

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY ASISTOVANÉ REPRODUKCE

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF ASSISTED
REPRODUCTION



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Magdalena Běhová**

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

Olomouc

2020

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala svým rodičům, kteří mě celý život podporovali a umožnili mi vysokoškolské studium. Dále chci velice poděkovat vedoucí mé bakalářské práce paní PhDr. Olze Pechové, Ph.D., která mi poskytla odborné vedení.

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

V Olomouci dne 06.04.2020

Podpis

OBSAH

OBSAH	3
ÚVOD	5
TEORETICKÁ ČÁST	6
1 INFERTILITA.....	7
1.1 <i>Příčiny na straně ženy</i>	7
1.2 <i>Příčiny na straně muže</i>	10
2 REPRODUKČNÍ MEDICÍNA.....	12
2.1 <i>Vyšetření infertility</i>	12
2.2 <i>Metody asistované reprodukce</i>	13
3 ETICKÉ ASPEKTY ASISTOVANÉ REPRODUKCE.....	17
3.1 <i>Pohlavní buňky a embrya</i>	17
3.2 <i>Genetická vazba k potomkům</i>	22
4 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY ASISTOVANÉ REPRODUKCE	25
4.1 <i>Psychologické ukotvení problematiky</i>	25
4.2 <i>Prožívání neplodnosti</i>	27
VÝZKUMNÁ ČÁST	33
5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	34
5.1 <i>Cíle práce</i>	35
5.2 <i>Výzkumné otázky</i>	35
6 METODOLOGICKÝ RÁMEC.....	36
6.1 <i>Metoda získávání dat</i>	36
6.2 <i>Sběr dat a výzkumný soubor</i>	38
6.3 <i>Metody zpracování dat</i>	39
6.4 <i>Metoda analýzy dat</i>	39
6.5 <i>Etické aspekty výzkumu</i>	40
7 ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY	41
8 DISKUZE	47
9 ZÁVĚR	52

SOUHRN	53
SEZNAM CITOVANÉ LITERATURY	56
PŘÍLOHY	

ÚVOD

Tato bakalářská diplomová práce se věnuje psychologickým aspektům asistované reprodukce. Téma infertility je v dnešní době velice aktuální. Potýká se s ním asi 15 % všech párů. Úplně první dítě počaté metodami asistované reprodukce se narodilo v Anglii v roce 1978. Od té doby se obor nazývaný Reprodukční medicína značně rozrostl (Mrázek, 2003).

Touha počít vlastního potomka je lidem naprosto přirozená. Její nenaplnění může mít značný vliv na život a způsobovat jak individuální psychické potíže, tak problémy páru. Navíc, kromě samotného vědomí vlastní infertility, mohou být i procedury spojené s vyšetřením neplodnosti a její léčbou velice psychicky, fyzicky i finančně náročné (Desjardins-Simon & Debras, 2015). Každý člověk, který si tímto procesem prochází, by měl mít možnost využít účinné lékařské i psychologické pomoci či podpory. Ta zahrnuje přístup k bezpečným, cenově dostupným a přijatelným způsobům, jak tuto nepříjemnou situaci zvládnout. Nejlépe s šancí na zdravého potomka. Dalším argumentem pro výzkum v této oblasti je, že zátěž, kterou matka během léčby neplodnosti prožívá, se může projevit i na vývoji a zdraví potenciálního plodu (Ayers & Visser, 2015).

První část této práce se věnuje neplodnosti z hlediska bio-psycho-sociálních souvislostí. Což zahrnuje zejména medicínský popis infertility, možnosti jejího vyšetření a léčby, vliv sociálního prostředí na potenciální rodiče a samozřejmě prožívání a chování jedinců před, během i po celém procesu asistované reprodukce. V práci je mimo to zahrnut i etický aspekt celé problematiky.

Druhá část sestává z empirického výzkumu. Jelikož jde o velice subjektivní a intimní téma, bylo použito kvalitativního výzkumu, konkrétně metody semistrukturovaného interview, které umožní hlubší pochopení problematiky. Cílovou skupinou jsou respondenti, kteří prošli procesem asistované reprodukce a mají díky tomu možnost předat tuto zkušenost dál.

TEORETICKÁ ČÁST

1 INFERTILITA

Každý plodný člověk je schopný vést zodpovědný, uspokojivý a bezpečný sexuální život. To znamená i možnost rozhodnout se kdy, jak a jestli vůbec bude mít potomka (WHO, 2019). V hospodářsky vyspělých zemích s příznivou legislativou došlo v posledních několika letech k rychlému rozvoji v oblasti asistované reprodukce. Tento obor se snaží pomoci párům, které jsou infertilní, tedy neplodní (Mardešić, Chládek, Kosařová, & Lonský, 2013).

Infertilita je specifická nemoc. Do její léčby je zapojena celá řada odborníků, kteří vzájemně spolupracují. Od gynekologů po andrology a specialisty v centrech asistované reprodukce. Základem je pečlivá anamnéza, na kterou navazují klinická vyšetření a laboratorní testy. Po těchto procedurách se nastavuje terapie šitá přímo na konkrétní pacienty. Infertilita se týká jak mužů, tak žen, proto je nutné zapojení obou partnerů (Kubíček, 1996). V některých případech se ani přes veškerou snahu lékařů nepodaří příčinu neplodnosti odhalit, pak je označena jako idiopatická. Pravděpodobnost, že se těmto párům podaří spontánně otěhotnět, je malá a většinou je nastavena léčba metodami asistované reprodukce (Mardešić, Chládek, Kosařová, & Lonský, 2013).

1.1 Příčiny na straně ženy

Velice zjednodušeně lze popsat vývoj dítěte v děloze matky v několika krocích. Ženskou pohlavní buňkou jsou oocyty neboli vajíčka. Dozrávají ve vřívku (folikulu) v kůře vaječníku. Postupem času se vyklenují na jeho povrch (Smith, 2003). Nakonec folikul praskne a oocyt se uvolní. Tomuto okamžiku se říká ovulace. Vajíčko pak putuje do vejcovodů, kde je oplodněno. Nakonec se uhnízdí v děloze. Zde roste a vyvíjí se až do porodu. Když není oplodněno, tak z těla ženy odejde v průběhu menstruace (Ňaňka & Elišková, 2015).

Faktorů, které mohou způsobovat ženskou neplodnost, je celá řada. Mezinárodní klasifikace nemocí (WHO, 2018) je dělí do několika částí, které jsou vedeny pod značkou N97: „Ženská neplodnost:

- *Ženská neplodnost spojená s anovulací*
- *Ženská neplodnost tubárního původu*
- *Ženská neplodnost děložního původu*
- *Ženská neplodnost cervikálního původu*

- *Ženská neplodnost spojená s mužskými faktory*¹
- *Ženská neplodnost jiného původu*
- *Ženská neplodnost NS*“ (WHO, 2018, str. 510).

Mezi nejčastější konkrétní nemoci způsobující infertilitu patří syndrom polycystických vaječníků, endometrióza, neprůchodnost vejcovodů, různá nádorová onemocnění a předčasné ovariální selhání. Ovšem jednoznačně nejběžnějším a zcela přirozeným faktorem je věk (Řežábek, 2014).

1.1.1 Věk

Každá žena má jen omezený počet oocytů, které jsou dostatečně kvalitní na to, aby mohly být oplodněny. Tento počet se označuje jako ovariální rezerva a s věkem klesá. Mladé dívky nemívají více než 400 zdravých vajíček. Každý menstruační cyklus obvykle dozraje jedno z nich. Menopauza začíná, pokud ovariální rezerva dojde pod hranici sta buněk. Když se tak stane, tak se pravděpodobnost početí a donošení zdravého dítěte velice snižuje. Po 42. roce života je již většina žen neplodných (Mardešic, Chládek, Kosařová, & Lonský, 2013).

U starších rodičů se navíc zvyšuje riziko spontánního potratu, a to až na 50 %. Vliv věku na plodnost je znám nejen v naší, ale i v jiných kulturách, a to i napříč historií. Starší páry by na tento faktor měly myslet a nezapomínat na rizika, která jsou s ním spojena (Konečná et al., 2017).

1.1.2 Syndrom polycystických vaječníků

Pokud nebereme v potaz věk, tak je syndrom polycystických vaječníků nejčastější příčinou neplodnosti v České republice (Řežábek, 2014). Rozmnožovací soustava je hormonálně zásobena z mozku, konkrétně z hypotalamu a hypofýzy. V některých případech dochází k nerovnoměrné souhře těchto orgánů (Mardešic, Chládek, Kosařová, & Lonský, 2013).

Kvůli nepřiměřenému endokrinnímu zásobení vaječníků není zralý folikul schopen prasknout. Zůstává pod povrchem, kde způsobuje komplikace. Nejčastěji myomy a záněty. Vaječníky a jejich obaly se zvětšují. Nedochozí k ovulaci a tím pádem není možné ani těhotenství. Toto onemocnění je navíc někdy bolestivé (Gennet, 2019).

¹Někteří autoři označují neplodnost spojenou s mužským faktorem jednoduše jako mužskou neplodnost (Řežábek, 2014).

1.1.3 Endometrióza

Při endometrióze se uvolňují části děložní sliznice a putují do jiných orgánů. Tam způsobují potíže. Pokud jsou na vaječnících, tak se v nich hromadí krev, tvoří se cysty, srůsty a záněty. Při pohlavním styku a menstruaci způsobují bolest. Kromě vaječníků se mohou usadit na děloze, ve vejcovodech a v extrémním případě dokonce na mozkových obalech či plicích (Mrázek, 2003).

Léčí se tabletami a v horším případě je nutný i chirurgický výkon, při kterém může být odstraněna děloha, vejcovody i vaječnící nebo jen samotná ložiska endometriózy. Úplně ji vyléčit nelze, ale lze odstranit příznaky, a i zachovat plodnost. K odstranění bolesti je možné podávat léky tišící bolest (Ayers & Visser, 2015).

1.1.4 Neprůchodnost vejcovodů

Vejcovody jsou párový orgán, ve kterém dochází ke splnutí pohlavních buněk ženy a muže. Pokud jsou oba dva neprůchozí nebo špatně plní svou funkci, tak způsobují infertilitu. Tu je možné řešit pouze mimotělním oplodněním pomocí metod asistované reprodukce (Mára, 2019). V některých afrických zemích jde o nejběžnější příčinu infertility, která je způsobena zejména nekvalitní zdravotní péčí (Řežábek, 2014).

Mezi nejčastější příčiny neprůchodnosti vejcovodů patří komplikované záněty slepého střeva, záněty v malé pánvi a předešlá mimoděložní těhotenství ve vejcovodu (Mrázek, 2003). Záněty jsou většinou způsobeny bakteriální infekcí, jako jsou chlamydie či kapavka. Kromě těchto příčin může neprůchodnost vejcovodů způsobovat endometrióza, vrozené vady a srůsty způsobené předešlými operačními výkony (Mára, 2019).

1.1.5 Další onemocnění způsobující infertilitu

Poměrně běžnou příčinou neplodnosti je rakovina vaječniku. Bohužel se jí jen zřídka kdy podaří odhalit ve stádiu, kdy je ještě léčitelná. Nebezpečná je i rakovina děložního krčku, dělohy a lymfatických uzlin. Problémy mohou způsobovat i nezhoubné myomy (Řežábek, 2014).

Asi 1 % žen trpí předčasným ovariálním selháním, kdy vaječnící vypoví svou funkci dříve, než je to běžné. To může mít mnoho příčin. Mezi nejběžnější patří chemoterapie, radioterapie, předešlé chirurgické výkony, geneticky podmíněná vada nebo autoimunitní problém (Mardešić, Chládek, Kosařová, & Lonský, 2013).

K výčtu chorob patří ještě poruchy imunitního systému. Někdy se stane, že tělo začne vytvářet protilátky buď proti vlastní oocytům nebo proti partnerovým pohlavním buňkám, jako by šlo o bakterie. Jindy má žena vrozenou genetickou vadu, trpí mentální anorexií, diabetem mellitus, obezitou, poruchami hormonální soustavy apod. (Řežábek, 2014).

1.2 Příčiny na straně muže

Základem mužské plodnosti jsou kvalitní pohlavní buňky (spermie). Ty vznikají ve varlatech, což je párový orgán, který je tvořen lalůčky se semenotvornými kanálky (Merkunová & Orel, 2017). Kanálky spolu komunikují a tvoří síť. Od puberty zde probíhá proces spermatogeneze. Tedy růstu, dozrávání a tvorby spermií (Kubíček, 1996). Příčin mužské infertility je celá řada, ale všechny souvisí s kvalitou a počtem spermií. Mezinárodní klasifikace nemocí (WHO, 2018) je proto dělí pouze na: „*Mužskou neplodnost*:

- *Azoospermie NS*
- *Oligospermie NS*“ (WHO, 2018, str. 496).

Azoospermie je úplná nepřítomnost spermií v ejakulátu muže. Při oligospermii je koncentrace spermií malá, ale lze je nalézt (Mardešic, Chládek, Kosařová, & Lonský, 2013). Mezi nejčastější konkrétní poruchy pak patří varikokéla, hydrokéla a nádorová onemocnění pohlavních orgánů. I zde má věk svůj vliv, i když ne tak podstatný jako u žen (Kubíček, 1996).

1.2.1 Věk

Muži jsou na rozdíl od žen hypoteticky plodní až do smrti. Nicméně je potřeba počítat s tím, že kvalita spermií, tedy jejich počet a morfologie, se postupem času snižuje. S věkem roste i pravděpodobnost vzniku genetických poruch plodu, jako je Downův nebo Klinefelterův syndrom (Mardešic, Chládek, Kosařová, & Lonský, 2013).

V poslední době se ukazuje, že vliv věku na fertilitu muže je větší, než se dříve předpokládalo. Dokazuje to i fakt, že spermioqramy mužů pořizované v padesátých letech minulého století na území České republiky se v zásadě neliší od těch, které jsou pořizovány dnes. Musíme ale hledět na stejnou věkovou kategorii srovnávaných probandů. Markantní rozdíl je nicméně v tom, kdy si muži pořizují děti. Za poslední dvě dekády se jejich věk zvedl v průměru o deset let. U starších otců jsou spermioqramy podstatně horší (Hamplová, 2016).

1.2.2 Varikokéla

Varikokéla je onemocnění, při kterém dochází k hromadění krve v okolí varlat. Díky tomu se zvětšují cévy v této oblasti. Okolo šourku má varikokéla zásadní vliv na plodnost. Odstranit ji lze pouze chirurgicky. Někdy může připomínat křečové žíly (Kubíček, 1996).

Pokud vzniká rychle, může být důsledkem onemocnění ledvin nebo nádoru. Je tedy nutná včasná návštěva lékaře. Pokud vzniká pomalu, tak způsobuje bolest. Někdy dorůstá takových rozměrů, že je možné ji pozorovat přes pokožku i pouhým okem. Ovlivňuje kvalitu spermií. Mimo jiné způsobuje zvýšenou teplotu varlat, která je pro buňky ničivá (Vařová, Kočvara, & Hanuš, 2014).

1.2.3 Hydrokéla

Při hydrokéle se hromadí tekutina v okolí varlat a tlačí na ně. To má za následek narušení procesu spermatogeneze. Přesný důvod jejího vzniku není jasný, ale může být buď vrozená, nebo se vyvine v průběhu života. V prvním případě většinou vznikne jako důsledek nesestouplého varlete v dětství a lze ji odhalit i ve velmi brzkém věku. Často připomíná tříselnou kýlu. Když se do dvou let chlapce nevstřebá samovolně, tak je nutné ji chirurgicky odstranit (Kubíček, 1996).

Pokud je naopak získaná, tak vzniká jako důsledek nerovnováhy mezi produkcí a resorpcí nežádoucí tekutiny. Důvodem proč se tomu tak děje, mohou být patologické procesy varlat či nadvarlat, záněty, úrazy nebo předešlé operace. Někdy se jí přezdívá vodní kýla (Řezáčová, 2018).

1.2.4 Další onemocnění a poruchy

Poměrně častou příčinou mužské infertility je rakovina varlat a prostaty. Vliv na fertilitu může mít jak samotný nádor, tak i jeho léčba. Zejména chemoterapie. Některým pacientům se doporučuje, aby si nechali před léčbou odebrat a pomocí speciálního postupu zamrazit spermie, protože to může být jejich jediná šance na vlastní potomky (Mardešić, Chládek, Kosařová, & Lonský, 2013).

Stejně jako u žen, může i mužský imunitní systém vytvářet protilátky proti vlastním spermiím. Ty zabraňují jejich pohybu, protože je slepují. A nakonec ohrožující mohou být i různé infekce, návykové látky, pesticidy, předešlé operační výkony, systémová onemocnění, genetické vady nebo poruchy hormonální soustavy (Kubíček, 1996).

2 REPRODUKČNÍ MEDICÍNA

Reprodukční medicína je obor, který se zabývá prevencí, diagnostikou a léčbou neplodnosti. Prevence je v této oblasti velice důležitá. Každý pár, který usiluje o početí, by na ni měl myslet. Plod je totiž v prvních několika týdnech nitroděložního vývoje velice náchylný k poškození (Ayers & Visser, 2015). Těhotné ženy by neměly užívat nevhodné léky, kouřit, konzumovat alkohol a jiné drogy, provádět fyzicky namáhavou práci. Nebezpečné jsou i některé nemoci, jako je hepatitida typu B a C, diabetes mellitus, pohlavní choroby, zarděnky apod. (Merkunová & Orel, 2017).

Nejen ženy, ale i muži by měli být obezřetní. Pohlavní choroby, návykové látky a alkohol mohou ničit spermie. Nevhodné je i pravidelné užívání vířivých van, horkých koupelí a saun, protože vysoké teploty poškozují jejich pohlavní buňky. Infertilitu může způsobovat i chemoterapie nebo radioterapie (Kubíček, 1996).

2.1 Vyšetření infertility

Při samotné léčbě infertility je prvním krokem odhalení problému, který ji způsobil. Pro pár to znamená podstoupit řadu vyšetření, která zahrnují andrologické i gynekologické metody. Zkoumá se dokonce i kompatibilita muže a ženy jako páru. Poté se nastavuje specifická léčba konkrétními metodami asistované reprodukce, která je šitá přímo na pacienty. Postupuje se od jednodušších procedur ke složitějším (Slepičková, 2014).

Zkoumá se trvání infertility, frekvence a načasování pohlavního styku podle ovulace, údaje o stavu pohlavních orgánů, pohlavně přenosných chorobách, diabetu mellitu, roztroušené skleróze, nádorových onemocněních, užívání léků, návykových látek apod. Důležitá je souhra všech relevantních lékařů (Kubíček, 1996).

2.1.1 Vyšetření infertility u žen

Mezi běžná vyšetření u žen patří gynekologická prohlídka a ultrazvuk. Odhalí například cysty, stav vaječníků, tvar dělohy, výšku a kvalitu děložní sliznice a přítomnost myomů nebo endometriózy (Otevřel, 2019). Krom toho se provádí krevní testy, které prověřují hladinu hormonů v krvi a přítomnost pohlavních nemocí. Z kanálku děložního čípku se udělá odběr,

který poskytne informace o potencionálních infekcích vnitřního genitálu, jako jsou chlamydie či kapavka. U starších pacientek je běžná i mamografie (Mrázek, 2003).

Mezi specializovaná vyšetření reprodukční medicíny patří hysterosalpingografie (HSG). Do děložní dutiny se zavede kontrastní látka, která je vidět na monitoru. Díky ní lze odhalit velikost a tvar děložní dutiny, vrozené vývojové vady, polypy, neprůchodnost vejcovodů a přítomnost srůstů. V anestezii lze provést chirurgické metody – laparoskopii a hysteroskopii, které prověří rozmnožovací soustavu podrobněji (Mrázek, 2003). Při hysteroskopii se navíc dají odstranit polypy a myomy. Pokud žena prodělala několik neúspěšných cyklů nebo o dítě v minulosti v průběhu těhotenství přišla, tak se provádí genetická a imunologická vyšetření. Zkoumají se dědičné abnormality anebo se hledají protilátky proti spermiím, placentě či obalu embrya (Otevřel, 2019).

2.1.2 Vyšetření infertility u mužů

U mužů se jako první hledají zřejmé genetické anomálie, které jsou viditelné na první pohled. Jde především o vyšetření ochlupení, délku paží v rozpětí vzhledem k tělesné výšce, vzdálenost prsních bradavek, přítomnost zvětšené prsní žlázy, stav svalů a především genitálu. Kromě toho se provádí speciální diagnostické metody jako ultrasonografické vyšetření vysokofrekvenční sondou. S použitím těchto metod bylo zjištěno, že až 91 % pacientů, jejichž infertilita byla považována za idiopatickou, mají skrytou varikokélu (Kubíček, 1996).

Pokud ani po těchto vyšetřeních není příčina infertility jasná, tak se provádí laboratorní testy, které zkoumají především kvalitu spermatu. Spermioqramy je nutné pořizovat několikrát za sebou a v různém časovém období. Minimální doporučená doba mezi odběry ejakulátu je šest měsíců. Kontroluje se pH, viskozita a aglutinace. V některých případech se provádí postkoitální test. Je nutné, aby partneři měli maximálně šest hodin před testem pohlavní styk. Hodnotí se koncentrace spermií v cervikálním hlenu ženy. Někdy je nutné provést i vyšetření hormonů a chromozomů (Kubíček, 1996).

2.2 Metody asistované reprodukce

Způsobů léčby neplodnosti existuje celá řada. Mezi ty nejpoužívanější patří Intrauterinní inseminace, In vitro fertilizace and Embryo Transfer a Intracytoplazmatická injekce spermie. Krom toho existuje celá řada podpůrných technik napomáhajících těhotenství. Například

Metoda Ludmily Mojžíšové, kryokonzervace, genetické vyšetření pohlavních buněk a embryí apod. Každá metoda musí být vždy navázána na konkrétní problém konkrétního páru (Šimek, 2015).

2.2.1 Intrauterinní inseminace (IUI)

Intrauterinní inseminace se nejčastěji provádí u párů se třemi typy problémů. U idiopatické neplodnosti, pokud je problém v kvalitě partnerova spermatu, anebo pokud má partnerka potíže související s děložním hrdlem. Jde o poměrně jednoduchou metodu, která umožňuje i použití dárcovského sperma. Lze ji ovšem indikovat jen u žen, které mají průchodné vejcovody a ovulaci. Případně u těch, kterým lze ovulaci vyvolat hormonální léčbou (Šimek, 2015).

Podstata celé metody spočívá v přenesení spermatu přímo do dělohy matky. V laboratoři se odeberou nejlepší spermie a zavedou se do děložní dutiny. Tím se překonají přirozené překážky, které by buňky jinak měly. Doba zavedení musí být co nejbližší ovulaci. Nevýhodou IUI je, že občas vede k vícečetné graviditě. V poslední době se vyvíjí nové techniky, které proces zjednodušují. Umožňují vybrat co nejlepší spermie a zvýšit tak pravděpodobnost otěhotnění (Mardešić, Chládek, Kosařová, & Lonský, 2013).

2.2.2 In vitro fertilizace a embryo transfer (IVF ET)

IVF ET (někdy jen IVF) je nejznámější a nejpoužívanější metoda asistované reprodukce. Je vhodná i tam, kde sperma není dost kvalitní (Kubíček, 1996). Používá se u pacientek s endometriózou, neprůchodnými vejcovody, záněty pohlavních orgánů, u žen po mimoděložním těhotenství, s poruchami imunitního systému a při idiopatické neplodnosti (Šimek, 2015).

Před samotným IVF ET je nutná hormonální stimulace ženy. Za normálních okolností dozraje v jejích vejcovodech jedno vajíčko za měsíc. Při IVF ET se lékaři snaží tento počet zvýšit na maximum, aby při následném odběru získali co nejvíce oocytů. Ty se později v laboratoři spojí se spermii partnera. Mohou se nechat několik dní kultivovat. Nakonec se vloží do dělohy pacientky (Žáková et al., 2012).

V minulosti bylo běžné zavedení dvou a více embryí naráz. Dnes se tak již neděje, protože tento postup nezvyšuje šanci na uchycení embrya, ale zvyšuje pravděpodobnost vzniku vícečetné gravidity. Ta je nebezpečná jak pro matku, tak pro děti. Někdy je dokonce

potřeba redukovat plody v děloze. Aby se tomuto postupu předcházelo, transferuje se jedno, maximálně dvě embrya naráz (Mrázek, 2003).

V poslední době se také rozvíjí metoda GIFT. Funguje na velice podobném principu jako IVF ET, až na to, že se embryo nezavádí do dělohy, ale jen do vejcovodů. Ukazuje se totiž, že je to v některých případech přínosnější. Zákrok je méně invazivní (Řežábek, 2014).

2.2.3 Intracytoplazmatická injekce spermie (ICSI)

ICSI je jednou z nejmodernějších technik v reprodukční medicíně. Je velice spolehlivá. Podobně jako u IVF ET je nutné nejdříve hormonálně stimulovat pacientku. Poté se jí odeberou oocyty, které se laboratoři spojí se spermii. Nakonec se vloží do její dělohy (Mardešic, Chládek, Kosařová, & Lonský, 2013).

Nesporná výhoda ICSI je, že je možné vybrat tu nejkvalitnější spermii a vložit ji pomocí speciální jehly přímo do cytoplazmy oocytu. To zvyšuje šanci na vznik zdravého embrya. Navíc lékařům stačí z celého ejakulátu získat jednu jedinou spermii, kterou pak použijí. V případech, kdy muž trpí azoospermií, je možné odebrat spermie přímo z nadvarlat (metoda MESA) či varlat (metoda TESE). Díky tomuto postupu v posledních letech poklesla poptávka po dárcích spermatu (Mardešic, Chládek, Kosařová, & Lonský, 2013).

Ukazuje se, že někteří muži vnímají odběr spermii pomocí MESA a TESE jako velice stresující záležitost. Chybně si totiž nedostatek spermii spojují s nedostatkem mužnosti. Navíc jde o poměrně fyzicky a finančně náročný postup (Beutel et al., 2009). Na druhou stranu ICSI vyřešilo některá z morálních dilemat. Zejména ta, kdy se pár odmítal vzdát genetické vazby k dítěti (Dostál, 2007).

Často používanou modifikací ICSI je PICIS. Spermie se před zavedením do oocytu hodnotí nejen z hlediska jejich morfologie a pohyblivosti, ale provedou se i testy genetické informace, která je v nich obsažena. Díky tomu je možné vyhnout se některým vadám či poruchám a oplodnit větší počet vajíček (Žáková et al., 2012).

2.2.4 Další metody napomáhající otěhotnění

V posledních letech se čím dál častěji využívá genetických vyšetření embryí a pohlavních buněk. Tyto postupy umožňují detekovat chromozomové abnormality a někdy vedou i ke stanovení diagnózy infertility. Souhrnně se označují jako preimplantační genetický screening (PGS). Díky němu lze vybrat a přenést jen embrya, která nenesou genetickou

abnormalitu. Pokud je odhalena porucha související s mužským nebo ženským chromozomem, tak je možné selektovat zárodky podle pohlaví. Specializovaným vyšetřením, které se zavádí, pokud je v rodinné anamnéze genetická choroba je PGD (preimplantační genetická diagnostika). Na rozdíl od PGS se PGD zaměřuje na konkrétní poruchu (Mardešic, Chládek, Kosařová, & Lonský, 2013).

Krom genetického vyšetření je možné provádět nejrůznější metody, které zvyšují šanci na otěhotnění. Jednou z nich je Asistovaný hatching (AH). Jde o mikromanipulační techniku, při níž je narušen obal vajíčka (zona pellucida), který by za normálních okolností do několika dní po oplození zmizel. Jeho narušení Asistovaným hatchingem zvyšuje pravděpodobnost uhnízdění embrya v děložní sliznici (Žáková et al., 2012).

Při jednom odběru dokáží lékaři v závislosti na hormonální stimulaci získat z těla ženy i 12 vajíček. Většinou se nevyužijí všechny naráz. Proto je možné je pomocí speciálního postupu zamrazit (kryokonzervovat) na další použití. Metoda je vhodná i pro pacienty, kteří podstupují léčbu chemoterapií nebo radioterapií a o své pohlavní buňky by přišli. Mohou si je předem nechat kryokonzervovat a později je využít, což je samo o sobě eticky problematické. Etické aspekty kryokonzervace budou podrobněji popsány v následující kapitole (Mardešic, Chládek, Kosařová, & Lonský, 2013).

Krom lékařských postupů existují i jiné metody napomáhající otěhotnění. Jednu z nich přinesla významná česká fyzioterapeutka Ludmila Mojžíšová. Vyvinula techniku, která pomohla mnoha lidem od fyziologických potíží a funkčních poruch pohybového systému. A mimo jiné s ní léčila i infertilitu. Jde o krátká cvičení, která lze provádět i doma. I když neexistují přesvědčivé statistické důkazy o její účinnosti, tak může být alespoň doplňkovou formou k léčbě (Šimek, 2015).

3 ETICKÉ ASPEKTY ASISTOVANÉ REPRODUKCE

V minulosti neměli lidé možnost ovlivňovat příchod člověka na svět. Alespoň ne v takové míře a takovými prostředky, jako je tomu dnes. Reprodukční medicína přinesla mnoho změn a vyvolala nové etické otázky, na které je nutné hledat odpovědi, protože mohou mít velice praktický dopad (Sharma, Saxena, & Singh, 2018). Do diskuzí se zapojují mimo jiné lékaři, právníci, psychologové, zákonodárci anebo například teologové. Většina zemí musela kvůli metodám asistované reprodukce zasáhnout do legislativy a změny v deklaracích či úmluvách provedly i velké nadnárodní organizace, jako je UNESCO či OSN. Všechny etické otázky je nutné řešit v kontextu dané kultury a brát ohled na pokrok technologií, vědy a společnosti vůbec (Dostál, 2007).

Jde o téma, které se týká lidského života. Ten musí být chráněn již před narozením. Dospělí by měli své potomky plánovat, zároveň mají právo rozhodnout se v jakém časovém rozpětí a kolik jich chtějí mít. Dítě má právo narodit se do rodiny, která ho přijímá a vytváří mu ideální podmínky pro vývoj. Mělo by vědět, nebo mít alespoň možnost zjistit, kdo jsou jeho biologičtí rodiče. Vzhledem k asistované reprodukci se tato práva stala komplikovanými (Haškovcová, 2015). Eticky problematická je především psychologická povaha embrya, dárcovství pohlavních buněk, náhradní mateřství, ale i jiné otázky, které budou podrobněji popsány v této kapitole.

3.1 Pohlavní buňky a embrya

Člověk v prenatálním vývoji projde několika stádii. Nejdříve vznikne zygota, tedy spojení dvou pohlavních buněk, ze které se vyvine embryo, a nakonec plod neboli fetus. Postupem času získá lidský vzhled i vlastnosti. Jeho biologická definice je vcelku daná (Merkunová & Orel, 2017).

Mnohem problematičtější je určit psychologickou, sociální a právní povahu takového tvora. Není jasné, jestli je to člověk, zvíře nebo věc (Šimek, 2015). S tím souvisí i jeho práva, možnost ho darovat, provádět na něm experimenty, klonovat ho nebo ho kryokonzervovat (Haškovcová, 2015).

3.1.1 Povaha embrya

Člověk je definován jistými, pro něj typickými vlastnostmi. Jenže ty nelze objektivně a univerzálně určit. I tak jsme schopni říct, jaká má práva a povinnosti. Má právo na život, svobodu projevu apod. Definovat embryo je ještě složitější. Není to v podstatě člověk, zvíře, ani věc. Je to specifický tvor, který má ale předpoklady stát se člověkem (Haškovcová, 2015). Z mnoha úhlů pohledu toto vysvětlení embrya jako potencionálního člověka nestačí. Kvůli tomu zahrnují některé země do své legislativy jeho speciální postavení. Takové, které se vymyká klasickému dělení na věci a osoby (Dostál, 2007).

V současné době existují dva hlavní myšlenkové proudy, které jsou svou podstatou protichůdné. První z nich je ontologický personalismus, který považuje už jen splynutí pohlavních buněk za člověka. Tedy bytost (označovanou jako prenatální dítě), kterou je potřeba chránit a má všechna lidská práva. Některé medicínské postupy, jako je interrupce, považují za zcela nepřijatelné. Druhým a protichůdným směrem je empirický funkcionalismus. Pro něj je embryo v děloze matky pouze vývojovým stádiem, ze kterého člověk teprve vznikne. Interrupci připouští jako možnou a v některých případech i žádoucí (Haškovcová, 2015).

Řešení dilematu se snaží přinést princip gradualismu. Podle něj embryo získává práva postupně v závislosti na jeho přirozeném vývoji (Dostál, 2007). Jenže není jasné, kolik práv se má přiznat a od kdy do kdy se budou uznávat. I když je tento přístup vesměs přijímaný, je v mnoha ohledech nedostatečný. Embryo musíme vždy chápat v kontextu biologickém, psychologickém a sociálním. A také jako součást těla matky, bez které by nepřežilo. Ta má právo s ním nakládat tak, jak uzná za vhodné v rámci zákonů její země. Nejdůležitější rozhodnutí, která se týkají plodu, činí ona sama, popřípadě její partner (Haškovcová, 2015).

3.1.2 Genetické vyšetření embryí

Díky prenatální diagnostice embrya (PGS a PGD) je možné zjistit jisté charakteristiky budoucího dítěte. Využívá se zejména pro odhalení genetických chorob. Embryologové ale mimo to umí zjistit například barvu vlasů, očí nebo pohlaví. Provádí se ještě před zavedením embrya do těla matky a teoreticky si tak lze vybrat dítě na míru (Šimek, 2015).

Zvolit si potomka na základě předem daných kritérií je neetické a zakázané. Výjimku tvoří pouze zdravotní důvody. Jak již bylo řečeno, v některých závažných

případech je možná i selekce plodu na základě pohlaví. A to když je v rodinné anamnéze prokázána genetická porucha vázaná na chromozom X nebo Y. Rodiče si mohou zvolit, zda chtějí syna nebo dceru a předejít tak budoucím komplikacím. V mnoha případech jde o přijatelnější způsob než později těhotenství ukončovat. Interrupce je obecně problematická. Může být nebezpečná pro matku a navíc je v mnoha kulturách a náboženstvích zcela vyloučena. Embrya, která nesou genetickou vadu tak mohou být vyřazena z procesu asistované reprodukce, a naopak použita bývají ta, která se jeví jako nejzdravější (Mardešić, Chládek, Kosařová, & Lonský, 2013). Rozhodnutí o tom, zda bude embryo vyřazeno nebo ne, učiní vždy rodiče. Jejich volbu je třeba respektovat. Zároveň je nutné seznámit je se všemi zdravotními riziky a alternativními možnostmi, které mají (Munzarová, 2005).

PGD a PGS přináší na jedné straně mnoho výhod. Na straně druhé je potřeba zajistit, aby skrz ně nedošlo k zneužití a prosazování zájmů určitých skupin společnosti nebo k eugenic. Principem eugeniky je snaha vylepšit kvalitu společnosti tím, že budeme její členy geneticky šlechtit. To je obecně považováno za velice neetické, protože takové postupy zasahují do přirozeného chodu věcí (Ondok, 2005).

Každý člověk na světě je unikátní a má právo žít. Je však třeba dávat si pozor na to, aby se tato unikátnost lidí neztratila tím, že si rodiče budou potomky vybírat. Člověk se vyvíjel miliony let a ani dnes nejsme schopni porozumět všem mechanismům a interakcím, které nás utvářejí. Je tedy možné, že s geny, které jsou spojeny s vadami, odebereme i geny, které chrání lidstvo před zánikem (Šimek, 2015). A i samotný výběr pohlaví může vést k narušení rozložení společnosti. Určit kritéria výběru embryí je velice komplikované, protože musíme brát v potaz všechny tyto faktory (Řezáčová, 2018).

Zdá se, že uměle vytváříme právo nejen na dítě, ale i na zdravé dítě (Ondok, 2005). Preimplantační genetická diagnostika a screening jsou navíc poměrně drahé a jejich účinnost není stoprocentní. Může se stát, že odhalí anomálii, ale rodičům se narodí zdravé dítě (Dostál, 2007). Je potřeba vybalancovat hranici mezi tím, kdy je PGD a PGS přínosné a kdy vede k zneužití (Munzarová, 2005).

3.1.3 Kryokonzervace

Kvůli náročnosti celého procesu asistované reprodukce se lékaři snaží při jednom cyklu vytvořit co nejvíc embryí naráz. Pokud se uchytí hned první z nich a narodí se dítě, tak je na rozhodnutí rodičů, jak naloží s těmi ostatními. Jednou z možností je kryokonzervace. Jde o

proces, při kterém se embrya nebo jen buňky zamrazí v dusíku pro budoucí použití (Dostál, 2007).

Rodiče mají v zásadě několik možností, jak s nimi naložit. Rozmrazit je a použít, darovat, zlikvidovat, anebo je věnovat na vědecké účely. Většina států limituje kryokonzervaci na určitou dobu. V České republice je to 5 let. Rodiče však mohou požádat o prodloužení tohoto času (Haškovcová, 2015).

V některých případech (třeba při léčbě nádorového onemocnění) si pacienti nechávají kryokonzervovat své pohlavní buňky. Existují i takové případy, kdy se ženy nechaly oplodnit spermii jejich manžela, který již zemřel (Haškovcová, 2015). Zamražení a uchování těchto buněk je dáno spíš ekonomickými a sociálními faktory než jejich zhoršující se kvalitou. Některé buňky proces nepřežijí, jiné vydrží i desetiletí (Dostál, 2007).

3.1.4 Klonování pohlavních buněk

Klonování je umělé vytvoření člověka, který má přesně stejnou genetickou informaci jako ten, kdo buňky poskytl. Tyto postupy jsou zakázané a trestné, přesto se někdy provádějí na zvířatech. Někteří odborníci jsou totiž přesvědčení, že by mohly mít potencionální význam pro vědu, zejména medicínu. Aby bylo klonování možné, musela by být změněna legislativa jednotlivých zemí, experimentátoři by museli získat informovaný souhlas od dárců, schválení etické komise a orgánů státní správy (Dostál, 2007).

Hlavním argumentem proti takovým pokusům je, že máme právo narodit se přirozeným způsobem v určitém kontextu naší doby a společnosti jako specifické lidské bytosti. Dítě takto vzniklé v laboratoři by mohlo mít psychickou i fyzickou újmu na zdraví a bylo by jen výsledkem experimentu a duplikátem již žijícího člověka (Ondok, 2005).

3.1.5 Vícečetná těhotenství

Metody asistované reprodukce jsou náročné jak pro lékaře, tak pro pacienty. Z tohoto důvodu bylo v minulosti běžnou praxí, že se do dělohy ženy při jednom cyklu ART přemístilo nejen jedno, ale rovnou několik embryí naráz (Dostál, 2007). Ukazuje se ale, že větší počet přenesených embryí nezvyšuje šanci na těhotenství, a naopak ho může ohrožovat. V současné době se proto transferují maximálně dvě embrya najednou, ale záleží i na zručnosti daného lékaře (Haškovcová, 2015).

Vícečetná těhotenství jsou nebezpečná. Proto se někdy přistupuje k redukci. Do srdce nejslabšího plodu se zavede speciální látka, která ho usmrtí. To může být emocionálně náročné pro budoucí matku. Je navíc obtížné určit, který plod nechat žít (Dostál, 2007). Může se stát, že lékaři odstraní nejzdravější embryo. Ve snaze vyhnout se takovým postupům se zavádějí stále nové metody reprodukční medicíny, jako je například již zmíněné PCSI (Haškovcová, 2015).

3.1.6 Pohled římskokatolické církve

V rámci naší kultury se etika asistované reprodukce stává ještě komplikovanější, protože se k ní vyjadřuje mimo jiné i Římskokatolická církev. Její dogmata nejsou reprodukční medicíně příliš nakloněna (Haškovcová, 2015). Nicméně, katolíci se jimi jen málokdy řídí v plném rozsahu. To, že se identifikují se samotným náboženstvím, totiž ještě neznamená, že to ovlivňuje jejich každodenní život (Pechová, 2011).

Podle církve je narození dítěte vyvrcholením manželského svazku. Má být aktem lásky. Asistovanou reprodukci proto odmítá jako nepřirozenou. Připouští ji jen tam, kde pohlavní styk k oplození nevede. Ovšem vždy jen s buňkami manželů, ne dárcovskými. Odpůrci těchto dogmat tvrdí, že je problém definovat tento přirozený akt lásky. Zejména to, jestli se jím myslí pohlavní styk manželů nebo i jiné procesy (Ondok, 2005).

Další námitky Římskokatolické církve spočívají v tom, že oocyty získané při ART někdy ve zkumavce zemřou. Někteří lidé to považují za potrat, který je mezi katolíky téměř nepřípustný. Je ovšem pravdou, že procesy reprodukční medicíny ve většině případů nevedou k větší ztrátě těchto buněk, než by tomu bylo v přirozených podmínkách. U některých žen také dochází k minipotratům v prvních měsících těhotenství. Lékaři se snaží tomuto úbytku zamezit. Spíš se tedy zdá, že asistovaná reprodukce slouží jako start celého života, než že by byla proti přirozenému běhu věcí (Ondok, 2005).

Pokud sám lékař považuje procesy spojené s reprodukční medicínou za neetické, má možnost využít tzv. výhradu svědomí. Ta mu umožňuje odmítnout podílení se na postupech, které se neslučují s jeho přesvědčením. Jak kulturním, tak náboženským. A to bez udání důvodu (Dostál, 2007).

3.2 Genetická vazba k potomkům

Pokud pár není z nějakého důvodu schopen počít s vlastními pohlavními buňkami, je možné využít dárce. Buď to může být osoba, kterou znají (homologické dárcovství) nebo někdo cizí (heterologické dárcovství). Pokud mají pohlavní buňky v pořádku, ale žena není schopna dítě donosit, tak je možné využít gestační mateřství, kdy se embryo páru vloží do dělohy jiné ženy a ta ho donosí, porodí a přenechá genetickým rodičům. Ti ho pak musí adoptovat (Ondok, 2005).

Dárce mohou využít i jednotlivci, kteří nemají partnera nebo jsou homosexuální. I když tyto postupy nejsou zcela legální. Vždy je nutné vybalancovat případné zisky a ztráty všech zúčastněných stran. Nejde jen o rodiče a dítě, ale i dárce gamet, náhradní matky, samotné centrum asistované reprodukce, stát a společnost vůbec (Řezáčová, 2018).

3.2.1 Dárcovství pohlavních buněk

Někteří lidé nemají dostatečně kvalitní pohlavní buňky na to, aby byli schopni počít. Mohou tedy využít darovaných spermií či vajíček, buď od známého, nebo neznámého člověka. Asistovaná reprodukce tak přináší zcela nový způsob anonymity, kdy se genetická matka, otec a dítě nemusí nikdy ani setkat.

Není jasné, kdo a podle jakých kritérií vybere vhodného dárce a kolik informací bude zúčastněným stranám poskytnuto (Řezáčová, 2018). Odborníci se také rozcházejí v názorech, zda má dítě právo znát svého biologického rodiče. Případně vědět o tom, že se narodilo pomocí metod reprodukční medicíny (Šimek, 2015).

V poslední době je vyvíjen čím dál větší tlak na odkrytí anonymity dárců. Mohlo by se tak stát i zpětně, jak tomu bylo v březnu 2017 v Austrálii. Dárci musí být předem informováni o všech rizicích, které s touto problematikou souvisejí (Řezáčová, 2018). Hlavním argumentem pro odkrytí registru je, že by lidé měli znát svá vlastní genetická rizika. To je ovšem možné i bez přímého setkání s vlastním rodičem, prostřednictvím agentury, která proces zajišťuje (Šimek, 2015).

V České republice je narůstající trend darování pohlavních buněk. Kdyby se registr odkryl, tak je možné, že dárci ubudou (Haškovcová, 2015). Zejména ženy by měly být seznámeny s riziky, které proces přináší. Jsou zaznamenány i úmrtí v důsledku odběru vajíček a pooperačních komplikací. Dárcovství musí být nekomerční a nesmí se provádět za účelem zisku, jinak je trestné a považuje se za obchod s orgány (Řezáčová, 2018). Aby se

předcházelo nechtěnému incestu, je možné darovat maximálně třikrát. Jde většinou o krajní možnost v procesu asistované reprodukce (Haškovcová, 2015).

3.2.2 Náhradní mateřství

Náhradní gestace, surogační mateřství, gestační matky či pronajmutí dělohy. Všechny tyto názvy se vžily pro proces, kdy dítě donosí a porodí jiná žena, než je jeho biologická matka. Následně jej odloží a adoptují si ho jeho genetičtí rodiče. V České republice není gestační mateřství trestné ani povolené a jsou známy jeho případy (Haškovcová, 2015).

Jenže, kdo je pak skutečnou matkou dítěte? Co když se surogátní matka odmítne potomka vzdát? Jen těžko můžeme předpokládat, že se jí těhotenství nedotkne. Proces jí může způsobit psychické potíže. Navíc se může stát, že se narodí dítě mentálně či fyzicky postižené a nikdo se ho neujme (Haškovcová, 2015).

Zákon by měl jasně vymezovat práva a povinnosti všech zúčastněných stran. V současné době tomu tak není, protože se legislativa k této problematice v podstatě nevyjadřuje (Haasová, 2010). Je však dané, že matkou dítěte je žena, která ho porodila, nehledě na jeho DNA. Není možné ji donutit, aby dítě odložila, ani žadatele, aby ho přijali. I když spolu obě strany uzavírají předem dohodu, tak ta je v podstatě soudně nevymahatelná a může být dokonce považována za trestný čin, tedy obchod s lidmi. Adoptovanému dítěti musí jeho rodiče říct nejpozději při nástupu do školy o okolnostech jeho početí (Řezáčová, 2018).

Čeští lékaři jsou k tomuto postupu velice zdrženliví a provádí ho jen v případech, kdy není jiná možnost. Zejména kvůli neschopnosti ženy donosit dítě. Krom medicínských důvodů může být motivace k podstoupení tohoto procesu egoistická, například protože si ženy nechtějí ničit kariéru nebo tělo namáhavým těhotenstvím a porodem. Takové případy v České republice nebyly evidovány. Surogátní mateřství také využívají homosexuální páry, které chtějí biologicky vlastní dítě (Šimek, 2015).

Kvůli nejednotné legislativě se vytváří surogátní turistika, kdy páry jezdí po světě za účelem získání geneticky vlastního dítěte. Nejčastěji na Ukrajinu nebo do Indie. Děje se tak ale i v rámci Evropy (Haškovcová, 2015).

Za gestační mateřství je možné požadovat finanční náhradu jen do výše uznatelných nákladů (Řezáčová, 2018). Často se tak neděje a ženy si tímto způsobem vydělávají statisíce. Je pak těžké uvěřit v jejich altruistickou motivaci. Nicméně i tu lze nalézt, například u

příbuzných nebo známých páru, které jsou ochotné těhotenství podstoupit (Haškovcová, 2015).

3.2.3 Asistovaná reprodukce u jednotlivců a homosexuálních párů

Ve většině zemí není asistovaná reprodukce u jednotlivců a homosexuálů povolena. V Evropě tvoří výjimku například Estonsko nebo Kypr, kde možná je (Dostál, 2007). Máme plné právo na to, abychom si vybrali subjekt sexuality a gender. Problém je v tom, že to automaticky nezahrnuje právo na dítě, které v konečném důsledku nemá nikdo a nikdy. Touha po dítěti není právo na něj. Není ani medicínsky možné zajistit potomka každému, kdo ho chce (Haškovcová, 2015).

Krom toho musíme vždy hledět na potřeby budoucího dítěte. Je pro něj dobré, aby ho vychovával jen jeden rodič, a stalo se tak v podstatě polovičním sirotkem ještě před narozením? A je pro něj dobré, aby měl rodiče stejného pohlaví (Šimek, 2015)?

Ukazuje se, že pro dítě je nejdůležitější prostředí podporující jeho vývoj a kvalitní psychosociální vazba k pečující osobě. Pokud ji nemá, může být psychicky deprivováno. Takový člověk by měl dítě milovat a pečovat o něj (Vágnerová, 2007). Nic z toho není spojeno se sexuální orientací nebo pohlavím. Není prokázáno, že by děti homosexuálů nebo transsexuálů měly psychické potíže. Samoživitelé ovšem považováni za rizikovou skupinu jsou, i když je jich mnohem větší počet. Dítěti je potřeba srozumitelně vysvětlit chybějící mužskou nebo ženskou figuru (Řezáčová, 2018). Obě skupiny dlouhodobě bojují o možnost mít potomky a předpokládá se, že legislativa tomu bude v budoucnu čím dál víc otevřená (Haškovcová, 2015).

Každý člověk, který se rozhodne podstoupit umělé oplodnění, by si měl počínat s maximální opatrností a zodpovědností. Dítě není něco, na co máme nárok. Dítě je samostatný člověk se všemi lidskými právy a svobodami, které k tomu patří. Této problematice by měla být věnována zvláštní pozornost už jen proto, že při ní přichází na svět nový život (Haškovcová, 2015).

4 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY ASISTOVANÉ REPRODUKCE

Neploidnost je velice specifická nemoc. Je způsobena ztrátou člověka, který nikdy ani neexistoval a jeho přítomnost je jen anticipována. Odborníci v centrech asistované reprodukce disponují tolika metodami, že je téměř nemožné je všechny využít (Doherty & Clark, 2006). I tak se někdy setkávají s neúspěchem a pacienti se musí v určitou chvíli rozhodnout, že léčbu ukončí. Tím pohasnou i jejich naděje na dítě. Někdo začne hledat alternativní možnosti (jako je adopce) a někdo zůstane bezdětný (Slepičková, 2014).

Mnohdy se ale léčba vydaří a narodí se zdravý potomek. I tak představuje celý proces velkou psychickou, fyzickou, finanční a časovou zátěž, která se může vyvinout v chronickou úzkost a depresi. Psychologickou perspektivu nelze v procesu asistované reprodukce vynechat, protože do značné míry ovlivňuje i úspěch či neúspěch asistované reprodukce (Dembińska, 2016).

4.1 Psychologické ukotvení problematiky

Náročné životní situace mění chování a prožívání lidí. Asistovaná reprodukce takovou situací je. Určitá míra zátěže je normální. Lze se s ní vyrovnat adaptivním nebo maladaptivním způsobem. Lidé při ní zažívají stres, symptomy úzkosti nebo deprese. Problém nastává, když tyto prožitky nejsou efektivně zvládnuty, a vykrystalizují v komplexní psychiatrickou chorobu (Dembińska, 2016).

4.1.1 Stres

Stres je komplexní psychofyzická reakce, která je vyvolána nějakým podnětem, označovaným jako stresor. Ten může přicházet z vnějšího prostředí nebo z člověka samého. Může být jak pozitivní (eustres), tak negativní (distres). Stresory mají čtyři základní charakteristiky. Způsobují změnu životních podmínek, jsou nepředvídatelné, neovlivnitelné a přinášejí vnitřní napětí. To, v jakém míře jsou tyto vlastnosti vnímány, se odráží na celkové stresové reakci (Nolen-Hoeksama, Barbara, & Geoff, 2012).

H. Selye popsal fyziologické projevy stresu. Jsou součástí Obecného adaptačního syndromu (GAS). Ten má tři fáze. První je poplach, při kterém se skrz hypotalamus aktivuje sympatický a adrenokortikální systém těla. Hypotalamus se proto právem označuje za mozkové centrum stresu. Tyto reakce umožňují přípravu organismu na ohrožení a přechod do druhé fáze rezistence. Při ní jsou aktivovány všechny obrany a je největší šance, že člověk situaci zvládne. Pokud se tak ale nestane, rozvine se poslední fáze vyčerpání. Jedinec není schopen se se stresem vypořádat a nemá fyziologické zdroje. Tato situace může být velice nebezpečná. Hlavně v případech, kdy trvá dlouhou dobu. Může způsobit různé potíže, jako je ischemická choroba srdeční, porucha imunitního systému, zhoršení kognitivních funkcí, vztek, agrese apod. Vznikají úzkostné a depresivní symptomy, které se mohou vyvinout v komplexní psychickou poruchu (Nolen-Hoeksama, Barbara, & Geoff, 2012).

4.1.2 Úzkost a deprese

Úzkost je jedna z nejčastějších reakcí na stres. Jde o celkový stav napětí, který je dán jak geneticky, tak jako výsledek učení. Na rozdíl od strachu nemá konkrétní objekt, ke kterému by se vztahovala (alespoň ne vědomý). Lze jí dělit na chronickou a akutní. Je třeba rozlišovat úzkostlivost jako osobní charakteristiku od úzkosti jako takové. Někteří lidé jsou k ní víc náchylní než jiní. Přináší celkovou nepohodu, subjektivní pocit nejistoty, neurčitých obav a starostí. Projevuje se i fyziologicky, například bolestí hlavy, hrudi nebo závratí (Baštecká & Mach, 2015).

Chronický stres někdy může vést k apatii, až k depresím, pokud stresující podněty působí příliš dlouho a jedinec není schopen se s nimi vypořádat (Nolen-Hoeksama, Barbara, & Geoff, 2012). Deprese je psychická choroba, porucha nálady. Je nutné důrazně rozlišovat mezi osobou s diagnózou deprese jako psychickou nemocí a člověkem, který má depresivní symptomy. Tato choroba je velice zatěžující jak pro nemocného, tak i pro jeho okolí. Mezi její příznaky patří depresivní nálada, která se projevuje především pocitem smutku a beznaděje. Dále prožívání neustálého utrpení, anhedonie, abulie (nerozhodnost a nedostatek vůle), demotivovanost, pesimisticky laděné uvažování, ztráta sebevědomí, podceňování vlastních schopností, sebekritika, bolesti hlavy, hrudníku, ztráta zájmu o sex, únava, neklid, nervozita, nadměrná podrážděnost apod. Běžné jsou i myšlenky na sebevraždu, které mohou mít až obsedantní charakter (Tenenbaun, 2018).

4.1.3 Strategie zvládání náročných situací

S náročnou situací se lze vyrovnat různými způsoby a záleží na osobnosti jedince, který si vybere. Mnoho z nich působí nevědomě. Mezi ty základní patří obranné mechanismy a copingové strategie. Pokud jsou využity adaptivně, tak mohou vést k osobnostnímu růstu. Pokud ne, tak vedou k potížím (Nolen-Hoeksama, Barbara, & Geoff, 2012).

Obranné mechanismy jsou původně psychoanalytický koncept, který se ale v současné době používá napříč celou psychologií. Objevují se zcela automaticky vždy, když je člověk potřebuje. Mají chránit sebepojetí a celistvost já před ohrožujícími impulzy. Mohou mít pozitivní i negativní význam. Nebezpečné jsou zejména tehdy, když se používají v nadbytečném množství po příliš dlouhou dobu. Lze je považovat za způsob, jakým si jedinci dávají svou bolest tak, aby ji dokázali zvládnout. Je jich celá řada. Mezi ty nejčastější patří projekce, popření, vytěsnění, racionalizace, identifikace, nebo například odčinění. Lidé je používají většinou nevědomě (Baštecká & Mach, 2015).

Pojem copingové strategie zavedl R. S. Lazarus v rámci Transakční teorie stresu. Podle něj je při zvládání situace rozhodující, jak ji kognitivně vyhodnotíme. Vliv emocí a motivace nepopírá, jen jim nepřipisuje takový význam. Podnět musíme chápat jako stresující, abychom na něj mohli reagovat. Podle něj provádíme primární, sekundární a zpětné hodnocení situace. Při primárním hodnocení se zabýváme tím, co podnět je a jestli nás poškozuje. Při sekundárním se snažíme zjistit, jestli jsme schopni situaci zvládnout a jaké k tomu máme zdroje. Při zpětném hodnocení zjišťujeme, jak jsme si vedli a jestli jsme mohli udělat něco jinak (Baštecká & Mach, 2015). Se stresorem se můžeme vypořádat tak, že se zaměříme na jeho řešení anebo se alespoň pokusíme vypořádat se s emocemi, které v jeho důsledku vznikly. Někteří autoři považují strategii zaměřenou na emoce za synonymum s obrannými mechanismy. Výběr copingové strategie se odvíjí jak od okolností situace, tak od osobnosti člověka (Nakonečný, 2011). Obecně lze říct, že lidé, kteří se snaží aktivně řešit problémy po negativních životních událostech, trpí menším množstvím negativních psychických problémů. Významný je ale i vliv sociálního prostředí (Nolen-Hoeksama, Barbara, & Geoff, 2012).

4.2 Prožívání neplodnosti

Motivace stát se rodičem je individuálně velká a neplodnost působí na každého člověka jinak. Ti, kteří se rozhodnou využít reprodukční medicíny, by měli počítat se zátěží, která je

s ní spojena. Velkým problémem je, že nikdo nedokáže dopředu garantovat úspěch. To v pacientech vyvolává nejistotu a vnitřní napětí. Často je narušen i partnerský vztah, neplodnost je pro něj zkouškou (Vágnerová, 2007).

Přijmutí samotné léčby může být náročné. Základem je uvědomit si, že problém existuje a vyhledat příslušné odborníky. Pak se mohou začít hledat příčiny neplodnosti a možnosti její léčby. Čím dříve se tak stane, tím je větší naděje na úspěch (Doherty & Clark, 2006).

4.2.1 Genderové aspekty ART

Ukazuje se, že ve vnímání infertility existují genderové rozdíly. Pro obě pohlaví je situace těžká a ovlivňuje jejich život. Nicméně muži ji prožívají spíše jako zatěžující než zničující. Netrpí tolik jako ženy, pro které je neplodnost překážkou při naplňování životních cílů a přirozené role. Více je frustruje a hůř se s ní vypořádávají (Joja, Dinu, & Pun, 2014).

Tyto rozdíly jsou podpořeny mnoha studiemi. V jednom výzkumu se autoři zaměřili na výskyt psychiatrických onemocnění u žen a mužů. Z celkového vzorku 545 párů mělo 30,8 % žen psychiatrickou diagnózu. Mužů bylo asi 10,2 %. Nejčastější byla porucha nálady deprese. U žen to bylo asi 10,9 % a u mužů 5,4 % z celkového výzkumného souboru. Z těchto lidí se pouze 21 % dostalo psychiatrické péče (Volgsten et al., 2008).

Obecně rozšířeným mýtem je, že mužnost a plodnost jsou jedno a to samé. To zcela jistě není pravda, ale i tak je z tohoto důvodu pro muže infertilita stigmatizující. Špatně proto snáší i nepříznivé výsledky spermogramů a metody, jako je MESA a TESE (Beutel et al., 2009). Někdy dokonce jejich partnerky známým říkají, že jsou to ony, které jsou neplodné, aby na sebe přebraly odpovědnost a zbavily muže studu (Joja, Dinu, & Pun, 2014). Všechny poruchy je třeba popisovat jako nemoc, za kterou nikdo nemůže. Přijmutí sebe jako nemocného je jednodušší, než považovat infertilitu za osobní selhání (Slepičková, 2014).

Muži obecně méně komunikují o problému s okolím. Často se jim zhoršuje sebeúcta a cítí stud a vinu za to, že odebírají potomka svým ženám (Joja, Dinu, & Pun, 2014). Vnímají povinnost přivést na svět geneticky vlastní dítě a cítí tlak ze stran sociálního okolí (Davidová, 2014). S těmito problémy se vyrovnávají copingem zaměřeným na problém anebo se soustředí na kariéru. Jsou optimističtější, ale vnímají dopad neplodnosti na každodenní život. Včetně vlivu na pohlavní styk, který se musí kvůli ART plánovat. Lépe se adaptují na život bez dětí (Joja, Dinu, & Pun, 2014).

Ženy prožívají v důsledku asistované reprodukce mnohem víc negativních emocí. Zhoršuje se jim sebeúcta, prožívají vnitřní tenzi a strach (Gourounti, 2016). Tyto pocity často pokračují i v těhotenství, kdy jsou úzkostnější a víc se obávají o zdraví plodu než běžné rodičky (Maroufizade, Navid, Omani-samani & Amini, 2019). Oproti mužům aktivně využívají sociální podporu. Většinou otevřeněji komunikují o problému s okolím (Joja, Dinu, & Pun, 2014). V celém procesu jsou aktivnější. Muži spíš přihlíží. Často si nedovedou představit budoucnost bez dětí a nechtějí si ji připustit (Davidová, 2014). Pokud se proces vydaří, tak na něj nemají nepříjemné vzpomínky. Pokud ne, tak bývají k postupům a lékařům kritické, ale ničeho nelitují (Hammarberg, Astbury, & Baker, 2001).

4.2.2 Vliv asistované reprodukce na vztah páru

Negativní nebo pozitivní vliv asistované reprodukce na vztah není prokázán. Ukazuje se totiž, že páry, které se po procesu rozpadnou, by pravděpodobně nevydržely ani jinou životní krizi (Slepičková, 2014). Podle Davidové existují tři faktory, které určují, jak se pár se situací vypořádá. Je to: „*Kvalita vztahu v době, než se problémy s plodností vyskytly, osobnost obou partnerů, a míra shody postojů k léčbě neplodnosti*“ (Davidová, 2014, str. 74).

Je důležité, aby vše bylo popisováno jako nemoc, za kterou nikdo nemůže. Nemělo by docházet k obviňování jedné ze stran. Někteří lékaři se proto snaží najít třeba jen nepatrnou odchylku u druhého, jinak zdravého partnera. Subjektivní odpovědnost za neplodnost je tak rozloženější (Slepičková, 2014).

Je důležité, aby si pár projevoval podporu a porozumění. Neplodnost úzce souvisí s životní a sexuální spokojeností (Luk & Loke, 2015). Obavy z neplodnosti mohou přispět k sexuálním problémům, ale i naopak, některé sexuální problémy mohou způsobovat neplodnost. Díky tomu vznikají specifické emoce, které jsou dále ovlivňovány mnoha intrapsychickými a vztahovými vlivy. To může vést ke snížení zájmu o sexuální aktivity, anebo ke vzniku somatických dysfunkcí. Pohlavní styk už dávno nevede jen k plození dětí a jeho narušení skrze proces asistované reprodukce může mít negativní vliv na partnerský vztah (Lamont & Anderson, 1993).

Důležité je, aby pár o problému efektivně komunikoval. To přispívá k uvolnění emocí a lepšímu porozumění. Pomoci může i podpora z okolí, ale všechny sdílené informace by měly být předem schváleny oběma partnery (Martins et al., 2016). Efektivní komunikace ale neznamená, že by se infertilita měla stát hlavním tématem všech hovorů. Lidé by si měli

najít i jiné aktivity, kterým se během léčby mohou věnovat. Při těch se dál rozvíjí vztah s partnerem a alespoň na chvíli lze na obtíže zapomenout (Slepičková, 2014).

4.2.3 Vliv společnosti

Formy podpory, které může infertilní člověk dostat, jsou velice různorodé. Například skrze finance z veřejných pojišťoven. Ty mají značný vliv, protože díky nim pár nemusí utrácet za léčbu celoživotní úspory nebo se zadlužovat. Hrazené jsou v současné době na území České republiky tři cykly asistované reprodukce. Ale řada léků a nadstandardní postupy se doplácí (Slepičková, 2014). Kromě toho je vhodné, aby se pacientům dostalo kvalitní péče. Ta přichází od zkušených profesionálů, jako jsou lékaři, zdravotní sestry, asistenti v centrech reprodukční medicíny, psychologové apod. Důležitá je i podpora ze stran institucí. Od zaměstnavatelů pacientů nebo od státu, který může pomoci například účinnou a příznivou legislativou (Dembińska, 2016).

Kromě toho nesmíme opomenout psychologické vlivy na pacienty. Člověk vyrůstá v určitém sociálním a kulturním kontextu. Společnost na něj působí nejrůznějšími způsoby. Ty mají pozitivní nebo negativní dopad na jeho prožívání (Výrost & Slaměnik, 2009). Pacienti by si měli dopředu ujasnit, kolik informací chtějí s okolím sdílet. Vhodná sociální podpora pomáhá k akceptaci neplodnosti, zvýšení sebeúcty a spokojenosti (Dembińska, 2016). Zejména ženy v této oblasti umí efektivně využívat pomoc okolí (Joja, Dinu, & Pun, 2014). Někdy se jim díky ní zlepší zdravotní a emoční stav. Odezní symptomy deprese a úzkosti a zvýší se životní spokojenost (Malina & Pooley, 2017).

Na druhou stranu existuje řada lidí, kteří považují postupy spojené s reprodukční medicínou za nemorální a neetické. Většinou to je, protože se neshodují s jejich hodnotovou orientací. Z tohoto důvodu přímo nebo nepřímo působí na infertilní pacienty a vyvolávají v nich pocity viny a studu. Může jít jak o širší komunitu, tak o příbuzné a přátele. Někdy se díky tomu pacientům zhorší sebeúcta, vyhýbají se sociálnímu okolí anebo se od něj úplně izolují (Fasouliotis & Schenker, 1999).

4.2.4 Ukončení léčby a vyrovnání se s infertilitou

Lidé nejsou vždy ochotni přijmout diagnózu neplodnosti. Spíš se považují za dosud netěhotné. Předpokládají, že jim medicína pomůže. Když se tak nestane, tak cítí zklamání a vinu. Pohled na sebe samotného jako na neplodného je třeba rozlišovat od medicínské

diagnózy. Doporučuje se, aby byl pár již na začátku léčby seznámen s možností neúspěchu a aby si vytvořil plán. Jak finanční, tak časový, kterého se pak bude držet (Slepičková, 2014).

Výzkumy ukazují, že délka trvání cyklů asistované reprodukce není rozhodující v tom, jak moc je pacienti považují za stresové. I když se někdy vlečou roky (Beutel et al., 2009). Ti, kteří ji již na začátku považovali za velice náročnou, k ní pravděpodobně budou mít i po letech stejný postoj a naopak (Chiaffarino et al., 2011). Jistá míra napětí a zátěže je normální. Běžné jsou i depresivní a úzkostné příznaky. Problém je, když situace vykrytalizuje v komplexní psychickou poruchu nebo způsobuje chronický stres a zátěž (Martins et al., 2016).

Nepříjemná je především nejistota, jak cyklus asistované reprodukce dopadne. Nikdo neodkáže předem zaručit úspěch nebo neúspěch. Metod ART je navíc takové množství, že je téměř nemožné je všechny vyzkoušet. To vede k pocitům viny, protože pacienti někdy neoprávněně vnímají, že neudělali dost (Dembińska, 2016). Každý neúspěch s sebou nese smutek. Snaha otěhotnět je vyčerpávající a vede k vnitřnímu napětí (Verhaak, Smeenk, Nahuis, Kremer, & Braat, 2006). Nejúspěšnější bývají jen první tři cykly, u čtvrtého a každého dalšího pokusu se pravděpodobnost kladného výsledku rychle snižuje. Je proto vhodné zjišťovat alternativní možnosti rodičovství (Řežábek, 2014).

Rozhodnutí o ukončení ART nemůže provést lékař a leží na bedrech páru. I když cykly ukončí, tak až 6 měsíců po léčbě běžně pocítují její vliv na každodenní život. Zejména kvůli přítomnosti nežádoucích emocí, a v některých případech i proto, že se zadlužili. Nicméně negativní vliv do několika let zmizí. U mužů to bývají maximálně dva roky, u žen až pět let (Martins et al., 2016).

Po této době si většina lidí vede dobře. Důležité je, aby si vytvořili nové životní cíle. Užitečné je i zvládnutí infertility skrze spiritualitu, tedy změnou smyslu existence a představ o světě jako takovém. Nejde o výjimečný způsob řešení a může být velice účinný (Romeiro, Caldeira, Brady, Timmins, & Hall, 2017). Ukončení léčby někdy přináší úlevu, protože zmizí neustálá tenze způsobená snahou otěhotnět (Peddie, Teijlingen, & Bhattacharya, 2005).

Někteří lidé používají coping zaměřený na problém, aby tuto situaci zvládli. To znamená, že aktivně vyhledávají informace a mají snahu infertilitu řešit. Párům se doporučuje, aby se zamýšleli i nad alternativami k rodičovství, jako je adopce nebo

dárcovství pohlavních buněk. Důležitá je i otevřená komunikace s partnerem (Martins et al., 2016).

Mimo to je vhodné používat coping zaměřený na emoce. To zahrnuje porozumění, přijetí a optimalizaci vlastního prožívání. Práce s emocemi je náročná a dlouhodobá. Nicméně má smysl. V této oblasti jsou užitečné psychologické intervence. Zejména psychoterapie, která pomáhá klientům center ART neplodností projít (Malina, & Polley, 2017).

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Oblastí výzkumu této bakalářské práce jsou psychologické aspekty asistované reprodukce. Prožívání infertility může mít negativní dopad na kvalitu života lidí. A to i v případě, že je léčba nakonec úspěšná a narodí se zdravé dítě. Trvá totiž měsíce nebo i roky a zdárný výsledek není nikdy zaručen. Longitudiální studie Agostiniho et al., (2017) zjistila, že se úroveň kvality života v průběhu procesu ART snižuje, a to bez ohledu na příčinu neplodnosti, pracovní status a věk. Pro ženy obvykle víc než pro muže. Lidé v celém procesu musí brát v potaz riziko definitivního selhání a ztráty antcipovaného dítěte. To vytváří nejistotu, úzkost a špatnou náladu, která se může kumulovat a vyústit v psychické potíže. Dlouhodobá léčba může mít negativní dopad na všechny dimenze života – psychickou, sociální, pracovní nebo fyzickou (Agostini et al., 2017).

Psychologické dopady na běžný život pacientů jsou prokázány několika studii. Některé z nich se zabývají pocity mužů i žen v průběhu ART, včetně vlivu na partnerský vztah a vyrovnání se s definitivní neplodností (Agostini et al., 2017; Davidová, 2014, Dembińska, 2016; Chiaffarino et al., 2011; Hammarberg, Astbury, & Baker, 2001; Joja, Dinu, & Pun, 2014; Malina & Pooley, 2017; Luk & Loke, 2015), další sociálními aspekty (Dostál, 2007; Sharma, Saxena, & Singh, 2018; Slepíčková, 2014) a jiné například adaptací rodičů na dítě v období těhotenství a po porodu (Gourounti, 2016; Maroufizaden, Navid, Omani-samani, & Amini, 2019).

Tato studie si klade za cíl přezkoumat psychologické aspekty asistované reprodukce. Pochopení a popsání dopadů infertility a její léčby na život pacientů snad pomůže zavést praktická doporučení pro zaměstnance center asistované reprodukce, pro páry v této situaci, a v konečném důsledku i pro širší veřejnost. To pak může pomoci efektivněji zvládnout celou léčbu jak ze strany lékařů, tak samotných pacientů.

Výzkumným problémem této bakalářské práce je tedy to, jak respondenti interpretují vliv asistované reprodukce na jejich život. Zejména pak na jejich psychiku.

5.1 Cíle práce

Záměr práce vychází z výzkumného problému. Obecné cíle vědy jsou tři – deskriptivní, explanační a predikční. Na úrovni deskriptivní je cílem popsat a zorientovat se v psychologických aspektech ART. Na úrovni explanační jde o snahu vysvětlit, jak pacienti vnímají a prožívají individuální situaci léčby a jaký jí přisuzují smysl a význam. To snad pomůže objasnit zkušenost lidí s asistovanou reprodukcí. Dílčí cíle byly definovány takto:

- 1. Popsat, jak respondenti asistované reprodukce prožívají situaci léčby**
- 2. Popsat, jak respondenti vnímají vliv léčby infertility na jejich každodenní život**
- 3. Popsat, jak respondenti interpretují vliv léčby metodami ART na jejich partnerský vztah**
- 4. Popsat, jak respondenti interpretují vliv léčby metodami ART na jejich širší sociální vztahy**
- 5. Popsat, jak respondenti hodnotí kliniku a metody ART**

5.2 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky vycházejí z cílů práce. V průběhu studie byly modifikovány tak, aby je lépe zachycovaly. Byly definovány takto:

- 1. Jak respondenti prožívají dopad léčby metodami ART na jejich psychické prožívání?**
- 2. Jak změnila ART každodenní život respondentů?**
- 3. Jak respondenti vnímají změny partnerských vztahů v důsledku ART?**
- 4. Jak respondenti vnímají působení širšího sociálního okolí v průběhu ART?**
- 5. Jak respondenti hodnotí kliniku a metody ART?**

K zodpovězení výzkumných otázek bylo použito semistrukturované interview, které je flexibilní a obsahuje doplňující otázky. Součástí výzkumu bylo i pozorování respondentů, díky kterému byly získány další informace.

6 METODOLOGICKÝ RÁMEC

V následující kapitole bude popsán způsob, jakým byl realizován výzkum této bakalářské práce. Ujasnění metodologického rámce slouží hlavně k tomu, aby čtenář lépe porozuměl vzniklým výsledkům. Patří sem metody výběru výzkumného souboru, dále získávání, sběr a analýza dat. Nakonec budou shrnuta i etická rizika studie.

Základním kamenem výzkumné práce byl kvalitativní přístup. Ten využívá principů jedinečnosti, neopakovatelnosti, procesuálnosti a dynamiky. Pracuje s reflektivní a holistickou povahou psychologických fenoménů. Je důležité pamatovat na to, že data nevznikají sama o sobě, ale že se na jejich tvorbě do značné míry podílí i sám výzkumník. Jednotlivé fáze výzkumu jsou navíc spíše didaktické a v realizaci samotné studie se prolínají (Miovský, 2006). Pokud bychom na výzkum hleděli z pohledu samotné metody zkoumání, tak lze konstatovat, že jde o idiografický přístup, který se zabývá jednotlivými událostmi.

6.1 Metoda získávání dat

Základní metodou získávání dat je v této studii semistrukturované interview. Bylo sestaveno autorkou ve fázi přípravy výzkumu. Nicméně v průběhu sběru dat bylo modifikováno a otázky, které byly postupně přidány, jsou zvýrazněny kurzívou v tabulce číslo 1.

Vychází z výzkumného problému a snaží se zodpovědět výzkumné otázky. V jeho jádru jsou zakotveny nejdůležitější a nejintimnější okruhy, které se přímo vztahují k psychologickým aspektům asistované reprodukce. To zaručuje, že u každého respondenta jsou obsažena všechna předem vytyčená témata.

Tato metoda byla zvolena, protože umožňuje široké zachycení zkušenosti respondentů s asistovanou reprodukcí. Polostrukturované interview je jeden z nejlepších nástrojů kvalitativního výzkumu. Využívá výhod nestrukturovaného a strukturovaného rozhovoru a lze ho modifikovat, aby bylo dosaženo co největší možné saturace dat. (Miovský, 2006).

Téma	Otázky semistrukturovaného interview
Úvodní otázky	Kolik máte dětí? Mohu Vás požádat, abyste začal (a) vyprávět o celé zkušenosti s ART?
Okolnosti před ART	Za jakých okolností jste se rozhodl (a) postoupit ART? Jak jste vnímal (a) procedury spojené s vyšetřením neplodnosti?
Průběh ART	Jakou konkrétní metodu jste podstoupil (a)?
Vliv ART na partnerský vztah	Změnil se nějakým způsobem vztah s Vaším partnerem v důsledku ART? Pokud ano, jak? Bylo pro Vás obtížné o tomto problému spolu mluvit?
Prožívání procesu ART	Co jste prožíval (a) v průběhu ART? <i>Jakým způsobem ovlivnil proces ART Vaše hodnoty a postoje?</i> Co pro Vás bylo během celého procesu nejtěžší?
Každodenní život	Jak ovlivnil proces ART Vaše návyky a každodenní život? Jak ovlivnil proces ART Vaše zaměstnání?
Vliv sociálního okolí	Jakým způsobem reagovali na proces ART Vaši blízcí? Změnily se některé Vaše vztahy? Pokud ano, jak? <i>Jakým způsobem jste komunikoval (a) s okolím o ART?</i> Vyhledával (a) jste úmyslně například weby, podpůrné skupiny či jiné organizace, kde byste se mohl (a) podělit o své pocity?
Otázky na závěr	Je něco, co byste chtěl (a) dodat? <i>Co byste doporučil (a) dalším lidem, kteří se chystají postoupit ART?</i>

Tabulka 1 semistrukturované interview

6.2 Sběr dat a výzkumný soubor

Podle údajů Českého statistického úřadu bylo v roce 2017 provedeno 42 773 cyklů asistované reprodukce a tento počet se v průběhu let zvyšuje. Center ART je v České republice 43 (Řežábek & Pohlová, 2017). Metody výběru výzkumného souboru byly omezeny tím, že samotná centra ART jsou vázána etickými pravidly a nesmí sdělovat informace o svých klientech. To znemožňuje kontaktovat participanty přímo jejich prostřednictvím.

Základní metodou výběru výzkumného souboru byl samovýběr. Respondenti byli osloveni přes sociální sítě, diskusní a internetová fóra, jako je *www.emimino.cz*, *www.facebook.com*, *www.maminkam.cz*. V krátké žádosti o spolupráci byl uveden cíl výzkumu, kontakt na autorku a ujištění, že výzkum probíhá podle etických pravidel.

Kromě toho byli další respondenti získáni metodou příležitostného výběru, na doporučení známých autorky práce. Samotný výzkumný soubor sestával z šesti lidí, jejichž základní charakteristiky shrnuje tabulka č. 2. Interview probíhalo na veřejném, ale klidném místě (kavárny, restaurace), na kterém se předem participanti s výzkumníci dohodli. Součástí přípravy studie byla i domluva s personálem podniku, aby nedocházelo k vyrušování v průběhu interview. Průměrný věk dotazovaných byl 34,5 let.

Číslo respondenta	Pohlaví	Doba návštěv kliniky ART (v letech)	Počet dětí	Počet ukončených cyklů ART
1.	žena	4	těhotná	2
2.	žena	4	1	4
3.	muž	4	1	4
4.	žena	10	0	4
5.	žena	1	1	1
6.	žena	6	0	3

Tabulka 2 charakteristiky respondentů

Kritéria výběru respondentů: aby mohli být respondenti zařazeni do studie, museli splňovat dvě základní kritéria. Museli mít přímou zkušenost s asistovanou reprodukcí a od této zkušenosti nesměla uběhnout delší doba než pět let. Druhá podmínka byla určena

s ohledem na rychlost změn a vývoje v oblasti reprodukční medicíny – v současné době se používají postupy, které ještě před několika lety neexistovaly. Pohlavím ani věkem však výběr nebyl omezen.

6.3 Metody zpracování dat

Po proběhnutí výzkumu byla provedena transkripce. Zvuková data získaná diktafonem byla přepsána do písemné podoby. Již zde docházelo k prvotní redukci dat. Už jen tím, že data nebyla nahrávána na videozáznam, ale jen na audiozáznam, a tak nebyla zaznamenávána vizuální podoba.

Po transkripci následovala redukce prvního řádu. Systematicky byly odstraňovány uvítací a formální fráze. Poté došlo k opakovanému poslechu nahrávky a k textu byly připojeny poznámky výzkumnice z pozorování participantů. K tomuto pozorování nedocházelo plánovitě, podle předem daných kritérií. Šlo spíše o zachycení momentálního stavu participanta při jeho výpovědích, což bylo v souladu s výzkumným problémem a cíli. Poznámky byly připojeny k textu, kterého se týkaly. Takto zpracovaná transkripce byla připravená pro kódování.

6.4 Metoda analýzy dat

Metodou analýzy dat je v této bakalářské práci **Interpretativní fenomenologická analýza** (dále jen IPA). Byla zvolena s ohledem na výzkumný problém a cíle výzkumu. Prožívání léčby infertility je velice subjektivní proces. Každého pacienta ovlivňuje v různé míře a různými způsoby. IPA umožňuje zachycení této individuální zkušenosti a vydestilování její esence (Hendl, 2016).

Jde o přístup, který vychází z fenomenologie, hermeneutiky a idiografického přístupu. Snaží se porozumět žité zkušenosti. Nikdy nelze dosáhnout čistého popisu zážitku jedince, protože data nevznikají sama o sobě, ale interakcí výzkumníka a respondentů (Miovský, 2006).

Analýza slouží k přezkoumání toho, jak respondenti interpretují vliv asistované reprodukce na jejich život. Vzniklé interpretace jsou při IPA formulovány jen jako možné, protože výzkumník připouští, že se na situaci dá nahlížet z různých úhlů pohledu (Řiháček, Čermák, & Hytych, 2013).

6.5 Etické aspekty výzkumu

Před samotnou realizací výzkumu byly respondentům zaslány informace o cílech a průběhu studie. Všichni se účastnili dobrovolně, což vyjádřili ústním souhlasem. Byli seznámeni se zvukovým nahráváním na diktafon a následným přepisem rozhovoru za účelem zpracování a analyzování dat. Před, během i po rozhovoru měli prostor na případné dotazy. Byl jim zanechán kontakt na autorku práce a jimi poskytnuté informace mohli stáhnout i zpětně, což se nestalo. Respondenti byli také upozorněni na to, že nemusí odpovídat na všechny otázky a mohou interview kdykoli ukončit. Pokud bylo téma příliš osobní a mohlo respondentům způsobit psychickou újmu, tak bylo ukončeno. Participanti nebyli nuceni do komunikace, která by jim byla nepříjemná.

Téma výzkumu je velice intimní a osobní. Proto byla zaručena a zajištěna absolutní anonymita osobních údajů. Při transkripci změněna jména respondentů, města, kde navštěvovali centrum asistované reprodukce a místa jejich bydliště. Stejně tak byla změněna i jména jejich ošetřujících lékařů. S údaji bylo nakládáno bezpečně a krom osob přímo zapojených do výzkumu k nim nikdo neměl přístup. Všichni respondenti souhlasili s tím, že mohou být jimi poskytnuté informace použity v rámci bakalářské práce. Účast ve výzkumu nebyla nijak honorovaná.

7 ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Analýza dat probíhala v programu MS Word 2019 a také formou tužka-papír. Byla použita metoda vytváření trsů. Autorka nejdřív pracovala na jednom případě, při kterém analyzovala každý řádek rozhovoru zvlášť a označila jej kódem. Kódy poté spojovala do trsů. Z těch, které se objevovaly nejčastěji a byly nejdůležitější, vznikly kategorie. Takto postupovala i u dalších rozhovorů. Jednotlivé kódy byly poté navzájem propojeny a ukotveny v datech pomocí přímých citací respondentů. Vždy s ohledem na výzkumný problém. Podrobnou analýzu dat lze získat u autorky práce na vyžádání.

Všichni respondenti postupovali v léčbě následujícím způsobem. Nějaký čas se snažili o těhotenství bez intervence lékařů. Když se to nedařilo, vyhledali gynekologa. Poté přešli do centra asistované reprodukce, kde podstoupili intrauterinní inseminaci. Ta ale nebyla ani v jednom případě úspěšná. Pak následoval cyklus ART, buď metodou IVF nebo ICSI.

Neplodnost byla pro participanty osobním tématem. Na začátku rozhovoru vypadali nervózně. To ale mohlo být dáno i samotnou výzkumnou situací. K citlivějším tématům se bylo třeba dostávat postupně. Pro přehlednost budou výsledky uvedeny ve sledu výzkumných otázek.

1. Jak respondenti vnímají dopad léčby metodami ART na jejich psychické prožívání?

Všichni participanté vypověděli, že asistovaná reprodukce měla vliv na jejich psychické prožívání a celkovou životní pohodu. Vnímali ji jako těžké životní období, plné naděje i zklamání a bouřlivých, hlubokých emocí. To, jak se se situací vyrovnali, ovlivňovalo několik aspektů.

Za prvé to byla přehnaná očekávání, která do celého procesu vkládali. Do prvního cyklu vstupovali většinou s nadšením. I když je stresovaly anticipované negativní výsledky testů plodnosti. Ani v jednom případě se nestalo, že by ART byla úspěšná na první pokus. Čím modernější a věrohodnější se metody zdály, tím větší očekávání od nich respondenti měli. A tím horší bylo zklamání z neúspěchu.

Respondent: „Rozdíl v prvním a dalších cyklech byl v tom, že jsem viděl, že může nastat to zklamání. Prostě první transfer byl takový, že jsme se těšili a nepřipouštěli jsme si, že by to nedopadlo“.

Respondenti se shodli, že psychické napětí gradovalo vždy mezi provedením cyklu (transferem embrya do těla nebo IUI) a výsledkem těhotenského testu. Zažívali stres, nepohodu, napětí. Byly to pro ně nejtěžší chvíle. Nebyli schopni mluvit s přáteli či rodinou, nemysleli na nic jiného. Cítili úzkost a strach.

Respondentka: „Když bych si měla vybrat, co z toho bylo nejtěžší, tak nejtěžší bylo vždycky čekání na ten výsledek, jak to dopadne.“

Když byl test pozitivní, tak přišla radost a úleva. Naopak zjištění neúspěchu bylo naprosto zdrcující pro jejich psychiku. Přineslo smutek, zklamání, beznaděj a zoufalství. Šlo o traumatizující událost. Někdy přerostla až v příznaky deprese, anhedonii, sníženou aktivitu, nespavost, úzkost, stres... Ženám navíc připomínala neplodnost každý měsíc menstruace. Věděly, že budou muset celý proces ukončit nebo ho začít znovu.

Respondentka: „Nebyla jsem pak schopná s nikým mluvit, aniž bych nebrečela. Nebyla jsem schopná telefonovat. Zalezla jsem doma třeba na celý den do postele. Jenom jsem vylezala, když jsem šla manželovi něco uvařit a třeba víkend takhle trval. Brala jsem to špatně, hrozně osobně.“

Dvě respondentky, které nikdy potomky neměly, si svou neplodnost racionalizovaly. Považovaly ji za něco, co jim nebylo přáno, a soustředily se na jiné cíle. Jejich život se netočil okolo dětí. Našli si jiné koníčky a zájmy. Cestovaly a věnovaly se kariéře. O adopci sice obě uvažovaly, ale nikdy ji neuskutečnily. Ani další respondenti nevyužili adopci, i když pro ně byla přijatelnější než dárcovství pohlavních buněk či náhradní mateřství.

Respondentka: „A já vždycky, když jsem slyšela někoho, kdo říkal, že můj život začal s dětmi a děti jsou všechno, tak jsem si říkala, že je to špatně. Děti jsou strašně důležitý, ale děti nikdy nebudou všechno.“

I přesto, že by se při takto náročném životním období nabízelo vyhledat psychologickou pomoc, nikdo z výzkumného vzorku tak neučinil. Tři ženy uvedly, že nad ní uvažovaly, ale že k ní nedošlo. Jedna respondentka vyhledávala psychologickou literaturu. Dva respondenti uvedli, že jim bylo nepříjemné mluvit o svých pocitech.

Respondentka: „Já jsem nad tím uvažovala, když se nám to nedařilo, když ty transfery nebyly úspěšný. Tak jsem si říkala, že už se snad objednáám někde k psychologovi, abych se z toho vypovídala, protože jinak se z toho zblázním. Já jsem se vlastně tak odhodlávala, až jsem z toho otěhotněla, takže to jsem nestihla.“

Citlivou oblastí byl i proces kryokonzervace pohlavních buněk. Respondenti, kteří svá zamražená embrya zcela nevyužili, nebyli ochotni je nechat darovat či likvidovat. Představovaly pro ně potencionální potomky a rozhodnutí co s nimi, bylo morálně i eticky problematické. Často se tím zabývali a nevěděli, co si s nimi počnou. V tomto ohledu pociťovali i změnu jejich životních hodnot, přimělo je to zamyslet se nad celým zázrakem početí.

Respondentka: „Pro nás vědomí, že tam máme zamražená embrya, je těžké. Hodně nad tím přemýšlíme a asi bychom nezvládli je nechat zlikvidovat, ale ani ne darovat. Takže nevím, co s nimi budeme do budoucna dělat.“

Respondentky, kterým se podařilo otěhotnět, vypověděly, že se asistovaná reprodukce promítla i do jejich prožívání během těhotenství. Strachovaly se o komplikace a předpokládaly, že kdyby za sebou tuto zkušenost neměly, tak by byly klidnější a víc by si těhotenství užívaly.

Respondentka: „Věřím, že když bych otěhotněla na první dobrou, tak bych to asi tak neřešila a třeba chodila do tý práce, sportovala nebo snažila se cvičit i v tom těhotenství. Takhle jsem byla opravdu maximálně opatrná, aby se něco nepříhodilo.“

2. Jak změnila ART každodenní život respondentů?

Krom toho, že je asistovaná reprodukce náročná psychicky, je třeba do ní vkládat poměrně dost času. To vyžaduje využívat dovolenou v zaměstnání nebo si vyžádat u lékaře pracovní neschopenku. Respondentky vypověděly, že si raději než neschopenku čerpaly dovolenou. A to vzhledem k tomu, že nechtěly sdělovat zaměstnavateli důvod jejich absence v práci. To způsobovalo, že neměly skoro žádné volno na jiné aktivity.

Respondentka: „Já jsem si ze začátku jako snažila udělat všechno proto, abych byla co nejvíc v klidu, takže doma. Takže jsem jim ale nechtěla říkat, že se snažím otěhotnět a když se to povede, že skončím. Takže to mi přišlo hloupý, takže jsem si vzala dovolenou.“

ART ovlivnila i jejich osobní život. Respondentky cvičily (hlavně svaly pánevního dna), sportovaly, protahovaly se. Měnily svoje stravovací návyky tím, že se snažily buď

přibrat, nebo držely diety tak, aby získaly optimální váhu. Procvičovaly metodu Ludmily Mojžíšové a snažily se i o psychohygienu. O to, aby se nestresovaly a měly i jiné koníčky, které by je rozptylovaly.

Respondentka: „Jezdila na kole, hubla jsem, chodila na dlouhé procházky, posilovala jsem pánevní dno a cvičila jsem tu Mojžíšovou a různé cviky.“

Asistovaná reprodukce je navíc omezovala i po finanční stránce. Jde o službu jen částečně hrazenou ze zdravotního pojištění, za lepší prostředky léčby se musí připlácet. Všichni respondenti tak udělali, neboť chtěli maximalizovat šance na úspěch. Čtyři participanti uvedli, že neví, kolik je ART celkem stála, protože o tom ani nechtějí přemýšlet. Další dva řekli, že si výdaje psali a celkové náklady se jim vyšplhaly nad 100 000 Kč.

Respondentka: „Je to služba, která není úplně hrazená ze zdravotního pojištění. A tak to prostě je. Buď to za to člověk chce dát peníze nebo nechce.“

3. Jak respondenti vnímají změny partnerských vztahů v důsledku ART?

Léčba neplodnosti je velice těžkým životním obdobím. To se promítá i do partnerských vztahů. I přes to, že všichni respondenti vypověděli, že asistovaná reprodukce neměla vliv na jejich vztah, tak podrobnější analýza rozhovorů přece jen nějaké změny odhalila. Většinou v pozitivním slova smyslu. Efektivními strategiemi při zvládnání stresu se ukázaly humor, vzájemná podpora a důvěra. A také snaha, aby se neplodnost nestala centrálním tématem jejich života.

Skrze tuto krizi si partneři uvědomili, že se na sebe mohou spolehnout i v tíživých situacích. To jim dodávalo jistotu a bezpečí. Naopak nepříjemné pro ně bylo, když byla fyziologická překážka početí na straně jednoho z nich. Cítili vinu a odpovědnost za to, že odpírají partnerovi vytouženého potomka.

Respondent: „Manželka to brala tak, že je ta špatná a já dobřej, že se rozvedem. Já o tom nechtěl slyšet. Byla to zkouška... Ten vztah se změnil a nezměnil. Prostě manželka ví, že se na mně může spolehnout, že jí podpořím a jinak si myslím, že se nezměnil.“

Respondenti vypověděli, že to byly spíš ženy, kdo o problému chtěl komunikovat. Načínaly rozhovory a měly větší potřebu sdílet své emoce s partnerem. Také to byly ony, kdo vyhledával informace na internetu a byly v procesu aktivnější. Muži se spíše soustředili na názor lékaře.

Respondentka: „Moc o tom nemluvil, ale samozřejmě ho to taky trápilo. Já jsem o tom asi mluvila víc, ale myslím, že to v celku vztah posílilo.“

Krom samotných cyklů asistované reprodukce bylo nepříjemné i plánování pohlavního styku dle ovulace ženy. Z něj se stala rutinní záležitost poháněná výsledkem. Ztrácela se intimita a prožitek.

Respondent: „Ze začátku, než jsme se snažili, tak to byl ten sex. Vidina toho, že se musí, tak to člověka pak už ani nebaví. Prostě jsme si to odbyli, ale požitek žádný.“

4. Jak respondenti vnímají působení širšího sociálního okolí v průběhu ART?

Asistovaná reprodukce byla pro respondenty citlivým tématem, které nechtěli šířit. Proto se o něj dělili jen s nejbližším sociálním okolím. Většinou s několika přáteli a rodinou. Nejaktivnější zájem projevovali budoucí prarodiče, většinou babičky. A i když se přátelé a rodina páru snažili být citliví, dost často působili spíše negativně, jako stresor. Vyvíjeli nevědomky nátlak. Negativně působila i přehnaná lítost, která způsobovala strach ze zklamání. Díky všem těmto faktorům se participanti postupem času spíše stahovali do sebe nebo řešili problém jen s partnerem, popřípadě lékařem.

Respondent: „Prostě ta lítost byla nepříjemná. Třeba její máma pořád brečela, že to je hrozný, že nemůžem mít děti a takový. Potom, když jsme šli do toho druhýho, třetího, tak jsme to ani moc neříkali, ani těm rodičům, prostě nic, prostě jsme šli do toho rizika, že buď jo nebo ne a budem zklamaný jenom my a ne to širší okolí.“

Nepříjemné bylo pro respondenty vidět své přátele, kteří již mají děti nebo nějaké čekají. Cítili se neschopní, žárlili a někdy byli dokonce zlostní. Tyto pocity vyvolával přirozený strach z toho, že oni i přes velké úsilí nikdy mít potomka nebudou, ale někteří lidé jej mají snadno, někdy i nechtěně.

Respondentka: „Těžké bylo, když jsem potkala někoho, kdo zrovna otěhotněl, takovým kamarádkám jsem se pak spíše vyhýbala a bavila jsem se spíše s bezdětnými nebo i s někým, kdo procházel podobnými problémy.“

5. Jak respondenti hodnotí kliniku metody ART?

Kliniky asistované reprodukce hodnotili všichni respondenti pozitivně. Přístup personálu byl profesionální a přátelský. Snažili se páru maximálně pomoci. Dostatečně je informovali, takže většina respondentů ani neměla potřebu dohledávat si informace na internetu. Některé kliniky nabízely i psychologickou pomoc. Jediné negativum respondenti viděli v tom, že

lékaři někdy dávali přehnanou naději na úspěch. Všechny metody ART se zdají být téměř stoprocentní, i když ve skutečnosti nejsou. Negativní výsledek vždy přinese velké zklamání, které by bylo možné lepší informovaností zmírnit.

Respondentka: „Člověk prostě neví, jak bude reagovat, ale chápu, že je to složitý i pro ty lékaře prostě říct někomu ať to zkusí, že má velkou šanci a někomu jinému zase, že by měli souběžně řešit náhradní rodinnou péči. A to si myslím, že moc v těch centrech neřeknou.“

Nepříjemná pro respondenty byla hormonální léčba, při které je nutná pravidelná aplikace injekcí. Ženy vypověděly, že nebyly schopné si je aplikovat samy a tak musely dojíždět do centra nebo požádat partnera. Krom toho bylo pro pacienty nepříjemné i podstupovat narkózu. Nicméně rekonvalescence po všech metodách byla krátká a umožňovala rychlý návrat do domácího prostředí.

Všichni respondenti se shodli, že nelitují, že proces podstoupili. Dokonce ani v případě, kdy byla ART neúspěšná. Dalším párům doporučují pevné nervy, odhodlanost, vytrvalost a i jiné zájmy a koníčky.

Respondentka: „Rozhodně, aby to zkusili. Za to nic nedají, maximálně peníze, ale to za to asi stojí. A pokud to nezkusí, tak toho určitě budou litovat.“

8 DISKUZE

Výzkumnou oblastí této bakalářské práce jsou psychologické aspekty asistované reprodukce. Ve shodě s jinými autory (Beutel et al., 2009; Davidová, 2014; Malina & Pooley, 2017; Verhaak, Smeenk, Nahuis, Kremer, & Braat, 2006; Vitale, La Rosa, Rapisarda, & Lagana, 2017; Volgsten et al., 2008) poukazuje prezentovaná práce na to, že i přes nesporné výhody si proces ART vybírá svou daň. Ovlivňuje prožívání pacientů a je pro ně náročný.

Autorka práce v souladu s Davidovou (2014) předpokládá, že klienti center ART pociťují hlubokou touhu po rodičovství. Neschopnost počít dítě přirozenou cestou chápou jako osobní selhání a tragédii. Jejich představy o životě jsou infertilitou nečekaně narušeny. V důsledku toho cítí úzkost, anhedonii, strach, stres, vinu, frustraci, méněcennost, křivdu.

Hlavní motivací pro výzkum v této oblasti bylo zjistit, jak respondenti interpretují vliv léčby asistovanou reprodukcí na vlastní psychiku, vztahy a život vůbec. Vzhledem k subjektivní povaze tohoto tématu byl zvolen kvalitativní přístup, který umožňuje zachytit tuto individuální zkušenost v celé její hloubce.

Metodou sběru dat bylo semistrukturované interview (polostrukturovaný rozhovor). Téma neplodnosti je velice citlivé a osobní. Může se stát, že respondenti vědomě či nevědomě zamlčí některé důležité informace. Autorka do jádra rozhovoru umístila všechny relevantní okruhy. Díky tomu byly u každého respondenta zodpovězeny. V průběhu rozhovoru se pak doptávala na další informace dle potřeby. Hlavní nevýhodou této metody je, že klade velké nároky na výzkumníka. Je možné, že by zkušenější badatelé získali bohatší data. Také se mohlo stát, že autorka stylem svého dotazování nějakým způsobem ovlivnila charakter interview.

Výzkum byl prováděn vždy jen s jedním člověkem, přestože by druhý partner mohl přidat doplňující informace. Cílem práce bylo zachytit, jak jednotlivci interpretují vliv asistované reprodukce na svou psychiku. Nešlo o popsání vlivu infertility na párovou dynamiku nebo kvalitu vztahu. Navíc je možné, že by se respondenti zdráhali před svým partnerem o některých tématech hovořit.

Metodami výběru výzkumného souboru byl samovýběr a příležitostný výběr. Samovýběr probíhal prostřednictvím internetových stránek a diskuzních fór, jako je www.facebook.com, www.e-mimino.cz a www.maminkam.cz. Hlavní nevýhodu této metody autorka práce v souladu s Miovským (2006) spatřuje v tom, že se přihlásí jen lidé motivovaní o problému hovořit. Ti mohou mít odlišné osobnostní charakteristiky než zbytek populace. Další respondenti byli získáni skrze známé autorky. To vzorek činilo alespoň částečně rozmanitým.

Asi největším nedostatkem tohoto výzkumu je, že je velice genderově nevyvážený. Účastnilo se ho pět žen a jen jeden muž. Nicméně v souladu s jinými studii (Beutel et al., 2009; Davidová, 2014; Joja, Dinu, & Pun, 2014; Slepíčková, 2009; Verhaak, Smeenk, Nahuis, Kremer, & Braat, 2006) se autorka práce domnívá, že ženy prožívají asistovanou reprodukci aktivněji než muži. A to jak z psychologické, tak z fyziologické a sociální stránky. Všechny metody ART jsou pro ně náročnější. Navíc v České republice to jsou právě ony, kdo je považován za hlavního pečovatele o dítě. Muži nemusí do centra ART ani chodit. Stačí, když přinesou vzorek spermatu. Nelze říci, že by se jich neplodnost nedotkla, ale jsou při její léčbě spíš pasivními přihlížejícími. Těmito argumenty snad lze alespoň částečně nevyvážený vzorek ospravedlnit.

Data byla zpracována Interpretativní fenomenologickou analýzou (IPA). Ta umožňuje zachytit jejich subjektivní povahu. Generalizace takto vzniklých výsledků je však velice omezená. Jak sběr informací, tak jejich interpretace nevznikají sami o sobě. Na jejich tvorbě se do značné míry podílí sám výzkumník. Jiní badatelé by mohli dojít k odlišným závěrům. Autorka se snažila zkreslení minimalizovat zakotvením výsledků v přímých výpovědích respondentů.

Výsledky práce ukazují, že efektivní zvládnání léčby ztěžuje několik faktorů. Ve shodě s dalšími autory (Beutel et al., 2009; David, 2013; Davidová, 2014; Volgsten et al., 2008) vyplynulo i z tohoto výzkumu, že je asistovaná reprodukce náročná fyzicky, psychicky, sociálně a krom toho bere čas a peníze. Ovlivňuje fungování v zaměstnání, protože si kvůli ní pacienti musí brát často volno. Mnoho žen ve snaze maximalizovat šance na dítě mění svůj životní styl – cvičí metodu Ludmily Mojžíšové, protahují se, drží diety. Respondenti se shodli, že měli od asistované reprodukce přehnaná očekávání. Ta pak ztěžovala přijetí neúspěšného cyklu. Jako jedno z nejtěžších období označili čekání mezi provedením cyklu a výsledkem těhotenského testu. Tyto chvíle popisovali jako nekonečné. Cítili strach a nejistotu. Výsledky mohly být jen dva – úspěch nebo neúspěch.

První možnost přinesla radost a úlevu. Nicméně v souladu s jinými studiemi (Maroufizaden, Navid, Omanisamani, & Amini, 2019; Santlerová, 2011) participanti vypověděli, že se zkušenost s neplodností odrazila i v průběhu těhotenství. Respondentky uvedly, že kdyby za sebou proces neměly, tak by byly klidnější a nestrachovaly by se tolik o zdraví plodu.

Druhá možnost (neúspěch) byla pro respondenty zcela zdrcující. Prožívali nejhorší chvíle. Cítili, že ztratili anticipované dítě. To s sebou neslo pocity úzkosti, strachu, smutku, frustrace, viny, závisti, případně myšlenky na sebevraždu. Ženám navíc infertilitu připomínala každý měsíc menstruace. Ke stejným závěrům došli i další autoři (David, 2013; Davidová, 2014; Dembińska, 2016; Malina & Pooley, 2017; Santlerová, 2011; Verhaak, Smeenk, Nahuis, Kremer, & Braat, 2006; Vitale, La Rosa, Rapisarda, & Lagana, 2017).

Respondentky, které zůstaly i přes veškerou snahu bezdětné, se se situací nakonec vyrovnaly. Racionalizovaly si ji a akceptovaly ji. Našly si nové životní cíle. Autorka práce předpokládá, že jde o efektivní copingovou strategii. Po několika letech se vrátily k normálnímu životu a běžnému emočnímu stavu. I jiné studie ukazují, že se většina žen po několika letech dobře přizpůsobí (Dembińska, 2016; Martins et al., 2016; Verhaak, Smeenk, Nahuis, Kremer, & Braat, 2006).

Léčba reprodukční medicínou se promítá i do vztahů. Stejně jako z jiných studií (Davidová, 2014; Dembińska, 2016; Fasoulitotis & Schenker, 1999; Malina & Pooley, 2017; Santlerová, 2011), vyplynulo i z této, že vhodná a empatická podpora od okolí pomáhá respondentům situaci přijmout. Jenže jen málokdo umí takovou podporu poskytnout. Spíš se zdá, že je situace opačná. Respondenti uvedli, že na ně rodina a přátelé vytvářeli nátlak. Z toho důvodu se postupem času začali spíš izolovat. Neschopnost počít chápali jako osobní selhání a tragédii. Náročné pro ně bylo i vídat jiné matky nebo těhotné ženy, třeba jen na ulici. Pociťovali vůči nim závist.

ART se promítá i do partnerského vztahu. Může ho oslabit nebo posílit. Efektivními strategiemi zvládnání této situace se ukázal být humor, společné zájmy, sdílení emocí a informací, podpora a důvěra. Naopak neefektivní je nezáměr a uzavírání se před partnerem. Pro respondenty bylo také nepříjemné, když byla fyziologická příčina neplodnosti jen na straně jednoho z nich. Cítili vinu, že odpírají druhému vytoužené dítě. K podobným závěrům došli i další autoři (Davidová, 2014; Martins et al., 2016; Slepíčková, 2009). Stejně jako uvádí Luke & Loke (2015) a Lamont & Anderson (1993) i z výsledků této práce vyplynulo,

že se infertilita promítla i do pohlavního styku. Musel být plánovaný, čímž se z něj vytrácela intimita.

Kliniku a postupy reprodukční medicíny hodnotili všichni respondenti pozitivně. Nepříjemná pro ně byla jen aplikace hormonálních injekcí a narkóza, ze které měli strach. Jediná kritika personálu zazněla v tom smyslu, že lékaři předem mohli respondenty lépe připravit na možný neúspěch. Výsledky tohoto výzkumu by mohly být lékařům a personálu center v tomto smyslu prospěšné. Mohou si díky nim udělat představu o tom, které okamžiky jsou pro pacienty nejnáročnější a jak je na ně připravit.

Velkým problémem reprodukční medicíny je to, že disponuje takovým množstvím technik, že je nelze nikdy zcela vyčerpat. Lidé při ní ztrácí kontrolu nad vlastní plodností. Nikdy nemají jistotu, že udělali vše, co mohli. Určit hranici, kdy je vhodné s cykly přestat, je velice obtížné. V souladu s jinými studiemi (Martins et al., 2016; Peddie, Teijlingen, & Bhattacharya, 2005) došla autorka k závěru, že rozhodnutí o ukončení cyklů pro respondenty nebylo jednoduché, ale nakonec jim přineslo úlevu. Presentované výsledky by mohly pomoci klientům center ART uvědomit si, že ukončení léčby ve vhodnou dobu může být prospěšné. Po jeho provedení se mohou začít soustředit na hledání alternativ k rodičovství nebo na jiné životní cíle.

Výsledky práce by mohly být dále aplikovány do poradenské nebo terapeutické práce s infertilními jedinci. Ti by v průběhu léčby měli mít možnost využít psychologické pomoci. Je jen málo výzkumů, které se touto problematikou zabývají. Přitom, jak ukazuje Malina & Polley (2017) a Vitale et al. (2017), tyto intervence mají smysl. Emoce, které lidé při léčbě prožívají, se mohou odrazit na jejich sebepojetí a relacích se sociálním okolím. Stres navíc ovlivňuje i fyziologické funkce organismu a může se projevit na zdraví pacientů nebo i případného plodu (Merkunová & Orel, 2017). Další oblastí aplikace je edukace širšího okolí klientů center ART. Ta by mohla umožnit empatičtější přístup k nemocným.

V oblasti možností dalšího výzkumu by bylo zajímavé zaměřit se na těhotenství, která vznikla v důsledku asistované reprodukce. Stejně tak jako na specifika takových rodičovství. Dále jsou velice poutavá eticky problematická témata, jako je náhradní mateřství, dárcovství pohlavích buněk a embryí.

Přínosné by mohly být zejména longitudinální studie, které ukazují proměny psychiky pacientů v čase. Nebo i studie, které kombinují kvalitativní a kvantitativní přístup.

Prezentovaný výzkum by mohl sloužit jako podnět pro kvantitativní studii, díky které by byla možná generalizace dat.

9 ZÁVĚR

Prezentovaný výzkum se zabývá psychologickými aspekty asistované reprodukce. Na tomto místě budou shrnuty nejdůležitější výsledky. Z rozhovorů vyplývá, že neplodnost a její léčba je významným obdobím v životě lidí. Ovlivňuje jejich psychickou pohodu, způsobuje stres, úzkost a deprese. Lidé při ní prožívají ztrátu anticipovaného dítěte. Je náročná nejen psychicky, ale i fyzicky, finančně a časově. Navíc se odráží v sociálních vztazích.

Respondenti vypověděli, že prožívání ztěžovala přehnaná očekávání, která do procesu vkládali. Velice stresující pro ně byly chvíle mezi provedením cyklu a čekáním na výsledek těhotenského testu. Pokud byl test pozitivní, tak se zkušenost s asistovanou reprodukcí promítla i do psychické pohody v těhotenství. Pokud byl negativní, tak respondenti prožívali skutečnou ztrátu anticipovaného dítěte. Cítili úzkost, smutek, příznaky deprese a další negativní emoce. Ženám navíc infertilitu připomínala každý měsíc menstruace. Ty, které zůstaly i přes veškerou snahu bezdětné se se situací po několika letech vyrovnaly. Našly si nové životní cíle, situaci si racionalizovaly a akceptovaly ji.

Léčba reprodukční medicínou se promítla i do sociálních vztahů. Přiměřená opora od okolí emoční prožívání zlepšovala. Naopak nátlak a časté dotazy způsobovaly, že respondenti cítili vinu z neschopnosti naplnit přirozenou roli rodiče. Začali se izolovat.

Co se týče partnerských vztahů, ART je může posílit, ale i oslabit. Pro respondenty bylo také nepříjemné, pokud byla fyziologická příčina neplodnosti jen u jednoho z páru. Dotyčný se pak cítil vinný za to, že odpírá druhému vytouženého potomka. Efektivními strategiemi zvládnání této situace byl humor, společné zájmy, komunikace o emocích a informacích, podpora a důvěra.

Ukazuje se, že v přístupu k léčbě existují genderové rozdíly. Ženy jsou v tomto ohledu aktivnější. Vyhledávají informace, sdílejí pocity a emoce a mají potřebu situaci rychle řešit. Do procesu jsou navíc zainteresovanější i biologicky a sociálně. Muži jsou v procesu ART spíše pasivními přihlížejícími.

Asistovaná reprodukce je náročným procesem, který zasahuje do všech složek života. Nicméně dává neplodným lidem naději na biologicky vlastní dítě. Je třeba studovat všechny konsekvence, které s ní souvisí, aby se proces pro pacienty co nejvíc usnadnil.

SOUHRN

Infertilita je specifická nemoc. Je způsobená ztrátou někoho, kdo nikdy neexistoval. Do její léčby se zapojuje řada odborníků. Od gynekologů po andrology a specialisty v centrech ART (Mardešic, Chládek, Kosařová, & Lonský, 2013). Základem léčby je pečlivá anamnéza, na kterou navazují klinická vyšetření a laboratorní testy. Po těchto procedurách se nastavuje specifická léčba šitá přímo na konkrétní pacienty (Kubíček, 1996).

Nejčastější příčinou infertility na straně ženy je věk. Co se týče fyziologických poruch, tak je v České republice poměrně běžný syndrom polycystických vaječníků, endometrióza a neprůchodnost vejcovodů (Řežábek, 2014). U mužů hraje věk také svou roli. U starších pacientů je kvalita spermií obvykle horší. Ovšem nejčastější příčinou jejich neplodnosti je varikokéla, po ní hydrokéla. U 1/3 pacientů se příčina infertility nepodaří objasnit a je označena za idiopatickou (Řezáčová, 2018).

Na vyšetření příčiny neplodnosti navazují samotné metody asistované reprodukce. Nejčastěji se provádí Interuterinní inseminace (IUI), In vitro fertilizace a Embryo Transfer (IVF ET) nebo Intracytopsazmatická injekce spermie (ICSI). IUI má tu výhodu, že je poměrně neinvazivní, avšak je méně účinná než IVF ET nebo ICSI. Při IVF ET se odeberou pohlavní buňky páru (nebo dárce) a ve zkumavce se spojí. Vznikne embryo, které se poté přeneso do těla ženy. ICSI má ještě tu výhodu, že při ní lze vybrat tu nejlepší možnou spermii, která se speciální jehlou zavede přímo do oocytu. To ještě zvyšuje šanci na vznik zdravého embrya. Jde o velice moderní a v současné době často využívanou techniku (Žáková et al., 2012).

Všechny tyto metody vyvolávají etické otázky. Díky reprodukční medicíně je možné zcela novým způsobem ovlivňovat příchod člověka na svět. Někteří lidé označují takové postupy za nemorální. Mnoho odborníků vede dlouhé debaty nad otázkami povahy embryí a jejich práv. Nad tím, zda je morální je lékařsky vyšetřovat, klonovat, kryokonzervovat, darovat. Krom toho je problematické i náhradní mateřství, redukce vícečetných těhotenství a ART jednotlivců nebo homosexuálů. Do debat se zapojuje i římskokatolická církev, což situaci dále komplikuje (Dostál, 2007).

Na léčbu infertility je třeba nahlížet z různých úhlů pohledu. To je v souladu s bio-psycho-sociálním přístupem k člověku. Zasahuje totiž všechny tyto složky. Ovlivňuje fyzickou kondici, psychiku i vztahy. Způsobuje chronický i akutní distres, který může přetrvávat měsíce nebo roky po ukončení léčby (Vágnerová, 2007). K vyrovnání se s touto

zátěží lidé využívají copingové strategie nebo obranné mechanismy, které slouží k zachování celistvosti osobnosti (Nolen-Hoeksama, Barbara, & Geoff, 2012).

V empirické části je prezentován výzkum věnující se psychologickým aspektům asistované reprodukce. Jeho hlavním cílem bylo prozkoumat, jak respondenti interpretují vliv ART na jejich život. Zejména pak na jejich psychiku. V rámci komplexního přístupu byly zahrnuty i otázky, které se týkaly vztahových, časových a finančních konsekvencí léčby. Respondenti byli osloveni skrze internetové stránky a také známé autorky. Výběrový soubor se skládal z šesti lidí. Výzkumnou metodou bylo semistrukturované interview.

Odpovědi byly hledány na tyto výzkumné otázky: Jak respondenti prožívají dopad léčby metodami ART na jejich psychické prožívání? Jak změnila ART každodenní život respondentů? Jak respondenti vnímají změny partnerských vztahů v důsledku ART? Jak respondenti vnímají působení širšího sociálního okolí v průběhu ART? Jak respondenti hodnotí kliniku a metody ART?

Po proběhnutí výzkumného rozhovoru byla provedena transkripce dat do programu MS Word 2019. Již zde docházelo k redukci dat. Systematicky byly odstraňovány uvítací a formální fráze. Poté došlo k opakovanému poslechu nahrávky a k textu byly připojeny poznámky výzkumnice z pozorování. Takto zpracovaná data byla připravena pro kódování.

Metodou analýzy dat byla Interpretativní fenomenologická analýza (IPA). Ta byla zvolena s ohledem na výzkumný problém a cíle výzkumu. Prožívání infertility je velice subjektivní proces, který každého člověka ovlivňuje v různé míře. IPA umožňuje zachytit tuto individuální zkušenost v komplexní hloubce (Hendl, 2016). Jednotlivé výpovědi byly konceptualizované pomocí metody vytváření trsů. Byly rozčleněny do kategorií a podkategorií.

V souladu s jinými autory (Beutel et al., 2009; Davidová, 2014; Malina & Pooley, 2017; Verhaak, Smeenk, Nahuis, Kremer, & Braat, 2006; Vitale, La Rosa, Rapisarda, & Lagana, 2017; Volgsten et al., 2008) z výsledků studie vyplynulo, že je léčba infertility těžkým životním obdobím. Pacientům se při ní zhoršuje celková psychická pohoda. Mimo to má dopad na vztahy, zaměstnání a každodenní život.

Z rozhovorů vyplynulo, že náročné jsou zejména chvíle mezi provedením cyklu ART a výsledkem těhotenského testu. Pokud je pozitivní, tak přijde radost a úleva. Nicméně zkušenost s neplodností se promítne i do těhotenství. Respondentky vypověděly, že kdyby za sebou ART neměly, tak by se v průběhu gravidity tolik nestrachovaly o plod. K těmto

výsledkům došli i jiní autoři (Maroufizaden, Navid, Omanisamani, & Amini, 2019; Santlerová, 2011).

Druhá možnost (neúspěch) byla pro participanty zcela zdrcující. Většinou očekávali, že bude léčba úspěšná na první pokus a na zklamání nebyli připraveni. Respondentky, které zůstaly i přes veškerou snahu bezdětné, se se situací po několika letech vyrovnaly. Našly si nové životní cíle. Situaci si racionalizovaly a akceptovaly ji. Rozhodnutí ukončit proces pro ně bylo náročné, ale přineslo jim úlevu. Podobné výsledky přinesly i jiné výzkumy (Dembińska, 2016; Martins et al., 2016; Verhaak, Smeenk, Nahuis, Kremer, & Braat, 2006).

Stejně jako z dalších studií (Davidová, 2014; Dembińska, 2016; Fasoulitotis & Schenker, 1999; Malina & Pooley, 2017; Santlerová, 2011) vyplynulo i z této, že léčba zasahuje do sociálních vztahů. Přiměřená opora od okolí situaci zlehčuje. Nátlak a časté dotazy ale způsobují, že se pár cítí vinný za neschopnost naplnit svou přirozenou roli a začne se izolovat.

Co se týče partnerských vztahů, ART je může posílit, ale i oslabit (Davidová, 2014; Martins et al., 2016; Slepíčková, 2009). Pro respondenty bylo nepříjemné, pokud byla fyziologická příčina neplodnosti u jednoho z partnerů. Dotyčný si pak vyčítal, že odpírá své drahé polovičce vytouženého potomka. Efektivními strategiemi při zvládnání této situace byl humor, společné zájmy, vhodná komunikace, podpora a důvěra.

Různé studie dokázaly, že ženy prožívají proces ART intenzivněji (Beutel et al., 2009; Davidová, 2014; Joja, Dinu, & Pun, 2014; Slepíčková, 2009). Jsou při léčbě i aktivnější. Vyhledávají častěji informace, mají potřebu sdílet emoce a pocity a chtějí situaci rychle řešit. Do procesu jsou víc zainteresované i biologicky a sociálně. Metody ART jsou pro ně fyzicky náročnější než pro muže. A v České republice jsou to právě ony, kdo je tradičně považován za hlavního pečovatele o dítě. Muži jsou v procesu spíš pasivními přihlížejícími.

I když je proces asistované reprodukce náročný, tak nikdo ze souboru nelitoval, že ho podstoupil. Presentované výsledky můžeme implikovat do psychologické práce s neplodnými páry. Lepší informovanost, snížení očekávání od léčby a její ukončení ve vhodnou chvíli může pacientům pomoci situaci lépe zvládnout. Tyto poznatky je možné použít jak v psychoterapii, tak například v edukaci.

SEZNAM CITOVANÉ LITERATURY

1. Ayers, S., & Visser, R. (2015). *Psychologie v medicíně*. Havlíčkův Brod: Grada.
2. David, K. (2013). *Psychologické aspekty asistované reprodukce* (Disertační práce). Praha. Získáno z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/101954/>. Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta.
3. Davidová, K. (2014). *Genderové aspekty asistované reprodukce* (Diplomová práce). Olomouc. Získáno z: <https://theses.cz/id/dd6bxd/>. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta.
4. Baštecká, B., & Mach, J. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál.
5. Beutel, M., Kupfer, J., Kirchmeyer, P., Kehde, S., Köhn, F. M., ... Schroeder-Printzen, I. (1999). Treatment-related stresses and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF or ICSI. *Andrologia: First International Journal of Andrology*, 31 (1), 27-35. Získáno z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9949886>.
6. Doherty, C. M., & Clark, M. M. (2006). *Léčba neplodnosti*. Brno: Computer Press.
7. Dembińska, A. A. (2016). Psychological determinants of life satisfaction in women undergoing infertility treatment. *Health Psychology Report*, 4 (2), 146-158. Získáno z: <https://www.termedia.pl/Psychological-determinants-of-life-satisfaction-in-women-undergoing-infertility-treatment,74,26438,0,1.html>.
8. Desjardins-Simon, J., & Debras, S. (2015). *Nevědomé příčiny neplodnosti*. Praha: Portál.
9. Dostál, J. (2007). *Etické a právní aspekty asistované reprodukce: Situace ve státech přijatých do Evropské unie v roce 2004*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
10. Fasouliotis, S. J., & Schenker, J. G. (1999). Social aspects in assisted reproduction. *Human Reproduction: European Society of Human Reproduction and Embryology*, 5 (1), 26-39. Získáno z: <https://academic.oup.com/humupd/article/5/1/26/643336>.

11. F. Chiaffarino, F., Baldini, M. P., Scarduelli, C., Bommarito, F., Ambrosiob, S., D'Orsib, C. (2011). Prevalence and incidence of depressive and anxious symptoms in couples undergoing assisted reproductive treatment in an Italian infertility department. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 158 (2), 235-241. Získáno z:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21641108>.
12. Gourounti, K. (2016). Psychological stress and adjustment in pregnancy following assisted reproductive technology and spontaneous conception: A systematic review. *Women and Health*, 56 (1), 98-118. Získáno z:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26212077>.
13. Haasová, I. (2010). *Etika asistované reprodukce*. Získáno 12. srpna 2019 z Podpora léčby neplodnosti: <http://www.podporareprodukce.cz/article/novinky/etika-asistovane-reprodukce>.
14. Hammarberg, K., Astbury, J., & Baker, H. W. G. (2001). Women's experience of IVF: a follow-up study. *Human Reproduction*, 16 (2), 374-383. Získáno z:
<https://academic.oup.com/humrep/article/16/2/374/649672>.
15. Hamplová, L. (2016). *Čeští muži jsou plodní, s rodičovstvím ale otálejí*. Získáno 12. srpna 2019 ze Zdravotnický deník:
<https://www.zdravotnickydenik.cz/2016/08/cesti-muzi-jsou-plodni-s-rodicovstvím-ale-otaleji/>.
16. Haškovcová, H. (2015). *Lékařská etika*. Praha: Galén.
17. Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
18. Joja, O. D., Dinu, D., & Pun, D. I. (2014). Psychological aspects of male infertility. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, (187), 34-36. Získáno z:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815018601>.
19. Konečná, H., Černý, D., Nováková, K., Rumpík, D., Rumpíková, T., Řezáčová, J., & Žáková, J. (2017). *Rodičem kdykoliv a jakkoliv? Průvodce asistovanou reprodukci a náhradní rodinnou péčí*. Praha: Mladá fronta.

20. Kubíček, V. (1996). *Mužská infertilita a erektilní dysfunkce*. Praha: Galén.
21. Lamont, J., & Anderson, L. (1993). The interaction between sexuality and infertility. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 2(3), 107-112. Získáno z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=369b9362-0dd6-4eb7-9ffa-526e60a74be6%40sessionmgr4006&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHNNoaWImbGFdGh1jcyZzaXRIPWVkey1saXZl#AN=25150895&db=sih>.
22. Luk, B. H., & Loke, A. Y. (2015). The impact of infertility on the psychological well-being, marital relationships, sexual relationships, and quality of life of couples: a systematic review. *Journal of Sex*, 41(6), 610-625. Získáno z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25211377>.
23. Malina, A., & Pooley, J. A. (2017). Psychological consequences of IVF fertilization. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 2017(24), 554-558. Získáno z: <http://www.aaem.pl/Psychological-consequences-of-IVF-fertilization-Review-of-research,72588,0,2.html>.
24. Mardešić, T., Chládek, D., Kosarová, M., & Lonský, P. (2013). *Diagnostika a léčba poruch plodnosti*. Praha: Grada.
25. Maroufizaden, S., Navid, B., Omani-samani, R., & Amini, P. (2019). The effects of depression, anxiety and stress symptoms on the clinical pregnancy rate in women undergoing IVF treatment. *BMC Research notes*, 12 (252), Získáno z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6507221/>.
26. Martins, M. V., Basto-Pereira, M., Pedro, J., Peterson, B., Almeida, V., Schmidt, L., & Costa, M. E. (2016). Male psychological adaptation to unsuccessful medically assisted reproduction treatments: a systematic review. *Oxford Academic: Human Reproduction Update*, 22 (4), 466-478. Získáno z: <https://academic.oup.com/humupd/article/22/4/466/2573775>.
27. Merkunová, A., & Orel, M. (2017). *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. České Budějovice: Grada.
28. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
29. Mrázek, M. (2003). *Umělé oplodnění I*. Praha: Triton.

30. Mára, M. (2019). *Neprůchodnost vejcovodů*. Získáno 11. září 2019 z Porodnice: <http://www.porodnice.cz/clanky/nepruchodnost-vejcovodu>.
31. Munzarová, M. (2005). *Lékařský výzkum a etika*. Praha: Grada.
32. Nakonečný, M. (2011). *Psychologie: Přehled základních oborů*. Praha: Triton.
33. Nolen-Hoeksama, S., Barbara, F. L., & Geoff, L. R. (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Praha: Portál.
34. Ňaňka, O., & Elišková, M. (2015). *Přehled anatomie*. Praha: Galén.
35. Řežábek, K. (2014). *Asistovaná reprodukce*. Praha: Maxdorf.
36. Řezáčová, J. (2018). *Reprodukční medicína: Současné možnosti asistované reprodukce*. Praha: Mladá fronta.
37. Ondok, J. P. (2005). *Bioetika, biotechnologie, biomedicína*. Praha: Triton.
38. Otevřel, P. (2019). *Reprofit*. Získáno 12. září 2019 z Vyšetřovací metody ženy: <https://www.reprofit.cz/neplodnost/vysetrovaci-metody-zeny/>.
39. Peddie, V. L., Teijlingen, Evan, & Bhattacharya, S. (2005). A qualitative study of women's decision-making at the end of IVF treatment. *Human Reproduction*, 20 (7), 1944–1951. Získáno z: <https://academic.oup.com/humrep/article/20/7/1944/2356561>.
40. Pechová, O. (2011). *Psychologie náboženství*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
41. Romeiro, J., Caldeira, S., Brady, V., Timmins, F., & Hall, J. (2017). Spiritual aspects of living with infertility: a synthesis of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 26 (23-24), 3753-3760. Získáno z: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.13813?casa_token=0fBtO4V V8d4AAAAA:TRfM0pm9QHIM7e9GbSXSg7S8QhadXHvfDWgzp1V1jp-kKATezmmmWfQXaZMeTmdLm55zfVigcJd2ejyg.
42. Řežábek, K., & Pohlová, R. (2017). *Asistovaná reprodukce v ČR 2017*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

43. Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza testů: Čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
44. Santlerová, K. (2011). *Psychologické aspekty IVF* (Diplomová práce). Brno. Získáno z: <https://theses.cz/id/k8vpju/>. Masarykova Univerzita v Brně, Filozofická fakulta.
45. Sharma, R. S., Saxena R & Singh R. (2018). Infertility & assisted reproduction: a historical & modern scientific perspective. *The Indian Journal of Medical Research*, 148 (1), 10-14. Získáno z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6469376/>.
46. Slepíčková, L. (2009). *Neploďnost jeho a její. Genderové aspekty asistované reprodukce*. Institut pro výzkum reprodukce a integrace, Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity Brno. Získáno z: http://sreview.soc.cas.cz/uploads/e46d305a8dc5a61fad318d1e0b8f1b19af4298b8_516_SlepickovaSC2009-1.pdf.
47. Slepíčková, L. (2014). *Diagnóza neploďnosti: Sociologický pohled na zkušenost nedobrovolné bezdětnosti*. Brno: Sociologické nakladatelství.
48. Smith, T. (2003). *Lidské tělo*. Praha: Fortuna.
49. Šimek, J. (2015). *Lékařská etika*. Havlíčkův Brod: Grada.
50. Tenenbaun, S. (2018). *Deprese, odkaz předků*. Praha: Portál.
51. Vařová, Z., Kočvara, R., & Hanuš, T. (2014). Varikokéla. *Česká urologie*, 18 (3), 191-198. Získáno z: https://www.czechurol.cz/artkey/cur-201403-0003_Varikok_eacute_la.php.
52. Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Nahuis, M. J., Kremer, J. A. M., & Braat, D. D. M. (2006). Long-term psychological adjustment to IVF/ICSI treatment in women. *Human Reproduction*, 22 (1), 305-308. Získáno z: <https://academic.oup.com/humrep/article/22/1/305/2939457>.
53. Vitale, S. G., La Rosa, V. L., Rapisarda, A. M. C., Lagana, A. S. (2017). Psychology of infertility and assisted reproductive treatment: the Italian situation.

- Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 38 (1), 1-3. Získáno z: <http://dx.doi.org/10.1080/0167482X.2016.1244184>.
54. Volgsten, H. Skoog Svanberg, A. Ekselius, L. Lundkvist, Ö. Sundström Poromaa, I. (2008). Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 23 (9), 2056–2063. Získáno z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2517152/>.
55. Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II: Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.
56. Výrost, J., & Slaměnik, I. (2009). *Sociální psychologie*. Praha: Grada.
57. WHO. (2018). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10 decentrální revize - Tabelární část*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistik ČR.
58. WHO. (2019). *Sexual and reproductive health*. Získáno 12. května 2019 z World Health organization Europe: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/sexual-and-reproductive-health>.
59. Žáková, J., Ventruba, P., Crha, I., Lousová, E., Sochorová, K., Pohanka, M., & Huser, M. (2012). Nové metody zvyšující úspěšnost asistované reprodukce. *Česká Gynekologie*, 77 (2), 139-142. Získáno z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2012-2-8/nove-metody-zvysujici-uspesnost-asistovane-reprodukce-37585>.

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Abstrakt v českém jazyce
2. Abstrakt v anglickém jazyce
3. Transkripce rozhovoru

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Psychologické aspekty asistované reprodukce

Autor práce: Magdalena Běhová

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

Počet stran a znaků: 62 stran, 114 678 znaků

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 59

Abstrakt: Bakalářská práce se zabývá psychologickými aspekty ART (asistované reprodukce). Touha po vlastním potomku je lidem naprosto přirozená. Její nenaplnění může mít značný vliv na život a způsobovat jak individuální psychické potíže, tak problémy páru. Kromě vědomí vlastní infertility mohou být procedury spojené s vyšetřením neplodnosti a její léčbou velice psychicky, fyzicky i finančně náročné. První část práce se zabývá touto problematikou z hlediska bio-psycho-sociálního přístupu k osobnosti. Také je zahrnutá etická problematika.

Druhá část sestává z kvalitativního empirického výzkumu. Byly hledány odpovědi na tyto otázky: jak respondenti prožívají dopad léčby metodami ART na jejich psychické prožívání? Jak změnila ART každodenní život respondentů? Jak respondenti vnímají změny partnerských vztahů v důsledku ART? Jak respondenti vnímají působení širšího sociálního okolí v průběhu ART? Jak respondenti hodnotí kliniku a metody ART? Výzkumný soubor tvoří šest lidí. Metodou získávání dat bylo semistrukturované interview. Data byla zpracována metodou hledání trsů a analyzována interpretativní fenomenologickou analýzou (IPA).

Z výsledků vyplývá, že se léčba infertility promítá do všech oblastí života. Nejen do prožívání pacientů, ale i do jejich vztahů a zaměstnání. Může trvat roky a působit jako akutní i chronický stresor. Lidé při ní prožívají smutek nad ztrátou anticipovaného dítěte.

Klíčová slova: asistovaná reprodukce, reprodukční medicína, prožívání neplodnosti, psychologie

ABSTRACT OF THESIS

Title: Psychological aspects of assisted reproduction

Author: Magdalena Běhová

Supervisor: PhDr. Olga Pechová, Ph. D.

Number of pages and characters: 62 pages, 114 678 characters

Number of appendices: 3

Number of references: 59

Abstrakt: This bachelor thesis deals with psychological aspects of ART (assisted reproduction). The desire to conceive a child is absolutely natural. Failure to do so can have a significant impact on life and cause both individual psychological and couple problems. Besides being aware of their own infertility, procedures associated with the examination and treatment are very mentally, physically and financially demanding. The first part of the thesis deals with this issue in terms of bio-psycho-social approach to personality. Ethical issues are also included.

The second part consists of qualitative empirical research. Answers to these questions were established: How do respondents experience the impact of ART treatment on their psychological experience? How has ART changed the respondent's daily lives? How do respondents perceive changes in partnership associated with ART? How do respondents perceive the effect of the wider social environment during ART? How do respondents evaluate the clinic and ART methods? The research group consists of six people. The method of data collection was a semi-structured interview. The data were processed by the qualitative clustering and analyzed by interpretative phenomenological analysis (IPA).

The results show that treatment of infertility is reflected in all areas of life. Not only in the experience of patients, but also in their relationships and employment. It can last for years and act as both acute and chronic stressor. People experience grief over the loss of an anticipated child.

Key words: assisted reproduction, reproduction medicine, experiencing infertility, psychology

PŘÍLOHA 3: TRANSKRIPCE ROZHOVORU

Jména respondentky, dalších osob a institucí byla z důvodu zachování anonymity z rozhovoru vypuštěna. Transkripce rozhovoru není doslovná, z originálního audio záznamu byly vypuštěné nevýznamné a rušivé prvky. Například úvodní a závěrečná společenská konverzace.

Výzkumnice: Tak já tu mám připravené nějaké otázky, ale spíš bych Vás poprosila, jestli byste začala vyprávět, a já se Vás pak doptám. Jaký byl celý ten proces asistované reprodukce?

Respondentka: Já jsem se vdala asi ve 22 letech. Asi do 30 let jsem těhotenství neřešila, i když jsem nepoužila žádnou antikoncepci. Tak jsem si říkala, že ono to nějak přijde. Asi do té třicítky, i když jsem chodila na pravidelné gynekologické prohlídky, tak jsem neotěhotněla. Oni nevěděli, co já v té době mám. Než se dostanete do toho cyklu, tak musíte mít spoustu vyšetření, genetiku a tak. Já jsem měla problém s imunobiologií. Mně to špatně vycházelo. Zvláštní třeba bylo, že si pamatuju, že se ty testy dělaly na dvou místech. V *** a myslím, že v ***. A mně v jednom vyšlo, že to mám téměř v normě. A v druhém, že děti mít nikdy nebudu. Rozdíl mezi těmi testy byl tři týdny. Takže mi na to nikdo nedokázal odpovědět, ale zařadili mě do té kategorie problematických pacientek. To se týkalo toho imunitního problému. Takže si pamatuju, že cca kolem toho třicátého roku, než jsme podstoupili jak inseminaci, tak umělý oplodnění, tak už tam byl nějaký problém, kterej to těhotenství mohl znesnadňovat.

Výzkumnice: A ten problém byl tedy na Vaší straně?

Respondentka: Manžel taky neměl ten spermiogram úplně v normě. Ale vlastně jak tou metodou inseminace, tak tím umělým oplodněním, oni vybrali nejkvalitnější spermie, takže problém z jeho strany byl asi mnohem menší, než na mojí straně. Co já si tak pamatuju, problém byl v tom, že já jsem měla endometriózu. Byla jsem několikrát operovaná, což mi možná i oplodnění mohlo řešit tu cestu té spermie k tomu vajíčku, která mohla, i když mi to nikdy neřekli, být někde zneprůchodněná. Mohly tam být nějaké srůsty. Co já si pamatuju, tak to trvalo asi rok všechny tyhle vyšetření. Ještě další problém byl, že já mám vážně nemocnou maminku a tam bylo velké riziko. Ona má svalovou atrofii, která je dědičná. To

řadí do dědičných onemocnění, takže tam mi ještě dělali spoustu genetiky, kdyby to vyšlo, tak aby bylo to dítě zdravý. Nakonec to vyšlo tak, že kdyby se moje dítě narodilo, tak to vůbec nemusí mít. Ta pravděpodobnost tam byla dost malá. A pak jsme prostě podstoupili inseminaci. A inseminace se tehdy dělala třikrát. Byla neúspěšná a pak nás dali do programu umělého oplodnění. Já jsem chodila nejdřív do jednoho centra. Bavíme se cca o roce 2003 nebo 2004. Tam jsem absolvovala... Já nevím, jestli byly hrazený ty cykly tři nebo čtyři. Mě zařadili cca ve 32 letech. To jsem měla ten první cyklus. Co já si pamatuju, tak to je vlastně na stimulaci vajíček. Píchali mi injekce. Buď si je pícháte sama nebo musíte někam chodit. To já jsem si nebyla schopná píchnout sama hormony. Stimulujou vaječníky, aby pak odebrali co nejvíc vajíček. A ty oplodní, a pak vkládají do těla. Tak si pamatuju, že odebrali osm vajíček. Tehdy jestli mi doporučili buď je nechat vykultivovat a vložit do mě čtyřdenní embrya. Já jsem to tehdy odmítla. A oni hned, jak se to podařilo spojit, tak do mě vložili dvě vajíčka a zbytek se zamrazil.

Tak to se nepovedlo. Z těch zamražených vajíček v průběhu toho roku se nic nechytlo. Tak jsem šla do druhého cyklu. Já jsem vážila málo, nějakých 45 kg. Ten můj gynekolog mi řekl, že by bylo dobré, abych přibrala na šedesát. Mně to vůbec nešlo v tom věku, teď mi to jde mnohem líp. A já jsem říkala, že to nemůže být důvod, abych neotěhotněla. A on říkal, že je tam prostě souhra spousty náhod. Ty cykly toho umělého oplodnění v tom centru byly takový... No jako i ten primář, já jsem chodila k panu primářovi ***, je to kapacita a on mě zařadil do nějakýho pokusu úplně bokem, abych si nečerpala ten třetí pokus. Já už nevím, ono z toho nějak nakonec sešlo, jestli jsem byla nemocná nebo co. Že jsem pak s panem doktorem ukončila spolupráci a šla jsem do jiného centra, kde se mi to ale moc nelíbilo.

Nakonec jsem na doporučení kolegyně šla do dalšího centra. Tam jsem absolvovala ten třetí pokus, a pak i čtvrtý. Já si pamatuju, že při té jedné, myslím, že při tom třetím pokusu, mi neodebrali žádný vajíčka. Což bylo překvapení i pro ně. A pak při tom čtvrtém se to snižovalo. S věkem se snižoval i ten odběr vajíček. Pak už jsme si doopravdy připláceli, aby ten embryotransfer byl až tak po těch čtyřech nebo pěti dnech, aby ty vajíčka zkultivovaly, aby byly co největší. Ono se to opravdu vždycky opakovalo. Já jsem nikdy neotěhotněla. A už jsem tím strávila, cca od těch 30 do 40, asi deset let života. Nejdřív jsem si říkala, že to zkusíme, a přesně ve čtyřicítce jsem si řekla dost. Takhle to nechci. To jako nemá cenu. Někomu to prostě je shůry daný, že má děti a nestará se o ty děti. A moje děti by měly péči na jedničku s hvězdičkou, ale prostě nejsou. Takže jsem to uzavřela. No a

myslela jsem si, chtěla jsem adopci. Já jsem očekávala, že když se to takhle nedaří, tak zkusíme adopci. Ale manžel s tím měl vážný problém. Jako vůbec nad tím neuvažoval a nechtěl. A pak jsem se prostě rozhádali. A nakonec jsme se i rozvedli.

Výzkumnice: Myslíte, že to bylo v důsledku té asistované reprodukce?

Respondentka: Nene, tam manžel chtěl vydělávat miliony. A byl podnikatel. A on ty děti nechtěl a neřešil je. Prostě o děti se musíte starat. Ne je jen přivést na svět, ale musíte je vychovat. On prostě žil někde úplně jinde. On chtěl vydělávat a cestovat. My jsme cestovali i tak. Prostě dítě je přítěž a starost. Neříkám, že byl rád, že se to nepovedlo, ale vlastně ho to ani moc netrápilo. A adopci nechtěl. A na adopci musíte být dva. Nejen, že já chci, ale já jsem to tak cítila, že se máme dobře, protože jsme se měli dobře. No tak pomůžeme někomu, jakou šanci mají asi děti v dětském domově.

Výzkumnice: A uvažovala jste třeba nad dárcovstvím vajíček?

Respondentka: „To mi říkali cca ve 35 letech, že by tam byla větší pravděpodobnost. A já jsem říkala doktorům, že mi tvrdí, že ta vajíčka jsou kvalitní. No a oni říkali, že ten zlom je po těch třiceti šesti letech. Já jsem teda většinu těch cyklů měla tak do té doby, snažila jsem se otěhotnět od té svatby, kdy jsem nebrala antikoncepci. Měla jsem nechráněný pohlavní styk od 27 do 40 let.“

Výzkumnice: Přijde mi, že si spousta lidí myslí, že je asistovaná reprodukce všemocná, ale ona není.

Respondentka: Ten můj problém, ten určitě. Co mi tak zpětně docházelo, tak já, když jsem byla malá, když jsem chodila do školky nebo na první stupeň základní školy, tak jsem byla hodně nemocná. Ale jako hodně, ne nějak závažně, ale tak patnáctkrát mi píchali střední ucho, pak nějaké záněty nosohltanu a tak. Tehdy za mé generace, jsem ročník 71, se většina těchto nemocí, která se dnes léčí paralenem, tak se léčila antibiotiky. Takže kdyby teď přišlo nedej bože něco vážného, tak mi nikdo neví, co mi může dát za antibiotikum. Já jsem byla na hodně operacích, i v souvislosti s tou asistovanou reprodukcí. Vždycky jsem se jim tam osypala. Tak mi říkali, že mi musejí dávat nějaký antibiotika. Ale já jsem říkala, že nemůžou, protože na všechny reaguju vždycky negativně. Takže si myslím, že to byl začátek toho, že moje tělo, prostě z nějakýho nepochopitelnýho důvodu, považovalo těhotenství za nemoc, a chtělo se tomu všemožně bránit. To, co jsem nikdy nezkusila, ne, že bych měla darovaná

vajíčka, ale zkusit těhotenství třeba s jiným partnerem. Pak mi hodně lidí říkalo, že prostě dva lidi třeba spolu nemůžou mít děti. Ale to neznamená, že já nemůžu mít děti s někým jiným. Já jsem si říkala, že prostě takhle to je, rozvádět se kvůli tomu nechci. A doufala jsem teda v tu adopci. A pak mi krachlo i to manželství. Ale to bylo kvůli jiným věcem, tam nebyla perspektiva.

Výzkumnice: *Jak jste prožívala tu asistovanou reprodukci?*

Respondentka: Špatně, hrozně osobně. Já si myslím, že to tak má každý. Co já si pamatuju, tak vlastně my potom byli na pokoji, že máme být v klidu. A já si pamatuju, že tam byla nějaká psycholožka, která mě dost rozčilovala, protože se pořád ptala, jak se mi vede. Já jsem se o tom nechtěla bavit.

Výzkumnice: *A oni se Vás neptali, jestli chcete?*

Respondentka: No, já jsem asi řekla, že nechci, ale na pokoji nejste sama. Takže ona si našla vždycky někoho, koho vyzpovídala. A já jsem nechtěla. Pamatuju si, že často na tyhle centra jezdily Polky, Němky, Angličanky. Prostě hodně cizinek.

Výzkumnice: *Vy jste říkala, že jste se rozhodla okolo třiceti podstoupit asistovanou reprodukci?*

Respondentka: Tak do té doby jsem to vlastně moc neřešila.

Výzkumnice: *A pak, když jste to začala řešit, jaké to bylo?*

Respondentka: Pro mě bylo nejhorší, že se nedařilo, do těch 35 let. Těch cca 5 nebo 6 let bylo nejhorších. Protože jsem okolo sebe měla kamarádky, které měly první, druhý dítě. Když ho měl někdo třeba v těch dvaceti, tak jsem si říkala, že si zkazila život. Měla jsem spolužačky, které měly děti ve dvaceti, a to fakt zamávalo se vším. Ale pak jsem si řekla, že třicet už je dost.

Uvidíte sama, to už jste na všechno připravená. Už máte peníze, máte znalosti a na všechno se těšíte. Tak já si myslím, že nejvíc jsem to jako prožívala, cca v tomhle věku, do těch 36 let. Pak už mi to, tak jako, bylo trochu jedno. Zkoušela jsem to dál, ale říkala jsem si, tak se nic neděje, asi to takhle má být. Tak je tu možnost ta adopce, nebo prostě budeme cestovat. Koupili jsme pozemek, postavili jsme dům, cestovali jsme po světě. Já jsem byla relativně spokojená. Neříkám, že mi to nechybělo. Říkala jsem si, co kdyby. Ale kdyby to

nepřišlo, tak jsem s tím byla vnitřně smířená. Svůj život buď směřujete takhle nebo ho směřujete jinak. A já vždycky, když jsem slyšela někoho, kdo říkal, že můj život začal s dětmi a děti jsou všechno, tak jsem si říkala, že je to špatně. Děti jsou strašně důležitý, ale děti nikdy nebudou všechno. Ale jakmile to ten rodič začne směřovat jenom okolo dětí, tak je to špatně. Já jsem se snažila to prostě brát tak, že když to vyjde, tak to vyjde. A když to nevyjde, tak to není konec světa.

Výzkumnice: Jak na to reagovalo Vaše okolí?

Respondentka: Myslím si, že absolutně ze všech nejhorší, byla manželova maminka. Hned po svatbě. Ona byla v tomhle úplně postižená. Ona měla vlastně manžela asi nechtěně ve 25, kdy ještě neměla ani hotovou vejšku, a pak vlastně chtěla druhou holčičku. Snažili se o to asi deset let, a pak se narodil, po strašných pobytech v lázních a po opravdu velké snaze, manželův mladší bratr. V té době asi nebylo tak dobré to umělé oplodnění. Narodil se asi na konci šestého měsíce. Doopravdy předčasně. Málem umřel. Já nevím, jestli byl tři měsíce, nebo kolik, v inkubátoru. A doopravdy má do teď nějaké postižení. Jako ne, že by to bylo vidět, ale postižení v tom slova smyslu, že ta jeho psychika byla narušená. Jako nevyrovnal se s tím. Takže nejvíc tchýně, když měla dva syny, tak chtěla vnučku. A to doopravdy byla jako by, že hned po svatbě koupila kočárek, a to se prostě nedělá. Nebo mi ukazovala vybavičku. A já jsem jí říkala, my jsme si tedy vykali nebo alespoň já jí, tak jsem jí říkala, že to takhle nechci. Že až to přijde, tak to přijde. Jestli to nepřijde, tak to prostě nepřijde. A ona to vůbec nedokázala přijmout. Pořád to bylo, že, ***, musíte teď. No já jsem prostě říkala, že teď ne. Takže bych řekla, že z téhle strany. Moji rodiče vlastně už měli staršího bratra, od kterého měli vnučku, a pak druhou. Takže to bych neřekla.

No, a kamarádky. Mně spíš doopravdy vadilo, že jsem šla na nějaký sraz po letech a oni se pořád ptali, proč to nejde. Takové ty rádoby milé dotazy. No, a mě to spíš rozčilovalo, že jsem říkala, že prostě ne. Že to nejde, tak co mám dělat. No, a tam právě to bylo. No tak, ***, když to nejde s manželem, tak to půjde jinde. No, a já jsem říkala, že když to nejde s ním, tak to prostě nechci jinde. No, tak tohle mi třeba spíš vadilo. Jinak moje rodina vůbec ne. A spíš ta tchýně se ptala. Tam byl ten nátlak největší.

Výzkumnice: A jak reagovaly kamarádky, které měly už děti?

Respondentka: Kamarádky, co měly děti, tam to bylo různý. Protože pokud ta rodina vydržela a vychovávaly společně, tak jo. Pak mám kamarádky, kde partner odešel od dítěte, tak tam to byla velká starost.

Výzkumnice: *Změnily se nějaké Vaše hodnoty nebo postoje v důsledku asistované reprodukce?*

Respondentka: Myslím, že ne. Změnilo se jen to, že něco je nám shůry dáno. A já jsem do té doby byla taková, že mi všechno šlo. No a tohle byla první věcí, co mi nešla. Já jsem dělala nevim, cokoli jsem si vymyslela, tak to mi šlo. Já jsem se do té doby nesetkala s nějakým neúspěchem. Tohle byla první věc, co mi jako nešla.

Výzkumnice: *Jeví se mi to tak, že v jednu chvíli jste si to nějakým způsobem racionalizovala.*

Respondentka: Jo, přesně tak. Řekla jsem si to, že to tak má prostě být.

Výzkumnice: *A myslíte, že to bylo lepší ze začátku nebo pak na konci?*

Respondentka: Ne, určitě po nějaký době snažení. Protože já jsem si taky nejdřív nepřipouštěla, že nebudu mít děti. Doktoři mi řekli, že je nějaký problém, ale že neví jaký. A že si myslí, že otěhotním. Tak my jsme jim prostě věřili. No a pak to nešlo, tak jsem si říkala, postupem času, proč to furt nejde. A doktoři říkali, že sami neví, že to máme zkoušet dál. No, a v té fázi jsme si s manželem říkali, že se to třeba nepovede.

Výzkumnice: *A jestli se můžu zeptat, co na tom všem bylo nejhorší?*

Respondentka: Já si myslím, že když jste v té stimulaci, když vlastně já nevim, 14 dní předtím chodíte na ty stimulační, stimulují vaječníky, pak je vloží do těla, tak vlastně čekáte, jestli se to povede, nebo ne. Tak já si myslím, že ta doba, kdy čekáte, jestli se to povede, nebo ne. Pak, mě se to teda nikdy nepovedlo, a já jsem to vždycky věděla. Jednou se stalo, že jsem si myslela, že jo. Že by to mohlo být. Ono máte takový stav. Oni do mě dávali hormony, takže to tělo už vlastně bylo připravený na těhotenství, takže mě to trochu mátl. A jednou jsem si už fakt myslela, a bylo to hned napoprvé, že jo. A já jsem se potom hrozně pohádala s vlastním otcem, ale hrozně. A já jsem hned ten večer po té hádce dostala menzes. Takže jsem měla vztek, že jsem nebyla v klidu. A ona to byla obrovská hádka. A já se normálně nehádám. A to jsem si dost zpětně vyčítala. Oni mi vlastně říkali, ať dělám, co

chci. Jen ať nechodím do posilovny a jsem v klidu. A hlavně se nerozčilovat. No, a já jsem se hrozně rozčilila. Tohle mě zpětně mrzelo. Ale pak jsem si řekla, tak co.

Výzkumnice: Co to centrum asistované reprodukce? Jaký byl jejich přístup k Vám? Jak byste to zhodnotila?

Respondentka: No, asi nemůžu říct nic negativního. Ve všech těch centrech byli všichni moc milí. To bylo všechno v pohodě.

Výzkumnice: Jak jste se připravovala na tu asistovanou reprodukci? Připravovala jste se vůbec?

Respondentka: No, já jsem měla problém v té práci. Vy buď chodíte do práce, nebo si vezmete neschopenku. Já jsem si ze začátku jako snažila udělat všechno proto, abych byla co nejvíc v klidu, takže doma. Takže jsem jim ale nechtěla říkat, že se snažím otěhotnět a když se to povede, že skončím. Takže to mi přišlo hloupý, takže jsem si vzala dovolenou. Nechtěla jsem neschopenku a nechtěla jsem chodit do práce.

Výzkumnice: A v práci to nevěděli vůbec?

Respondentka: V práci jsem to třeba řekla kamarádce, u které jsem věděla, že to neřekne jednateli společnosti. Já jsem chtěla víc peněz, logicky. Chtěla jsem vydělávat. A oni by mi řekli, že se stejně snažím otěhotnět. Takže jsem jim to tak jako tajila. Určitě jsem je neinformovala o tom, že se snažím otěhotnět.

Výzkumnice: Cítila jste podporu z okolí?

Respondentka: No, to je zase druhá stránka mince. Pokud do toho zatáhnete víc lidí z okolí, tak pak všichni volají, jestli se to povedlo. Tak jsem do toho zatáhla jen blízkou rodinu a opravdu jen blízké kamarádky.

Výzkumnice: A Váš bývalý manžel reagoval jak?

Respondentka: No, jemu to bylo doopravdy téměř úplně jedno. On byl celý život podnikatel. Já to řeknu narovinu, já jsem se špatně vdala. Já jsem si vzala kluka, co jsem znala celý život. Svou první lásku. A já jsem si ho doopravdy idealizovala. A přisoudila jsem mu vlastnosti, který nikdy neměl. A teď se na to ve svém věku dívám zpětně. Jemu to bylo fakt jedno. Já jsem takový suverénní člověk, který podporuje okolí. Nevyžaduju podporu pro sebe. Pokud

se mi někdy v životě stalo, že jsem tu podporu potřebovala, tak jsem jí neměla. Ale mně to do určité chvíle nevadilo. A teď se nebavíme jen o té neplodnosti, ale i o tom, proč jsem se s ním celkově rozvedla. Protože ve chvíli, kdy jsem měla poprvé v životě nějaký problém, například, že to vypadalo, že mi umřou rodiče, tak jsem to bylo úplně jedno. Moji rodiče, který ho ve všem podporovali, dělal jako i u otce ve firmě. Tak poprvé v životě, když já jsem potřebovala morální podporu, tak jsem jí nedostala. No, a pak jsem si uvědomila, že on takový prostě je. Že já pořád podporuju jeho. Ale on mě vlastně nikdy. A to se týkalo i toho zklamání, když se mi nepovedlo umělé oplodnění.

Výzkumnice: *Takže jsem o tom třeba nemluvili?*

Respondentka: No, jsem to bylo opravdu jedno. Já jsem mu třeba řekla, že jsem dostala menzes a že je to blbý. No, a on, že nic, že pojedeme na chalupu. No, a měla jsem takovej dojem, že kdybych řekla, hele ono se to povedlo, tak pro něj to bude větší komplikace, než když řeknu, že se to nepovedlo. Nechci mu zase nějak křivdit, ale tohle byl prostě můj pohled.

Výzkumnice: *Když jste chodila na ty cykly, tak jak jste to prožívala? Předtím a potom? Vy jste říkala, že to nejhorší bylo čekání na ten výsledek těhotenského testu. Můžete to rozvést?*

Respondentka: No, mě to ze začátku neobtěžovalo. Ale pak mně to začalo vadit. Furt jsem musela někam jezdit.

Výzkumnice: *No říkala jste, že i v té práci jste si musela brát dovolenou.*

Respondentka: No, přesně tak, i v té práci. Takže já jsem pak už si říkala, že to musím zkusit, abych si nevyčítala, že jsem to nezkusila. Ale pak jsem i si říkala, jestli to mám zapotřebí. Ale to bylo ve věku těch 36 a víc. No, ale taky jsem si říkala, že bych si vyčítala, že jsem to nezkusila. Hlavně se říká, že je to hrazený z pojištění. Ale i tak nás to stálo třeba 80 000 určitě.

Výzkumnice: *Jestli to správně chápu, tak se připláci za lepší léky, za lepší servis? Je to tak?*

Respondentka: Tak, a i za to, že to embryo nechají vykultivovat. A že ho do mě vložili po několika dnech. To jsme připláceli třeba 20 000 korun. Jo, takže je to i z téhle stránky náročné. Jako úplně zadarmo to rozhodně není. Ty léky se platí vždycky. Prostě to zkusíte napoprvé, pak to třeba nevyjde. Vy chcete udělat víc, tak si to prostě doplácíte.

Tam ale nebyl problém těch peněz. Mě už začal obtěžovat ten čas. Ty naděje, co do toho vkládáte. Ale pak už mi to prostě začalo vadit. A zpětně si říkám, že jsem to prostě měla ukončit třeba o pět let dřív. Ona je to prostě hrozně dlouhá doba, co jsme to zkoušeli. Ale na druhou stranu si pamatuju, že jsem v čekárně čekala a zažívala hrozně případy. Že tam třeba byla pani, co jí bylo 43 a ona od 28, nějakých 15 let, nedělala nic jiného než, že to zkoušela. A byla konečně těhotná. Byla úplně šťastná. Jo, jako splnil se jí sen. No, ale já jsem si říkala, že tohle prostě nechci. Pak tam byla pani, co na tom byla 12x, že si vzala půjčku, aby to poplatila. A říkala, že prostě třeba několikrát potratila v 5. nebo 3. měsíci. Tak moc prostě někdo chce dítě, že ona navzdory tomu, že tomu obětuje všechno. No, a to já jsem nebyla takovej typ. Prostě jít na to třikrát a dost.

A já jsem vůbec neměla problém s adopcí, a pak mě trochu překvapilo a změnilo pohled na toho manžela, že on s tím problémem má. A prostě jsem mu říkala, že on měl starosti s mladším bratrem. Jak jsem Vám říkala, že ten je narušenej, neunesl rozchod s první láskou. Byl v Bohnicích, protože nám chtěl zabít psa, podpálit auto a takový věci. Teď tohle on má v rodině, já mám zase svalovou atrofii a další. Třeba prokrvení cév, na které umřela manželova babička, prababička a i jeho otec. Prostě velká genetická vada a já jsem říkala, jestli si myslí, že adoptované dítě bude lepší, než to, co nás může čekat v dětském domově.

Výzkumnice: Jak jste vnímala vyšetření neplodnosti. A ty procedury ART?

Respondentka: No, ono je to celkem nepříjemné. Jak fyzicky, tak psychicky. Co si pamatuju, já už nevím, jak se ten zákrok jmenuje, ale odebírali mi vajíčka. Dejme tomu, že ta endometrióza znemožnila přirozený průchod, což ale oni nevěděli, tak i když jsem si říkala, jak je to možné, když mi to stejně zaváděli. Tak pro mě, s mým postižením, by to mělo umělé oplodnění vyřešit. A dělali mi i další vyšetření dělohy. Výši děložní sliznice, která u mě byla v pořádku. A byl tam i jiným problém. Zkoumali stav dělohy. To, co nebylo v pořádku, tak byla alergie na ty spermie. Jednou vyšla pozitivně a podruhé negativně. Tak tam byl předpoklad, že vytvářím protilátky. A já si myslím, že to tak je. A že je to důsledek těch léků, antibiotik v dětství. Že já tohle nemám úplně v pořádku, v normě.

Výzkumnice: A jak prožíval Váš partner ty vyšetření?

Respondentka: No, to vlastně byla jeho jediná starost. Jaký spermiogram, jak na tom je? On se taky vyvíjel. Nejdřív nebyl v normě. Pak se to zlepšilo. Jako, že by měl nekvalitní spermie, že by se tím nedalo to vajíčko oplodnit, to jako ne. A nad dárcovstvím spermatu jsme taky

neuvažovali. Já jsem vlastně říkala, že to buď zkusíme, aby to vyšlo mezi náma, nebo se na to vykašleme a půjdeme do adopce.

Ale máte pravdu, to já mám od kolegyně, které je teď 45. Ona byla hrozně dlouho sama. Teda žila s ženatým přítelem, který od manželky nechtěl odejít. Partnera pro život vlastně našla takhle později, a teď s ním řeší miminko a ART. A vlastně přišla na to, že čas je proti ní. První cyklus absolvovala u mladého doktora, který neřekl, že to nemá smysl. A pak se dostala k doktorce, která jí řekla, že se to nemůže povést, že je to nesmysl. A že šance je hrozně malá. S darovanými vajíčkama za 150 000. Jinak, že to nemá smysl. A i tak, že je šance asi 20 %.

Výzkumnice: Hledala jste si o asistované reprodukci informace? Jak z té psychologické, tak fyziologické stránky?

Respondentka: Asi ano, jako ono se to všechno hrozně rychle mění. Třeba za těch 10 nebo 15 let je to úplně jinde. Jako ta úspěšnost je teď mnohem větší.

Výzkumnice: Jak na zprávu o tom, že jste se rozhodla jít na asistovanou reprodukci reagovalo Vaše okolí?

Respondentka: No, rodiče říkali, ať do toho jdu. A pak mi řekli, ať se na to vykašlu. To bylo, když mi už bylo víc. A pak jsem měla kamarádky, které mají děti 13 až 15 let. Ty říkaly, ať na to kašlu, že mám výhodu, že ty děti nemám.

Výzkumnice: Změnily se vztahy s blízkými v důsledku asistované reprodukce?

Respondentka: Aby to souviselo s asistovanou reprodukcí, asi ne.

Výzkumnice: Co byste doporučila dalším ženám a mužům, kteří se rozhodují jít na asistovanou reprodukci?

Respondentka: Aby to zkusili, že ta možnost tady je. Něčí problém to opravdu vyřeší. Pokud nemá partner kvalitní spermie, takže je chyba u něj, tak je velká šance, že se to povede. Protože oni vyberou tu nejkvalitnější spermii a oplodní s ní vajíčko. Pak je šance, že to vyjde. Pokud je ta chyba na straně partnerky, tak si myslím, že to bude složitější. Ale já nevím, třeba za těch 20 let se bude všechno tohle platit. Takže to bude opravdu jen pro bohatý. Tak, jak je to v zahraničí, proto je tu tolik těch cizinců.

Výzkumnice: *Vyhledávala jste společnost ostatních žen podstupujících asistovanou reprodukci? Nebo terapeutů, podpůrných skupin?*

Respondentka: „Ne, on si tam každý žije tím svým problémem. Takže tam se moc vztahy nevytvářely. Ale já jsem taková, že si všechno radši řeším sama. Pamatuju si, že jsem často potkávala významné osobnosti. Doopravdy vidíte, že kdokoli má problém otěhotnět.

Výzkumnice: *Jaké přednosti nebo nedostatky pro Vás měly metody asistované reprodukce?*

Respondentka: Já to nepovažuji za žádný traumatizující zážitek. Oni se snaží být maximálně milí a vstřícní. Ať už jsem byla v jakémkoli tom centru. Tam je to tak, jak to má být.

Výzkumnice: *A vy jste využila všechna ta embrya?*

Respondentka: Ono se to snižovalo. Plodnost s věkem se snižovala. Vždycky jsem využila všechny. Oni je zamrazili. A když je rozmrazili, tak mi říkali, že třeba jedno umřelo. A ono se to opravdu dost vyvíjí.

Výzkumnice: *Jak se změnil Váš každodenní život? Vy jste říkala, že jste se snažila nevystavovat stresu nebo tak?*

Respondentka: No, jediný, já jsem byla třeba často ve Francii. A Francouzi si často dávají k obědu a večeři skleničku vína. A já taky, takže to jsem se snažila třeba omezit. Doopravdy před tou stimulací vůbec nepít. A třeba předtím jsem hrála tenis, takže to jsem přestala.

Výzkumnice: *Zkoušela jste nějaké alternativní metody?*

Respondentka: No, třeba tu Mojžíšovou. Ale já jsem docela líná. Takže jako zkoušela, ale doopravdy jen na začátku. A pak mě to přestalo bavit.

Výzkumnice: *Máte ještě něco, co byste ráda dodala?*

Respondentka: Já myslím, že už jsem všechno řekla.