

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**GENDEROVÉ ASPEKTY ASISTOVANÉ
REPRODUKCE**

**GENDER ASPECTS OF ASSISTED
REPRODUCTION**



Magisterská diplomová práce

Autor: Karolína Davidová
Vedoucí práce: PhDr. Olga Pechová, Ph.D.

Olomouc
2014

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Genderové aspekty asistované reprodukce“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne

Podpis

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla upřímně poděkovat svým rodičům za umožnění mého vysokoškolského studia a jejich podporu při něm. Velice děkuji vedoucí mé práce paní PhDr. Olze Pechové, Ph.D. za cenné podněty a rady. Děkuji také všem respondentům za sdílení jejich osobních příběhů. V neposlední řadě upřímně děkuji svému snoubenci Janovi za jeho trpělivost, podporu, a za to, že je mi neustálou inspirací. Tuto práci mu tímto věnuji.

Obsah

Úvod	7
I Teoreticko-kritická analýza dosavadních poznatků	8
1 Pohlaví a gender	9
1.1 Pohlaví	9
1.2 Gender	10
2 Infertilita	13
2.1 Typy infertility	13
2.2 Příčiny neplodnosti a její prevalence	13
2.2.1 Ženská neplodnost	14
2.2.2 Mužská neplodnost	16
2.3 Vztah infertility a stresu	18
3 Psychologické aspekty infertility	20
3.1 Motivy k rodičovství	20
3.2 Vliv neplodnosti na psychiku	21
3.3 Vliv neplodnosti na partnerský vztah	22
3.4 Význam sociální opory	23
3.4.1 Rodina	24
3.4.2 Širší sociální okolí	24
3.4.3 Svépomocné skupiny a internet jako zdroj informací	25
4 Metody asistované reprodukce	26
4.1 Diagnostika neplodnosti	26
4.2 IUI: Intrauterinní inseminace	28
4.3 IVF: In-vitro fertilizace	29
4.3.1 Speciální postupy využívané při IVF	30
4.4 Kryokonzervace	31
4.5 Dárcovství spermatu a vajíček	32
5 Psychoterapie a poradenské vedení	33

5.1	Teoretické rámce psychoterapie využívané při práci s tématem neplodnosti	33
5.1.1	Psychodynamická psychoterapie	34
5.1.2	Kognitivně-behaviorální psychoterapie	34
5.1.3	Strategická a na řešení orientovaná psychoterapie	35
5.1.4	Krizová intervence	35
5.1.5	Poradenství orientované na truchlení	36
5.2	Zásadní témata psychoterapie a poradenství v oblasti infertility	36
6	Genderové aspekty neplodnosti a asistované reprodukce	39
II	Výzkumná část	42
7	Výzkumný problém, cíle práce a výzkumné otázky	43
7.1	Výzkumný problém	43
7.2	Výzkumné cíle	43
7.3	Výzkumné otázky	44
8	Metodologický rámec	45
8.1	Design výzkumu a metoda získávání dat	45
8.2	Metoda zpracování a analýzy dat	47
8.3	Etické problémy a způsob jejich řešení	48
9	Charakteristiky výběrového souboru	49
10	Analýza dat: popis a interpretace	50
11	Diskuze	60
12	Závěry	70
	Souhrn	71
	Seznam literatury	82
	Abstrakt diplomové práce	
	Abstract of thesis	

Seznam obrázků

Seznam tabulek

Seznam příloh

Úvod

Žijeme v době, kdy se rodí více a více dětí počatých pomocí metod asistované reprodukce. Ačkoli poruchy plodnosti byly dříve tabuizovaným tématem, dnes se o jejich vysoké prevalenci vede otevřená diskuze. V České republice se dle statistik s neplodností potýká 15 % všech párů v reprodukčním věku (ČTK, 2013), což je velmi alarmující údaj.

Infertilita představuje mnohovrstvý fenomén, který se projevuje na biologické, psychické a sociální úrovni. Je tedy nepřijatelné neplodnost chápat výhradně jako fyziologickou neschopnost počít, nýbrž je nutné na ni nahlížet v celé její komplexnosti a vnímat i její psychologický a sociální rozměr.

Přístupujeme-li k neplodnosti jako k bio-psycho-sociální krizi, nabývá výzkum psychologických aspektů neplodnosti a její léčby prudce na významu. Aplikace jeho poznatků by se pak měla stát nedílnou součástí komplexního přístupu v léčbě poruch plodnosti a poskytnout tak teoretickou bázi pro tvorbu relevantních poradenských a psychotherapeutických programů.

První část této práce se věnuje teoreticko-kritické analýze dosavadního poznání v oblasti reprodukční psychologie se zaměřením na genderová specifika. V duchu komplexního přístupu je zde poukázáno jak na biologické aspekty neplodnosti, soudobé možnosti diagnostiky a léčby pomocí metod asistované reprodukce, tak na psychologický a sociální kontext neplodnosti.

V empirické části této práce je prezentován kvalitativní výzkum realizovaný formou hloubkových rozhovorů s páry potýkajícími se s nedobrovolnou bezdětností, který se snaží přispět k porozumění genderovým odlišnostem v prožívání neplodnosti, vyrovnávání se s ní a následném zvládnutí léčby pomocí asistované reprodukce.

Část I

Teoreticko-kritická analýza dosavadních poznatků

1. Pohlaví a gender

Rozdíl mezi ženou a mužem je něco, co znají všichni, ale zároveň nikdo.

JOHN MONEY, 1987

Při hledání příčin rozdílů mezi muži a ženami vycházejí autoři z různých teoretických konceptů. Někteří se primárně zaměřují na biologické aspekty a odlišnosti obou pohlaví tak vysvětlují převážně z anatomického hlediska. Jiní zase vycházejí z psychologicko-sociálně-kulturní teoretické báze, čímž staví do popředí psychologické a sociální vlivy.

Pro správné zacházení s pojmovým aparátem je nejprve nezbytné jednoznačně vymezit, v jakém významu budou pojmy popisující rozdíly mezi muži a ženami užívány. V následujícím textu bude pojmem „pohlaví“ rozuměno biologického pohlaví, angl. *sex*, a pojmem „gender“ rozdíly pramenící z genderové identity a sociálních a kulturních odlišností mezi příslušníky mužského a ženského pohlaví.

1.1 Pohlaví

Úrovně pohlaví. Pohlaví jedince můžeme definovat na několika úrovních. Pokud chceme konkretizovat úroveň pohlaví, specifikujeme tyto kategorie: *genetické (chromozomální) pohlaví, gonadální, genitální (fenotypické), hypotalamické, somatické a v neposlední řadě pohlaví psychosomatické neboli matriční* (Nakonečný, 2009).

Pohlavní dimorfismus. Pohlavní diference v prenatálním období určuje nejenom anatomické a fyziologické rozdíly mezi muži a ženami, ale je taktéž předpokladem k rozdílnému myšlení, emočnímu prožívání a chování.

Dle konkrétních primárních a sekundárních pohlavních znaků rozlišujeme dvě kategorie biologického pohlaví – mužské a ženské. Vývoj je prenatálně geneticky určovaný proces, který začíná již okamžikem oplození. Každý jedinec je založen *sexuálně bipotenciálně*, což znamená, že bezprostředně po oplození má předpoklady jak pro vyvinutí se v muže, tak pro vyvinutí se v ženu. Toto období označujeme jako indiferentní. Morfologické základy jak pro gonády (*ovaria a testes*), tak pro zevní pohlavní orgány jsou tedy pro obě pohlaví stejné (Heráček & Urban, 2012).

Pohlavní diference probíhá kaskádovitě, v několika po sobě jdoucích stádiích. Úrovně diference jsou tyto: *genetická, gonádová, anatomická a psychická* (Nakonečný, 2009).

V 6. týdnu těhotenství se vyvíjí pohlavní žláza, která se skládá z kůry (*cortexu*) a dřene (*medully*). U zárodku s ženskou chromozomální výbavou XX se kůra diferencuje ve va-

ječník a dřeň zaniká; u zárodku s mužskou chromozomální výbavou naopak zaniká kůra a dřeň se vyvíjí ve fetální varle. Zásadní úlohu v pohlavní diferenciaci sehraává chromozom Y, konkrétně jeho krátké raménko. Zde je lokalizován gen pro TDF (*testis determining factor*), který přímo ovlivňuje činnost zatím indiferentní pohlavní žlázy a mění ji na varle. Tato tzv. testikulární diferenciacie je přímo řízená chromozomem Y, resp. jeho krátkým raménkem obsahujícím TDF. Aby se indiferentní gonáda přeměnila ve vaječník, je nezbytná přítomnost dvou chromozomů X (Heráček & Urban, 2012).

U zárodku mužského pohlaví dochází díky přítomnosti TDF ve dřeni varlete k vytvoření semenotvorných kanálků. Ty jsou postupně oddělovány tvořícím se mezenchymem, ve kterém se vytvářejí Leydigovy buňky produkující mužské pohlavní hormony testosteron a androstendion (Heráček & Urban, 2012). Tyto hormony jsou označovány za *maskulizační*, neboť v osmém až dvanáctém týdnu stimulují vývoj vnějších pohlavních orgánů. U zárodku ženského pohlaví se pod vlivem chromozomů X vytváří vaječnicková síť, která však brzy zaniká. Vytváří se prvotní vaječnickové váčky, buněčné shluky s ogoniemi.

Jak uvádí K. Paulík (2010), je dle současných biopsychologických výzkumů pravděpodobné, že právě testosteron a jiné androgeny jsou částečně zodpovědné za rozdíly ve funkcích mužského a ženského mozku, které se následně promítají do chování a prožívání v zátěžových situacích. Těmito funkčními odlišnostmi ale nemůže objasnit celou problematiku, v potaz musíme samozřejmě vzít také rozmanité kulturně-historické faktory.

1.2 Gender

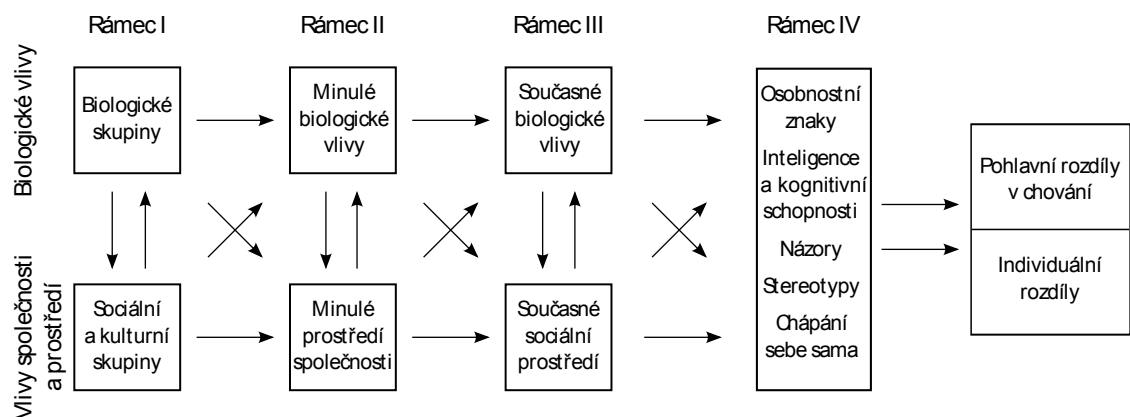
Pojem „gender“. Původní význam anglického slova gender je pohlaví, mluvnický rod. Pojem gender pochází z latinského *genus* – rod či druh. Do psychologického jazyka ho v padesátých letech zavedl kontroverzní americký psycholog a sexuolog John Money (Pechová, 2006), který gender považoval za nezávislý na biologickém pohlaví. Původně tento pojem použil ve spojitosti *gender role* při svých průkopnických, leč z etického hlediska diskutabilních výzkumech intersexuálních jedinců (Gallacher, 2005). Předpokládal, že jejich pohlavní identita odpovídá spíše roli, ve které byli vychováni, než jejich vrozeným biologickým charakteristikám (Money, 1987).

Pokud pohlaví chápeme jako biologickou klasifikaci, gender na rozdíl od něj zahrnuje přidružené sociální atribuce vztahující se v rámci dané společnosti ke konkrétnímu pohlaví (Woodward, 2004). Genderu můžeme rozumět jako identifikaci se s bytím mužem, ženou či osobou intersexuální (Ghosh, 2009).

Díky svému psycho-sociálnímu rozměru je gender klíčovou dimenzí osobní identity, resp. atribuce toho, *kdo jsme*. Genderová identita je ovlivněna nejen osobnostními charakteristikami jedince, nýbrž také řadou společenských faktorů. Z perspektivy sociálního konstruktivismu bychom pohlaví mohli označit za biologicky determinované a oproti tomu gender za kulturně a sociálně konstruovaný (Nakonečný, 2009). Obsah pojmu gender je poměrně široký – na jedné straně zahrnuje individuální utváření mužské či ženské identity, na straně druhé v jeho významu nalezneme sociální rozměr daný rolemi, normami a stereotypy (Oakley, 2000). Psychologický slovník J. Hartla a H. Hartlové (2000; s. 176) představuje pojem gender jako „*termín, který se v poslední době často užívá k vyjádření mužských a ženských odlišností – rozdílů v pojetí sociálních rolí a osobní identity spojených s příslušností k biologickému pohlaví.*“

Koncepční rámce genderu. Jednotlivé teorie genderu vycházejí z rozdílných koncepčních rámců (viz obrázek 1). Liší se v tom, čemu přiřkládají zásadní význam ve výkladu chování mužů a žen:

- skupinovým faktorům;
- minulým biologickým vlivům a vlivům společnosti a prostředí;
- současným biologickým vlivům a vlivům společnosti a prostředí;
- niterným charakteristikám a povahovým rysům.



Obrázek 1: Koncepční rámce genderu (dle Lipa, 2009)

1. První rámec chápe jedince jako člena nějaké skupiny – biologické nebo kulturní. Tento výkladový rámec genderu je založený na předpokladu biologické i kulturní evoluce, které ovlivňují charakteristiky jak biologických skupin, např. příslušnost k pohlaví, tak skupin kulturních, např. příslušnost k etniku či sociální kategorie muže a ženy v dané společnosti.

2. Druhý rámec se při vysvětlování rozdílů mezi chováním mužů a žen opírá o minulé události – opět zahrnuje jak vlivy biologické, např. genetické a hormonální, tak vlivy prostředí a společnosti, jako jsou např. výchovný styl rodičů a působení vrstevnické skupiny.
3. Třetí rámec se na rozdíl od přístupu předchozího zaměřuje na vlivy současné. Z tohoto úhlu pohledu jsou významné jakékoli současné události mající dopad na pohlavně typické chování. Můžeme sem zařadit celé spektrum faktorů od aktuální hladiny hormonů přes psychické rozpoložení po situační kontext.
4. Čtvrtý rámec vychází z předpokladu, že pohlavní rozdíly v chování pramení z niterných osobnostních charakteristik, schopností a vlastností jedince. Ty mohou být utvářeny jak vrozenými biologickými předpoklady, tak životními zkušenostmi.

Všechny tyto teorie pohlížejí na problematiku genderově rozdílného chování jinou optikou, avšak rozluštit se snaží tytéž otázky: jaké jsou pohlavní rozdíly v chování a z čeho pramení individuální rozdíly v maskulinním a feminním chování v rámci těchto skupin?

2. Infertilita

*Ne láska, ale plodnost je největším
zázrakem přírody.*

ROBERT BROWNING, 1855

Infertilitou čili neplodností rozumíme neschopnost počít dítě po alespoň jednom roce pravidelného nechráněného pohlavního styku (Covington & Burns, 2006). Světová zdravotnická organizace v tomto smyslu definuje infertilitu jako nemoc reprodukčního systému jednoho či obou partnerů (WHO, 2013).

2.1 Typy infertility

Dle příčiny rozlišujeme několik typů infertility, a sice primární, sekundární, a subfertilitu (Harvard, 2009; WHO, 2013):

1. Primární infertilita – biologická neschopnost zplodit dítě či jej porodit živé.
2. Sekundární infertilita – neschopnost počít či donosit dítě v případě, že pár již dříve dítě počal, a žena ho zdravé porodila.
3. Subfertilita – neschopnost páru počít spolu dítě, přestože oba dva již dítě/děti z předchozích vztahů s jiným partnerem mají.

V odborné literatuře se můžeme setkat s pojmem sterilita, který je užíván jako synonymum pro primární infertilitu (Strauss, 2002). Sterilita a infertilita jsou medicínské termíny označující neplodnost – je tedy nutné vymezit vůči nim bezdětnost, která nemusí být spojena výhradně s neplodností. V anglickém jazyce můžeme rozlišit dvě formy bezdětnosti. Pojmem „*childless*“ označujeme jedince, kteří se potýkají s infertilitou a jsou bezdětní nedobrovolně. Naopak pojem „*childfree*“ charakterizuje jedince, kteří jsou bezdětní ze svého vlastního rozhodnutí.

2.2 Příčiny neplodnosti a její prevalence

Díky roli ženských a mužských faktorů i jejich vzájemné kombinaci je velmi těžké odhadnout světovou prevalenci infertility. Tým světové zdravotnické organizace zabývající se vývojovými trendy výskytu infertility (Mascarenhas, Flaxman, Boerma, Vanderpoel, & Stevens, 2012) vytvořil na základě systematické analýzy statistik průzkumů reprodukčního zdraví ze 190 zemí algoritmus, který odhad prevalence infertility umožňuje. Dle závěrů WHO se s infertilitou v roce 2010 potýkalo 48,5 milionu párů na celém

světě. Vzhledem k populačnímu růstu však za uplynulé tři roky můžeme očekávat nárůst i v těchto odhadech (F. van Balen & Bos, 2004). V České republice se dle statistik s neplodností potýká 15 % všech párů v reprodukčním věku (ČTK, 2013). Je však nezbytné si uvědomit, že uvedená čísla jsou pouze odhady, neboť vycházejí z počtů párů, které vyhledají odbornou lékařskou pomoc. Stále však zůstává skupina párů, které z nějakého, např. náboženského, přesvědčení medicínské technologie nevyužijí a tudíž nemohou být do statistik zahrnuty. Příčiny neplodnosti dělíme na tzv. mužské, ženské a kombinované faktory. Přibližně u jedné třetiny všech párů, které vyhledají lékařskou pomoc, je fyziologická příčina identifikována u muže, u druhé třetiny u ženy a v přibližně 25 % všech případů je problém nalezen u obou partnerů současně. U 10 % neplodných párů se příčinu nepodaří zjistit – zde hovoříme o tzv. idiopatické infertilitě (Harvard, 2009; WHO, 2013). Přibližně 55 % všech párů potýkajících se s infertilitou vyhledá odbornou lékařskou pomoc (Boivin, Griffiths, & Venetis, 2011). Ročně se ve světě narodí více než 3,7 milionu dětí, které byly počaty metodami asistované reprodukce (Řežábek, 2013).

2.2.1 Ženská neplodnost

Jak bylo uvedeno výše, fyziologická příčina neplodnosti je na straně ženy nalezena v přibližně jedné třetině všech případů. Hlavním faktorem ovlivňující plodnost ženy je věk: úměrně se zvyšujícím věkem se snižuje počet a kvalita vajíček. První známky snižující se plodnosti se objevují kolem 35. roku, po 40. roce se plodnost snižuje velmi výrazně (Toth & Maguire, 1992).

Ženská neplodnost může mít celou řadu příčin. Některé se dají vyléčit, jiné představují neodstranitelnou překážku v plodnosti, tedy absolutní sterilitu. Mezi nejčastější gynekologické příčiny neplodnosti patří (řazeno od nejčastěji po nejméně se vyskytující, dle Acton, 2012; Müller-Götzmann, 2009; Seli, 2011; Toth & Maguire, 1992):

1. **Poškozené vejcovody.** Nejčastější příčinou ženské neplodnosti je blokáce vejcovodů. K jejich neprůchodnosti dochází díky srůstům, které mohou být následkem prodělaného mimoděložního těhotenství, pohlavně přenosné choroby, zánětlivých onemocnění či mechanického poranění membrány při invazivní operaci. Všechny tyto jevy vedou ke zjizvení, což znamená, že na určité části vejcovodu dojde k změně řasinkové epitelové tkáně na tkáň pojivovou. Řasinkový epitel na svém povrchu obsahuje výběžky zabezpečující posun vajíčka, pojivová tkáň tyto výběžky postrádá. Dochází tak k poruchám v posouvání vajíčka směrem k děloze a k přibližujícím se spermii.
2. **Abnormální ovulace.** Poruchy v uvolňování vajíček z folikulů jsou další velmi

častou příčinou ženské infertility. Na zrání a uvolnění vajíčka mají vliv plynule se měnící hladiny všech zúčastněných hormonů a právě změny v jejich vzájemném poměru během ovulačního cyklu jsou rozhodujícím faktorem ovlivňujícím průběh ovulace. Dojde-li k hormonální disbalanci, je ovulační cyklus narušen a naděje na otěhotnění je výrazně snížena.

3. **Endometrioza.** Při endometrioze dochází k přerůstání děložní výstelky, *endometria*, mimo dělohu. Dochází tak k mechanickému narušení plodnosti, neboť endometrioza může způsobit srůsty v malé pánvi a tím poškodit průchodnost vejcovodů či přímo narušit jejich stěnu. Dle místa jejího výskytu rozlišujeme několik typů endometriozy: peritoneální, ovariální, endometrioza rektovaginálního septa a ademyoza vyskytující se uvnitř svaloviny děložní.
4. **Poškozené vaječníky.** Ovaria mohou být poškozena zjizvením, které brání správnému vývoji vajíčka a jeho uvolnění. Mezi poruchy vaječníků řadíme také veškerá nádorová onemocnění a syndrom polycystických vaječníků.
5. **Hluboký pánevní zánět.** Pojmem hluboký pánevní zánět (*angl. pelvic inflammatory disease, odtud užívaná zkratka PID*) označujeme veškerá zánětlivá onemocnění dělohy, vejcovodů či vaječníků, tedy jakéhokoli z ženských pohlavních orgánů nad úrovní děložního hrdla. Zánět může být virového i bakteriálního původu, často je příznakem pohlavně přenosných nemocí.
6. **Antagonistický hlen děložního hrdla.** Složení hlenu děložního hrdla, *cervixu*, se mění dle fáze menstruačního cyklu. Nejpriznivější složení pro průchod spermií má při ovulaci. Pokud je však tvorba či kvalita hlenu narušena, spermie mají ztížený průchod děložním hrdlem. Nejčastějšími poruchami cervikálního hlenu jsou jeho přílišná acidita a obsah protilátek, které usmrtí spermie při jejich průchodu do dělohy.
7. **Porucha funkce dělohy.** Mezi funkční poruchy dělohy řadíme některé vrozené vady, které jsou příčinou neotěhotnění nebo opakovaného potrácení. Vedle vrozených vad může být děloha poškozena také nádorem (*tzv. myomatóza dělohy*) či chronickým zánětem.
8. **Infertilita jako sekundární onemocnění.** Neplodnost může být následkem jakéhokoli poškození reprodukčního systému např. rozsáhlou abdominální infekcí, invazivním operačním zákrokem, ozařováním a chemoterapií, nádorem, závažným fyzickým poraněním či účinkem drog a některých léků.

2.2.2 Mužská neplodnost

Fyziologická příčina neplodnosti je na straně muže nalezena v přibližně jedné třetině všech případů. Mužská infertilita, stejně jako neplodnost ženská, může mít celou řadu příčin. Některé se dají vyléčit, jiné představují neodstranitelnou překážku v plodnosti. Mezi nejčastější andrologické příčiny neplodnosti patří (řazeno od nejčastěji po nejméně se vyskytující, dle Acton, 2012; Jungwirth et al., 2012; Seli, 2011; Müller-Götzmann, 2009; Toth & Maguire, 1992):

1. **Nízký počet spermií.** O nízkém počtu spermií, *oligospermii*, hovoříme v případě, je-li počet spermií nižší než 15 milionů na jeden mililitr spermatu. Ačkoli je k oplodnění zapotřebí jediná spermie, enzymy mnoha dalších jsou nezbytné k překonání ochranného obalu vajíčka, čímž oné jedné spermii umožní průnik do jeho cytoplazmy. Příčinami nízkého počtu spermií mohou být hormonální problémy, infekce a vedlejší účinky některých léků. Nezanedbatelné jsou v současné době i faktory prostředí a životního stylu, které ke snížení počtu spermií přispívají, a sice kouření, nadměrná konzumace alkoholu, vliv drog a jiných chemických látek či sedavé zaměstnání. Stejně tak se na snížení počtu spermií mohou podílet i dlouhodobě provozované nevhodné formy fyzické aktivity nadměrně zatěžující břišní svalstvo, což vede ke zhoršení odtoku žilní krve z pánevních orgánů, např. zdvihání těžkých činek, a sporty, při nichž je nadměrně zatěžována oblast hráze, např. dlouhá jízda na kole.
2. **Nedostatečná pohyblivost spermií.** Jako *astenospermii*, nedostatečnou pohyblivost spermií, označujeme stav, kdy se spermie nejsou schopny dostat k vajíčku a oplodnit ho. Příčinou astenospermie je porucha bičíků spermií.
3. **Absence spermií.** Další poměrně častou příčinou mužské neplodnosti je absence spermií v ejakulátu, *azoospermie*. Příčinami azoospermie může být primární selhání varlat, zablokování vývodových kanálků nebo předchozí podvaz chámovodů.
4. **Varikokéla.** Varikokéla je onemocnění varlat, při kterém dochází k rozšíření žil v oblasti šourku. To má za následek městnání krve v cévách, které zásobují varle. Varikokéla zabraňuje správnému vyživování varlete a zvyšuje teplotu ve skrotu, což vede ke zhoršení tvorby spermií a snížení sekrece mužských hormonů, což má v konečném důsledku za následek poruchy erekce, ejakulace a v některých případech i neplodnost.
5. **Narušení transportu spermií.** Je-li transport spermií narušen překážkou ve vývodových cestách, hovoříme o obstrukční poruše semenných cest. Její příčinou může být zjizvení tkáně či blokace průchodu semennými cestami.

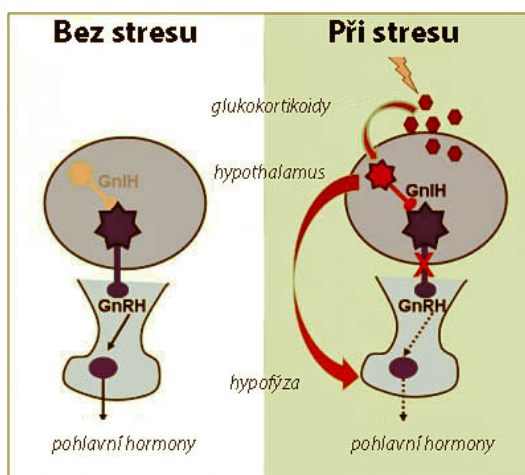
6. **Hormonální deficit.** O hormonálním deficitu jakožto příčině neplodnosti hovoříme v případě, jsou-li varlaty nedostatečně produkovány androgeny, zejména testosteron, nebo je-li jejich produkovaná úroveň příliš kolísavá. Porucha funkce mužských pohlavních žláz vedoucí k nedostatečné tvorbě pohlavních hormonů, resp. k infertilitě, se nazývá *hypogonadismus*. Jeho příčinou může být onemocnění varlat či porucha lokalizovaná v hypofýze, která sekreci gonadotropních hormonů řídí.
7. **Impotence.** Impotence je synonymním označením erektilní dysfunkce, při níž má muž přetrvávající potíže při dosahování a udržení erekce dostatečné pro úplný pohlavní styk. Příčiny impotence mohou být *vaskulární*, kdy dochází k poruše v krevním zásobení topořivých těles penisu zajišťujících erekci; *neurogenní*, kdy se jedná o poruchu nervového systému odpovědného za inervaci topořivých těles; a samozřejmě i *psychické*. Impotence není to sama o sobě poruchou plodnosti, ale protože způsobuje obtíže při pohlavním styku nebo ho přímo znemožňuje, může mít za následek neschopnost počít.
8. **Imunologická porucha.** Neboť spermie obsahují pouze poloviční počet chromozomů, jsou organismem rozeznávány jako „cizí“. Ve varlatech, kde spermatogeneze probíhá, jsou spermie odděleny tzv. „imunologickou bariérou“. U některých mužů nicméně dochází k průniku spermií přes tuto bariéru. Dostanou-li se spermie do kontaktu s krví, může dojít k imunitní odpovědi a produkci protilátek proti spermiím. Protilátky se poté dostávají do semenné tekutiny a napadají spermie, které se shlukují a ztrácejí schopnost pohybu.
9. **Retrográdní ejakulace.** Jako retrográdní ejakulaci označujeme stav, kdy při ejakulaci dochází k vypuzení spermatu zpětně do močového ústrojí namísto jeho výronu do ženského genitálního traktu. Z hlediska reprodukční medicíny se však nejedná o příliš závažnou poruchu, neboť spermie, jsou-li zdravé, mohou být získány z moče a použity při technikách asistované reprodukce.
10. **Infertilita jako sekundární onemocnění.** Stejně jako u žen, i mužská neplodnost může být následkem jakéhokoli poškození reprodukčního systému např. rozsáhlou abdominální infekcí, invazivním operačním zákrokem, ozařováním a chemoterapií, nádorem, závažným fyzickým poraněním či účinkem drog a některých léků.

Výše uvedené příčiny neplodnosti jak u mužů, tak u žen, jsou výčtem onemocnění, které infertilitu způsobují nejčastěji. Můžeme se však setkat i s jinými, méně častými stavy, které mohou mít za následek neplodnost – jedná se např. o genetické vady, vrozené poruchy reprodukčního systému a chromozomální abnormality.

2.3 Vztah infertility a stresu

Stres jako příčina infertility. O stresu se dříve uvažovalo jako o primární příčině neplodnosti – převážně dynamicky orientované směry vycházejí z předpokladu, že psychogenně podmíněná funkční sterilita je důsledkem nevědomé úzkosti a hostility směrem k nenarozenému dítěti (Campagne, 2006).

Během posledních deseti let výzkumu vztahu mezi neplodností a stresem se však prokázalo, že stres může být na fyziologické úrovni objektivní příčinou neplodnosti (Campagne, 2006; Dobson, Ghuman, Prabhakar, & Smith, 2003; Domar et al., 2000; Leiblum, 1997; Sanders, 2009). Při prožívání stresu dochází k navyšování hladiny glukokortikoidů, např. kortizolu, který následně tlumí pohlavní gonadotropin releasing hormon (GnRH). GnRH stimuluje tvorbu luteinizačního hormonu (LH) a folikuly stimulujícího hormonu (FSH) v přístitných tělískách, které následně stimulují produkci testosteronu a estradiolu. Glukokortikoidy působí také přímo na hypothalamus, ve kterém podporují tvorbu gonadotropin-inhibitory hormone (GnIH). Tento hormon je následně odpovědný za snížení tvorby pohlavních hormonů v hypofýze, což vede ke snížení počtu spermií a ovulovaných vajíček (viz obrázek 2; Carrell & C. Peterson, 2010; Sanders, 2009). Tyto hormonální procesy mohou mít za následek jak snížení plodnosti, tak i míry úspěšnosti asistované reprodukce (Campagne, 2006).



Obrázek 2: Vliv stresu na tvorbu pohlavních hormonů (dle Sanders, 2009)

Stres jako následek infertility. Specifikem stresu prožívaného při neplodnosti je, že se jedná o tzv. *low-control stressor*, tedy stresovou situaci, kterou můžeme ovlivnit jen ve velmi omezené míře (Schmidt, Holstein, Christensen, & Boivin, 2005). U jedinců potýkajících se neplodností můžeme pozorovat jak akutní, tak chronický stres. Akutní stres může být způsoben sdělením diagnózy, jednotlivými vyšetřeními a čekáním na jejich výsledky. Z dlouhodobého hlediska je infertility je chronickým stresorem, který za-

sahuje do všech aspektů života – od každodenní rutiny pracovního života přes niterné prožívání až po hodnotový systém a sebekoncept (Munoz, 2009; Sudha, Reddy, Reddy, & Reddy, 2011).

Z výše uvedených zjištění nicméně vyplývá, že alespoň základní psychologická péče orientovaná na redukci stresu by měla být samozřejmou součástí léčby neplodnosti.

3. Psychologické aspekty infertility

*Je těžké na něco čekat a zároveň vědět,
že se to nikdy nemusí stát; je ale ještě
těžší vzdát se, pokud víte, že je to to
jediné, po čem opravdu toužíte.*

JANET JAFFE, 2005

Neplodnost není pouze fyziologickou neschopností počít, nýbrž komplexním fenoménem zasahujícím do všech oblastí života. Krom medicínských aspektů má infertility i psychologickou a sociální dimenzi. Přestože (rozhodne-li se dvojice vyhledat odbornou pomoc) lékařskými vyšetřeními a úkony většinou prochází jen jeden z partnerů, je neplodnost stresorem, který zasahuje celý pár. Každý aspekt jejich soužití je infertility narušen – od společných představ o budoucnosti, přes subjektivní pocit kontroly, po párovou identitu a sociální fungování dvojice (Eugster & Vingerhoets, 1999; Heynes & Miller, 2003).

3.1 Motivy k rodičovství

M. Vágnerová (2007, str. 108) uvádí, že *„rodičovství je významným projevem generativity dospělého věku, ale i specifickým způsobem naplnění intimity, protože umožňuje vznik výlučné, hluboké citové vazby, většinou přetrvávající celý život.“* Motivaci k rodičovství ovlivňují jak vnitřní, tak vnější faktory. Mezi faktory vnitřní řadíme především biologické a psychické potřeby, z nichž nejvýznamnější jsou potřeba citové vazby, potřeba seberealizace, potřeba nových podnětů a potřeba otevřené budoucnosti. Mezi vnější faktory ovlivňující motivaci k rodičovství pak řadíme konformitu vůči sociální normě, naplnění očekávání sociálního okolí či dosažení společenské prestiže (Bornstein, 2002; Vágnerová, 2007). Pojem *motiv* chápeme jako *„psychologické příčiny směru a intenzity chování, které vedou k dosažení finálního stavu uspokojení“* (Nakonečný, 2009).

V našem prostředí se motivy k rodičovství výzkumně zabývaly H. Konečná, V. Bubleová, & V. Janků (2010). Ve své studii identifikovali několik kategorií těchto motivů. Respondenti nejčastěji uváděli motivy obecné, ne zcela uvědomované, jako např. vnímání rodičovství jakožto přirozené součásti života. Pokud byl motiv konkretizován, pak většinou v souvislosti s uspokojením emocí. Pro další častou kategorii motivů je typický přesah do budoucnosti, buď ve formě touhy po pokračování rodu či ducha. Pozoruhodnou kategorií jsou motivy pramenící z touhy po potvrzení partnerského vztahu, spojené s jeho pokračováním či stmelením. Méně často byly uváděny motivy, které by se daly zařadit do kategorie „vyhnutí se nebo předejití něčemu“ a „rodičovství jako výzva“.

Psychologická práce s motivy k rodičovství (viz kapitola 5) hraje u nedobrovolně bezdětných lidí velmi důležitou roli. Samotné hledání motivů, jejich strukturování a kategorizování může mít významný terapeutický účinek.

3.2 Vliv neplodnosti na psychiku

Neplodnost můžeme charakterizovat jako bio-psycho-sociální krizi. Jedná se komplexní, mnohovýškový fenomén, který se stejně jako jiné nemoci projevuje nejen na biologické, ale i na psychické a sociální úrovni. Míra negativního dopadu potíží s plodností na psychiku je ovlivněna řadou faktorů, mezi které patří *motivace k rodičovství, zkušenost z primární rodiny, osobní i ve vztahu sdílené hodnoty, kulturní a společenské normy* atd. (Prasanta & Swarnali, 2010). Neboť neplodnost není viditelná nebo život ohrožující, přináší tiché a o to bolestnější utrpení. Někteří autoři v této souvislosti hovoří o tzv. *reprodukčním traumatu* (Covington & Burns, 2006; Diamond, Jaffe, & Diamond, 2005).

V prožívání infertility můžeme vysledovat mnohé paralely s truchlením. Jedinci čelící neplodnosti často pociťují šok při sdělení diagnózy následovaný hněvem a vztekem, hledáním naděje, hlubokým smutkem, a konečnou akceptací (Kübler-Ross & Kessler, 2005).

Mezi další typicky prožívané emoce doprovázející neplodnost patří vztek, úzkost a ztráta pocitu kontroly (Jacob, McQuillan & Greil, 2007). Dále se obvykle vyskytují pocity osobního selhání, sociální méněcennosti či křivdy (Jordan & Revenson, 1999). Není divu, že takovýto nápor negativních emocí má signifikantní vliv nejen na prožívání jedince, ale také na fungování páru a na ostatní sociální vztahy.

Jedním z klíčových pocitů vyskytujících se u jedinců potýkajících se s neplodností je pocit viny, která může pramenit ze situací zažitých v minulosti, jako např. interrupce či promiskuitní chování. Nezřídka se můžeme setkat i se závistí, která se může objevit, otěhotní-li někdo z blízkého okolí páru (Boivin et al., 2011). Tyto pocity mohou být různé intenzity, v extrémním případě mohou mít za následek až vyhýbání se osobnímu kontaktu a sociální izolaci. Setkat se můžeme také s existenciálním uvažováním o smyslu neplodnosti (Jacob et al., 2007).

Prožívání infertility a její léčby můžeme připodobnit k „emoční horské dráze“. Období naděje střídá zklamání a zármutek, který přichází s každou menstruací a neúspěšným cyklem umělého oplodnění (Holter, Anderheim, Bergh, & Möller, 2006).

Z výzkumů sledujících rozdíly v prožívání jedinců potýkajících se s infertilitou oproti kontrolní skupině jedinců bez výrazné psychické zátěže vyplývá, že neplodní lidé pro-

žívají výrazně větší míru psychické nepohody, avšak nejsou signifikantně náchylnější k depresi (např. Boivin et al., 2011; Eugster & Vingerhoets, 1999; Jacob et al., 2007; Schmidt, 2009).

Velkým metodologickým nedostatkem studií zkoumajících psychické prožívání související s neplodností nicméně je, že naprostá většina dat, jak upozornili Stanton a Dunkel-Schetter (1991), pochází od jedinců, kteří vyhledají lékařskou pomoc, tedy asistovanou reprodukci, čímž jsou zcela opomíjeni ti jedinci, kteří se – ať už z jakýchkoli důvodů – rozhodnou lékařskou pomoc nevyhledat. Tato forma samo-výběru respondentů tedy limituje generalizovatelnost výzkumných zjištění. Dalším nedostatkem psychologického výzkumu v oblasti infertility je, že je zaměřen převážně na ženy. Pouze několik studií se zabývá genderovými specifiky prožívání neplodnosti (viz kapitola 6, např. Hadley & Hanley, 2011; Hjelmstedt et al., 1999; Perkins, 2006; Shapiro, 2009).

Jak vyplývá z výše uvedeného, negativní dopad neplodnosti a její léčby na psychiku je velmi výrazný. Tato zátěž nicméně nekončí s úspěšným cyklem umělého oplodnění (Smorti & Smorti, 2012). Ženy, které poprvé otěhotní pomocí asistované reprodukce, vykazují vyšší úroveň úzkosti během těhotenství a šestinedělí než ženy, které počaly spontánně Monti et al., 2008. Stejně tak doprovází těhotenství po umělém oplodnění vyšší míra depresivity, která se může rozvinout v poporodní depresi (Monti, Agostini, Fagandini, La Sala, & Blickstein, 2009). Tyto rizikové faktory by měly být včas podchyceny a adekvátně zpracovány v rámci podpůrné psychoterapie či poradenství.

3.3 Vliv neplodnosti na partnerský vztah

Přestože je přibližně u dvou třetin neplodných párů, které vyhledají lékařskou pomoc, příčina nalezena pouze u jednoho z partnerů (viz kapitola 2.2), jedná se o problém páru jakožto celku (Johnson & Johnson, 2009). Potíže s plodností přinášejí pro partnerský vztah významnou zátěž. Jedním z důležitých cílů psychoterapie a poradenství v oblasti infertility by tak mělo být hledání způsobů, jak tuto zátěž jako pár zvládnout (viz kapitola 5.2).

Infertilita je z hlediska partnerského vztahu jakýmsi paradoxem – může na něj mít dopad tak zatěžující, že jej nenávratně ochromí, na druhé straně však může pár stmelit a vztah posílit. Dánský kolektiv autorů (Schmidt et al., 2005) v rámci longitudinální analýzy identifikoval faktory, které páru zabraňují, aby z prožívané neplodnosti benefitoval. Těmito faktory jsou nesdílení problémů se svým blízkým okolím, bariéry v partnerské komunikaci a vysoká míra užívání únikových a vyhýbavých copingových strategií. Jako přínosná a pro pár obohacující se naopak jeví vysoká míra vzájemné emoční podpory mezi partnery.

Velmi důležitým tématem je oblast sexuality. Při dlouhodobé neúspěšné snaze o otěhotnění se z intimního života páru vytrácí spontaneita, na jejíž úkor se pohlavní styk řídí výhradně dle ovulace ženy (Munoz, 2009). Negativní vliv v tomto smyslu přináší i proces asistované reprodukce, který vedle fyzicky nepříjemných zákroků v určitých fázích (např. pro embryotransferu) vyžaduje i několikýdenní sexuální abstinenci (Rizk, Garcia-Velasco, Sallam, & Makrigiannakis, 2008). S překvapivě příznivými výzkumnými zjištěními v této oblasti však přicházejí Obereignerů, Šmahaj, Hansmanová, & Oborná (2009), kteří ve své studii párů podstupujících léčbu infertility nezjistili významný rozdíl ve spokojenosti s intimním životem mezi muži z neplodných párů a muži z párů, které překážkám v početí nečelí.

Významnou roli v otázce zátěže partnerského vztahu hraje období, ve kterém se partneři rozhodují o způsobu řešení problému – tedy zda vyhledat odbornou pomoc, zda podstoupit asistovanou reprodukci, jaký je jejich postoj k alternativním cestám, jak se stát rodiči atp. (Lechner, 2007). Jedná se o období, kdy partneři hledají jakousi hranici svého snažení, kterou nechtějí překročit. Nepodaří-li se páru takovouto hranici definovat, otázka neplodnosti se tak uzavírá v bludný kruh a stává se ústředním motivem jejich života (Berghuis & Stanton, 2002). Pro vztah je zásadní, aby veškerá rozhodnutí pramenila ze vzájemné shody obou partnerů, aby ani jeden neměl pocit, že je tlačěn do něčeho, s čím vnitřně nesouhlasí nebo z čeho má obavy. Toto se týká jak dílčích kroků léčby, tak i rozhodnutí o jejím ukončení či například podání žádosti o adopci.

White, McQuillan, Greil, & Johnson (2006) sestavili model procesu partnerského rozhodování se o vyhledání lékařské pomoci, v jehož rámci identifikovali faktory, které toto rozhodnutí pozitivně podporují. V případě neplodných párů hrají důležitou roli tyto faktory: *salience symptomu*, např. síla touhy po dítěti; *životní okolnosti*, např. věk a partnerský status; *individuální faktory*, např. individuálně vnímaná hodnota rodičovství; *sociální faktory*, např. postoje a hodnoty partnera; a *predispozice*, tedy biologické faktory ovlivňující plodnost. Rozhodnutí vyhledat lékařskou pomoc a podstoupit asistovanou reprodukci pak můžeme interpretovat jako snahu páru o znovunabytí ztraceného pocitu kontroly nad vytyčeným životním cílem, tedy zplozením potomka (Glover, McLellan, & Weaver, 2009).

3.4 Význam sociální opory

Sociální opora je jednou z determinant úspěšné adaptace na stres, který infertilita přináší (Martins, Peterson, Almeida, & Costa, 2011). Chápeme ji jako pomoc a podporu poskytovanou druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci (Křivohlavý, 2009). Sociální opora může být poskytnuta v několika formách, a sice jako *emocionální*

podpora, instrumentální podpora, informační podpora či *hodnotící podpora*. Pro jedince potýkající se s neplodností hraje velmi důležitou roli emocionální forma sociální podpory charakterizovaná empatickým vcítěním se, a forma informační, při níž dochází ke zprostředkování informací (Weiner, Freedheim, Schinka, & Velicer, 2003).

K efektivní aktivizaci sociální opory však může dojít pouze za předpokladu, že se pár rozhodne své potíže s plodností sdílet. Martins et al. (2013) zjistili, že k tomu, aby sociální opora mohla mít pozitivní efekt, je nezbytné, aby pár toto téma sdílel v rámci alespoň jednoho blízkého vztahu. Naopak, je-li s neplodností zacházeno jako s „intimním tajemstvím“ pouze mezi partnery, je vztah zatěžován sociálními tlaky, které prožívaný stres podporují, a partneři tak prožívají větší psychickou zátěž.

3.4.1 Rodina

Jakožto primární sociální skupina hraje rodina v poskytování sociální opory klíčovou roli. Ze strany rodičů se vůči neplodnosti jejich dětí můžeme setkat s různými reakcemi. Jakým způsobem na tento problém rodiče reagují, je determinováno celou řadou faktorů od niterné touhy po vnoučatech, přes kvalitu vztahu se svým dítětem a jeho partnerem, po tlak okolí na „splnění“ očekávané role prarodiče (Haynes & Miller, 2003). Reakce na potíže s plodností svých dětí tak mohou být velmi rozmanité – setkat se můžeme s bagatelizováním problému, stejně tak jako s přehnanou angažovaností. Nežřídkou se stává, že neplodnost naruší rodinné vztahy (Kowalcek, Rohde & Kentenich, 2007).

V ideálním případě by rodiče měli ponechat řešení problému a stanovování hranic (viz kapitola 3.3) zcela v kompetenci partnerské dvojice a do tohoto procesu nezasahovat. Je důležité, aby rodina projevila bezpodmínečné přijetí a respekt k rozhodnutím páru. Rodina by se tématu neplodnosti neměla vyhýbat, naopak by měla aktivně naslouchat, být empatická, trpělivá, ohleduplná a taktická (Covington & Burns, 2006).

Diamond et al. (2005) s ohledem na intimní charakter problému doporučují, aby partneři zvážili, v jakém rozsahu chtějí téma neplodnosti s rodinou sdílet.

3.4.2 Širší sociální okolí

Jako širší sociální okolí označujeme celé příbuzenstvo, přátele, známé, kolegy a všechny další osoby, které jsou pro nás z nějakého důvodu významné (Abbey, Andrews, & Halman, 1991). Stejně jako v případě rodiny není neobvyklé, že neplodnost přátelské vztahy naruší či je dokonce zničí.

Nejen ze strany rodiny, ale i ze strany širšího okolí se pár neúspěšně se snažící o početí může setkat s výrazným sociálním tlakem, který přizívuje bludný kruh stresu (Ap-

plegarth, 2006). Vrstevníci a přátelé zakládají rodiny, některé páry možná otěhotní neplánovaně a přátelé, kteří děti již mají, pořádají oslavy jejich narozenin. K účasti na těchto setkáních bychom páry potýkající se s infertilitou neměli nutit ani jim vyčítat neúčast. Stejně tak není vhodné zatajovat, že někdo z blízkých otěhotněl – přestože takové informace zpravidla vyvolávají smutek a případně závist, prožitek zatajování a sociálního vyloučení je mnohem bolestnější (Kowalcek et al., 2007).

Neboť má neplodnost značný dopad na sebevědomí, resp. sebekoncept, je žádoucí, aby se sociální okolí páru snažilo sebevědomí posílit. To je možné iniciací společných aktivit běžného života, které přinášely radost před tím, než se problémy s plodností objevily. Důležitou roli hraje také smysl pro humor (Robaina, Río & Rosset, 2008).

Proces léčby neplodnosti je náročný nejen na psychiku, ale má výrazný dopad i na profesní život. Asistovaná reprodukce je nejen finančně, ale i časově velmi náročná. Žena je v průběhu léčby nucena uvolňovat se ze zaměstnání a často i tajit skutečné důvody absence, jelikož se jedná o příliš intimní záležitost, kterou v tomto rozsahu nechce sdílet (Miall, 1994).

3.4.3 Svépomocné skupiny a internet jako zdroj informací

Svépomocné skupiny nabízejí neplodným párům příležitost, jak se setkat s lidmi v podobné situaci. Obecným cílem svépomocných skupin je poskytování jakékoli formy psychické a sociální podpory. Skupiny mohou být různých zaměření – orientované na vzájemné sdílení zkušeností, na edukaci v podobně výměny informací, zlepšování komunikačních schopností či nácvik relaxačních technik (Applegarth, 2006).

Stejně jako v jiných oblastech v současné době, i v problematice neplodnosti a její léčby hraje významnou roli internet. Jedná se o důležitý zdroj informací a emocionální podpory – Kahlor & Macker (2009) uvádějí, že 99 % jedinců potýkajících se s neplodností internet za tímto účelem pravidelně využívá. Internet poskytuje jak odborné informace a kontakty, tak umožňuje vznik virtuálních komunit, které fungují na bázi reálných svépomocných skupin. V rámci těchto online komunit dochází ke sdílení „příběhů neplodnosti“, výměně informací, poskytování sociální opory a účast v nich snižuje pocit izolovanosti. Díky své alespoň částečné anonymitě nabízejí tyto diskuzní komunity pocit bezpečí, neboť nedochází k osobnímu kontaktu a diskutující se tak nemusí obávat hovořit o tak intimním tématu, jakým neplodnost je, reakce ostatních ani případné stigmatizace (Toscano & Montgomery, 2009). Příkladem těchto komunit v našem prostředí mohou být *www.stopneplodnosti.cz*, *www.emimino.cz* či *www.modrykonik.cz*.

4. Metody asistované reprodukce

V okamžiku, kdy se rozhodnete, že chcete dítě, přestanete používat antikoncepci, začnete se milovat, a představujete si, že zplodění bude romantické, tak trochu mystické. Co si ale nepředstavujete je, že to bude trochu jinak – namísto milování budete mít plánovaný sex, budete si píchat injekce a poskytovat vzorky spermatu. Co mělo být přirozené, se tak najednou stává úkolem vyžadujícím nejmodernější technologie.

MARTHA O. DIAMOND, 2005

Asistovaná reprodukce je medicínský obor zabývající se léčbou neplodnosti. Zahrnuje veškeré lékařské postupy a metody, při kterých dochází k manipulaci se zárodečnými buňkami nebo s embryi, včetně jejich uchovávání, a to za účelem léčby neplodnosti ženy nebo muže (Falcone & Hurd, 2007). Zjednodušeně tak můžeme asistovanou reprodukci chápat jako jakýkoli medicínský zásah, jehož cílem je pomoc lidskému rozmnožování.

V návaznosti na zjištěné výsledky diagnostických vyšetření (viz níže) navrhne lékař páru, který má problém s plodností, nejvhodnější léčebnou metodu. Při léčbě se zpravidla postupuje od metod jednoduchých, jako např. časovaný pohlavní styk a hormonální podpora ovulace, k metodám náročnějším, např. in-vitro fertilizace a další invazivní metody asistované reprodukce. Výjimkou jsou případy, kdy je diagnostikována těžší patologie u jednoho z partnerů či porucha plodnosti u obou z nich (Seli, 2011).

4.1 Diagnostika neplodnosti

Nezbytnou součástí léčby neplodnosti je kvalitní diagnostika jejích příčin. Naprostou samozřejmostí je vyšetření obou partnerů – prvním krokem je zpravidla gynekologické, resp. andrologické vyšetření. To však samo o sobě není dostačující a do procesu diagnostiky tak v naprosté většině případů vstupují specializovaní lékaři z oboru andrologie, imunologie, endokrinologie, genetiky atd.

Diagnostika neplodnosti se skládá z těchto dílčích postupů (dle Comhaire & Mahmoud, 2008; Hickman, Cabrera, McKenzie, Moustafa, & Rizk, 2008; Kubíček, 2010; Matthews, 2011; Řežábek, 2013):

- **Anamnéza.** Anamnestický rozhovor s párem, který se marně snaží o početí, by měl s důrazem na genetickou zátěž cílit na podrobnosti o prodělaných nemocích a současném zdravotním stavu obou partnerů. Lékař se snaží získat detailní informace o sexuálním životě páru, antikoncepčních přípravcích, případných předchozích těhotenstvích a užívaných lécích. Důležité jsou také informace o užívání návykových látek, životosprávě, celkovém životním stylu a rizicích vyplývajících

ze zaměstnání. Na základě anamnestických informací lékař stanoví další diagnostické kroky.

- **Elementární vyšetření ženy i muže.** Za základní lékařské vyšetření v oblasti neplodnosti považujeme gynekologickou prohlídku ženy a andrologické vyšetření muže.
- **Spermiogram.** Spermiogram je primární metodou diagnostiky mužské neplodnosti, při níž je vyšetřována kvalita ejakulátu. Hlavními parametry jeho kvality jsou objem, vzhled, doba ztekucení, celkový počet spermií, procento pohyblivých spermií a procento morfologicky normálních spermií. Hodnoty spermiogramu slouží jako ukazatel pro výběr optimální metody asistované reprodukce.
- **Vyšetření ovulace.** Ovulaci je možné vyšetřit několika metodami, a sice gynekologickým, hormonálním a ultrazvukovým vyšetřením. Dobu ovulace může žena sledovat i sama pomocí měření bazální teploty nebo prostřednictvím tzv. ovulačního testu, který odhalí charakteristický vzestup luteinizačního hormonu v moči krátce před ovulací. Bazální teplota je spolehlivým ukazatelem činnosti vaječnicků – v druhé polovině menstruačního cyklu se následkem funkčnosti žlutého tělíska teplota zvyšuje. K nárůstu teploty o 0,3 až 0,6 °C zpravidla dochází po 24 až 48 hodinách. Nevýhodou měření bazální teploty však zůstává, že hodnoty informují zpětně o již proběhlé ovulaci.
- **Vyšetření děložního hrdla a hlenu.** Vyšetření stavu děložního hrdla sleduje množství hlenu, jeho čírost a viskozitu neboli elastickou soudržnost a stupeň otevření děložního hrdla. Cílem tohoto vyšetření je zjistit prostupnost pohlavních cest ženy pro spermie.
- **Vyšetření pochvy a dělohy.** Krom základního pohmatového vyšetření pochvy a dělohy se v případech vyžadujících detailnější diagnostiku provádějí i speciální vyšetření – *kyretáž*, odběr povrchové vrstvy děložní sliznice sloužící ke stanovení její kvality a schopnosti uchycení vajíčka, a *hysterosalpingografie*, rentgenové vyšetření za pomoci kontrastní látky, které sleduje tvar dělohy a průchodnost vejcovodů.
- **Rozbor krve.** Laboratorní vyšetření krve poskytuje celkový přehled o hormonálních hladinách, přítomnosti různých látek v krvi a imunitě. Odhaluje možné infekce, které mohou být příčinou neplodnosti.
- **Postkoitální vyšetření.** Postkoitální test sleduje interakci děložního hlenu a spermií několik hodin po pohlavním styku.

- **Sonografie.** Sonografie neboli vyšetření ultrazvukem umožňuje zobrazení vnitřních pohlavních orgánů a jejich případných anomálií.
- **Laparoskopie.** Laparoskopické vyšetření umožňuje kontrolu pánevních a břišních orgánů. U ženských poruch plodnosti má krom diagnostického významu (zjištění průchodnosti vejcovodů a jejich stavu) i význam terapeutický (laparoskopická chirurgie při neprůchodnosti vejcovodů, endometrióze a některých poruchách funkce vaječníků).
- **Hysteroskopie.** Hysteroskopie je vyšetření umožňující přímé prohlížení děložní dutiny, během kterého lékař hodnotí tvar dutiny děložní, ústí vejcovodů a děložní sliznici. Zároveň je během hysteroskopie možné odebrat vzorek sliznice pro histologické vyšetření.
- **Imunologické vyšetření.** Příčinou neplodnosti může být nadměrná reakce ženského imunitního systému proti některým součástem spermatu, ale i vůči částem reprodukčního systému ženy samotné. Při imunologickém vyšetření se testuje možná antagonistická reakce proti spermiím, zoně pelucida (blance obalující vajíčko před oplozením), a endometriu (děložní sliznici).
- **Endokrinologické vyšetření.** Hormonální vyšetření hraje v diagnostice neplodnosti velmi důležitou roli, neboť mnohé z poruch plodnosti mohou být způsobeny hormonální dysfunkcí. Může se jednat o poruchu hormonální regulace na ose hypotalamus – hypofýza – gonády. Při vyšetření se sledují hladiny progesteronu, estrogeneru, testosteronu, FSH – folikuly-stimulujícího hormonu, LH – luteinizačního hormonu, TSH – thyreotropního hormonu, DHEAS – dehydroepiandrosteronu, a prolaktinu.
- **Genetické vyšetření.** Při genetickém vyšetření je zkoumán karyotyp obou partnerů a je prováděna analýza jejich DNA. Abnormální nálezy mohou být jednou z příčin neplodnosti, mohou vést k selhání metod asistované reprodukce, případně k opakovaným potratům. U mužů s problematickým spermiogramem se vyšetřují mutace genu, který řídí dozrávání spermií, a mutace v genu pro cystickou fibrózu. U žen se, zejména při opakovaných samovolných potratech, vyšetřují trombofilní mutace způsobující zvýšený sklon ke srážení krve.

4.2 IUI: Intrauterinní inseminace

Intrauterinní inseminace je nejjednodušší metodou asistované reprodukce. Při IUI je spermie partnera či dárce upravena a následně zavedena přímo do dělohy pacientky v období ovulace. Tato metoda je určena pářům, u nichž je mírná porucha kvality spermatu

na straně muže a u ženy je zachována ovulace. Indikací může být také imunologická příčina neplodnosti (Falcone & Hurd, 2007).

Provedení IUI předchází hormonální stimulace vaječnicků a měření velikosti folikulů. Jakmile folikuly dosáhnou požadované velikosti, je podáním lidského choriového gonadotropinu (hCG), který svým účinkem na hypofýzu iniciuje dozrání vajíček, vyvolána ovulace. V den ovulace partner poskytne sperma, které se zpracováno k inseminaci a následně katetrem přes děložní hrdlo zavedeno přímo do dělohy (Steures, Mol & van der Veen, 2010).

Úspěšnost metody IUI se pohybuje mezi 5 a 15 % na cyklus. Nedojde-li o otěhotnění po třech cyklech IUI, je zpravidla přistoupeno k in-vitro fertilizaci (Ziebe & Hartshorne, 2000).

4.3 IVF: In-vitro fertilizace

In-vitro fertilizace je základním postupem využívaným při asistované reprodukci. V počátcích byla tato metoda určena zejména pro páry, u nichž bylo u ženy prokázáno vážné poškození vejcovodů, v současné době je však IVF využíváno při léčbě většiny párů s rozličnými příčinami neplodnosti (Steures et al., 2010). Prvním lékařem, který úspěšně provedl oplodnění pomocí IVF je Robert G. Edwards, který za její objev získal v roce 2010 Nobelovu cenu v oblasti fyziologie a medicíny. Prvním „dítětem ze zkušavky“ je Lisa Brown, která se narodila v roce 1978 ve Velké Británii (Knaplund, 2012). V Českoslovenku se první dítě počaté pomocí asistované reprodukce narodilo v roce 1982 (Řežábek, 2013).

Proces in-vitro fertilizace neboli „*zplození ve skle*“ sestává z několika částí (dle Balen, 2008; Cohen, Hamberger, & Jones, 1998; Hummel & Kettel, 2004; Jungwirth et al., 2012; Seli, 2011):

1. **Ovariální hyperstimulace.** Cílem hormonální stimulace vaječnicků je zvýšení počtu vajíček, neboť během přirozeného menstruačního cyklu je při ovulaci vaječnickem uvolňováno pouze jedno vajíčko, a zároveň i jejich správné uzrání a zvýšení kvality.
2. **Odběr vajíček.** Pro účely IVF je žádoucí vajíčka odebrat těsně před ovulací, tedy v neoptimálnější fázi jejich dozrávání. Ženě je aplikován lidský choriový gonadotropin (hCG), který svým účinkem na hypofýzu iniciuje dozrání vajíček a spuštění ovulace. Odběr (z angl. *ovum pick up* označován jako OPU) se provádí ambulantním zákrokem v lehké anestezii.

3. **Oplodnění a kultivace embryí.** Úspěšně odebraná vajíčka jsou ukládána do živného roztoku s vlastnostmi podobnými vaječnům, kde pomalu dozrávají. Sperma se v drtivé většině případů získává masturbací muže v den odběru vajíček u ženy. V případech závažných poruch tvorby spermií jsou využívány chirurgické metody odběru spermií MESA a TESE (viz níže). Spermie procházejí speciálním procesem přípravy, ve kterém jsou vyčleněny nejkvalitnější spermie, je navýšena jejich koncentrace a odstraněny bakterie a jiné nežádoucí složky ejakulátu. Po krátkém období preinkubace vajíček (2–6 hodin) nastává klíčový okamžik v procesu IVF – jejich oplodnění spermii. Pokud k oplodnění nedojde během 18 hodin, zavádějí se spermie do vajíček přímo pomocí intracytoplazmatické injekce (ICSI). Po oplodnění jsou embrya kultivována obvykle dva až tři dny.
4. **Embryotransfer.** Před přenosem embrya do dělohy se provádí *preimplantační diagnostika* (PID, v angloamerickém prostředí PGD – Preimplantation Genetic Diagnosis), jejíž prostřednictvím lze vyšetřením jediné buňky odhalit chybné dělení chromozomů a přítomnost genetických chorob. Při embryotransferu se do dělohy přenáší dvě nebo tři embrya – jejich počet závisí na věku pacientky a počtu předchozích pokusů. Pro zvýšení pravděpodobnosti implantace embrya se před jeho přenosem provádí *asistovaný hatching*, při němž se cíleně narušuje ochranný obal embrya, aby se mohlo lépe uvolnit z obalu vajíčka.

In-vitro fertilizace je určena převážně párům, u kterých je diagnostikována neprůchodnost vejcovodů, endometrióza a anovulace na straně ženy či závažný faktor neplodnosti na straně muže. Stejně tak je IVF indikována u párů s imunologickou příčinou infertility a párů, u nichž objektivní příčina nebyla nalezena. Úspěšnost oplození se pohybuje mezi 50 až 70 % v závislosti na kvalitě spermií a vajíček (Balen, 2008).

4.3.1 Speciální postupy využívané při IVF

Klasický průběh IVF tak, jak je popsán výše, se používá u párů s dobrým spermioqramem a dostatečným počtem vajíček. V případech, kdy tyto předpoklady nejsou splněny či se nedaří úspěšně oplodnění provést pomocí klasického cyklu IVF je zapotřebí specifických dílčích postupů.

4.3.1.1 ISCI: Intracytoplazmatická injekce spermie

ISCI neboli intracytoplazmatická injekce je mikromanipulační metoda, při níž je jediná spermie implantována přímo do vajíčka. Jedná se o postup vhodný pro páry, v nichž má muž špatnou kvalitu spermií či se od ženy nepodařilo získat dostatečný počet vajíček. U párů, kde muž trpí těžkou poruchou spermatogeneze je užití této metody nevyhnutelné (Bormann, Alagretti, da Motta, Serafini, & Smith, 2010).

Metodou ISCI lze pomoci i mužům, kteří mají extrémně nízkou koncentraci spermií či se v jejich ejakulátu primárně nevyskytují žádné pohyblivé spermie. Oproti klasickému IVF je u metody ISCI díky jejímu principu, tedy výběru jak spermie, tak vajíčka, významně vyšší pravděpodobnost vzniku kvalitního embrya – úspěšnost oplození pomocí ISCI dosahuje až 90 % (Palermo, Neri, Takeuchi, Hong, & Rosenwaks, 2008).

Novější alternativou této metody je IMSI, intracytoplazmatická injekce spermie selektované morfologicky, kdy je konkrétní spermie vybrána na základě mikroskopického morfologického posouzení biologem. Doplnkem této metody je postup označovaný jako PICSI – tzv. vazebný test s hyaluronanem. Protože hlavičky zralých spermií mají specifický receptor pro kyselinu hyaluronovou, je možné pomocí tohoto testu separovat spermie zralé od spermií nezralých. Zralé spermie poté mohou být použity pro ICSI či IMSI (Esteves & Agarwal, 2011).

4.3.1.2 MESA, TESA, TESE: Mikrochirurgické získání spermií

Je-li u muže v důsledku onemocnění chánovodů diagnostikována azoospermie, nepřítomnost živých spermií v ejakulátu, lze spermie chirurgicky odebrat přímo z varlete či nadvarlete a následně použít pro metodu ICSI či IMSI (Cohen et al., 1998).

Mezi tyto zákroky patří:

- MESA – mikrochirurgická aspirace neboli odsátí spermií z nadvarlete
- TESA – testikulární aspirace spermií neboli jejich odsátí z varlete
- TESE – testikulární extrakce spermií neboli jejich vyjmutí z varlete

4.4 Kryokonzervace

Kryokonzervace neboli zmrazení vajíček, spermií či nadbytečných kvalitních embryí pro jejich pozdější využití je v dnešní době součástí léčby neplodnosti mnoha párů. Proces zmrazení se označuje jako *vitrifikace* a probíhá rychlým ochlazením na teplotu $-196\text{ }^{\circ}\text{C}$. Po rozmrazení je většina buněk schopna dalšího vývoje (Řežábek, 2000).

Indikací ke kryokonzervaci spermií může být plánovaná léčba onkologického onemocnění či náročný odběr spermií pomocí některé z mikrochirurgických metod. Kryokonzervace spermií je také nedílnou součástí uchování darovaného spermatu ve spermabance. Kryokonzervace vajíček může být indikována u žen, které si z důvodu odkládání těhotenství chtějí zmrazit vajíčka v době optimálního reprodukčního věku (Mukaida & Oka, 2011).

Neboť je v rámci léčby neplodnosti získáváno více vajíček a pouze jedno či dvě se přenesou do dělohy, zbývající embrya, která se při kultivaci nadále vyvíjejí, je možné zmrazit pro budoucí použití. Toto je velkou výhodou pro páry, které po úspěšném cyklu IVF plánují další těhotenství – z jednoho stimulačního cyklu tak zůstává možnost znovu otěhotnět bez hormonální stimulace vaječníků a odběru vajíček. Po rozmrazení jsou embrya pomocí tzv. kryoembryotransferu (KET) implantována do dělohy. Embrya jsou zpravidla vitrifikována ve stádiu blastocyst (5. nebo 6. den kultivace), což zaručuje až 95 % úspěšnost jejich přežití (Behr & Shu, 2010).

4.5 Dárcovství spermatu a vajíček

Protože některé páry nejsou schopny zplodit potomka ani prostřednictvím asistované reprodukce, je pro ně umělé oplodnění pomocí darovaných vajíček či spermií jedinou cestou k otěhotnění.

Užití darovaných vajíček je indikováno u žen, u nichž nedošlo ke správnému vývoji vaječníků, trpí závažnou genetickou chorobou, jež by mohla být přenesena na plod, či mají vlastní vajíčka velmi špatné kvality. Dále jsou darovaná vajíčka používána u žen, které prodělaly chemoterapii a funkčnost jejich vaječníků tak byla nenávratně poškozena. Sperma dárce je řešením léčby neplodnosti pro páry, u nichž byla diagnostikována infertilita na straně muže, ať už z důvodu nedostatečné kvality ejakulátu, genetické zátěže, onkologické léčby či vrozené nebo získané poruchy tvorby spermií (Sauer & Cohen, 2008).

Darování vajíček i spermií je v České republice zakotveno v *Zákoně o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech* z roku 2006, je dobrovolné a založené na principu oboustranné anonymity mezi dárce, resp. dárkyní a příjemci darovaných pohlavních buněk. Stejně tak je anonymní mezi dárce, resp. dárkyní a dítětem narozeným z darovaných pohlavních buněk. Dárcovství pohlavních buněk je v České republice bezúplatné, avšak dárce, resp. dárkyním jsou kompenzovány vynaložené výdaje spojené s darováním.

5. Psychoterapie a poradenské vedení

*Často je to jako zdolávání skalnatého terénu
bez mapy a jakékoli jistoty, že dojdete
na místo, kam jste původně zamýšleli.*

S. R. LEIBLUM, 1997

Psychoterapie a poradenství v oblasti infertility se v uplynulých několika letech stalo specializací reprodukční psychologie. Na tento vývoj zareagovala i Evropská společnost pro lidskou reprodukci a embryologii (ESHRE, 2013), která zřídila odbornou pracovní skupinu zabývající se psychoterapií a poradenstvím v této oblasti. Chápeme-li neplodnost jako o bio-psycho-sociální krizi, mělo by psychologické vedení a terapeutická práce být nedílnou součástí multidisciplinárního přístupu.

Narůstající počet studií z celého světa naznačuje, že snížením hladiny stresu je možné docílit větší úspěšnosti metod asistované reprodukce (viz kapitola 2.3). Jejich autoři soudí, že existuje vzájemný efekt vlivu stresu a výskytu poruch plodnosti: stres může být příčinou neplodnosti stejně tak jako jejím následkem (Campagne, 2006; Dobson et al., 2003; Domar et al., 2000; Leiblum, 1997; Sanders, 2009). Na některých klinikách zabývajících se léčbou infertility tak vznikají podpůrné programy zaměřené na stres management, jejichž cílem je pomoci klientům efektivněji zvládat stres, strach a úzkost, kterou neplodnost přináší. Např. v Německu vytvořil Florin (2002) úspěšný program cílený na redukci míry stresu před zahájením léčby metodami asistované reprodukce; v USA Domar et al. (2000) vypracovali speciální kognitivně-behaviorální intervenční program pro klienty, kteří léčbou procházejí.

Psychoterapie a poradenství v oblasti infertility nabízí prostor pro uvolnění emocí, pochopení a podporu při hledání alternativ, jak žít svůj život spokojeněji, těm, jejichž psychiku závažně narušila neplodnost. Je-li téma infertility úspěšně zpracováno, může prožití neplodnosti vést k posttraumatickému osobnostnímu růstu (Paul et al., 2010).

5.1 Teoretické rámce psychoterapie využívané při práci s tématem neplodnosti

Pro spoustu klientů, kteří vyhledají pomoc psychologa či terapeuta v souvislosti s neplodností se jedná o jejich první kontakt s psychoterapií / poradenstvím vůbec. Běžné jsou pocity stigmatizace pramenící z povahy tohoto tématu – neboť se jedná o tak intimní záležitost, je žádoucí, aby terapeut kladl velký důraz na vytvoření důvěry a bezpečného prostředí (van den Broeck, Emery, Wischmann, & Thorn, 2010). Velice důležitým úkolem prvního sezení je, aby terapeut vymezil reálné možnosti psycholo-

gické intervence a korigoval nerealistická očekávání jako např. častou domněnku klientů, že terapie odstraní „psychické bariéry“ a tím automaticky zvýší šance na otěhotnění (Wischmann, 2008).

Při práci s lidmi procházejícími neplodností se uplatňuje několik teoretických rámců.

5.1.1 Psychodynamická psychoterapie

Při psychodynamické psychoterapii hrají stěžejní roli dva procesy vedoucí k behaviorální změně: (a) porozumění kognitivním a afektivním schémátům – obranným mechanismům – pocházejícím z dětství; (b) porozumění konfliktním vztahům k významným osobám v dětství, které jsou znovu prožívány ve vztahu klienta a terapeuta – přenos a protipřenos (Prochaska & Norcross, 2010).

Ztráta spojená s neschopností počít či porodit živé dítě může probudit nevyřešená témata a konflikty z minulosti. Klienti se mohou cítit nedocenění za jejich snahu počít potomka, nepochopení okolím pro jejich emocionální reakce či se mohou nezdravě poutat k jiným lidem, např. partnerovi nebo ošetřujícímu personálu. Objasňující styl terapeuta a restrukturalizace obranných mechanismů se tak stávají hlavními nástroji při psychodynamické práci s klienty prožívajícími infertilitu (Covington & Burns, 2006).

Krátkodobá dynamická psychoterapie může klientům nabídnout reflektivní prozkoumání emocí a hledání jejich významu. Psychodynamická psychoterapie bývá nicméně tradičně koncipována jako dlouhodobá terapie a tak se klientům přicházejícím s problémy, které je aktuálně zaplavují, může zdát neefektivní – právě z tohoto důvodu nebývá psychodynamická psychoterapie první volbou (Applegarth, 2006).

5.1.2 Kognitivně-behaviorální psychoterapie

Oproti psychodynamické psychoterapii je kognitivně-behaviorální přístup orientován na přítomnost a nabízí práci s aktuálně prožívanými problémy. Hlavním cílem KBT je změna kognitivních procesů a struktur, která se projeví v chování. Jako velice efektivní se kognitivně-behaviorální psychoterapie jeví pro klienty, kteří trpí úzkostí, depresemi a strachem z lékařských zákroků souvisejících s asistovanou reprodukcí. Mimo to je prokázáno, že KBT může být stejně tak účinná, ne-li účinnější, než psychofarmakologická léčba – zvláště u žen, které se pokoušejí otěhotnět (Myers & Wark, 1996).

Terapeut může pomocí KBT efektivně pracovat s myšlenkami, pocity a chováním. Častou součástí KBT je stres management a relaxační techniky, které klientovi mohou pomoci minimalizovat negativní kognice během léčby neplodností. Dalším důležitým cílem je spolu se snížením počtu negativních myšlenek redukce pocitů bezmocnosti

a zvýšení pocitu osobní kontroly nad situací (Applegarth, 2006).

5.1.3 Strategická a na řešení orientovaná psychoterapie

Pojem „strategická“ se v rámci tohoto přístupu vztahuje k terapeutově snaze vytvořit plán, strategii, za účelem interpretovat klientovi nezdařilé pokusy o řešení jeho problému a nabídnout mu této strategie jakožto alternativního řešení. Terapeut společně s klientem strategii implementují na problém a přepracovávají ji tak, aby byla co nejefektivnější. Stěžejním konceptem tohoto přístupu jsou copingové strategie. Cílem je posílit využívání zdravých způsobů řešení problémů a zvýšení tolerance vůči stresu (Prochaska & Norcross, 2010).

Pro klienty potýkající se s infertilitou je tento přístup velice efektivní; zejména tehdy, podaří-li se terapeutovi narušit schémata neúspěšných copingových strategií a zároveň posílit klientovu snahu o produktivní chování (Perkins, 2006). Dobrým příkladem může být na řešení orientovaný poradenský program německých terapeutů Holzle, Brandt, & Lutkenhaus (2002), který párům potýkajícím se s neplodností nabízí krátkodobou intervenci, při níž je intenzivně podporována schopnost infertilitu přijmout jako tranzitorní krizi s cílem zvýšit životní spokojenost i přes současné problémy s plodností.

Velkým přínosem strategické terapie je tvorba „plánu B“ a „plánu C“, tedy alternativ, jejichž smyslem je nabídnout klientovi konkrétní řešení i v případě, že primární strategie selže. Tímto postupem se terapeut snaží předejít situaci, kdy by klient zůstal „uvězněn v jednosměrném tunelu, odkud není cesty ven“ (van den Broeck et al., 2010).

5.1.4 Krizová intervence

Infertilita bezesporu představuje závažnou krizi a tudíž je krizová intervence přístup, který lze v této oblasti efektivně využívat. Krizová intervence je založena na porozumění a praktických radách a je tak systémem, který klientům může efektivně pomoci zmobilizovat adaptivní copingové strategie a podpůrné systémy. Lidé potýkající se s neplodností často zažívají „krize v krizi“ – např. když jsou konfrontováni s výsledky neúspěšného pokusu o umělé oplodnění, když žena potratí, když je jim doporučeno léčbu ukončit, když jejich blízcí přátelé spontánně počnou apod. (Strauss, 2002).

Obecným cílem krizové intervence je ulehčení klientovi od jeho symptomů, obnovení úrovně jeho psychického fungování před krizí a podpora rozvoje a osvojení si adaptivních copingových strategií, které bude klient moci použít v budoucnosti. Specifikem klientů čelících infertilitě je jejich opakující se využívání pouze limitovaného množství copingových strategií – většinou maladaptivních – namísto rozšiřování repertoáru možných řešení problému (Applegarth, 2006).

5.1.5 Poradenství orientované na truchlení

Těhotenství začíná psychicky mnohem dříve, než se objeví fyzicky (Covington & Burns, 2006). V průběhu těhotenství se potom pár přizpůsobuje nové realitě a vytváří si pouto k očekávanému dítěti. Budoucí rodiče tedy v průběhu těhotenství procházejí psychickým vývojem od „imaginárního dítěte“ ke „skutečnému dítěti“ a pokud se narodí zdravé miminko, jejich rodičovská role může být plně realizována. Jedinci, kterým na jejich cestě k vytouženému dítěti vstoupí do cesty infertilita, nemají možnost posunout se v tomto kontinuu směrem k rodičovství a místo toho musí čelit hrozbě ne-rodičovství, což přináší obrovskou psychickou bolest. Pro prožívání infertility je tedy stěžejní koncept připoutání se a následné ztráty. Tato ztráta nepočatého (ev. nenarozeného) dítěte není společností přijímána, tudíž neexistují kulturní rituály, které by legitimizovaly zármutek a truchlení ze ztráty „imaginárního dítěte“. Jedná se o tichou, nesdílenou a o to více bolestnou ztrátu (Covington & Burns, 2006). Úkolem poradce je pomoci klientům tuto ztrátu přijmout (van den Broeck et al., 2010).

Jakmile klient ztrátu dítěte, ať již vysněného či čekaného, přijme, pomáhá mu terapeut prožít a vyjádřit jeho bolest. Dále je užitečné, aby pomohl najít přijatelný způsob, jak památku dítěte uctít. Častým problémem, se kterým se terapeuti při práci orientované na truchlení setkávají, je stylizace jednoho z partnerů do role „nešťastníka, mučedníka“. Pokud k tomuto dojde, je nezbytné soustředit svoji práci na bludný kruh sekundárních zisků a motivovat klienta k návratu do aktivního života (Applegarth, 2006).

5.2 Zásadní témata psychoterapie a poradenství v oblasti infertility

Velice důležité je důkladné prozkoumání toho, jaký význam pro jedince rodičovství vlastně má. Zaměřujeme se tedy na individuální, vztahové, transgenerační i společenské motivy. Na povrch tak mohou vyplout zcela odlišné pohnutky k rodičovství obou partnerů. Dalšími důležitými tématy jsou sebe-přijetí, genderové role, již prožité truchlení a vyrovnávání se se ztrátou, copingové strategie, komunikace v rámci páru a také např. zvažování alternativních cest, jak se stát rodiči.

Důležitým tématem je také vnímání etiologie infertility, zejména u párů, u nichž se příčinu nepodařilo diagnostikovat. Zde se mohou vynořit pocity viny a vzájemné (uvědomované i neuvědomované) obviňování či depresivní pocity živené myšlenkami, že partneri pro sebe nejsou ti „praví“ nebo že jsou trestáni za jejich minulé chování (Perkins, 2006). Pokud je infertilita diagnostikována pouze u jednoho z partnerů, je úkolem terapeuta pracovat s atribučními chybami – neplodnost externalizovat. Je nezbytné změnit

interní atribuci „já jsem selhal“ na externí, např. „život nám dal do cesty překážku“ (Newton, 2006).

Nedílnou součástí psychoterapie a poradenství v oblasti infertility je práce na komunikaci v rámci partnerského vztahu. Ženy a muži prožívají negativní emoce a stres, které s neplodností a její léčbou přicházejí, rozdílně (Shapiro, 2009). Terapie by tak měla zlepšit komunikaci mezi partnery a posílit jejich vzájemné sdílení. Muži většinou profitují z asistence při zvládnání stresu a konkrétních rad, jak být oporou své partnerce. Ženy naopak hledají emocionální podporu a pochopení jejich prožívané bolesti (Jordan & Revenson, 1999; Gibson & Myers, 2000). Častým fenoménem u párů čelících neplodností je tzv. *polarizace izolace*, ke které dochází v případě, že žena chce s partnerem o svých pocitech bolesti a smutku mluvit a stávají se pro ní centrálním tématem, zatímco muž neví, jak s partnerkou komunikovat a jak jí být oporou. Tato komunikační propast se může prohlubovat a vyústit až ve vzájemné odcizení (van den Broeck et al., 2010).

Společně s prací orientovanou na partnerský vztah je velmi důležitou součástí terapie či poradenství i práce se širším sociálním okolím. Neplodnost může značně narušit sociální vztahy – rodinné i přátelské. Lidé potýkající se s infertilitou musí čelit velkému tlaku ze všech stran: rodiče se ptají, když už budou prarodiči; přátelé již děti mají apod. Není neobvyklé, že spousta přátelských vztahů právě díky neplodnosti zanikne. Pro mnoho žen, které s infertilitou bojují, je příliš těžké vyrovnat se s tím, že jejich přítelkyně děti mají, nebo že se jim daří otěhotnět bez potíží či dokonce neplánovaně. Terapeut může pomoci se zpracováním pocitů závidění a může nabídnout strategie, jak sociálním tlakům čelit (Schmidt, 2009).

Jako velmi praktické se ze zkušenosti terapeutů, kteří se touto problematikou dlouhodobě zabývají, jeví používání aktivních frází a metafor. Klienty např. můžeme podpořit a motivovat, používáme-li namísto spojení „být neplodný“, např. „čelit neplodnosti“ či „bojovat s neplodností“. Přirovnání pak klientům umožní přesnější vyjádření jejich emocí: prožívání infertility často bývá popisováno jako „emocionální horská dráha“ (Cooper-Hilbert, 1998; Diamond, Kezur, Meyers, Scharf, & Weinshel, 1999).

Specifika individuálního vedení. Psychoterapeutické vedení jednotlivců umožňuje detailní a hluboké prozkoumání prožitků vztahujících se k neplodnosti a její léčbě, jako např. smutku, úzkosti, hněvu a pocitů viny. Stejně tak nabízí vhodnou atmosféru k práci se sebeuvědomováním, sebevědomím a copingovými strategiemi (Christie & Morgan, 2006).

Specifika práce s párem. Práce s párem umožňuje odkrytí a pochopení dynamiky vztahu a odhaluje genderové rozdíly v prožívání. Taktéž se může stát bezpečným pro-

středí, ve kterém si partneři nacvičují efektivní komunikaci – vzájemné naslouchání, vyjádření podpory apod (Covington & Burns, 2006).

Důležitým tématem, které však vyžaduje naprostou důvěru a bezpečné prostředí, je intimní život partnerů. Snaha otěhotnět může zcela zásadním způsobem narušit dříve spokojený sexuální život a přispět tak k prohloubení partnerské krize. „Sex pro potěšení“ je často odsunut na úkor „sexu pro dítě“. Není výjimkou, že se u dvojice rozvinou vážné sexuální dysfunkce. Možností, jak tyto problémy řešit, je odlišení a vymezení účelového sexu, který pár provozuje v plodných dnech, a sexu orientovaného na prožitek (Glover et al., 2009). Některé páry také vyhledávají manželskou či rodinnou terapii – zejména v případech, kdy má infertilita dopad na zdravé fungování vztahu, resp. rodiny.

Specifika práce se skupinou. Vznik terapeutických a svépomocných skupin je často iniciován ze strany samotných klientů, kteří mají zájem setkat se s lidmi v podobné situaci, jako jsou oni sami. Tyto skupiny mohou být orientované na vzájemné sdílení zkušeností, na edukaci v podobně výměny informací, zlepšování komunikačních schopností, nácvik relaxačních technik nebo na poskytování jakékoli jiné formy psychické podpory (Applegarth, 2006).

Irvin Yalom ve své knize „The Theory and Practice of Group Psychotherapy“ (2005) popsal, že skupinová psychoterapie umožňuje: prožití univerzality („nejsem sám“) a altruismu; získání naděje; poskytování informací; prožití korektivní rekapitulace zážitků z primární rodiny; rozvoj socializačních technik; imitační učení; a prožívání koheze skupiny. Typickými tématy skupin pracujících s infertilitou jsou smutek a truchlení; ztráta kontroly; genderové rozdíly v prožívání; stres a copingové strategie; rozhodování; informace o právních aspektech asistované reprodukce a dalších alternativních cestách k rodičovství jako např. adopce či pěstounství; a téma bezdětného života (Strauss, 2002).

6. Genderové aspekty neplodnosti a asistované reprodukce

Když žena a muž usilují o naplnění svých rodičovských rolí a cítí se neschopni dostat tomuto kulturně hluboce zakořeněnému očekávání, obrací se k tradiční představě toho, co je vlastně podstatou ženství a mužství.

G. BECKER, 2000

Přestože je neplodnost konceptualizována jako stresor působící na celý vztah (Johnson & Johnson, 2009), existují genderové rozdíly v jejím prožívání, zpracovávání a následném zvládnání léčby.

Psychologické studie v této oblasti se zpravidla zaměřují na dvě oblasti, a sice na genderové rozdíly ve vnímání a prožívání stresu spojeného s neplodností a na genderově typické copingové strategie, jejichž prostřednictvím jedinci tento stres zvládají.

Výsledky celé řady studií zkoumajících reakci na infertilitu prokazují, že poruchy plodnosti představují výraznější psychickou zátěž pro ženy než pro muže. Ženy oproti mužům vnímají stres spojený s neplodností intenzivněji, dopad na jejich sebevědomí je zpravidla větší a projevuje se u nich více psychosomatických potíží (Abbey, Andrews, & Halman, 1991; Becker, 2000; Gibson & Myers, 2000; Hjelmstedt et al., 1999; Jordan & Revenson, 1999). Ženy zpravidla prožívají vyšší míru úzkosti, deprese a celkový negativní dopad stresu pramenícího z neplodnosti na kvalitu života je větší než u mužů (Pasch, Dunkel-Schetter, & Christensen, 2002; Peterson, Newton, Rosen, & Skaggs, 2006; Strauss, 2002 a další). Existují dvě hypotézy, kterými tento fakt můžeme vysvětlit. První z nich předpokládá, že ženská touha zplodit dítě je silnější než ta mužská, a že naplnění rodičovské role představuje významnější životní cíl žen nežli mužů. Druhá hypotéza jako vysvětlení navrhuje větší fyzickou zátěž ženy v průběhu asistované reprodukce.

Někteří autoři našli genderové odlišnosti také v motivech k rodičovství. Berg, Wilson, & Weingartner (1991) stejně jako později Strauss (2002) zjistili, že pro ženy je stát se matkou důležitější než pro muže stát se otcem. Výrazná většina mužů v těchto studiích uváděla jako motivaci k rodičovství snahu naplnit přání své partnerky. Tato motivace byla výhradně mužská, ženské motivy k mateřství spíše vycházely z niterných potřeb a úzce souvisely se smyslem partnerského vztahu. Další genderové rozdíly objevil Abbey et al. (1991) v atribuci příčiny neplodnosti. Ženy v jejich studii tíhly spíše k interní atribuci ve smyslu vlastního selhání a přisuzovaly neplodnost svému minulému chování jako např. nezdravému životnímu stylu či promiskuitě.

Některé další studie se zabývaly reakcí na sdělení diagnózy. Hjelmstedt et al. (1999) zjistili, že je-li nalezen mužský faktor neplodnosti, má diagnóza na muže větší dopad nežli na ženu, je-li porucha objevena u ní. Autoři toto vysvětlují silnými pocity viny, které muži v případě jejich neplodnosti prožívají, stejně tak jako devastujícím dopadem diagnózy na mužské sebevědomí a pocit kompetence. Oproti tomu stres, který prožívají ženy, se jeví být nezávislý na tom, kdo z partnerů byl diagnostikován jako neplodný (Peterson et al., 2006). Zdrojem stresu je dle autorů pociťovaná sociální odpovědnost a z ní pramenící tlak na porození potomka. White et al. (2006) popisují stres spojený s neplodností prožívaný ženami jako komplexnější a zasahující do širšího spektra životních aspektů. Ženy tento stres vnímají nejvíce v oblasti interpersonálních vztahů, zatímco muži spíše v oblasti pracovní.

Jordan & Ravenson (1999) identifikovali genderově specifické copingové strategie, které jedinci užívají nejen při vyrovnávání se s diagnózou neplodnosti, ale i při její léčbě. Obecně lze říci, že ženy inklinují spíše k emocionálně zaměřeným copingovým strategiím zahrnujícím pozitivní přerámování a aktivní vyhledávání sociální opory. Muži naopak upřednostňují instrumentální strategie orientované na problém. Pro ženy je charakteristické hluboké přemýšlení o existenciální podstatě infertility a snaha přisoudit jí nějaký smysl. Oproti tomu muži problém častěji bagatelizují a popírají. Ženy se do řešení problému také aktivněji vkládají, ve většině případů jsou to právě ony, kdo vznese podezření, že něco není v pořádku, kdo vyhledává informace, a kdo iniciuje návštěvu lékaře (Shapiro, 2009).

Stanton & Dunkel-Schetter (1991) se ve svém výzkumu zabývali rolí sociální opory ve vztahu ke zvládnání stresu spojeného s neplodností. Pro ženy je kvalitní sociální opora velmi významným faktorem, který jim pomáhá stres zvládat. Muži naopak intenzivní sociální oporu nevyhledávají a často pokusy okolí o její poskytnutí vnímají negativně. Hjelmstedt et al. (1999) ve své studii zjistili, že signifikantně více žen než mužů má potřebu své potíže s plodností sdílet – muži jsou v tomto směru naopak uzavřenější. Ženy jsou obecně výrazně otevřenější v komunikaci zahrnující téma neplodnosti než muži. Vysoká významnost, kterou ženy sociální opoře přikládají, je paradoxně vystavuje i vyšší zranitelnosti v sociálních situacích, kdy je žena konfrontována se svou nedobrovolnou bezdětností jako např. při konverzacích o rodině či těhotenství příbuzných a přátel. Muži také, i když méně často, prožívají pocity smutku a závidí, jsou-li konfrontováni s rodičovstvím někoho jim blízkého – avšak na rozdíl od žen v jiných situacích, např. vidí-li otce sportovat se svým dítětem či ho učit něco nového (Kowalcek et al., 2007).

Během cyklu asistované reprodukce ženy zpravidla prožívají úzkost a výkyvy nálady způsobené hormonální léčbou. Úzkost, kterou prožívají muži, je spojená s aplikací in-

jekcí v rámci hormonální stimulace a pramení z obav, zda své partnerce nezpůsobují zbytečnou bolest (Becker, 2000). V průběhu léčby je pro ženy velmi důležité sdílení emocí a obav. Muži často reagují popřením svých vlastních emocí a snaží se být silní a své partnerce oporou (Diamond et al., 2005).

Ze všech uvedených studií na téma genderových aspektů neplodnosti a její léčby vyplývá, že reakce žen na infertilitu jsou výraznější, a že stres z ní pramenící vnímají intenzivněji než muži. Ústředním aspektem neplodnosti je pro ženy zpravidla touha po dítěti, zatímco pro muže spíše vnímaná povinnost naplnit mužskou roli ve smyslu pocíťovaného sociálního tlaku.

V teoretické části této práce je poukázáno na psychologický kontext neplodnosti a její léčby. Jak vyplývá z výzkumů na toto téma, infertilita i asistovaná reprodukce jsou velmi silným zdrojem stresu jak pro ženy, tak pro muže, avšak jeho vnímaná intenzita a obsahy jsou zpravidla odlišné. V následujících kapitolách je prezentován výzkum, který se snaží přispět k porozumění těmto genderovým odlišnostem.

Část II

Výzkumná část

7. Výzkumný problém, cíle práce a výzkumné otázky

Úvodní kapitola empirické části se věnuje samotné přípravě výzkumu, tzn. vytyčenému výzkumnému problému, cílům práce a výzkumným otázkám.

7.1 Výzkumný problém

Problematika neplodnosti je významným tématem postmoderní společnosti. Světová zdravotnická organizace (Mascarenhas et al., 2012) odhaduje, že se s infertilitou potýkalo v roce 2010 48,5 milionu párů na celém světě. Vzhledem k populačnímu růstu však v těchto odhadech můžeme očekávat nárůst (van Balen & Bos, 2004). V České republice se dle statistik s neplodností potýká 15 % všech párů v reprodukčním věku (ČTK, 2013). Neboť je nepřípustné vnímat neplodnost výhradně jako biologickou překážku početí, je nezbytné na ni nahlížet ve všech jejích dimenzích – biologické, psychologické, sociální a spirituální. Vzhledem k narůstající prevalenci infertility jdoucí ruku v ruce s dynamickým rozvojem reprodukční medicíny nabývá výzkum psychologických aspektů neplodnosti na významu.

Během posledního desetiletí výzkumného snažení v této oblasti bylo učiněno několik zásadních objevů. Jedním z nich je vztah neplodnosti a stresu. Ačkoli výsledky výzkumu nejsou zatím jednoznačné, řada předních autorů prokázala, že stres může být na fyziologické úrovni objektivní příčinou neplodnosti (Campagne, 2006; Dobson et al., 2003; Domar et al., 2000; Leiblum, 1997; Sanders, 2009). Z tohoto titulu je tedy nezbytné výzkumně se zaměřit na hlubší poznání tohoto vztahu a zohlednit co největší množství proměnných, které ho mohou ovlivňovat. Jedním z těchto aspektů je pohlaví. Tato práce se zabývá genderovými aspekty infertility a její léčby.

7.2 Výzkumné cíle

Ústředním cílem této práce je prozkoumat postoje k neplodnosti a asistované reprodukci typické pro muže a ženy, kteří jí postupují či v minulosti podstoupili.

Dílicí výzkumné cíle byly definovány takto:

1. Popsat ženskou a mužskou motivaci k podstoupení asistované reprodukce a vymezit stěžejní ženské a mužské motivy.

2. Popsat, jak ženy a jak muži prožívají proces asistované reprodukce, a identifikovat důvody, které je přivedly k rozhodnutí asistovanou reprodukci podstoupit.
3. Identifikovat zdroje sociální opory a jim přisuzovanou míru důležitosti v době léčby neplodnosti pomocí asistované reprodukce.
4. Popsat vliv asistované reprodukce na partnerský vztah z pohledu dotazovaných žen a mužů.

Na úrovni deskriptivní je cílem popsat psychologickou problematiku neplodnosti a její léčby se zaměřením na její genderová specifika a podat ucelený přehled dosavadních výzkumných zjištění v této oblasti. Na úrovni explanační je cílem práce obeznámit čtenáře s pojmovým aparátem vztahujícím se k problematice neplodnosti a se současnými postupy její léčby.

7.3 Výzkumné otázky

K dosažení výše uvedených výzkumných cílů byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

1. Jaké postoje k asistované reprodukci jsou společné ženám a mužům, kteří ji podstupují či podstoupili, a jaké postoje jsou genderově specifické?
2. Jaké motivy jsou stěžejní pro ženy a jaké pro muže při rozhodování se o podstoupení asistované reprodukce?
3. Jakou míru důležitosti přikládají lidé podstupující asistovanou reprodukci sociální opoře a jaký její typ preferují ženy a jaký muži?
4. Jak ženy a jak muži prožívají či prožívali léčbu pomocí asistované reprodukce?
5. Má či měla léčba neplodnosti z pohledu žen a z pohledu mužů nějaký dopad na jejich partnerský vztah?
6. Jak ženy a jak muži zpětně hodnotí své rozhodnutí podstoupit asistovanou reprodukci?

Výzkumné otázky byly v průběhu výzkumu s ohledem na jedinečnost každého z rozhovorů modifikovány a přizpůsobovány situačnímu kontextu. Jedná se o proces v kvalitativním výzkumu zcela běžný, označujeme ho jako *hermeneutický*.

8. Metodologický rámec

V následujících sekcích jsou popsány metodologické postupy, které byly v rámci empirického šetření použity.

8.1 Design výzkumu a metoda získávání dat

Pro účely výzkumu bylo užito kvalitativního přístupu. Primárním nástrojem sběru dat byl autorkou zkonstruovaný semistrukturovaný rozhovor skládající se z několika okruhů, a sice: „*Příběh neplodnosti*“, *Rozhodnutí pro asistovanou reprodukci*, *Proces léčby* a dle fáze, ve které se pár nacházel *Zpětné zhodnocení, resp. výhled do budoucna*.

Semistrukturované interview bylo zvoleno z toho důvodu, že nabízí soubor předem daných, pevně stanovených otázek, ale zároveň neomezuje projevení jedinečné individuální zkušenosti. Další jeho významnou předností při výzkumu takto intimní a citlivé problematiky je, že připouští volně přizpůsobovat a zaměňovat pořadí otázek v rámci jednotlivých částí, čímž výzkumníkovi umožňuje pružně reagovat na respondenta a aktuální situační kontext. Tabulka č. 1 uvádí jednotlivé oblasti rozhovoru a příklady otázek.

V přípravné fázi výzkumu bylo za účelem oslovení potenciálních respondentů snahou autorky navázat kontakt s centry asistované reprodukce v České republice. Žádné z 18 oslovených center však neprojevilo zájem o spolupráci, tudíž byli respondenti osloveni přímo, a sice prostřednictvím internetových diskuzních fór vztahujících se k tématu neplodnosti a asistované reprodukce. Mezi tato fóra a online komunity patří: *www.modrykonik.cz*, *www.neplodnost.org*, *www.emimino.cz*, *www.maminkam.cz* a *www.rodice.cz*. V žádosti o spolupráci byla stručně představena problematika a poznatky vybraných zahraničních studií. Samozřejmostí bylo uvedení účelu výzkumu, zaručení naprosté anonymity a důvěrného zacházení s poskytnutými daty. Ti oslovení, kteří měli zájem výzkumu se zúčastnit, kontaktovali autorku práce, a domluvili se na osobním setkání. Tato setkání probíhala v důvěrné atmosféře buď v domácím či neutrálním prostředí, vždy dle preference respondentů.

Jak bylo uvedeno výše (viz kapitoly 3.2 a 6), metodologickým problémem většiny psychologických studií neplodnosti je nedostatek respondentů mužského pohlaví. V případě prezentovaného výzkumu nebylo těžké mužské respondenty získat, neboť ve zveřejněném oslovení bylo uvedeno, že jsou hledány celé páry ochotné se zúčastnit, a mužští respondenti tak byli osloveni nepřímo prostřednictvím jejich manželek, resp. partnerek. Autorku tak kontaktovaly pouze ty páry, v nichž měli zájem zúčastnit se oba partneři.

„Příběh neplodnosti“
<p>Co pro Vás rodičovství znamená? Kdy se problémy objevily a jak jste je vnímali a prožívali? Po jak dlouhé době jste vyhledali odbornou pomoc a jaké pro Vás bylo sdělení diagnózy? Měla neplodnost nějaký vliv na mezilidské vztahy, pracovní výkonnost či každodenní činnosti?</p>
Rozhodnutí pro asistovanou reprodukci
<p>Kde jste se dozvěděli nejvíce informací o asistované reprodukci? Kdo z Vás navrhl možnost asistované reprodukce a jaká byla reakce toho druhého? Zvažovali jste i jiné možnosti, jak se stát rodiči? Jaká byla reakce širší rodiny a přátel (pokud věděli, čím procházíte)? Měly problémy s plodností nějaký dopad na Vaše sebevědomí?</p>
Proces léčby
<p>Jak jste léčbu prožívali? Co pro Vás bylo v průběhu léčby nejvíce stresující? Co bylo největší zátěží? Co Vám pomáhalo zvládat stres? Co Vám nejvíce pomohlo období léčby zvládnout? Kdo Vám byl v průběhu léčby největší oporou? Měl proces léčby neplodnosti nějaký vliv na Váš partnerský vztah? Změnil se nějak Váš vztah k partnerovi / partnerce? Měla léčba nějaký dopad na Váš sexuální život? Setkali jste se v souvislosti s neplodností s pocity viny či obviňování? Prožívali jste v průběhu léčby úzkost a strach? Byla Vám v průběhu léčby dostupná psychologická pomoc? Účastnili jste se nějakých svépomocných skupin (diskuzní fóra, sdružení lidí s podobnými potížemi apod.)? Jak jste vnímali vztah s lékařem a personálem v centru asistované reprodukce? Měla léčba nějaký dopad na Vaše sociální vztahy?</p>
Zpětné zhodnocení, resp. výhled do budoucna
<p>A. Pohled zpět: Byl první cyklus asistované reprodukce úspěšný? Pokud ne, rozhodli jste se pro jeho opakování? Jak celý proces hodnotíte zpětně? Jak zpětně hodnotíte rozhodnutí podstoupit asistovanou reprodukci? Pozorovali jste u sebe nějakou změnu v hodnotách, postojích a vztazích k druhým lidem?</p> <p>B. Pohled do budoucna: Jak dlouhá doba Vám ještě zbývá do konce cyklu? Jak se cítíte silní na následující / zbývající části léčby? Věříte v úspěch asistované reprodukce nebo si připouštíte i to, že by léčba nemusela dopadnout dobře?</p>

Tabulka 1: Okruhy a příklady položek semistrukturovaného interview

Na základě faktu, že infertilita není problémem jedince, nýbrž celého páru, byly rozhovory vedeny s oběma partnery společně. Východiskem pro tzv. *joint interviews* byl výzkum britských autorek L. Glover, A. McLellan, & S. M. Weaver (2009), které ve své studii významu neplodnosti a její léčby pro pár, administrovaly rozhovory s celým párem současně za účelem porozumět vztahové dynamice, která se od neplodnosti odvíjí. Významným argumentem pro užití těchto společných rozhovorů je také fakt, že zatímco většina poradenství a psychoterapie v oblasti reprodukční psychologie probíhá v párové formě, ve výzkumu této problematiky se setkáváme s trendem opačným – a sice se studii zkoumající ženské a mužské prožívání vztahující se k infertilitě a její léčbě odděleně (s výraznou dominancí studií orientovaných na ženy). Neméně důležitým aspektem párových rozhovorů je také možnost vzájemné spolupráce, spolu-komentování, porozumění rozdílům ve vnímání neplodnosti a odlišnostem v copingových strategiích, což by během individuálních rozhovorů nebylo možné. Interview, která jsou podkladem prezentovaného výzkumu, trvala v průměru 50 minut.

Doplňkovou metodou sběru dat bylo užití dotazníku, písemné formy výše uvedeného interview. Některé páry na oslovení autorkou v rámci diskuzního fóra či online komunity aktivně reagovaly a projevíly zájem o spolupráci, ale z obav o tak intimním tématu, jakým neplodnost je, hovořit s cizí osobou, samy navrhly formu písemného dotazníku jako přijatelnější (viz kapitola 9). Sběr dat pomocí dotazníku byl realizován prostřednictvím emailové komunikace. Neboť při kontrole získaných dat nebyly odhaleny žádné nedostatky ve smyslu jejich kvality ani kvantity, byla takto získaná data zařazena do procesu analýzy jako zcela relevantní.

8.2 Metoda zpracování a analýzy dat

Pořízené rozhovory byly zaznamenány na diktafon a následně v textovém editoru MS WORD 2013 přepsány do písemné podoby. Transkripce nebyla doslovná, z originálních nahrávek byly vypuštěny nevýznamné a rušivé prvky jako např. úvodní společenská konverzace či komunikace směrem k dětem, odehrával-li se rozhovor u respondentů doma za jejich přítomnosti.

Ke kódování, kategorizaci a samotné analýze dat byl použit software pro kvalitativní analýzu dat QDA Miner Lite 1.2.2. Kódování probíhalo postupně na několika úrovních: data byla nejprve kódována jednotlivě řádek po řádku jednoduchými kódy, které vystihovaly témata na obecné úrovni. V další fázi bylo použito výběrové kódování, v rámci kterého byly označovány nejčastěji se objevující témata, tzn. témata nejvíce sycená. Takto okódovaná data byla následně konceptualizována pomocí metody vytváření trsů. Jednotlivé části výpovědí tak byly pomocí této metody rozčleněny do kategorií sledujících hlavní výzkumné otázky a konkretizujících podkategorií.

Výsledky kvalitativní analýzy jsou detailně popsány a interpretovány níže v samostatné kapitole (10). Přílohou této práce je transkripce jednoho vzorového rozhovoru. Ostatní přepsané rozhovory jsou na vyžádání k dispozici u autorky práce.

8.3 Etické problémy a způsob jejich řešení

Respondenti byli důkladně seznámeni s účelem výzkumu, jeho průběhem a způsobem zacházení s daty. Všichni respondenti se výzkumu účastnili dobrovolně na základě svého rozhodnutí a vyjádřili ústní souhlas se zvukovým záznamem rozhovoru na diktafon a jeho následným přepisem za účelem analýzy. Před zahájením interview byl respondentům ponechán prostor pro případné dotazy. Neboť téma výzkumu je natolik intimní, největší důraz byl kladen na ujištění zúčastněných o bezpečném nakládání s poskytnutými informacemi a zaručení naprosté anonymity. Respondenti byli ujištěni, že jména jejich i jimi jmenovaných osob budou při transkripci pozměněna. V průběhu rozhovoru bylo samozřejmostí dodržování hranic, které vymezili sami respondenti – pokud pro ně byl některý z dotazů příliš intimní či citlivý, nebyli nuceni na něj odpovídat. Respondenti byli ujištěni, že rozhovor mohou kdykoli v jeho průběhu ukončit a od své účasti na výzkumu odstoupit. Účast ve výzkumu nebyla nijak honorována ani jinak odměněna, respondentům však bylo v případě jejich zájmu přislíbeno poskytnutí shrnutí a závěrů výzkumu. Všichni respondenti souhlasili s použitím získaných informací v rámci této diplomové práce.

Prezentovaný výzkum byl realizován dle Etického kodexu Českomoravské psychologické společnosti a požadavků platného Zákona o ochraně osobních údajů č. 101/2000 Sb.

9. Charakteristiky výběrového souboru

Výběrový soubor sestává z 10 heterosexuálních partnerských dvojic, tedy z celkového počtu $n = 20$ respondentů, z toho 10 žen a 10 mužů. Vzhledem ke specifičnosti zkoumané populace a intimitě tématu byla k oslovení respondentů použita metoda samovýběru. 8 párů tvořili manželé, 2 páry partneri žijící ve společné domácnosti. 4 páry měly zkušenost z neúspěšným cyklem asistované reprodukce. S 8 páry byly provedeny osobní rozhovory, 2 páry na jejich přání sdílely svůj „příběh neplodnosti“ prostřednictvím písemné verze interview tak, jak je uvedeno v tabulce č. 1.

	Věkové rozpětí	Věkový průměr
Muži	26 – 43	36,5
Ženy	24 – 39	33,2

Tabulka 2: Charakteristika výběrového souboru dle věku

Gynekologická příčina	5 párů
Andrologická příčina	2 páry
Gynekologická i andrologická příčina	1 pár
Idiopatická infertilita	2 páry

Tabulka 3: Charakteristika výběrového souboru dle příčiny neplodnosti

Bezdětní	3 páry
Čekající první dítě	2 páry
1 dítě	2 páry
2 děti	2 páry
3 děti	1 pár

Tabulka 4: Charakteristika výběrového souboru dle počtu dětí

Probíhající první cyklus	3 páry
Absolvovaný 1 cyklus	4 páry
Absolvované 2 cykly	2 páry
Absolvované 3 a více cyklů	1 pár

Tabulka 5: Charakteristika výběrového souboru dle počtu absolvovaných cyklů

Kritéria výběru: metodou samovýběru byly osloveny páry, které se potýkají či v minulosti potýkaly s neplodností. Jediným kritériem výběru byla zkušenost s asistovanou reprodukcí, tzn. zúčastněné páry buď asistovanou reprodukcí v době rozhovoru procházely nebo jí měly za sebou, ať již úspěšně či neúspěšně.

10. Analýza dat: popis a interpretace

V této kapitole jsou předkládány výsledky výzkumu, které jsou pro přehlednost prezentovány ve sledu položených výzkumných otázek (viz kapitola 7.3). V následujícím textu bude užíváno těchto zkratk: *ona*, označující ženu, *on*, označující muže, a *výzkumník*, označující autorku práce. Citované úryvky výpovědí pochází od různých respondentek a respondentů.

Výpovědi žen a mužů se ve smyslu jejich rozsahu lišily. Zatímco co ženám nedělalo potíže o psychické stránce neplodnosti a její léčby otevřeně hovořit, muži se spíše omezovali na věcné a faktické odpovědi týkající se praktických aspektů asistované reprodukce. Toto můžeme vnímat jako jakousi snahu o udržení kontroly nad z psychologické hlediska potenciálně ohrožující situací, kterou otevřený rozhovor o neplodnosti a jejím prožívání bezesporu je. Roli mohl hrát i gender autorky výzkumu ve smyslu umožnění identifikace se ženám, což mohlo podnítit jejich otevřenost.

Léčba neplodnosti, kterou respondenti v době rozhovoru buď podstupovali nebo již měli za sebou, probíhala u všech párů tak, jak je popsána v kapitole 4, tzn. po nějaké době neúspěšného snažení o otěhotnění žena vyhledala svého gynekologa, který provedl základní vyšetření a pro specializovanou diagnostiku odkázal na centrum asistované reprodukce, kde byli oba partneři vyšetřeni. V případě méně závažné diagnózy následovala hormonální stimulace a intrauterinní inseminace, v případě závažnějších diagnóz u jednoho či obou partnerů následovala specializovaná vyšetření a složitější postupy umělého oplodnění, jako např. cykly IVF.

1. Jaké postoje k asistované reprodukci jsou společné ženám a mužům, kteří ji podstupují či podstoupili, a jaké postoje jsou genderově specifické?

Ženy i muži se shodují v tom, že ženská role je v rámci procesu asistované reprodukce výrazně aktivnější a náročnější, zatímco mužovu roli popisují jako spíše pasivnější. Toto ilustruje fakt, že ve všech dotazovaných párech to byla právě žena, která jako první zaznamenala, že „něco není v pořádku“ a vyhledala se svými obavami gynekologa. Ženy více než muži aktivně hledají informace o neplodnosti a možnostech její léčby, procházejí reference různých pracovišť reprodukční medicíny. Ve většině případů právě ony rozhodují, na jaké zařízení se pár obrátí.

Ona: „Snažili jsme se půl roku a už mě to začínalo znervózňovat. Začala jsem se bát, že něco není v pořádku, že to přeci není možné. A tak jsem proseděla x hodin u počítače a hledala... nejvíc mi pomohly fóra, kde jsem zjistila, že spousta žen je na tom podobně. Vyměňovaly jsme si „babské rady“, podporovaly jsme se ve snažení a vzájemně jsme si doporučovaly doktory a CARY.“

I nadále v průběhu celé léčby ženy zastávají jakousi roli „režisérky“ – celý proces řídí, plánují a rozhodují o správném načasování. Zprostředkovávají kontakt mezi partnerem a lékařem, v kontaktu se zdravotnickým zařízením jsou mnohem častěji než muži. V ženské kompetenci je také plánování pohlavního styku v návaznosti na průběh ovulace.

On: „Většinou to všechno organizovala Mirka. Pořádila takový velký kalendář na lednici, kam psala, od kdy brát jaké léky, kdy píchat injekce, kdy jít na kontrolu, kdy zavolat na výsledky... všechno jsme to takhle měli naplánované na několik týdnů dopředu.“

Muži svoji účast na léčbě popisují jako roli pasivního přihlížejícího, pozorovatele, jehož hlavním úkolem je podporovat ženu. Oproti ženám zdůrazňují racionální a ryze pragmatický postoj. Ve výpovědích byla právě tato odlišná orientace velmi patrná – ženy bohatě popisovaly své prožívání, emoce a obavy, oproti tomu muži se soustředili na praktické aspekty.

On: „Svoji roli jsem chápal hlavně jako podpůrnou. Bylo mi jasné, že si nemůžu dovolit sesypat se, že prostě musím zůstat nohama pevně na zemi, a že tam pro manželku musím být. Že se musím snažit jí podpořit, nabídnout jí rameno a objetí, a že jí v tom nemůžu nechat samotnou.“

Jak ženy, tak muži, asistovanou reprodukci vnímají pod vlivem situačního kontextu jako (mnohdy jedinou) možnost, jak zplodit a přivést na svět potomka.

Ona: „Už nejsme nejmladší a věk mě děsí. Je to prostě naše poslední šance...“

On: „Při mojí diagnóze je to jediná možnost, jak mít dítě.“

Ve vztahu ke svému partnerovi ženy často zaujímají ochranný postoj – aktivně vyhledávají informace, které filtrují, a následně partnerovi předkládají pouze ty, které se jeho role v rámci léčby nějakým způsobem dotýkají. Snaží se tedy partnera chránit před zahlcením informacemi a zároveň ho šetrně připravovat na nepříjemná vyšetření, která jsou nedílnou součástí léčby. Několik žen také uvedlo, že se snažily partnera nezahlcovat svými bouřlivými emocemi, s cílem neohrozit jejich vztah a neodradit partnera od léčby. Snaha ochraňovat muže před traumatizací je o to intenzivnější, je-li porucha plodnosti diagnostikována pouze u něj. Tyto ochranné tendence sledují jeden konkrétní cíl, a sice zajištění mužovi spolupráce v klíčových momentech léčby.

Ona: „Bylo mi tenkrát Patrika strašně líto. Snažil se tvářit, že je všechno v pořádku, a že to zvládneme. Ale když někoho znáte deset let, tak je jasné, že poznáte, když je mu uvnitř zle. Snažila jsem se ho přivést na jiné myšlenky, vždycky jsem naplánovala na víkend něco, co ho bavilo, třeba výlet na kolech nebo kino.“

Ona: „Bylo to, jako by se mi v hlavě rozblíkal červený maják, který mě varoval, že teď je nejdůležitější, abych na Vojtu nijak netlačila a dala mu jasně najevo, že to není jeho problém, ale problém nás obou. Bála jsem se, aby z takové té chlapské ješitnosti neřekl, že to musíme vzít, jak tak to je, a že se musíme smířit s tím, že děti mít nebudeme.“

V některých případech postoj muže, resp. jeho neochota podstupovat vyšetření a spolupracovat s lékaři, léčbu zásadním způsobem komplikoval. Příkladem může být pár, kde muž odmítal podstoupit základní vyšetření spermatu, či dřívější vztah jedné z respondentek, který kvůli neochotě muže upravit svůj životní styl (vzdát se kouření a pravidelného saunování) ztroskotal.

2. Jaké motivy jsou stěžejní pro ženy a jaké pro muže při rozhodování se o podstoupení asistované reprodukce?

Z rozhovorů vyplývá, že stát se matkou je pro ženy důležitější než pro muže stát se otcem. Někteří z mužů uvádějí, že si dovedou představit bezdětný život, a že tato možnost je pro ně mnohem přijatelnější než alternativní cesty k rodičovství, jakými jsou adopce či pěstounství, což je v rozporu s postoji žen, které jsou adopci zpravidla otevřenější a v některých případech ji i proti manželově, resp. partnerově vůli prosazují. Z tohoto můžeme usuzovat, že pro muže je biologické pouto mezi rodičem a dítětem významnější nežli pro ženy, pro které nabývá větší důležitosti samotné naplnění sociální role matky.

On: „Já bych to asi nesl těžce (pozn.: oplodnění pomocí dárce)... bojím se, že bych pak dítě nedovedl správně přijmout, že bych ho nebral jako svoje.“

Neplodnost je sama o sobě situací podněcující k uvědomění si vlastních motivů k rodičovství, komunikaci s partnerem, resp. partnerkou a jejich případnému přehodnocení. Všeobecně se dá říci, že čím déle se respondenti s neplodností potýkají, a čím více neúspěšných cyklů asistované reprodukce mají za sebou, tím více jsou ochotni uvažovat nad „náhradním plánem“ v podobě adopce či bezdětného života.

On: „Nikdy jsem si nedokázal představit, že bych vychovával adoptované dítě. Ale po třech neúspěšných pokusech jakoby se něco zlomilo a najednou jsem o tom začal uvažovat. Asi proto, že v tu dobu už adopce vypadala jako jediné řešení.“

Charakteristickým rysem ženských výpovědí k tématu rodičovských motivů je touha po dítěti a pečující roli matky. U mužů je naopak patrná (přestože mnohdy ne explicitně vyřčená) snaha uspokojit partnerku, vyhovět jí, splnit její přání. Ženská motivace k asistované reprodukci se tedy jeví být těsně spjata s niternou touhou po naplnění mateřské role, zatímco mužská motivace je spíše spojena s přáním vyhovět partnerce. Z tohoto můžeme usuzovat, že rodičovství je pro ženy významnější součástí osobní identity nežli pro muže.

Ona: „Život bez dětí mě děsí. Nechci zestárnout sama. Vždyť jediným opravdovým úkolem ženy je porození dítěte, nebo není?“

Zajímavým prvkem je vnímaný význam mužského vyšetření plodnosti. Jak ženy, tak muži tomuto okamžiku nepřímou příkládají klíčovou roli. Pro muže je to moment, kdy se „rozhodne“ o tom, jak bude celý problém vnímat a jak mu bude čelit. Ženy

mužovu ochotu podstoupit vyšetření spermatu vnímají jako projev zájmu na léčbě se aktivně podílet a důkaz motivace k rodičovství.

Ona: „My ženy jsme na vyšetření u gynekologa zvyklé, vyšetření v CARu nejsou o moc horší. Myslím, že pro Tomáše to bylo mnohem horší než pro mě. Byla jsem pyšná, jak se s tím vypořádal. V tu chvíli mi bylo jasné, že si dítě přeje stejně silně jako já.“

Špatný výsledek spermogramu může podnítit dvojí způsob chování ze strany muže, a sice bagatelizaci problému a aktivní snahu současný stav vylepšit. Někteří muži uváděli, že podprůměrné hodnoty spermogramu byly nečekané, šokující. V tomto případě pak muž potřebuje individuálně dlouho dobu k tomu, aby diagnózu přijal a dovedl se s ní vyrovnat. Druhou reakcí je aktivní angažovanost s cílem výsledky zlepšit, např. změnou životního stylu a životosprávy.

On: „Celý ten rok, co jsme se snažili, jsem si říkal, že se to dřív nebo později povede. Když jsme ale šli na vyšetření a tam nám řekli, že mám hodně špatný spermogram, byl jsem dost nepříjemně překvapený – vůbec jsem to nečekal. Potřeboval jsem pak nějakou dobu, abych si to v hlavě srovnal.“

Všechny partnerky mužů, u nichž byla diagnostikována porucha plodnosti, se nicméně shodují v tom, že ať byla manželova reakce jakákoli, byly by raději, kdyby byl problém identifikován u nich samotných. V takovém případě by byla odpovědnost za léčbu v jejich kompetenci a pod jejich kontrolou.

Ona: „Byla bych radši, kdyby byl problém u mě... myslím, že ženy to všeobecně lépe zvládají, že jsou angažovanější.“

3. Jakou míru důležitosti přikládají lidé podstupující asistovanou reprodukci sociální opoře a jaký její typ preferují ženy a jaký muži?

Stěžejní význam v otázce sociální opory má doba, kdy si pár ve vztahu k neplodnosti vytváří hranice, a rozhoduje se, zda vůbec a případně do jaké míry bude své potíže s okolím sdílet. Hranice mohou být velmi rozličné: některým párům nevadí o neplodnosti otevřeně hovořit i s cizími lidmi, jiné dvojice si své potíže s početím přísně střeží výhradně mezi sebou.

On: „Svěřili jsme se jedněm blízkým kamarádům, kteří mají stejné problémy jako my. Ale shodli jsme se na tom, že rodině to určitě říkat nebudeme... nedokážu si vůbec představit, jak se nás třeba tchýně ptá, jestli spolu spíme ve správnou dobu.“

Ona: „Rozhodli jsme se, že to řekneme jenom nejbližší rodině. Hlavně kvůli tomu, aby rodiče věděli, že se nás pořád nemají ptát, kdy bude vnoučátko, a připomínat, že když oni byli v našem věku...“

Ona: „Nedělá mi problém o tom s kýmkoli mluvit. S Vojtou jsme se dohodli, že když se někdo zeptá, jestli už nemyslíme na rodinu, tak odpovíme, že myslíme, ale že se nám zatím moc nedaří. Je to taková naše kouzelná věta, která nás chrání před netaktními a necitlivými narážkami.“

Ženy i muži shodně vnímají zkušenost s neplodností jako velmi intimní a nepřenositelnou, na základě čehož jsou ve sdílení tohoto tématu rezervovaní, neboť se obávají, že kdo podobnou zkušenost neprožil, nemůže jim porozumět. Z rozhovorů však vyplývá, že ženy jsou ke sdílení všeobecně otevřenější, neboť touto formou získávají žádoucí sociální oporu. Je pro ně důležité najít osobu, které se mohou svěřit. Všechny respondentky se za tímto účelem účastní online komunit a diskuzních fór vztahujících se k tématu neplodnosti a její léčby. V tomto prostředí hledají nejen věcné informace, ale především podporu a porozumění. Velmi důležitým aspektem online komunit je možnost identifikace se ženami, které procházejí nebo procházely podobnými problémy. Jedná se o velmi specifické prostředí, které umožňuje alespoň částečnou anonymitu a zároveň podněcuje k navazování velmi blízkých a důvěrných vztahů. Online diskuzní fóra využívají zpravidla ženy – několik online komunit určených pro muže potýkající se s neplodností sice existuje, ale jejich návštěvnost je velmi malá, ne-li mizivá.

Ona: „Diskuzní fórum na emiminu bylo a pořád je mou největší oporou. Bavíme se tam ve skupině žen se stejným nebo podobným osudem. Hodně z nich prošlo nejrůznějšími vyšetřeními, pokusy apod. Dovedly poradit, podpořit, dokonce jsme se mohly společně zasmát té naší smůle. A hlavně řešit situace, které se probírají těžko s někým, kdo to neprožil. . . takže na denním pořádku byla témata jako tabulka s očekávaným datem periody, vzájemné sledování cyklu, povzbuzování. . . Prostě neocenitelné.“

Velmi zajímavá je výpověď dvou respondentů, kteří uvádějí, že hovoření o jejich problémech s početím jim přináší významnou úlevu od psychického napětí a stresu. Avšak pouze v případě, hovoří-li o neplodnosti s ženou (příbuznou, kamarádkou, kolegyní). Sdílení tohoto tématu s muži pak popisují jako ponižující, odhalující jejich nedostatečnou mužnost a shazující sociální status.

On: „Nedělá mi problém o tom mluvit. Kolegyně to ví a když se zeptají, jak se daří, co nás teď čeká a tak podobně, tak se jim rád svěřím. To je fajn. Ale s chlapama bych o tom nikdy nemluvil, to by bylo ponižující a trapné.“

Muži oproti ženám výrazně častěji preferují instrumentální formu sociální opory, tedy praktické informace vztahující se k léčbě, jejímu průběhu, financování apod., ať už se strany rodinných příslušníků či přátel. Ženy naopak přikládají největší význam opoře emocionální, která je charakterizována empatickým vcítěním se. Z rozhovorů vyplývá, že nejefektivnější je sociální opora v okamžiku, kdy jsou partneři schopni respektovat odlišné preference ve smyslu její formy.

On: „Jednou mi kamarád poslal link na online kalkulačku, kam se zadaly údaje o léčbě a pojišťovna, a vyjela vám přibližná cena cyklu. Šikovná věc pro zorientování se, na kolik umělý oplodnění vlastně vyjde, kolik hradí pojišťovna...“

Ona: „Když mi bylo nejhůř, zavolala jsem kamarádce, potřebovala jsem to ze sebe všechno dostat.

Jsem jí opravdu vděčná, že na sebe nechala všechny ty moje výbuchy chrlit, a že se ke mně nikdy neotočila zády. Nikdy jí to nezapomenu.“

Ve vztahu k sociální opoře vyvstalo v rozhovorech také téma sociálního tlaku. Všichni respondenti se shodují, že tlak ze strany okolí projevující se přímými a nepřímými komentáři a dotazy na budoucí potomky, jim je velmi nepříjemný, mnohdy svazující a vzbuzující beznaděj. Několik respondentek uvádí, že konfrontační otázky jako např. „*Tak kdy už konečně budu babička?*“ nebo „*Není už čas myslet na děti?*“, jsou pro ně hluboce zraňující. Mužům je tlak ze strany okolí také nepříjemný, avšak častěji se nad něj dovedou povznést – tato copingová strategie pak plní funkci jakéhosi nárazníku, který chrání před psychickým ohrožením a zabraňuje zranění.

Ona: „Vím, že to mamka nemyslela nijak špatně, ale kdykoli řekla, že se nemůže dočkat, až bude babička, nějak jsem jí odbyla a musela jsem odběhnout do vedlejší místnosti a utřít si slzy.“

On: „Tchán je z našich rodičů nejstarší a tak se na vnouče asi nejvíc těší. Vždycky, když má nějakou narážku, tak ho zarazím něčím jako „Karle, ty nám nějak senilníš...“ a on většinou otočí, aby mě utvrdil, jak je ve formě.“

4. Jak ženy a jak muži prožívají či prožívali léčbu pomocí asistované reprodukce?

Všichni respondenti a respondentky se shodují na tom, že léčba neplodnosti představuje psychicky velmi náročné životní období. Ženy ho velmi často přirovnávají k „horské dráze“, což vystihuje rychlé a velmi dynamické změny mezi pozitivními a negativními emocemi – období napjatého očekávání výsledků je s příchodem menstruace střídáno hlubokým smutkem, prožitky ztráty a selhání.

Ona: „Je to jako horská dráha, na které jedete první jízdu, a nevíte, co vás čeká. Jednou se propadnete dolu, pak vás to zase vystřelí nahoru... a nebo se taky nejednou ocitnete viset hlavou dolů a říkáte si, jestli to máte vůbec zapotřebí.“

Rozhodnutí podstoupit asistovanou reprodukci je jak ženou, tak mužem vnímáno jako snaha o znovunabytí ztraceného pocitu kontroly nad svým životem. Paradoxem je, že speciálně ženy v průběhu léčby prožívají ještě intenzivnější pocity bezradnosti a bezmoci, než ty, které neplodnost podnítila primárně.

Ona: „Nesnáším, když nemůžu nic udělat, když se nemůžu nějak přičinit... mám ráda, když si můžu naplánovat kroky, které povedou k cíli. Ničí mě, když nevím, co bude, a nezbývá mi nic než sedět v koutě a čekat, jak to všechno dopadne.“

Dalším výrazným aspektem ženského prožívání neplodnosti je vnímání tzv. biologických hodin. V případě, kdy je žena starší, se díky svému věku cítí do léčby tlačena a mnohdy jí vnímá jako „poslední šanci“ na otěhotnění.

Ona: „Nemůžeme už dlouho čekat. A také se cítím hodně tlačena. Ráda bych tomu nechala volný průběh, věřím že by se nám opět povedlo spontánní těhotenství, ale věk mě děsí a čas utíká.“

Několik respondentek také uvádí, že neplodnost a její léčba se postupem času staly centrálním tématem jejich životů, které vnímají jako zastavené v určitém bodě. Svůj život díky neplodnosti nepovažují za naplněný, což charakterizují výrazem „přežívání“. U mužů je dopad neplodnosti na životní spokojenost také patrný, avšak ne v takové míře, jako u žen – muži uvádějí pocity nenaplněnosti ve vztahu k rodinnému životu, avšak mnoho z nich si dokázalo zachovat alespoň některé aspekty jejich života, které jim nadále přinášejí uvolnění a potěšení (např. sport s přáteli).

On: „Zní to možná sobecky, ale jediný, co mě tenkrát drželo nad vodou, byl páteční squash s chlápama z práce. Tam jsem dokázal vypnout, odreagovat se, a přijít na jiné myšlenky.“

Z genderového hlediska hraje v prožívání léčby neplodnosti významnou roli genderová identita. Pro ženy představuje mateřství naplnění ženské role, pro muže je schopnost zplodit potomka projevem jejich mužnosti. Je-li porucha plodnosti diagnostikována u muže, navozuje infertilita krizi mužské identity, neboť krom bezmoci dochází i k narušení jednoho z hlavních předpokladů mužnosti, tedy potence a plodnosti.

On: „Hlavní role chlapa je zabezpečit svou rodinu, manželku a děti. To je ideál – úspěšný v práci, dobrý manžel, skvělý táta. Ale co když děti mít nemůže?“

Ženy mají silnější potřebu o svých potížích hovořit, často si otevřeně říkají o sociální oporu, v jejich prožívání jsou patrné výrazné výkyvy směrem k extrémům jak v pozitivních, tak v negativních emocích, a jejich prožívání je celkově dynamičtější. Častěji než muži prožívají intenzivní úzkost a obavy o svou budoucnost. Muži oproti tomu kladou důraz na racionální, realistický přístup, a svoji emocionalitu potlačují. Tato schémata můžeme označit za genderově stereotypní.

Ona: „Děsila mě představa, jak bude můj život vypadat, jestli opravdu děti mít nebudeme. Měla jsem hrozný strach, že budu muset žít život, který jsem nikdy nechtěla.“

5. Má či měla léčba neplodnosti nějaký dopad na partnerský vztah z pohledu žen a jaký z pohledu mužů?

Stěžejním tématem v otázce vlivu neplodnosti a její léčby na partnerský vztah je vzájemná komunikace mezi partnery. Kvalitní inter-vztahová komunikace je nezbytná jak pro společná rozhodnutí o léčbě, tak k vzájemnému poskytování psychické opory. V dotazovaných párech to ve všech případech byly ženy, kdo inicioval prvotní konverzaci na téma neplodnosti. I v průběhu její léčby projevují ženy mnohem výraznější zájem hovořit s partnerem o svých pocitech a obavách nežli muži.

Ona: „V tomhle jsme každý jiný – Vojtovi vyhovuje přemýšlet si o věcech sám, já o tom s ním

potřebuju mluvit. Když si povídáme, pomáhá mi to lépe porozumět tomu, co se mu honí v hlavě, a zároveň i utřídit si vlastní myšlenky.“

Patrná je odlišnost ve významu, který ženy a muži komunikaci o neplodnosti přisuzují. Ženy jí vnímají jako velmi efektivní prostředek k uvolnění emocí, zatímco muži spíše jako proces, jehož prostřednictvím mohou své partnerce poskytnou podporu. Nedostatečnou míru aktivní komunikace ze strany muže ženy připisují „mužské přirozenosti“ a proto za efektivnější zdroj psychické podpory považují své přítelkyně, ať již reálné či virtuální.

Ona: „Chlapi jsou prostě takoví... já to беру a nezazlívám mu to. Mnohem líp zafungovalo, když jsem to mohla sdílet s holkama ze skupiny na emiminu. Ty přesně věděly, jak mi je, a dovedly mě podpořit. Díky nim jsem to všechno nemusela valit na Zdeňka, který by z toho měl akorát plnou hlavu.“

Respondenti uvádějí dva rozměry dopadu neplodnosti na partnerských vztah. Infertilita je buď natolik zatěžující, že vztah ochromí a zničí, nebo naopak partnery stmelí a jejich vztah posílí a zkvalitní. Všechny dotazované páry hovořily o prohloubení jejich vztahu a vzájemném sblížení se, tři respondenti popisovali rozpad jejich předchozího vztahu, jehož příčinou byla právě neplodnost. Jako stěžejní se v tomto ohledu jeví tři aspekty, a sice kvalita vztahu v době, než se problémy s plodností vyskytly, osobnost obou partnerů, a míra shody postojů k léčbě neplodnosti.

Ona: „Bylo to opravdu těžké období, prošli jsme si krizí a spoustou hádek. Ale zpětně je vidět, že to náš vztah posílilo, že nás to ještě víc sblížilo a hlavně, že si díky tomu všemu naší vymodlené rodiny vážíme mnohem víc, než kdyby se nám to třeba bývalo povedlo hned na poprvé.“

Velmi důležitým tématem je oblast sexuality. Při dlouhodobé neúspěšné snaze o otěhotnění se ze sexuálního života vytrácí spontaneita a pohlavní styk se na její úkor řídí výhradně dle ovulace ženy. Z výpovědí respondentů se zdá, že narušení intimního života páru má větší negativní význam pro muže nežli pro ženy – ženy jsou na přechodnou dobu ochotné vzdát se spontaneity a intenzivního prožitku na úkor vidiny početí, zatímco muži plánovaný pohlavní styk často vnímají jako ponižující. Někteří z respondentů dokonce uvádějí, že si připadali zneužívání pouze jako prostředek k cíli. Negativní dopad na sexuální život má také hormonální stimulace a samotný proces asistované reprodukce, který v některých fázích vyžaduje i několikátýdenní sexuální abstinenci.

On: „Kdo to nezažije, neumí si představit, do jakých dimenzí se může sex dostat, když se řídí jenom podle kalendáře a teploty a všechno ostatní jde stranou.“

Jak ženy, tak muži, shodně popisují přechodné krize způsobené jednotlivými etapami léčby neplodnosti – prvotním zjištěním, že se otěhotnění nedaří, vyhledáním odborné pomoci, vyšetřeními, identifikováním problému a jednotlivými fázemi léčby. Všechny

tyto dílčí krize mají za následek nárůst napětí mezi partnery.

Ona: „Bylo to v podstatě tisíc malých krizí v jedné velké.“

Tématem, které vyvolává největší konflikty, jsou rozdílné představy o řešení nastalé situace. Zatímco žena zpravidla plánuje sexuální aktivity a rozhoduje, kdy pár vyhledá lékařskou pomoc, a na jakého odborníka se obrátí, je to muž, který má jakési „právo veta“ v rozhodování o dílčích postupech léčby a alternativních cestách, jak se stát rodiči. Nejcitlivějšími tématy se zdají být možnost přijetí spermií či vajíčka dárce, resp. dárkyně, a adopce.

Ona: „Asi půl roku jsme se hádali, protože já jsem chtěla zažádat o adopci, ale Petr si to nedokázal představit. Kdykoli přišla řeč na téma adopce, skončilo to hádkou.“

V kontrastu s uvedeným je postoj respondenta, který se dlouhodobě léčí s chronickou nemocí. Tento muž vnímá možnost oplodnění spermii dárce velmi pozitivně, neboť mu dává jistotu, že dítě po něm chorobu nezdědí.

On: „Jsem medicíně vděčný, že díky ní naše dítě nemusí přijít na svět se stejnou nemocí, jako mám já.“

6. Jak ženy a jak muži zpětně hodnotí své rozhodnutí podstoupit asistovanou reprodukci?

Ti respondenti, kteří již mají alespoň jeden cyklus asistované reprodukce za sebou, její přínos hodnotí pozitivně, a to jak v případech, kdy vedla k těhotenství, tak v případech, kdy selhala. Podařilo-li se páru za pomoci asistované reprodukce otěhotnět, jsou partneři vděční za možnosti, které soudobá medicína nabízí. V opačném případě se k metodám asistované reprodukce upínají s nadějí, že následující cyklus jim vytoužené těhotenství přinese.

On: „Vzhledem k mojí diagnóze je to pro nás jediná možnost, jak mít spolu dítě.“

Ona: „Náš první cyklus nevyšel. Nezbývá než doufat, že další se podaří.“

Tři respondenti hovořili o zkušenosti z předchozího vztahu, který se díky neplodnosti rozpadl. Dva muži, u nichž byla diagnostikována porucha plodnosti, ukončili svůj předchozí vztah a shodně jako důvod rozchodu uvádějí souhru dvou faktorů: neschopnost rychle se vyrovnat s diagnózou a zároveň silný tlak ze strany bývalé partnerky na okamžité řešení situace. Ani jeden z těchto mužů negativní výsledek spermioqramu neočekával, o to intenzivnější šok sdělení diagnózy přineslo. Oba shodně popisují hluboký zásah sebevědomí a narušení své maskulinní identity. Uvádějí, že potřebovali čas, aby svoji neplodnost byli schopni přijmout a vyrovnat se s ní – průběh tohoto procesu byl však zásadně narušován partnerčíným naléháním na okamžité jednání, což na muže kladlo nároky, na které zatím nebyli připraveni.

On: „Neuměl nebo spíš nechtěl jsem to přijmout... potřeboval jsem čas všechno si to nějak srovnat v hlavě. A ona mě bombardovala letáčkama z lékáren, do práce mi posílala desítky emailů se „zajímavýma článkama“, každý večer mi říkala, že už bysme se měli objednat... a najednou jsem toho měl dost, to se už nedalo vydržet.“

Oproti tomu respondentka, která má také zkušenost s rozpadem předchozího vztahu kvůli neplodnosti, uvádí jako hlavní důvod rozchodu neangažovanost partnera v léčbě a jeho neochotu změnit životní styl. Toto vnímala jako absenci skutečného zájmu stát se rodičem.

Ona: „Evidentně po dítěti netoužil tak, jak tvrdil. To by se choval jinak, než že kouřil jednu za druhou, a neodpustil si páteční saunování.“

Ženy i muži se shodují na tom, že léčba neplodnosti představuje velmi náročné životní období plné nejistoty a stresu. Shodně také uvádějí, že má-li partnerský vztah „dobré základy“, krize vyvolaná neplodností ho může stmelit a zkvalitnit. Všichni respondenti, kteří již asistovanou reprodukci podstoupili, shodně uvádějí, že pro partnerský vztah je zásadní, aby veškerá rozhodnutí byla rozhodnutími společnými, tedy aby ani jeden z partnerů neměl pocit, že je tlačěn do něčeho, s čím vnitřně nesouhlasí nebo z čeho má obavy.

Všichni respondenti popisují pozitivní vliv neplodnosti ve smyslu jejich osobních hodnot a postojů nejen ve vztahu k partnerovi, resp. partnerce, ale také v obecném smýšlení o světě.

Ona: „Vnímám věci jinak. Vím, co je důležité, a co ne. Nezaobírám se už maličkostmi ani si nedělám starosti z nepodstatných věcí.“

11. Diskuze

Psychologickými aspekty neplodnosti a její léčby se zabývá několik současných autorů. Většina z nich (Boivin et al., 2011; Eugster & Vingerhoets, 1999; Holter et al., 2006; Jacob et al., 2007; Monti et al., 2008; Monti et al., 2009; Schmidt, 2009; Smorti & Smorti, 2012) se shoduje, že infertilita a její léčba mají zásadní vliv na lidskou psychiku.

Přestože psychologický výzkum infertility a její léčby se díky rapidnímu nárůstu její prevalence a možnostem, které skýtá soudobá reprodukční medicína, velmi dynamicky rozvíjí, má většina těchto studií významné metodologické nedostatky. Naprostá většina dat, ze kterých tyto studie vycházejí, totiž pochází od respondentek ženského pohlaví. Pouze několik studií se zabývá genderovými specifiky prožívání neplodnosti. Tyto výzkumy se zaměřují na dvě oblasti, a sice na genderové rozdíly ve vnímání a prožívání stresu spojeného s neplodností (Hjelmstedt et al., 1999; Pasch et al., 2002; Perkins, 2006; Peterson et al., 2006; Strauss, 2002; White et al., 2006) a na genderově typické copingové strategie, jejichž prostřednictvím jedinci tento stres zvládají (např. Jordan & Revenson, 1999; Shapiro, 2009).

Dalším, metodologicky mnohem hůře překonatelným problémem, na který upozornili Stanton a Dunkel-Schetter (1991), je, že všichni jedinci, jež se psychologických výzkumů neplodnosti a její léčby účastní, jsou ti, kteří vyhledají lékařskou pomoc, tedy asistovanou reprodukci. Tímto jsou zcela opomíjeni ti jedinci, kteří se – ať už z jakýchkoli důvodů – rozhodnou lékařskou pomoc nevyhledat, a to má za následek limitovanou generalizovatelnost výzkumných zjištění.

Prezentovaný výzkum se věnuje genderovým aspektům asistované reprodukce. Ve shodě s výše uvedenými autory prokazuje, že neplodnost a její léčba jsou psychicky velmi náročným životním obdobím. Stejně, jako deklarují Johnson & Johnson (2009), výsledky výzkumu dokládají, že nejen v prožívání neplodnosti, ale i v jejím kognitivním zpracování a následném zvládnutí léčby existují genderové rozdíly.

Z výsledků vyplývá, že poruchy plodnosti představují výraznější psychickou zátěž pro ženy než pro muže. Ženy infertilitu vnímají intenzivněji, jejich sebevědomí je neplodností více zasaženo a celkově porucha plodnosti negativně ovlivňuje širší spektrum aspektů jejich každodenního života nežli je tomu u mužů. Tato zjištění se shodují s výsledky Abbey et al. (1991); Becker (2000); Gibson & Myers (2000) a dalších autorů, kteří jsou uvedeni v kapitole 6.

První zásadní rozdíly ve vnímání neplodnosti se mezi ženami a muži objevují již v samotné motivaci k rodičovství. Na tyto osdlišnosti nás upozorňují nejen zřetelné rozdíly

v obsahu výpovědí vztažených k tématu motivace k rodičovství, ale nepřímo také fakt, že ženy subjektivně hodnotí míru prožívané úzkosti a stresu spojenou s asistovanou reprodukcí jako vyšší než muži. Totéž u ženských respondentek pozorovali Pasch et al. (2002); Peterson et al. (2006); a Strauss (2002).

Existují dvě všeobecně přijímané hypotézy, kterými tento fakt můžeme vysvětlit. První z nich předpokládá, že ženská touha po dítěti a mateřské roli je silnější než ta mužská, a že její naplnění představuje významnější životní cíl žen nežli mužů. Druhá hypotéza jako vysvětlení navrhuje větší fyzickou zátěž ženy v průběhu asistované reprodukce. Toto druhé vysvětlení je založeno na nezpochybnitelném faktu, že léčba neplodnosti, co se jednotlivých diagnostických vyšetření, hormonální stimulace a samotného procesu asistované reprodukce týče, je bezesporu fyzicky náročnější pro ženy nežli pro muže. Vzhledem k povaze získaných dat však má v případě tohoto výzkumu své opodstatnění i hypotéza první – porovnáme-li výpovědi respondentek a respondentů, je z nich patrné, že ženská motivace k rodičovství pramení spíše z niterné touhy po dítěti a pečující roli matky, zatímco u mužů je patrná (přestože mnohdy ne explicitně vyřčená) snaha uspokojit partnerku a splnit její přání. Z tohoto z odkazem na studie autorů Berg et al. (1991) a Strauss (2002) můžeme usuzovat, že rodičovství nabývá pro ženy z hlediska osobní identity většího významu nežli pro muže.

Další výrazné genderové rozdíly se objevují ve chvíli, kdy je diagnostikována příčina poruchy. Jak bylo uvedeno v teoretické části, fyziologická příčina neplodnosti je u jedné třetiny párů identifikována na straně muže, u druhé třetiny na straně ženy a v přibližně 25 % všech případů je problém nalezen u obou partnerů současně. U 10 % neplodných párů se příčinu nepodaří zjistit (WHO, 2013). Z výpovědí respondentů vyplývá, že je-li příčina zjištěna u muže, je pro něj zpravidla nečekaná a přináší šok. Muž potřebuje určité individuálně dlouhé období k tomu, aby diagnózu přijal a vyroval se s ní. Jedná se o zraňující zásah jeho maskulinní identity, který je často doprovázen markantním poklesem sebevědomí, v některých případech i sebeobviňováním. Muži jsou uzavření a vyhýbají se partnerkou iniciovaným hovorům na téma neplodnosti, což pouze rozvíjí, resp. prohlubuje partnerskou krizi. V takovém případě by hlavní náplní psychologické intervence měla být práce s těmito atribučními chybami s cílem neplodnost externalizovat. Jako vysvětlení intenzivnější mužské reakce na diagnózu neplodnosti se nabízí fakt, že mužské poruchy plodnosti jsou na rozdíl od těch ženských prakticky medikamentózně neléčitelné, a tudíž je jediným prostředkem k dosažení otěhotnění asistovaná reprodukce. Tato „definitivnost“ přináší šok a za následek může mít pocit ztráty kontroly.

Je-li porucha plodnosti diagnostikována u ženy, má tato skutečnost bezesporu také dalekosáhlé dopady na ženino prožívání, její sebevědomí a osobní identitu. Paradoxně

se však můžeme setkat s tím, že vyřčení diagnózy přináší úlevu. Žena již ví, kde přesně je problém. A jelikož jsou gynekologické poruchy plodnosti díky pokroku soudobé medicíny relativně dobře léčitelné, je často moment odhalení příčiny vnímán jako bod, ze kterého se žena může odrazit a začít aktivně jednat. Žena tak v tomto případě okamžitě začíná shromažďovat informace vztahující se k možnostem léčby, aktivně se angažuje ve výběru vhodného zdravotnického zařízení a plánuje průběh léčby. Přístup muže je v tomto období zpravidla racionální – ženinu neplodnost vnímá jako překonatelnou životní překážku a snaží se být partnerce oporou. Na základě výpovědí respondentů se všeobecně lze přiklonit k tvrzení, že je-li porucha plodnosti diagnostikována na straně ženy, není zátěž na partnerský vztah tak velká jako v případě, je-li příčina nalezena u muže. Jedná se však pouze o domněnku se značně limitovanou možností jakékoli generalizace. K jejímu ověření by bylo zapotřebí dalších reprezentativních výzkumů.

Ať je však neplodnost diagnostikována u kteréhokoli z partnerů, je silně emocionálně prožívána. Typické je prožívání pocitu ztráty kontroly, nedostačivosti, méněcennosti. V prvotní fázi přichází šok následovaný pocity viny a beznaděje, které jsou střídány úzkostí a obavami o budoucnost. V průběhu asistované reprodukce přetrvává ženin aktivnější přístup, je patrná větší zodpovědnost ve vztahu k léčbě a ke změně životního stylu v období snažení se o početí, která se charakterizována aktivním vyhledáváním informací, výraznou změnou životosprávy nejen své, ale prostřednictvím dodržování zásad zdravé a vyvážené stravy v domácím prostředí i partnerovy.

Pozoruhodné jsou rozměry dopadu, jaký neplodnost na partnerský vztah může mít. Setkat se můžeme se dvěma extrémy – neplodnost buď vztah zasáhne natolik, že ho zcela ochromí, nebo ho posílí a stmelí. Nejsou-li si partneři předem vědomi zdravotních omezení či jiných možných komplikací, přichází do vztahu krize pramenící z neplodnosti pozvolna. Potřeba stát se rodiči se rozvíjí postupně, bez jakýchkoli pochybností o tom, že by pár s početím mohl mít nějaký problém. Po dlouhou dobu partneři užívali různých antikoncepčních metod, aby zatím nechtěnému těhotenství předešli. V okamžiku, kdy společně dospějí k rozhodnutí zplodit potomka, jsou přesvědčeni, že se tak podaří v blízké době. Pokud otěhotnění nepřijde v prvních měsících, zpravidla to nebudí žádné větší znepokojení, neboť to pár ani nepředpokládá.

S narůstajícím počtem neúspěšných snah a v podstatě se začátkem každého dalšího menstruačního cyklu, se ve vztahu zvyšuje napětí a narůstají obavy, které po individuálně dlouhé době eskalují ve vyhledání odborné péče. Toto je ve většině případů iniciováno ze strany ženy. Následuje množství nepříjemných vyšetření, které podporují nárůst stresu. Z výpovědí respondentů se však jako nejvíce fyzicky i psychicky zatěžující jeví samotná léčba pomocí metod asistované reprodukce. Jedná se o období, které

klade výrazně zvýšené nároky na partnerský vztah a svým způsobem ho „prověřuje“.

Všichni respondenti uvádějí oběma partnery shodně vnímané posílení vztahu; někteří však mají zkušenost z krachem předchozích vztahů právě kvůli neplodnosti. Tato variabilita umožnila alespoň základní náhled na copingové strategie páru, jimiž se během krize s problémem méně či více úspěšně vypořádává. Jako velmi důležitý z hlediska fungování vztahu se pro muže jeví dostatek času poskytnutý partnerkou v případě, je-li porucha plodnosti diagnostikována u muže. Naopak, naléhá-li partnerka na muže, aby okamžitě jednal, a klade-li na něj vysoké nároky, aniž by mu poskytla prostor tento zraňující fakt zpracovat a vyrovnat se s ním, partnerský vztah tím nepřímo ohrožuje. Z pohledu žen hraje stěžejní roli pro zachování funkčnosti vztahu partnerova ochota aktivně se angažovat v léčbě a upravit svůj životní styl. Je pozoruhodné, že ve většině případů muž neplní roli hlavního zdroje psychické podpory ženy – tu povětšinou zastávají ženy přítelkyně, ať už reálné či virtuální.

V oblasti sociální opory hraje u žen velmi významnou roli internet, resp. online komunity a diskuzní fóra vztahující se k problematice neplodnosti a její léčby. Všechny respondentky shodně hovoří o specifické, velmi významné emocionální opoře ze strany ostatních diskutujících žen, které s neplodností také mají zkušenost. Některé z žen pro ilustraci tohoto významu dokonce uvádějí trvalá přátelství přesahující rámec uspokojení aktuálních potřeb, která v kyberprostoru vznikla. Toto zjištění je v souladu s výsledky studie autorů Toscano & Montgomery (2009), kteří uvádějí, že pro ženy potýkající se s poruchou plodnosti je internet významným zdrojem psychické podpory. Muži tyto online komunity nevyhledávají, internet pro ně představuje spíše zdroj praktických informací vztahených k léčbě. Obdobně popisují roli internetu Kahlor & Mackert (2009), kteří v jejich šetření zjistili, že 99 % jedinců potýkajících se s neplodností pravidelně využívá internet jako zdroj informací. Zdá se tedy, že zatímco pro ženy je internet významným zdrojem psychické opory, pro muže plní instrumentální funkci ve smyslu zprostředkování faktických informací.

Z výpovědí bylo dále také patrné, že ženy jsou citlivější na sociální tlak než muži. Příkládají mu větší význam a tudíž je jeho psychický dopad výraznější. Ženy jsou často zasaženy těhotenstvím někoho z příbuzných či blízkých přátel, ale také hůře snášejí komentáře a otázky ze strany rodičů, kteří narození potomka často chápou jako samozřejmou a přirozenou věc. Mohlo by se zdát, že tento tlak pociťují pouze páry, které jsou zatím bezdětné. Není tomu ale tak – i páry, které již dítě mají, a touží po druhém, těžko prožívají rodinná setkání, mají-li v příbuzenstvu rodiny s hodně dětmi, a čas strávený s přáteli, má-li někdo z nich již dětí více. I v tomto případě se mohou setkat s nepříjemnými dotazy na dalšího sourozence pro své jediné dítě atd.

Z výpovědí respondentů obou pohlaví vyplývá, že ve smyslu nabídnutí sociální opory a omezení negativního psychického dopadu zmíněných sociálních tlaků, je pro pár výhodné sdílet své potíže se svým nejbližším okolím (za předpokladu, že to kvalita těchto vztahů umožňuje). Rodina a přátelé tak dostávají signál, že pár prochází nelehkým obdobím, na základě čehož se snaží neuvádět je do nepříjemných situací a vyhýbat se konfrontaci. Je-li tedy nejbližší okolí seznámeno, ať už jakkoli obecně, s potížemi, kterými pár prochází, nejsou partneři vystaveni takovému sociálnímu tlaku jako v případě, že se rozhodnou nechat si tento problém pouze mezi sebou. Dalším pozitivní efektem sdílení je, že projevená důvěra může vztahy posílit. Vše ale samozřejmě záleží na vzájemné shodě partnerů a jasném vytyčení hranic, co, jakou formou a komu sdělí. Ke stejným zjištěním dospěli Stanton & Dunkel-Schetter (1991) a Hjelmstedt et al. (1999).

Zjištění, že tlak, ať už ze strany rodiny či širšího sociálního okolí, prožívají hůře ženy, můžeme vysvětlit pomocí charakteristik komunikace, které jsou u žen v tíživých situacích výrazně častější než u mužů. Ženy obvykle mají potřebu sdílet své problémy a verbalizovat své pocity, tzn. o potížích se svěřit osobě, které důvěřují, vyslechnout si její názor, požádat o radu. Velmi často ženy právě toto vnímají jako efektivní formu psychické opory. Paradoxně se ale tímto způsobem vystavují ještě většímu tlaku okolí, a to tehdy, odlišuje-li se preferované téma komunikace. Jako příklad si můžeme představit ženu, které se nedaří otěhotnět. Svěří se své dobré přítelkyni a očekává, že se jí dostane pochopení, ospravedlnění jejích pocitů a podpory. Namísto toho je však, ať už přímo či nepřímo, konfrontována s tématem své přítelkyně, kterým je rodinný život a děti, je-li ona již matkou. V takovém případě může být žena, které se otěhotnět nedaří, zraněna, a další podobné komunikaci se vyhýbá. Tím se pomalu uzavírá bludný kruh, který může mít za následek narušení sociálních kontaktů a v extrémním případě i zánik některých vztahů. Vše samozřejmě ale závisí nejen na konkrétní situaci a okolnostech, ale hlavně na osobnostních charakteristikách a kvalitě daného vztahu.

Kowalcek et al. (2007) uvádějí, že muži také, i když méně často, prožívají konfrontaci s rodičovstvím někoho jim blízkého jako velmi nepříjemnou – avšak na rozdíl od žen v jiných situacích, např. vidí-li otce sportovat se svým dítětem či ho učit něco nového. Nic podobného u respondentů tohoto výzkumu patrně nebylo – to však neznamená, že tomu ve skutečnosti tak není. Mohlo se např. jednat o příliš citlivé téma, na které muži sami neupozorňovali, a neboť přímý dotaz nebyl součástí interview, mohlo toto téma zůstat skryté.

Odlíšné nároky na komunikaci se mohou projevit i na partnerské úrovni, kde díky nim může dojít k vzájemnému odcizení. Jak je patrné z výpovědí respondentů, muži se mnohem méně než ženy, pokud vůbec, s problémy spojenými s neplodností svěřují. Namísto toho hledají jiné strategie, jak uvolnit napětí a nahromaděný stres. Často

se více věnují práci, zájmům a snaží se potíže v soukromí oddělit od jiných aspektů jejich života. Toto ilustruje odlišnosti copingových strategií, které se v několika výzkumech ukázaly jako genderově charakteristické. Jordan & Ravenson (1999) a Diamond et al. (2005) uvádějí, že ženy inklinují spíše k emocionálně zaměřeným copingovým strategiím zahrnující pozitivní přerámování a aktivní vyhledávání sociální opory. Muži naopak upřednostňují instrumentální strategie orientované na problém.

Další genderovou odlišnost nalezneme ve vnímání problémů v intimním životě páru, které s neplodností souvisí. Nucenou změnu sexuálního života prožívají hůře muži nežli ženy. Není výjimkou, že je atribuuje jako své selhání, resp. nedostačivost. Tento zásah mužské identity se zdá být výraznější než narušení identity ženy. Zde se opět jako možná interpretace nabízí rozličná povaha motivace k rodičovství. Je-li ženská motivace spojena se silnými mateřskými pudy a niternou touhou po dítěti, pak se intimní život na přechodnou dobu stává pouze prostředkem k dosažení tohoto cíle a tudíž význam sexuální spokojenosti není vnímán jako důležitý.

Neplodnost je pro všechny jedince více či méně frustrujícím životním obdobím. Nezdařili se cyklus asistované reprodukce, stojí pár před rozhodnutím, zda podstoupit další nebo zda přistoupit k některé z alternativních cest k rodičovství. Z tohoto pohledu můžeme jedince rozdělit do dvou skupin: na ty, pro které je bezdětný život nemyslitelný, a jejichž touha stát se rodiči je natolik silná, že po několika nezdařilých pokusech o umělé oplodnění přistoupí k žádosti o adopci; a na ty, pro něž je biologické pouto nedílnou součástí „opravdového“ rodičovství a nebo se až příliš obávají neznalosti původu případného adoptovaného dítěte, že adopce pro ně nepředstavuje možnou alternativu. Do první skupiny můžeme zařadit spíše páry, které zatím děti nemají žádné, do skupiny druhé potom spíše páry, které již jedno dítě mají.

Výsledky prezentovaného výzkumu jsou v souladu s většinou studií na téma genderových aspektů neplodnosti a její léčby. Jednoznačně z nich vyplývá, že reakce žen na infertilitu jsou výraznější, a že stres z ní pramenící vnímají intenzivněji než muži. Ústředním aspektem neplodnosti je pro ženy zpravidla touha po dítěti, zatímco pro muže spíše vnímaná povinnost naplnit mužskou roli ve smyslu pocíťovaného sociálního tlaku.

Na tomto místě je nezbytné zmínit i nedostatky prezentovaného výzkumu pramenící z užití metodologie. Neboť se jedná o kvalitativní výzkum, je zřejmé, že míra možné generalizace výsledků je velmi limitovaná. Možné zkreslení získaných dat vyplývá z charakteristiky přístupu samotného – jelikož interview je metodou interaktivní, může výzkumník, ať již záměrně či nevědomě, zasahovat do průběhu sběru dat, ba dokonce svým dotazováním může ovlivňovat jejich charakter a množství.

Největším nedostatkem tohoto výzkumu je bezesporu metoda výběru respondentů. Metoda samovýběru není v kvalitativním výzkumu nijak neobvyklá, přináší však několik rizik, která pramení z podstaty metody jako takové. Jelikož se jedná o oslovení konkrétní skupiny potenciálních respondentů, z nichž pouze ti, kteří mají opravdový zájem výzkumu se zúčastnit a sami aktivně naváží kontakt s výzkumníkem, skupinu respondentů potom tvoří výhradně vysoce motivovaní jedinci. Takováto motivovanost může mít za následek jisté zkreslení získaných dat, neboť nikdy nemůžeme zcela vyloučit, zda data nejsou ovlivněna např. podobnými osobnostními rysy těchto aktivních účastníků. Přestože metodologická „čistota“ je jedním z hlavních znaků kvalitního výzkumu, považuji v případě práce s takto specifickou populací a velmi intimní povahou tématu užití samovýběru za přijatelné.

Metoda semistrukturovaného interview byla zvolena z toho důvodu, že nabízí soubor předem daných, pevně stanovených otázek, ale zároveň neomezuje projevení jedinečné individuální zkušenosti. Další jeho významnou předností při výzkumu takto intimní a citlivé problematiky je, že připouští volně přizpůsobovat a zaměřovat pořadí otázek v rámci jednotlivých částí, čímž výzkumníkovi umožňuje pružně reagovat na respondenta a aktuální situační kontext. Toto se v průběhu rozhovorů ukázalo jako velmi efektivní.

Nevýhodu osobních rozhovorů spatřuji zejména v nárocích, které tato metoda sběru dat klade na výzkumníka. Stěžejním předpokladem, který při zkoumání takto intimní problematiky nabývá na významu, je navázání hlubokého kontaktu v bezpečné a důvěrné atmosféře. V tomto směru bylo velkým přínosem, že se výzkumu účastnili pouze lidé, kteří měli opravdový zájem svůj příběh sdílet. Rozhovory díky tomu probíhaly v uvolněné atmosféře a přesto, že respondenti byli předem ujištěni, že pokud jim některé téma bude nepříjemné, nemusí na něj odpovídat, nestalo se, že by se některý z nich zdržel vyjádření. A to ani v situacích, které jsem pokládala za nejchoulostivější (dopad neplodnosti a její léčby na partnerský vztah a intimní život). Soudím tedy, že se kontakt s respondenty podařil navázat natolik kvalitní, že získaná data skýtají odpovědi na všechny stanovené výzkumné otázky.

Další metodologickou otázkou je adekvátnost použitého semistrukturovaného interview. Mojí snahou bylo sestavit pro každý z hlavních okruhů takovou baterii otázek, které by v jeho rámci bylo možné vzájemně zaměřovat v reakci na aktuální situaci. Otázky jsem operativně volila vždy dle toho, jak se konkrétní rozhovor vyvíjel, a vybírala jsem vždy jen takové, které byly k příběhu daného páru relevantní. Na aktuální situaci jsem se snažila reagovat volbou typu otázky. Prostřednictvím doplňujících otázek jsem se snažila docílit hlubšího poznání témat, které byly nastíněny pouze povrchově. Jako velmi efektivní se ukázalo i občasné začlenění pomlky, která respondentům umožnila

uchopit otázku a promyslet si formulaci odpovědi nebo nechat doznít právě vyřčené.

Z reakcí respondentů a obsahové bohatosti jejich výpovědí se tak domnívám, že struktura interview byla sestavena dostatečně kvalitně na to, aby umožnila jak moje pružné reakce, tak získání kvalitního obsahu skýtajícího odpovědi na stanovené výzkumné otázky.

Jak bylo uvedeno v popisu metodologického rámce výzkumu, dva páry kvůli zábránám hovořit o takto citlivém tématu osobně preferovali sdílení svého příběhu písemně. V těchto případech jsem bohužel byla ochuzena o bohatou neverbální a metakomunikační stránku rozhovoru, což výrazně zvyšuje možnost zkreslení a špatné interpretace dat. Rizika jsem si při zpracování otázek byla vědoma a kódování jsem prováděla s velkou opatrností. Neboť však iniciativa zúčastnit se výzkumu touto formou vzešla ze strany respondentů, jako autorku mne to utvrzuje v přesvědčení, že lidé potýkající se s neplodností mají potřebu a zájem o svých potížích komunikovat s někým, kdo se o jejich příběh zajímá a snaží se pochopit, čím procházejí.

Rozhovory byly administrovány s celým párem současně za účelem porozumět vztahové dynamice, která se od neplodnosti odvíjí. Jsem si vědoma toho, že interview vedená s ženami a muži samostatně by mohla odhalit další aspekty genderově specifického prožívání neplodnosti a její léčby. Zdrojem zkreslení dat mohla být přítomnost partnera, resp. partnerky, která sama o sobě budí touhu po sociální desirabilitě, a v některých případech může mít za následek potlačení vlastních emocí a nevyřčení svých názorů s cílem partnera, resp. partnerku nezranit apod.

Vedle porozumění párové dynamice byl dalším důvodem pro užití metody společných interview i fakt, že zatímco většina poradenství a psychoterapie v oblasti reprodukční psychologie probíhá v párové formě, ve výzkumu této problematiky se setkáváme s trendem opačným – a sice se studii zkoumající ženské a mužské prožívání vztahující se k infertilitě a její léčbě odděleně (s výraznou dominancí studií orientovaných na ženy). Cílem prezentovaného výzkumu tak z metodologického hlediska bylo i pokusit se přispět k zaplnění této mezery mezi výzkumem a praxí.

Výběrový soubor byl složen z 10 heterosexuálních párů ve věku od 24 do 43 let, přičemž průměrný věk mužů činí 36,5 let a průměrný věk žen 33,2 let. Toto věkové složení přibližně kopíruje období střední dospělosti, ve kterém se dle mého názoru v současné době lidé s neplodností setkávají nejčastěji. Jedinci potýkající se s neplodností tvoří velmi specifickou skupinu, která se v mnohém odlišuje od základní populace. Jedná se o skupinu lidí, jejichž představa o životě byla nečekaně narušena neplodností. Jako následek zásahu do psychické integrity se u nich často setkáváme s výraznými změnami v osobních hodnotách a celkovém pohledu na svět. Neboť narušení schopnosti repro-

dukce přímo zasahuje osobní i sociální identitu, má neplodnost dopad jak na psychické prožívání, tak na sociální vztahy, které pod jejím vlivem často mění svou dynamiku.

Domnívám se, že lidem podstupujícím asistovanou reprodukci je společná hluboká touha po rodičovství, která u ostatních rodičů nemusí být samozřejmostí. Je-li zdravotními okolnostmi pár nucen projít trnitou cestou asistované reprodukce s vírou, že na jejím konci z nich budou rodiče, musí se to dle mého názoru pozitivně projevit na vztahu k dítěti a fungování celé rodiny. Zahraniční studie prokázaly, že je-li partnerský vztah kvalitní, neplodnost a její léčba je krizí, která ho může velmi výrazně posílit a obohatit. Příběhy respondentů prezentovaného výzkumu tento předpoklad potvrzují. Domnívám se, že je-li díky úspěšně léčené neplodnosti posílen vztah partnerský, dochází díky tomu sekundárně i ke zkvalitnění vztahu rodič – dítě, a to jak v průběhu těhotenství, tak po jeho narození. Bylo by velmi zajímavé vydat se ve výzkumu tímto směrem a zaměřit se na specifika těhotenství, potažmo rodičovství, která vznikla prostřednictvím asistované reprodukce. V této souvislosti bychom také neměli opomenout problematiku anonymního dárcovství gamet a embryí a charakteristiky tímto způsobem nabytého rodičovství.

V budoucím výzkumu by bylo žádoucí integrovat poznatky kvalitativních a kvantitativních studií. Ideální by bylo provádět výzkumy, které by tyto dva přístupy kombinovaly, aby i při zachování poznání dílčích psychologických aspektů neplodnosti a její léčby byla možná jejich alespoň částečná generalizace, která by byla nosnou oporou při tvorbě adekvátních poradenských a psychoterapeutických programů.

Velmi žádoucí a přesto zatím ne příliš poznanou oblastí je neplodnost v kontextu osobní a rodinné resilience. Výzkum protektivních faktorů, které jedincům, resp. párům a celým rodinám, pomáhají toto náročné životní období zvládnout, se jeví jako velmi přínosný, zejména pro možnosti praktické aplikace jeho poznatků do poradenství a psychoterapie. Proč někteří neplodnost vnímají jako řešitelnou překážku a jiní jako život devastující utrpení? Proč se někteří lidé s neplodností dokáží vyrovnat, zatímco jiní jí podléhají? Jaké vztahy dokáže zkušenost s neplodností posílit a jaké naopak ohrožuje? Tak by dle mého názoru měly znít otázky, na které by budoucí výzkum měl hledat odpovědi.

Poznatky prezentovaného výzkumu můžeme implikovat do procesu psychologické práce s neplodnými páry v kterékoli fázi léčby pomocí asistované reprodukce. Velmi ráda bych na tomto místě zdůraznila potřebu výraznější nabídky profesionálního psychologického poradenství jakožto součásti komplexního přístupu v léčbě. Ani jeden z párů, které se výzkumu zúčastnily, neměl zkušenost s psychologickým poradenstvím či psychoterapií v souvislosti s léčbou v centru asistované reprodukce, avšak všichni respondenti

se shodli na tom, že pokud by jim psychologická pomoc byla nabídnuta, velmi rádi by tuto službu využili.

Závěrem bych se ráda vrátila k výsledkům řady soudobých studií, které prokazují, že stres může být na fyziologické úrovni objektivní příčinou neplodnosti (viz kapitola 2.3, např. Campagne, 2006; Dobson et al., 2003; Domar et al., 2000; Leiblum, 1997; Sanders, 2009). Vycházíme-li z tohoto předpokladu, je vysoce žádoucí, aby léčbě infertility pomocí asistované reprodukce předcházela psychologická příprava orientovaná na redukci stresu. Snížení hladiny stresu by tak na základě tohoto vztahu k neplodnosti mohlo přispět ke zvýšení šancí na úspěch asistované reprodukce.

12. Závěry

Prezentovaný výzkum přináší řadu zjištění z oblasti genderových aspektů neplodnosti a její léčby. Na tomto místě jsou shrnuty ty nejzajímavější z nich.

Z rozhovorů vyplývá, že pro ženy představuje mateřství naplnění ženské role, zatímco pro muže je schopnost zplodit potomka projevem jejich mužnosti, přičemž stát se matkou je pro ženy důležitější než pro muže stát se otcem. Muži si snáze dovedou představit bezdětný život, zatímco pro ženy je mnohem přijatelnější adopce. Z tohoto můžeme usuzovat, že pro muže je biologické pouto mezi rodičem a dítětem významnější nežli pro ženy, pro které nabývá větší důležitosti samotné naplnění sociální role matky. Ženská motivace k asistované reprodukci je těsně spjata s niternou touhou po naplnění mateřské role, zatímco mužská motivace je spíše spojena s přáním vyhovět partnerce.

Rozhodnutí podstoupit asistovanou reprodukci je jak ženou, tak mužem, vnímáno jako snaha o znovunabytí ztraceného pocitu kontroly nad životem. Role ženy je v procesu asistované reprodukce výrazně aktivnější než role muže. Ve vztahu ke svému partnerovi ženy často s cílem zajištění mužovi spolupráce v klíčových momentech léčby zaujímají ochranný postoj. Muži svojí účast na léčbě vnímají spíše jako roli pasivního přihlížejícího. Ženy mají silnější potřebu o svých potížích hovořit, často si otevřeně říkají o psychickou podporu, jejich prožívání je celkově dynamičtější. Častěji než muži prožívají intenzivní úzkost a obavy o svou budoucnost. Muži oproti tomu kladou důraz na racionální, pragmatický přístup, a svojí emocionalitu potlačují. Tato schémata můžeme označit za genderově stereotypní. Muži preferují instrumentální formu sociální opory, ženy naopak přikládají největší význam opoře emocionální, jejímž významným zdrojem jsou online komunity a diskuzní fóra.

Dopad neplodnosti na partnerských vztah může nabývat dvou rozměrů. Infertilita je buď natolik zatěžující, že vztah ochromí, nebo naopak partnery stmelí a vztah posílí. Jako stěžejní se v tomto ohledu jeví tři aspekty: kvalita vztahu v době, než se problémy s plodností vyskytly, osobnost obou partnerů, a míra shody postojů k léčbě neplodnosti. Největší konflikty vyvolávají rozdílné představy o řešení nastalé situace. Nejcitlivějšími tématy jsou možnost přijetí spermií či vajíčka dárce, resp. dárkyně, a adopce. Pro partnerský vztah se jeví jako zásadní, aby veškerá rozhodnutí byla rozhodnutími společnými. Velmi důležitým tématem je také oblast sexuality. Narušení intimního života páru má větší negativní význam pro muže nežli pro ženy.

Ti respondenti, kteří se díky asistované reprodukci stali rodiči, zpětně hodnotí vliv neplodnosti na jejich osobní hodnoty, postoje a obecné smýšlení o světě velmi pozitivně.

Souhrn

Při hledání příčin rozdílů mezi muži a ženami vycházejí autoři z různých teoretických konceptů. Někteří se primárně zaměřují na biologické aspekty a odlišnosti obou pohlaví tak vysvětlují převážně z anatomického hlediska. Jiní zase vycházejí z psychologicko-sociálně-kulturní teoretické báze, čímž staví do popředí psychologické a sociální vlivy. Chápeme-li pohlaví jako biologickou klasifikaci, gender na rozdíl od něj zahrnuje přidružené sociální atribuce vztahující se v rámci dané společnosti ke konkrétnímu pohlaví (Woodward, 2004). Díky svému psycho-sociálnímu rozměru je gender klíčovou dimenzí osobní identity, resp. atribuce toho, *kdo jsme*.

Infertilitou čili neplodností rozumíme neschopnost počít dítě po alespoň jednom roce pravidelného nechráněného pohlavního styku (Covington & Burns, 2006). Dle příčiny rozlišujeme několik typů infertility, a sice primární – biologickou neschopnost zplodit dítě či jej porodit živé; sekundární – neschopnost počít či donosit dítě v případě, že pár již dříve dítě počal, a žena ho zdravě porodila; a subfertilitu – neschopnost páru počít spolu dítě, přestože oba dva již dítě/děti z předchozích vztahů s jiným partnerem mají (Harvard, 2009; WHO, 2013).

Díky roli ženských a mužských faktorů i jejich vzájemné kombinaci je velmi těžké odhadnout světovou prevalenci infertility. Dle závěrů světové zdravotnické organizace (Mascarenhas et al., 2012) se s neplodností v roce 2010 potýkalo 48,5 milionu párů na celém světě. V České republice se dle statistik s neplodností potýká 15 % všech párů v reprodukčním věku (ČTK, 2013). Příčiny neplodnosti dělíme na tzv. mužské, ženské a kombinované faktory. Přibližně u jedné třetiny všech párů, které vyhledají lékařskou pomoc, je fyziologická příčina identifikována u muže, u druhé třetiny u ženy a v přibližně 25 % všech případů je problém nalezen u obou partnerů současně. U 10 % neplodných párů se příčinu nepodaří zjistit – zde hovoříme o tzv. idiopatické infertilitě (Harvard, 2009; WHO, 2013). Ročně se ve světě narodí více než 3,7 milionu dětí, které byly počaty metodami asistované reprodukce (Řežábek, 2013).

Mezi nejčastější gynekologické příčiny neplodnosti v reprodukčním věku patří poškozené vejcovody, abnormální ovulace a endometrioza; mezi nejčastější andrologické příčiny neplodnosti patří nízký počet spermií, absence spermií a varikokéla (Acton, 2012; Jungwirth et al., 2012; Müller-Götzmann, 2009; Seli, 2011; Toth & Maguire, 1992).

Během posledních deseti let výzkumu vztahu mezi neplodností a stresem se prokázalo, že stres může být na fyziologické úrovni objektivní příčinou neplodnosti (Campagne, 2006; Dobson et al., 2003; Domar et al., 2000; Leiblum, 1997; Sanders, 2009). Hormo-

nální procesy vyvolané stresem mohou mít za následek jak snížení plodnosti, tak i míry úspěšnosti asistované reprodukce (Campagne, 2006). Jedinci potýkající se s neplodností opakovaně čelí akutnímu stresu, z dlouhodobého hlediska nicméně neplodnost představuje i závažný chronický stresor (Munoz, 2009; Sudha et al., 2011).

Neplodnost můžeme charakterizovat jako bio-psycho-sociální krizi. Jedná se komplexní, mnohovýšší fenomén, který se stejně jako jiné nemoci projevuje nejen na biologické, ale i na psychické a sociální úrovni. Neboť neplodnost není viditelná nebo život ohrožující, přináší tiché a o to bolestnější utrpení. Někteří autoři v této souvislosti hovoří o tzv. *reprodukčním traumatu* (Covington & Burns, 2006; Diamond et al., 2005). Mezi typicky prožívané emoce doprovázející neplodnost patří vztek, úzkost a ztráta pocitu kontroly (Jacob et al., 2007). Dále se obvykle vyskytují pocity osobního selhání, sociální méněcennosti či křivdy (Jordan & Revenson, 1999). Není divu, že takovýto nápor negativních emocí má signifikantní vliv nejen na prožívání jedince, ale také na fungování páru a na ostatní sociální vztahy.

Z hlediska partnerského vztahu je neplodnost jakýmsi paradoxem – může na něj mít dopad tak zatěžující, že jej nenávratně ochromí, na druhé straně však může pár stmelit a vztah posílit. Jednou z determinantů úspěšné adaptace na stres je sociální opora (Martins et al., 2011). Pro jedince potýkající se s neplodností hraje velmi důležitou roli emocionální forma sociální podpory a forma informační (Weiner et al., 2003). Významným zdrojem sociální opory je v tomto ohledu internet, který poskytuje jak odborné informace a kontakty, tak umožňuje vznik virtuálních komunit, které fungují na bázi reálných svépomocných skupin.

Diagnostika a léčba poruch plodnosti je předmětem dynamicky se rozvíjejícího oboru asistované reprodukce. Nejjednodušší metodou asistované reprodukce je intrauterinní inseminace, v současné době je však při léčbě většiny párů s rozličnými příčinami neplodnosti využívána in-vitro fertilizace. Ta může být doplněna o specifické dílčí postupy jako např. intracytoplazmatické injekce spermií či mikrochirurgické získání spermií. Součástí léčby neplodnosti mnoha párů je i kryokonzervace neboli zmrazení vajíček, spermií či nadbytečných kvalitních embryí pro jejich pozdější využití. Protože některé páry nejsou schopny zplodit potomka ani prostřednictvím asistované reprodukce, je pro ně jedinou cestou k otěhotnění umělé oplodnění pomocí darovaných vajíček či spermií.

Nedílnou součástí multidisciplinárního přístupu k léčbě by mělo být psychologické poradenství a psychoterapie. Narůstající počet studií z celého světa naznačuje, že snížením hladiny stresu je možné docílit větší úspěšnosti metod asistované reprodukce (viz kapitola 2.3). Je-li téma infertility úspěšně zpracováno, může prožití neplodnosti vést k po-

sttraumatickému osobnostnímu růstu (Paul et al., 2010). V terapeutické a poradenské praxi se uplatňuje několik teoretických rámců, a sice psychodynamická psychoterapie, kognitivně-behaviorální psychoterapie, strategická a na řešení orientovaná psychoterapie, krizová intervence a poradenství orientované na truchlení.

V prožívání neplodnosti existují jisté genderové rozdíly. Výsledky celé řady studií prokazují, že poruchy plodnosti představují výraznější psychickou zátěž pro ženy než pro muže. Ženy zpravidla prožívají vyšší míru úzkosti, deprese a celkový negativní dopad stresu pramenícího z neplodnosti na kvalitu života je větší než u mužů (Pasch et al., 2002; Peterson et al., 2006; Strauss, 2002 a další).

White et al. (2006) popisují stres spojený s neplodností prožívaný ženami jako komplexnější a zasahující do širšího spektra životních aspektů. Ženy tento stres vnímají nejvíce v oblasti interpersonálních vztahů, zatímco muži spíše v oblasti pracovní. Jordan & Ravenson (1999) identifikovali genderově specifické copingové strategie, které jedinci užívají nejen při vyrovnávání se s diagnózou neplodnosti, ale i při její léčbě. Ženy inklinují spíše k emocionálně zaměřeným copingovým strategiím, muži naopak upřednostňují instrumentální strategie orientované na problém. V průběhu léčby je pro ženy velmi důležité sdílení emocí a obav. Muži často reagují popřením svých vlastních emocí a snaží se být silní a své partnerce oporou (Diamond et al., 2005).

V empirické části je prezentován výzkum věnující se genderovým aspektům asistované reprodukce, jehož ústředním cílem bylo prozkoumat postoje k neplodnosti a asistované reprodukci typické pro muže a ženy, kteří jí postupují či v minulosti podstoupili. Vzhledem ke specifčnosti zkoumané populace a intimitě tématu byla k oslovení respondentů použita metoda samovýběru. Respondenti byli osloveni prostřednictvím internetových diskuzních fór vztahujících se k tématu neplodnosti a asistované reprodukce. Výběrový soubor se skládal z 10 heterosexuálních párů ve věku od 24 do 43 let, metodou výzkumu byla semistrukturovaná hloubková interview (viz tabulka 1). Na základě faktu, že infertilita není problémem jedince, nýbrž celého páru, byly rozhovory vedeny s oběma partnery společně za účelem porozumět vztahové dynamice, která se od neplodnosti odvíjí. Doplňkovou metodou sběru dat bylo užití dotazníku, písemné formy interview, kterou preferovaly 2 páry.

Odpovědi byly hledány na tyto výzkumné otázky: Jaké postoje k asistované reprodukci jsou společné ženám a mužům, kteří jí podstupují či podstoupili, a jaké postoje jsou genderově specifické? Jaké motivy jsou stěžejní pro ženy a jaké pro muže při rozhodování se o podstoupení asistované reprodukce? Jakou míru důležitosti přiřkládají lidé podstupující asistovanou reprodukci sociální opoře a jaký její typ preferují ženy a jaký muži? Jak ženy a jak muži prožívají či prožívali léčbu pomocí asistované reprodukce?

Má či měla léčba neplodnosti z pohledu žen a z pohledu mužů nějaký dopad na jejich partnerský vztah? Jak ženy a jak muži zpětně hodnotí své rozhodnutí podstoupit asistovanou reprodukci?

Ke kódování, kategorizaci a samotné analýze dat byl použit software pro kvalitativní analýzu dat QDA Miner Lite 1.2.2. Kódování probíhalo postupně na několika úrovních: nejprve byla data kódována dle témat na obecné úrovni, poté byla pomocí výběrového kódování identifikována témata nejvíce sycená. Takto okódovaná data byla následně konceptualizována pomocí metody vytváření trsů. Jednotlivé části výpovědí tak byly pomocí této metody rozčleněny do kategorií sledujících hlavní výzkumné otázky a dílčích konkretizujících podkategorií.

Stejně, jako deklarují Johnson & Johnson (2009), výsledky výzkumu dokládají, že nejen v prožívání neplodnosti, ale i v jejím kognitivním zpracovávání a následném zvládnutí léčby existují genderové rozdíly. Z výsledků jednoznačně vyplývá, že reakce žen na infertilitu jsou výraznější, a že stres z ní pramenící vnímají intenzivněji než muži. Ústředním aspektem neplodnosti je pro ženy zpravidla touha po dítěti, zatímco pro muže spíše vnímaná povinnost naplnit mužskou roli ve smyslu pocíťovaného sociálního tlaku.

Rozhodnutí podstoupit asistovanou reprodukci je jak ženou, tak mužem vnímáno jako snaha o znovunabytí ztraceného pocitu kontroly nad životem. Role ženy je v procesu asistované reprodukce výrazně aktivnější než role muže. Ve vztahu ke svému partnerovi ženy často s cílem zajištění mužovi spolupráce v klíčových momentech léčby zaujímají ochranný postoj. Muži svojí účast na léčbě vnímají spíše jako roli pasivního přihlížejícího. Ženy mají silnější potřebu o svých potížích hovořit, často si otevřeně říkají o psychickou podporu, jejich prožívání je celkově dynamičtější. Častěji než muži prožívají intenzivní úzkost a obavy o svou budoucnost. Muži oproti tomu kladou důraz na racionální, pragmatický přístup, a svojí emocionalitu potlačují. Tato schémata můžeme označit za genderově stereotypní. Muži preferují instrumentální formu sociální opory, ženy naopak přikládají největší význam opoře emocionální, jejímž významným zdrojem jsou online komunity a diskuzní fóra vztahující se k tématu neplodnosti.

Dopad neplodnosti na partnerských vztah může nabývat dvou rozměrů. Infertilita je buď natolik zatěžující, že vztah ochromí, nebo naopak partnery stmelí a vztah posílí. Jako stěžejní se v tomto ohledu jeví tři aspekty: kvalita vztahu v době, než se problémy s plodností vyskytly, osobnost obou partnerů, a míra shody postojů k léčbě neplodnosti.

Poznatky prezentovaného výzkumu můžeme implikovat do procesu psychologické práce s neplodnými páry v kterékoli fázi léčby pomocí asistované reprodukce. V duchu komplexního přístupu se tak mohou stát teoretickou bází pro tvorbu relevantních poradenských a psychoterapeutických programů.

Literatura

- Abbey, A., Andrews, F., & Halman, J. (1991). The importance of social relationships for infertile couples' well-being. In A. L. Stanton & C. Dunkel-Schetter (Eds.), *Infertility: perspectives from stress and coping research* (pp. 61–86). London: Plenum Press.
- Acton, Q. A. (2012). *Infertility: new insights for the healthcare professional*. Atlanta: Scholarly Editions.
- Applegarth, L. D. (2006). Individual counseling and psychotherapy. In S. N. Covington & L. H. Burns (Eds.), *Infertility counseling – a comprehensive handbook for clinicians*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Balen, A. (2008). *Infertility in practice, (3rd ed.)* London: Informa Healthcare.
- Becker, G. (2000). *The elusive embryo: how women and men approach new reproductive technologies*. Los Angeles: University of California Press.
- Behr, B., & Shu, Y. (2010). Cryopreservation of human oocytes and embryos. In D. Carrell & C. Peterson (Eds.), *Reproductive endocrinology and infertility: integrating modern clinical and laboratory practice*. New York: Springer.
- Berg, B. J., Wilson, J. F., & Weingartner, P. J. (1991). Psychological sequelae of infertility treatment: the role of gender and sex-role identification. *Social Science & Medicine*, *33*(9), 1071–1080.
- Berghuis, J. P., & Stanton, A. L. (2002). Adjustment to a dyadic stressor: a longitudinal study of coping and depressive symptoms in infertile couples over an insemination attempt. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*(2), 433–438.
- Boivin, J., Griffiths, E., & Venetis, A. C. (2011). Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. *BMJ*, *342*, 1–9.
- Bormann, L., Alagretti, J. R., da Motta, E., Serafini, P., & Smith, G. D. (2010). Preparation and selection of sperm for IVF and ICSI. In D. Carrell & C. Peterson (Eds.), *Reproductive endocrinology and infertility: integrating modern clinical and laboratory practice*. New York: Springer.
- Bornstein, M. H. (2002). *Handbook of parenting: being and becoming a parent*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Publishers.
- Browning, R. (2008). *Men and women*. Michigan: Clarendon Press.
- Campagne, D. M. (2006). Should fertilization treatment start with reducing stress? *Human Reproduction*, *21*(7), 1651–1658.
- Carrell, D., & Peterson, C. (2010). *Reproductive endocrinology and infertility: integrating modern clinical and laboratory practice*. New York: Springer.

- Christie, G., & Morgan, A. (2006). Individual therapy, group therapy and co-therapy work with infertile couples. *Australasian Journal of Psychotherapy*, 25(1), 82–103.
- Cohen, J., Hamberger, L., & Jones, H. (1998). *Global trends in assisted human reproduction*. Human reproduction. Oxford: Oxford University Press.
- Comhaire, F., & Mahmoud, A. (2008). Male factor infertility: state of the art. In B. Rizk, J. Garcia-Velasco, H. Sallam & A. Makrigiannakis (Eds.), *Infertility and assisted reproduction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cooper-Hilbert, B. (1998). *Infertility & involuntary childlessness: helping couples cope*. New York: W W Norton & Co.
- Covington, S. N., & Burns, L. H. (2006). *Infertility counseling: a comprehensive handbook for clinicians (2nd ed.)*. Cambridge: Cambridge University Press.
- ČTK. (2013). *Léčba neplodnosti v ČR udělala za 30 let obrovský pokrok*. Získáno 3. října 2013 ze Zdravotnických novin: <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/lecbaneplodnosti-v-cr-udelala-za-30-let-obrovsky-pokrok-467418>.
- Diamond, M., Jaffe, J., & Diamond, D. (2005). *Unsung lullabies: understanding and coping with infertility*. New York: St. Martin's Press.
- Diamond, R., Kezur, D., Meyers, M., Scharf, C. N., & Weinshel, M. (1999). *Couple therapy for infertility*. New York: Guilford Press.
- Dobson, H., Ghuman, S., Prabhakar, S., & Smith, R. (2003). A conceptual model of the influence of stress on female reproduction. *Reproduction*, 125, 151–113.
- Domar, A. D., Clapp, D., Slawsby, E., Kessel, B., Orav, J., & Freizinger, M. (2000). The impact of group psychological interventions on distress in infertile women. *Health Psychology*, 19(6), 568–575.
- ESHRE. (2013). *ESHRE Psychotherapy workgroup*. Získáno 5. října 2013 z European Society of Human Reproduction and Embryology: <http://www.eshre.eu/workgroups/psychotherapy>.
- Esteves, S. C., & Agarwal, A. (2011). Sperm retrieval techniques. In D. Gardner, B. Rizk & T. Falcone (Eds.), *Human assisted reproductive technology: future trends in laboratory and clinical practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Eugster, A., & Vingerhoets, A. (1999). Psychological aspects of in-vitro fertilization: A review. *Social Science & Medicine*, 48(5), 575–589.
- Falcone, T., & Hurd, W. (2007). *Clinical reproductive medicine and surgery*. New York: Elsevier.
- Florin, I. (2002). Psychological therapy in idiopathic infertility: a stress reduction approach. In B. Strauss (Ed.), *Involuntary childlessness: psychological assessment, counseling and psychotherapy*. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers.

- Gallacher, L. (2005). *The psychology of intersex: Research into the experiences of individuals/parents who have experienced androgen insensitivity syndrome or congenital adrenal hyperplasia within the UK* (Disertační práce). Získáno 25. ledna 2012 z AISSG Database.
- Ghosh, S. (2009). *Sexuality, Gender & Identity: development of gender identity - usual patterns*. Získáno 6. ledna 2012 z: <http://emedicine.medscape.com/article/917990-overview>.
- Gibson, D. M., & Myers, J. (2000). Gender and infertility: A relational approach to counseling women. *Journal of Counseling & Development*, 78(4), 400–410.
- Glover, L., McLellan, A., & Weaver, S. M. (2009). What does having a fertility problem mean to couples? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(4), 401–418.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Harvard. (2009). The psychological impact of infertility and its treatment. *Harvard Mental Health Letter*, 25(11), 1–3.
- Haynes, J., & Miller, J. (2003). *Inconceivable conceptions: psychological aspects of infertility and reproductive technology*. East Sussex: Brunner-Routledge.
- Heráček, J., & Urban, M. (2012). *Urologie pro studenty*. Získáno 3. února 2012 z <http://www.urologieprostudenty.cz>.
- Hickman, T. N., Cabrera, R. A., McKenzie, L. J., Moustafa, H. F., & Rizk, B. (2008). Evaluation of the infertile female. In B. Rizk, J. Garcia-Velasco, H. Sallam & A. Makrigiannakis (Eds.), *Infertility and assisted reproduction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hjelmstedt, A., Andersson, L., Skoog-Svanberg, A., Bergh, T., Boivin, J., & Collins, A. (1999). Gender differences in psychological reactions to infertility among couples seeking ivf- and icsi-treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 78(1), 42–49.
- Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C., & Möller, A. (2006). First IVF treatment - short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human Reproduction*, 21(12), 3295–3302.
- Holzle, C., Brandt, U., & Lutkenhaus, R. (2002). Solution-focused counseling for involuntarily childless couples. In B. Strauss (Ed.), *Involuntary childlessness: psychological assessment, counseling and psychotherapy*. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers.
- Hummel, W. P., & Kettel, M. L. (2004). *Assisted reproduction technology program: patient manual*. San Diego: San Diego Fertility Center.
- Jacob, C. M., McQuillan, J., & Greil, A. L. (2007). Psychological distress by type of infertility barrier. *Human Reproduction*, 22, 885–894.
- Johnson, K. M., & Johnson, D. R. (2009). Partnered decisions? U.S. couples and medical help-seeking for infertility. *Family Relations*, 58, 431–444.

- Jordan, C., & Revenson, T. A. (1999). Gender differences in coping with infertility: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, *22*(4), 341–358.
- Jungwirth, A., Diemer, T., Dohle, D., Giwercman, A., Kopa, Z., Krausz, C., & Tournaye, H. (2012). *Textbook of assisted reproductive technologies*. Arnhem: European Association of Urology.
- Kahlor, L., & Mackert, M. (2009). Perceptions of infertility information and support sources among female patients who access the internet. *Fertility & Sterility*, *91*(1), 83–90.
- Knaplund, K. S. (2012). Children of assisted reproduction. *University of Michigan Journal of Law Reform*, *45*(4), 899–935.
- Konečná, H., Bubleová, V., & Janků, V. (2010). Motivy k rodičovství. *Československá Psychologie*, (2), 126–174.
- Kowalcek, I., Rohde, A., & Kentenich, H. (2007). Psychologie des kinderwunschaares. In *Das deutsche IVF-Register 1996–2006* (pp. 157–166). Heidelberg: Springer.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Kubíček, V. (2010). Vyšetření v andrologické ordinaci. *Zdravotnické noviny*, *14*(3). Získáno 25. prosince 2013 z <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/vysetreni-v-andrologicke-ordinaci-450744>.
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2005). *On grief and grieving: finding the meaning of grief through the five stages of loss*. London: Simon and Schuster.
- Lechner, L. (2007). Definite involuntary childlessness: associations between coping, social support and psychological distress. *Human Reproduction*, *22*(1), 288–294.
- Leiblum, S. R. (1997). *Infertility: psychological issues and counseling strategies*. New York: John Wiley & Sons.
- Lippa, R. (2009). *Pohlaví: příroda a výchova*. Praha: Academia.
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V. M., & Costa, M. E. (2011). Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. *Human Reproduction*, *26*(8), 2113–2121.
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Costa, P., Costa, M. E., Lund, R., & Schmidt, L. (2013). Interactive effects of social support and disclosure on fertility-related stress. *Journal of Social and Personal Relationships*, *30*(4), 371–388.
- Mascarenhas, M. N., Flaxman, S. R., Boerma, T., Vanderpoel, S., & Stevens, G. A. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS Medicine*, *9*(12), 1–12.
- Matthews, M. L. (2011). Evaluation of the infertile couple. In E. Seli (Ed.), *Infertility*. Chichester: Wiley Publishing.
- Miall, C. E. (1994). Community constructs of involuntary childlessness: sympathy, stigma, and social support. *Canadian Review of Sociology & Anthropology*, *31*(4), 392–421.

- Money, J. (1987). Gender identity and gender transposition: longitudinal outcome study of 24 male hermaphrodites assigned as boys. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 13(2), 75–92.
- Monti, F., Agostini, F., Fagandini, P., La Sala, G. B., & Blickstein, I. (2009). Depressive symptoms during late pregnancy and early parenthood following assisted reproductive technology. *Fertility & Sterility*, 91(3), 851–857.
- Monti, F., Agostini, F., Fagandini, P., Paterlini, M., La Sala, G. B., & Blickstein, I. (2008). Anxiety symptoms during late pregnancy and early parenthood following assisted reproductive technology. *Journal of Perinatal Medicine*, 36(5), 425–432.
- Mukaida, T., & Oka, C. (2011). Oocyte and embryo cryopreservation. In D. Gardner, B. Rizk & T. Falcone (Eds.), *Human assisted reproductive technology: future trends in laboratory and clinical practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Müller-Götzmann, C. (2009). Reproduktionsmedizinische Grundlagen. In *Artifizielle Reproduktion und gleichgeschlechtliche Elternschaft* (pp. 215–234). Heidelberg: Springer.
- Munoz, D. (2009). Infertility related stressors in couples initiating IVF. *Annals of Clinical and Health Psychology*, (5), 95–101.
- Myers, L. B., & Wark, L. (1996). Psychotherapy for infertility: A cognitive-behavioral approach for couples. *American Journal of Family Therapy*, 24(1), 9.
- Nakonečný, M. (2009). *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia.
- Newton, C. R. (2006). Counseling the infertile couple. In S. N. Covington & L. H. Burns (Eds.), *Infertility counseling – a comprehensive handbook for clinicians*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Oakley, A. (2000). *Pohlaví, gender a společnost*. Praha: Portál.
- Obereignerů, R., Šmahaj, J., Hansmanová, L., & Oborná, I. (2009). Možnosti psychologické diagnostiky sexuálního života mužů z infertilních párů. *Psychiatria pre praxi*, 10(2), 94–96.
- Palermo, G. D., Neri, V. Q., Takeuchi, T., Hong, S. J., & Rosenwaks, Z. (2008). Intracytoplasmic sperm injection: technical aspects. In D. K. Gardner, A. Weissman, C. M. Howles & Z. Shoham (Eds.), *Textbook of assisted reproductive technologies*. London: Informa Healthcare.
- Parlament České republiky. (2006). Zákon č. 227/2006 Sb. o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech.
- Pasch, L. A., Dunkel-Schetter, C., & Christensen, A. (2002). Differences between husbands' and wives' approach to infertility affect marital communication and adjustment. *Fertility & Sterility*, 77(6), 1241.
- Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing.

- Paul, M. S., Berger, R., Berlow, N., Rovner-Ferguson, H., Figlerski, L., Gardner, S., & Malave, A. F. (2010). Posttraumatic growth and social support in individuals with infertility. *Human Reproduction*, *25*(1), 133–141.
- Pechová, O. (2006). John Money (1921 - 2006). *Konfrontace (časopis pro psychoterapii)*, *17*(3), 152 – 154.
- Perkins, J. (2006). The psychological impact of infertility. *Therapy Today*, *17*(8), 17–19.
- Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H., & Skaggs, G. E. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*, *21*(9), 2443–2449.
- Prasanta, K. D., & Swarnali, S. (2010). Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Practitioners*, (3), 32–34.
- Prochaska, J., & Norcross, J. (2010). *Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis*. Independence: Brooks/Cole Cengage Learning.
- Řežábek, K. (2000). Kryokonzervace spermií a embryí. *Zdravotnické noviny*, *14*(3). Získáno 1. ledna 2014 z <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/134352>.
- Řežábek, K. (2013). *Vyšetření a léčba sterilního páru*. Získáno 25. prosince 2013 z <https://el.lf1.cuni.cz/kr002/>.
- Rizk, B., Garcia-Velasco, J., Sallam, H., & Makrigiannakis, A. (2008). *Infertility and assisted reproduction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Robaina, N. F., Río, C. J., & Rosset, C. M. (2008). Couple therapy in infertility. *Papeles del Psicólogo*, *29*(2), 205–212.
- Sanders, R. (2009). Stress puts double whammy on reproductive system. *Science Daily*. Získáno 18. prosince 2013 z <http://www.sciencedaily.com/2009/90615171618.htm>.
- Sauer, M. V., & Cohen, M. A. (2008). Egg and embryo donation. In D. K. Gardner, A. Weissman, C. M. Howles & Z. Shoham (Eds.), *Textbook of assisted reproductive technologies*. London: Informa Healthcare.
- Schmidt, L. (2009). Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction - what are the research priorities? *Human Fertility*, *12*(1), 14–20.
- Schmidt, L., Holstein, B., Christensen, U., & Boivin, J. (2005). Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient Education and Counseling*, *59*(3), 244–251.
- Seli, E. (2011). *Infertility*. Chichester: Wiley Publishing.
- Shapiro, C. (2009). Therapy with infertile heterosexual couples: it's not about gender - or is it? *Clinical Social Work Journal*, *37*(2), 140–149.
- Smorti, M., & Smorti, A. (2012). Transition to parenthood in infertile couples. *Social and Behavioral Sciences*, *46*, 527 – 531.

- Stanton, A. L., & Dunkel-Schetter, C. (1991). Psychological adjustment to infertility: An overview of conceptual approaches. In A. L. Stanton & C. Dunkel-Schetter (Eds.), *Infertility: perspectives from stress and coping research*. New York: Plenum Press.
- Steures, P., Mol, B. W., & van der Veen, F. (2010). Artificial insemination: intrauterine insemination. In D. Carrell & C. Peterson (Eds.), *Reproductive endocrinology and infertility: integrating modern clinical and laboratory practice*. New York: Springer.
- Strauss, B. (2002). *Involuntary childlessness: Psychological assessment, counseling, and psychotherapy*. Seattle: Hogrefe & Huber.
- Sudha, G., Reddy, K. S. N., Reddy, K. N., & Reddy, B. K. C. (2011). Emotional distress in infertile couples: A cross-cultural study. *Asia Pacific Journal of Social Sciences*, 3, 90–101.
- Toscano, S. E., & Montgomery, R. M. (2009). The lived experience of women pregnant (including preconception) post in vitro fertilization through the lens of virtual communities. *Health Care for Women International*, 30(11), 1014–1036.
- Toth, A., & Maguire, J. (1992). *The fertility solution: A revolutionary approach to reversing infertility*. New York: Atlantic Monthly.
- Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.
- van Balen, F., & Bos, H. M. W. (2004). Infertility, culture, and psychology in worldwide perspective. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22(4), 245–247.
- van den Broeck, U., Emery, M., Wischmann, T., & Thorn, P. (2010). Counselling in infertility: individual, couple and group interventions. *Patient Education & Counseling*, 81(3), 422–428.
- Weiner, I., Freedheim, D., Schinka, J., & Velicer, W. (2003). *Handbook of psychology, health psychology*. London: John Wiley & Sons.
- White, L., McQuillan, J., Greil, A. L., & Johnson, D. R. (2006). Infertility: testing a helpseeking model. *Social Science & Medicine*, 62(4), 1031–1041.
- WHO. (2013). *Sexual and reproductive health*. Získáno 3. října 2013 z World Health Organization: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility.html>.
- Wischmann, T. (2008). Implications of psychosocial support in infertility - A critical appraisal. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(2), 83–90.
- Woodward, K. (2004). *Questioning identity: gender, class, ethnicity*. London: Routledge.
- Yalom, I., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Young, S. (2007). Infertility - A real illness. *Pharmaceuticals Policy and Law*, 9, 157–161.

Ziebe, S., & Hartshorne, G. (2000). *Innovations and limitations in assisted reproduction*. Oxford: Oxford University Press.

Abstrakt diplomové práce

Název práce: Genderové aspekty asistované reprodukce

Autor práce: Karolína Davidová

Vedoucí práce: PhDr. Olga Pechová, Ph.D.

Počet stran a znaků: 98 stran, 213 279 znaků

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 111

Abstrakt: Žijeme v době, kdy se rodí více a více dětí počatých pomocí metod asistované reprodukce. V České republice se dle statistik s neplodností potýká 15 % všech párů v reprodukčním věku (ČTK, 2013), což je velmi alarmující údaj. Tato práce se v duchu komplexního přístupu snaží přispět k porozumění genderovým odlišnostem v prožívání neplodnosti, vyrovnávání se s ní a následném zvládnutí léčby pomocí asistované reprodukce. Výzkumný soubor se skládal z 10 heterosexuálních párů ve věku od 24 do 43 let. Respondenti byli osloveni metodou samovýběru, data byla získána prostřednictvím semistrukturovaných hloubkových rozhovorů a analyzována pomocí metody hledání trsů.

Hledány byly odpovědi na tyto výzkumné otázky: Jaké postoje k asistované reprodukci jsou společné ženám a mužům, kteří ji podstupují či podstoupili, a jaké postoje jsou genderově specifické? Jaké motivy jsou stěžejní pro ženy a jaké pro muže při rozhodování se o podstoupení asistované reprodukce? Jakou míru důležitosti přikládají lidé podstupující asistovanou reprodukci sociální opoře a jaký její typ preferují ženy a jaký muži? Jak ženy a jak muži prožívají či prožívali léčbu pomocí asistované reprodukce? Má či měla léčba neplodnosti z pohledu žen a z pohledu mužů nějaký dopad na jejich partnerský vztah? Jak ženy a jak muži zpětně hodnotí své rozhodnutí podstoupit asistovanou reprodukci?

Výsledky výzkumu dokládají, že nejen v prožívání neplodnosti, ale i v jejím kognitivním zpracovávání a následném zvládnutí léčby existují genderové rozdíly. Z výsledků jednoznačně vyplývá, že reakce žen na infertilitu jsou výraznější, a že stres z ní pramenící vnímají intenzivněji než muži. Ústředním aspektem neplodnosti je pro ženy zpravidla touha po dítěti, zatímco pro muže spíše vnímaná povinnost naplnit mužskou roli ve smyslu pocíťovaného sociálního tlaku.

Klíčová slova: prožívání neplodnosti; genderové rozdíly; asistovaná reprodukce

Abstract of thesis

Title: Gender aspects of assisted reproduction

Author: Karolína Davidová

Supervisor: PhDr. Olga Pechová, Ph.D.

Number of pages and characters: 98 pages, 213 279 characters

Number of appendices: 3

Number of references: 111

Abstract: We live in a time, when more and more babies are conceived through assisted reproduction techniques (ART). In the Czech republic, infertility affects 15 % of couples in reproductive age (ČTK, 2013), which is an alarming number. Using a comprehensive approach, this thesis seeks to contribute to the understanding of gender differences in experiencing infertility, in coping with it, and in dealing with the ART treatment. A studied sample consisted of 10 heterosexual couples in the age span of 24 to 43 years. To reach the participants, convenience sampling was used. Data were collected through semi-structured in-depth interviews and analyzed by qualitative clustering.

Answers to following research questions were sought: Which attitudes towards assisted reproduction do men and women have in common, and which are gender specific? While deciding whether to undergo assisted reproduction, which motives are crucial to men and which to women? What degree of importance do men and women attach to social support and what kinds of support they prefer? How do men and women experience or had experienced the ART treatment? From a men's and women's viewpoint, has the ART treatment had any impact on their partnership? How do men and women retrospectively appraise their decision to undergo the ART treatment?

The research findings show that gender differences exist not only in experiencing infertility, but also in its cognitive processing, and in dealing with the ART treatment. The results clearly show that women's responses to stress caused by infertility are stronger and that this stress is perceived more intensively by women than by men. In women, the central aspect of infertility is a desire for a child; in the case of men, it is rather perceived as a socially imposed obligation to fulfill the male's role.

Keywords: experiencing infertility; gender differences; assisted reproduction

Seznam obrázků

1	Koncepční rámce genderu	11
2	Vliv stresu na tvorbu pohlavních hormonů	18

Seznam tabulek

1	Okruhy a příklady položek semistrukturovaného interview	46
2	Charakteristika výběrového souboru dle věku	49
3	Charakteristika výběrového souboru dle příčiny neplodnosti	49
4	Charakteristika výběrového souboru dle počtu dětí	49
5	Charakteristika výběrového souboru dle počtu absolvovaných cyklů . .	49

Seznam příloh

Příloha 1: Formulář zadání diplomové práce

Příloha 2: Seznam citátů

Příloha 3: Transkripce vzorového rozhovoru

Příloha 1: Formulář zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2012/2013

Studijní program: Psychologie
Forma: Prezenční
Obor/komb.: Psychologie (PS)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
DAVIDOVÁ Karolína	Jenišovice 259, Jenišovice	F09277

TÉMA ČESKY:

Genderové aspekty asistované reprodukce

NÁZEV ANGLICKY:

Gender aspects of assisted reproduction

VEDOUcí PRÁCE:

PhDr. Olga Pechová, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Studium literatury zabývající se metodami a psychologickým aspekty asistované reprodukce.
2. Analýza zdrojů zabývajících se genderovými aspekty asistované reprodukce.
3. Navázání spolupráce s centrem či centry asistované reprodukce v České republice za účelem získání informací a respondentů.
4. Zapojení se do internetových diskusních fór zaměřených na asistovanou reprodukci za účelem získání informací o problematice a respondentů.
5. Sběr dat za použití kvalitativní metodologie na co největším množství respondentů (v závislosti na jejich dostupnosti). Cílem semistrukturovaných rozhovorů bude zachytit genderové rozdíly ve vnímání průběhu asistované reprodukce.
6. Kvalitativní analýza získaných dat za použití metody vytváření trsů.
7. Diskuse zaměřená na metodu, soubor a výsledky současného výzkumu a také budoucích perspektiv výzkumu v této oblasti.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Cohen, J., Hamberger, L. & Jones, H. W. (1998): Global trends in assisted human reproduction. Oxford: University Press.
- Eugster, A. (1999): Psychological aspects of in vitro fertilization: a review. *Social Science & Medicine* 48, 575 - 589.
- Haynes, J. & Miller, J. (2003): *Inconceivable Conceptions: Psychological Aspects of Infertility and Reproductive Technology*. East Sussex: Brunner-Routledge.
- Knaplund, K. S. (2011): Children of Assisted Reproduction. *Journal of Law Reform* 4, 899 - 935.
- Kowalcek, I., Rohde, A. & Kantenich, H. (2007): *Psychologie des Kinderwunschpaares. Das Deutsche IVF-Register 1996 - 2006*, 157 - 166. Heidelberg: Springer.
- Lippa, R. (2009): *Pohlaví: příroda a výchova*. Praha: Academia.
- Müller-Götzmann, Ch. (2009): *Reproduktionsmedizinische Grundlagen*. Heidelberg: Springer.
- Munoz, D. (2009): Infertility related stressors in couples initiating IVF. *Annals of Clinical and Health Psychology* 5, 95 - 101.
- Prasanta, K. D. & Swarnali, S. (2010): Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Practitioners* 3, 32 - 34.
- Schmidt, L. (2006): Psychosocial burden of infertility and assisted reproduction. *The Lancet* 367 (9508), 379 - 380.
- Young, S. (2007): Infertility - A real illness. *Pharmaceuticals Policy and Law* 9, 157 - 161.
- Ziebe, S. & Hartshorne, G. (2007): *Innovations and limitations in assisted reproduction*. Oxford: University Press.

Příloha 2: Seznam citátů

Kapitola 1:

„Rozdíl mezi ženou a mužem je něco, co znají všichni, ale zároveň nikdo.“

John Money, 1987 in *Gender Identity and Gender Transposition*, s. 13.

Kapitola 2:

„Ne láska, ale plodnost je největším zázrakem přírody.“

Robert Browning, 1855 in *Men and Women*, s.27.

Kapitola 3:

„Je těžké na něco čekat a zároveň vědět, že se to nikdy nemusí stát; je ale ještě těžší vzdát se, pokud víte, že je to to jediné, po čem opravdu toužíte.“

Janet Jaffe, 2005 in *Unsung Lullabies*, s. 14.

Kapitola 4:

„V okamžiku, kdy se rozhodnete, že chcete dítě, přestanete používat antikoncepci, začnete se milovat, a představujete si, že zplodění bude romantické, tak trochu mystické. Co si ale nepředstavujete je, že to bude trochu jinak – namísto milování budete mít plánovaný sex, budete si píchat injekce a poskytovat vzorky spermatu. Co mělo být přirozené, se tak najednou stává úkolem vyžadujícím nejmodernější technologie.“

Martha O. Diamond, 2005 in *Unsung Lullabies*, s. 6.

Kapitola 5:

„Často je to jako zdolávání skalnatého terénu bez mapy a jakékoli jistoty, že dojdete na místo, kam jste původně zamýšleli.“

S. R. Leiblum, 1997 in *Infertility*, s. 130.

Kapitola 6:

„Když žena a muž usilují o naplnění svých rodičovských rolí a cítí se neschopni dostat tomuto kulturně hluboce zakořeněnému očekávání, obrací se k tradiční představě toho, co je vlastně podstatou ženství a mužství.“

G. Becker, 2000 in *The Elusive Embryo*, s. 236.

Příloha 3: Transkripce vzorového rozhovoru

Jména respondentů a osob jimi zmiňovaných byla z důvodu zachování anonymity pozměněna. Transkripce rozhovoru není doslovná, z originálního audio záznamu byly vypuštěny nevýznamné a rušivé prvky jako např. úvodní a závěrečná společenská konverzace.

Respondenti: Eva (37 let) a Martin (41 let), kteří v době rozhovoru podstupovali jejich 5. cyklus IUI.

Výzkumník: Co pro Vás vlastně rodičovství znamená?

Ona: Vždycky jsem toužila po dětech. Přišlo mi přirozené mít větší rodinu. Sama mám dva sourozence, Martin je ze 4 dětí, jeho sestra má děti 3.

On: Taky mi mít rodinu přišlo jako přirozené. Shodli jsme se i na počtu, 3. Kdyby byly 4, nevadilo by to.

Výzkumník: Kdy se problémy objevily, kdy Vás napadlo, že je něco špatně?

Ona: To už je let... až se mi tomu nechce věřit. Na první dítě jsme čekali 7 let, teď se rok pokoušíme o druhé. Snažit jsme se začali, když mě bylo 28 a Martinovi 32. Že něco není normální, mě napadlo asi po půl roce, ale nepřikládala jsem tomu větší váhu. Říkala jsem si, že to prostě trvá... po necelém roce jsem otěhotněla, po dvou měsících jsem ale potratila. Lékaři mi řekli, že se to asi ve 20 % stává, a tak jsme se snažili dál. To jsem ale netušila, že se nám první dítě narodí až o 7 dlouhých let později.

On: 5 let jsme spolu chodili, vzali jsme se, oba jsme měli dobrou práci a tak nám přišlo logické posunout se dál a založit rodinu.

Výzkumník: Jak jste to vnímali a prožívali?

On: Že to nešlo, mě zneklidňovalo jen trochu, nijak jsem se na to neupínal... měl jsem dobrou práci, která mě bavila, čas jsme s Evou trávili aktivně, a tak byla spousta věcí, které od toho odváděly pozornost. Všechno se změnilo až ve chvíli, kdy Eva potratila, vid'...

Ona: Ano, u mě se to zlomilo tím potratem. Do té doby jsem si říkala, že někomu

to prostě trvá trochu déle. Po potratu jako bych do toho spadla. Vystrašilo mě to a v té době jsem si poprvé připustila, že třeba nikdy nebudeme mít děti. Ta představa mě ničila, nemohla jsem jí dostat z hlavy. Všechno bylo najednou jinak.

Výzkumník: Po jak dlouhé době jste vyhledali odbornou pomoc a jaké to pro Vás bylo?

Ona: To bylo právě po tom potratu, takže asi po roce. Už bylo jasné, že něco není v pořádku. Gynekolog mi doporučil důkladné vyšetření a dal mi kontakt na centrum reprodukční medicíny. Tam jsem chodila asi měsíc na různá vyšetření. Martin samozřejmě na vyšetření musel taky. Bylo to hodně stresující, v té době jsem se v podstatě nedokázala soustředit na nic jiného. Hrozně jsem se bála, že mi řeknou, že nikdy dítě mít nebudu. Jako první mě poslali na vyšetření průchodnosti vejcovodů, ale bohužel mi nevysvětlili, jak to probíhá, a byla to hodně nepříjemná zkušenost.

On: Tím potratem se pro nás vlastně rozjel neskutečný kolotoč, bylo to jako noční můra. Nikdy v životě jsem se necítil tak trapně a ponížene, jako když jsem se musel zavíít do kobky, kde na stolku ležely porno časopisy, a musel jsem tam na povel masturbovat. Nikdy nezapomenu, jak jsem tam stál a říkal jsi, jak je to absurdní a patetické. A do toho jsem slyšel, jak sestřička prochází chodbou tam a zpět. Jediné, co mě donutilo zůstat a neutéct oknem bylo právě to, jak moc jsme po dítěti toužili. A tak jsem to bral jako nutnost.

Výzkumník: A jak vyšetření dopadla?

On: U mě byl spermioqram lehce podprůměrný, ale stále prý v normě.

Ona: U mě lékaři neobjevili nic.

Výzkumník: Ani v průběhu těch 7 let u Vás neobjevili žádnou konkrétní příčinu?

Ona: Ne. To je na tom asi to nejhorší. Dají Vám nálepku „idiopatická infertilita“ a jediné, co zbývá, je dělat další a další vyšetření pořád dokola. Dokonce jsme pak několikrát změnili i zařízení, protože mi nevyhovoval jejich přístup „ještě počkáme, ještě počkáme“.

On: Přesně tak, to je na tom nejhorší – že Vám neřeknou žádnou konkrétní příčinu. Nesnáším nemít nad věcmi kontrolu, tohle bylo k zbláznění, nevědět, proč to nejde.

Zní to hrozně, ale musím říct, že když se na to podívám zpětně, říkal jsem si, že bych byl snad radši, kdyby nám řekli, že děti nebudeme mít vůbec, než takovou nejistotu, že všechno vypadá docela normálně, ale nejde to.

Výzkumník: To pro Vás muselo být velmi těžké období. Když se teď podíváte zpět, myslíte, že neplodnost měla nějaký dopad na Vaše mezilidské vztahy?

Ona: Určitě. Ze začátku to bylo v pohodě, ale jak jsme se snažili a snažili a pořád nic, čím dál tím víc mi vadilo stýkat se s kamarádkami, které už děti měly, nebo které otěhotněly. Třeba i neplánovaně. Nevěděla jsem, jak se mám tvářit, jak reagovat.

On: Mě osobně se tohle zase tak nedotýkalo, ale mrzelo mě to kvůli Evě. Chtěl jsem jí nějak podpořit, být jí oporou, ale moc jsem nevěděl, jak na to. Později jsme o tom i mluvili, ale ze začátku vůbec.

Výzkumník: A Vaše okolí o tom vědělo?

Ona: Ne, nikdo to nevěděl. Ani kamarádi, ani nikdo z rodiny.

On: Ani já jsem se o tom s nikým nebavil. Domluvili jsme se, že je to naše soukromá věc, a že to zůstane mezi námi.

Výzkumník: Řekli byste, že neplodnost měla i nějaký vliv na Vaše každodenní činnosti nebo třeba na pracovní výkonnost?

Ona: Určitě. Od toho potratu šlo všechno z kopce. Práce mě před tím bavila, měla jsem dobré místo, kde jsem byla spokojená. Ale od té doby, co jsem potratila a rozjel se ten kolotoč vyšetřování a pokusů o umělé oplodnění, jsem se na nic pořádně nemohla soustředit. Asi tomu přidalo i to, že to vlastně nikdo nevěděl, a tak se mě v práci pořád vyptávali, co se děje, jestli nemáme s Martinem nějakou krizi, jestli se něco nestalo v rodině a tak podobně.

On: No a taky se to samozřejmě odrazilo na našem osobním životě. Začali jsme přísně dodržovat zdravou životosprávu, změnili jsme životní styl. Začali jsme více sportovat, jíst pouze zdravě, úplně jsme vyřadili alkohol. Bereme vitamíny a několikrát do roka provádíme kompletní detoxikaci organismu.

Ona: A taky ten plánovaný sex. Prakticky jsme spolu začali spát podle mého cyklu,

vždycky kolem ovulace. Ovulační testy jsem nakupovala po desítkách přes internet a styk jsme měli v podstatě jenom na povel, brrr.

On: Kdo to nezažije, neumí si představit, do jakých dimenzí se může sex dostat, když se řídí jenom podle kalendáře a teploty a všechno ostatní jde stranou.

Výzkumník: **To muselo být velmi náročné. Řekli byste teď s odstupem času, že neplodnost a asistovaná reprodukce měly nějaký vliv na Váš partnerský vztah? Změnil se nějak Váš vztah k manželovi, resp. k manželce?**

Ona: Myslím, že nás to ještě víc stmelilo. Paradoxně nás všechno to trápení sblížilo a naše manželství upevnilo.

On: Ano... všechno zlé je k něčemu dobré. Máme teď spokojené, vyrovnané manželství a myslím, že i tohle na tom má svůj podíl.

Výzkumník: **A kdyby jste se na to podívali každý sám za sebe, měly problémy s plodností nějaký dopad na Vás samotné, na Vaše sebevědomí?**

Ona: Bezpochyby. Přišla jsem si nemožná, neschopná. Když jsem si představila život bez dětí, vždycky jsem to hrozně obřečela. Kolikrát jsem v práci musela běžet na toalety a tam se vybrečet. Nechápala jsem, proč zrovna já. Proč ostatní děti mít můžou, někdy dokonce i přesto, že je nechtějí, a já ne. Přišlo mi to nespravedlivé, nefér. Na jednu stranu jsem měla vztek na ostatní, záviděla jsem jim, ale uvnitř jsem se zlobila sama na sebe, že je to moje chyba.

On: Asi to bylo hodně i tím, že nám vlastně nezjistili žádnou objektivní příčinu, že nám nikdo neřekl, kde je problém. Hrozně mě hlodalo, jestli je to u Evy nebo u mě, a ve skrytu duše jsem se bál, že je to kvůli mě. Měl jsem strach, že kdyby nám řekli, že neplodný jsem já, Eva by ode mě odešla...

Ona: Já jsem to, Martine, měla úplně stejně...

Výzkumník: **Dá se tomu, co teď říkáte, rozumět tak, že jste se obávali, že Vás partner opustí, najde-li se příčina neplodnosti na Vaší straně? Prožívali jste tedy nejistotu?**

On: Přesně tak.

Ona: Ano.

Výzkumník: Setkali jste se v souvislosti s neplodností také s pocity viny či obviňování?

Ona: Ano, cítila jsem vinu za to, že nemůžu otěhotnět, vyčítala jsem si to.

On: I u mě to tak bylo. Připadal jsem si neschopně.

Výzkumník: Kde jste se dozvěděli nejvíce informací o asistované reprodukci?

Ona: Jednoznačně na internetu – diskuzní fórum na emiminu bylo a pořád je mou největší oporou. Bavíme se tam ve skupině žen se stejným nebo podobným osudem. Hodně z nich prošlo nejrůznějšími vyšetřeními, pokusy apod. Dovedly poradit, podpořit, dokonce jsme se mohly společně zasmát té naší smůle. A hlavně řešit situace, které se probírají těžko s někým, kdo to neprožil. . . takže na denním pořádku byla témata jako tabulka s očekávaným datem periody, vzájemné sledování cyklu, povzbuzování. . . Prostě neocenitelné.

On: Já jsem taky hodně hledal na internetu, ale spíš věcné informace, kontakty a podobně, než abych se zapojoval do diskuzí. Víím, že to Evě pomohlo. Ukázala mi jedno fórum jenom pro muže, zaregistroval jsem se, ale zjistil jsem, že to není pro mě. Radši jsem se s tím tak nějak vypořádával sám.

Výzkumník: Jaké pro Vás bylo rozhodování, zda podstoupit asistovanou reprodukci?

Ona: Martin pro umělé oplodnění moc nebyl, ale vzhledem k tomu, že jsem nás objednala, tak prostě šel do nemocnice se mnou.

On: Ze začátku jsem se tomu hodně bránil. Přeci jen jsem doufal, že se nám to podaří přirozenou cestou, když u nás nenašli žádnou objektivní příčinu.

Výzkumník: Jak jste samotnou léčbu prožívali?

Ona: Bylo to hrozně stresující. Nikomu bych to nepřála. Nejdřív mi lékař doporučil odstranění malého myomu z vnější strany dělohy, který prý ničemu nevadil, ale tvrdili, že to může pomoci jako stimulace. 3 měsíce po operaci jsme šli do zdejšího CARu, prošli jsme vyšetřeními, a začali cyklus IUI – neúspěšně. Pak během 5 let následovaly

další dva cykly dvou IUI a IVF. Bez úspěchu. Psychika šla nahoru a dolů, po každém cyklu jsem byla plná očekávání, natěšená, napjatá. Pak přišla bolest, smutek, zoufalství. Po 7 letech od té doby, co jsme se začali snažit, jsem znovu spontánně otěhotněla a opět potratila. Byla jsem zlomená.

Hned následující měsíc mi ale při kontrole potvrdili těhotenství, které jsem jako zázrakem donosila – po 7 letech! Bylo úplně bezproblémové, jen skončilo sekci, ale Adámek je v naprostém pořádku a dělá mi jen radost. Teď mu byly dva roky, přejeme si pro něj sourozence, a jsme zase v tom kolotoči jako předtím, jen máme méně času na pokusy. Jsme starší, mě je 37, Martinovi 41 – a i to je znát.

On: Bylo to dost náročné. Ke všemu jsme mezitím oba několikrát změnili práci a koupili dům. Byli jsme oba dost vystresovaní, nejhorší bylo to čekání. Teď je to jiné, co už máme Adámka. Už víme, že nezůstaneme bezdětní. A tak i to snažení není takový stres.

Výzkumník: Jaké to v centru asistované reprodukce bylo, jak jste vnímali vztah s lékařem a personálem?

Ona: Kvůli přístupu jsme několikrát zařízení změnili. Přístup „ještě počkáme, ještě počkáme“ mi nevyhovoval, a tak jsme teď ve třetím centru a jsme spokojení.

On: Lékaři v něm jsou profesionálové a i tak s námi jednají.

Výzkumník: Co pro Vás bylo v průběhu léčby nejvíce stresující? Co bylo největší zátěží?

Ona: Jednoznačně čekání na výsledky, jestli se cyklus podařil nebo ne. Každý den jako by potom měl ne 24, ale 124 hodin. Hrozně jsem se v ty dny hlídala, byla na sebe opatrná.

On: Pro mě byly asi nejtěžší chvíle, kdy Eva ležela zhroucená v koupelně na podlaze s dalším negativním testem v ruce a já jsem nevěděl, jak jí utišit, jak jí podpořit...

Výzkumník: A co Vám naopak pomáhalo ten stres zvládat? Co Vám nejvíce pomohlo období léčby zvládnout?

Ona: Tím, že jsme to nikomu neřekli, jsme na to byli v podstatě sami. Takže jako odreagování jsme si vyrazili na pěkný výlet, do kina, na večeri. Ale vždycky to po-

mohlo jenom chvilkově.

On: Jsem ale rád, že jsme se rozhodli nechat si to jenom mezi sebou.

Výzkumník: **Takže když se na to podíváte zpětně, hodnotíte pozitivně to, že o Vašich problémech nikdo nevěděl?**

Ona: Od rodiny jsem podporu čekat nemohla – má sestra, se kterou jsme si velmi blízké, tehdy řešila rozvod, maximálně jsem od ní slyšela, že to moc řeším. Své matce se s tímto svěřit nemůžu, ani teď, hned by mě nutila jít k astrologovi a řešila by mou situaci s celým městem, což si pochopitelně nepřeji. Matka do nás pořád rýpala a rýpe, kdy bude vnouče, kdy pořídíme sourozence... není to příjemné. Bohužel vysvětlit jí, že nám to vadí, jsme zkoušeli mnohokrát, ale k ničemu to nevedlo. Takže ještě navíc snášet tohle. Martinovi rodiče mají daleko více taktu a netlačili na nás. Pokud se o dítěti zmínili, jen velice jemně, a nenaléhali, když nedostali odpověď.

On: V podstatě jakékoli hovory na toto téma nám byli opravdu nepříjemné a vyhýbali jsme se jim. Známi a kolegové v práci jsou naštěstí většinou cizinci a dodržují zlaté pravidlo „nepleť se, do čeho Ti nic není“.

Ona: Neplodnost není nic, co bych musela rozebírat s kýmkoli, kdo se mě zeptá, tak raději zalžu, ale ať mi dají pokoj. Zjistila jsem, že je opravdu velice málo lidí, se kterými se dá o tomto problému mluvit, pokud nemají sami tu zkušenost. V tomhle směru mě nesmírně podržely ostatní „snažilky“ z emimina.

Výzkumník: **Dovedu si představit, že to pro Vás bylo velmi nepříjemné. Byla Vám v průběhu léčby dostupná psychologická pomoc?**

Ona: Nemocnice, kam chodíme, nabízí psychologickou pomoc, jenže už teď mám takový kolotoč, že nevím, kdy bych tam asi mohla jít. Od necelého roku Adámka pracuji na plný úvazek kvůli splacení vysoké hypotéky. Dojíždím do práce, vozím Adámka do jeslí, spěch ráno i večer...

On: I já jsem pracovním vytíženým, popravdě jsem o tom nikdy moc neuvažoval.

Výzkumník: **Říkala jste, že velkou oporou Vám byla a jsou online diskuzní fóra. Účastnili jste se i nějakých jiných svépomocných skupin jako např. sdružení lidí s podobnými potížemi apod.?**

Ona: Ne, ani nevím, jestli u nás takové existují. Ale za emimino jsem moc vděčná, to mě drželo nad vodou.

Výzkumník: Zvažovali jste i jiné možnosti, jak se stát rodiči?

Ona: Ano, o jiných možnostech jsem také přemýšlela. Dříve se mi zdálo, že bych mohla i dítě adoptovat, ale teď, když už jedno vlastní mám, tak to nevidím reálně, myslím, že bych to nezvládla. Pěstounství pro mě nepřípadá v úvahu vůbec. Já bych byla ochotná uvažovat o přijetí darovaného spermatu nebo i embrya. . . ale na to máme s Martinem jiný názor.

On: Já bych to asi nesl těžce. . . bojím se, že bych pak dítě nedovedl správně přijmout, že bych ho nebral jako svoje. A to nechci. Asi kdyby už nebyla jiná možnost, tak bych to přehodnotil, ale zatím věřím, že se nám druhé povede stejně, jako Adámek.

Výzkumník: Jak dlouhá doba Vám ještě zbývá do konce současného cyklu?

Ona: Po Adámkovi za sebou máme jeden cyklus IUI a jsem v průběhu druhého. Pokud opět nevyjde, další cyklus bude IVF. Nemůžeme už dlouho čekat. A také se cítím se hodně tlačena. Ráda bych tomu nechala volný průběh, věřím že by se nám opět povedlo spontánní těhotenství, ale věk mě děsí a čas utíká.

On: A s tím, jak je těžké se trefit do správného momentu, ke všemu s malým uječeným prckem, když není žádné hlídání po ruce. . .

Výzkumník: Jak se cítíte silní na zbývající části léčby?

Ona: Obávám se hormonální zátěže, nemám ráda injekce – pregnyl na minulý cyklus mi píchala kamarádka. Obávám se také svých reakcí na muže i dítě, už teď, když jsem těsně před periodou, bývám hodně podrážděná. Vadí mi, že jsem na oba nepříjemná, těžko to snáším.

On: Já se obávám toho napětí a stresu z čekání na výsledky a taky toho, že zase Evě bude zle a já nebudu vědět, jak jí podpořit.

Výzkumník: Jak zpětně rozhodnutí podstoupit asistovanou reprodukci hodnotíte?

Ona: I když to bylo opravdu zatěžující a sáhla jsem si i na dno, tak pozitivně. I když

jsme Adámka počali spontánně, vidím umělé oplodnění jako jedinou možnost – s ohledem na náš věk – jak mít druhé dítě.

On: Původně jsem byl proti, ale Eva má pravdu, už není na co čekat.

Výzkumník: Věříte v úspěch tohoto cyklu nebo si připouštíte i to, že by léčba nemusela dopadnout dobře?

On: Doufám, věřím, že se to podaří. A když ne, kdo ví... třeba se nám znovu poštěstí jako s Adámkem.

Ona: Byla jsem opravdu donedávna pevně přesvědčená, že další děti budou, ale před nějakou dobou se ve mně něco zlomilo a ta jistota tam už není. Každopádně, pokud nevyjde toto IUI, bude následovat IVF. Pokud nevyjde ani to, budeme mít několik měsíců pauzu na rozmýšlení, co dál.

Výzkumník: Pozorovali jste u sebe nějakou změnu v hodnotách, postojích a vztazích k druhým lidem?

Ona: Jednoznačně. Vnímám věci jinak. Vím, co je důležité, a co ne. Nezaobírám se už maličkostmi ani si nedělám starosti z nepodstatných věcí.

On: Já to mám podobně. Je fajn mít silné auto, postavit velký dům, jezdit na dovolené k moři, ale když je člověk sám a nemá to pro koho dělat, tak to ztrácí smysl. Chtěl bych, aby po mě něco zůstalo. Ale nejen to. Chci mít komu to předat.