěž, přísná dieta.

Psychologické faktory – dlouhodobý stres může v některých případech ovlivnit hodnoty hladin hormonů a vést k narušení ovulace. Akutní stres může dokonce způsobit anovulaci a zapříčinit tak vymizení menstruace (Doherty a Clark, 2006).

1.4.2. Neplodnost (sterilita)

„Jako neplodnost se označuje stav, kdy se po roce snahy o početí dítěte výsledek nedostaví. (V lékařské terminologii se odlišuje sterilita jako neschopnost počít dítě a infertilita jako neschopnost donosit dítě.)“ (Sobotková, 2007, s. 162).

Dle internetového zdroje (<http://www.sexus.cz/problematika-neplodnosti-v-partnerskem-vztahu>) se po této době rozhodne vyhledat lékařskou pomoc 38 % žen. 29 % žen ji vyhledalo po dvou letech a 21 % po třech letech. 8 % žen se na lékaře obrátilo po šesti letech snahy o otěhotnění a 4 % po čtyřech letech. Jinak je tomu u mužů. Nejvíce jich vyhledalo lékařskou pomoc po třech letech, a to 48 %, 5 % po jednom roce, 5 % po deseti letech snah o oplodnění.

Není to tak dávno, co se předpokládalo, že neplodnost je problémem žen. Byl-li muž potentní, automaticky byl považován za plodného. Medicína prokázala, že na neúspěchu při snaze otěhotnět mají vliv oba partneři téměř stejným dílem – 40 % muži, 40 % ženy. Zbývajících 20 % je způsobeno kombinací ženského a mužského faktoru (Konečná, 2009, Doherty a Clark, 2006). Konečná (2009) upozorňuje na fakt, že mnohdy, a nejen výjimečně, je vyšetřen pouze jeden z partnerů. Je-li objevena příčina na jeho straně, druhý už vyšetření nepodstupuje. Na nutnost provést vyšetření u obou partnerů poukazuje také Řežábek (1999) a Mardešić (1996).

V literatuře i u odborníků se setkáváme s pojmy primární, sekundární a idiopatická neplodnost. O primární neplodnost jde tehdy, nepodařilo-li se párům otěhotnět nikdy. *„Sekundární neplodnost je definována jako neschopnost počít po předchozím otěhotnění (ať už zakončeném porodem, interrupcí nebo potratem). Některé páry trpí primární a posléze i sekundární neplodností.“ (Doherty a Clark, 2006, s. 14)* O idiopatické neplodnosti se hovoří tehdy, není-li odhalena příčina neplodnosti – ani po provedeném gynekologickém, andrologickém, endokrinním, mikrobiologickém, genetickém, imunologickém vyšetření. Vyskytuje se asi u 5-10 % všech neplodných párů (Konečná, 2009).

Neplodnost, jak již bylo zmíněno, byla prohlášena za nemoc a stejným způsobem je také vnímána a přijímána okolím. Z jiného úhlu pohledu se však na neplodnost dívají lékaři Hynie, Trapl a Čech (1964), kteří vyslovují názor, že porucha plodnosti není sama o sobě nemoc. V poruše plodnosti spatřují specifický, často skrytý, příznak jiné nemoci, který je způsoben určitým nedostatkem v biologickém dění těla ženy. Ten pak brání jejímu oplodnění (Hynie, Trapl, Čech, 1964).

1.4.2.1. Rizikové faktory neplodnosti

Faktory ovlivňující neplodnost ženy: potrat (obzvláště, došlo-li po potratu k zánětu), endometrióza, protržení slepého střeva a následné srůsty, pravidelnost menstruačního cyklu (Novotny, 1997).

Faktory ovlivňující neplodnost muže: nesestouplá varlata nebo jejich zranění, operace dětské kýly nebo nějaká jiná operace břicha, prodělání průušnic v období po pubertě nebo pobyt ve velkém horku (v zaměstnání, ale také v horkých vanách, vířivkách a saunách).

Faktory ovlivňující neplodnost ženy i muže: stres, zranění způsobené při sportech, autonehodách, užívání některých léků, vrozené vady a dysfunkce, pohlavně přenosné nemoci, které Doherty a Clark (2006) považují za prvotní příčinu neplodnosti mužů i žen, dále užívání léku diethylstilbestrol (DES) jejich matkou v době jejího těhotenství s nimi (Novotny, 1997), nedobrovolná abstinence vznikající jako výsledek neschopnosti realizovat pohlavní styk. Příčinou může být dočasné odloučení manželů z důvodů pracovních příležitostí mimo místa bydliště (sezónní pracovní příležitosti, služby v armádě, studia apod.).

1.4.2.2. Příčiny neplodnosti

Lékaři je doporučováno vyloučit příčiny neplodnosti nejprve ze strany muže. Jeho vyšetření probíhá podstatně méně agresivně, je jednodušší a levnější. Jakmile je u muže vyloučen nebo zjištěn nějaký problém, testování ženy může být přesnější a určitější (Novotny, 1997).

Příčin mužské neplodnosti je celá řada. Nejčastějšími příčinami jsou poruchy tvorby a vyzrání spermií a poruchy průchodnosti vývodů (Doherty a Clark, 2006). Dalšími jsou příčiny hormonální, imunologické, vrozené dysfunkce (Novotny, 1997).

Příčinami ženské neplodnosti jsou: nepravidelnost pochvy (1 %), vliv děložního hrdla (3 %), vady dělohy (5 %), dysfunkce vejcovodů (20 %), dysfunkce vaječníků (40 %), imunologické (11 %), psychické (6%), idiopatické (9 %), infertilita (4 %) (Ulčová-Gallová, 2006).

Společné příčiny neplodnosti mohou znamenat, že partneři mají kombinaci některých faktorů (Novotny, 1997).

1.4.3. Potrácivost (infertilita)

Některé ženy se nepotýkají s problémem otěhotnění, ale s úspěšným donošením děťátka k porodu. Příčinou může být potrat, mimoděložní těhotenství nebo narození mrtvého plodu. Výjimečně i kombinace těchto potíží.

Potrácivost (infertilitas) je onemocnění, při kterém žena není schopna donosit nebo porodit životaschopný plod. Všeobecně se odhaduje, že 80 % všech oplodněných vajíček končí tak, že 20 % z nich je potraceno a zbytek samovolně zanikne v následujícím cyklickém krvácení, aniž by si toho žena povšimla. Stav, kdy žena potratí třikrát nebo vícekrát za sebou se označuje opakované (habituální) potrácení (Doherty a Clark, 2006).

O spontánní (samovolný) potrat, se jedná tehdy, dojde-li k němu bez lékařského zásahu, o zamlklý potrat (missed abortion) tehdy, odumře-li plod v děloze bez samovolného vyloučení (Doherty a Clark, 2006).

Příčinou potrácivosti ze strany plodu bývá nejčastěji poškození plodového vejce na podkladě chromozomální odchylky (Novotny, 1997).

Příčinou potrácivosti ze strany matky jsou: abnormální hormonální hladiny, snížená činnost štítné žlázy, děložní abnormality, imunologické (20-30 %) (Ulčová – Gallová, 2006), infekce (Novotny, 1997)

Dalším možným aspektem, který ukončí těhotenství, je mimoděložní těhotenství (1 % všech těhotenství, kdy se oplodněné vajíčko usídí mimo dutinu děložní) a narození mrtvého dítěte. Mezi 24. až 26. týdnem se plod stává životaschopným a je schopen přežít i mimo tělo matky. Dojde-li však k vypuzení plodu po tomto období, hovoříme o narození mrtvého plodu (Novotny (1997).

1.4.4. Psychogenní příčina neplodnosti a potrácivosti

„Mnoho terapeutů, výzkumníků, ale i pacientů a laiků pokládá za jednu z možných hlavních příčin poruch plodnosti nějaký psychický zádrhel.“ (Konečná, 2009, s. 24).
Důkazy pro jejich tvrzení jsou otěhotnění po adopci, po změně lékaře, po objednání na novou léčebnou proceduru, po narušení dříve normálního ovulačního cyklu v okamžiku naplánování umělého oplodnění, otěhotnění po psychoterapii, psychofarmakoterapii nebo placebo terapii apod. Mnohdy je důvodem pro hledání příčiny psychické idiopatická porucha plodnosti (Konečná, 2009).

„Psychogenní příčina může být zcela samostatná, nebo součástí ostatních příčin neplodnosti.“ (Ulčová – Gallová, 2006, s. 37). Samostatně se vyskytuje asi v 6 % případů

(Křenková, 2000). Jedná se o reakce vyšší nervové soustavy na podněty z vnitřního a vnějšího prostředí, které prostřednictvím šedé kůry mozkové řídí funkce celého organismu. Nervová, hormonální a imunitní činnost pak ovlivňuje funkci jednotlivých orgánů.

Ulčová – Gallová (2006) zdůrazňuje úzkostné prožívání celého procesu vyšetřování, popř. léčby a vnitřní úzkostné prožívání nenaplněnosti mateřské role. K tomu mohou přispět i vnější okolnosti (vážná nemoc v blízkém okolí, úmrtí v rodině, neuróza a napětí plynoucí z neúspěchu), úpěnlivé zapisování období cyklu a naprogramování pohlavního styku. Následkem těchto okolností dochází většinou k hormonálním poruchám.

K psychickým a fyzickým blokům (Freundl a kol., 2008) mohou vést i určité vnitřní pochybnosti. Ty mohou být způsobeny snahou partnerů vyřešit příchodem dítěte stávající nespokojenost ve vztahu či v zaměstnání, nahradit vlastní radost ze života. Důvodem může být i fakt, že touha po dítěti přichází zvnějšku v podobě sociálních tlaků (vyhovět rodičům, „vyrovnat“ se přátelům) (Konečná, 2009).

Na základě rozhovorů s páry rozlišuje Konečná (2009) psychické příčiny poruch plodnosti do dvou skupin:

vnitřní konflikt - rozporuplný postoj k mateřství či otcovství, nebo odraz negativních zkušeností v dětství. „*Tím, že jsme to odkládali – budovali hnízdo -, jsem to prošvihla. ... „podvědomý strach, že přijde o manželčinu péči“ ... „díky špatné matce, nedostatku lásky v dětství.“* (Konečná, 2009, s. 27).

nezvládnutá zátěž, stres - zdrojem může být rodina, daná situace, ale i člověk sám, vyšetřování, provádění léčebné procedury i terapeut, za stres se považuje i velká radost. „*... Já už se tak těším na vnoučata, a ono pořád nic. ... Moc jsem se na myšlenku otěhotnění upnula“.* (Konečná, 2009, s. 27).

Odborníci zastávající dynamicky orientované směry (vnitřní konflikt) vycházejí z předpokladu, že ženy, které trpí funkční sterilitou, mají nevědomé úzkosti a nepřátelství týkající se narození dítěte, což se projevuje poruchou funkce vaječníků nebo vejcovodů a nebo potlačením sexuálního života v době, která je pro otěhotnění nejpříznivější (Tress, Krusse, Ott, 2008). Obdobný názor vyznávají i Freundl a kol. (2008), kteří hovoří o neuvědomovaných vnitřních pochybnostech ve vztahu k dítěti, či obavy z porodu a tělesných změn, které s sebou těhotenství přinese. Také dosud nezpracované úmrtí nebo potrat a strach, že se celá situace bude znovu opakovat, mohou schopnost otěhotnění zablokovat. Neplodnost může značit strach ze závazku a odpovědnosti (Deethlefsen, Dahlke, 2003). Projev psychiky na fyzické úrovni v podobě poruchy plodnosti

a potráčovosti spatřují také psychosomaticky orientovaní lékaři Trapková a Chvála. Pro celý proces používají pojem „porucha sociální placentace“ (Trapková, Chvála, 2009).

Zastánci stresového směru jsou přesvědčeni, že za poruchy plodnosti může stres. Na podporu svých teorií uvádějí například poruchy menstruačního cyklu při studijním přetížení, při odloučení od domova, válečné amenorey apod.

Shodně odborníci nahlízejí i na neplodnost, potraty, předčasné porody a poruchy těhotenství. Další psychologické faktory, které jsou kladeny do souvislosti s nenaplnujícím se rodičovstvím, jsou emoční nezralost, agresivně-maskulinní typ, femininní erotický typ, identifikace s hostilní matkou, mateřský typ apod. (Konečná, 2009).

Konečná (2009) s výše uvedenými teoriemi nesouhlasí a připomíná, že psychické procesy zahrnují kromě emocí také způsob myšlení a rozhodování. (Rozhodneme-li se kouřit, je to psychický proces. A protože kouření snižuje plodnost, mohlo by být tedy považováno za psychickou příčinu poruchy plodnosti). Doporučuje tedy nahlížet na psychickou nepohodu jako na důsledek nějaké dysfunkce organismu (včetně psychické), která zpětně může organismus ovlivňovat.

„... vzhledem ke složitosti vztahu mezi psychikou a sníženou plodností a vzhledem k míře současných znalostí je nutné odmítnout označení psychické nepohody za příčinu poruchy plodnosti jako spekulativní.“ (Konečná, 2009, s. 29).

1.4.5. Stanovení diagnózy

Základní vyšetřovací metodou je detailní anamnéza. Navzdory všem dnešním technickým možnostem jsou jedním z nejdůležitějších nástrojů pro stanovení diagnózy skutečnosti zjištěné při pohovoru s pacientem. První vyšetření obvykle provede gynekolog, ale na odhalování příčin snížené plodnosti se podílejí specialisté z několika oborů: gynekologie, andrologie, imunologie, endokrinologie, sexuologie, urologie, genetiky (Konečná, 2009).

Diagnostika u mužů – laboratorní vyšetření, vyšetření ejakulátu, vyšetření moči a močového měchýře, biopsie varlat.

Diagnostika u žen – průkaz ovulace, laboratorní vyšetření, stanovení bazální hladiny hormonů, ultrazvuková folikulometrie, postkoitální test, hysterosalpingografie, laparoskopie, hysteroskopie.

1.4.6. Terapie

Volba terapie záleží na diagnostických závěrech, na tom, jakou léčbu jsou partneři ochotni podstoupit a na jak dlouho, a také na finančních možnostech (Doherty a Clark, 2006).

- Terapie medikamentózní - terapie imunologické poruchy plodnosti, terapie infekce, hormonální terapie.

- Terapie chirurgická.

- Velkým převratem v léčení poruch plodnosti jsou metody asistované reprodukce, které jsou známé pod názvem umělé oplodnění, mimotělní oplodnění nebo oplodnění ve zkumavce. Rozlišují se tyto metody: - Intrauterinní inseminace (IUI) (zavedení speciálně upravených spermií – partnera nebo dárce - pomocí zvláštního nástroje do dělohy), In vitro fertilizace/embryo transfer (IVF/ET) (k oplodnění dochází mimo tělo, za dva až tři dny se přenášejí do dělohy), gamete intrafallopian tube transfer (GIFT) (přenos gamet - vajíček a spermií - do vejcovodu), zygote intrafallopian transfer (ZIFT) (přenos již oplodněného vajíčka do vejcovodu) (Novotny, 1997). Asistovaná reprodukce příčiny poruch plodnosti neléčí, ale obchází je (Konečná, 2009). Je využívána při neplodnosti žen i mužů.

Doherty a Clark (2006) uvádí úspěšnost otěhotnění po jednom pokusu IVF 30 až 45 %, „... což je úspěšnost vyšší než mají zdravé, plodné páry ve snaze o přirozené početí.“ (Doherty a Clark, 2006, s. 47).

- V naší zemi, stále ještě nedocenenou (Konečná, 2009) originální léčebnou metodou je Rehabilitační léčba některých druhů funkční ženské sterility - Metoda Mojžíšové vychází z předpokladu reflexních vztahů mezi páteří a vnitřními orgány. Jestliže je dysfunkční páteř, pak špatnou funkci vykazuje i příslušný vnitřní orgán. A naopak. Konečná (2009) doporučuje zvolit tuto metodu hned na začátku cesty za dítětem.

- Balneoterapie - souhrn různorodých léčebných postupů podstupujících v lázeňském prostředí.

- Alternativní metody – homeopatie, akupunktura (Biermann, Raben, 2006), fytoterapie (využívá čajů a sedacích koupelí), biotronika - přikládání rukou (provádí léčitel, využívá

tzv. magnetismus bioenergií, bioproudy, bioplazmu), astrologický výpočet (určuje nejvhodnější dny pro oplodnění) (Konečná, 2009).

Ani kritici nekonvenční medicíny nemají proti homeopatii, akupunktuře či fototerapii zásadní výhrady. Předpokladem samozřejmě je odevzdat se do rukou odborníkovi a svého ošetřujícího lékaře informovat.

Výhodou alternativních přístupů je fakt, že často zapůsobí již na psychické úrovni (Konečná, 2009, Biermann, Raben, 2006). Díky psychickému i fyzickému uvolnění může v některých případech dojít k naplnění rodičovství. Je však třeba dbát určitých hranic alternativních metod. V některých případech je lepší, ba dokonce nutné, vrátit se ke standardní medicíně (Freundl a kol., 2008).

- Psychoterapie – vzhledem k tomu, že se psychologické příčiny snížené plodnosti nepodařilo zatím spolehlivě prokázat, není vhodné doporučit psychoterapii jako kauzální léčbu (Konečná, 2009). Označení psychických příčin jako původce neúspěchu může vyvolat dva protichůdné účinky. Některé páry by přijali tuto diagnózu pozitivně (příčina je známá, lze tedy proti ní bojovat) a očekávali by po odstranění příčiny úspěch. Neúspěšná psychoterapie (úspěch nemusí znamenat pouze otěhotnění, ale také i přijetí jiných alternativ) by však mohla být důvodem ke zhoršení psychického stavu. Jiné páry by možnost, že příčiny obtíží jsou psychické, mohla znejistit a mohly by se tak u nich projevit pocity vlastního selhání, neschopnosti řešit problémy sám (Konečná, 2009).

1.5. PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY

Diagnóza neplodnosti je pro některé lidi jen další událostí v jejich životě. Možná je to zpočátku trochu znepokojí a překvapí, ale nevěnují tomu pozornost příliš dlouho. Pro jiné se okamžikem takového zjištění změní jejich dosavadní život ve velkou životní krizi. Obtíže s otěhotněním jsou tedy pochopitelně považovány za nejsmutnější duševní otřes v životě (Novotny, 1997). Přestože není onemocněním ohrožujícím život, zasahuje výrazně do nejintimnější sféry páru.

Zkušenost nedobrovolné bezdětnosti má na život člověka takový dopad a v takovém měřítku, jako samotné rodičovství (Matthews, Matthews, 1986). Ovlivňuje nejenom sebepojetí muže a ženy jako jednotlivců, ale i samotné partnerské vztahy. Také ostatní mezilidské vztahy jsou touto skutečností ovlivňovány. Široké okolí na bezdětné páry často pohlíží s předsudky, a tak se partneři musí vyrovnávat také s pocíťovanou

stigmatizací či sociální exkluzí. Nedobrovolná bezdětnost zasahuje tedy i do denního života a pracovních aktivit (Mardešić, 1996).

1.5.1. Tlak na identitu

Skutečnost, že cesta k naplnění rodičovství není pro dané páry jednoduchá, ba přímo obtížná a komplikovaná, sebou přináší velký tlak na jejich identitu.

„Potřeba identity, je jednou ze základních psychických potřeb, které musí být uspokojovány ve vhodné době a v náležité míře, aby se lidská osobnost zdravě vyvíjela.“ (Matějček, 1992, s. 209). V identitě nacházíme odpověď na otázku „Kdo jsem?“. Nikoliv „co mám, co ke mně patří“ (Matějček, 1992).

Do interní sféry života neplodných, kteří mají nad ostatními oblastmi svého bytí zřejmě plnou kontrolu, vstupuje situace, která ohrožuje nezávislou kontrolu nad vlastním životem (Chaloupková, Šalamounová, 2004). Jejich tělo nyní ovládá je. Citový život podléhá cyklům ovulace, neboť s každou novou možností otěhotnění roste pozitivní nálada a očekávání a s každou menstruací pak přichází beznaděj. Vlastní život je „pro jistotu“ odkládán. *„Je těžké cokoli plánovat (kariéru, dovolenou, změny bydlení aj.), když se neví, co přijde.“* (Sobotková, 2007, s. 166). Odborníci se shodují, že zásah neplodnosti do identity člověka je o to větší, že mu obvykle předchází rozhodnutí pro rodičovství a příprava na rodičovskou roli.

Slepičková (2006) dále uvádí, že se neplodné páry musí vyrovnat s „ironií neplodnosti“. S možností existence snadných, avšak nechtěných početí, kterým bylo antikoncepcí bráněno a se zjištěním, že to možná bylo po celou tu dobu zbytečné. *„Snaží se zkonstruovat si smysluplné paradigma sterility a integrovat do něj svou osobní zkušenost.“* (Slepičková, 2006, s. 941).

V procesu přijímání identity neplodného poukazují mnozí autoři na významné genderové rozdíly. Podle Mikesellové a Stohnerové (in Sobotková, 2007) ženy nerozlišují, zda je příčinou bezdětnosti příčina na straně její či muže a jsou jí stresovány stejně. Ženy, častěji než muži, přijímají perspektivu „Já jsem“ (nemoc), muži uvažují o neplodnosti jako o „Já mám“ (Slepičková, 2006, Konečná, 2009).

1.5.2. Jak je absence rodičovství a snaha o něj prožívána

Samotné rozhodnutí podstoupit léčbu neplodnosti může přinést počáteční úlevu a nový pocit naděje. Léčba však trvá měsíce až roky a v některých okamžicích může být velmi vyčerpávající a její výsledek je nejistý. Často bývá provázena pocity podrážděnosti, zlosti, deprese, frustrace, viny a smutku. Mnohdy sebou léčba přináší i výrazné finanční zatížení. Některé léky a postupy je třeba hradit a jedná se nejen o tisícové, ale i o desetitisícové částky (Doherty a Clark, 2006).

Pro neplodné páry, u nichž není zjištěna žádná biologická příčina, je velmi těžké přijmout fakt, že není žádná konkrétní metoda či léčba, která by jim pomohla. Pro některé je nevysvětlitelná neplodnost jednou z těch nejhorších diagnóz. Mají pocit, že se nemohou vzdát pokusů, ale zároveň jim takové snažení připadá bezdůvodné (Novotny, 1997).

1.5.2.1. Stádia emocionálních reakcí na poruchy plodnosti

V sedmdesátých a osmdesátých letech minulého století se v literatuře setkáváme s pojetím neplodnosti především z pohledu typu reakcí páru na neplodnost. Nejčastěji zmiňovaný byl i klasický model reakcí, který Elisabeth Kubler – Rossová vytvořila ve své práci o smrti a umírání, aplikovatelný na jakoukoli životní ztrátu (Sobotková, 2007). Jedná se o stavy zloby, smlouvání a pocitů viny, deprese, smutku a přijetí. Na základě zkušeností pacientů, získaných ze zdravotních záznamů Novotny (1997) doplňuje na začátek ještě okamžik a stav překvapení.

Překvapení

Obvykle se páry snaží početí zabránit. Nikdo z nich nepředpokládá, že po jejím vysazení neotěhotní. Vždyť matka, bratr, sestra, bratranec i kamarádi děti mají. (Novotny, 1997, Doherty a Clark, 2006, Freundl a kol., 2008). „*Pocit překvapení je pro většinu lidí povrchní a dočasný. Je to druh krátké a zmatené reakce.*“ (Novotny, 1997, s. 19).

Popírání skutečnosti („Já ne!“)

Počáteční překvapení pozvolna přechází v popírání skutečnosti. Pokus o odsunutí pravdy, která bolí, je běžná reakce mysli. Fenclová (1999, s. 5) na základě vlastní zkušenosti popisuje svůj prožitek takto: „*Nejprve jsem zprávu o neplodnosti odmítla. ... Ne že bych jí nevěřila, ale odsunula jsem ji, vytěsnila ze svého života. Nebylo třeba na ni myslet, neexistovala pro mě. ... Čím častěji jsem však byla konfrontována s reálným životem tak,*

jak kolem mě běžel, tím více jsem si uvědomovala bolest, prázdnotu, zmatek.“ S postupem času si lidé začínají uvědomovat realitu a jejich pocity se prohlubují. Popření skutečnosti se může zdát jako zastírání pravdy, ale psychologové se domnívají, že má svůj smysl. Umožňuje tělu i mysli, aby se okolnostem přizpůsobili vlastním tempem (Novotny, 1997).

Zloba („Proč právě já?“)

V okamžiku, kdy jsou páry nuceny postavit se tvář v tvář faktu, že nejsou schopni počít dítě, nebo že nemohou životaschopné dítě donosit, se obvykle objevuje zloba. Může být namířena na sebe sama, na své tělo, na boha, na partnera, na přátele, kteří děti mají, na lékaře apod. Tyto silné emoce obvykle samovolně neodezní. Je třeba hledat způsoby, jak hněv či zlobu zvládnout. Nevyjádřená zloba vede u většiny lidí k depresi. A přestože deprese je součástí procesu vyrovnávání se s neplodností, mohou potlačované pocity hněvu depresi prohloubit.

Smlouvání a pocity viny („Ano já, a co kdybych...“)

Lidé se obvykle snaží hledat vinu ve své minulosti, ve svém přístupu k životu. Uvažují o obětech, které by mohly učinit (modlitba, mít sexuální styk v ty správné dny, stát se lepšími) a dítě si tak „zasloužili“. „... *jako kdyby se neplodný člověk provinil a pykal za své jednání, o kterém předpokládá, že způsobilo neplodnost.*“ (Novotny, 1997, s. 21). V této fázi obvykle učiní neplodný pár první krok k nějakému rozhodnutí.

Deprese („Ano, já, ale ...“)

V průběhu cesty od zloby k přijetí skutečnosti se většina lidí ocitá ve stadiu deprese. Obvykle ji páry popisují jako „*pocity zániku a smrti*“ (Novotny, 1997, s. 22), jako naprostou bezmocnost, bez vize k dalšímu směřování (Fenclová, 1999). Deprese je zde chápána jako předzvěst smutku a je často doprovázena apatií a lhostejností. Diagnóza neplodnosti nebo její léčba mohou zapříčinit i rozvoj těžké deprese (dlouhodobý stav únavy, neschopnosti se soustředit, nespavost, neustálá apatie se slzami na krajíčku, strach z rozhodnutí a neschopnost se rozhodnout, myšlenky na sebevraždu), která již vyžaduje pomoc odborníka (Doherty a Clark, 2006).

Smutek a přijetí („Ano já, a jsem schopen to přijmout.“)

Neplodné páry nemají někoho, nad kým by truchlily, ale pociťují smutek nad něčím více abstraktním – nad svými možnostmi, které nikdy nebudou, nad prožitkem z těhotenství, které nikdy nezažijí, nad rodinou, po které touží (Novotny, 1997). Smutek je nezbytný a nevyhnutelný stav, je to způsob, jak se vyrovnat s neuskutečnitelností svých snů. Až po prožití a naplnění smutku přichází přijetí a rozhodnost.

Většina lidí, kteří se pokoušejí pochopit svou neplodnost, obvykle prochází těmito stavy. Ne však nezbytně v tomto pořadí.

V dnešní době se psychologové od podobných modelů, které končí fází definitivního přijetí reality, spíše odklánějí. Centrem pozornosti je spíše dlouhodobý a složitý proces vyrovnávání se s mnoha přidruženými pocity, který nemá určitý konečný bod (Sobotková, 2007).

1.5.2.2. Psychické zvládnutí potratu

„Psychická bolest po těhotenské ztrátě je značná. Je unikátní v tom smyslu, že následuje po dlouho očekávaném těhotenství, na které pár upínal své naděje.“ (Sobotková, 2007, s. 169). Není rozhodující, ve kterém stadiu těhotenství ke ztrátě dojde, ztráta je vždy těžká.

Neúspěšný transfer embrya bývá taktéž přirovnáván k situaci potratu. V obou případech jde o výrazně traumatizující zážitek a je třeba přistupovat k truchlícím rodičům adekvátně. A to bývá *„slabinou našeho zdravotnictví“* (Sobotková, 2007, s. 169). Zatím ještě nemáme rituály, které by umožňovaly se s potraty vyrovnat. V každém případě by bylo vhodné začít co nejdříve po potratu s psychoterapií.

R. Chez a kolegové (1982, in Sobotková, 2007) doporučují čtyři postupy, jak usnadnit pozitivní přijetí těhotenské ztráty:

- Najít způsoby, jak ztrátu učinit konkrétnější, reálnější (např. vidět mrtvé dítě či plod, pojmenovat si je).
- Najít způsoby, jak zveřejnit ztrátu a rozloučit se s dítětem (zorganizovat pohřeb nebo podobný rituál, při němž by smrt byla sdílena s ostatními).
- Najít způsoby, jak usnadnit vyjádření emocí oběma rodičům (např. povzbudit je, aby se vyplakali a mluvili o detailech).

- Najít způsoby, jak rehabilitovat sebepojetí a sebeúctu (podat objektivní lékařské informace a poskytnout psychologickou pomoc, aby skončilo sebeobviňování nebo obviňování v páru, které se vyskytlo ve snaze najít vysvětlení ztráty dítěte atd.).

O nutnosti umožnit partnerům vyplakat se ze ztráty dítěte a zatruchlit si, hovoří i Konečná (2009). Ve většině případů totiž okolí bolest ze ztráty většinou neakceptuje. Věty typu „to se prostě někdy stává, však příroda ví, proč to tak vyřešila“ truchlícím párům k přijetí situace nepomohou.

1.5.2.3. Jak situaci prožívají ženy

„Lékaři i psychologové považují těhotenství za nejdůležitější část života ženy. Podle psychologů teprve v těhotenství žena nalézá pravý smysl svého života.“ (Trča, 2003, s. 15).

Matka je nositelkou nového života. Je tou, kdo prožívá těhotenství se všemi tělesnými změnami, tou, která přímo cítí a vnímá pohybu děťátka, tou, kdo přivede na svět vytoužené dítě. Je tedy přirozené, že ženy přikládají nenaplněné touze po dítěti či cestě k němu větší váhu než muži a reagují tak vyšší mírou úzkosti, depresivních stavů a stresu. I když to není pravidlem, obecně můžeme říci, že situaci lépe nesou ženy, které již dítě (vlastní nebo adoptované) mají (Konečná, 2009).

Na dynamice nabývá prožívání menstruačního cyklu. Počáteční naděje a očekávání úspěchu vede snahu partnerů k plánování pohlavního života a očekávání úspěchu. Pokud menstruace znovu přichází, je zdrojem stále se opakujících pocitů smutku, zklamání a zoufalství. Zdrojem, který nelze odstranit, na který nelze přestat myslet. Ztráta je tedy prožívána psychicky a na rozdíl od muže i tělesně. Opakovaná zklamání mohou vést k pocitům ztráty sebehodnoty.

Výrazným zdrojem stresu jsou jakékoli kontakty s těhotnými ženami nebo dětmi. I s vlastními sourozenci, kteří již děti mají, přáteli s rodinami. Bolestivé jsou rozhovory o dětech, hračky, reklamy s dětmi apod. Je obtížné chodit do práce, do obchodu, na procházku, neboť těhotné a děti jsou všudypřítomné a nelze se jim vyhnout (Konečná, 2009).

„Mnoho žen pociťuje nepochopení okolí, cítí se být izolovány od vrstevníků, těžko hledají společné téma hovoru.“ (Konečná, 2009, s. 101) Často pociťovaná je ztráta naděje, stejně jako ztráta smyslu života: *„Pro mne se zhroutil svět. ... Postupně jsem začala ztrácet smysl života.“* (Konečná, 2009, s. 100). Častá bývá i ztráta zájmu o další věci, jako jsou

studium či koníčky. Některé ženy trpí pocity méněcennosti a stydí se za to, že nemají dítě. Často se trápí výčitkami svědomí, že situaci nezvládají a obávají se o své psychické zdraví.

„Je zajímavé, jak málo žen zmiňuje jako negativní dopad aspekt náročnosti léčby.... Zřejmě je ve srovnání s faktem, že dítě chci, ale nemám, méně významná.“ (Konečná, 2009, s. 100).

Byť to může znít paradoxně, ale na celém procesu, který provází snahu porodit dítě, shledávají ženy i něco dobrého: upevnění partnerských vztahů, osobnostní růst, trpělivost, klid, uvědomění si životních priorit. Ženy, kterým se dítě narodilo, hovoří o intenzivnějším prožitku mateřství (Konečná, 2009).

1.5.2.4. Jak situaci prožívají muži

Na základě výzkumu Mikesellová a Stohnerová (in Sobotková, 2007) uvádí, že reakce mužů je zpočátku odlišná, neboť mají kulturně-historicky zakódováno nedávat najevo své city a zejména svou slabost. Stejnou úroveň emočního distresu jakou zažívají ženy, začnou muži pociťovat obvykle až po třech letech života s neplodností. Stres je větší, je-li porucha diagnostikována na straně muže, neboť se pak cítí přímo odpovědný za problém (Sobotková, 2007).

Zjištěním mužské neplodnosti je mnoho mužů zahanbeno a stydí se za ni. Lidé často zaměňují plodnost s potenci, a proto se muži obávají, že okolí zjistí, že jsou neplodní. Selhání v úkolu zplodit dítě je totiž považováno za nedostatek mužnosti. Mužovo sebevědomí i psychická pohoda bývá značně narušena, stejně může utrpět i pohlavní život partnerů (Doherty a Clark, 2006).

Muž někdy reaguje popřením, utajením či rezignací, jindy hněvem nebo pocitem viny. Jen výjimečně je reakce příznivá. A to tehdy, převažuje-li v sebehodnocení láska k manželce nad možnou osobní újmou. Není jasné, zda je pro muže horší příčina (snížená plodnost) nepříznivé diagnózy či její následek (nemožnost mít dítě). Ztrátu dítěte muži většinou neprožívají tak intenzivně jako ženy, i když i zde se objevují oba póly pocitové škály. Důvodem může být fakt, že dítě není v žebříčku životních hodnot muže něčím tak důležitým jako v hodnotovém žebříčku ženy, stejně jako skutečnost, že muži nevyjadřují své emoce tak snadno jako ženy. Svoji roli zde jistě hraje i to, že muže se celá záležitost netýká na tělesné úrovni – nesleduje žádné proměny těla (Konečná, 2009).

Po stránce fyzické spočívá mužská úloha v početí. Vývoj a porod potomka zajišťuje žena. Proto i účast na léčbě je jiná. Někdy není jednoduché přimět muže k vyšetření.

Důvodem může být neochvějná důvěra ve svoji plodnost, obava ze zjištění skutečnosti, nedostatečná motivace k otcovství.

Náročnost léčby si muži většinou uvědomují a snaží se zmírňovat její tíhu, která leží převážně na ženě. Snaží se o povzbuzení či hledání řešení. Je-li neplodnost na straně muže, zcela přirozeně empaticky podporuje ženu v její bolesti a přitom potlačuje své vlastní emocionální potřeby. Je-li však neplodnost na straně ženy, může její partner vůči ní pociťovat zlost, neboť mu brání v roli otce-zploditele. Muži s větší rozladěností a s nepříjemnými pocity nutnosti přijímají cílenou organizaci sexuálního života, který vede k početí. Tím se mohou vyskytnout i různé sexuální poruchy a snížení sexuální apetence (Sobotková, 2007).

Pro muže, na rozdíl od ženy, nebývá tak obtížné přijmout nepochopení okolí nebo hovořit s ostatními o jejich dětech (Konečná, 2009).

1.5.2.5. Jak situace ovlivňuje partnerský vztah

„Závažné problémy zpravidla nevznikají, berou-li se partneři, kteří oba již předem vědí, že pro neplodnost nebo chorobu některého z nich nebudou moci mít spolu děti...“ (Kratochvíl, 2006, s. 140). Pokud však s narozením vlastních dětí počítali, a období nenaplněného rodičovství trvá příliš dlouho, dostávají se do stavu chronického stresu. Výhodou v takové situaci je, pokud již partneři spolu nějakou krizi překonali (Kratochvíl, 2006, Sobotková, 2007).

O tom, jak pár bude reagovat na tuto stresující životní událost, rozhoduje mnoho různých okolností. Některé páry jsou společným trápením posíleny, roste vzájemné porozumění, empatie a zlepšuje se vzájemná komunikace. U jiných párů se naopak stupňuje napětí, negativní pocity a rostoucí averze vůči partnerům a roste tak riziko rozpadu manželství (Sobotková, 2007).

Konečná (2009) uvádí ve své knize, že se během svého výzkumu s negativním dopadem na manželský vztah setkala jen zřídka. Otázkou zůstává, zda byl rozvod vyústěním nenaplněného rodičovství nebo byla tato okolnost pouze zástupným problémem. U většiny párů naopak došlo k prohloubení vztahu mezi partnery, zjištění, že se na sebe mohou navzájem spolehnout.

Sexuální život partnerů nebývá tak výrazně narušen, nemůže-li žena otěhotnět přirozenou cestou. V opačném případě se sex může stát mechanickou záležitostí, nutností, vymizí z něj spontánnost a radost (Konečná, 2009).

Vlivem neplodnosti se mohou změnit i vztahy v širší rodině i sociálním okolí. U některých párů dojde k zesílení hranic vůči původním rodinám a přátelům. Vyhýbáním se kontaktů s nimi (rodinným setkáním, společným zájmům, pracovním akcím apod.) se brání nepříjemným pocitům plynoucím z komunikace o jejich problému a neočekávaným podnětům, jako je oznámení těhotenství či narození dítěte. Hledá-li však, (většinou) žena, útěchu spíše u někoho jiného (matky, kamarádky) než u muže, může naopak dojít k rozpadu přirozeně nutných hranic (Sobotková, 2007).

1.5.3. Jak se vyrovnat se situací

Vyrovnat se s nenaplněným rodičovstvím je velmi náročné. Přesto je ale nesmírně důležité pokračovat v normálním životě, věnovat se i jiným stránkám svého bytí.

Doherty a Clark (2006) zdůrazňují, že je třeba mít dostatek informací. Ať už získaných od lékaře (je možné zeptat se na názor i jiného odborníka) nebo z knih. Partneři tak lépe porozumí léčbě. Budou vědět, jaká vyšetření jsou prováděna a z jakých důvodů. To jim umožní uchovat si během celé léčby svou vlastní odpovědnost a sebevědomí (Freundl a kol., 2008). Zpočátku je dobré vyhýbat se situacím, které jsou bolestivé - návštěvě přátel, kteří mají dítě, cesta do práce kolem mateřské školky, procházky v parku, kde se setkávají těhotné.

Uvolnění přinese, když si partneři promluví s rodinou nebo s přáteli. To však nebývá snadné. Na jedné straně často neplodní pocitují touhu a potřebu sdělit to, co prožívají a na druhou stranu se přirozeně ostýchají na toto téma hovořit. Situaci navíc komplikuje fakt, že ostatní zřejmě neví jak se chovat, co říci. Je pro ně těžké přemýšlet o neplodnosti jako o zdravotním problému (Doherty a Clark, 2006). Přesto, nebo právě proto, je dobré překročit pomyslnou hranici studu a pokusit se o otevřenou komunikaci. Ta pomáhá kromě již zmíněného také zmírňovat sociálně stigmatizující efekty bezdětnosti. Důležité je neskrývat problém, pojmenovat ho a zbavit se pocitu studu za něho (Sobotková, 2007). V této situaci nabývá na významu emocionální funkce rodiny, jejíž nedílnou součástí je i funkce sociálně podpůrná, která vystupuje do popředí zejména v době, kdy se u některého člena objeví potíže nejen na osobní úrovni, ale také na úrovni psychosociální (Langmeier, J., Krejčířová, D., 1998).

Doherty a Clark (2006) radí, aby partneři nedopustili, aby se téma nenaplněného rodičovství stalo hlavní náplní jejich života a hlavním tématem jejich rozhovorů. Aby manželé, byť je to nesmírně obtížné, pokračovali v běžných každodenních činnostech,

nezapomínali na své zájmy a koníčky, kterým se věnovali i dříve, na kulturu, fyzické aktivity apod.

Význam pro zvládnutí nelehké životní situace mají i rituály, které byly dosud součástí partnerského života, jako jsou společné jídlo, pohlavní život, společná práce i společné zájmy, sezónní záležitosti apod. (Kratochvíl, 2006, Matoušek, 2003, Kimplová, 2008). Důležitou roli hraje způsob komunikace mezi partnery a způsob a míra naslouchání (Kolačná, 2006). Předpokladem úspěšného zvládnutí obtížných situací, které život přináší, jsou projevy vzájemného respektu, úcty a pochopení (Křivohlavý, 2005).

Z výzkumu resilience, čili odolnosti vztahu vůči obtížné životní situaci, je pro partnery klíčová oddanost společnému cíli, otevřená komunikace, reorganizace sebepojetí, cílů a vztahů v průběhu času (jedná se o posun k dosažitelným cílům a o adekvátní změny v osobní identitě) a pohyb mezi fatalismem a pocitem kontroly (pohyb mezi „je to osud“ a „mohu to ovlivnit“). Orientace na dosažení cíle pomáhá páru zvládnout náročnou cestu k vytouženému dítěti, dodává jim sílu a schopnost vydržet a přinášet oběti (Sobotková, 2007).

Nezpochybnitelným aspektem, který člověku pomáhá zvládnout obtížnou životní situaci je, jak vyplývá z výzkumu Konečné (2009) víra. Víra v úspěch (tím může být i přijatelné alternativní řešení), víra v sebe (že proces zvládnou), víra v metody (že pomohou), víra v terapeuta. Velice důležitý je pocit, že člověk udělal vše, co udělat mohl.

1.5.4. Psychologická pomoc

Vyhledání psychologické pomoci pro zvládnutí nenaplněného rodičovství u nás zatím není příliš obvyklé. Přijmout pomoc psychologa je u nás stále ještě považována za projev vlastní neschopnosti. Přesto by právě pomoc psychologa-poradce byla prospěšná z mnoha důvodů. Psycholog může pomoci s orientací v problému, s hledáním vhodných možností a s podporou při rozhodování. Psychologovi je možné se svěřit a sdílet s ním své emoce. Psycholog může pomoci zmírnit pocit izolace i pocit, že „páru nikdo nerozumí“.

Jeho zkušenosti a projev zájmu pomáhají hledat způsoby, jak zvládnout životní krizi. Lze využít strategie zaměřené na průběžné zvládání tenze (vhodné užití humoru, fyzické cvičení, posezení, zábava) i strategie zaměřené na hodnocení situace a pochopení jejího významu (sdílení názoru, že určité řešení je za daných okolností nejlepší, hledání a ocenění kladných aspektů obtížné situace). Psycholog pomáhá objevit jiné možnosti, které přinášejí radost ze života, objevit nové životní perspektivy.

Nejvhodnější možností je obrátit se na psychologa, který je v dané problematice zorientovaný. Vhodnou volbou je manželská poradna. V ideálním případě je propojení týmové práce lékař – psycholog, nebo centrum asistované reprodukce – psycholog. Tak je zajištěn požadavek na komplexní biopsychosociální služby. U nás se psychologická pomoc již začíná rozvíjet (Sobotková, 2007).

Další možnosti nabízí občanská sdružení a nadace. Nestátní organizace tohoto typu vznikala v devadesátých letech a jsou zaměřena na pomoc při řešení různých psychosociálních problémů, včetně problematiky nedobrovolné bezdětnosti. Obvykle se na jejich vzniku podílí někdo, kdo má s danou oblastí osobní zkušenost nebo se jí zabývá profesně. Pomoc organizace lze rozdělit do čtyř základních okruhů:

Pomoc informační - nabízí komplexní informace k dané problematice.

Pomoc psychologická – zvláště účinná je tehdy, když má pár možnost sdílet své prožitky s někým, kdo je nebo byl v podobné situaci.

Informování široké veřejnosti o problematice nedobrovolné bezdětnosti.

Prosazování zájmů pacienta se sníženou plodností v oblasti lékařské, vědecké i politické.

U nás je nejznámější a největší Nadace Mateřská naděje, zaregistrována v roce 1995.

V zahraničí se obvykle kombinují dva modely práce s neplodnými páry (Sobotková, 2007):

Skupinové edukační programy, kde se schází skupina max. 10 neplodných párů. Páry se zde učí porozumět svým emocionálním reakcím, učí se možnostem zvládnání stresu apod.

Individuální behaviorální techniky ke zvládnání úzkosti.

1.6. MOŽNOSTI ŘEŠENÍ

Asi u jedné poloviny neplodných párů, které hledají pomoc, bude jejich snaha o rodičovství úspěšná. Druhá polovina nikdy nebude mít své biologicky vlastní dítě (Novotny, 1998). Důvodem může být problém, který nelze vyřešit, překročení věkové hranice, kdy je ještě možné otěhotnět nebo rozhodnutí o ukončení léčby např. v důsledku neúnosné emoční zátěže nebo vysoké fyzické či finanční náročnosti. Takové rozhodnutí je velmi těžké, někdy provázené úlevou, jindy pocity beznaděje, neschopnosti a smutku.

Muž a žena však stojí před dalším náročným rozhodnutím, zda prožít život s dítětem nebo bez dítěte. Vzhledem k tomu, že se na dané alternativě musí shodnout oba partneři, je rozhodování o to náročnější.

Pokud partneři dospěli k závěru, že naplněné rodičovství (neboli rodičovství psychologické) je pro ně důležitější než rodičovství biologické, pak je pro ně možným řešením adopce (Novotny, 1997).

Pokud však vnitřně cítí, že chtějí vychovávat jen vlastního potomka, a přijmou takové rozhodnutí za své, pak volí bezdětnost.

1.6.1. Adopce

Adopce je nejznámější a pro bezdětné páry nejobvyklejší formou osvojení. V České republice je ročně osvojeno přibližně 500 dětí (Konečná, 2009). Je to řešení, ke kterému mohou manželé dojít kdykoliv. Léčbu neplodnosti mohou již na začátku odmítnout a rozhodnout se pro adopci, nebo adopci zvolit v případě, že všechny možnosti léčby byly neúspěšné (Řežábek, 1999).

Adopce je státem garantovaná a zákonem ošetřená forma náhradní rodinné péče. Při ní přijímají manželé dítě za vlastní a mají k němu stejná práva a povinnosti, jako by byli rodiče (adopce.com).

Alternativou adopce je pěstounská péče. Rozdíl mezi adoptí a pěstounskou péčí spočívá především v tom, že pěstoun většinou není zákonným zástupcem dítěte, styk dítěte a původními rodiči není vyloučen a rozhodování o nejdůležitějších otázkách zůstává vyhrazen původním rodičům (nejsou-li zbaveni rodičovské odpovědnosti).

1.6.2. Bezdětnost

Dle demografických studií je 15 – 30 % lidí na světě bezdětných. Téměř ve všech rozvinutých zemích se jejich podíl stále zvyšuje (Hamplová, Rychtaříková, Pikálková, 2003). Lechner, Bolman, Dalen (2006) upozorňují na nedostatečnou sociální podporu, která se těmito lidem dostává, což zhoršuje symptomy zármutku. Doporučují proto pokračování psychologických intervencí i poté, kdy se bezdětnost stala definitivní a nevyhnutelnou.

Dítě dává často lidskému životu směr či smysl. Tomu, kdo měl ve svém životě vyhrazené významné místo pro dítě, může takový cíl chybět. Proto je třeba najít jiný,

plnohodnotný smysl života např. v partnerském vztahu, ve své profesi, v kontaktu s dětmi příbuzných, s dětmi v zájmových kroužcích či v práci pro druhé.

Pocit štěstí a životní spokojenosti nespočívá pouze v naplněném rodičovství. Je tedy třeba hledat to, čemu sami pro sebe partneři přiřknou nejvyšší hodnotu, to, co jim umožní prožít život naplno (Konečná, 2009).

2. EMPIRICKÁ ČÁST

2.1. PŘEDMĚT A CÍL VÝZKUMU

2.1.1. Předmět výzkumu

O problematice nedobrovolné bezdětnosti se v současné době velmi hovoří. Nejčastěji v souvislosti s moderními metodami asistované reprodukce, která přinesla velké úspěchy. Postupem času přibývá i pojednání v souvislostech sociálních a psychologických. Pojem nedobrovolně bezdětní se obecně rozumí nejen ti, u nichž je důvodem absence rodičovství některá z poruch plodnosti, ale také například ti, kteří nemají partnera, nebo nemají heterosexuálního partnera nebo neuspěli v adopčním řízení. Pro tento výzkum však budeme používat pojem nedobrovolné bezdětnosti pouze v souvislosti s poruchami plodnosti.

Ať již byla přání, snaha, dobrá vůle partnerů naplněna narozením dítěte, či nikoliv, samotný prožitek absence rodičovství vnesl do jejich života specifické okolnosti, a to z pohledu biologického, psychologického, sociálního i spirituálního.

Předmětem výzkumu jsou tedy ti, jejichž cesta k dítěti je nebo byla více či méně komplikovaná.

2.1.2. Cíl výzkumu

Cílem práce je:

- zjistit názory na prožitou životní zkušenost nedobrovolné bezdětnosti.
- popsat, jak vnímali průběh celého procesu od okamžiku, kdy bylo zjevné, že naplnění jejich touhy stát se rodičem nebude tak snadné jako u ostatních až po současný stav, a to z pohledu medicínského, sociálního a psychologického.
- zmapovat, které skutečnosti jim poskytly podporu a které jim chyběly.

2.2. Formulace výzkumných otázek

1. Jaké faktory se podílely na rozhodnutí mít dítě a jakou hodnotu mělo a má dítě pro partnery?
2. Jak byl vnímán průběh vyšetření včetně stanovení konečné diagnózy?
3. Jak partneři prožívali proces terapie?
4. Jak absenci rodičovství ženy a muži prožívali, jaké pocity je provázely, a které okamžiky považují za nejvíce stresující?
5. Jak ovlivnila prožitá zkušenost partnerský vztah?
6. Jak partneři vnímali vztahy v blízkém i širokém okolí?
7. Které skutečnosti poskytly párům oporu a jak je vnímána pomoc psychologa?
8. Jak partneři hodnotí prožitou životní zkušenost nedobrovolné bezdětnosti?

2.3. Aplikovaná metodika

2.3.1. Typy výzkumu

V psychologickém a sociálním výzkumu se uplatňují dvě základní formy výzkumu:

výzkum kvalitativní a kvantitativní.

Termínem kvalitativní výzkum rozumíme jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických nebo jiných způsobů kvantifikace. Některé z údajů mohou být kvantifikovány, například údaje demografické, ale analýza samotná je kvalitativní. V kvalitativním výzkumu jsou využívány induktivní formy vědeckých metod, hloubkové studie jednotlivých případů, nejrůznější formy rozhovorů a kvalitativní pozorování. Nejčastěji probíhá v přirozených podmínkách prostředí (Hendl, 2005).

Kvantitativní výzkum je více strukturovaný, používá spíše deduktivní postupy vědecké metody. Pozornost je věnována popisu variability předem definovaných proměnných, které vymezují, co bude pozorováno a zachycováno. Cílem kvantitativního výzkumu je testování hypotéz a teorií (Hendl, 2005).

Kvalitativní a kvantitativní metody lze kombinovat, přesto většina výzkumných projektů a badatelů klade důraz na jeden z těchto přístupů.

2.3.1.1. Kvalitativní výzkum

Vzhledem ke stanovenému cíli výzkumu a povaze dat jsme se rozhodli pro kvalitativní výzkum.

Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění daného problému. Během tohoto procesu vytváří výzkumník komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textu a informuje o názorech účastníků výzkumu (Hendl, 2005). Je charakteristický pohledem z perspektivy subjektu, popisem všedních detailů každodenní reality, chápáním chování a jeho významu v sociálním kontextu, preferencí otevřeného a málo strukturovaného designu výzkumu a vyhýbání se koncepcí a teoriím v počátku výzkumu (Mioviský, 2006), poskytuje podrobné informace povahy vzniku daného fenoménu a umožňuje zkoumání v přirozeném prostředí (Hendl, 2005). V kvalitativním výzkumu se na začátku výzkumu stanoví výzkumné otázky, které lze modifikovat či doplňovat v průběhu výzkumu i během sběru a analýzy dat.

2.3.2. Metody získávání dat

K realizaci výzkumu jsme zvolili metodu polostrukturovaného interview.

Pro tuto metodu je charakteristické definované tzv. jádro rozhovoru, tedy minimum témat a otázek, které má tazatel povinnost probrat. Na toto jádro se pak nabaluje množství různých doplňujících témat a otázek (Mioviský, 2006). Způsob a forma odpovědi na tyto otázky zůstala v našem výzkumu víceméně volná. Respondenti si sami mohli vybrat styl odpovědi.

2.3.3. Metody zpracování a analýzy dat

Rozhovory byly se souhlasem respondentů fixovány formou audiozáznamu. Jeho výhodou je autentičnost a nestrannost. Zároveň má kontrolní funkci (Mioviský, 2006). Poté byly rozhovory převedeny do písemné podoby jako doslovný přepis. Byla tedy provedena transkripce (Mioviský, 2006). Posledním krokem před zahájením samotné analýzy byla tzv. systematizace kvalitativních dat, která proběhla na základě redukce, vypuštění vět, které nenesly žádnou podstatnou a pro výzkum důležitou informaci.

2.3.4. Průběh a organizace výzkumu

Rozhovor jsme provedli dle dohody v domácím prostředí respondentů, za předem domluvených pravidel. Po upevnění kontaktu a uvolnění atmosféry následovaly samotné otázky rozhovoru. Otázky byly kladeny dle posloupnosti prožitého období nedobrovolné bezdětnosti, od počátku až po současný stav. Následovalo důstojné a slušné ukončení rozhovoru.

2.3.5. Etika

Před zahájením rozhovoru byli probandi podrobně informováni o účelu výzkumu, a o výzkumníkovi samotném. Všichni účastníci výzkumu písemně souhlasili s užitím získaných informací pro zpracování výzkumné práce.

2.4. VÝZKUMNÝ SOUBOR

2.4.1. Metody výběru

Při výběru respondentů souboru byla využita metoda příležitostného výběru výzkumného souboru (Miovský, 2006). Ta spočívá ve využití příležitostí, které se v průběhu výzkumu nabízejí k tomu, aby byli získáni noví účastníci výzkumu. V tomto výzkumu byli účastníci kontaktováni na základě osobní známosti z řad kolegů v zaměstnání, a prostřednictvím společných přátel. Podmínkou účasti byla osobní zkušenost s prožitkem absence rodičovství následkem poruchy plodnosti (neplodnosti a potráčivosti).

2.4.2. Charakteristika zkoumaného souboru

Zkoumaný soubor tvoří 6 manželských párů, které prošly nebo stále ještě procházejí obdobím usilovné snahy o naplnění svého rodičovství. Tři páry v důsledku neplodnosti, tři páry v důsledku potráčivosti. Třem párům se po různě dlouhém období narodilo biologicky vlastní dítě, tři páry stále ještě hledají cesty k naplnění svého rodičovství.

Respondenti č. 1

Manželský pár tvoří žena, 37 let, VŠ, muž 35 let, SŠ. Po třech letech partnerského vztahu se stali manželé a po dalším roce (tehdy jim bylo 24 let a 22 let) dali příchodu dítěte volný průběh. Po následujících třech letech neúspěchu se obrátili na lékaře. Vyšetření

prokázala sníženou kvalitu spermií. V současné době mají za sebou 7 neúspěšných pokusů o otěhotnění pomocí metod asistované reprodukce. Využili i možnosti darované spermie i kombinaci darované spermie a vajíčka. V těchto případech byla stanovena idiopatická příčina neúspěchu. V tomto roce, po zatím posledním pokusu o otěhotnění prostřednictvím IVF, bylo těhotenství ukončeno zamlklým potratem.

Respondenti č. 2

Manželský pár tvoří žena, 32 let, SŠ, muž 32 let, VŠ. Po 4,5 letech partnerského vztahu se stali manželé. Až po následujících třech letech se začali snažit o dítě (tehdy jim bylo 25 let a 25 let). Po roce neúspěchu se začali zajímat o příčinu a vyšetření prokázala nedostatečnou tvorbu a kvalitu spermií. Po chirurgické terapii následovaly 4 neúspěšné pokusy IVF.

Respondenti č. 3

Manželský pár tvoří žena, 31 let, SŠ, muž 35 let, SŠ. Po roce partnerského vztahu uzavřeli manželství a začali usilovat o dítě (tehdy jim bylo 28 let a 32 let). Po roce bez úspěchu navštívila žena svého gynekologa, který doporučil vyšetření, výsledná diagnóza idiopatická neplodnost. Žena podstoupila první pokus o oplodnění prostřednictvím metody asistované reprodukce, ten byl neúspěšný. Po dalších 10. měsících žena otěhotněla přirozenou cestou, narodila se jim dcera.

Respondenti č. 4

Manželský pár tvoří žena, 30 let, VŠ, muž, 29 let, VŠ. Po třech letech partnerského vztahu uzavřeli manželství, o dítě se pokoušeli již rok před uzavřením sňatku (tehdy jim bylo 26 let a 25 let). Poprvé žena otěhotněla po 4 měsících, těhotenství bylo ukončeno zamlklým potratem. Během následujících dvou let žena otěhotněla ještě 3x, vždy bylo těhotenství ukončeno zamlklým potratem. Byla stanovena diagnóza potrácivosti na základě imunologické příčiny, 1x byla zjištěna chromozomální odchylka plodu.

Respondenti č. 5

Manželský pár tvoří žena, 32 let, VŠ, muž, 32 let, SŠ. Po dvou letech partnerského vztahu uzavřeli manželství (tehdy jim bylo 27 let a 27 let) a začali usilovat o dítě. Poprvé žena otěhotněla po 5 měsících. Během období tří následujících let prodělala žena 1 zamlklý

potrat, 1 mimoděložní těhotenství a 1 zamlklý potrat v této posloupnosti. Podmínka pro stanovení diagnózy potrácivosti nebyla splněna (3x zamlklý potrat), výsledky vyšetření však ukazovaly na imunologickou příčinu. Měsíc po této diagnóze žena otěhotněla po 4. Z tohoto těhotenství se jim narodilo zdravé dítě.

Respondenti č. 6

Manželský pár tvoří žena, 35 let, SŠ, muž 37 let, VŠ. Po čtyřech letech partnerského vztahu uzavřeli manželství a po dalších dvou letech (tehdy jim bylo 26 let a 28 let) začali usilovat o dítě. Poprvé žena otěhotněla po 10 měsících, těhotenství ukončil zamlklý potrat. Během následujících 5 let se tato situace ještě 4x opakovala. Lékaři stanovili diagnózu idiopatické potrácivosti. Poté se jim narodilo zdravé dítě.

Tab. 1: Přehled základních informací o respondentech

Věk ženy/muže	Diagnóza	Délka trvání snahy o vlastní dítě	Současný stav
37/35	Neplodnost, příčina: nedostatečná kvalita spermií	13 let	Bez dítěte
32/32	Neplodnost, příčina: nedostatečná kvalita spermií	6 let	Bez dítěte
31/35	Idiopatická neplodnost	2 roky	1 biologicky vlastní dítě
30/29	Imunologická příčina potrácivosti, 1x zjištěna chromozomální odchylka plodu	3,5 roku	Bez dítěte
32 / 32	Imunologická příčina potrácivosti	3 roky	1 biologicky vlastní dítě
35 / 37	Potrácivost idiopatická	6 let	1 biologicky vlastní dítě

2.5. VÝSLEDKY ANALÝZ A JEJICH INTERPRETACE

1. Jaké faktory se podílely na rozhodnutí mít dítě a jakou hodnotu mělo a má dítě pro partnery?

Tři páry, a to v obou směrech, tedy jak ženy, tak muži uvádí, že pochází z úplných fungujících rodin, které jim byly vzorem do budoucnosti: „*Dá se říci, že rodiče pro nás*

byli vzorem. Rodina byla v našem životním plánu.“ „Rodina je pro mne místem bezpečí a tím nejdůležitějším prvkem v životě. Vždycky jsem chtěla svým dětem dát to, co jsem já sama měla a mám.“ Ve třech případech se hovoří o rozvedeném manželství rodičů, ale v plánech do budoucna měla jejich vlastní budoucí rodina své místo: „Naši jsou rozvedení, sourozence nemám. S mamkou mám pěkný vztah. Ale rodina mi chyběla. Vždycky jsem chtěla svým dětem dát to, co jsem sama neměla.“ Všichni shodně odpovídají, že rodina pro ně vždy byla přirozenou součástí života.

O manželství, které bylo dalším vývojovým vyústěním nebo dalším krokem ve vztahu hovoří většina respondentů: „Manželství byl další krok v našem vztahu.“ „Vždy jsem věděl, že chci žít v manželství.“ Ve třech případech (žena a dva muži) zpočátku připustili, že by mohli žít i v nesezdaném partnerství, ale představa, že by dítě vyrůstalo v takové rodině, pro ně byla nepřijatelná: „Chtěl jsem, aby se dítě narodilo do rodiny, ne do vztahu s otevřenými vrátky.“ „Pro mne bylo rozhodující to, že dítě má přijít ne do rodiny, která žije na hromádce, ale do právoplatné rodiny, zpečetěné manželstvím.“

Dříve, než se páry rozhodly založit rodinu, braly v úvahu tyto faktory dle častosti: „chtěli jsme se nejdříve zabezpečit po materiální stránce, zařídit byt, mít auto, něco si užít, vybudovat pevný vztah“.

U některých párů mělo dítě již na počátku velkou hodnotu a nacházely v něm smysl života „dítě je radost a štěstí“, „něco, co tu po nás zůstane, co bude pokračovat po nás“, „Mít dítě znamená mít někoho, s kým sdílíme svůj život, komu předáme něco ze sebe, koho naučíme svým dovednostem, komu ukážeme, jak je svět krásný.“. Pro některé bylo přirozeným vyústěním vztahu „Tenkrát pro mne dítě znamenalo přirozené vyústění našeho vztahu, asi nic víc.“ a ve dvou případech normou „je normální mít dítě, myslela jsem si, že bychom dítě asi měli mít“. U některých nabylo na významu až s přicházejícími komplikacemi: „Brali jsme ho jako samozřejmost, teď už víme, že tak samozřejmé není. Určitě od té doby nabylo na významu.“ Představa bezdětnosti v jednom z respondentů vyvolává strach. „Mám obrovský strach z toho, že člověk zůstane sám. Člověk zestárne ... nemá za ním kdo přijít.“

Ze samotného rozhodnutí mít dítě vyplývá, že to, co dítě přináší do života (nejčastěji je to „radost, štěstí, možnost si zase hrát, vrátit se do dětství“) převládá nad skutečnostmi, které jsou označovány za oběti rodičovství („svobodu, starosti, odcizení partnerů, žárlivost na dítě, obětování se dítěti“).

Ve dvou případech z rozhovorů vyplynulo, že „...práce už mě nenaplňovala. Chtěla jsem pryč, chtěla jsem dítě.“ Tři ženy hovoří také o roli kamarádek a kolegyň, které již děti

měly, dvě ženy zmiňují informace v médiích, které hovoří o vhodné době pro dítě a přibývajících komplikacích a jen jeden pár o prarodičích, kteří by již chtěli vnouče.

Dva respondenti uvedli: „*Už jako malá holka jsem věděla, že budu mít děti, těšila jsem se na to.*“ „*Myšlenka mít dítě se u mě objevila už v 9. letech, kdy jsem choval bráčku se sestrou.*“ Je patrné, že postoje k rodičovství se vytvářejí již v dětství.

2. Jak byl vnímán průběh vyšetření včetně stanovení konečné diagnózy?

Rozdíl zcela přirozeně vyplývá z fáze, ve které se vyšetření provádí. Zatímco při neúspěšných pokusech s následnou diagnózou neplodnost je vyšetření prováděno před samotnými ztrátami, diagnóza potrácivosti je stanovena až po třech těhotenských ztrátách, zamlklých potratech. Teprve tehdy se hledá příčina opakujících se skutečností.

Ve všech případech se respondenti nejprve obrátili na gynekologa.

Ve dvou případech neplodnosti vyhledali respondenti pomoc po jednom roce neúspěšných pokusů o oplodnění. Samotný fakt, že ani po roce ženy neotěhotněly, komentují páry podobně: „*Určitě nás to znejistilo a už jsme viděli ty nejhorší scénáře. Ale pak jsme se uklidnili a řekli si, že nejdříve zjistíme, co se děje.*“ Po gynekologickém vyšetření a zhodnocení pravidelnosti a kvantity pohlavního styku byly ženy i jejich partneři odesláni na další vyšetření. „*Byl to velký kolotoč, od lékaře k lékaři. Mně spíš vadilo to, kolik času to zabralo, že jsem musel stále řešit uvolňování z práce.*“ Jeden pár navštívil lékaře po třech letech. „*Řekl, že se snažíme málo a krátce, tak jsem ho vyměnila.*“ Poté byla u ženy provedena chirurgická operace. Muž na vyšetření nebyl. Až po následujících třech letech, kdy byly pokusy o otěhotnění stále neúspěšné. V té době byla provedena vyšetření i u muže a byla zjištěna snížená kvalita spermií. Všechny tři páry uvedly, že veškerá vyšetření přijímaly „*jako nutnost, racionálně, bez emocí*“.

Odlíšné bylo prožívání procesu vyšetření u párů, které v té době již prožívaly velký stres. „*Vyšetření byla prováděna až po třetím neúspěchu. To už jsme byli skoro na dně.*“ „*Celé to období nezdaru a zklamání a bolesti trvalo už příliš dlouho, než jsme se dostali ke skutečnému vyšetřování. Pak jsme byli rádi, že se něco děje. Chtěli jsme to pochopit.*“

Tam, kde byla zjištěna nějaká příčina nezdaru, bylo dle výpovědi respondentů jednodušší přijmout skutečnost. „*Věděli jsme, že možnosti řešení jsou, tak jsme to víc neřešili.*“ „*...protože mi řekli, že se s tím dá něco dělat, tak jsem prostě podstoupil chirurgický zákrok a věřil, že to bude dobré.*“ „*Podruhé byla nalezena chromozomální odchylka plodu. To jsme byli vlastně rádi, že to příroda takhle dobře zařídila za nás.*“ Tam, kde však žádná příčina nebyla nalezena, vznikla situace, kterou respondenti popisují

následovně: „Byla jsem na jednu stranu ráda, že jsem v pořádku, na druhou jsem ale cítila, že se nemám čeho chytnout. Když zná člověk konkrétní příčinu, může s ní něco dělat.“

Za nejvíce stresující okamžik v průběhu provádění vyšetření někteří muži uvádějí „Bylo ale nepříjemné, že když jsem šel dát vzorek, tak tam seděla na chodbě spousta žen, to pak pro mne, jako pro chlapa, bylo nepříjemné.“ „... věděly, odkud jdu, co jsem tam dělal a co nesu.“

Přístup lékařů je ve většině případů hodnocen kladně. „Lékaři byli fajn. Snažili se nám to oběma všechno vysvětlit.“ „Doktor byl citlivý, nechal mne vyplakat.“ Nepříjemnou zkušenost však má jeden muž z vyšetřování na urologii a dvě ženy s vyšetřením v nemocnici. „... byl jsem na vyšetření, kde jsem byl nahý a přišly medičky. Až zpětně se mě lékař zeptal, jestli mi to nevadí.“ „... stejnou zkušenost mám i já. Souhlasila bych stejně, ale vadilo mi, že se mě předtím nezeptal. Očekávala bych více úcty k pacientovi a jeho právům.“ „Co jsem zažila v nemocnici, to bych nikomu nepřála. Doktorka mi tam neodpověděla ani na pozdrav, neodpověděla mi ani na otázku, byla úplně neosobní. Sestra se to snažila zachránit. Druhá, ke které jsem šla na prohlídku, otevřela dveře, aniž by mě upozornila a já tak šla od půli těla nahá a lidi z čekárny se na mě dívali. Strašné. O to smutnější, že to bylo právě v okamžiku, kdy jsem prožívala to nejhorší ve svém životě.“

3. Jak partneři prožívali proces terapie?

Tato otázka v sobě skrývá tři hlavní témata – terapie medicínská, terapie pomocí alternativních metod a vlastní přínos. O každém z nich zde bude pojednáno zvlášť. I v této oblasti se odráží rozdíl mezi diagnózami neplodnost a potráčivost.

V případech poruch plodnosti s absencí těhotenství vyplynula prvotní volba terapie zcela přirozeně z lékařského doporučení. „Nechali jsme to vlastně na lékařích. Co doporučili, do toho jsme šli.“ „Zvolili jsme metody asistované reprodukce. Je to vlastně jediné možné řešení.“ Respondenti se shodují v tvrzení, že metodám i lékaři „věřili, neměli důvod pochybovat“. Samotný proces terapie hodnotí respondenti jako náročný na čas a psychickou stránku ženy. „Náročné bylo nejen dojíždění, ale zejména samotné užívání hormonů, které mě rozhodily celý organismus, i psychiku. Nemluvě o píchání injekcí a bolestí s tím spojených.“ Dle výpovědí byli pro ženy hlavní oporou partneři. Z rozhovorů bylo zřejmé, že přístup lékařů je celkově hodnocen kladně, avšak zároveň je patrný určitý rozdíl, a to v souvislosti s klinikou, kde se léčba odehrávala. Na jedné klinice byla velmi pozitivně hodnocena informovanost a „lidský přístup“. Ten je však přehodnocen v průběhu času na pouhé „naučené chování“. „Když jsme tam byli poprvé, podruhé, přišlo nám

úžasné, jak se pěkně chovají. Po více návštěvách to vnímáme jako naučené psychologické chování. Ke všem stejné fráze se stejným výrazem. ... V každém případě jsme od nich měli kompletní informace.“ Zkušenosti druhého páru, který absolvoval terapii na jiné klinice, ukazují na nedostatečnost informací a na zkreslené informace o finančním zapojení se do léčby. Určitou nedostatečnost ve vztahu k informacím spatřují i v sobě: *„Pak to na nás začali chrlit. A já jen kýval. Víím, že to byla naše chyba, že jsme se na víc nezeptali, ale když jsme to zkusili, řekli nám, že vše se dozvíme, nebo že ještě sami neví...“*. Stejný pár poukazuje na skutečnost, že přestože u muže byla příčina neúspěchu chirurgicky odstraněna a žena je zdravá, lékaři je stále motivovali k dalším pokusům a nezdary v otěhotnění spatřovali v samotné „přírodě“. Spokojenost s přístupem lékařů se tedy dle výpovědí proměňovala také v čase. *„Slíbili, že každý pokus, který se nepovede, budou evidovat a podle toho i upraví následující léčbu. Neupravili nic, jen zvyšovali dávky. Druhy léků a princip užívání zůstal stejný.“* S rostoucím počtem pokusů se zvyšovala i finanční zátěž pro manžele. *„Přestože se všude mluví, jak je to zdarma, tak už se nemluví o tom, že se platí rozmrazení, transfer apod. Stálo nás to 65 tisíc.“* *„Celý ten proces na klinice je vlastně o penězích, je to vlastně taková fabrika, pásová výroba.“* Druhý pár investoval do 6. pokusů o otěhotnění 200.000,- Kč. Ani v jednom případě tří manželských párů tohoto výzkumu nepřinesly metody asistované reprodukce kladný výsledek.

Jiný proces terapie probíhal u párů s potráčovostí. U idiopatické potráčovosti se o terapii s použitím léků hovořit nedá. Párům, u nichž byla zjištěna imunologická podstata problému, byly předepsány léky. Jedna žena tuto léčbu podstoupila. Druhá žena doporučení lékaře neuposlechla. *„Intuitivně jsem cítila, že léky na úpravu imunologického problému nechci. ... je to pro tělo velmi náročná léčba, často rozhodí celý organismus. Šla jsem se poradit se svou gynekoložkou a její názor byl zaměřit se na psychickou stránku věci. Léky nebrat. Přestože mi lékař řekl, že nemám žádnou šanci otěhotnět a když, tak nedonosím, tak jsem po třech týdnech od jeho slov otěhotněla a porodila zdravého chlapečka.“*

Z výpovědí párů vyplynulo, že všichni, více či méně, vyzkoušeli nějaké alternativní metody. Ve všech případech neplodnosti se k takovému kroku rozhodli v průběhu terapie, u potráčovosti se začali zajímat o tyto metody již po prvním zamlklém potratu. Téměř ve všech párech byla tím aktivnějším v tomto směru žena. Často byl zmiňovaný astrologický výpočet plodných dnů, fyto terapie, reflexní masáže, biotronika, jedenkrát akupunktura a Dorneova metoda. Výpovědi ukázali na velkou důvěru v alternativní metody. *„Alternativní metody vychází z přírodních zákonů. To, že je v těle nějaký problém, který*

označujeme za nemoc, je obvykle důsledek disharmonie v člověku. Člověk je přece taky kus přírody a podléhá přírodním zákonům. Je to neinvazivní cesta. Není to jen obejítí nějakého problému, ale vyřešení jeho příčiny.“ Ženy, které prodělaly hormonální léčbu, shodně uvedly, že už by nechtěly stejným způsobem zatěžovat organismus, obzvláště, bylo-li to bez úspěchu. *„Tím, že jsme pochopili, že lékařská věda nás nespasí, tak to zkusíme jinak.“* Z rozhovorů také vyplynulo, že lékaři doporučují pouze lékařské postupy a neupozorní na další možné postupy, které by mohly párům pomoci. Pokud by se páry mohly již zpočátku rozhodnout, v některých případech by nejprve volily alternativní cestu. *„Mohla jsem s tím vším alternativním přístupem začít dřív. Dneska bych začala již před plánovaným otěhotněním.“* *„Dneska bychom tu lékařskou cestu vypustili úplně a vyzkoušeli nejprve ty alternativní cesty.“*

Neméně důležitým faktorem v procesu terapie je také vlastní přínos. Ten je prezentován zejména ve změně životního stylu. Shodně páry uvádí, že upravily stravu i pohyb, zařadily častější pobyt na čerstvém vzduchu a uvědomily si také přínos pozitivního myšlení. *„Více přemýšlíme o tom, co jíme, ale hlavně o tom, jak žijeme a jak smýšlíme.“* Za přínosné spatřují dva páry změnu lékaře. I když v jednom případě to neznamenal konečný úspěch, přesto je tato změna pro manžele důležitá. *„Změna nastala až v poslední pokusu. Změnila jsem opět gynekologa a ten si celý proces přípravy na asistovanou reprodukci řídil sám, včetně stanovení léků a jejich dávkování. ... Ptal se mě na spoustu věcí, vše pečlivě zvažoval a u mě si ověřoval. U něho jsem měla pocit naprosto individuálního přístupu, oproti pásové výrobě na klinice.“*

Ženy i muži shodně uvádí, že po celou dobu věřili, že celý proces terapie zvládnou a že jejich přání být rodičem se jim splní. *„Bez toho by to snad ani nešlo.“* Pouze jeden pár na otázku zda někdy přestaly počítat s tím, že to vyjde, odpověděl *„My jsme od začátku říkali, že to nevyjde. A nevyšlo to.“*

4. Jak absenci rodičovství ženy a muži prožívali, jaké pocity je provázely, a které okamžiky považují za nejvíce stresující?

V odpovědích na tuto otázku se opět objevují rozdíly mezi páry s diagnózou neplodnosti a páry s potráčovostí.

Dva páry vkládaly do umělého oplodnění veškeré své naděje a věřili tomu, že otěhotní hned napoprvé a porodí zdravé dítě. *„Jakoby člověk vsadil vše na jednu kartu a ono to neklaplo.“* *„Nejhorší pro mě bylo to zklamání po prvním pokusu.“* Shodně pak popisují své pocity plné *„zklamání, bolesti, žalu, beznaděje, strachu z toho, co bude dál“*. Třetí pár

s neplodností prožíval celé období, byť bylo nejdelší, jinak. Zlomový pro ně byl poslední, sedmý, pokus. „Zpočátku mě to i bavilo, když to nevyšlo, říkala jsem si: nevádí, vyjde to příště. Ten poslední pokus mě ale psychicky dostal. Už jsem se začala cítit jako mamina, srdíčko už bylo. Tam jsme připustili tu myšlenku z toho, že to nemusí klapnout na to, že to vyšlo. To byl ten zlomový bod.“

U párů, které se nejprve radovaly z těhotenství a následně pak přijaly zprávu od lékaře, že vše je jinak, byla první slova při popisu „překvapení, šok“. „Neuvěřitelný šok. Ani mě nenapadlo, že by se něco takového vůbec mohlo stát. Nevěřila jsem tomu. ... Vůbec jsem takovou zprávu nechtěla přijmout. ... Doma jsem se skoro nehýbala, ležela s nohama nahoře a modlila se.“ Samotnou revizi prožívaly ženy dle výpovědí obtížně. Již v jejím průběhu a různě dlouhé období poté cítily „velkou bolest, prázdnotu, beznaděj“. Vnitřně již přijaly svou roli matky, kterou si velmi přály a tu jim „někdo vzal“. Z výpovědí vyplývá, že zpočátku všechny tři ženy reagovaly stále se opakujícím pláčem. „Brečela jsem a brečela. Bylo to hrozné. Dvě ženy uvádí, že se potýkaly s myšlenkou „nechtěla jsem žít“. Pro většinu žen bylo také důležité uznání jejich tragického prožitku, jejich ztráty, kterou pociťovaly. Přestože mi blízcí volali, všichni mě spíš uklidňovali, že se to někdy stává. Já jsem ale nechtěla slyšet, že je to normální. Chtěla jsem, aby řekli něco jako „to musí být strašné, co prožíváš“ nebo tak nějak.“ Věty typu „to se prostě stává“ je spíše ujistily v tom, že jim okolí nerozumí. Bolesti hlavy, únava, nespavost, pocity nevolnosti popisují jako součást každého dne. Muži i ženy se shodují ve hledání viníka a smlouvání. Hledali chybu v sobě, ve svém dosavadním způsobu života, ve vztahu mezi sebou. „Hlavně jsem si říkal, že asi nejsem dobrý manžel, když k nám dítě nechce přijít.“ Tato skutečnost je rozdílná od výpovědí párů léčících se pro neplodnost. Pouze dvě ženy uvádí, že hledaly vinu v sobě, jedna žena a muž „to odložili stranou“. Jeden z mužů vypověděl, že pod tíhou svého pocitu viny (příčina jejich neplodnosti byla lékaři stanovena na jeho straně) nabídl své ženě: „jestli chceš, najdi si někoho jiného“.

Společným prožitkem všech párů byla zloba „Zlobila jsem se na sebe. Za všechno. Za to, že jsem dlouhé roky užívala antikoncepci a dávala tak jasný signál, že o dítě nestojím.“ a hledání odpovědi na otázku „Proč zrovna já?“ Většina výpovědí se také shoduje v tom, že v určitém období vnímali svoje neštěstí jako osud, střídavě s obdobími, kdy mají vše ve svých rukou. Ke svému fyzickému tělu svůj vztah nijak nezměnili, u žen je však patrné větší pozorování sebe sama a tělesných projevů. V období před menstruací vzrůstala naděje, s přicházející menstruací vzrostlo zklamání. „Celé to bylo jako na houpačce. Jednou nahoře, jednou dole.“

Jedna žena otevřeně hovoří o tom, že zamlklý potrat a jeho důsledky nazvala zdravotním problémem a cítila se jako nemocná. „*V tu chvíli jsem okolí chtěla dát najevo, že jsem lékařsky uznaná za jaksi nemocnou, že lékařská věda má pro tento stav označení, a že je normální, že prožívám to, co prožívám. V té pozici nemocného jsem se cítila jako v úkrytu. I poté, když jsem byla v práci, a měla jsem absolvovat něco, co jsem považovala za náročné, tak jsem utekla do své nemoci. Využila jsem svých problémů a své okolí utvrzovala v tom, že je to skutečně vážné.*“

Za nejvíce stresující považují všechny páry ztrátu vidiny svého rodičovství. „*Ztráty svého snu, přání. Ztráty miminka, které už jsme měli rádi. I to, že stále ještě nebudeme rodina.*“ Bolestivý byl každodenní pohled na šťastné rodiče, stejně jako hovory druhých o dětech. „*Všude člověk potkává rodiny a děti. Na procházce, na nákupu, na cestě do práce ... v práci, v televizi, u známých i přátel...*“ Velkou zátěží byla také zpráva o každém novém těhotenství v rodině, blízkém i širokém okolí. Ženy byly velice citlivé vůči hovorům matek o dětech, v nichž si stěžovaly na své mateřství či rodičovství. „*Bylo hrozné slyšet všechny ty matky, které si neustále stěžovaly na to, jak se nevyspí, jak je omezuje kojení, jak nikam nemůžou, těhotné si stěžují na to, jak je břicho omezuje, jak se jim špatně chodí, jak nemůžou pít víno. Hrozný... Co já bych dala za to, kdybych měla břicho a v něm se hýbalo naše děťátko. Co já bych dala za to, kdybych mohla kojit, kdybych měla ke komu vstávat, kdybych měla kvůli komu zůstat doma.*“ Jedna z žen hovoří o bolestivém zážitku, kdy byla po první revizi na pokoji s ženou, která předčasně porodila. „*... a stěžovala si mi, jak je to hrozný, že musí odstříkávat mléko a dítěti to nosit. To jsem prostě nechápala.*“ Po mimoděložním těhotenství tatáž žena „*... měla hrozný strach z toho, že mám jen jeden vejcovod a tím pádem menší šance na otěhotnění.*“

Kromě stresujících okamžiků, které souvisí s menstruací, uvádí ženy a muži po umělém oplodnění obavy z toho, zda tělo ženy přijme oplodněné vajíčko. „*Pro mě byla nejvíce stresující každá cesta na wc po transferu... očekávání toho 14. dne.*“ „*... bál jsem se každého telefonátu ... Nechtěl jsem slyšet špatnou zprávu.*“ Ženy se také shodují v tom, že stresující je transfer neúspěšný i úspěšný. Pak se totiž nabízí otázka „*... co teď dál? Udrží se to?*“ Pro muže bylo, dle výpovědí, velmi těžké vidět svoji ženu trpět. „*Já jsem byl zoufalý z toho, když jsem viděl tu bolest v očích své ženy.*“ „*Nedovedu si představit, že by zas měla podstoupit tu hormonální léčbu. Nechci zas vidět, jak se žena trápí, jak jí to ubližuje. Já za ní trpím.*“ Pro páry, které se potýkaly s potrácivostí byla velmi stresující dlouhá doba čekání na další pokus.

5. Jak ovlivnila prožitá zkušenost partnerský vztah?

Odpovědi na tuto otázku byly velmi podobné. Všichni, ženy i muži, se shodují v tom, že partnerský vztah byl ovlivněn, konečné hodnocení této oblasti je od všech účastníků kladné. Pouze jeden pár uvádí: „*Náš vztah se nijak výrazně nezměnil, asi proto, že jsme ho postavili na pevných základech.*“ U některých párů byla patrná proměna kvality vztahu v čase, v souvislosti s vlastním prožitkem každého jedince a v souvislosti se způsoby, jakým se partneri se vzniklou situací vyrovnávali. Prožitá zkušenost, kterou provázely bolestivé pocity ztráty a zklamání, se promítla nejen do oblasti komunikace a sexuálního života partnerů, ale také do oblasti jejich dosavadních zájmů a trávení volného času.

Většina žen uvádí, že potřebovaly o svém prožitku mluvit, „*dostat to ze sebe*“. Tři ženy shodně uvádí, že od počátku cítily ve svém partnerovi velkou oporu a kdykoliv potřebovaly, mohly si s ním popovídat. I přesto vypověděly, že „*manžel měl jen omezenou trpělivost v naslouchání*“. Z ostatních výpovědí vyplývá, že komunikace byla otevřenější a přínosnější až postupem času, kdy si partneri uvědomili, že nebudou-li spolu komunikovat, jejich vztah utrpí. „*Hledali jsme cesty, které nás přiblíží. Otevřené povídání hodně pomohlo. Manžel pak zůstával zase více doma.*“ Taková slova plynoucí z úst respondentek ukazují, že někteří partneri raději trávili čas mimo domov. „*Já jsem se tomu všemu zpočátku vyhýbal. Ten můj skoro každodenní útěk nás mohl rozdělit.*“ Jiný muž hovoří o tom, že „*bylo i období, kdy jsme se hodně hádali. Manželka byla přecitlivělá na každé mé slovo.*“

Respondenti č. 1 a 2 shodně uvádějí, že jim daná skutečnost nijak sexuální život neovlivnila, vyjma krátkého období, kdy manželé hlídali plodné dny. U zbývajících čtyř párů však z výpovědí vyplývá, že sexuální život byl značně narušen. „*Byla období, kdy nebyl žádný sexuální život. Bylo jenom čekání, až to budeme moci znovu zkusit. Vím, že to bylo pro manžela těžké, ale nemohla jsem si pomoci. Sex byl pro mne jen prostředkem k dosažení cíle. Podřizovali jsme tomu čas i polohy.*“ Ojedinělý byl přístup ženy, která se po třetím nevydařeném těhotenství začala vyhýbat i plodným dnům. „*Moc jsem chtěla dítě, ale nechtěla jsem to milování. Nerozuměla jsem tomu, ale bylo to tak.*“

Z výzkumu vyplývá, že změna v oblasti způsobu trávení volného času a v oblasti zájmů, byla u některých párů výrazná. Některé ženy se v počátku uzavřely do sebe a vyhýbaly se všem kontaktům zvenčí. Přestaly se věnovat svým koníčkům a zálibám a hovoří o „*prázdném čase*“. Jedna z žen přerušila studium na dálkové škole. „*Nechtěla jsem mezi lidi. Neměla jsem o nic zájem.*“ Manželé si po čase uvědomili, že je třeba „*zase se vrátit do života*“. V této souvislosti hovoří o tom, že bylo třeba domluvit se na určitých

pravidelnostech, jakými jsou např. společné pití odpolední kávy, společná večeře, „večerní přítulení“, procházky, návštěvy rodiny apod. „*To nám pomohlo udržet si vzájemnou blízkost.*“ Postupem času se pomalu s manželem vraceli alespoň zčásti k původnímu způsobu života. Opět se začali věnovat dřívějším zájmům a trávit čas s přáteli. V některých fázích, kterými manželé procházeli, nebylo možné nic dopředu naplánovat, neboť stále očekávali těhotenství. Jindy měli plány na měsíce dopředu. „*Snazíme se stále něco podnikat ... dát našemu životu smysl a jiný rozměr, než jen se upínat na to, co nemáme.*“ Dvoje manželé si pořídili psa. Chtěli si tak nahradit fyzický kontakt, pocit, že na ně někdo čeká.

Z rozhovorů vyplývá, že společný cíl a víra jsou pro manželé nesmírně důležité. Že jim pomáhají překonávat překážky, vyrovnávat se situací a tam, kde ještě cesta k dítěti není v cíli, tam jim pomáhá „*jít dál*“. Manželský pár č. 1 říká: „*Zpočátku jsme měli cíl dítě, ne jediný, ale jeden z více. Pro mě to už není důležité. Vztah mezi námi nikdy nestál na dítěti, byl to vlastně vedlejší produkt. Důležitý je pro nás náš vztah. Je to hmusně řečeno, ale takhle jsme k tomu přistoupili.*“

Manželé často hovoří o skutečnosti, že celé období očekávání dítěte s sebou neslo také množství malých či velkých rozhodnutí, které nebyly vždy jednoduché. Na otázku kdy a zda vůbec uvažovali o jiném řešení, než je vlastní biologické rodičovství, odpovědělo pět párů, že ano, i tato možnost se objevila. Všichni ji však vnímali spíše jak možnost do budoucnosti, proto ji více nevěnovali pozornost. V současné době jsou tři páry, které zatím ještě nemají dítě. Jeden pár o adopci uvažuje jako o možnosti daleké budoucnosti, druhý pár věří, že otěhotní přirozenou cestou. Třetí pár, který absolvuje cestu k dítěti již celých 13 let, říká: „*Chtěli bychom dítě do 1 roku, ale to už nám vzhledem k našemu věku nedají. A od jednoho roku je dítě utvořené. V tom případě asi raději zvolíme bezdětnost.*“ Jako důvody svého rozhodnutí uvádí i náročnost adopčního řízení.

6. Jak partneři vnímali vztahy v blízkém i širokém okolí?

Odpovědi na tuto otázku byly rozmanité, přesto v nich můžeme najít některé společné fenomény. Z poloviny rozhovorů vyplývá, že ve zmiňované náročné životní situaci nabyly na významu vztahy v rámci rodiny. Právě zde byl vytvořen prostor pro sdílení. Naopak u dvou žen, které zpočátku hodnotí své vztahy s rodinou jako velmi dobré, v této fázi rozhovoru hovoří o chybějící podpoře. V prvním případě jde o ženu, která mluvila o potřebě uznání bolesti, které se jí od rodiny nedostalo. Přesto má pro své nejbližší pochopení v tom smyslu, že ví, jak je těžké vhodně reagovat. „*Naši nejbližší často vůbec*

neví, jak se chovat a co říci, a tak je někdy pro všechny v danou chvíli přijatelnější krátce povzdechnout a nechat to být.“ U druhé ženy, jak sama vypovídá, byla chvíle prvního nezdařeného pokusu IVF okamžikem, kde se vyhroutil situace mezi ní a matkou, která trvala téměř do současnosti. *„Já jsem jí tenkrát moc potřebovala, ale ona jela pomoci sestře. ... Ted' už vím, že jsem si o její pomoc měla otevřeně říci.*“ Muž z manželského páru č. 2 hovoří o obtížném přijetí situace ze strany jeho rodičů. *„Ti nemohli pochopit, že jejich syn má takový problém. (sníženou kvalitu spermií) Nechtěli to přijmout.*“

Oporu ženy v rámci možnosti otevřené komunikace našly u svých kamarádek. Muži se nikomu příliš nesvěřovali, výjimkou byli nejbližší přátelé a ti, kteří měli nějakou podobnou zkušenost. Všichni shodně uvádí, že *„bylo až překvapivé, kolik lidí v našem okolí má podobný problém. Dříve jsme si toho nevšimli.*“ Podobné trápení a zkušenosti jim přinesly nové přátele, s nimiž mohli diskutovat i si postěžovat.

Negativní, bolestivé narážky ze strany blízkého i širokého okolí nikdo z nich nepocíťoval, nevnímal. *„Určitě se našli tací, kteří poukazovali na to, že jsme materialisti, ale nijak jsme se tím netrápili.*“ Jiní dodávají: *„Záleží mi jen na názoru nejbližších, ne na těch ostatních.*“ Pět párů se však shoduje na skutečnosti, že pro ně bylo velmi bolestivé každé nové těhotenství někoho z blízkých, jejich děti stejně jako děti cizí. Jeden pár, jak vyplývá z rozhovoru, těmto situacím nijak pocitově nepodléhal. Jako nepříjemné a nevhodné hodnotí téměř všichni shodně dobře míněné rady svého okolí: *„vyraďte na dovolenou, udělejte si na sebe víc času, však máš ještě čas, zkuste ještě to a to“.* Dva páry hovoří o tlaku, který na ně neustále vyvíjeli prarodiče *„už jste spolu dlouho, už byste měli mít děti“.*

Tři ženy se během rozhovoru zamýšlely nad tím, že *„... žena, která prožívá to, co my, je vlastně mezi ostatními něčím výjimečná. Je považována za chudáka.*“

Pět žen v souvislosti se vztahy k širokému okolí uvádí, že často, již předem, očekávaly nepříjemně prožívané otázky nebo rozhovory o dětech, a tak se jakýmkoliv setkáním vyhýbaly.

7. Které skutečnosti poskytly párům oporu a jak je vnímána pomoc psychologa?

Přestože každý pár prožíval a prožívá svoji situaci trochu odlišně, v odpovědích na tuto otázku nacházíme velmi podobné reakce. Výpovědi žen i mužů ukazují na skutečnost, že si jsou, z dlouhodobého hlediska, velkou oporou navzájem s partnerem. *„Sami sobě navzájem. Měli jsme štěstí, že jsme se vždycky v těch slabých obdobích střídali. Půl roku to drželo manželku, že to nejde a mě to nijak netížilo, půl roku to drželo mě a zas*

pro změnu pro ženu to nebylo důležité. Výhoda byla v tom, že jsme se nikdy nepotkali. Ten jeden pomohl druhému. Kdybychom se potkali v danou chvíli v jednom bodě, kdo ví, jak by to dopadlo.“ Dvě ženy sice uvádí, že jejich partner zpočátku reagoval útekem do práce nebo mezi kamarády, po určité době však k sobě našli cestu a prožívali svoji obtížnou životní situaci společně.

Velmi kladně, z pohledu poskytnuté opory, hodnotí respondenti možnost popovídat si s někým otevřeně o své situaci, o svých pocitech, o svých myšlenkách, obavách i východiscích. Tím někým, jak vyplývá z výzkumu, je pro někoho rodina, pro jiného kamarádi nebo ti, kteří jsou v podobné situaci. Pro ženy bylo důležité *„mít se u koho vyplakat“*.

Z výpovědi dvou párů potýkajících se s potráčovostí vyplývá, že v nejbolestivější fázi se ženy cítily natolik zničené, že pro ně bylo obtížné *„ráno vstát a nějak prožít den ... ani to se mi nechtělo...“*. V těchto okamžicích pak spatřují oporu v denních rituálech.

Všichni shodně uvádí, že oporu našli a někteří stále nacházejí v nasměrování své pozornosti jiným směrem *„Snažíme se neustále něco podnikat.“* *„Myslíme, že je důležité dát našemu životu smysl a jiný rozměr, než jen se upínat na to, co nemáme.“* Takové odreagování je však, dle výpovědí, snazší pro muže. Pro ženy je to přijatelné a uskutečnitelné spíše až postupem času, nikoliv hned v počáteční fázi. Pouze jedna žena byla schopna zaujmout již po prvním neúspěchu v podstatě stejné stanovisko jako muži.

Čtyři páry se shodují v tom, že jim pomohl se situací se vyrovnat fakt, že přestali svůj problém vidět v rámci klasického lékařství, ale že svoji pozornost obrátili na alternativní metody. *„... v alternativní cestě nečekáme na výsledek, ale sami děláme, co je v našich silách ...“* Tato cesta jim ukázala, že existují i jiné, než jen lékařské metody, dala jim novou naději. Nasměrovala je k optimismu jako k životnímu postoji.

V různých fázích celého období a v různě dlouhém časovém úseku bylo pro páry povzbudivé, či poskytující oporu, také hledání informací nebo diskuse s páry prostřednictvím internetu. Dvě ženy se zmínily o hledání informací také v rámci prováděných výzkumu, i v odborných textech na internetu. Jiné hledaly informace o alternativách, o celostní medicíně Dr. Jonáše a podobně. *„Celou situaci jsem začala vnímat jinak, našla jsem v ní cestu.“*

Dvěma párům je velkou oporou čtyřnohý přítel, pes. *„Po čtvrtém pokusu jsme jiné východisko neviděli.“*

To, co ostatní ženy i muži uvádí spíše za stresující, tedy společně strávený čas s jinými dětmi, jeden pár hodnotí jako velkou oporu. „*Ona mi oporou nebyla jen žena, ale také moje neteř. ... Ona mě z toho tahá. To, co se svými dětmi zažívat nemůžu, to zažívám s ní.*“

Jeden pár se po druhém zamlklém potratu rozhodl pro adopci na dálku. Pro adopci skutečnou byl, dle jejich názoru, ještě čas, ale touto formou adopce získali pocit, „... *že tu pro někoho jsme, že jsme pro někoho důležití. To bych doporučil i ostatním.*“ Tentýž pár společně s druhým uvádějí, že v určité fázi jejich snahy o dítě jim možnost adopce, která se jim jevila do budoucna jako lepší řešení než bezdětnost, byla oporou. Stala se pro ně náhradním řešením.

O návštěvě psychologa se zmínily dvě ženy. Jedna z žen návštěvu hodnotí takto: „*Jednou jsme tam byli, ale vůbec se nám to nelíbilo. Měli jsme pocit, že o tom ten psycholog moc neví. Nebyl nijak konkrétní, nijak nám tu situaci neosvětlil.*“ Druhá z žen navštívila psychologa po sedmém pokusu o umělé oplodnění, který skončil zamlklým potratem. „*Šla jsem tam proto, abych nepřenášela své nejhorší nejniternější bolesti na manžela. ... Byla jsem natlakovaná a potřebovala jsem upustit ventil. Splnilo to moje očekávání. Pro další pokračování není důvod.*“ Ostatní hovoří o tom, že psychologa „*nepotřebovali*“. Zároveň však připouští, že by psychologa navštívili, pokud by jim jeho návštěvu někdo doporučil, kdyby byl psycholog součástí lékařského týmu, „*kdyby se někdo soustředil na tuto problematiku*“ nebo „*Kdyby mě někdo odkázal na konkrétního člověka...*“. Poslední zmíněný důvod uvedlo deset respondentů z dvanácti. Na otázku, v čem by jim psycholog mohl pomoci, pak odpovídají: „*Snad by nám všechno víc vysvětlil a připravil nás na to, co se bude dít.*“ „... *by nám pomohl zvládnout nejen situaci, ale hlavně to, jak jsme jí prožívali. To, jak se proměňoval náš vztah, třeba oblast sexu.*“ „... *ukázat možné pohledy na věc, ukázat také alternativy, kterých jsme se od lékařů nedočkali.*“ Za přínosné by někteří považovali možnost scházet se s těmi, kteří mají stejný problém. „*Abychom si mohli vyměňovat informace, vzájemně se podporovat, mít to s kým sdílet.*“ Vytvoření takové komunity pak spatřují v dalším přínosu psychologa.

8. Jak partneři hodnotí prožitou životní zkušenost nedobrovolné bezdětnosti?

Ve všech odpovědích se objevují společné, kladně hodnocené, prvky, mezi něž patří upevnění vztahu, větší empatie a porozumění partnerů vůči sobě navzájem i vůči svému okolí, uvědomění si pevné opory v rodině a přátel. „*Upevnilo to náš vztah, více jsme se semkli.*“ „*Hodně to taky utužilo naše manželství. Můžeme se na sebe spolehnout. Jsme jeden druhému nejbližším přítelem. A jsme taky vnímavější a chápavější vůči svému okolí.*“

Manželé pozitivně hodnotí také fakt, že se prohloubila vzájemná komunikace a větší otevřenost vůči sobě navzájem. „*Naučili jsme se mluvit o tom, co cítíme, co prožíváme, co si o tom myslíme a proč, naučili jsme se vidět různé souvislosti. Jde to více do hloubky.*“ Ty ženy, které již mají děti, hovoří o větším prožitku mateřství a větší vnímavosti vůči svému dítěti „... *je ze mne matka, která svému dítěti dá mnohem více než bych dala předtím, protože jsem si uvědomila, co je a co není v životě důležité.*“ Ti, kteří se na své cestě za dítětem setkali s alternativními metodami, v souvislosti s nimi a z nich plynoucím jiným přístupem k životu říkají: „*naučili jsme se pozitivnímu myšlení*“. „*Nás tato zkušenost také přivedla na jiný směr myšlení. Uvědomujeme si větší zodpovědnost za své životy, za své zdraví, za své štěstí.*“

Výrazně kladně je hodnocena změna životních hodnot: „*Daleko více si vážíme jeden druhého, přátel a všech, kteří nás podpořili. Vážíme si více života a věříme, že si i více budeme vážit svých dětí.*“ „*Přestali pro nás být důležité názory druhých, věříme sami sobě.*“ „*Vše vnímáme ve větších souvislostech, do všeho vkládáme větší význam.*“ „*Tenkrát jsme všechno viděli jinak, v jiných souvislostech. Troufám si říct, že jsme více pochopili hodnotu našeho života, života dětí, života jako takového.*“ Jeden pár hovoří o tom, že v jejich žebříčku životních hodnot se téměř nic nezměnilo, „*Jenom jsme vytěsnili dítě...*“ a „*Změnil jsem svůj přístup k penězům. Dovolím si teď utratit více peněz, už je tolik neškrťm jako dřív. Dali jsme je do asistované reprodukce a stejně z toho nic nebylo.*“ S přínosy uvedenými výše souhlasí. „*Celkově v tom vidíme vlastně přínos. Ano, když jsme to prožívali, bylo to hrozné, ale teď, při pohledu zpět vidíme, že nás to posunulo dál*“

Objevují se však i skutečnosti, o kterých se dá říci, že manželům něco vzala: „*Vzala nám na nějakou dobu radost a klid...*“ „*Vzala mi naději být rodičem.*“ „*Vzalo mi to čas...*“

A mělo to všechno nějaký smysl? Jeden z respondentů uvedl: „*Já jsem smysl ani nehledal. Já jsem to bral jako proces. ... Smysl je v tom, že si nebudu v životě vyčítat to, že jsem nezkusil všechny možnosti.*“ Ostatní spatřují ve své bolestivé životní zkušenosti určitý smysl: „... *jsme za tuto zkušenost nakonec vděční. Bez této zkušenosti bychom nebyli tací, jací jsme.*“ „... *nás to posílilo, ukázalo nám, že naše manželství a náš život mají smysl.*“ „*Dostali jsme příležitost vytvořit pro své dítě ještě lepší podmínky, než by mělo tenkrát.*“ „*Asi jsem měla nejdřív dodělat školu, abych pak měla na dítě čas. Nebo jsem se měla více věnovat sama sobě, abych pak neměla řeči jako ty matky, které slýchávám.*“ „*Vytváří to naši další osobnost. ... upevňuje náš charakter.*“ „*Měli jsme si prostě něco zkusit, něco vytrpět, něco pochopit, něco se naučit. Každý ten rok, každý den, každou minutu, jsme si*

asi měli nějakým způsobem vybojovat to děťátko.“ „Měla jsem příležitost najít sebe sama.“ „Kdyby u nás nenastal problém s plodností, nedostali bychom se do potíží a neměli bychom příležitost setkat se i s tou alternativní cestou, nesetkali bychom se s takovou vírou. A prostřednictvím víry se nám otevřel prostor pro sebepoznání, sebeúctu, úctu k druhým.“ „Ničeho nelituji. Mělo to tak být.“

Čtyři páry shodně uvádějí, že hodnocení prožité zkušenosti se změnilo tehdy, když se seznámily s přístupy čínské medicíny, východní filozofií, vírou. Dva páry z uvedených čtyř připustily, že si jsou vědomi toho, že jejich současná výpověď a jejich současné hodnocení celé prožité zkušenosti nedobrovolné bezdětnosti je zcela jistě ovlivněna i skutečností, že jsou již rodiči. *„Kdybychom spolu mluvili tenkrát, možná bychom něco popsali jinak.“*

2.6. DISKUSE

Abychom mohli porozumět tomu, co člověk prožívá při absenci rodičovství a jak vnímá náročnost celé situace, je třeba vědět, jakou hodnotu v jeho životě dítě a rodina, která je dítětem tvořená, má. V dnešní době se více hovoří o rodinách rozpadlých a nefunkčních. Účastníci tohoto výzkumu však, možná až překvapivě, pocházejí z rozvedené rodiny pouze ve třech případech. A i ti hovoří o fungující rodině jako o součásti jejich životního plánu, o touze poskytnout svým dětem to, co jim samotným chybělo. Ostatní, jak sami říkají, nacházeli v rodinách velký vzor pro svoji budoucnost. Zcela přirozeně tedy dítě zaujímalo přední pozice na žebříčku jejich hodnot spojených s budoucností. Z výpovědí vyplývá, že si ženy i muži byli vědomi určitých kladů i obětí, které dítě do společného života přináší. Čtyři páry již na počátku své cesty za dítětem spatřovaly v dítěti smysl života (Ulčová-Gallová, 2006), překročení vlastní existence (Matějček, 1989, Strašíková, 2004), možnost sdílení, možnost věnovat někomu svou péči (jako manifest uspokojení základní životní potřeby generativity – dle Langmeiera a Krejčířové, 1998). Dva páry vnímaly dítě jako přirozenou součást svého života bez konkrétního vymezení. To přišlo se zjištěním, že mít dítě není tak jednoduché a samozřejmé. Rozdílný výsledek přinesl výzkum Petra Pakosty (2009), kde názor respondentů na hodnotu dítěte vyplýval ze sociálních norem a neurčitých představ o dítěti. Dva respondenti tohoto výzkumu uvedli (muž a žena), že už jako malí věděli, že budou mít dítě a těšili se na to. Zcela přirozeně pro ně bylo velmi těžké smířit se s myšlenkou, že cesta k dítěti není tak snadná. Tato skutečnost potvrzuje, že postoje k rodičovství se vytváří již v dětství. O čemž hovoří i Matějček (1989) a další.

Také význam manželství, jako základu klasického rodinného modelu svědčí pro vyšší hodnotu dítěte. Přestože někteří původně uvažovali o, v dnešní době stále rostoucím trendu, faktickém manželství, všichni shodně uvádějí, že rodina v tradiční podobě, s uzavřením právoplatného manželství, společně se vztahem na „*pevných základech*“, je tím nejvhodnějším a nejpřirozenějším místem pro výchovu dítěte.

Zcela shodně s výzkumem Hamplové, Rychtařikové, Pikáلكové (2003) zmiňují všichni respondenti důležitost finančního zabezpečení a zajištění bytového zázemí ještě před narozením dítěte. Skutečnost, že respondenti hovořili o nutnosti fungujícího manželství, s dobrým materiálním zajištěním a bezpečným prostředím jako o jediném správném rodičovství, potvrzuje shodu s výzkumem Haškové (2009).

O tikotu biologických hodin se v době počátku snah nezmínila žádná z žen. Jejich věk, kdy byly na počátku svých snah (24, 25, 28, 27, 26) tomuto zjištění odpovídá, neboť je věkem, kdy je zcela běžné v dnešní době rodičovství ještě odkládat (MPSV, 2004). Tři ženy však vnímaly psychologický tlak, který ústil z jejich pojetí dítěte jako součásti životního plánu (Sobotková, 2007). Tři ženy hovořily o sociálních hodinách, o tlaku neverbálním nepřímém, jak jej označuje Řičan (2004). Jde o pocity žen plynoucí ze setkávání s kamarádkami a kolegyněmi, které již děti měly. Dvě z respondentek uvedly, že by jim příchod dítěte býval vyřešil jejich nespokojenost v práci.

Z výpovědí účastníků výzkumu vyplynulo rozdílné vnímání průběhu vyšetření při neúspěšných pokusech s následnou diagnózou neplodnosti a průběh vyšetření, který je důsledkem opakovaných zamlklých potratů u diagnózy potráčovosti. V prvním případě probíhají vyšetření v době, kdy jsou sice manželé znepokojeni absencí těhotenství, ale prozatím se vše odehrává v rovině úvah, popřípadě obav z budoucnosti. V druhém případě se vyšetření provádí až po těhotenských ztrátách, zamlklých potratech. V té době již mají manželé za sebou stavy „*hlubokého zoufalství, beznaděje a zklamání*“ a jsou již v dlouhodobě prožívaném stresu.

Vyšetření byla ve všech případech započata vyšetřením gynekologickým, s následným využitím odborných vyšetření. Páry, které byly vyšetřovány pro podezření z neplodnosti, popisují průběh vyšetření jako „*velký kolotoč*“ náročný na čas a přizpůsobení pracovních povinností. Pociťovaly však i částečnou nejistotu a obavy z výsledků. Vzhledem k tomu, že nepodléhaly v té době zvýšeným psychologickým či sociálním tlakům, nehodnotí toto období jako výrazně stresující a přes počáteční negativní pocity přistupovaly k tomuto procesu racionálně. Z výzkumu Hany Konečné (2009) vyplývá, že zejména muži prožívali negativně a s pocity zvýšeného stresu, odběr vzorku spermií a jeho následné vyšetření,

kteřé by mohlo prokázat příčinu na jejich straně. V tomto výzkumu se totěž neprokázalo, naopak muži hovoří shodně o tom, že samotné vyšetřeni přijali „*jako nutnost, racionálně, bez emoci*“. Útok na své mužství však pociťovali v prostředí, ve kterém „... *seděla na chodbě spousta žen ... věděly, odkud jdu, co jsem tam dělal a co nesu.*“

Odlišné bylo prožívání procesu vyšetřeni u párů, které v té době již prodělaly těhotenské ztráty. Manželé se již několikrát musely nějakým způsobem vyrovnat s bolestí a zážitkem, který je běžně charakterizován jako silně traumatizující (Konečná, 2009, Sobotková, 2007). Náročnost této situace spočívá jednak v tom, že se žena již cítila jako matka a o tuto roli byla připravena (dva muži taktěž dokládají, že se již cítili jako otcové), dále pak v tom, že se tato situace stále opakuje a také v tom, že po každém zamlklém potratu je třeba vyčkat další tři menstruace, a teprve poté je možné se o dítě znovu pokoušet. Pro hledání příčiny je však z lékařského hlediska třeba splnit podmínku tří zamlklých potratů. „*To už jsme byli skoro na dně.*“ říkají shodně páry. Samotné přistoupení k vyšetřeni bylo provázeno pocity „*byli jsme rádi, že se konečně něco děje*“.

Diagnózu neplodnosti i potráčivosti bylo dle respondentů snazší přijmout tam, kde byla zjištěna nějaká příčina nezdaru. V této skutečnosti nacházeli ženy i muži oporu v tom smyslu, že je možné situaci konstruktivně řešit. „... *vlastně jsme byli rádi, že to příroda vyřešila za nás ...*“ bylo řečeno v případě, kdy příčinou ukončeného těhotenství byla chromozomální odchylka plodu. Páry, kterým byla sdělena diagnóza idiopatická, provázely ambivalentní pocity. Na jedné misce vah byla radost z toho, že jsou fyzicky v pořádku, na druhé misce vah však někdy převažoval zmatek z toho, proč se vše stalo právě jim. Tyto úvahy dávali manželé do souvislosti s psychikou, což vyvolávalo velkou nejistotu v nich samotných i nejistotu v jejich vztahu. Podporu pro spojení diagnózy bez příčiny s psychikou nacházeli v každodenních reakcích svého okolí typu „*až se uvolníš, přijde to samo*“.

Přístup lékařů, se kterými se pravidelně scházeli, byl hodnocen kladně. S nevhodným, neprofesionálním až ponižujícím chováním, se však několik respondentů setkalo při jednorázovém vyšetřeni u jiných odborníků. Ti nebrali ohled na právo pacienta svobodně se rozhodnout pro či proti účasti mediků a byli postaveni před „*hotovou věc*“. V jednom případě měla žena zkušenost s ignorováním pozdravů i dotazů, následně pak s takovým ponižením, kdy díky otevřeným dveřím a neupozornění ze strany lékařky, ji od poloviny těla dolů svlečenou viděli lidé v čekárně. Nevhodné a někdy zraňující chování ze strany lékařů potvrzuje i výzkum Kláry Kořínkové (2009).

Další výrazné rozdíly, které z výpovědí vyplynuly, se týkají období procesu terapie. Zejména průběh terapie medicínské. V případech poruch plodnosti s absencí těhotenství vyplynula prvotní volba terapie z lékařského doporučení, s vírou v metody i lékaře. Příprava ženy na IVF je ženami i jejich partnery klasifikována jako velmi náročná, zatěžující fyzickou i psychickou stránku ženy. Zahrnuje nejen hormonální léčbu užívanou orálně, ale také aplikaci injekcí. Do popředí vystoupila také časová náročnost pro respondenty. V tomto období byli ženám velkou oporou jejich partneři. Tato zjištění se shodují s výzkumy Hany Konečné (2009) a Lenky Slepíčkové (2009). Na rozdíl od výzkumu Lenky Slepíčkové (2009) se však muži z tohoto výzkumu angažovali více emocionálně. Opora manželky nespočívala pouze v podpoře při přípravě na samotný transfer, ale také ve sdílení jejich pocitů po samotném zákroku, včetně sdílení „času čekání“, které vrcholí po 14. dnech.

Spokojenost s přístupem lékařů v procesu terapie byla celkově hodnocena kladně. Zároveň je však patrný určitý rozdíl, a to v souvislosti s klinikou, kde se léčba odehrávala. Na jedné klinice byla velmi pozitivně hodnocena informovanost, na druhé klinice tato spokojenost nebyla. V druhém případě respondenti hovoří o tom, že informací bylo mnoho, ale bez konkrétní orientace v nich a připouštějí i svůj vlastní podíl na této skutečnosti s tím, že se „*měli více ptát*“. Postupem času manželé zjistili, že přestože jim původně byl slibován individuální přístup ke každému dalšímu pokusu o otěhotnění, jejich terapie vždy probíhala téměř shodně, bez bližšího vysvětlení. Toto zjištění bylo zřejmé v případě obou klinik. V souvislosti s tím vystoupila do popředí také finanční stránka celé terapie. Jeden pár investoval 65.000,- Kč, druhý pár 200.000,- Kč, třetí pár byl zatím bez finanční investice. O finanční náročnosti léčby hovoří i Freundl a kol. (2008). Ani v jednom případě nepřinesly metody asistované reprodukce kladný výsledek. A to i přesto, že Doherty a Clark (2006) uvádí úspěšnost otěhotnění po IVF 30 až 45 %, což je úspěšnost vyšší než mají zdraví, plodní lidé. Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem (nedostatek informací, neindividuální přístup k dalšímu jednotlivému pokusu, výše finanční investice, neúspěšnost) respondenti hodnotí metody asistované reprodukce jako „*dobrý byznys*“. Obdobné hodnocení vyplynulo z výzkumu Lenky Javorkové (2007). Nedostatečnost lékařského přístupu spatřují především v orientaci všech odborníků na tyto metody. Z rozhovorů vyplynulo, že díky této zaměřenosti i oni sami nabyli dojmu, že je to jediné možné řešení jejich obtížné životní situace. Vzhledem k tomu, že u všech párů byla v konečné fázi diagnostikována neplodnost idiopatická, bez zjištěné příčiny, setkaly se

všechny páry s reakcí lékařů, že „jde o boj s přírodou“. U dvou párů je nyní zřejmá orientace na alternativní přístupy.

Jiný proces terapie probíhal u párů s potrácivostí. U idiopatické potrácivosti se o terapii s použitím léků hovořit nedá. Párům, u nichž byla zjištěna imunologická podstata problému, byly předepsány léky. Jedna žena tuto léčbu podstoupila. Druhá žena doporučení lékaře neuposlechla. První žena se ani po terapii pomocí medikamentů matkou nestala. Druhá žena, která terapii nepodstoupila, navzdory lékařskému hodnocení během krátké doby otěhotněla a porodila zdravé dítě. Všechny tři páry shodně uvádějí, že hledaly příčinu, která by byla vysvětlitelná z lékařského hlediska. Skutečnosti je však nasměrovaly k náhledu na psychickou stránku celého opakovaného problému. V tom je utvrdily i reakce okolí typu „*dejte tomu čas, pusťte to z hlavy a ono to přijde*“. V důsledku toho manželské páry obrátily svoji pozornost z medicínského přístupu k přístupům alternativním.

Výpovědi manželů potvrzují skutečnost, že všichni, více či méně, vyzkoušeli nějaké alternativní metody. Zpočátku ze zvědavosti, postupem času je začali využívat jako hlavní terapii. Ve všech případech neplodnosti se k takovému kroku rozhodli v průběhu terapie, u potrácivosti se začali zajímat o tyto metody již po prvním zamlklém potratu. Téměř ve všech párech byla tím aktivnějším v tomto směru žena. Bylo využíváno astrologických výpočtů plodných dnů, fyto terapie, reflexní masáže, biotronika, akupunktura a Dorneova metoda. V alternativních metodách respondenti spatřují přírodní lékařství, zahrnující holistický přístup k člověku. Z toho pak pramení důvěra v odstranění příčiny, a nejen „obejítí problému“, jak jsou i Hanou Konečnou (2009) některé medicínské přístupy nazvány. Pro alternativní metody se manželé rozhodli i pro náročnost hormonální léčby, ať už v případě neplodnosti nebo imunologické příčiny potrácivosti. Obojí jsou zátěžovou situací pro organismus, jehož oslabení se může, dle názorů respondentů, projevit i jiným způsobem. O využívání alternativních metod hovoří ve své knize Hana Konečná (2009), stejnou zkušenost získala ve svém výzkumu Klára Kořínková (2009).

Souhrnně můžeme říci, že všichni respondenti negativně hodnotí orientaci lékařů na medicínské postupy. Kladně by hodnotili zájem o člověka v jeho celistvosti, nejen z fyzického hlediska, ale také psychického. Obzvláště tehdy, když sami připouští, že „*někdy prostě zkouší, protože sami ještě neví.*“ Význam holistického přístupu v léčbě poruch plodnosti spatřují také například Ludmila Trapková a Vladislav Chvála (2009) či Josef Jonáš a Rosemary Gladstar (1995).

U všech párů je dle výpovědí patrný vlastní přínos v procesu terapie. Aktivnějším v tomto směru byly ženy, muži je však podporovali a ve většině případů se přizpůsobili,

tam, kde je to možné, stejnou měrou. Vlastní přínos je prezentován zejména jako změna životního stylu zahrnujícího stravu a pohyb, dále pak respondenti hovoří o pozitivním přístupu k životu, ve dvou případech o změně gynekologa. Takový přístup je patrný i u respondentů ve výzkumu Hany Haškové (2009).

Celý průběh terapie byl provázen vírou v její úspěšnost. Pouze jeden pár od začátku nevěřil, že by celý proces mohl přinést kladný výsledek. V současnosti můžeme konstatovat, že ani nepřinesl.

Samotný prožitek absence rodičovství byl u obou diagnóz obdobný, avšak zasazen do rozdílné situace, v jiné časové posloupnosti. Ta vyplývá především z toho, že páry s neplodností jsou již se svým stavem seznámeni, mají konkrétní informace, jsou poučeni o šancích i rizicích, které z léčby vyplývají a které mohou, ale nemusí předcházet úspěšnému těhotenství. Naopak páry, které přijali své těhotenství s radostí, a v jeho průběhu došlo k zamlklému potratu, prožívaly tento okamžik nejprve jako překvapení, šok. O této reakci se zmiňuje také P. Novotný (1997). Následovaly pocity prázdnoty, beznaděje, velké bolesti a zoufalství, provázené pláčem. Hana Konečná (2009) zdůrazňuje fakt, že je třeba, aby okolí uznalo vůči ženám tyto prožitky a poskytlo jim oporu. Ve většině případů tomu tak není, a výsledky plynoucí z tohoto výzkumu toto potvrzují. Ženy uvádí, že jim uznání jejich bolesti scházelo. Irena Sobotková (2007) hovoří také o nutnosti adekvátního chování k truchlícím rodičům. Je třeba jim usnadnit vyjádření emocí, najít způsoby jak rehabilitovat sebepojetí a sebeúctu, najít způsob, jak se s dítětem rozloučit. Takový přístup by mohl poskytnout psycholog, který by v těchto případech mohl být manželům velkou oporou.

I přes veškerou informovanost vkládaly dva páry do prvního pokusu IVF veškeré své naděje. Důvodem k takové víře může být fakt, že u jednoho páru byla snížená kvalita spermií, která byla nejen chirurgicky odstraněna, ale také před samotným oplodněním upravena. Manželé se tedy cítili zdraví. U druhého páru dle výpovědi hrála roli skutečnost, že nebyla zjištěna žádná konkrétní příčina neplodnosti, a tak manželé nabyli dojmu, že prostřednictvím metody asistované reprodukce je na rozdíl od přirozeného početí úspěch téměř zaručen. Po této zkušenosti oba páry prožívali pocity zklamání, bolesti, beznaděje, provázené obavami z budoucnosti. Třetí pár popisuje takové prožitky až v souvislosti s posledním, sedmým pokusem. Jak sami manželé říkají, důvodem ke změně jejich prožívání přispěly tři skutečnosti. Jednou byl fakt, že veškeré další pokusy již budou plně v jejich finanční režii. Druhá skutečnost vyplynula ze změny gynekologa, který se na rozdíl od předchozích šesti pokusů věnoval ženě individuálně, s jiným přístupem a jinou

strategií hormonální léčby a třetí skutečností bylo zjištění, že těhotenství bylo poprvé započato a žena slyšela bít srdce plodu. Souhra těchto tří okolností pro ně představovala zlomový bod, kdy z myšlenky, že „*to nemusí klapnout, připustili, že už to vyšlo*“.

Ženy již vnitřně přijaly svou roli matky, kterou si velmi přály a kterou jim někdo vzal. Na útok na jejich identitu reagovaly zlobou namířenou proti sobě, okolí i životu jako takovému. V těchto dimenzích hledali manželé i viníka. Pohybovali se mezi fatalismem a pocitem kontroly. Tato skutečnost potvrzuje zjištění plynoucí z výzkumů Kerryho Daly (1999, in Sobotková, 2007).

Výstupy z výzkumu Lenky Slepíčkové (2006) ukazují na skutečnost, že ženy se musí také vyrovnat s ironií neplodnosti. S možností existence snadných, avšak nechtěných početí, kterým bylo antikoncepcí bráněno. Shodné úvahy nacházíme i ve výpovědích žen v tomto výzkumu.

Ženy svojí bezdětnost prožívaly intenzivněji než většina mužů, což vyplývá i ze skutečnosti, že žena vše prožívá nejen na úrovni emocionální, ale také fyzické. Stejný názor prezentují i ostatní odborníci (Konečná, Ullčová-Galová a další). Je to její tělo, se kterým se něco děje, to ona v sobě měla život, to ona musela podstoupit revizi v nemocnici. Přesto, jak z tohoto výzkumu vyplynulo, čtyři muži ze šesti byli ženě po celou dobu velkou oporou, vše sdíleli společně.

Zajímavý a svým způsobem výjimečný byl přístup jedné ženy, která hovoří o tom, že zamklý potrat a jeho důsledky nazvala zdravotním problémem a cítila se jako nemocná. Z tohoto stavu nemoci pro ni vyplynuly určité výhody ve vztahu k okolí a ve vztahu k zaměstnání. Bohumila Baštecká a kol. (2003) v souvislosti s takovou situací hovoří o primárním a sekundárním zisku z nemoci. Primární zisk může být považován za obranný mechanismus proti uvědomění si bolestivých obsahů. Sekundární ziskem může být udržování určitých projevů nemoci proto, aby přinesly ženě nějaké uspokojení. V tomto konkrétním případě šlo o zájem ze strany okolí, uznání závažnosti situace a nalezení objektivního důvodu, proč se v dané době vyhýbá společnosti.

Za nejvíce stresující považují všechny páry ztrátu vidiny svého rodičovství, která je manifestována každodenním pohledem na šťastné rodiče či hovory druhých o dětech. Pro ženy je to pak i pocit ztráty možnosti prožít těhotenství a porod. Velkou zátěží byla také zpráva o každém novém těhotenství v rodině, blízkém i širokém okolí. Ženy byly velice citlivé vůči hovorům matek o dětech, v nichž si stěžovaly na své mateřství či rodičovství. Kromě stresujících okamžiků, které souvisí s menstruací, uvádí ženy i muži po umělém oplodnění obavy z toho, zda tělo ženy přijme oplodněné vajíčko, které vrcholí kolem 14.

dne. Pro muže bylo náročné vidět, jak jejich partnerka trpí, ať už během terapie či při prožívání neúspěchu. Pro páry, které se potýkaly s potrácivostí byla velmi stresující dlouhá doba čekání na další pokus. Za velmi stresující byla označena situace, kdy žena po revizi byla umístěna na pokoj společně s ženou po porodu. Taktéž skutečnost mimoděložního těhotenství, v jehož důsledku byl ženě odebrán vejcovod, byla považována za náročnou.

Vše, co manželé spolu prožívali, bezpochyby ovlivnilo jejich soužití. Partnerský vztah prošel v průběhu času několika proměnami. Tyto změny byly závislé na prožitku každého jedince a na způsobu, jakým se manželé se vzniklou situací vyrovnávali společně. Prožitá zkušenost, která byla doprovázena bolestivými pocity ztráty a zklamání, se promítla do oblasti komunikace, sexuálního života i do způsobů trávení volného času. V některých manželstvích se objevilo období konfliktů a hádek, které bylo dle slov respondentů „naštěstí“ vystřídáno pochopením a zájmem.

I v tomto výzkumu, stejně jako v dalších (Konečná, 2009, Slepíčková, 2009, Kořínková, 2009, Javorková, 2007) se potvrdila větší potřeba žen než mužů o svém prožitku hovořit. Přestože velká část mužů – čtyři ze šesti – byli ochotni a připraveni své ženě naslouchat, ženy tuto skutečnost hodnotily pozitivně, ale zároveň hovořily o omezené trpělivosti naslouchání ze strany muže. Tento jev je v odborné literatuře znám, hovoří o něm i například Stanislav Kratochvíl (2006). Dva muži se nejprve otevřené konfrontaci se situací i s manželkou vyhýbali. Postupem času se však u všech párů komunikace prohlubovala a stávala se otevřenější a pro oba partnery uspokojivější.

Stresující životní okolnost se projevila i v oblasti sexuálního života. Přestože dva páry uvádějí, že takové změny nepozorovaly, zbývající čtyři páry hovořily o výrazné změně v pohlavním životě. Důvodem je právě skutečnost, že těhotenství je podloženo pohlavním aktem. Ze sexuálního života se tedy vytrácí jeho přirozenost a spontánnost, je více plánovaný a zaměřený na výsledek. Jak vyplývá z výzkumu uvedených výše, je tento jev zcela běžným.

Změny v partnerském vztahu se promítly i do způsobu trávení volného času a do oblasti zájmů. Některé ženy nejprve reagovaly stagnací vůči těmto oblastem, naopak postupem času jim právě tyto skutečnosti poskytly podporu. Dvoje manželé si pořídili psa.

Proměna vzájemného vztahu byla patrná i v souvislosti s rozhodnutími, která partneři museli v průběhu času učinit. Jedná se o rozhodnutí plynoucí z volby lékaře, terapie a jejich jednotlivých kroků. Někteří zvažovali možnosti, které by přišly v úvahu po ukončení terapie či po definitivním rozhodnutí, že biologicky vlastního potomka nebudou mít. Jedná se o rozhodnutí pro bezdětnost nebo pro adopci. Všichni účastníci výzkumu

přiznávají, že v průběhu času se objevil okamžik, kdy zvažovali také možnost adopce. Jeden pár uvažuje o adopci jako o možnosti „daleké budoucnosti“, druhý pár věří, že otěhotní přirozenou cestou. Třetí pár se po 13. letech snahy o dítě rozhoduje pro bezdětnost. Ostatní tři páry již své biologicky vlastní dítě mají. Jeden pár z těchto tří byl po druhém neúspěšně zakončeném těhotenství rozhodnut pro adopci v případě, že se bude situace ještě několikrát opakovat. Psychologické rodičovství, jak je v odborné literatuře označováno (Matějček, 1989, Konečná, 2009), tak v těchto případech převažuje nad rodičovstvím biologickým.

Realita párů s poruchami plodnosti je vždy zasazena do blízkého i širokého okolí. Neodehrává se pouze mezi partnery, ale je ovlivňována a ovlivňuje i vztahy mimo manželství. Ve zmiňované náročné životní situaci nabyly na významu vztahy v rámci rodiny. Právě zde byl vytvořen prostor pro sdílení. V této souvislosti můžeme uvažovat o sociálně-emocionální funkci rodiny, o které hovoří Langmeier a Krejčířová (1998). Naopak u dvou žen, které zpočátku hodnotí své vztahy s rodinou jako velmi dobré, v této fázi rozhovoru hovoří o chybějící podpoře. Důvodem takového hodnocení je u jedné z žen nesplněné očekávání uznání bolesti. Přesto má pro své nejbližší pochopení v tom smyslu, že ví, jak je těžké vhodně reagovat. U druhé ženy, jak sama vypovídá, byla chvíle prvního nezdařeného pokusu IVF okamžikem, kde se vyhroutil situace mezi ní a matkou, která trvala téměř do současnosti. Jeden muž se setkal s negativní reakcí ze strany svých rodičů, kteří nechtěli přijmout skutečnost, že byla zjištěna příčina poruchy plodnosti na jeho straně.

Vztahy s přáteli jsou hodnoceny kladně zejména tam, kde byl projevem zájem o prožívanou situaci a kde byla možnost otevřené komunikace. Muži i ženy si v této době, dle svých slov, začali více všimnout, že nejsou v této situaci sami, že v jejich blízkém či širokém okolí jsou další páry, které prožívají totéž. Z některých těchto párů se postupem času stali přátelé. Respondenti připouští, že ve svém okolí narazili na nepříjemné reakce, ale na nikoho z nich neměli negativní dopad. Nesetkali se s předsudky, na jejichž základě by s nimi okolí jednalo jinak, jak uvádí například Naděžda Špatenková (2004). Tento výzkum však potvrdil skutečnost, že se některé ženy stigmatizují sami, tak, jak o tom hovoří Hana Konečná (2009) a Lenka Slepíčková (2006). Tyto ženy se vyhýbaly jakýmkoliv setkáním. Důvodem bylo očekávání nepříjemně prožívaných otázek a rozhovorů o dětech. Takové chování bývá označováno za sociální exkluzi, kdy se ženy cítí až na samém okraji „plodného světa“ (Konečná, 2009).

Významnou oblastí tohoto výzkumu byla oblast podpory, kterou manželé měli k dispozici a kterou využívali. Byť je způsob prožívání náročné životní situace plynoucí z absence rodičovství individuální záležitostí, nacházíme zde společné prvky. Velkou oporou si byli, po většinu času, manželé sami sobě navzájem. Výjimku nacházíme v těch okamžicích, kdy dva muži směřovali svoji pozornost i svůj čas jinam. Takové období bylo však v těchto konkrétních případech krátké. Významnou úlohu v podpoře manželského páru zaujímá rodina, přátelé a ti, kdož byli v podobné situaci.

Za přínosné považovali muži i ženy záměrnou organizaci svého času a přenesení své pozornosti jiným směrem. Takové jednání bylo snazší u mužů než u žen. Tento fakt potvrzují výzkumy Lenky Slepíčkové (2009) i výzkumy Susan Mikesellové a Margaret Stohnerové (1995, in Sobotková, 2007). U dvou párů byla pozitivně hodnocena opora ve svých denních rituálech, která jim pomohla překlenout nejnáročnější období. O pozitivním přínosu rodinných rituálů při zvládnání náročné životní situace hovoří Tereza Kimplová (2008) i Stanislav Kratochvíl (2006). V různých fázích celého období a v různě dlouhém časovém úseku bylo pro páry povzbudivé, či poskytující oporu, také hledání informací vztahující se k jejich diagnóze, možnostem terapie a strategiím zvládnání zátěže, nebo diskutování s páry prostřednictvím internetu. Čtyři páry vidí přínos ve své změně myšlení a ve změně životního postoje. Obojí vidí jako důsledek svého obratu z řešení poruchy plodnosti v rámci klasického lékařství v řešení daného problému prostřednictvím alternativních metod. Tato cesta jim ukázala, že existují i jiné možnosti a dala jim novou naději. Dvěma párům je velkou oporou čtyřnohý přítel, pes. Tento fakt je veřejností obecně považován za typickou reakci neplodných, o čemž píše Hašková (2009), Konečná (2009), Špatenková (2004) a další. V tomto výzkumu bylo potvrzeno, shodně s výzkumy Hany Konečné (2009) také prosociální chování jako podpora v zátěžové situaci. Jeden pár se rozhodl pro adopci na dálku, jiný pár se intenzivně věnuje své neteři. Dva páry uvádějí, že v určité fázi jejich snahy o dítě jim možnost adopce, která se jim jevila do budoucna jako lepší řešení než bezdětnost, byla oporou. Pět párů spatřuje pozitivní přínos také ve společném cíli partnerů a víře v úspěch. Společný cíl, víra v úspěch a pozitivní přehodnocení, které již bylo také zmíněno, byly shodně prezentovány ve výzkumu R. Baručákové (2003, in Sobotková) jako účinné copingové strategie. Stejně zjištění vyplývá i z výzkumu Hany Konečné (2009).

Obecně mezi lidmi panuje neochota k návštěvě psychologa. Takové zjištění vyplývá z výzkumu Hany Konečné (2009). Přesto je jeho role v takto náročné životní situaci významná, zejména v případě potráčivosti, jak píše ve své knize i Irena Sobotková (2007).

V rámci tohoto výzkumu jsme zjistili, že dvě ženy se na psychologa obrátily. Jedna tuto zkušenost hodnotí pozitivně, ale již nepovažuje za důležité v kontaktu s ním pokračovat, druhá hodnotila tuto zkušenost naopak. Ostatní pomoc psychologa „nepotřebovali“. Zároveň však připouští, že by psychologa navštívili, pokud by jim jeho návštěvu někdo doporučil, kdyby byl psycholog součástí lékařského týmu, nebo kdyby měli kontakt na konkrétní osobu, která se touto problematikou zabývá. Ze spolupráce s psychologem by spatřovali přínos v lepší orientaci v problematice poruch plodnost, v lepším zvládnutí stresových situací, v prohloubení empatie vůči partnerovi, v seznámení se s relaxačními a meditačními technikami, v orientaci dalších léčebných metod medicínských i alternativních. Přivítali by také možnost scházet se s těmi, kteří mají stejný problém. O takové spolupráci psychologa a párů s poruchou plodnosti pojednává i Irena Sobotková (2007) i Hana Konečná (2009), která přímo spolupracuje s Nadací Mateřská naděje. Zde v Olomouci jsme takové zázemí pro páry s poruchami plodnost nenašli.

Prožitá životní zkušenost nedobrovolné bezdětnosti výrazně zasáhla do života manželů. Nejen do oblasti prožívání, které se odrazilo změnou jejich chování a jednání, ale také do oblasti vnímání sebe sama a vnímání svého života. Přestože tato životní zkušenost jim přinesla nesmírně bolestivé poznání, že to, co je považováno za samozřejmost, dítě, samozřejmě není, že to, co doposud měli pod svojí kontrolou, plodnost, kterou dříve blokovali užíváním antikoncepce, již pod svojí kontrolou nemají, nacházejí na této zkušenosti i pozitivní aspekty. Mezi ně patří upevnění vztahu, větší empatie vůči partnerovi i vůči svému okolí, uvědomění si pevné opory v rodině a přátel, prohloubení a zkvalitnění vzájemné komunikace. Za přínos je považována změna životního postoje a jeho posun k optimismu, uvědomění si větší zodpovědnosti za své životy, za své zdraví. Ženy, které již mají děti, hovoří o větším prožitku mateřství a větší vnímavosti vůči svému dítěti. Výrazně kladně je hodnocena změna životních hodnot. Více si váží sami sebe i sebe navzájem, přátel. Snáze rozlišují co je v životě důležité a co nikoliv a zaujali jiný vztah k penězům. Tato zjištění jsou shodná s výzkumy Hany Konečné (2009). Zajímavým výstupem tohoto výzkumu je „uvědomění si větší zodpovědnosti za své životy, za své zdraví“, které dle výpovědi respondentů vyplývá z přijetí psychosomatického přístupu a z východní filozofie. Tu často vnímají na pozadí různých alternativních metod.

Objevily se však i skutečnosti, které manželům něco vzaly. V tomto případě jde o radost, klid, čas, vizi rodičovství a vizi samotného prožitku těhotenství a porodu.

Téměř všichni účastníci výzkumu hledali a našli určitý smysl celého prožitku absence rodičovství, či jinak řečeno nedobrovolné bezdětnosti. Vnímají ji jako příležitost vytvořit

pro své dítě ještě lepší podmínky, než by mělo tehdy, příležitost pro ukončení studia, příležitost věnovat se více sobě, poznat sebe sama, vnímají ji jako zkušenost, za kterou jsou vděční, neboť bez ní by nebyli tací, jací nyní jsou. Někteří cítí vděčnost za to, že měli příležitost setkat se i s jinými alternativami v oblasti péče o tělo a duši, než jen s běžně známými lékařskými přístupy. Právě tito respondenti hovoří o novém prostoru pro sebepoznání, sebeúctu i úctu k druhým.

Je zřejmé, že výše uvedené výstupy a hodnocení prožité zkušenosti, jsou do jisté míry ovlivněny několika aspekty. Jedná se o respondenty, kteří se o otěhotnění začali pokoušet v době, kdy jejich věk z lékařského hlediska nebyl nijak rizikový. Jednotlivé páry byly právoplatnými manželi, uznávali hodnotu manželství, hodnotu rodiny a z nich plynoucí hodnotu dítěte. Pět párů ze šesti má velmi blízký vztah k alternativním metodám. Tři páry ze šesti již mají dítě. Tři páry se mezi sebou znají. Při společné cestě za dítětem tak mohli být ovlivněni názory a zkušenostmi druhých. Pouze jeden pár prožil v posledních měsících ztrátu. Jejich výpověď tedy mohla být ovlivněna aktuálními pocity. Někteří sami připouští, že *„Kdybychom spolu mluvili tenkrát, možná bychom něco popsali jinak.“*

Myslíme si, že tento výzkum je přínosný tím, že v jednotlivých oblastech vyplývajících z výzkumných otázek staví vedle sebe odděleně dvě poruchy plodnosti – neplodnost a potráčovost. Jak z výzkumu vyplývá, byť obě dvě poruchy vedou k absenci rodičovství, má každá z nich určitá specifika.

3. ZÁVĚR

V diplomové práci je reflektována problematika nedobrovolné bezdětnosti, vyplývající z poruch plodnosti, a její dopad na život těch, kteří ji prožili nebo prožívají. Cílem práce bylo tedy zjistit názory na prožitou životní zkušenost, popsat vnímání průběhu celého procesu od okamžiku, kdy bylo zjevné, že naplnění jejich touhy stát se rodičem nebude tak snadné jako u ostatních, až po současný stav. A také zmapovat skutečnosti, které poskytly párům podporu a které jim naopak chyběly.

Výzkum potvrdil vysokou hodnotu rodiny, manželství i dítěte manželů již v počátcích snah o dítě, v pěti případech s vědomím obětí i přínosů dítěte do jejich života.

Průběh vyšetření a terapie byl vnímán jako náročná životní situace. Vzhledem k tomu, že tyto procesy jsou u neplodnosti a potráčovosti zasazeny do jiného časového horizontu celého prožitku nedobrovolné bezdětnosti, byly zjištěny rozdíly v jejich prožívání. Volba terapie byla z původních medicínských metod přenesena na metody alternativní, neboť po lékaři doporučené léčbě nebyl patrný pozitivní výsledek. V ní spatřují naději a smysl. Přistupují ke svému stavu holisticky, což se projevilo vědomím větší zodpovědnost za své zdraví. Diagnóza neplodnosti i potráčovosti byla přijímána snadněji se zjištěním příčiny nezdaru, neboť poskytovala vizi možného konstruktivního řešení. Nezjištění příčiny bylo provázeno ambivalentními pocity.

Prožitek absence rodičovství i samotných těhotenských ztrát byl provázen hlubokými emocionálními prožitky, které se promítly do sebepojetí, partnerského života i do dalších sfér. Výrazně zasáhl do manželského vztahu, zejména do oblasti komunikace a sexuálního života.

Nebyla zjištěna stigmatizace ani exkluze ze strany okolí, ale pouze ze strany samotných žen. Negativní zkušenost ve vztahu k okolí byla patrná pouze ze strany lékařů.

Za nejvíce stresující považovaly shodně páry ztrátu vidiny svého rodičovství, která je manifestována každodenním pohledem na šťastné rodiče či informací o každém dalším těhotenství druhých. Velkou zátěží byla pro ženy představa, že neprožijí těhotenství a porod. Stresující bylo období menstruace, po transferu pak období kolem 14. dne. Dále pak dlouhá doba čekání na další možný „pokus“ u diagnózy potráčovosti. Pro muže bylo náročné „vidět svoji ženu trpět“.

Oporu nacházeli manželé u sebe navzájem, ve svém nejbližším okolí, v orientaci na jiné skutečnosti, v denních rituálech, ve vyhledávání informací, v prosociálním chování, ve společném cíli a víře v úspěch.

Některým ženám chybělo uznání závažnosti jejich stavu.

Pomoc psychologa by byla přijata všemi manželskými páry za předpokladu, že psycholog by byl součástí lékařského týmu nebo za předpokladu, že by získali kontakt na konkrétního odborníka, který se dané problematice věnuje. Očekávali by od něho větší orientaci v problematice, seznámení se všemi lékařskými i alternativními metodami, posílení sebevědomí, pomoc při zvládání stresových situací, pomoc při řešení partnerských konfliktů, prohloubení empatie vůči partnerovi, seznámení s relaxačními a meditačními technikami.

Přestože prožitek nedobrovolné bezdětnosti byl pro všechny náročnou životní situací, hodnotí ji jako přínosnou. Její přínos spatřují v upevnění vztahu, v získání větší empatie vůči partnerovi i vůči svému okolí, uvědomění si pevné opory v rodině a přátel, prohloubení a zkvalitnění vzájemné komunikace, ve změně životního postoje, ve změně životních hodnot. Ženy, které již mají děti, hovoří o větším prožitku mateřství a větší vnímavosti vůči svému dítěti.

Každý z účastníků výzkumu spatřuje v prožité zkušenosti určitý smysl.

Myslíme si, že tento výzkum je přínosný tím, že v jednotlivých oblastech vyplývajících z výzkumných otázek staví vedle sebe odděleně dvě poruchy plodnosti – neplodnost a potrácivost. Jak z výzkumu vyplývá, byť obě dvě poruchy vedou k absenci rodičovství, má každá z nich určitá specifika.

Výzkum byl omezen počtem šesti manželských párů, jejichž cesta k dítěti je nebo byla komplikovaná neschopností otěhotnět, a nebo potrácivostí. Vzhledem k tomuto omezení jsou tedy výsledky této práce spíše orientační či mohou sloužit jako podnětný materiál pro další výzkumy. Jistě by bylo zajímavé udělat rozhovory s více manželskými páry a sledovat vývoj jejich názorů, postojů a způsob vnímání celého procesu v co nejdelším časovém horizontu.

4. SOUHRN

Nedobrovolná bezdětnost je termínem širokým, s často nejasnými hranicemi. Vyjadřuje absenci rodičovství, která vyplývá nejen z poruch plodnosti, ale také z absence partnera, absence heterosexuálního partnera nebo z neúspěchu v adopčním řízení. Pro tuto práci je pojem nedobrovolná bezdětnost omezen na nenaplněné rodičovství z důvodu poruch plodnosti – neplodnosti (sterility) a potráčovosti (infertility). Vzhledem k závažnosti a stále častějšímu výskytu poruch plodnosti se o této problematice hovoří jako o fenoménu 21. století. Dostává se jí pozornosti ve vědeckém výzkumu v oblasti medicíny, sociologie i psychologie.

Období absence rodičovství může být jakkoli dlouhé. Ať již bylo rodičovství naplněno narozením dítěte, adoptí nebo rozhodnutím se pro bezdětnost, samotný prožitek tohoto náročného životního období vnesl do života aktérů specifické okolnosti, které zahrnují aspekty biologické, psychologické, sociální i spirituální. Volba tohoto tématu jako diplomové práce byla zcela přirozeným vyústěním osobní zkušenosti s prožitkem několika let dlouhé nedobrovolné bezdětnosti.

Diplomová práce je komponována do dvou částí – teoretické a výzkumné. Teoretická část je zpracována na podkladě studia odborné literatury v oblasti rodičovství a jeho absence z pohledu sociálního, medicínského a psychologického. Mezi autory takto orientované literatury patří například Hašková, Rabušic, Doherty, Clark, Novotny, Ullčová-Galová, Trčová, Matějček, Sobotková, Konečná, a další. Využity byly i provedené výzkumy autorů Slepíčková, Zamykalová, Matthews, Matthews a jiných.

V její obecné části jsou vymezeny a vysvětleny často a snadno zaměnitelné pojmy, jakými jsou neplodnost, dobrovolná a nedobrovolná bezdětnost. Je zde poukázáno na rozsáhlost problematiky vyplývající z poruch plodnosti v českém i celosvětovém měřítku. Hovoří se o 60 - 80 milionech lidí na celém světě, kterých se týkají poruchy plodnosti, a z nichž polovina zůstává bezdětná doživotně. V České republice se ještě před několika lety uvádělo, že je 10 – 15 % párů, které vyhledávají odbornou pomoc, v současné době tento údaj vzrostl až na 15 – 20 %. Přestože většina lidí potýkajících se s poruchou plodnosti je jejich definovaný problém vnímán jako stav, poskytla WHO svým prohlášením neplodnosti za nemoc možnost konstruktivního uchopení. Tím je myšlena nejen finanční účast státu na léčbě, výzkumu a výuce v této oblasti, ale také změna přístupu k takto postiženým lidem zdůrazněním psychosociální stránky skutečnosti.

Rodičovství je důležitou součástí života většiny lidí a je patrně nejvýznamnějším přechodem v jejich životě. Je primárně biologicky podmíněno a zároveň je sociálně a psychologicky významné, stimuluje morální růst. Z rodičovství vyplývající rodičovská role je důležitou součástí identity dospělého člověka. Narozením dítěte se z manželství stává rodina. Dítě přináší do života rodičů řadu nových prožitků, bohatost a smysluplnost života, umožňuje přesah vlastní existence, uspokojuje psychické potřeby rodičů. Pro objektivitu je však třeba dodat, že zatímco některé potřeby se narozením dítěte naplňují, jiné jsou jím současně omezeny.

Na vzniku a způsobu prožívání nedobrovolné bezdětnosti zasahuje celá řada sociálních vlivů, jakými jsou změna rodinného a partnerského chování, tendence odsouvat rodičovství do vyššího věku, žít v singlovství nebo v dobrovolné bezdětnosti. Roli hraje i změna postavení ženy ve společnosti a ekonomické faktory. Názory, postoje a předsudky širokého okolí bezdětných jsou mnohdy důvodem k jejich stigmatizaci a exkluzi. Stigmatizovat se, neboli vyřadit se na okraj společnosti, však mohou i sami bezdětní svým očekáváním takového chování od okolí nebo záměrným vyhýbáním se situacím, které jsou pro ně velmi bolestivé (například pohled na maminky s dětmi).

Medicínský přístup vychází z plodnosti jako obecného synonyma zdraví a obvykle je považována za samozřejmou. Plodnost je však stále častěji nahrazena některou z jejích poruch – neplodností (sterilitou) a potráčovostí (infertilitou). Pro neplodnost je charakteristická neschopnost otěhotnět, pro potráčovost neschopnost donosit dítě. Příčina obou poruch plodnosti může mít podklad fyziologický nebo psychologický. Příčina může být zjištěná, tedy označená diagnózou nebo idiopatická, neboli bez příčiny. Příčina může být objevena na straně ženy (50%) i muže (50%). Terapie poruch plodnosti skýtá řadu možností medicínských a alternativních, z nichž nejvíce diskutované jsou dnes metody asistované reprodukce.

Zkušenost nedobrovolné bezdětnosti má na život člověka takový dopad a v takovém měřítku, jako samotné rodičovství. Je považována za stresující životní okolnost, která výrazně zasahuje do sebepojetí, partnerského vztahu i do dalších sfér života, a která vyvolává specifické emocionální reakce. Zejména po těhotenské ztrátě je psychologická bolest značná, opakovaná zklamání mohou u žen vést až k depresivním symptomům. Často bývá zdůrazňován genderový rozdíl v prožitcích a přístupech k absenci rodičovství. Vzhledem k tomu, že se jedná o velmi náročnou životní událost, je psychologická pomoc na místě.

Na tomto teoretickém základě bylo následně definováno 8 výzkumných otázek. Jejich prostřednictvím jsme se pokusili zjistit názory na prožitou životní zkušenost nedobrovolné

bezdětnosti. Zjistit, jak vnímali průběh celého procesu od okamžiku, kdy bylo zjevné, že cesta k dítěti nebude snadná až po současný stav a zmapovat skutečnosti, které jim poskytly oporu a které jim chyběly. Pro zkoumání tohoto fenoménu byl zvolen kvalitativní přístup, s využitím metody polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor byl fixován na audiozáznam. Po doslovné transkripci byla provedena systematizace kvalitativních dat. Zpracováním získaných údajů vznikl soubor dat, který byl použit jako výchozí materiál pro formulaci odpovědí na výzkumné otázky. Pro výběr výzkumného souboru byla použita metoda příležitostného výběru. Zkoumaný soubor je tvořen 6 manželskými páry ve věkovém rozpětí od 29 do 37 let. Délka období snah o dítě se pohybuje v rozmezí 2 roky až 13 let. U 3 párů byla diagnostikována neplodnost, u 3 párů potrácivost. V současné době mají 3 páry biologicky vlastní dítě. Jedná se o 2 páry s diagnózou potrácivosti, a o 1 pár s diagnózou neplodnosti.

Souhrnně můžeme říci, že všichni účastníci tohoto výzkumu přikládali dítěti od počátku velkou hodnotu jako součásti svého životního plánu. I s vědomím přínosů i obětí, která z rodičovství vyplývají. Větší část respondentů nacházela velký vzor ve svých rodinách. Tedy i hodnota rodiny a manželství byla významná. V průběhu vyšetření i v průběhu terapie byl patrný výrazný rozdíl mezi páry s diagnózou neplodnosti a potrácivosti. Ten přirozeně vyplývá z období, ve kterém se tyto procesy odehrávají. V případě neplodnosti byli sice manželé znepokojeni absencí těhotenství, ale prozatím se vše odehrávalo v rovině úvah, popřípadě obav z budoucnosti. V případě potrácivosti byly výše uvedené procesy zasazeny do období již prožívaných, opakujících se těhotenských ztrát. V té době měli manželé za sebou stavy hlubokého zoufalství, beznaděje a zklamání, a byli v dlouhodobě prožívaném stresu. Diagnóza neplodnosti i potrácivosti byla snáze přijímána tam, kde byla zjištěna příčina nezdarů, neboť tam byla vize možného konstruktivního řešení. Nezjištění příčiny bylo provázeno ambivalentními pocity radosti z toho, že jsou manželé po zdravotní stránce v pořádku a pocity zmatku „proč se to tedy stalo právě jim“. Tyto úvahy dávali manželé do souvislosti s psychikou, což vyvolávalo velkou nejistotu v nich samotných i nejistotu v jejich vztahu. Proces terapie zahrnuje terapii medicínskou, alternativní a vlastní přínos. V procesu terapie medicínské vyplynula prvotní volba manželů z lékařského doporučení, s vírou v metody i lékaře. V případě potrácivosti byla v jednom případě doporučená terapie odmítnuta, v druhém případě přijata, ve třetím případě nebyla taková terapie stanovena vůbec. Vzhledem k tomu, že u respondentů tohoto výzkumu nebyla medicínská terapie ani v jednom případě úspěšná, u 5 párů ze 6 došlo k naprosté orientaci na metody alternativní. V ní spatřují naději

a smysl. Přístupují ke svému stavu holisticky, což se projevilo vědomím větší zodpovědnost za své zdraví. Vlastním přínosem je v tomto směru myšlena změna životosprávy, změna lékaře a změna odrážející se v pozitivním myšlení. Prožitek absence rodičovství i samotných těhotenských ztrát byl provázen hlubokými emocionálními prožitky, které se promítly do vnímání sebe sama, partnera i okolí. Výrazně zasáhl do manželského vztahu, zejména do oblasti komunikace a sexuálního života. Nebyla zjištěna stigmatizace ani exkluze ze strany okolí, ale pouze ze strany samotných žen. Negativní zkušenost ve vztahu k okolí byla patrná pouze ze strany lékařů. Za nejvíce stresující považovaly shodně páry ztrátu vidiny svého rodičovství, která je manifestována každodenním pohledem na šťastné rodiče či informací o každém dalším těhotenství druhých. Velkou zátěží byla pro ženy představa, že neprožijí těhotenství a porod. Pro muže bylo náročné vidět svoji ženu trpět. Oporu nacházeli manželé u sebe navzájem, ve svém nejbližším okolí, v orientaci na jiné skutečnosti, v denních rituálech, ve vyhledávání informací, v prosociálním chování, ve společném cíli a víře v úspěch. Některým ženám chybělo uznání závažnosti jejich stavu. Pouze ve dvou případech byla využita pomoc psychologa. Přivítána by byla u všech párů za předpokladu, že by byl součástí lékařského týmu nebo by jim byl doporučen konkrétní odborník na tuto problematiku. Taktéž by přivítali setkávání s lidmi v podobné situaci. Od psychologa by očekávali větší orientaci v problematice, seznámení se všemi lékařskými i alternativními metodami, posílení sebevědomí, pomoc při zvládání stresových situací, pomoc při řešení partnerských konfliktů, prohloubení empatie vůči partnerovi, seznámení s relaxačními a meditačními technikami. Přestože prožitek nedobrovolné bezdětnosti byl pro všechny bolestivou životní situací, hodnotí ji jako přínosnou. Její přínos spatřují v upevnění vztahu, v získání větší empatie vůči partnerovi i vůči svému okolí, uvědomění si pevné opory v rodině a přátel, prohloubení a zkvalitnění vzájemné komunikace, ve změně životního postoje, ve změně životních hodnot. Ženy, které již mají děti, hovoří o větším prožitku mateřství. Každý z účastníků výzkumu spatřuje v prožité zkušenosti určitý smysl.

Informace vyplývající z tohoto výzkumu je možné využít ve spolupráci s lidmi, kteří usilují o dítě. Přínos tohoto výzkumu spatřujeme v získání informací jak se těmto párům přiblížit a v získání informací, jaká očekávání od spolupráce s psychologem mají. Za přínosné považujeme i poukázání na rozdílnost průběhu vyšetření a terapie u diagnózy neplodnosti a potráčovosti, a na některá specifika, která vyplývají především z časového zasazení okamžiku bolestivého zjištění do života partnerů.

SEZNAM LITERATURY

- Bártlová, S. (2003). Sociologie medicíny a zdravotnictví. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
- Baštecká, B. a kol. (2003). Klinická psychologie v praxi. Praha: Portál
- Biermann, Ch., Raben, R. (2006). Maminkou ve čtyřiceti? Praha: Portál
- Brablčová, V., a kolektiv. (1977). Manželství, rodina a rodičovství. Praha: Horizont
- Dethlefsen, T., Dahlke, R. (2003). Nemoc jako cesta. Praha: Knižní klub
- Doherty, C.M. & Clark, M. M. (2006). Léčba neplodnosti. Podrobný rádce pro neplodné páry. Brno: Computer Press
- Fenclová, J. (1999). Když dítě nepřichází. Praha: Pastorační středisko při arcibiskupství Pražském
- Fialová, L., Hamplová, D., Kučera, M., Vymětalová, S. (2000). Představy mladých lidí o manželství a rodičovství. Praha: Sociologické nakladatelství
- Freundl, G., Gnoth, Ch., Frank-Herrman, P. (2008). Chceme mít miminko. Nové cesty k vytouženému dítěti. Praha: Jan Vašut s.r.o.
- Hamplová, D., Rychtaříková, J., Pikálková, S. (2003). České ženy: vzdělání, partnerství, reprodukce a rodina. Praha: Sociologický ústav AV ČR
- Hašková, H. (2009). Fenomén bezdětnosti. Praha: Sociologické nakladatelství SLON
- Hašková, H., Šalamounová, P., Víznerová, H., Zamykalová, L. (2006). Sociologická studie: fenomén bezdětnosti v sociologické a demografické perspektivě. Praha: Sociologický ústav AV ČR
- Hašková, H., Zamykalová, L. (2006): Mít děti - co je to za normu? Čí je to norma? Biograf (40-41): 130 odst., [cit. 22. 11. 2010]. Dostupné na adrese <http://www.biograf.org/clanky/clanek.php?clanek=v4001>
- Hendl, J. (2005). Kvalitativní výzkum. Praha: Portál
- Hynie, J., Trapl, J., Čech, J. (1964). Lidská plodnost a její poruchy. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství
- Chaloupková, J., Šalamounová, P. (2004). Postoje k manželství, rodičovství a k rolím v rodině. Praha: Sociologický ústav AV ČR
- Javorková, L. (2007). Neplodnost jako sociální fenomén 21. století. (bakalářská práce). Brno: MU PF
- Jonáš, J., Gladstar, R. (1995). Přírodní léčba pro ženy. Praha: TOK

- Kimplová, T. (2008). *Základy psychologie manželského a rodinného soužití*. Ostrava: Ostravská univerzita
- Kolačná, E. (2006). *O lásce manželské a rodičovské*. Praha: CEVAP
- Konečná, H. (2003). *Na cestě za dítětem. Dvě malá křídla*. Praha: Academia
- Konečná, H. (2009). *Na cestě za dítětem. Dvě malá křídla*. Praha Galén, 2. Vydání
- Kořínková, K. (2009). *Porucha plodnosti pohledem společnosti*. (bakalářská práce). Brno: LF MU
- Kratochvíl, S. (2006). *Manželská terapie*. Praha: Portál
- Křenková, K. (2000). *Neplodnost*. Praha: Jan Vašut s.r.o.
- Křivohlavý, J. (2005). *O šťastném manželství s Jaro Křivohlavým*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství
- Langmeier, J., Krejčířová, D. (1998). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o.
- Lechner, L., Bolman, C., A. van Dalen (2006). Definitive involuntary childlessness: associations between coping, social support and psychological distress. *Human Reproduction*. 22 (1): 288-294. [cit. 22. 11. 2010]. Dostupné na: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/22/1/288.full>
- Machová, J., Hamanová, J. (2002). *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: HaH
- Matoušek, O. (2003). *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství
- Matějček, Z. (1989). *Rodiče a děti*. Praha: Avicenum
- Matějček, Z. (1992). *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství
- Matějček, Z. (2004). *Psychologické eseje z konce kariéry*. Praha: Nakladatelství Karolinum
- Matthews, R., A. M. Matthews. (1986). Infertility and Involuntary Childlessness: The Transition to Nonparenthood. *Journal of Marriage and the Family* 48 (3): 641-649. [cit. 22. 11. 2010]. Dostupné na <http://ftp.columbia.edu/itc/hs/nursing/m4050/baker/09LossFamP/matthews.pdf>
- Mardešić, T. (1996). *Neplodnost*. Praha: Makropulos
- Mareš, P., Potočný, T., Sirovátka, T. (2003). *Modernizace a česká rodina*. Brno: Barrister a Principal
- Miovský, M. (2003). *Normy diplomových prací*. Olomouc

- Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada
- Možný, I. (2006). Rodina a společnost. Praha: Slon
- MPSV (2004). Národní zpráva o rodině.
- Novotny, P. P. (1997). Co dělat při neplodnosti. Praha: Pragma
- Pakosta, P. (2009). Proč chceme děti: hodnota dítěte a počet preferovaných dětí v České republice. Sociologický časopis. č. 5. (899-934). [cit. 22. 11. 2010]. Dostupné na: http://sreview.soc.cas.cz/uploads/5b7a99c8c0f63834cd821d8ea66a7702837534ba_PakostaSC2009-5.pdf
- Predáčovi, J., & S. (2006). Stručná učebnice symptotermální metody přirozeného plánování rodičovství. Olomouc: Maticе Cyrilometodějská, s.r.o.
- Rabušic, L. (2001). Kde ty všechny děti jsou? Porodnost v sociologické perspektivě. Praha: Sociologické nakladatelství
- Rychtaříková, J., Pikálková, S., Hamplová, D. (2001). Diferenciace reprodukčního a rodinného chování v evropských populacích. Sociologický ústav Akademie věd České republiky.
- Řežábek, K. (1999). Léčba neplodnosti aneb Co dělat, když chceme dítě. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Říčan, P. (2004). Cesta životem. Praha: Portál
- Sheehyová, G. (1999). Průvodce dospělostí. Praha: Portál
- Slepičková, L. (2006). Nedobrovolná bezdětnost jako sociologické téma. Sociologický časopis. č. 5 (937-951). [cit. 22. 11. 2010]. Dostupné na: http://sreview.soc.cas.cz/uploads/9090dcc5f2023f0345aaf6267388d9960a87f9fa_610_06Sl epickova16.pdf
- Slepičková, L. (2009). Neplodnost jeho a neplodnost její: Genderové aspekty asistované reprodukce. Sociologický časopis. č. 1. (177-203). [cit. 22. 11. 2010]. Dostupné na: http://sreview.soc.cas.cz/uploads/e46d305a8dc5a61fad318d1e0b8f1b19af4298b8_516_Sle pickovaSC2009-1.pdf
- Sobotková, I. (2007). Psychologie rodiny. 2., přepracované vydání. Praha: Portál
- Strašíková, B. (2004). V roli rodičů a prarodičů. Praha: Husitská teologická fakulta UK
- Špatenková, N. (2004). Krizová intervence pro praxi. Praha: Grada
- Trča, S. (2009). Plánované rodičovství. Nejlepší cesta k narození zdravého dítěte. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Tress, W., Kruss, J., Ott, J. (2008). Základní psychosomatická péče. Praha: Portál

Trapková, L., Chvála, V. (2009). Rodinná terapie psychosomatických poruch: (rodina jako sociální děloha). Praha: Portál

Ulčová-Gallová, Z. (2006). Neplodnost - útok imunity: metody vyšetření, příčiny neplodnosti, důvody potráčivosti, metody léčby, nejčastější otázky. Praha: Grada

Uzel, R. (2010). Antikoncepční kuchařka. Hormonální antikoncepční tableta. Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu. [cit. 22. 11. 2010]. Dostupné na:

<http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocclanku=2006011011>

Vágnerová, M. (2000). Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří. Praha: Portál

Zoja, L. (2005). Soumrak otců. Praha: Prostor

Internet:

<http://www.sexus.cz/problematika-neplodnosti-v-partnerskem-vztahu>

<http://www.neplodnost.cz>

<http://www.lecba-neplodnosti.cz>

<http://www.materska-nadeje.cz>

<http://www.stopneplodnosti.cz>

PŘÍLOHY:

1. ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE V ČESKÉM JAZYCE
2. ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE V ANGLICKÉM JAZYCE
3. ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE
4. POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR
5. INFORMOVANÝ SOUHLAS
6. ROZHOVORY