

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Aneta Knapová

**SMYSLUPLNOST EXISTENCE U ŽEN S PORUCHOU
FERTILITY**

Olomouc 2016

vedoucí práce: doc. PhDr. Alena Petrová, Ph.D.

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, kterou jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování své diplomové práce čerpala, řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Ostravě.....

.....

podpis

Děkuji Vážené paní doc. PhDr. Aleně Petrová, Ph.D za odborné vedení diplomové práce, poskytování cenných rad, připomínek, jakož i věnování svého času.

Velké poděkování patří také mému příteli Bc. Lukáši Ryškovi, DiS., MSc., za podporu, trpělivost, poskytování odborných rad a v neposlední řadě děkuji našim rodinám.

Obsah

1. Úvod disertační práce a její cíl	7
2. Teoretické poznatky	8
2.1 Fyziologie reprodukčního systému ženy	8
2.2 Vznik a vývoj těhotenství	9
2.3 Poruchy a patologie v reprodukčním systému ženy ve fertilním věku	12
2.3.1 Poruchy menstruačního cyklu	12
2.3.2 Záněty ženských pohlavních orgánů	13
2.3.3 Nepravidelné uložení rodidel	16
2.3.4 Sterilita	17
2.3.5 Infertilita	19
2.4 Metody a léčba neplodnosti	20
2.5 Psychologické aspekty u žen s poruchou fertility v produktivním věku	22
2.5.1 Psychosomatika v gynekologii a porodnictví	22
2.5.2 Psychologie těhotenství	24
2.5.3 Psychologie žen s poruchou plodnosti	25
2.6 Smysluplnost existence dítěte v životě ženy s poruchou početí	29
2.6.1 Otázka smyslu existence (života)	30
2.6.2 Potřeba smyslu u člověka	31
2.6.3 Hodnoty v životě člověka	33
2.6.4 Rozsah a hloubka smysluplnosti života	34
2.6.5 O smyslu lásky	35
2.6.6 Princip slasti a princip vyrovnání	38
2.6.7 Strasti bezesmyslného života	39
2.6.8 Franklův pohled na onemocnění	42

2.6.9 Smysluplnost existence dítěte u žen s poruchou fertility z pohledu vlastní praxe	43
2.7 Poruchy fertility žen v ČR v kontextu přístupu zdravotní péče	44
3. Výzkumná část	47
3.1 Výzkumné šetření	47
3.1.1 Cíl výzkumného šetření	47
3.1.2 Dílčí cíle výzkumu	47
3.1.3 Výzkumné předpoklady	48
3.1.4 Metodologie výzkumu a výzkumné předpoklady	48
3.1.4.1 Zvolený typ výzkumu	48
3.1.4.2 Strategie výběru výzkumného vzorku	49
3.1.4.3 Metody získávání dat	49
3.1.4.4 Organizace výzkumného šetření	55
3.1.5 Charakteristika zkoumaného souboru	55
3.1.6 Etické aspekty výzkumu	56
3.2 Vlastní výzkum	58
3.2.1 Dokumentace výsledků dotazníků demografických údajů	58
3.2.2 K posouzení výsledků Existenciální škály a Logo – testu pro ženy	61
3.2.3 Vyhodnocení dotazníků Existenciální škály a Logo – testu pro ženy	62

4. Intepretace výsledku (diskuze)	70
5. Závěr	75
6. Souhrn	76
7. Souhrn - Summary	77
8. Seznam použité literatury – (referenční seznam)	78
9. Seznam obrázků/tabulek/grafů/ zkratk	81
10. Seznam příloh	83

1. Úvod práce a její cíl

Smysl života by měl mít každý z nás. Smysluplnost nám dává touhu žít a život prožívat, ne přežívat. Smyslem života většiny žen je mít vlastní dítě, předávat mu své zkušenosti, vidět ho vyrůstat a starat se o něj s náležitou laskavostí a nadšením. Jenže dnešní doba je rychlá a náročná, mnoho žen odkládá těhotenství do pozdějšího věku, vyskytují se u nich různá onemocnění, související s jejich věkem, rychlým stylem života a stárnutím organismu. Často tyto ženy opomíjejí fakt, že ač se cítí dobře, skvěle vypadají a mají pocit nezávislosti spojený s pocitem uspokojení z úspěšné kariéry, jejich organismus stárne. Na první pohled to není vidět, ale je to prastarý princip zachování života, který platí milióny let.

Často tyto ženy pak přepadá náhlá touha po dítěti a zde nastává problém. Na druhou stranu jsou mladé ženy, které nemohou mít dítě také, zde u nich ale nejde o stárnutí organismu, nýbrž o přítomnost onemocnění, anomálií či jiných faktorů.

V dnešní době existuje několik medicínských řešení této neradostné situace, a to jak na poli fyzickém, tak i psychickém. Avšak někdy ani tyto možnosti nestačí na to, aby daná žena našla opravdový smysl svého života a to je mít vlastní dítě.

Cílem mé diplomové práce je zjistit u těchto žen jejich pocity, vnímání a smysl jejich života. Tyto dotazované ženy, které přispěly do mé práce, měly to štěstí, že i přes útrapy a absolvování nejednoho cyklu IVF, otěhotněly a čekaly na příchod vlastního potomka či potomků. Ne zdaleka ale všem těmto ženám, které absolvovaly různé terapie, mít dítě, se to povedlo. Proto přeji i jim, ať najdou i ony tento smysl svého bytí.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části. V první části objasňuji druhy a důvody neplodnosti, poukazuji na objasnění smysluplnosti života od významných psychologů a také poukazuji na přístup ČR v kontextu přístupu zdravotní péče k poruchám fertility u žen. Druhá část diplomové práce obsahuje výzkum a jeho výsledky. V této části se věnuji rovněž metodě sběru dat, analýzou získaných informací a interpretaci výsledků

2. Teoretické poznatky

2.1 Fyziologie reprodukčního systému ženy

Reprodukční cyklus ženy se skládá z ovariálního, děložního, vaginálního cyklu a cyklu prsní žlázy. V souladu s tématem této práce si nyní stručně představíme hormonální pochody u ženy ve fertilním věku.

Ovariální (ovulační) cyklus

Fyziologický ovariální cyklus ženy je řízen dle osy: hypotalamus – hypofýza – ovarium.

Hypotalamus má hlavní úlohu v regulaci menstruačního cyklu.

Hypofýza neboli podvěsek mozkový, se dělí na přední část – adenohypofýza, tvořící hormony pro růst a zrání vajíček (FSH) a hormon nutný pro prasknutí zralého vajíčka (LH), dále pak na střední a zadní část hypofýzy.

Ve vaječnicích se tvoří další důležité hormony pro přípravu děložní sliznice, potřebné k uhnízdění oplozeného vajíčka – estrogen 17β – estradiol (E_2), a také progesteron, důležitá k udržení těhotenství. Kromě přípravy děložní sliznice má E_2 důležitou úlohu ve vývoji sekundárních pohlavních znaků, řízení ovulačního cyklu a dalších metabolických pochodech. Vajíčka se ve vaječnicích tvoří již v prenatálním věku, ale pouze asi 400 z 500 000 dozraje, ostatní zanikají. Bez přítomnosti hormonů a příslušných hormonálních pochodů by žena nemohla otěhotnět.

Děložní (menstruační) cyklus

Za začátek děložního cyklu považujeme 1. den menstruace. Při menstruaci se odlučuje děložní sliznice s neoplozeným vajíčkem. Pokud dojde k oplodnění, menstruace nenastává. Děložní sliznice se po skončení menstruace regeneruje a poté opět narůstá vlivem výše zmíněných hormonů, aby se opět připravila na uhnízdění oplodněného vajíčka. Růst sliznice je ukončen po ovulaci. Pokud nedojde k oplodnění, opět část děložní sliznice se odlučuje i s neoplozeným vajíčkem a cyklus se znova opakuje. Žena hormonální změny může sledovat ve změně konzistence a množství cervikálního hlenu, jež je v období ovulace hojný, čirý a zvyšuje se jeho tažnost.

Vaginální cyklus

V období růstu děložní sliznice dochází i k růstu sliznice pochvy.

Cyklus prsní žlázy

Před ovulací je prsní žláza v klidu. Po ovulaci dochází k rozepjetí prsní žlázy a nahromadění sekretu a tekutiny v ní. Tento proces je opět řízen pomocí estrogenu E_2 . Žena toto může pociťovat jako napětí v prsou přibližně 10 dnů před menstruací. Po začátku menstruace vše odezní.

2.2 Vznik a vývoj těhotenství

Vznik a vývoj těhotenství záleží na různých aspektech. Od zrání vajíček ve vejcovodech, až určení správného věku, vhodného k mateřství.

Obrázek č. 1 – Počátek těhotenství

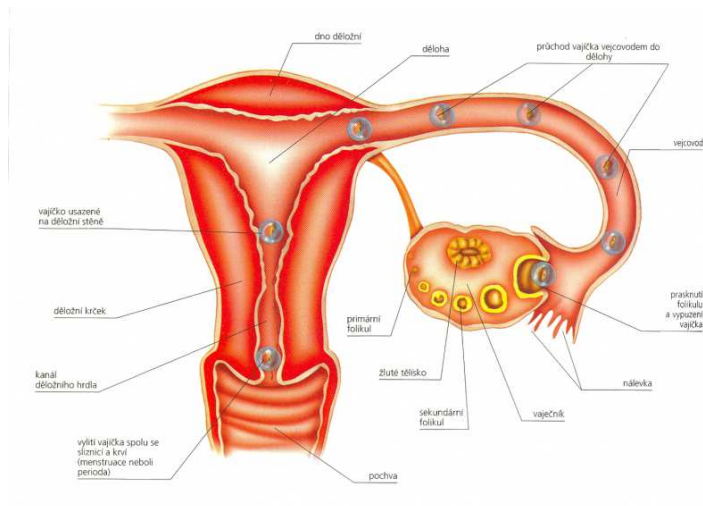


Zrání vajíčka

Jádro lidské buňky obsahuje 46 chromozomů, která přenáší veškeré dědičné vlastnosti. Lidské pohlavní buňky se odlišují od ostatních buněk lidského těla tím, že obsahují pouze poloviční počet chromozomů – 23.

Při oplodnění dochází ke splynutí vajíčka a spermie a dochází k znovuoobnovení plného počtu chromozomů – 46. Ty obsahují genetický kód (genotyp) a to jak od matky, tak i od otce.

Obrázek č. 2 – Zrání vajíčka



V pohlavních buňkách dochází během jejich dozrání snížení počtu chromozomů (23) a to formou specifického dělení tzv. meiózou. Po tomto prvním dělení následuje dělení druhé, mající mitotický charakter, což znamená, že nastává nepřímé dělení buněčného jádra.

První zrací dělení vajíčka nastává u plodu ženského pohlaví ve vaječniku již v prenatálním stádiu života v děloze. První meiotické dělení je dokončeno v Gráfově folikulu ve vaječniku pod vlivem specifického hormonu (luteinizační hormon). Vzniknou dvě, ale velikostně rozdílné buňky, a to sekundární oocyt, který obsahuje 23 chromozomů a jeho malé polární tělíčko. Po tomto dělení následuje u sekundárního oocyta v zápětí i druhé zrací dělení. Poté dojde k ovulaci a při průchodu vejcovodem v případě oplodnění dochází ke konečnému dělení sekundárního oocyta a polárního tělíška. (Čech, E., 1999)

Vývoj, růst a zrání plodu

„Vývoj plodu probíhá plynule. Blastogeneze je vývoj oplodněného vejce během tří týdnů od splynutí buněčných jader vajíčka a spermie. Embryogeneze začíná tvorbou *prvosegmentů* kolem 22. dne po oplodnění. Po čtyřech týdnech je krevní oběh embrya i v choriu poháněn srdcem zárodku. Na konci druhého lunárního měsíce od poslední menstruace má šestitýdenní embryo již poměrně vyvinuté končetiny s viditelnými prsty, nos, ústa a oční víčka jsou zřetelná.

Embryogeneze je ukončena kolem 10. týdne po oplodnění. Srdeční činnost je možno registrovat od poloviny 6. týdne gravidity. Tělesné proporce se během nitroděložního života mění, u embrya představuje hlava asi třetinu celého těla, u donošeného plodu je to jedna čtvrtina.“ (Čech, E., 1999. s. 38-40)

Obrázek č. 3 – Vývoj a zrání plodu



Období pohlavní zralosti

Období pohlavní zralosti je stejně jako období fyziologického stárnutí nejdelším obdobím v životě ženy. Je datováno asi od 18 – 45 roku věku, charakterizováno pravidelným menstruačním cyklem s ovulacemi, jež jsou výsledkem těhotenství. V průběhu těhotenství žena ani nemenstruuje ani nedochází k ovulaci. V tomto období je žena plně připravena na mateřství a to jak po stránce fyzické, tak psychické. (Kudela, M., 2008)

Obvyklá délka menstruačního cyklu u dospělé ženy je 28 dnů, přičemž k ovulaci dochází asi 14. den po začátku menstruačního krvácení. V období mezi 18 – 45 rokem věku dojde u takové ženy s pravidelným menstruačním cyklem k asi 400 – 500 ovulacím. Avšak po celou tuto dobu není plodnost v životě ženy stejná.

Uvádí se, že nejvyšší schopnost otěhotnění je mezi 20. – 30. rokem věku života ženy, poté schopnost otěhotnění mírně do 35 let klesá a strmě po čtyřicátém roku věku. Teoreticky je ale žena schopna otěhotnět i při poslední životní ovulaci. (Kudela, M., 2008)

2.3 Poruchy a patologie v reprodukčním systému ženy ve fertilním věku

Mezi poruchy a patologie reprodukčního systému ženy patří celá řada příčin, od poruch menstruačního cyklu, přes záněty pohlavních orgánů, až po nepravidelné uložení rodidel, které vedou až ke sterilitě. Uvádíme si některé z nich.

2.3.1 Poruchy menstruačního cyklu

Poruchy menstruačního cyklu bývají příčinou častých gynekologických onemocnění. Patří sem onemocnění rodidel nebo porucha jejich hormonální funkce, jejíž jsou důsledkem. Pouze vzácně se projevují jako následek celkového onemocnění. (Kudela, M., 2008)

Normální menstruační cyklus je charakterizován:

- interval mezi menstruačním krvácením je 21 - 35 dní (28 ± 7 dní)
- délka menstruačního krvácení je 2 – 8 dní
- celková krevní ztráta nepřesahující 80 ml
- přibližně 10 – 14 dnů před menstruačním krvácením dochází k ovulaci, poté dochází k tvorbě žlutého tělíska s normální funkcí (Kudela, M., 2008)

„Poruchy menstruačního cyklu se mohou týkat pravidelnosti, délky cyklu a intenzity menstruačního krvácení. Do skupiny menstruačních poruch řadíme i dysmenoreu a premenstruační syndrom.“ (Kudela, M. 2008, s. 41)

Definice poruch menstruačního cyklu:

- *Luteální nedostatečnost* – cyklus, kde luteální fáze (druhá část menstruačního cyklu, která začíná ovulací a končí nástupem menstruace) je kratší než 10 dní, nebo ve kterém se nachází hladina progesteronu pod fyziologickou normu. Tato porucha se musí vyskytnout opakovaně.

- *Anovulační cykly* – cykly, u kterých k ovulaci nedochází
- *Amenorea* – stav, kdy se menstruační krvácení nevyskytuje. *Primární amenorea* – nedojde – li ke spontánní menstruaci do 16 roku věku. *Sekundární amenorea* se vyskytuje v návaznosti na různě dlouhé období pravidelného či nepravidelného menstruačního cyklu. Fyziologicky se vyskytuje v období těhotenství nebo poté v menopauze.
- *Oligomenorea* – menstruační krvácení vyskytující se v rozmezí trvajícím déle než 35 dní, tzv. prodloužený menstruační cyklus
- *Polymenorea* – menstruační krvácení vyskytující se v rozmezí trvajícím kratší dobu než 21 dní, tj. zkrácený cyklus
- *Hypomenorea* – slabší menstruační krvácení trvajícím kratší dobu
- *Hypermenorea* – silné menstruační krvácení, u nichž je krevní ztráta více než 80ml. Přetrvává - li krvácení déle než 8 dní, hovoříme o *metroragii*.
- *Dysfunkční krvácení* – jedná se o krvácení z (hyper)proliferační děložní sliznice u bezovulačních menstruačních cyklů, bez organické příčiny nebo systémového onemocnění. (Kudela, M., 2008)

2.3.2 Záněty ženských pohlavních orgánů

„Obecně je lze rozdělit dle etiologie na záněty virové, bakteriální, mykotické, parazitární a specifické. Dle průběhu na akutní, subakutní a chronické. Dle anatomické lokalizace na záněty zevních pohlavních orgánů a záněty vnitřních pohlavních orgánů. Nejčastějším směrem průniku infekce je cesta ascendentní – přes pochvu. K rozvoji infekce přispívá zvýšená promiskuita, snížená hygiena, hormonální poruchy, snížená imunita a nepravidelné krvácení.“ (Kudela, M., 2008, s. 45)

Záněty pochvy a zevních pohlavních orgánů:

K zánětům pochvy a pohlavních orgánů sem zejména patří vulvidita, kolpidita a zánět glandulae vestibularis major (zánět vestibulární žlázy)

Vulvidita a kolpidita se často vyskytuje u žen společně jako vulvovaginitida. Většinu vulvovaginitid můžeme zařadit do následujících kategorií.

1. **Kandidóza:**

Subjektivní potíže – svědění, pálení, výtok, bolestivý pohlavní styk. Objektivní potíže - zarudnutí pochvy, vulvy, u akutní fáze infekce typický výtok připomínající kousky tvarohu, u chronické fáze infekce je klinický nález nepatrný. (Kudela, M., 2008)

2. **Bakteriální vaginóza:**

U bakteriální vaginózy nejde o zánět, ale častěji o nepoměr v množství mikrobusů vyskytující se v pochvě. Výskyt bakteriální vaginózy je spojován se vznikem endometritidy a záněty vaječníků s vejcovody, a dále s infekčními komplikacemi po operacích. V těhotenství je přítomnost tohoto onemocnění spojována s vyšším výskytem předčasných porodů. (Kudela, M., 2008)

3. **Trichomoniáza:**

„Původcem infekce je bičenka poševní. Jediným přirozeným hostitelem je člověk. Téměř bez výjimky se přenáší pohlavním stykem. Makroskopicky je u akutní formy výtok zpěněný, u chronických forem je nevýrazný.“ (Kudela, M., 2008, s. 46)

4. **Herpetická vulvovaginitid – herpes genitalis:**

Infekce je způsobena herpes virem typu 1 a 2, přičemž typ 1 se vyskytuje v 10% a typ 2 způsobuje tuto infekci až v 90 % případech výskytu. Nejčastější výskyt je na vulvě, perineu, pochvě a děložním čípku. Onemocnění doprovází bolest horečka. (Kudela, M., 2008)

5. **Laktobacilóza:**

Jde o onemocnění podobající se mykotickému zánětu pochvy, jehož příčinou je přemnožení anaerobních forem kvasinek *Laktobacilus vaginalis*. (Kudela, M., 2008)

6. **Zánět velké Bartholiniho žlázy:**

Častější výskyt zánětu Bartholiniho bývá u mladých žen do 40 roku věku. Jeho výskyt je většinou jednostranný. Infekce způsobuje slepení vnějšího ústí Bartholiniho žlázy a hromadění hnisu uvnitř této žlázy.

Klinicky se projevuje bolestí a zduřením ve spodní polovině velkého stydkého pysku. Při akutním zánětu může dojít až ke spontánnímu proděravění, s vypuštěním hnisavého obsahu. Léčba je nejčastěji chirurgická. (Kudela, M., 2008)

Záněty vnitřních pohlavních orgánů:

1. Zánět děložního hrdla:

Zánět děložního hrdla - cervitis – se projevuje překrvením tkáně děložního čípku a hnisavým sekretem z něho vytékajícím. Obvykle bývají záněty způsobené i chlamydiemi s možným postupem do malé pánve. Zvláštní skupinu tvoří virové infekce děložního čípku lidským papilomavirem (HPV), které souvisí přímo s rozvojem cervikálních neoplazií uvnitř epitelu děložního čípku a rakoviny děložního hrdla. (Kudela, M., 2008)

2. Pánevní zánět:

„Nejde o zánět pánve, ale o zánět orgánů v pánvi uložených. Z praktických důvodů je vhodné oddělit zánět sliznice dutiny děložní – endometritidu. Onemocnění se často vyskytuje po potratech, po malých chirurgických výkonech (např. po umělém přerušeni těhotenství) nebo zavedení nitroděložního antikoncepčního tělíska. Klinicky se projevuje bolestmi v podbříšku, výtokem a nepravidelným krvácením.“ (Kudela, M., 2008, s. 47)

Pokud zánět přejde na orgány malé pánve, tj. na vaječníky, vejcovody a část pobříšnice kryjící dělohu, vzniká pánevní zánět.

Závažnější je situace u mladých žen a to zejména u těch, které mají zájem otěhotnět nebo si plodnost udržet pro případné další těhotenství. I v těchto případech se onemocnění léčí operační formou, zejména při výraznějším nálezu a nedostatečné odpovědi na konzervativní léčbu. Naděje na úplné zhojení spolu se zachovanou průchodností vejcovodů, respektive funkčností vejcovodů je u těžkých nálezů endometriózy relativně malá. Případné další těhotenství je umožněno metodami asistované reprodukce. (Kudela, M., 2008)

2.3.3 Nepravidelné uložení rodidel

Děloha je nejčastěji fyziologicky uložena v pánvi v mírném sklonu dopředu a tento sklon se vztahuje k úhlu mezi podélnou osou děložního hrdla a pochvy (anteverze) a v předklonu (anteflexe). Při tomto uložení dělohy svírá osa děložního těla s osou děložního hrdla tupý úhel (160 - 170°) otevřený dopředu a děložní čípek zaujímá směr mírně proti zadní poševní stěně. Vůči pochvě je děloha skloněná dopředu a svírá s ní úhel 70 - 100°. (Kudela, M., 2008)

Deviace dělohy: U těchto anomálií svírá děloha jiný úhel mezi podélnou osou děložní a podélnou osou pochvy, avšak úhel mezi děložním hrdlem a děložním tělem je zanechán. V minulosti byla tomuto sklonu dělohy směrem dozadu (tzv. retroverze) připisována celá řada klinických příznaků a to především bolesti v zádech a podbřišku, sterilita nebo infertilita. V dnešní době operace provádíme pouze v některých indikovaných případech. Navzdory těmto anomáliím (retroverze/retroflexe) nečiní pro většinu žen tyto odchylky prakticky žádné obtíže a jsou nacházeny až při náhodných preventivních gynekologických prohlídkách obvodních gynekologů. Výskyt většiny anomálií dělohy je primární, tj. z přirozené příčiny (Kudela, M., 2008)

Dislokace dělohy: Dislokace (vysunutí, posunutí dělohy) značí, že děloha je vytažená nebo vytlačena ze své typické fyziologické polohy. Mezi nejčastější dislokace patří vysunutí dělohy směrem dolů (distálním směrem). Jedná se o sestup dělohy (prolaps). Jako prolaps označujeme stav, kdy děloha vystupuje před zevní rodidla. Mezi hlavní důvody prolapsu dělohy a to různého stupně děložního sestupu je uvolnění svalů a vazivového obalu svalů pánevního dna. Ženy pocítují a stěžují si na pocit tlaku v podbřišku, pocit „vypadávání“ dělohy, v některých případech mohou trpět i zácpou. Spontánní vymočení je většinou možné až po umístění dělohy do správné pozice. V současné době se nejčastěji prolaps dělohy řeší operativní cestou. (Kudela, M., 2008)

Inverze dělohy: Inverze neboli „obrácení“ dělohy znamená, že děložní fundus projde děložní brankou a děložní sliznice (endometrium) se dostává na povrch. Děloha je jakoby převrácená naruby. Jde o vcelku vážnou komplikaci, se kterou se vzácně setkáváme výhradně za porodu. (Kudela, M., 2008)

2.3.4 Sterilita

Bohužel v dnešní době se stále častěji užívá u žen a mužů termín sterilita. Sterilita, též neplodnost, je označován stav, kdy se ženě nepodaří otěhotnět ani po 2 letech pravidelného nechráněného pohlavního styku, dle světové zdravotnické organizace WHO. V dnešní době se ovšem léčba neplodnosti zahajuje již dříve, obvykle tomu bývá po 1. roce pravidelného nechráněného pohlavního styku. Ženy, u nichž je v anamnéze absence těhotenství, žena ho neudává, tyto ženy označujeme, jako primárně sterilní, pokud žena těhotenství udává, toto těhotenství je ukončeno porodem, potratem (spontánním, uměle přerušným), nebo to bylo těhotenství mimoděložní, u těchto žen hovoříme o sterilitě sekundární. U mužů se hovoří nejčastěji o patologickém výskytu spermií v ejakulátu nebo o samotné neschopnosti dosáhnout pohlavní styk. Na neplodnosti se tedy podílejí určitou měrou oba partneři. (Kudela, M., 2008)

Etiopatogeneza:

Neplodnost páru může být podmíněna genetickými anomáliemi, u jednoho nebo obou partnerů, poruchami řízení reprodukčního vzorce na mnoha místech hypotalamo – hypofyzární – gonadální osy, dále může být porušena tvorba a transport gamet a v neposlední řadě může být porucha na úrovni cílového orgánu transportu embrya, tedy v děloze.

Ženská neplodnost:

Mezi genetické anomálie u žen trpících neplodností patří např. Turnerův syndrom, obojohlavnost (hermafroditismus), adrenogenitální syndrom a další, u těchto případů hovoříme jako o geneticky podmíněném faktoru sterility. Mimo tyto geneticky podmíněné faktory lze příčiny ženské neplodnosti rozdělit do následujících skupin. (Kudela, M., 2008)

Hypotalamo - hypofyzární a ovariální faktor: Tato příčina ženské neplodnosti vede často k anovulaci, ta pouze občasnému dostavení menstruace či k nedostavení menstruace žádné. (Kudela, M., 2008)

Tuboperitoneální faktor: Mezi časté příčiny ženské neplodnosti patří porucha funkce vejcovodů. Úplný nebo částečný uzávěr průsvitu vejcovodů jsou z naprosté většiny způsobené zánětlivým onemocněním (Kudela, M., 2008)

Endometrióza: Laparoskopické vyšetření a následná biopsie nám nejčastěji určí diagnózu, přítomnost tohoto onemocnění. U endometriózy se jedná o výskyt děložní sliznice (ložisek děložní sliznice) mimo své přirozené prostředí dělohy. Endometrióza způsobuje sterilitu hlavně tvorbou adhezí (ulpívání, srůstání tkáně) v malé pánvi a zmnožení makrofágů (specializované buňky na pohlcování cizorodých částic) v tekutině pobřišnice (peritoneální tekutině). (Kudela, M., 2008)

Děložní faktor: Děložní faktor ženské sterility je často způsoben vrozenými vývojovými vadami (uterus septus, subseptus, unicornis...). Nejčastější příčinou nitroděložních adhezí jsou kyretáže (abraze, výškraby) po spontánních a uměle provedených potratech, po spontánních a operačních porodech a stavy po odstranění děložních myomů (myomektomii). Adheze výrazně snižují možnost uhnízdění oplozeného vajíčka v děložní sliznici. V závažných případech dochází až ke srůstům děložních stěn s následnou bolestivou absencí menstruace. (Kudela, M., 2008)

Cervikální faktor: Děložní hrdlo je první překážkou pro spermie v ženském reprodukčním ústrojí. Cervikální hlen prochází měsíčními cyklickými změnami, slouží jako „zásobník“ spermií a je v něm zahájena jejich kapacitace (proces, kdy spermie dozrávají a jsou připraveny vniknout do oocyty). Fyziologická úloha děložního hrdla může být změněna při anatomických poruchách, při a po zánětech i při změnách v samotném složení cervikálního hlenu. (Kudela, M., 2008)

Imunologický faktor: Správná funkce imunitního systému je základním předpokladem oplození a vývoje těhotenství. Imunitní systém je úzce spojen s endokrinní regulací a jeho poruchy mohou vést k poškození gamet, embrya i procesu implantace.

Psychogenní faktor: Patří sem poruchy normální sexuality, bolest při pohlavním styku (dyspareunie), chybění touhy po pohlavním styku (absence libida), pohlavní chladnost (frigidita), nemožnost dosažení orgasmu (anorgasmie), popř. přítomnost křeče poševního vchodu při pohlavním styku.

Ta často vzniká na základě psychických konfliktních situací. Tyto skutečnosti přirozeně omezují nebo zamezují normální sexuální život a mohou být příčinou sterility. (Kudela, M., 2008)

Mužská neplodnost:

Snížená plodnost mužského partnera může být způsobena neschopností vykonat pohlavní styk (kohabitace) nebo neschopnost oplození. Do první skupiny patří poruchy libida, poruchy erekce, ejakulace. Do druhé skupiny patří porucha tvorby spermií (spermioogeneze) a porucha transportu spermií. (Kudela, M., 2008)

Za příčinou poruchy transportu spermií se často skrývají genetické aberace, primární hypogonadismus (vrozené chybění varlete či varlat, nesestoupení varlat z tříselného kanálu do šourku, jejich zvaživovatění...) a sekundární hypogonadismus (poškození hypofýzy, poškození gonád úrazem, či celkovým onemocněním). Porucha přenosu spermií bývá často anatomickým zúžením vývodných pohlavních a močových cest na podkladě vrozené vývojové poruchy, úrazu, zánětu či nádoru. Poruchy ejakulace mohou být způsobeny poškozením míchy, psychickými poruchami nebo celkovým onemocněním. (Kudela, M., 2008)

2.3.5 Infertilita

V zahraničí pojem infertilita označuje celkovou neplodnost jak muže, tak i ženy. To znamená, že tento termín zahrnuje i neschopnost počít dítě. V České republice se pojem infertilita od sterility liší. Infertilitou nemocná či postižená žena je ta, která je schopna otěhotnění, ale není schopna donosit životaschopný plod. U takové ženy se často vyskytují spontánní potraty, jež se opakují dva krát a více ve fertilním období života ženy nebo tato žena porodí mrtvý plod. V případě, že taková žena s tímto rizikem otěhotní, je často hospitalizována a její těhotenství je vedeno jako velmi rizikové. V případě infertility je většina příčin neschopnosti donosit životaschopný plod na straně matky.

„Příčinou infertility bývají vývojové anomálie dělohy, myomy, defekty endometria, vrozená nebo získaná inkompetence hrdla děložního nebo opakovaný nástup děložní činnosti.

Na opakovaných potratech se podílejí celková onemocnění matky (poruchy systému srážení krve, endokrinopatie, pyelonefritida, hypertenze, diabetes mellitus, infekční onemocnění matky (toxoplazmóza, listerióza, brucelóza), vzácně nelze vyloučit poškození ionizačním zářením nebo toxickými vlivy. Infertilitu může dále způsobit nedostatečná činnost žlutého tělíska nebo placenty, minimální rozdíl HLA systému obou rodičů a imunizace matky plodem v systému Rh.“ (Kudela, M., 2008, s. 61)

2.4 Metody a léčba neplodnosti

Léčbu neplodnosti můžeme léčit několika způsoby. U žen je to nejčastěji léčba nevyskytující se ovulace, tzv. anovulace a léčba endometriózy, u mužů pak diagnostika ejakulátu, hodnocení vzhledu spermií, jejich koncentrace v ejakulátu, morfologie, pohyblivost a další parametry. Příčinnou léčbou nepřítomnosti ovulace je její vyvolání. U žen s dostatečnou hladinou estrogenů se nejprve používají antiestrogeny (látky působící proti účinkům ženských pohlavních hormonů estrogenů). Pro vyvolání ovulace je podstatná jejich vazba na receptory citlivých na estrogen, vyskytujících se v hypotalamu a hypofýze a blokování záporných zpětnovazebních mechanismů, jejímž důsledkem je na úrovni hypofýzy úprava folikulostimulačního a luteinizačního hormonu (FSH a LH). (Mardešić, 2013)

Endometrióza je velmi časté onemocnění, jeho výskyt se v ženské populaci pohybuje mezi 6 – 10%. Ženy, které udávají bolesti, zejména v podbříšku, poruchu plodnosti nebo oba symptomy současně je výrazně vyšší tj. 35 - 50%. 25 – 50% žen s poruchou plodnosti trpí endometriózou a 30 – 50% žen s endometriózou má problém se samotným otěhotněním. U těchto žen s endometriózou je dosti velký předpoklad výskytu poruch ovulace a výskyt poruch endokrinních funkcí. (Mardešić, 2013)

U menšího výskytu ložisek endometriózy se provádí ve většině případů laparoskopické odstranění těchto ložisek, což zvyšuje šanci na otěhotnění, u větších a četnějších ložisek se provádí intrauterinní (nitroděložní) inseminace (přenos spermií do dělohy), po předchozí stimulaci vaječnicků a použití metod asistované reprodukce (IVF), jako je mimoděložní oplodnění vajíčka spermií partnera a poté transfer (přenos) již vzniklých embryí do děložní dutiny ženy.

V krajních případech ženské sterility je nutné až darování vajíček od dárkyně.

„Populaci spermií vyšetřovaného ejakulátu lze na základě výsledku nativního spermiogramu podrobněji charakterizovat dalšími „nadstandardními“ testy. Využitelné jsou zejména při testování fyziologické funkčnosti a vitality spermií. Dále jsou tyto testy využitelné k objasnění příčin selhání fertilizace v předchozí léčbě IVF.“ (Mardešić, 2013, s. 46)

Dnes se často používá u metod asistované reprodukce tzv. intracytoplazmatická injekce spermie, to znamená, že jediná sperme správné morfologie, vitality a motility je vpravena pomocí mikroskopické jehly do vajíčka. Někdy je nutné u tzv. azoospermie, (spermie nejsou přítomny v ejakulátu) chirurgicky aspirovat tyto spermie z nadvarlete. A v nejkrajnějším případě je nutné přijmout spermie od dárce. (Mardešić, 2013)

Některé typy neplodnosti lze v některých případech řešit i nehormonální léčbou. Touto léčbou, se zabývala paní Ludmila Mojžíšová. Svou soustavou rehabilitačních cviků a objevem metody svalového cvičení dokázala zdánlivě nemožné. Odstranila některé druhy funkční sterility žen díky uvolnění svalových spazmů v oblasti páteře a pánevního dna.

„Ludmila Mojžíšová se narodila 25. Října 1932 v Užhorodě. Dětství a mládí prožila s rodiči a bratrem v Opočně ve východních Čechách. Celý svůj život zasvětila odstraňování zdravotních obtíží a bolestí pohybového ústrojí. Velkým přínosem byla také její osvětová činnost v oblasti prevence funkčních poruch pohybové soustavy. Její celoživotní systematická práce v oblasti léčebné rehabilitace vyústila ve vyvinutí úspěšné rehabilitační metody na odstraňování některých druhů ženské i mužské sterility.“ (Strusková, O., Novotná, J., 2003, s. 7)

2.5 Psychologické aspekty u žen s poruchou fertility v produktivním věku

Zdá se, že jen velmi málo žen, které chtějí otěhotnět a mít vlastního potomka, přistupuje k těhotenství zcela bez obav a starostí. Negativní vliv psychiky je často umocněn situací, kdy se ženě a jejímu partnerovi počít dítě nedaří ani za přispění moderních metod léčby neplodnosti. Častou příčinou poruch fertility bývají jak výše zmíněné poruchy v organismu ženy, tak i mužská neplodnost.

2.5.1 Psychosomatika v gynekologii a porodnictví

Častou otázkou 21. století týkající se mateřství je, kdy se stát matkou. Dnes uvažují ženy tak, že chtějí být zabezpečené, mít stabilní partnerství a jsou si vědomy toho, že se dožívají vyššího věku. Proto těhotenství a následně mateřství posunují do pozdějšího věku, jenže tělo ze somatického hlediska tyto důvody ignoruje.

Je známo, že se zvyšujícím se věkem klesá schopnost žen přirozeně otěhotnět. Mírné klesání plodnosti žen je kolem třicátém roku věku a již po čtyřicítce je přirozené otěhotnění dosti malé. Naproti tomu ale roste výskyt potratů, u čtyřicetiletých žen je to dle statistik 40%. Tento fakt ženy ví jen málokdy. Vynalezení a používání antikoncepční pilulky sice přinesla pocit svobodného rozhodnutí o tom, kdy mít dítě, ale zdá se, že je to pouze pocit falešný, neboť poskytuje svobodu jenom poloviční a to spíše, kdy dítě nemít. Jenže tu základní otázku kdy mít dítě se zdá, že ve svých rukách až tak nemáme. Ženy opanuje falešný pocit toho, že když se udržují ve fyzické a psychické kondici, tak ve stejně výborné kondici musejí být i jejich vaječníky. Jenže ty, paradoxně, začínají stárnout rychleji než ostatní orgány. Média nás zahlcují informacemi o pokroku v reprodukčním výzkumu a používání daných technologií a vyvolávají mylný dojem toho, že věda dokáže úplně všechno. (Konečná, H., 2009)

„Psychosomatický (jev, související jak s myslí, tak tělem) přístup k nemoci byl obvyklý v medicíně odedávna. S rozvojem vědeckého výkladu světa byla postupně oddělena duše od těla a ponechána filozofii, psychologii a případně církvi.

Biomedicínský model vycházející z Wirchowovy definice nemoci jako poruchy tkání, buněk a orgánů nás ovlivňuje dodnes. Přestože z praxe vyplývá, že žádný člověk neonemocní jen duševně nebo tělesně, ale vždy je ovlivněna jako celek. Vždyť se jedná o vzájemně propojené systémy. Psychosomatika zahrnuje celého člověka v jeho složitosti se snahou porozumět tomu, jak se on sám podílí na vzniku a trvání svého onemocnění. Tento přístup si ovšem řada lidí představuje jako nejrůznější psychogenní poruchy. Nemocní si nejsou jistí, zdali nepoukazujeme na to, že nejsou po duševní stránce v pořádku.“ (Kudela, M., 2008, s. 123)

Také v gynekologii a porodnictví nalézáme pochopitelné psychosomatické souvislosti. Psychosociální rozměry nemocí našich pacientek začnou vystupovat do popředí, jakmile potlačíme naučený smysl pro detail a pokusíme se vnímat příznak, se kterým pacientka přichází, v kontextu jejího života. Teprve až v období dospívání a puberty se začíná lidská pozornost zajímat o oblast genitálu.

„Období dospívání je hledání vlastní identity. Dospívající hledá odpověď na otázky „kdo jsem“ a „jaký je smysl mého života, pátrá po základních životních hodnotách, po nejširším možném smyslu vlastního života i běhu lidských dějin.“ (Skorunková, R., 2013, s. 29)

V období dospělosti tj. asi od 25 – 50 roku věku podřizuje člověk své jednání a konání potřebě být pro někoho užitečný a věnuje se činností, jež mají význam i pro druhé lidi. Znamená to především plození a výchova vlastních dětí. (Skorunková, R., 2013)

Po stránce tělesné se takovýto člověk nachází na vrcholu svých fyzických a psychických sil. Je plný fyzické i životní síly, vitality a zdraví. Člověk se považuje za zralého, když po skončení dospívání bere na sebe plnou osobní a občanskou odpovědnost, začíná být ekonomicky nezávislý a soběstačný, určitým způsobem uzákoní vztah k životnímu partnerovi a přijímá výchovné závazky vůči svým potomkům. (Kozáková, R., 2015)

„V současné době dochází k prodlužování této životní fáze. Prodlužuje se délka studia, oddaluje se věk vstupu do manželství a rození dětí. Společnost stále preferuje instituci manželství, i když jsou dnes svobodné matky více tolerovány.

Úplná rodina je pro zdravý vývoj dítěte nenahraditelná. Objevují se nové city související s přijetím nových rolí, city manželské, mateřské, přátelské, citové vztahy na pracovišti. Existují velké rozdíly v zájmech mužů a žen, zvláště pokud se žena stává matkou. Negativně, převážně u mužů, může působit oddálení vstupu do manželství, případně pozdní převzetí role otce zvyšujícím se zájmem o alkohol a promiskuitní život.“ (Kozáková, R., 2015, s. 93)

Je třeba uvést, že většina poruch hormonálního menstruačního a ovulačního cyklu žen bývá ovlivněna psychickými a vztahovými problémy, které mají často kořeny právě v tomto období. Další kapitola se týká mateřství a to jak chtěného tak i nechtěného. Konflikty v psychice se poté projevují mnoha gynekologickými příznaky od vaginismu, dyspareunie (nepříjemné až bolestivé pocity ženy během soulože, může vyústit až do odporu k pohlavnímu styku, k nevolnosti při souloži a po ní.), dále chronickými záněty pochvy, vejcovodů a vaječníků, infertilita až sterilita, v těhotenství pak zvracení a hrozící předčasný porod. Porod bývá velmi významným mezníkem v životě ženy. (Kudela, M., 2008)

„Převzetí mateřské role je zkouškou zralosti a tam, kde žena není na tuto roli připravená, dochází k řadě selhání pod nejrůznějšími klinickými obrazy. Konflikty v sexuální oblasti přinášejí další pestrou škálu symptomů.“ (Kudela, M., 2008, s. 123 - 124)

Ne všichni lékaři jsou i dobrými psychoterapeuty, tento léčebný postup je skutečně náročný na čas a vyžaduje speciální dlouhodobý výcvik. Postačí, bude-li si takový lékař vědom toho, že onemocnění jeho pacientek/pacientů má mnohem širší souvislost, která bývá podstatná v léčbě dlouhodobých obtíží, které se dosavadní běžnou terapií nezlepšují. Pak je namístě, když lékař odešle pacientku/pacienta k odborníkovi, který díky psychoterapie výrazně ovlivní průběh léčby. (Kudela, M., 2008)

2.5.2 Psychologie těhotenství

Mezi první obavy těhotné ženy bývá nejistota, jak partner přijme těhotenství. Psychické potíže jdou ruku v ruce s nejistotou partnerského vztahu a případným plánováním či neplánováním těhotenství. Stres ovlivňuje jak jednotlivou osobnost, tak i charakter obou partnerů, jejich věk, tak i to zda jde o vztah manželský či partnerský.

Změny organismu ženy v těhotenství vedou ke zvýšené nervozitě, podrážděnosti a nepřiměřeným reakcím na různé stresující situace. Často dochází k poruchám spánku, přecitlivělosti, plačtivosti, depresím a někdy až ke zvýšené agresivitě. Tento stav k tomu zhoršuje výskyt somatických obtíží, jako je nauzea, zvracení, pálení žáhy, otoky a varixy dolních končetin, bolesti zad, výskyt hemeroidů, dušnost, zácpa a omezená pohyblivost s postupujícím těhotenstvím. (Čech, E., 1999)

U žen, které si těhotenství hodně přejí, se vyskytuje až nepřiměřený strach z potratu. Ten roste v závislosti na předchozí zkušenosti v léčbě sterility, předchozích potratech, na negativní zkušenosti rodičů, příbuzných nebo spolupracovnic v zaměstnání. Trpělivé a správné vysvětlení všech fyziologických a psychických změn v organismu těhotné ženy, je jediným možným a správným přístupem. V těhotenství se u části žen může objevit i strach ze ztráty partnera, vzhledem ke ztrátě sexuální atraktivity v průběhu a konečných stádiích trvání těhotenství. (Čech, E., 1999)

S blížícím se koncem těhotenství sílí obavy z vlastního porodu, nastávající matky mají strach, že porod bude bolestivý, že ho nezvládnou a dítě může být postižené. Při řešení takovýchto krizových situací v těhotenství potřebuje těhotná žena o to více osobu, která těhotnou psychicky umí podpořit, trpělivě odpovídá na její otázky, a povzbuzuje ji. Ovšem základem je chápající a milující partner. Průběh porodu a jeho bolestivost ovlivňuje nejen dospělost a vyzrálost ženy, ale i psychické nastavení těhotné ženy na vlastní porod a její vztah k partnerovi. Žena, která miluje svého partnera a je milována a která si těhotenství přeje, pak mnohem lépe spolupracuje a lépe se k porodu připraví a přistupuje, než žena, která je z různých důvodů v těhotenství osamocena. Péče o pozitivní psychický stav budoucí matky, její klid, respektování jejich požadavků, patří k základním vzorům chování rodiny a společnosti. (Čech, E., 1999)

2.5.3 Psychologie žen s poruchou plodnosti

Mnoho odborníků, ale i lidí z řad laiků a pacientů pokládá jako jednu z hlavních příčin poruch neplodnosti psychický blok. Není výjimkou, že žena, která má problém s otěhotněním a využije metod asistované reprodukce, bohužel s negativním výsledkem, adoptuje dítě a po této adopci spontánně otěhotní. Tak jako se stává v případě změny lékaře, objednáním na další léčebnou proceduru, či po absolvování psychoterapie anebo placebo terapie.

To je pohled lineární kauzality, která říká, že když psychický problém (blok) zmizí, zmizí i daný problém. (Konečná, H., 2009)

„Údobí snahy a naděje bývá vystřídáno u psychicky nevyvážených žen obdobími výčitek a pocitů viny, plačtivostí a neuváženými přísnými sebekontrolami. Žena toužící po dítěti je pak schopná svoji fyzickou lásku provozovat jen v období ovulace, svůj život zcela podřizovat zákonu nejvhodnější doby oplodnění a současně shánět léky, po nichž otěhotněla její kamarádka, nebo navazovat styky s různými léčiteli. Není výjimkou žena, která přijde do poradny pro neplodné páry a současně dochází ke čtyřem jiným gynekologům. Na místě někdy bývá konzultace pacientky s psychologem. Některé pacientky si však pletou psychologické vyšetření s psychiatrickým a výrazně tento návrh odmítají. Jiné jsou zase velmi vděčné za očistu svých především psychických potíží.“ (Ulčová – Gallová, 2006, s. 112 – 113)

Dle výsledků studií demografů je na světě bezdětných lidí 15 – 30% a co je nepříznivé, jejich podíl se neustále zvyšuje nejen ve vyspělých, ale i ve všech rozvinutých zemích. Zvýšená porodnost 60. – 70. let minulého století, tedy snížený počet bezdětných žen, je mnohem neobvyklejší než zvýšení počtu bezdětných žen v současné době. V mnohých případech bezdětné ženy a muži zůstanou celoživotně bezdětní ne z vlastní vůle, ale jsou psychicky vyčerpaní, vyčerпали finanční možnosti, ztratili víru v to, že se to podaří, anebo už překročili věkovou hranici, jež by byla možnost otěhotnět. Dobrovolně celoživotně bezdětný člověk je ten, který se rozhodl z vlastní vůle, ukončil léčbu s negativním výsledkem a o adopci neuvažuje nebo o biologické rodičovství bojuje tak dlouho, že již uplynul věk, ve kterém by dojít k adopci mohlo. (Konečná, H., 2009)

O tom být rodičem se mluví často, o bezdětném rodičovství nikoli. Mít dítě dává ve většině případů lidskému životu směr, cíl nebo také řečeno smysl. Dítěti můžete dávat svou lásku, pečovat o něj, předávat schopnosti a darovat svůj čas. Kdo měl ve svém životě vyhrazeno místo pro dítě, tomu, v případě absence, může tento cíl celoživotně chybět a snaží se hledat jiný, např. ve zlepšování svého partnerského vztahu, kontakt s dětmi svých příbuzných, v pomoci druhým, ve svém profesním životě atd. Někdy si bezdětní pořizují psa, ale takto nový plnohodnotný cíl se hledá velmi obtížně., někdy celé dlouhé roky, někdy celý život a někdy i neúspěšně.

Mít dítě není jen cíl našeho snažení, ale je také ten, kdo přijímá naši energii a sám zdrojem energie je. Tak jako je zdrojem radosti, štěstí a pocitu blízkosti. Na druhou stranu je také zdrojem starostí, zoufalství a trápení. (Konečná, H., 2009)

Pro ženy, které tento cíl nenaplní je velmi traumatizující pouhý kontakt s těhotnými, s maminkami a jejich kočárky, s dětmi, vyhýbají se obchodům s dětskými hračkami a pouhý rozhovor o dětech v těchto ženách vyvolává opětovnou bolest. Tento stav není trvalý, po čase se dají tyto, pro ně, traumatizující situace zvládat, někdy i kontakt s dětmi vyhledávají. (Konečná, H., 2009)

Až do této doby se z umělého oplodnění narodilo na světě okolo pěti milionů dětí. Podle některých výzkumů není rozdíl mezi dítětem počatým přirozeně a dítětem pocházející z metody asistované reprodukce, dle jiných současných výzkumů nám výsledky hovoří o přítomnosti některých mírných odchylek ve vývoji mezi těmito dětmi. Především je to pak zjištění určitého neurologického nálezu – opožděných motorických a jiných vývojových stádií, vyšší svalový tonus, přítomnost drobných motorických odchylek... Tyto odchylky vedou k vyššímu riziku potíží v chování a učení, ale nemají závažný dopad na základní vývoj dítěte. (Thorová, K., 2015)

Děti, počaté metodou asistované reprodukce mají obvykle nižší porodní váhu a rodí se zpravidla předčasně. Je zde podezření i vyššího výskytu tělesných vývojových vad, i když další studie toto tvrzení nepotvrdila. Jiná studie zase vyhodnotila vyšší riziko komplikací před narozením dítěte a vyšší výskyt onemocnění u dětí, počatých metodami asistované reprodukce. Zdá se ale, že vyšší riziko přítomnosti vývojových odchylek souvisí spíše s neplodností rodičů a nemusí přímo souviset s početím dítěte ve zkumavce. Ovšem absolutní riziko vývojových odchylek je u dětí počatých umělým oplodněním malé. Ve většině případů přicházejí na svět děti zdravé, jež mají normální vývoj. (Thorová, K., 2015)

Psychika ženy a její přístup k těhotenství jsou bezesporu velmi podstatnou stránkou. S ohledem na zákonitost psychologického determinismu můžeme říci, že nic se neděje.

Můžeme si položit otázku, kterou si snad pokládáme, když vidíme, že má opět někdo štěstí a přitom pro to nemusel moc učinit.: Kolik štěstí může člověk unést? Může člověk snést pouze určité množství štěstí? A jak to vlastně funguje u takových gaunerů, kteří mají opět štěstí a to mnohokrát na úkor druhých slušných lidí? Pokud nedojdeme k jasné odpovědi, která by nás uspokojila, jako je náhoda, zaslepenost osudu či nevysvětlitelná boží vůle a osud, pak možná najdeme odpověď v příčině minulého života, a to že štěstí a utrpení je odměnou či trestem za vykonané činy v minulosti. Jenže proč si to nepamatuujeme, abychom si uvědomili, jaký smysl má odměna či trest a za co vlastně jsou? (Schneider, J., W., 2011)

Okamžik početí dítěte by měl být vnímán jako velký a krásný zázrak. Mnoho žen, které se usilovně snaží o početí dítěte, pro to udělají takřka cokoli, mají v hlavě plno informací, lékařských rad, bylinkářských receptů, babských doporučení a pranostik. Zkoumají cyklus měsíce, postavení jednotlivých planet v různém měsíčním období, zapalují svíčky za úplňku. Milování vyžadují pouze v období ovulace, nepřináší jim ani tak radost jako nutnost vedoucí k početí dítěte. Každý měsíc prožívají deprese, trápí se a vyčítají vlastní neschopnost, když k otěhotnění nedojde, jsou zoufalé, ztrácejí smysl života a už předem před dalším pokusem vzdávají svůj boj a naději. Tyto ženy by ovšem měly svůj život přehodnotit, podívat se na sebe jinýma očima, pozastavit se nad svým myšlením a jednáním, měly by se mít rády. Ovšem, často je to velmi těžké. Tlak, který pociťují jak ze strany partnera, rodiny, kamarádek, příbuzných, ale i kolegů, že je načase, aby už měla dítě, je někdy k neunesení. (Wahlgrenis, 2012)

Těhotenství není program a nelze ho naprogramovat podle našeho plánu. Dítě přichází, když nastane jeho chvíle. Je dobré to nechat na přírodě. Žena, budoucí maminka, by měla jednou provždy zapomenout a nepřipouštět si již tlak okolí. Často jsou to rodiče z obou stran, kteří se při téměř každé návštěvě mladého páru ptají, jestli už je miminko na cestě a pokud ne, tak kdy to bude.

Vystresovat dokáží i věčné starosti zvědavých kamarádek a dalších osob z okolí páru. Na tom svůj podíl ale i společensky nastavená norma, to, co je z obecného hlediska tzv. normální. V této souvislosti se můžeme setkat s řadou rad laických i odborných. Např. Wahlgrenis konstatuje, že všechno je normální. Měli bychom být co nejvíce sví a být sami sebou. To, co ostatní, z řad rodiny nebo našeho okolí, od nás očekávají a co si přejí, je pouze jejich problém. Nejdůležitější by měl být pro každého právě prožívaný okamžik, to, co prožíváme tady a teď. Každou vteřinu svého života by měla budoucí maminka naplnit radostí a štěstím. (Wahlgrenis, 2012)

Život ženy, která se chystá na roli matky a chce otěhotnět, by měl být jiný a to takový, jako by už těhotenství prožívala. To, co bychom si v životě přáli a chtěli mít, tomu je třeba otevřít ve správnou chvíli dveře a být připravení. Máme být připraveni, že to štěstí a přání, na které se těšíme, brzy do těch dveří vstoupí. To, co chceme prožívat, je třeba brát tak, jako bychom to prožívali už nyní. (Wahlgrenis, 2012)

„Období těhotenství představuje pro ženu nejzásadnější změnu v jejím životě. Početím začíná období, kdy se žena mění v matku. Už nikdy nic nebude jako dřív. Od prvního okamžiku, kdy je těhotenství zřejmé, by měla budoucí maminka rozprostřít svá ochranná křídla, nesmí vůbec o ničem ani v náznacích pochybovat, Nesmí se cítit znejistěná. Je od první chvíle pro miminko tou největší jistotou, především na matce závisí vývoj dítěte.“ (Wahlgrenis, 2012, s. 43)

2.6 Smysluplnost existence dítěte v životě ženy s poruchou početí

Každý jsme jiný, každý jsme individualita. Pro jednoho může být podstata smysluplnosti existence a života v bohatství a blahobytu, pro jiného je smyslem láska, práce, profesní prestiž a pro jiného existence dítěte. Nejdříve bych chtěla zmínit některé základní poznatky o smyslu existence, nebo chcete – li vlastního života, obecně, dále uvést některé hlavní determinanty prožívání smyslu existence a nakonec přidat zamyšlení nad otázkou smysluplnosti existence u žen s poruchou fertility z mého pohledu, tedy z vlastní praxe.

2.6.1 Otázka smyslu existence (života)

„Otázka smyslu života provází lidstvo po celou dobu jeho existence. Tato pro člověka provokativní otázka skrývá v sobě totiž výzvu. Zároveň však je to i otázka mimořádně citlivá. Zabýval se jí téměř každý velký myslitel. Není tedy vůbec lehké najít na tuto otázku odpověď. Ale proč se člověk tímto problémem vůbec zabývá? Většinou se o něj nezajímá permanentně, ale jen v situacích, ve kterých má pro to důvod. I přes to však otázka smyslu života stojí latentně v prostoru konání člověka. „Proč?“, „Kvůli čemu?“ ptá se člověk. Z každého se však stává filozof.“ (Tavel, P., 2007, s. 11)

V samotném středu lidské duše se nachází, podle Viktora Emanuela Frankla tzv. „duchovní dimenze člověka“, to je to, co je na samotném člověku to nejlidštější. Sám Viktor Emanuel Frankl vytvořil a charakterizoval psychoterapeutický směr. A nazval ho Psychoterapie s lidskou tváří. V ní se odráží náš celoživotní zápas, kladení otázek, touha a hledání smyslu života. Samotná touha a usilování naplnění smyslu života je dosti složité a vyžaduje zvláštní postup, protože hledání smyslu života se neřídí podle pozorovaného uspokojení. Je to jakýsi kladně nabitý prostor, který nás obklopuje, proniká námi a uvědomíme si ho až ve chvíli, kdy nám schází. Podobně jako zdraví, kdy nejvíce vnímáme jeho vážnost a důležitost až ve chvíli, kdy ho nemáme, či se nám ztrácí. A i přesto, když nám naplnění našeho života schází, tak si málokdo a málokdy jasně uvědomuje, co mu vlastně chybí. (Lukasová, E., 1997)

Do věčného hledání smyslu života ovšem zasáhl i vědecký pokrok. Někteří tvrdí, že díky technologickému rozvoji a průmyslovému růstu se naše společnost stala až příliš složitou, které vedlo k absurdnosti a nesrozumitelnosti světového názoru. Stalo se tak díky převaze rozumové inteligence, která se rozvinula až příliš mnoho na úkor složek jiných. V dnešní době si člověk stále více začíná uvědomovat, že otázku smyslu existence nelze zodpovědět, tak jak nám to nabízí věda, i za cenu sebeobjektivnějšího vědeckého rozboru. (Tavel, P., 2007)

Ač se to nezdá, tak dnešní materiální přebytek na druhou stranu s sebou přináší i duchovní prázdnotu. Proto se tak často hovoří, a vyskytuje, ve vyspělých ekonomických zemích světa o epidemii deprese. Možné východisko se nalézají v duchovním procitnutí a odborné psychologické pomoci.

Avšak v toto dnešním tak ekonomicky a materiálně rozrušeném světě, kde se vyskytuje mnoho absurdit, se najde jen málo odvahy otevřeně o smyslu života mluvit. Člověk sice pociťuje mnohem větší míru svobody, větší prostor v rozhodování, ale také větší míru zodpovědnosti a rizika. A tato tíha úzce souvisí při hledání smyslu vlastního života. (Tavel, P., 2007)

Podle tvrzení P. Halama, nebyla otázka smyslu a smysluplnosti života v psychologii často středem pozornosti. Kořeny uvažování o smyslu života lze najít především ve dvou psychologicko – antropologických proudech. Tím prvním je filozofie existenciální a psychologie, kde smysl života a utváření smyslu jsou chápány jako lidská odpověď na důležité a konečné otázky lidské existence. Tím druhým jsou pak teleologické a analistické koncepce v psychologii osobnosti, podle které je lidská aktivita určena svým cílem. (Tavel, P., 2007)

2.6.2 Potřeba smyslu u člověka

Smysl našeho života je cíl všech cílů. Tento úkol či záměr, chceme – li, nás vyčleňuje nad primitivní život ve smečce. Existují tři formy spokojenosti:

- Potěšení je smyslová radost, která ovšem trvá pouze malou chvíli. Do potěšení patří např. sprcha, sex, hlazení... Jde o nadšení z nějaké věci, pohodlí či tělesnou rozkoš.
- Naplnění nastává při stavu proudění a trvá déle než potěšení. Vychází z činností, které rádi děláme, je to pocit, při kterém pomáháme druhým lidem, čteme knihu či jsme např. na horách. Je to těžce popsateľný dobrý pocit, který z těchto činností máme a jsme jím hluboce zaujatí, ale ne kvůli potěšení. V daném okamžiku nemusíme zažívat až takový pocit naplnění, ale poté si zpětně řekneme, že nás to bavilo a že bychom si přáli tuto situaci opět zažít. Naplnění je vyšším stupněm než potěšení.
- Nejvyšším stupněm je mít smysl života, smysluplnost našeho života, mít své poslání. Ovšem není to jednoduché. A i když ho najdeme, tak v mnohých případech zjistíme, že důležité a nás přesahující činnosti, nejsou často pro nás příjemné. Ale i přes to všechno nám to stojí za to, učiníme dané kroky, jelikož při najití smyslu našeho života cítíme tak intenzivní emoce, které pouze smysluplnost a význam toho, co děláme, nám takové pocity mohou nabídnout. To je třetí, poslední a nejvyšší druh naší spokojenosti. (Toman, I., 2014)

Ovšem v normálním životě v nás soupeří dvě já. To sobecké a nesobecké. Sobecké já žije pouze přítomností, jehož cílem je si užít tady a teď, odmítá nepohodlí a žádá pouze příjemné věci, zatímco nesobecké já chce společensky chtěné hodnoty, naši důslednost, zodpovědnost a dlouhodobé výsledky. Jestliže si tedy zvolíme jít cestou nesobeckého já, jsme naplněni pocitem správnosti z toho, co děláme, jsme dlouhodobě šťastni, a také se může stát, že se zvýší i naše sebevědomí. Jenže jít touto obtížnější cestou vyžaduje odhodlání, kde neexistuje možnost tréninku, vybavení či kurzu, které by vedly k pravidelné dřině. Může nám pomoci partner, který plní úlohu jakéhosi pomocníka, ale veškerá dřina a překonání svého nepohodlí je jenom a pouze na nás. (Toman, I., 2014)

Vůle ke smyslu, V. E. Frankl vyjadřuje několika vysvětleními. Například je dle něho vůle ke smyslu vrozenou touhou spící v člověku, základní potřebou, která je odhalitelná již v biologických základech existence člověka, je snahou člověka o naplnění životního osudu, nabádá člověka k lítosti a není pouhým pudem či jen chtěním. Lze říci, že výraz vůle k smyslu, potřeba smyslu, a také touha po smyslu se váží k lidské existenci, a to najít a vytvořit si sám smysl života a že nejde jen o potřebu mechanického charakteru, jak uspokojovat biologické potřeby, ale především o lidskou tendenci člověka, která vybízí k její realizaci. Vůle ke smyslu je tedy především schopnost svobodně se rozhodnout, je to dosažení něčeho na základě vědomého úsilí člověka. (Tavel, P., 2007).

O smyslu života a smysluplnosti či o nesmyslu a nesmysluplnosti v našem životě, lze hovořit ve všech případech, ve kterých nám o něco jde, kde si vytváříme určité cíle, ke kterým směřujeme vším, co děláme. Vytvoření cíle může být vědomé nebo nevědomé. Vědomé činnosti se vyskytují vždy tam, kde používáme termín jednání člověka, cílesměrné jednání člověka nebo záměrné jednání. Je ale také dost možné, že to, co chceme udělat, dojít k cíli našeho jednání, tak o tom moc vědomě neuvažujeme. (Křivohlavý, J., 2006)

Avšak některé aktivity vyskytující se v našem životě, jako je např. reakce na bolest, může mít jiný ráz. Takovéto druhy chování mohou mít svůj původ příčinně ovlivněný. Ve svém pozadí mají konkrétní příčinu, jež je uvádí do pohybu.

V tomto našem případě lze za příčinu považovat určité fyziologické dění v lidském organismu. (Křivohlavý, J., 2006)

V případech, kde je těžké dokázat a kde je jen možno těžko použít, že jde o opravdové vědomé nebo uvědomitelné jednání člověka, v těchto případech používáme termín chování. Pokud jde o účelné jednání člověka, nemůžeme ho zařadit do klasické formy přírodovědecké příčinnosti, tzn., že ji v takové formě nemůžeme znát z oboru fyziky nebo fyziologie, ale je to tzv. účelové jednání. (Křivohlavý, J., 2006)

2.6.3 Hodnoty v životě člověka

Najítí smyslu života a smysluplnost je výrazem hodnoty v životě člověka. Často si v životě sami sobě pokládáme otázky: Co je to vlastně dobrý život a jaký je dobrý člověk, v něm žijící? Jak máme vychovávat děti, aby z nich vyrostli slušní lidé? Anebo. Jak dosáhnout toho, aby lidé toužili prožívat dobrý život? Existuje mnoho takovýchto otázek, které si v životě pokládáme a hledáme jejich odpovědi.

„Pozornost věnovaná hodnotám je v současné psychologii pozoruhodná. Stále častěji se setkáváme se zjišťováním toho, co ta či ona skupina lidí považuje za hodnotné, co pro ně má a co nemá cenu. Stále při tom sílí přesvědčení, že *smysluplné pojetí hodnot vychází z pojetí cílesměrné aktivity člověka*. V současné psychologii stále více sílí představa vzájemného ovlivňování cílů a hodnot: *Na jedné straně je to cíl, který dává všemu, co k jeho dosažení směřuje, kladnou hodnotu, a na druhé straně jsou to hodnoty, které ovlivňují volbu cílů.*“ (Křivohlavý, J., 2006, s. 35 - 36)

V životě nám jde především o nelebení smysluplnosti života, jsou to určité hodnoty našeho osobního života, které se díky našemu zamyšlení blíží takovému, jaký se vyskytuje ve filozofii. Ve filozofii se tak setkáváme mimo jiné s rozdílem mezi hodnotou „mítí“ a hodnotou „býti“. Hodnotou mítí rozumíme vlastnit nějakou věc jako např. mítí auto, dům, mítí velké množství peněz... a hodnotou býti rozumíme spíše charakterové vlastnosti, jako býti statečným člověkem, býti člověkem věrným a spolehlivým apod. (Křivohlavý, J., 1994)

Viktor Emanuel Frankl naznačil tři typy hodnot v souvislosti se smysluplností života. První typ nazval hodnoty zážitkové a představuje např. lásku, a to lásku partnerskou tedy lásku dívky k chlapci, či lásku matky k dítěti. Patří sem i láska či milování k určitému člověku, který je naší oporou, přítelem... Prožívání tohoto typu lásky je náležitou hodnotou. Druhý typ nazval hodnoty tvořivé. Do tohoto typu patří vlastní činnosti, které vytváříme, tvoříme. Jde o naši vlastní aktivitu, která je u tohoto typu hodnot zásadní, tedy obohacuje určitým způsobem náš svět. Zde můžeme zařadit např. určitou tvořivou činnost umělce, sochaře, skladatele... Poslední okruh hodnot, které Frankl naznačil, jsou hodnoty postojové. Zde patří hodnoty, které nemůžeme zařadit do předešlých dvou okruhů, ale navzdory všemu je lze prožívat a žít smysluplně a hodnotně. Tím, že člověk zaujme ke svému danému stavu úctyhodný postoj. Např. jsou to chronická onemocnění, zdravotní postižení, lidé, kteří se setkají tváří v tvář umírání, lidé, kteří se nacházejí v těžkých zoufalých situacích, v životních krizích apod. Tito lidé zvládají svou nelehkou situaci navzdory. Bojují ze všech svých sil, pokud to alespoň trochu jde a přijímají to, co je neměnné s úctou. (Křivohlavý, J., 1994)

Ovšem úplná absence bolesti, frustrace nebo nebezpečí je také nežádoucí, ba dokonce nebezpečná. Prožívání frustrace, bolesti či přítomnost nebezpečí činí z člověka bytost silnější, a to proto, že daný člověk díky tomuto prožívání negativních prožitků získává toleranci k frustraci, bolesti. Musí být schopen vnímat fyzickou realitu jako nepodstatnou vůči lidským přáním a umět milovat ostatní, těšit se z uspokojení vlastních i potřeb ostatních lidských bytostí. (Maslow, A., H., 2014)

2.6.4 Rozsah a hloubka smysluplnosti života

„Snažíme – li se zjistit, jak široký je soubor zdrojů, z nichž čerpáme při utváření smysluplnosti našeho života, pak se v podstatě ptáme na rozsah smysluplnosti našeho života. Jeden extrémní pól odpovědi na tuto otázku říká, že zdroj smysluplnosti našeho života je jeden jediný. Druhý extrém počítá s tím, že těchto zdrojů je více. Ptáme – li se lidí, co jim dává pocit smysluplnosti života, pak nám obvykle jmenují několik, např. 5 – 7 různých zdrojů. Otázkou je však, kde se zastaví v pátrání po tom, co jim dává smysl života. Druhou otázkou pak je, jsou – li tyto zdroje stejně závažné pro celkový pocit naplnění života.“ (Křivohlavý, J., 2006, s. 107)

Podle V. E. Frankla je kritériem kvality příspěvku smysluplnosti života z daného zdroje nezdolnost, tzn., jakou měrou ho tento zdroj vede k přesvědčení překonávat překážky a vlastní zájmy, aby dosáhl uspokojení druhých lidí a ne jen uspokojení vlastní a toho, co dělá dobře pouze jemu. Psychologové Reker a Wong se dostávají ještě o krok dále a tvrdí, že kritériem hloubky smysluplnosti života a jejich kořenů u zdrojů je míra realizování sebe, tzv. transcendence. Toto kritérium vyjádřili čtyřmi stupni hloubky. (Křivohlavý, J., 2006)

1. Hédonistický (požitkářský) stupeň: význam a smysl přináší člověku pouze to, co mu přináší libost a pohodlí. (Křivohlavý, J., 2006)

2. Využití potenciálů daného člověka a snaha investovat do těchto činností svůj čas a energii. (Křivohlavý, J., 2006)

3. Snaha pomáhat a sloužit druhým lidem a odevzdat se nadosobnímu a sociálnímu cíli. (Křivohlavý, J., 2006)

4. Zdrojem smysluplnosti života, síly a energie v životě lidí, může být směřování k životnímu cíli. (k tzv. konečnému účelu). (Křivohlavý, J., 2006)

Dle Rekerova zjištění, lidé, kteří mají v sobě hluboko zakořeněny dominantní zdroje smysluplnosti života, mají i vlastní výrazný pocit naplněnosti života, smyslu a spokojenosti s vlastním životem. (Křivohlavý, J., 2006)

2.6.5 O smyslu lásky

Na jedinečnosti a jednorázovosti je založena vlastní smysluplnost existence člověka. Obzvláště pak smysluplnost existence v páru, pospolitost Já a Ty. Kromě cesty, kde se uplatňuje jednorázovost a jedinečnost jedné osoby a její aktivní realizací tvůrčích hodnot, existuje i cesta druhá, jež je spíše pasivní. U tohoto způsobu člověku jakoby vše padalo do klína, i když druhý člověk musí vyvinout aktivní úsilí a vše si musí získávat teprve činem. Tato cesta je nazývaná cestou lásky, nebo také stát se milovaným. Milovaný člověk je v lásce vnímán svou existencí jako existence jednorázová a jedinečná. Takový člověk je přijímán do jiného Já a je vnímán jako Ty. Pro toho, kdo jej opravdu miluje je jako lidská bytost nenahraditelná a nezastupitelná, aniž by ta daná osoba k tomu jakýmkoli způsobem přispěla.

Člověk, který je milován nemůže za to, že je pro druhého člověka jedinečný a nenahraditelný a že je uskutečňována jednorázovost osobnostní hodnoty jeho existence. (Frankl, V., E., 1996)

„Láska zvyšuje u milujícího lidskou rezonanci pro plnost hodnot: otevírá jej pro svět v jeho hodnotové plnosti, pro celý „svět hodnot“. Vedle milosti být milován a kouzla milovat nastupuje pak u lásky jako třetí moment zázrak lásky. Uskutečňuje se jí totiž ta nepochopitelná věc, že – oklikou přes biologickou sféru – vstupuje do života nová osoba, sama plná tajemství jedinečnosti a jednorázovosti své existence: dítě!“ (Frankl, V., E., 1996)

Se zamyšlením nad vztahem sexuality, erotiky a lásky souvisí skutečnost, že člověka vidíme jako tělesně – duševně – duchovní totalitu. Pokusme se nyní krátce si ukázat, jak se může člověk jako bytost milující, lásku prožívající a v lásce druhého být milován, odlišně nastavit vůči vícevrstevné osobnostní struktuře. Nejprimitivnějším a základním nastavením je nastavení sexuální. U tohoto nastavení vychází z tělesného vzhledu druhé osoby sexuální vzruch, který u sexuálně nastaveného člověka spouští sexuální pud. Takového člověka se to dotýká pouze na úrovni tělesné. Další, vyšší nastavení k partnerovi je forma erotická, z heuristických důvodů uvádíme erotiku a sexualitu do protikladného poměru. Takovýto člověk, který je i eroticky nastavený není pouze a jenom sexuálně vzrušený, je víc než sexuálně žádostivý. V případě, že chápeme partnerův tělesný vzhled pouze jako jeho nejsvrchnější vrstvu, pak lze tvrdit, že člověk, který je na partnera nastaven eroticky, proniká hlouběji než ten, jehož zajímá a je nastaven pouze na stránku sexuální. Člověk, eroticky nastavený, proniká do nejbližší hlubší vrstvy, dostává se k duševní stavbě jiného člověka než jen člověk, nastavený pouze sexuálně. Ano, tělesným vzhledem a vlastnostmi partnera jsme sexuálně vzrušeni, ale do jeho duše a duševních vlastností jsme zamilováni. U sexuálního nastavení je tedy cílem pouze tělesnost partnera a zůstává v této vrstvě vězet. Zatímco erotické nastavení a nastavení zamilovanosti, je oproti první formy zaměřeno na stránku psychickou, a i přesto se ještě nedostane k jádru druhé osoby. Toho je schopen člověk dosáhnout až dosažením třetího, nejvyššího, možného nastavení a to dosažení vlastní lásky. (Frankl, V., E., 1996)

Pojmu láska, a to v nejužším slova smyslu, přisuzujeme tu nejvyšší možnou formu erotična, a to v tom nejširším slova smyslu. Láska pro nás představuje to nejhluběji možné proniknutí do osobnosti partnera, je to jakési proniknutí do vztahu jako k něčemu duchovnímu. V tomto smyslu, kdo miluje, již není vzrušen ani podrážděn ve své vlastní emocionalitě, ale je pohlčen ve své vlastní duchovní hloubce, duchovním nositelem tělesnosti a duševna svého partnera, pohlčen jeho osobním jádrem. Láska se stává propojením na duševno milovaného člověka, na jeho celou osobu právě v celé její jedinečnosti a jednorázovosti, jež ji teprve jako duchovní osobu konstituují. Tělesné a duševní projevy duchovní osoby jsou spíše vnějším, popř. vnitřním hábitem, který duchovní osoba na sobě nosí. Zamilovanému nebo sexuálně nastavenému člověku se líbí tělesný znak nebo duševní vlastnost partnera, tedy něco, co člověk vlastní, ale milující člověk miluje na milovaném člověku jeho samého, ne pouze něco, co vlastní, ale právě to, co ten člověk „je“. Poté mu už ani tak nejde o tělesný obraz, který by ho vzrušoval, nebo o duševní obraz, do něž může být zamilován, ale jde mu o člověka samotného, o partnera jako jedinečného, nesrovnatelného a nezaměnitelného člověka. (Frankl, V., E., 1996)

„Láska je vlastní lidský fenomén, je specifické humanum, tj. nelze ji bez dalšího redukovat na něco, co „vlastně“ stojí za ní, láska je akt, který vyznačuje lidskou existenci jako lidskou, jinými slovy akt existenciální. Jedním slovem, láska se vyznačuje svým charakterem setkání, a setkání vždycky znamená, že jde o vztah osoby k osobě.“ (Frankl, V., E., 1996, s. 125)

Pokud člověk opravdu miluje, nemiluje pouze nějaké psychické či fyzické vlastnosti, jež milovaná osoba má, nemiluje pouze onu zvláštnost, kterou daná milující osoba vlastní, ale především to, čím ve své jedinečnosti „je“. Milovaná osoba není ale nikdy a nikde zastupitelná, a to sebelepším a sebedobnějším dvojníkem. V případě zamilovanosti by snad tento dvojník mohl pomoci a to tak, že by se zamilovanost na dvojníka přenesla, protože zamilovanost člověka je nastavena pouze na duševní charakter, jež tento partner má, ne však na celou duchovní osobu, jíž daný partner je. (Frankl, V., E., 1996)

Láska je ovšem daleko více než jen citový vztah. Láska je akt, zaměřený na vědomí. Je to záplava bytí jiného člověka.

A tak se může stát, že láska může přetrvat i smrt milovaného člověka a až teď můžeme porozumět tomu, že láska opravdu může být silnější než smrt tolik milovaného člověka v celé jeho existenci. Vlastní existence milovaného člověka může být smrtí ukončena, ale jeho býtí jako takovým smrtí končit nemůže. (Frankl, V., E., 1996)

Neznamená to, že lásku nechceme ztělesnit, ale je natolik nezávislá na tělesné stránce milovaného člověka, že na ni není závislá. U lásky mezi partnery není tělesnost a sexuálníost něčím prioritním, není sebeúčelem, ale jakýmsi prostředkem vyjádření. Bez toho může tato láska v principu existovat. Láska používá tělesné stránky člověka ke svému probuzení a především ke svému naplnění. Lze tedy říci, že pro milujícího se stává partnerovo tělo výrazem jeho duchovní osoby a sexuální akt výrazem duchovního cíle. A proto lidé často zapomínají, jaký má podstatě malý význam vnější přitažlivost a jak daleko více záleží v milostném životně a partnerství na vlastní osobnosti člověka. (Frankl, V., E., 1996)

2.6.6 Princip slasti a princip vyrovnání

Pokud se chceme vyjádřit ke složité otázce prožívání smyslu vlastního života člověka se závažnými zdravotními problémy, jedná se o smysl jednotlivého, jejich osobního života. V tomto kontextu se musíme v první řadě zabývat obratem, jež se většina pacientů snaží přidat k diskuzi o této otázce – obratem, jež vyústí nevyhnutelně do etického nihilismu. Jelikož se tvrdí, že celým smyslem života je slast, odvolává se toto tvrzení ve své argumentaci na skutečnost, jež je domnělá a to, že veškeré lidské konání je řízeno snahou o dosažení štěstí a že veškeré životní procesy jsou diktovány pouze a jenom principem slasti. Ovšem, ve skutečnosti, není cílem našich snah dosažení slasti, je pouze jeho důsledkem (Frankl, V., E., 1996)

Ovšem obecně chce člověk jednoduše to, po čem touží, to co chce, nikoli slast. Slast by byla stejná, ale lidské chtění je různé a to jak ve sféře chování a s ním v souladu s hodnotami, tak i v chování odporujícího daným hodnotám. Popravdě, ve skutečnosti v životě mnoho nezáleží na slasti nebo nelibosti. (Frankl, V., E., 1996)

Život by se nám jevil jako bezsmyslný, pokud bychom chtěli vidět celý náš smysl života v pouhé slasti. Protože v případě toho, že bychom to takto vnímali, náš život by neměl smysl vůbec žádný. Protože, když si položíme otázku: Co je to vlastně slast? Odpověď by zněla: Stav. Protože jakákoli slast v případě blízkosti smrti, kdy se vše živé zastavuje, by byla nesmyslná (Frankl, V., E., 1996)

V případě, že radost smysl má, může nám radost dodat v životě smyslu, ale nemůže v ní spočívat pouze užší smysl. Ve skutečnosti ten pravý smysl leží mimo ni. Erwin Straus používal pojem prezentního způsobu života. V tomto způsobu života lidské prožívání zůstává člověk v jakoby opojné slasti, zůstává právě v dané situačnosti, aniž by došel do sféry hodnot, předmětů, ale pouze až s úmyslem vkládání citů do hodnot, může člověk prožívat radost. V tuto chvíli jsme porozuměli, proč radost není nikdy sebeúčelná. V případě toho, kdo se snaží prožívat radost křečovitě, se uzavírá sama cesta ke štěstí. To se pak ukazuje jako něco nemožného, dosáhnout v životě štěstí a snaha o její dosažení je v podstatě nemožná. (Frankl, V., E., 1996). Každá lidská bytost je jedinečná a každá situace, která se v lidském životě vyskytne je pouze situací jednou se vyskytující. A tak nastává pro člověka jedinečnost tohoto úkolu a to, jak se v dané situaci zachová, protože daná životní situace je jedinečná a absolutní. Svět je tedy vnímán perspektivně, ale každé situaci odpovídá pouze ta správná a jediná perspektiva. (Frankl, V., E., 1996)

2.6.7 Strasti bezsmyslného života

Ve 20. Století našeho letopočtu neprožívali lidé pouze utrpení, toto období přinášelo i moudrost. Podle Viktora Emanuela Frankla, vídeňského psychologa, jež prošel koncentračním táborem, pokud má mít život nějaký smysl, pak musí mít smysl i utrpení. Můžeme si tedy položit otázku: Má všechno tohle utrpení a umírání dějící se kolem nás nějaký smysl? Utrpení jako takový smysl nemá, ale smyslu nabývá postoj, se kterým je snášeno. Svět očekává, že se v něm staneme lidmi a to jak pro sebe samého tak i pro přírodu tím, že zrajeme skrz bolest a utrpení a naopak záříme, pokud prožíváme pocity štěstí. Osud není jen důsledkem minulosti, jak bychom v prvé řadě předpokládali, ale je především cestou budoucnosti. (Schneider, J., W., 2011)

V dnešní době už není, tak jako v době Zikmunda Freuda, potlačována sexualita. Dnes už nepřicházejí pacienti k psychiatrům se svými pocity méněcennosti, ale s pocity bezsmyslnosti, prožívají pocity prázdnoty, jakési existenciální vakuum. A tak si musíme položit otázku, zda jde v této strasti bezsmyslného života o nemoc či nikoli. V živočišné říši se ještě nikdy nestalo, že by se zvíře ptalo, zda má jeho život smysl, to je vlastní pouze člověku a zdaleka to není výraz duševní nemoci, ale duševní dospělosti, která je vlastní pouze a jenom lidskému pokolení. Protože jenom duševní zralost činí v člověku tu snahu smysl života hledat, ne jenom se pouze z tradice odpovědí zabývat, ale trvá na tom ho najít. (Frankl, V., E., 1997)

Jenže v dnešních společenských podmínkách se zdá být člověk, hledající smysl života poněkud flustrován. Vychází to z toho, že blahobyť, který je ve společnosti, státu, dokáže uspokojit v podstatě všechny potřeby člověka a přitom tato konzumní společnost sama jednotlivé potřeby vytváří. Existuje pouze jedna potřeba, kterou tato společnost vytvořit nemůže, a to potřeba „vůle ke smyslu“, jež je v člověku velmi hluboce zakořeněna. Potřeba, kterou člověk touží najít, oddat se jí a naplnit. Kvůli tomuto naplnění je člověk schopen i trpět, když to bude nutné. V opačném případě, pokud člověk neví o žádném smyslu svého života, na život rezignuje, kašle, a to i v případě, že se mu daří na první pohled velmi dobře. (Frankl, V., E., 1997)

Opravdu duševně nemocní lidé se ocitají ve středních a horních vrstvách. Je k neuvěření, že to jsou opravdu lidé, kterým se daří po vnější stránce velice dobře a kteří by tudíž měli být šťastni. Jenže často šťastni nejsou, ztratili svůj smysl života. Tyto strasti bezsmyslného života jistě stojí za nějakou psychoterapii, zaměřenou na smysl života, ale můžeme si položit i opačnou otázku: Není život skutečně bezsmyslný? Pokud se vydáme striktně cestou empirického přijetí opravdového stavu a analyzujeme ji tak, jak ji vnímá obyčejný, prostý člověk, člověk bez příštěší, bez nějaké ideologie a svého vlastního bytí, mohli bychom konstatovat, na základě učení o bytí sebeporozumění, že existují tři hlavní cesty, kde je možno smysl života najít. Ta první cesta spočívá ve vytváření nějakého díla, prožívání něčeho nebo prožívání někoho v celé jeho jedinečnosti a neopakovatelnosti, tedy někoho milovat. Buď je to služba nějaké věci, nebo láska k jiné osobě, tím se naplňuje náš smysl a uskutečňujeme také sebe sama. V případě situace, kterou nelze změnit, ve které jsme konfrontováni s osudem, jako je nevléčitelná nemoc, přítomnost rakoviny aj., tak i v této situaci lze

stále dát životu smysl, protože i v této těžké situaci má člověk schopnost změnit tragédii v triumf a to na lidské úrovni a v té dokonce nejlidštější podobě, kterou člověk může učinit. A to je právě tajemství bezpodmínečné smysluplnosti života. A právě člověk je v takovýchto mezních situacích vyzván k svědectví toho, čeho je schopen. (Frankl, V., E., 1997)

Negativní prožitky lidí, kteří ztratili smysl života, mohou vyústit až v onemocnění, tzv. noogenní neuróza. Při tomto onemocnění člověk prožívá silné pocity bezsmyslnosti svého života, nemá potřebu odpovědnosti za sebe, své hodnoty v životě neuskutečňuje a nedokáže vidět a reagovat na výzvy ve skutečném životě. Tento člověk je podrážděný, necítí jakoukoli radost ze života, je nespokojený a dostavuje se pocit pochybnosti o svém životě a má pocit jakési neúčasti na svém životu. Tento pocit neuspokojení a nenalezení smyslu svého života se nazývá existenciální frustrace. (Petrová, A., 2013)

S existenciální frustrací se setkáváme nejčastěji v situacích, kdy neexistuje nikdo blízký, na kterém by nám záleželo, nemáme nikoho rádi, nebo naopak nám odejde někdo hodně blízký, jsme vyčerpaní fyzicky i psychicky náparem až přílišného množství starostí, vyhýbáme se práci, riziku a námaze. Dále se s existenciální frustrací setkáme v situaci, kdy máme silný pocit nepotřebnosti či si v sobě ukotvíme pocit, že již od života nic nečekáme. U existenciální frustrace dochází k pocitu prožívání vnitřní prázdnoty. Jistou specifickou částí existenciální frustrací je situace, kdy jsme nespokojení, neklidní, nudíme se a prožíváme až depresivní náladu, jde o tzv. nedělní neurózu. (Petrová, A., 2013)

Do posledního okamžiku a to do slova a do písmene nepřestává mít život smysl. Není to pouze domněnka dle základní myšlenky logoterapie, ale dávno ze zkušenosti výzkumů potvrzena informace. Je dokázáno, že najít smysl života může každý člověk, a to zcela nezávisle na pohlaví, věku, na stupni inteligence, stupni dosaženého vzdělání, na jeho okolí, či charakteru osobnosti. Smysl života může také najít člověk, který se hlásí k určité víře či nikoli a v případě, že věřícím je, opět nezáleží na tom, k jakému vyznání náleží. (Frankl, V., E., 1997)

„Potřebovali jsme tedy vlastně pouze rozšířit horizont člověka, který trpí zdánlivě tak bezsmyslným životem, abychom mu umožnili uvědomit si, že život není ve skutečnosti bezsmyslný a že ani vůbec nemůže smysl ztratit. Jak rozhodující však může být takové přesvědčení právě v mezních situacích lidské existence, to vyplývá ze zkušeností, které byly udělány v táborech válečných zajatců.“ (Frankl, V., E., 1997, s. 168)

2.6.8 Franklův pohled na onemocnění

Nemoc člověka se rozděluje do kategorií. Prvním rozdělením je symptomatika (fenomenologie), tedy zda se jedná o chorobné stavy a příznaky. Druhým pak etiologie (příznaky) onemocnění, tedy to, jak jednotlivé nemoci vznikají. Poté je možné onemocnění rozdělit podle toho, jak se projevují, tedy na onemocnění duševní a tělesné. Oba typy onemocnění mohou mít jak somatogenní (příčiny v tělesném organismu), tak psychogenní (psychické) příčiny. Rozdělení onemocnění je přehledně vyobrazeno v následující tabulce. (Tavel, P., 2007)

Tabulka č. 1 Rozdělení nemocí

Nemoci		Chorobné projevy, příznaky, symptomy, fenomenologie	
		Fenopsychické	Fenosomatické
Jak vznikají (etiologie)	Somatogenní	Psychóza	Nemoc v běžném slova smyslu
	Psychogenní	Psychoneuróza	Orgánová neuróza

(Tavel, P., 2007, s. 138)

I když je duševní a tělesná stránka člověka vzájemně propojena a tvoří v lidském organismu jednotu (psychosomatická jednotka, nazývaná člověk), jsou to podstatně odlišné způsoby bytí. Každá nemoc může vykazovat složky duševní i tělesné a může se měnit jejich poměr. Tento poměr nám znázorňuje tzv. příčinná spirála, kde na jejím základě je v konkrétním případě poznat, kde děj začal, jestli v duševní nebo fyzické oblasti, a to v případě, pokud dojde později k vzájemnému ovlivnění psychického a somatického. Ovšem do procesu vstupuje ještě třetí, duchovní stránka, jež náleží k úplnému lidství.

Člověk se opravdu stává člověkem až v duchovních činech, jimiž pozvedá rovinu ze psychosomatické roviny na rovinu duchovní (Tavel, P., 2007)

Avšak V. E. Frankl má zkušenost i s tím, že ve zdravém těle může zůstat nemocný duch a naopak, že v nemocném těle přetrvává duch zdravý. Co je ale jisté, tak je to, že každá nemoc má nějaký smysl. Tento smysl se ovšem nenalézá tam, kde by ho hledal psychosomatický výzkum a šetření. Až nemocný dává své nemoci smysl a to v případech, že se svou nemocí vyrovnává jako s osudovou záležitostí, pokud se sám, jako duchovní osoba, vyrovnává se svou nemocí jako s psychosomatickým onemocněním. Smysl utrpení spočívá v tom, jaké utrpení člověk zažívá v nemoci, nikoli v tom, že utrpení má. (Tavel, P., 2007)

2.6.9 Smysluplnost existence dítěte u žen s poruchou fertility z pohledu vlastní praxe

Pracuji jako porodní asistentka v perinatologickém centru v Ostravě. Nepracuji v centru asistované reprodukce ani v ambulanci obvodního gynekologa. Ale i zde se setkávám s řadou žen, které mají potíže s početím, které jsou sterilní a které touží po dítěti, protože to je jejich pravý smysl života a kolikrát se to dá říct i o jejich partnerech, manželích.

Tyto ženy, které jsou jen zřídkakdy po jednom cyklu tzv. IVF (Invitrofertilizaci), tedy spíše po více cyklech asistované reprodukce, mívají zdravotní potíže často i v těhotenství. Jsou neskutečně rády, že se to konečně „povedlo“, když už se to povedlo a nepotratily v raném stádiu těhotenství, či neprodělaly potrat na hranici ještě potratu a už porodu, a stále se musejí potýkat s mnoha zdravotními problémy a přesto bojují, chtějí to dítě tak moc, že jsou ochotny týdny a týdny ležet na lůžku v nemocnici s minimálním pohybem, polykat prášky a nechat si aplikovat infuze, jen aby se to „povedlo“ až do konce. Takový smysl má pro tuto ženu mít dítě, naplnit ten jasný, pradávný a základní pud, tedy pud mateřství. A když se to „povede“, není pro ně nic smysluplnějšího, než mít vlastní dítě.

Ale když se to „nepovede“...mnoho z těchto žen vstupuje do toho kolotoče, zvaném IVF znova a znova jsou ochotny absolvovat různá a mnohdy i nepříjemná vyšetření a znova si aplikovat injekce na stimulaci vaječníků vedoucí ke tvorbě vajíček, a znova se hormonálně a emocionálně rozhodit a k tomu zaplatit nemalé finanční částky, jen aby měly to své dítě. Taková je smysluplnost existence dítěte v životě ženy ve fertilním věku s poruchou početí.

Když jsem s těmito ženami mluvila, dalo by se to shrnout do následujícího scénáře: Proces IVF je stál mnoho času, nervů, peněz a odříkání, mnoho sexu bez touhy a probrečených nocí. A teď musí jenom trpělivě čekat, jestli se to vše „povede“ až do konce.

Přeji těmto ženám, které svolily k vyplnění dotazníku v rámci mého malého zkoumání, ale samozřejmě i těm, od kterých jsem svolení nedostala, ať se jim splní ten největší sen, mít dítě, ať naplní svou touhu se o něj starat a vychovávat jej spolu s partnerem a ať se jejich život naplní tím pro ně největším a zásadním smyslem života, a to je mít krásné a zdravé dítě.

2.7 Poruchy fertility žen v ČR v kontextu přístupu zdravotní péče

Ve vyspělých státech světa mluví zcela jednoznačně demografická data, dochází k poklesu porodnosti. Pokles porodnosti je zčásti jakoby maskován imigrací obyvatelstva, což ale tento pokles z toho dlouhodobého hlediska v těchto zemích neřeší. Aby došlo k normální obnově počtu obyvatelstva, musela by mít žena průměrný počet dětí 2,1, ale v tuto chvíli připadá na jednu ženu v průměru asi 1,5 dítěte. K tomuto faktu přispívá také to, že vyskytující se nízký počet mladých lidí nebude mít ve svých silách tento negativní populační trend nijak zvrátit a nízká porodnost bude i nadále mít pokračování. Tento termín byl nazván jako „past nízké porodnosti“. (Prozenskezdрави.cz, 2014 – 2016)

Když se podíváme, jak si stojí EU, tak ve 27 zemích, jež jsou členy EU, připadá na jednu ženu 1,56 dítěte. Když se podíváme ještě blíže k nám, tak v ČR došlo v 90. letech k poklesu porodnosti a plodnost činila na jednu ženu 1,3 dítěte, mezi léty 2004 – 2008 sice počet dětí na jednu ženu vzrostl, ale nedosáhl hodnoty 1,5 dítěte na jednu ženu. Ještě jedna zajímavost. ČR patří mezi státy, jež má nejnižší zastoupení starších žen v programu asistované reprodukce, tedy IVF, či intracytoplazmatická injekce spermie do vajíčka. V ČR tvoří ženy mladší 35 let plných 65%, které využívají metody asistované reprodukce. A podle zákona, který byl schválen roku 2012, jsou ženám s pouze jedním přeneseným embryem v prvních dvou cyklech asistované reprodukce, hrazeny čtyři přenosy čerstvých, nikoli zmrazených embryí. Také je již definována horní věková hranice žen, dokdy mohou asistovanou reprodukci podstoupit. Tato hranice je 49 let života ženy. Jelikož se v dnešní době posouvá těhotenství do vyššího věku ženy, kdy je schopnost přirozeně počít dítě značně snížena, oproti již dlouho přirozeně nastaveným biologickým hodinám pro početí dítěte (20. – 25. rok života ženy), může tato vysoká věková hranice přispět ke zvýšení porodnosti. Ovšem, nemělo by to vést k tomu, aby ženy záměrně posouvaly těhotenství do vyššího věku za cenu pocitu, že jim může být pomoheno. Ani metody asistované reprodukce nezaručí početí dítěte. (Prozenskezdрави.cz, 2014 – 2016)

A co teprve snížená plodnost mužů. Dnes se uvádí, že neplodnost žen a mužů již činí 1:1 a to, co bylo kdysi považováno za snížený počet spermií, je dnes považováno jako normálního množství, tj. v 1ml je dolní hranice 15 milionů a výše spermií. Dle dostupných informací, měl v roce 1938 průměrný muž ve vyspělých zemích kolem 120 mil. spermií v 1 mililitru ejakulátu. V roce 1952, podle studií měl muž již jen 73,4 mil./ ml a průzkum z roku 1972 nachází v průměru dokonce pouze 54,4 mil./ ml. Experti z USA hovoří o poklesu množství spermií o 1,5% ročně. (Eurofertil.cz, 2014 – 2016)

V České republice v současné době funguje více než 30 center asistované reprodukce. Jak uvádí server prozeny.cz a podle Národního registru, fungujícího od roku 2007 se ročně narodí po léčbě metodami asistované reprodukce kolem 4000 dětí. V roce 2007 to bylo 3805 dětí, rok 2006 tvořil podíl narozených dětí pomocí metod asistované reprodukce 3% a v roce 1997 2%.

V současné době činí podíl narozených dětí, po léčbě asistované reprodukce, přibližně stejný podíl jako ve Francii, Finsku, Švédsku a Belgii. Vyšší procento tohoto podílu má Dánsko – 4%. (Prozenskezdрави.cz, 2014 – 2016)

Pro zajímavost: V roce 2007 bylo registrováno v ČR asi 1500 cyklů metodami asistované reprodukce na 1 milion obyvatel, ve Francii to činí asi 1000 cyklů na milion obyvatel, v Belgii 2000 cyklů na milion obyvatel a nakonec Dánsko, které je považováno za vzor v přístupu k těmto metodám činí asi 2300 cyklů asistované reprodukce na milion obyvatel. (Prozenskezdрави.cz, 2014 – 2016)

„Hlavní kritériem úspěchu je porod jednoho živého zdravého dítěte z jednoho těhotenství. O významu dalších ukazatelů se zatím diskutuje.“
(Prozenskezdрави.cz, 2014 – 2016)

MUDr. Tonko Mardešić, CSc, přední český odborník v oblasti léčby neplodnosti uvádí, že léčba být úspěšná musí a daným měřítkem je porod jednoho zdravého donošeného plodu s dosažením toho, že léčba musí být bezpečná jak pro matku tak i plod s výrazným přihlédnutím na zvýšení porodnických a perinatálních rizik u dvoučetných těhotenství. Metody asistované reprodukce musí být poskytnuty s ohledem na minimalizaci nákladů při zachování maximální úspěšnosti.
(Prozenskezdрави.cz, 2014 – 2016)

3. Výzkumná část

3.1 Výzkumné šetření

Výzkum se zabýval smysluplností existence u žen ve fertilním období. Neboť mít vlastní dítě je pro většinu žen zásadní a životní úloha. V dnešní době se vyskytuje řada žen, kterým se tato životní úloha naplnit nedaří, a to jak díky odkladu mateřství do vyššího věku ženy a tím budování si vlastní kariéry či nepřítomnost vhodného partnera, tak v důsledku nemoci či přítomnost anomálie.

Jedním z předpokladů dosažení úspěšného mateřství je být zdravý jedinec, jak po fyzické tak i po stránce psychické. V dnešní době existují možnosti, které mohou ženám s poruchou fertility při výskytu fyzických a psychických problémů pomoci. Ovšem bylo by mylné se domnívat, že je medicína všemocná a vyřeší vše za nás.

3.1.1 Cíl výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, do jaké míry prožívají naplněnost svého života ženy sledovaného souboru s poruchou fertility, které touží mít vlastní dítě. Tato problematika se týká spíše žen ve starším věku, ale nevyhýbá se také mladším ročníkům, proto mé výzkumné šetření se zaměřovalo pouze na ženy s poruchou fertility jako takové, zařazení do sledovaného souboru nebylo omezeno věkem, sociálním zařazením či úrovní dosaženého vzdělání, i když i v tomto šetření byla tato fakta u konkrétních respondentek vždy zmiňována.

3.1.2 Dílčí cíle výzkumu

Pro vypracování diplomové práce byly stanoveny tyto dílčí cíle:

1. Zjistit míru smysluplnosti vlastní existence u žen s poruchou fertility.
2. Porozumění vztahu mezi smysluplností existence žen a touhou mít vlastní dítě.
3. Zjistit, zda fakt, že ženy s poruchou fertility ztrácejí smysluplnost, existuje či nikoli.
4. Porovnat míru zjištěné smysluplnosti existence u žen do 30, 40 a nad 40 let.

6. Porovnat smysluplnost existence u žen, které po IVF otěhotněly a u žen, které ještě čekají na výsledek IVF.

3.1.3 Výzkumné předpoklady

Na základě dílčích cílů jsme stanovili následující pracovní předpoklady.

1. Ženy s poruchou fertility vykazují pozitivní míru smyslu života, související především s jejich touhou mít vlastní dítě.
2. Touha po vlastním dítěti je ústřední hodnotou smyslu života žen sledovaného souboru.
3. Smysluplnost existence žen s poruchou fertility se snižuje v závislosti na vzrůstajícím věku.
4. Míra prožívané smysluplnosti života u žen, které čekají na výsledky IVF, je vyšší než u žen, které již po IVF otěhotněly.

3.1.4 Metodologie výzkumu a výzkumné metody

3.1.4.1 Zvolený typ výzkumu

Pro realizaci daného výzkumu jsme použili metodu dvou standardizovaných dotazníků, konkrétně Existenciální škály A. Längleho, Ch. Orglerové a M. Kundiho a Logo - testu (forma pro ženy) E. Lukasové. Dále byl využit krátký úvodní rozhovor a dotazník vlastní konstrukce ke zjištění osobních a demografických dat. Převážně jsme tedy postupovali kvantitativním výzkumným přístupem, pro doplnění pak byly využity prvky kvalitativního šetření (rozhovor, analýza uváděných příběhů v rámci Logotestu). Tento typ výzkumu jsme považovali vzhledem k povaze výzkumného problému za vhodnější, jelikož kvantitativní dotazníková šetření umožňují zpracovávat vyšší počet získaných dat.

Dle Cackové (2009), kvantitativní výzkum vycházející z obecného paradigmatu je empiricky měřitelný, a to za předpokladu existence určitého fenoménu.

Fenoménem, jenž je v této diplomové práci měřen, byla „smysluplnost existence“, tedy subjektivní míra prožívání smysluplného bytí u žen s poruchou fertility, a to ve smyslu, v jakém je chápána přístupem existenciální analýzy a logoterapie V. E. Frankla. (Frankl, V. E., 2016, Länge, A. 2002, Petrová, A., 2005)

3.1.4.2 Strategie výběru výzkumného vzorku

Základním ukazatelem výběru zkoumaného vzorku, vycházejícím ze stanovených předpokladů, byly ženy s poruchou plodnosti ve fertilním věku, které podstoupily danou léčebnou terapii k dosažení těhotenství. Šlo tedy o záměrný výběr z dostupného souboru žen, pacientek. Jelikož je tento výzkumný vzorek velmi specifický a dané téma výzkumného šetření citlivé, je konečný počet respondentek našeho výzkumu spíše nižší, tvoří ho 31 žen. S každou respondentkou byl veden úvodní rozhovor o daném výzkumu a jejich osobních datech.

3.1.4.3 Metody získávání dat

1. Dotazník demografických údajů

Na začátku, před vyplněním Existenciální škály a Logo testu – Ž, jsme rozdali krátký dotazník demografických údajů, jenž obsahoval tyto otázky:

- Příslušný věk v době vyplňování dotazníků
- Pohlaví
- Rodinný stav respondentek a bydliště
- Vzdělání
- Současné povolání
- Pokud byl respondent student, tak zaměření studia
- Náboženské vyznání
- Stálé zaměstnání v současnosti
- Názor na vlastní zdraví
- Pohybová aktivita uvedená v hodinách
- Uvedení jiné zájmové činnosti
- Uvedení druhu a počtu léčebné terapie

Dotazník byl aplikován v kombinaci s metodou rozhovoru o cíli a záměrech zkoumání, k navození motivace k účasti na výzkumném šetření a k vytvoření atmosféry vzájemné důvěry.

2. Existenciální škála A. Längeho, Ch. Orglerové a M. Kundiho

Podle Slabého (2015) zkonstruovali v roce 2000 A. Länge, Ch. Orglerová a M. Kundi pro míru prožívané smysluplnosti existence Existenciální škálu (ESK), která vychází z existenciální analýzy, a která má za cíl změřit duchovní možnosti člověka k zacházení se sebou samým a k zacházení s okolním světem a míru připravenosti ke smysluplné existenci. Tento dotazník ESK se táže člověka, jak si sám myslí, že se mu daří vytvářet svou vlastní existenci. Je zde přítomna důležitost subjektivního posouzení na základě vlastního prožívání. Získané informace a poznatky slouží k zjištění smysluplnosti existence při zvládání zátěžových situací v reálném životě. Existenciální škála obsahuje 46 otázek, nebo spíše výroků, které zastupují čtyři základní osobnostní kategorie. Jsou to sebeodstup, sebezpřesah, svoboda a odpovědnost. Při jejich následném sloučení vznikají dvě hodnoty vyššího řádu, jimiž jsou personalita a existencialita. Při sečtení všech těchto hodnot získáme celkový skóre, který nám určuje subjektivně vnímanou smysluplnost existence daného člověka. U zdravých jedinců se daná doba vyplnění dotazníku pohybuje mezi 7 – 14 minutami. Za to však duševně nemocní potřebují k vyplnění ESK dotazníku až 30 minut. Daný respondent má vždy možnost pouze jedné odpovědi u daného výroku či otázky, odpověď se shoduje se stavem, který respondent nejvíce vystihuje. Odborného dohledu není potřeba při vyplňování ESK dotazníku, avšak, v některých případech se může respondentům zdát, že jsou výroky či otázky nesrozumitelné, a proto by měli mít možnost optání se a vyjasnění si nejasností.

Hodnocení ESK dotazníku

Slabý (2015) uvádí, že vyhodnocení ESK dotazníku se provádí jednak ***odhadem***, kdy se při pohledu na zakřížkované odpovědi v pravé části odhaduje na dobrý psychický stav respondenta, jelikož až na pět výroků je tzv. „nepříznivý“ pól umístěn nalevo.

Dále lze hodnotit dotazník *hodnocením obsahu jednotlivých položek*. Hodnotí se na základě znalosti manuálu ESK, nebo na základě upřesňujícího rozhovoru s respondentem, po vyplnění ESK dotazníku. Dotazník lze také hodnotit na základě *porovnání na úrovni jednotlivých stupnic*, kdy se výsledné skóry porovnávají na úrovni jednotlivých základních a odvozených stupnic a jejich vzájemné kombinace. A v poslední řadě se ESK dotazník vyhodnocuje na základě *porovnání výsledného skóru s příslušnými normami*. Tuto variantu vyhodnocení dotazníkové škály jsme v našem zkoumání využili. ESK dotazník se porovnává na základě dvou typů norem. Je to, norma rakouská, které zahrnuje populaci od 18 – 70 let. Druhá norma je česká a je odvozena z šetření studentů vysokých škol ve věkovém rozmezí 18 – 22 let, které realizoval K. Balcar.

Dle Slabého (2015) jsou v tabulkách vyznačeny percentily a T – skóry, jež jsou rozděleny podle daného věku a dosažení vzdělání

Popis základních stupnic:

Slabý (2015) uvádí těchto 7 základních stupnic:

- *Sebeodstup (SO)*: schopnost vytvoření si odstupů vůči sobě, čímž vidí a vnímá svět kolem sebe nezkresleně, je nespoután svými hledisky. Je zde měřena schopnost vnitřně se odpoutat od svých přání a cílů.
- *Sebepřesah (SP)*: schopnost citové přístupnosti, jež se vyznačuje schopností přiblížení a vcítění se do vnitřně důležitého vztahu. Je to schopnost citového zapojení k vytvoření citově vnitřního vztahu k prožívanému.
- *Svoboda (SV)*: schopnost nalézt v sobě možnosti jednání, jejich uspořádání a dospění k rozhodnutí. Je to schopnost člověka prožívat jistotu o tom, co je možné.
- *Odpovědnost (OD)*: schopnost odhodlání a realizování svých osobních úkolů. Důsledky, jež z toho vyplývají, nesou pocit jistoty a správnosti svého jednání.
- *Hrubý skór P*: součet hrubých skóru SO a SP. Popisuje poznávací a citový přístup člověka k sobě samému. Nízká hodnota toho skóru naznačuje nízkou míru duchovních schopností, je to jakési zablokování duchovních schopností.

- *Hrubý skór E*: součet hrubých skórů SV a OD. Popisuje další důležitou schopnost člověka, a to schopnost člověka vyznat se v okolním světě a učinit důležitá rozhodnutí. Je to schopnost člověka vycházet a vyrovnat se s okolním světem.
- *Celkový skór CS*: součet hrubých skórů P a E. Popisuje schopnost člověka dobře vycházet se sebou samým a s okolním světem a aktivně se vypořádávat s vnitřními a vnějšími nároky vlastního života, jakož i s hodnotami, které okolní svět nabízí.

Slabý (2015) také uvádí tyto 3 složené stupnice:

Popis složených stupnic:

- *Personalita (P)*: představuje jakýsi osobní faktor, míru rozvoje osobnosti. Představuje vnímání sebe sama a otevřenost k okolnímu světu. Je dán součtem hrubých skórů sebeodstupu a sebepřesahu. Personalita se nachází v rovině mezi otevřeností a uzavřeností.
- *Existencialita (E)*: představuje existenciální faktor. Představuje schopnost člověka se aktivně rozhodovat a aktivně zapojovat do vlastního dění v okolním světě. Je dán součtem hrubých skórů zbývajících základních stupnic svobody a odpovědnosti.
- *Celkový skór (CS)*: představuje prožívanou smyslupnost existence. Představuje schopnost člověka se sám se sebou dobře zacházet, dobře zacházet se světem a aktivně se vypořádat s vnitřními a vnějšími nároky a hodnotami, jež mu nabízí jeho vlastní život. Je dán součtem hrubých skórů výše uvedené personality a existenciality.

3. Logo test – Ž:

Podle Cackové (2009), Logo – test pro ženy se zaměřuje na podstatu prožívání smyslu. Krom kvantitativní části Logo – test Ž obsahuje i část kvalitativní. Přítomnost obou částí nám dává větší pravděpodobnost skutečného, reálného prožívání respondentky, i přes to, že kvantitativní část nese zátěž výzkumníkova subjektivního hodnocení

Jak Cacková (2009) uvádí, Logo - test pro ženy navrhla a sestavila Elizabeth Lukasová a do českého jazyka jej přeložil Karel Balcar v roce 1992. Celkové skóre testu ukazuje na míru prožívané smysluplnosti života respondentky, nebo naopak míru existenciální frustrace.

Logo test pro ženy se skládá ze tří částí.

- I. Část: zjišťuje míru sebe porozumění, představ, pocitů a myšlenek, kterými člověk uspořádává svoje odrážení světa a kterými tvoří základ vědomého, zaměřeného poznávání i specifického životního stylu. Respondentka se rozhoduje, které z devíti výroků smyslu vychází z jejího vlastního přesvědčení a které nikoli, či si není jista.
- II. Část: zjišťuje momentální existenciální frustraci. V této části jsou uvedeny výroky, které mají za cíl zjistit přítomnost či nepřítomnost příznaků existenciální frustrace a pokud takový náznak existuje, tak i jeho míru. Respondentka odpovídá, zda uvedený výrok či zážitek zažívá nebo zažívala, a pokud ano, tak jak často to bylo, zda - li „velmi často“ nebo „občas“, nebo tento zážitek respondentka nezažila a nezažívá, tak odpovídala „nikdy“
- III. Část: zjišťuje, jak se sama respondentka oceňuje, a to ve vztahu k jejím životním cílům a dosaženým úspěchům, a zaujetí postoje k těmto hodnotám. V první pasáži se respondentka vyjádří jednoslovně, dle svého přesvědčení, mezi třemi příběhy, a poté jí je dán prostor k písemnému vyjádření vlastního příběhu.

Podle Cackové (2009) je třeba poslední pasáž III části nejprve vyhodnotit kvalitativně. Respondentky jsou vyzvány, aby nejprve písemně uvedly svůj příběh, a to tak, že vzájemně porovnají, co v životě daná respondentka chtěla, o co se snažila a co z toho docílila a nakonec písemně vyjádří vlastní hodnocení. Poté se v daném písemně vyjádřeném textu hodnotí:

- A) Naplnění smyslu

Zde je důležité rozlišit osu úspěšnosti od osy naplnění smyslu

- B) Postoj k vlastnímu strádání
- C) Postoj k vlastnímu úspěchu

Cacková (2009) uvádí: Elizabeth Lukasová doporučuje podrobnou kvantifikaci výpovědi takto:

Tabulka č. 2 Měřítka pro kvantifikaci výpovědi v III. části Logo – testu – Ž

Text napsaný respondentkou	Body	Naplnění smyslu
Napsaný text ukazuje, prožívání smysluplného autorova života, přičemž smysluplnost života se dá odvozovat od minulosti, přítomnosti i budoucnosti. Tato smysluplnost života není totožná s přítomností cíle a jeho dosažení. Rozhodujícím ukazatelem je hodnota, která činí jeho život „hodným žití“.	0	vynikající
Napsaný text ukazuje málo vyjádření životního smyslu nebo vyjádřený smysl je blokován něčím negativním	1	dobré
Napsaný text ukazuje dvojsmyslné vyjádření, která se vyvažují.	2	průměrné
Napsaný text ukazuje nespokojenost s vlastním životem	3	chudé
Napsaný text ukazuje hodnocení respondentky vlastního života jako beze smyslu.	4	chybějící

Podle Cackové (2009) z tabulky vyplývá, že čím méně bodů respondentka má, tím více prožívá svůj život smysluplněji, jinými slovy řečeno respondentka má vyšší míru prožívání smysluplnosti života. Na tomto principu je postaveno celé hodnocení tohoto testu – dotazníku. Další dvě měřítka hodnotí, zda je daný postoj respondentky vyjádřený (0 bodů), či nikoli (1bod). Test byl standardizován. Má kvartilovou (Q) a decilovou (D) normalizaci. Respondentky, jež se nacházejí v prvním kvartilu (Q1) zažívají vysokou smysluplnost své existence, naopak respondentky nacházející se ve čtvrtém kvartilu (Q4), svoji smysluplnost existence téměř nezažívají. Kritických hodnot dosahují respondentky, které se umístily v devátém decilu (D9). Těmto respondentkám by měla být nabídnuta pomoc odborným pracovníkem. A nakonec, desátý decil (D10), je charakteristický pro patologické stavy.

Elizabeth Lukasová provedla normalizaci testu s přihlédnutím na věk respondentek, a s ohledem na věk bychom k vyhodnocení testu měli přistupovat. Souhrnné výsledky Logo - testu – Ž se hodnotí spolu s výsledky respondentek stejné věkové kategorie. Populační normy jsou vyobrazeny v kvartilech (Q1 – Q4), přičemž poslední kvartil (Q4) ještě obsahuje poslední decily (D9 a D10), které označují respondentky, jež jsou kriticky ohroženy existenciální frustrací. (Cacková, 2009)

3.1.4.4 Organizace výzkumného šetření

Sběr dat k výzkumnému šetření se uskutečnil ve Fakultní nemocnici Ostrava, a to v časovém rozmezí 23. 2. 2015 – 4. 2. 2016. Dotazníkového šetření se zúčastnily pouze ženy s poruchou fertility, a to buď při propuštění z hospitalizace, nebo po absolvování poradny v ambulanci rizikové gravidity. S těmito ženami jsme vždy osobně pohovořili o daném výzkumu a na základě jejich souhlasu byly dotazníky jejich rukou vyplněny. Při osobním rozhovoru jsme si vždy domluvily termín odevzdání vyplněných dotazníků formou dopisu, na náklady výzkumníka, nebo osobního doručení při další návštěvě poradny pro rizikovou graviditu. Při předávání dotazníků jsme požádali dané respondentky, aby uvedly na první dotazník demografických údajů, zda byly po cyklu IVF, a pokud ano, tak kolikrát, či inseminaci, anebo jim byla darována lidská vajíčka. V případě kombinace více terapeutických metod, byly zaznamenány všechny absolvované. Respondentkám bylo sděleno, že dotazníkové šetření je anonymní, některé z nich ale uvedlo jméno, iniciály, či jméno a příjmení. Tuto informaci jsme nezpracovávali.

3.1.5 Charakteristika zkoumaného souboru

Do výzkumného šetření bylo celkem zapojeno 31 žen s poruchou fertility v produktivním věku. Zkoumaný vzorek tvořily ženy ve věkovém rozmezí 23 – 47 let. Dle Wikipedie (2016) se fertilitní věk žen udává v rozmezí 15 – 49 let, tedy od první do poslední ovulace. U všech žen tato první a poslední ovulace nemusí být v tomto věkovém rozmezí. Plánovaný počet respondentek nebyl stanoven. Konečný počet zúčastněných byl 31 žen.

Daný počet byl také ovlivněn dostupností osob, které by spadaly do specificky zaměřeného šetření, dále citlivostí tématu a do určité míry i faktem odchodu autora diplomové práce na mateřskou dovolenou spojenou s porodem.

Jelikož je toto téma citlivé pro každou ženu a standardizované dotazníky psychicky náročné pro ženu s tímto handicapem, byl proveden krátký rozhovor s každou respondentkou osobně ve Fakultní nemocnici Ostrava, jíž je autorka diplomové práce zaměstnancem.

Po osobní konzultaci byly ženy většinou ochotny se zapojit do výzkumného šetření. Naopak při ponechání dotazníků v Gyncentru Ostrava, jsme v důsledku absence osobní komunikace nezískali respondentku žádnou. V důsledku toho jsme tento výzkum v dané instituci ukončili. Výzkumný vzorek tvořily ženy po jednom a více cyklech IVF, další metodou byla inseminace a darování vajíček, které bylo vždy zakončeno úspěšným otěhotněním. Ve Fakultní nemocnici Ostrava byly hospitalizovány za účelem udržení těhotenství či léčby daného zdravotního problému spojeného s těhotenstvím, anebo navštěvovaly poradnu pro rizikovou graviditu. Jak jsme již výše zmiňovali, žádnou respondentku z řad žen, které byly v procesu IVF v Gyncentru, se nám nepodařilo zapojit do výzkumného šetření.

3.1.6 Etické aspekty výzkumu

Jak Cacková (2009) uvádí, je etika v mnoha oblastech lidského života jakýmsi vyjádřením věcných (praktických) pravidel, umožňující zjednodušení a ulehčení mezilidské komunikace. K tomuto účelu existující etické kodexy jsou všeobecně tolerovanou úmluvou, kterou naše společnost přijala a která umožňuje její rozvíjení. Z toho vyplývá, že respekt určitých etických pravidel by mělo být považováno za samozřejmost a to zejména při výzkumech týkající se konkrétních osob – respondentů, zejména pak při výzkumech psychologického charakteru.

Dle Americké psychologické asociace by měly být respektovány při výzkumech s lidmi tyto etické principy (přijaty roku 1982):

1. Respektování a ohleduplnost vzhledem k daným respondentům: účast ve výzkumném šetření by neměla představovat pro účastníky výzkumu větší riziko než obvyklý standardní život.
2. Informační právo: účastníci výzkumného šetření mají právo předem, před účastí na výzkumném šetření, znát cíl, průběh a vlastní smysl výzkumu.
3. Právo zachování soukromí, identity a ochrana osobních údajů: získané informace respondentů si musejí zachovat důvěru.

4. Právo vyslovení nesouhlasu a odstoupení z výzkumného šetření: výzkum by měl být založen na dobrovolnosti. (Čacková, 2009)

Etické hledisko prezentovaného výzkum v této diplomové práci, vzhledem ke své citlivosti, nesměl být zanedbán. Účastnice výzkumného šetření byly osobně obeznámeny s cílem daného výzkumu, průběhem i vlastním smyslem. Osobní rozhovor byl vždy veden autorkou této diplomové práce. Respondentky byly poučeny a ujištěny faktem anonymního dotazníkového šetření. Některé však z těchto účastnic uvedly své jméno i příjmení, jiné pouze jméno, některé iniciály a byly i respondentky, jež zachovaly anonymitu plnou. Na samotném začátku se autorka diplomové práce vždy zeptala, zda by byly ochotny účastnit daného výzkumu s dodatkem, že výzkumné šetření je zcela dobrovolné a anonymní. Všechny dotazované respondentky byly ochotny se účastnit výzkumu, z čehož usuzuji, že osobní rozhovor byl tou správnou formou komunikace k získávání dat výzkumu. Osobní rozhovor jsme vedli empaticky s přihlédnutím na zdravotní stav respondentek.

3.2 Vlastní výzkum

3.2.1 Dokumentace výsledků dotazníků demografických údajů

Složení výzkumného vzorku dle demografických údajů uvedených v prvním úvodním dotazníku.

Celkem se účastnilo výzkumného šetření 31 žen v různém stádiu gravidity. Tyto ženy se na rozdíl od jiných těhotných žen lišily terapií neplodnosti a to různými způsoby, mezi něž patří inseminace oplodněného vajíčka, kdy zárodečné buňky pocházely přímo od biologických rodičů, dále procesem IVF a to různým počtem prodělaných IVF cyklů až po dárcovství vajíček od anonymní dárkyně.

Ve výzkumném vzorku se rovněž nacházely ženy, které měly absolvovanou kombinaci jednotlivých léčebných terapií.

Tabulka č. 3 Věk respondentek

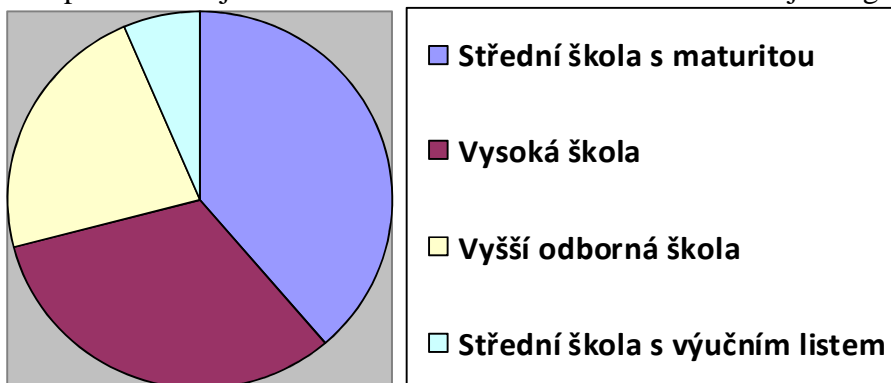
Věk	22	23	26	27	28	30	31	32	33	34	35	37	39	40	42	47
Počet respondentek	1	1	1	2	1	4	2	4	2	1	2	3	1	2	3	1

1. Věkové rozmezí respondentek, účastnicích se výzkumného šetření, se pohyboval od 22 – 47 let. Z tabulky vyplývá, že nejvíce respondentek (po 4) bylo zastoupeno ve věku 30 a 32 let, tj. 25,8% z celkového počtu účastnic výzkumu. Naopak zastoupení ve věkové kategorii 24, 25, 29, 36, 38, 41, 43, 44, 45, 46 jsme neměli zastoupenou respondentku žádnou.

2. Z celkového počtu respondentek bylo 17 vdaných, 10 účastnic svobodných, 3 ženy rozvedené, 1 účastnice výzkumu svůj rodinný stav neuvedla.

3. V dosaženém vzdělání převládaly ženy s maturitou – 12, v těsném závěsu byly ženy s dokončenou vysokou školou – 10, vyšší odbornou školu uvedlo 7 žen a střední školu zakončenou výučním listem měly 2 respondentky. Nikdo z dotazovaných neuvedl dosažené vzdělání základní školu a vysokou školu zakončenou doktorským studiem.

Pro přehlednost jsme dosažené vzdělání znázornili v následujícím grafu.



Graf č. 1 Dosažení vzdělání respondentek

4. Nejpočetnější skupinu týkající se povolání, paradoxně zaujímali zdravotní pracovníci, v počtu 5 - ti účastnic – téměř 18% (17,86 %) z 28 dotazovaných žen, 3 účastnice výzkumu povolání neuvedly. Poté následovaly v počtu tří: prodavačky, pedagogové, účetní. Dvě účastnice byly administrativní pracovníce a chemikové a po jedné účastnici zaujímaly: sociální pracovníce, vedoucí prodejny, reprograf, dělnice, vedoucí metodik, finanční poradce, ředitelka, manažerka, bankovní úřednice a studentka.

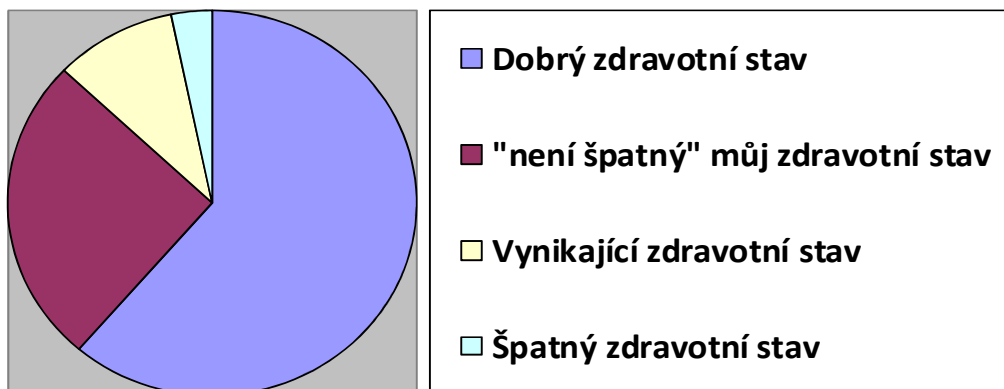
5. Jako své bydliště ve městě uvedlo 19 respondentek, vesnici pak 12 zúčastněných žen.

6. Za věřící osobu se považuje ze zmíněného výzkumného vzorku 13 účastnic, za ateistky 11 a účastnice, které neměly ujasněn svůj vztah k náboženství zaujímal počet 7.

7. Stálé zaměstnání v době výzkumného šetření uvedlo celkem 24 žen, nezaměstnaných bylo 6.

8. U tohoto kritéria považovalo svůj zdravotní stav za dobrý plných 19 účastnic, tj. 61,29%, 8 respondentek označilo svůj zdravotní stav jako „není špatné“, vynikající zdravotní stav označily 3 účastnice výzkumného šetření a jedna účastnice označila svůj zdravotní stav jako špatný.

Pro přehlednost je posouzení zdravotního stavu v následujícím grafu.

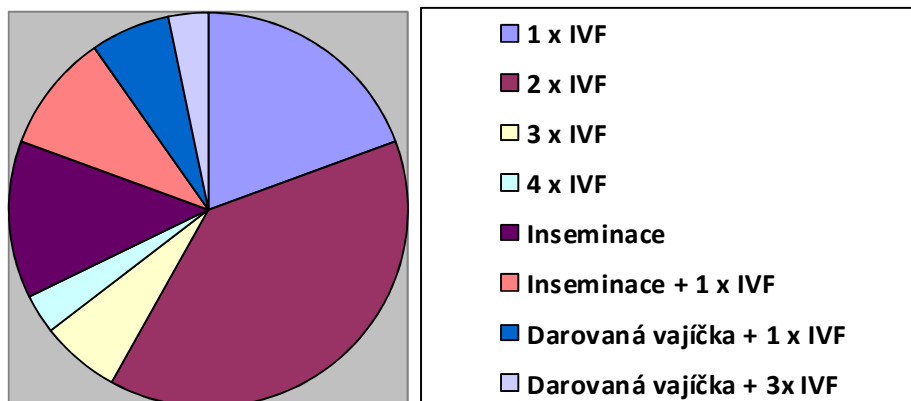


Graf č. 2 Posouzení vlastního zdravotního stavu respondentkami

9. Pohybová aktivita vyjádřena v hodinách za týden činila průměrně 6,38 hodin u 25 respondentek toho výzkumného vzorku. Zbýlých 6 účastnic nevedly u tohoto kritéria hodnotu žádnou.

10. U zájmové činnosti daného výzkumného vzorku převládala chůze, poté se respondentky rády věnovaly cvičení, józe, četbě knih, běhu, zahradě, turistice a plavání. Vyskytly se ale i zájmy jako hra na klavír, tisk grafiky, malování, tvoření, úklid a tvoření. 14 účastnic uvedly 2 a více zájmových činností, kterým se rády věnovaly.

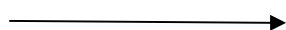
11. Posledním kritériem bylo uvedení léčebné terapie, kterou každá žena prodělala. Jak z posledního grafu vidíme, dominovala metoda IVF v počtu 2 pokusů, a to ve 12 – ti případech, než se těhotenství zdárně vyvinulo, poté prodělaný 1 cyklus IVF – 6 účastnic, inseminace oplodněného vajíčka vlastními zárodečnými buňkami prodělaly 4 respondentky, 2 zúčastněné ženy prodělaly 3 cykly IVF, než se jim podařilo zdárně otěhotnět a zůstat těhotnými a dokonce 1 respondentka uvedla absolvování 4 cyklů IVF. Mezi další metody vyskytující se ve výzkumu byla kombinace inseminace s jedním pokusem IVF – 3 respondentky a jedna účastnice uvedla podstoupení 3 cyklů IVF + dárcovství vajíček od anonymní dárkyně u posledního pokusu.



Graf č. 3 Zastoupení léčebné terapie u respondentek

3.2.2 K posouzení výsledků Existenciální škály a Logo – testu pro ženy

Na začátku jsme provedli bodovou hodnotu jednotlivých výroků, která se zjistí prostým odpočítáním kroužků, dle schématu např.:



O---O---O---O---●---O 5 = bodová hodnota odpovědi

1 2 3 4 5 6

Poté jsme sečetli všechny body v dané kategorii, čímž nám vyšla hodnota Sebeodstupu, Sebepřesahu, Svobody a Odpovědnosti. Při sečtení Sebeodstupu a Sebepřesahu jsme dostali hodnotu hrubého skóre Personality.

Personalita (osobní faktor) nám znázorňuje schopnost sám se v sobě vyznat, umět se sebou zacházet a míru rozvoje osobních stránek člověka, která představuje jakousi otevřenost k okolnímu světu

Po sečtení Svobody a Odpovědnosti, jsme dosáhli hodnoty hrubého skóre Existenciality (existenciální faktor). Tato dimenze znázorňuje schopnost člověka se rozhodovat a aktivně zasahovat do dění kolem sebe.

Při sečtení hrubého skóre Personality a Existenciality jsme dostali hodnotu, jež jsme označili jako Celkový skór, ta vyjadřuje míru životní naplněnosti, schopnost člověka dobře sám se sebou a světem zacházet a aktivní vypořádávání s vnějšími a vnitřními nároky vlastního života a s hodnotami, které mu život nabízí.

Čím byla tato hodnota vyšší, tím byla naplněnost života, kterou účastnice výzkumného šetření pociťovaly větší. Průměr dané skupiny jsme porovnali se středovými tendencemi škálových hodnot podle Balcara a s decilovým rozpětím.

U Logo – testu pro ženy bylo výsledné hodnocení opačné. Čím vyšší hodnoty jsme dosáhli, tím vyšší byla existenciální frustrace dané ženy.

3.2.3 Vyhodnocení dotazníků Existenciální škály a Logo – testu pro ženy

Pro vyhodnocení Existenciální škály jsme použili Středové tendence škálových hodnot podle Balcara a Decilové rozpětí.

Tabulka č. 4 Středové tendence sedmi škálových hodnot

Stupnice	Sebeodstup	Sebepřesah	Svoboda	Odpovědnost	Personalita	Existencialita	Celkový skór
Průměr	31,71	64,14	46,47	50,88	95,86	97,35	193,20

Tabulka č. 5 Decilové rozpětí Existenciální škály

Decil	SO	SP	SV	OD	P	E	CS
1	8.23	14 - 52	11.35	13 - 40	22 - 77	24 - 78	46 - 160
2	24 - 26	53 - 56	36 - 39	41 - 43	78 - 84	79 - 85	161 - 171
3	27 - 28	57 - 59	40 - 42	44 - 46	85 - 89	86 - 88	172 - 178
4	29	60 - 62	43 - 44	47 - 48	90 - 93	89 - 93	179 - 186
5	30	63 - 64	45 - 46	49 - 50	94 - 95	94 - 96	187 - 192
6	31 - 32	65 - 66	47	51 - 53	96 - 99	97 - 100	193 - 201
7	33 - 34	67 - 68	48 - 50	54 - 55	100 - 102	101 - 106	202 - 206
8	35 - 36	69 - 70	51 - 53	56 - 57	103 - 105	107 - 110	207 - 214
9	37 - 38	71 - 73	54 - 55	58 - 60	106 - 109	11 - 116	215 - 225
10	39 - 48	74 - 84	56 - 66	61 - 78	110 - 132	117 - 144	226 - 276

Z uvedených tabulek č. 4 a 5 je zřejmé, že náš soubor žen dosáhl svou průměrnou mírou smysluplnosti 6. decilu (tedy lehce nadprůměrné hodnoty). Dílčí hodnoty v jednotlivých subškálách jsou při tom vyrovnané.

Získanou hodnotu prostřednictvím Logo-testu jsme porovnali, vzhledem k věku, s kvartilovými normami, určenými pro Logo-test v následující tabulce. Přibližně nám hodnota Q_4 naznačuje přítomnost existenciální frustrace, Q_2 a Q_3 naznačuje průměr, kdy lidé zvládají realitu života, ale při dostavení zhoršení, nastanou s největší pravděpodobností potíže, při kterých vždy nemusí mít tyto ženy sílu adekvátního řešení. Q_1 značí přítomnost pevného existenciálního zakotvení. Tyto ženy zvládnou případné obtíže bez většího úsilí, ví si rady a mají vysokou odolnost vůči nepřízni a nástrahám života.

Tabulka č. 6 Kvartilové normy Logo – testu pro ženy

Věk	(16) - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 -
Q_1	0 - 10	0 - 10	0 - 7	0 - 7	0 - 9
Průměr (= $Q_2 + Q_3$)	11.17	11.16	8.13	8.13	10.14
Q_4 . ($D_9 + D_{10}$)	18	17	14	14	15
D_9	19 - 21	18 - 21	15 - 18	15 - 18	16 - 18
D_{10}	22 - 32	22 - 32	19 - 32	19 - 32	19 - 32

Pro přehlednost jednotlivých součtů bodů a výsledků jsme vytvořili tabulku:

Tabulka č. 7 Přehled výsledků Existenciální škály a Logo – testu pro ženy

Respondentka + věk	SO - sebeodstup	SP - sebezpřesah	SV - svoboda	OD - odpovědnost	Personalita	Existencialita	Celkový skóre	Logo test
1 (32)	38	77	52	73	115	125	240	11 – Q_2
2 (27)	36	77	49	61	113	110	223	7 – Q_1
3 (42)	43	78	43	60	121	103	224	6 – Q_1
4 (27)	33	74	53	62	107	115	222	8 – Q_1
5 (31)	36	65	53	53	101	106	207	8 – Q_1
6 (30)	40	79	58	67	119	125	244	7 – Q_1
7 (47)	43	72	58	63	115	121	236	7 – Q_1
8 (26)	29	64	44	51	93	95	188	11 – Q_2
9 (32)	30	67	43	70	97	113	210	10 – Q_1
10 (31)	27	66	41	47	93	88	181	12 – Q_2
11 (33)	12	44	20	21	56	41	97	23 – $Q_4; D_{10}$
12 (40)	33	62	40	42	95	82	177	10 – Q_2
13 (28)	36	62	52	36	98	88	186	13 – Q_2

Tabulka č. 7 – (pokračování) Výsledky Existenciální škály a Logo – testu pro ženy

Respondentka + věk	SO - sebeodstup	SP - sebezpřesah	SV - svoboda	OD - odpovědnost	Personalita	Existencialita	Celkový skóre	Logo test
14 (30)	36	57	47	39	93	86	179	12 – Q ₂
15 (32)	32	69	47	58	101	105	206	6 – Q ₁
16 (37)	41	78	51	64	119	115	234	8 – Q ₁
17 (39)	44	76	53	68	120	121	241	13 – Q ₂
18 (34)	39	68	49	51	107	100	207	10 – Q ₁
19 (42)	14	35	31	27	49	58	107	30 – Q ₄ ; D ₁₀
20 (40)	43	76	59	64	119	123	242	9 – Q ₂
21 (35)	29	47	40	53	76	93	169	15 – Q ₂
22 (30)	26	52	41	44	68	85	153	20 – Q ₄ ; D ₉
23 (31)	36	77	55	64	113	119	232	5 – Q ₁
24 (35)	17	50	39	43	67	82	149	17 – Q ₄ ; (D ₉ + D ₁₀)
25 (30)	22	55	45	50	77	95	172	14 – Q ₂
26 (22)	25	55	43	50	80	93	173	21 – Q ₄ ; D ₉
27 (37)	33	71	65	75	104	140	244	6 – Q ₁
28 (42)	31	68	51	55	99	106	205	16 – Q ₄ ; D ₉
29 (33)	25	76	54	58	101	112	213	10 – Q ₁
30 (37)	43	82	57	65	125	122	247	7 – Q ₁
31 (23)	40	67	44	58	107	102	209	11 – Q ₂
Průměr + věkový průměr: 33,42	32,65	66,00	47,65	54,58	98,32	102,23	200,55	11,71 – Q₂

1. Hodnoty existenciální škály u výzkumného vzorku 31 žen.

Z tabulky vyplývá, že z našeho výzkumného vzorku byl celkový průměr pro:

Sebeodstup činila 32,65; Sebezpřesah: 66; Svobodu: 47,65; Odpovědnost: 54,58; Personalitu: 98,32; Existencialitu: 102,23 a Celkové skóre celé výzkumné skupiny bylo průměrně 200,55

Porovnáním průměrných hodnot získaných z výzkumného vzorku s hodnotami uvedenými v tabulce č. 5 jsme dostali následující:

Získané hodnoty kategorie Sebepřesahu (citová angažovanost k prožívanému), Svobody (schopnost nacházet reálné možnosti jednání a dospění k rozhodnutí), Personality (kognitivní a emoční přístupnost k sobě samému) a Celkového skóre (schopnost vycházet se sebou samým a se světem a aktivně se vypořádávat s nároky vlastního života) se nacházely v decilu č. 6, což naznačuje dobré předpoklady k vnímání naplnění smyslu vlastního života, poněvadž u vyhodnocení existenciální škály platí, čím vyšší hodnoty jsme získali, tím větší smysluplnost vlastního života respondentky prožívaly. Kategorie Sebeodstup, znamenající vytvoření si vlastního odstupu vůči sobě a vnímání světa bez příkras, Odpovědnost značící pocit, že to, co člověk činí je právě to správné a kategorie Existencialita, vyjadřující schopnost se ve světě vyznat a činit důležitá rozhodnutí nám spadaly do decilu 7, tedy ještě vyšší, než-li kategorie předchozí.

2. Hodnoty Logo – testu pro ženy u výzkumného vzorku 31 žen

U Logo – testu, jak jsme již předesílali, je bodové hodnocení v kontextu existenciálního zakotvení obrácené, čím vyšší bodová hodnota byla, tím vyšší míru existenciální frustrace respondentka zažívala.

I zde nám vyšlo, po vyhodnocení a porovnání výsledků s tabulkou kvartilových norem, že ženy našeho souboru se nacházejí převážně v pozitivních kvadrantech:

Průměrná hodnota výsledku u Logo – testu byla u výzkumného vzorku 31 žen 11, 71; což s porovnáním hodnot v tabulce č. 6 jsme dostali zařazení do kvartilu Q_2 , ten nám značil, že účastnice výzkumného vzorku zvládaly danou životní realitu, ale při vyskytnutí obtíží by se mohly vyskytnout situace, kdy by nebyly schopny adekvátního řešení. Hodnota kvartilu Q_2 značí jakýsi průměr v oblasti existenciálního zakotvení či výskytu existenciální frustrace.

Jelikož využití obou metod má rozsáhlé praktické využití také pro práci s jednotlivými údaji každé respondentky, uvedli jsme v následných případových ilustracích 4 konkrétní respondentky, které nás v průběhu vyhodnocování zaujaly.

1. Dagmar, 47 let, vdaná, vysokoškolské studium. Číslo 7

Paní Dagmar uvedla své jméno, příjmení nikoli. Uvedla i zaměstnání, ale v důsledku zachování anonymity a etiky jsme pouze uvedli profesi jako vedoucí. Paní Dagmar bydlela toho času ve městě, byla zaměstnaná, považovala se za ateistu a svůj zdravotní stav považovala za dobrý. Jako svou zájmovou činnost uvedla četbu knih a turistiku. Podstoupila léčebnou terapii IVF a to dva cykly.

Paní Dagmar dle popsání svého vlastního příběhu chtěla dosáhnout dobrého vzdělání, ale profesní kariéra pro ni nebyla to nejdůležitější – „vlastně nebyla mým cílem“, jak uvedla. Toužila po harmonické a šťastné rodině.

To také prožívala, měla šťastné manželství a podle jejích slov „úžasného a inteligentního syna“. Sama si často uvědomovala, jak šťastný život má. Avšak ze dne na den díky tragické události o syna přišla, zhroutil se jí svět a vše harmonické skončilo.

I přes tuto krutou ránu osudu život nevzdávala, i když o tom vážně uvažovala. Jak popisuje „čas léčí, ale neuzdraví a bolest zůstává“. Nevzdala to a po dvou cyklech IVF terapie čeká s manželem dítě. Velice se na něho těší a cítí, že život má pro ni zase smysl.

Paní Dagmar dosáhla v dotazníku ESK těchto hodnot: Sebeodstup – 43 bodů, Sebepřesah – 72 bodů, Svoboda – 58 bodů, Odpovědnost – 63 bodů, Personalita – 115, Existencialita – 121, Celkový skóre – 236. Jak vidíme, krom Sebepřesahu jsou všechny hodnoty vysoké a spadají do decilu D_{10} , což značí nejvyšší vnímání naplnění smyslu vlastního života.

V Logo – testu pro ženy paní Dagmar dosáhla hodnoty 7 bodů, což spadá do kvartilu Q_1 a ten značí pevné existenciální zakotvení, dobré a adekvátní zvládnání zátěže.

2. Lucie, 27 let, vdaná, vyšší odborné studium. Číslo 2

Paní Lucie uvedla i příjmení, ale v důsledku zachování anonymity a etiky uvádíme pouze jméno, trvalé zaměstnání neuvvedla. Paní Lucie, bydlící ve městě, toho času s trvalým zaměstnáním, považující se za ateistu, hodnotila svůj zdravotní stav jako dobrý. Zájmovou činnost uvedla chůzi. Jako léčebnou terapii uvedla dva cykly IVF.

Paní Lucie popisovala svůj vlastní příběh heslem „z pekla štěstí“. Byla vychovávána prarodiči, její matka nebyla schopná se o dceru postarat a otec umřel, když jí bylo 13 let. Bohužel jí také již v mladém věku (17 – ti let) zemřel i dědeček, kterého považovala za svého tatínka. Po maturitě odletěla za tehdejším přítelem do Anglie za prací. Vztah ale nevydržel ani půl roku a po půl roce se vrátila domů. Po návratu poznala svého nynějšího manžela, začala studovat vysokou školu, ale pro ni špatný obor, a tak studium ukončila. Rozhodla se jít pracovat do zdravotnictví zdravotní sestru. Vdala se, chtěla mít děti a nešlo to.

Po třech a půl hodinové operaci se dozvěděla diagnózu Endometriózy a nemožnost spontánně otěhotnět. Poté následovala ještě jedna operace. S manželem vyhledali pro ně vhodné centrum asistované reprodukce a hned první pokus IVF se zdařil a narodila se jim dcera.

Po dvou a půl letech prodělala druhé IVF a opět bylo úspěšné. V době vyplňování dotazníku paní Lucie očekávala narození dvojčat, chlapců.

Paní Lucie dosáhla v dotazníku ESK těchto hodnot: Sebeodstup – 36 bodů, Sebepřesah – 77 bodů, Svoboda – 49 bodů, Odpovědnost – 61 bodů, Personalita – 113 bodů, Existencialita – 110 bodů a Celkový skóre – 223 bodů.

U této respondentky zaujímá decil D_{10} tyto kategorie: Sebepřesah, Odpovědnost a Personalita. Decil D_9 je u Celkového skóru. Decil D_8 : Sebeodstup a Existenciality a decil D_7 je zastoupený u kategorie Svoboda.

Vidíme, že i když jsou u paní Lucie decily nižší, ve vyhodnocení Logo – testu pro ženy dosáhla hodnoty 7, což značí kvartil Q_1 a tudíž vysoké existenciální zakotvení.

3. Andrea, 37 let, vdaná, vysokoškolské studium. Číslo 30

Paní Andrea uvedlo jméno, příjmení nikoli. Paní Andrea uvedla jako bydliště město, zaměstnaná byla toho času zaměstnaná jako bankovní úředník, náboženské vyznání neměla ujasněno a své zdraví považovala za dobré. Zájmovou činnost neuvedla. Jako léčebnou terapii uvedla prodělání čtyř cyklů IVF.

Paní Andrea popisovala svůj život jako velmi zdařilý do doby, než chtěla otěhotnět a založit si rodinu. Nemohla otěhotnět celých sedm let. Jak sama uvedla „nemohla jsem dosáhnout toho, co má každý“ Prodělala dva neúspěšné cykly IVF, kdy se odevzdala celá do rukou lékařů. Nakonec si uvědomila, že se nezamýšlela sama nad sebou, a že musí začít u sebe. Začala se tedy zabývat sama sebou, poznávala reflexní terapii, léčitelství, bylinky a hlavně jógu. Začalo se jí postupem času měnit myšlení a přístup k životu. Zklidnila se, přijala samu sebe a cítila pokoru k životu. Věděla, že i život bez dětí se dá žít a věřila, že pokud dítě má k ní přijít, přijde.

A pak jako zázrakem čtvrtý pokus IVF probíhal bez komplikací a paní Andrea se svým manželem očekávala narození dvou holčiček.

Paní Andrea dosáhla v dotazníku ESK těchto hodnot: Sebeodstup – 43 bodů, Sebepřesah – 82 bodů, Svoboda – 57 bodů, Odpovědnost – 65 bodů, Personalita – 125 bodů, Existencialita – 122 bodů a Celkový skóre – 247 bodů.

Tato respondentka byla díky svým hodnotám zařazena všemi kategoriemi do decilu D₁₀.

Výsledek Logo – testu pro ženy nám rovněž ukázal opět pevné existenciální zakotvení a adekvátní zvládnutí zátěže.

4. Jana 33 let, svobodná, středoškolské vzdělání zakončené maturitou. Číslo 11

Slečna Jana uvedla pouze své jméno, ale protože byl dotazník anonymní a respektovali jsme etiku výzkumu, jméno postačilo. Jako své bydliště rovněž uvedla město, byla zaměstnaná jako prodavačka, ateistka. Zdravotní stav hodnotila jako vynikající. Jako zájmovou činnost uvedla posilovnu. Její léčebná terapie spočívala v jednom cyklu inseminace a jeden cyklus IVF.

Slečna Jana uvedla jen velmi málo z vlastního příběhu. Její vyjádření bylo zcela negativní. Uvedla, že se jí prozatím nepodařilo dosáhnout toho, co by v životě chtěla.

Slečna Jana dosáhla v dotazníku ESK těchto hodnot: Sebeodstup – 12 bodů, Sebepřesah – 44 bodů, Svoboda – 20 bodů, Odpovědnost – 21 bodů, Personalita – 56 bodů, Existencialita – 41 bodů a Celkový skóre – 97 bodů. Tato respondentka byla díky svým hodnotám zařazena všemi kategoriemi do decilu D₁.

Výsledek Logo – testu pro ženy nám rovněž ukázal, že slečna Jana svou smysluplnost existence téměř nezažívá a byla by potřeba odborná pomoc. Její hodnota 23, patřila do kvartilu Q_4 , decil D_{10} .

4. INTERPRETACE VÝSLEDKŮ (DISKUSE)

Výsledky dotazníkového šetření jsou převážně kvantitativního charakteru, pouze u Logo – testu pro ženy v III. části, u vyličení vlastního případu, jsme hodnotili dotazník také kvalitativně. Získané údaje dotazníkového šetření jsme znázornili v tabulkách, poté některé hodnoty detailněji v barevných grafech.

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zjistit, jak lze hodnotit smysl života u žen s poruchou fertility, které touží mít vlastní dítě. Ač pravděpodobně neexistuje žádný standardizovaný dotazník zjišťující smysluplnost existence právě u těchto žen, poněvadž tato výzkumná skupina je velmi specifická, trouláme si tvrdit, že dotazník Existenciální škály A. Längeho, Ch. Orglerové a M. Kundiho, dále Logo – test pro ženy od Elizabeth Lukasové nám podal představu o výši vnímané smysluplnosti vlastního života těchto žen.

Vybrané otázky týkající se smysluplnosti existence žen s poruchou fertility byly na základě hlavního cíle diplomové práce zformulovány do cílů dílčích a následně k těmto cílům vyvozeny výzkumné předpoklady.

Při zpracovávání předem stanovených dílčích cílů jsme dospěli k názoru, že smysluplnost existence u těchto žen, nebo chceme-li u tohoto výzkumného vzorku čítajícího 31 žen s poruchou plodnosti, je poměrně příznivá. Sledovaná skupina žen se svou mírou prožívané smysluplnosti zjišťované prostřednictvím celkového skóre Existenciální škály, umístila ve vyšším decilovém rozpětí, konkrétně naše ženy dosáhly v kategorii Sebeprésahu, Svobody, Personality a Celkového skóre decilu D_6 a kategorie Sebeostup, Odpovědnost a Existencialita spadala do decilu D_7 . Hodnoty dosažené v Logo testu dosáhly v průměru za skupinu kvartilu Q_2 , což znamená, že tato skupina žen nevykazuje přítomnost existenciální frustrace a umístění v tomto kvadrantu vypovídá o dobré existenciální zakotvenosti. Z našeho výzkumného vzorku 14 žen dosáhly hodnoty kvartilu Q_1 , 11 žen průměru kvartil $Q_2 + Q_3$ a 6 žen kvartilu Q_4 . Kvartil Q_1 značil pevné existenciální zakotvení, Q_2 a Q_3 průměr, kdy ženy nacházející se v tomto kvartilu zvládaly životní realitu, ale při vzniku potíží, by nemusely dané obtíže umět adekvátně řešit a kvartil Q_4 značil přítomnost existenciální frustrace.

Také v jednom z dílčích cílů jsme řešili otázku porovnání smysluplnosti existence u žen do 30, 40 a nad 40 let. Výsledky hodnocení nám ukázaly, že nejvyšší míru smysluplnosti života dosahovaly ženy do 40 let.

Do této skupiny se řadilo 17 respondentek s průměrným celkovým skóre, pokud jsme hodnotili ESK dotazník, 205, 65; což tuto skupinu řadíme do vyšší hodnoty, do decilu D_7 a výsledná hodnota v Logo – testu pro ženy (10,06) spadala do kvartilu Q_1 , jež znamená, jak už jsme několikrát zmínili, pevné existenciální zakotvení. Na druhém místě se umístily respondentky (počtem 10 – ti) věkem do 30 let, zde jsme dosáhli hodnoty u ESK 194, 90 – decil D_6 . U Logo - testu byla jejich výsledná hodnota (12,4) zařazena do kvartilu Q_2 . A na místě třetím pak ženy věkové kategorie nad 40 let. Jejich celkové skóre činilo 193,00 – decil D_6 a v Logo testu zaujímaly extrémní kvartily Q_1 (6,7) a Q_4 (23,00).

Jak již bylo uvedeno, u ESK vyhodnocení platí, že čím vyšší hodnota celkového skóre, tím vyšší decil a tím vyšší naplněnost smysluplnosti existence vlastního života, kdežto u Logo – testu je to právě naopak a vyšší bodová hodnota značí přiřazení do vyššího kvartilu, a tím pádem i vyšší míru existenciální frustrace.

Když se podíváme na výzkumné předpoklady vyplývající z dílčích cílů, tak u prvního z nich můžeme vyřknout jeho potvrzení. Z výše uvedených dat je zřejmé, že ženy s poruchou fertility mají poměrně příznivou míru smyslu svého života, tohoto výsledku jsme dosáhli na základě výsledných hodnot ESK a Logo – testu. Sebeopřesah (66,00), Svoboda (47,65), Personalita (98,32) Celkové skóre (200,55) – decil 6, Sebeodstup (32,65), Odpovědnost (54,58) a Existencialita (102,23) – decil č. 7. Snad jen musíme zmínit, že jsme měli ve výzkumném vzorku ženy, které se dočkaly zdárného těhotenství a čekaly na příchod svého dítěte, popřípadě dětí.

Ruku v ruce s tímto prvním předpokladem následuje i druhý, který zahrnoval domněnku, že touha po vlastním dítěti je ústřední hodnotou smyslu života žen sledovaného souboru.

Celkové skóre výzkumného vzorku činilo 200,55; což spadalo, dle porovnání s Balcarovými normami, do decilu D_6 . Na základě toho můžeme i druhý předpoklad považovat za ověřený. Protože tyto ženy měly tak vysokou míru smyslu života mít vlastní dítě, tak možná i z tohoto důvodu podstoupily léčebnou terapii, a to i několikrát, navzdory tomu, že je náročná po stránce fyzické, finanční a především psychické.

Předpoklad týkající se snižování smyslu života v závislosti na vzrůstajícím věku lze považovat jen do jisté míry či orientačně také jako potvrzený, neboť hodnoty respondentek v Existenciální škále byly sice v této podskupině žen nejnižší, avšak hodnoty Logo testu byly napůl v obou extrémech (jak v nejpozitivnějším Q_1 , tak v nejzápornějším Q_4). Jak jsme měli možnost zjistit z výše dokumentovaných výsledků hodnocení dotazníkového šetření, skupina respondentek nad 40 let (4 ženy), jejichž průměrná hodnota celkového skóre činila 193,00 – decil č. 6. V Logo – testu byla u dvou žen dosažena hodnota kvartilu Q_1 (6,7) a u dvou kvartil Q_4 (23,00).

Poslední předpoklad, který jsme si stanovili před vlastní realizací výzkumného šetření, se týkal míry smyslu vlastního života u žen, které byly ve fázi očekávání výsledků léčebné terapie, především IVF, a žen, které se již dočkaly zdárného těhotenství a očekávaly příchod vlastního dítěte.

Tento předpoklad se nám vzhledem ke konečnému složení výzkumného vzorku nepodařilo zrealizovat, nezískali jsme ani jednu respondentku z řad žen, které byly v léčebném procesu a na výsledky IVF léčebné terapie čekaly

V této diplomové práci jsme pro ilustraci životní reality našich respondentek uvedli 4 příklady žen, jež se účastnily výzkumu. Tyto ženy nás zaujaly v popisu, vyjádření svého vlastního příběhu a zmínili jsme je také proto, abychom uvedli další využití použitých výzkumných metod. Poslední uvedený příklad nás naopak zaujal v souvislosti nízkého věku respondentky a velmi špatného výsledku hodnocení smysluplnosti vlastního života.

V prvním případě byla paní Dagmar nejstarší účastnicí výzkumu, bylo jí v době vyplňování dotazníků 47 let, měla práci, pevné rodinné zázemí. Co nás především zaujalo, byl fakt, že jako matka si prožila to nejkrutější, co jen matka může zažít. Přežila vlastní dítě, přišla o něj díky tragické události. A i přes tuto velikou nepřízeň osudu se se svým manželem rozhodli, i přes vyšší věk a nesnadnost léčebné terapie IVF, jež bezesporu IVF je, zkusit mít vlastní dítě ještě jednou. Nakonec se to paní Dagmar a jejímu manželovi povedlo a očekávali jeho příchod. Je úctyhodné, že paní Dagmar, ač přesto, kolik měla let a co prožila, měla vynikající výsledky u ESK dotazníku (celkový skóre 236,00) i Logo – testu (hodnota 7 - kvartil Q_1) a vyznačovala velmi vysokou míru smyslu života, jeho naplněnost a velmi pevné existenciální zakotvení.

V druhém případě paní Lucie spadá do té nejmladší kategorie. Ač přes nelehký start do života, ve kterém jí v mladém věku umřel otec, matka nebyla schopna se výchovy dcery ujmout a vychovávali ji prarodiče, svůj život popisuje „jako z pekla štěstí“ je to také pozoruhodné, své prarodiče vnímala jako rodiče, ač věděla, že biologickými rodiči nejsou. Další krutou ránu osudu zažila, když jí po operaci lékaři sdělili, že přirozeně nemůže otěhotnět. Ale ona se nevzdala a po druhém pokusu IVF léčebné terapie čekala na příchod dvojčátek – chlapců. I když výsledky hodnot ESK dotazníků nejsou tak vysoké jako u prvního případu, je zde zastoupen i decil D_7 a to u kategorie Svoboda, jsou tyto hodnoty (celkový skóre 223,00) výborné a značí dobré předpoklady ve vnímání a naplnění smyslu vlastního života. V Logo – testu dosáhla vynikajícího výsledku (hodnota 7), jež spadá do kvartilu Q_1 .

V třetím příběhu paní Andrey nás zaujal počet prodělaných cyklů IVF a to celkem 4. Zaujala nás vytrvalost a touha po vlastním dítěti, i přes to, že léčebná terapie IVF je tak náročná na všechny stránky života člověka. Paní Andrea si na začátku svého příběhu nestěžovala na nic, měla život zdařilý a nemohla pochopit, proč nemůže dosáhnout toho, co má každý. Nemohla otěhotnět celých 7 let. Po dvou neúspěšných cyklech IVF, si uvědomila, že musí začít a pracovat nejprve samou se sebou. Díky alternativním metodám a cvičení jógy se jí postupně měnilo myšlení a postoj k životu, přišlo zklidnění. I ona se nakonec po celkově čtvrtém cyklu IVF léčebné terapie dočkala zdárného těhotenství a očekávali s manželem narození dvojčátek – holčiček.

Paní Andrea měla zastoupeny všechny kategorie u ESK dotazníku (celkový skóre 247,00) v decilu D_{10} . Rovněž Logo – test nám zodpověděl pevné existenciální zakotvení (hodnota 7) – kvartil Q_1 . Dá se říci, že zaujímala nejlepší celkové hodnocení.

Čtvrtý případ jsme uvedli jako protipól všech předešlých. Slečna Jana, prakticky na vrcholu svých sil, a po pouze jednom cyklu IVF a předchozí inseminaci, jež se dočkala úspěšného těhotenství prakticky záhy po začátku léčebných terapií, nás překvapila svými špatnými hodnotami výsledků. Svůj případ nijak nepopsala, pouze uvedla, že nedosáhla toho, o co v životě usilovala. Víme proto jen velmi málo informací z jejího osobního příběhu a případu.

Zaujalo nás především to, že dosáhla zdárného těhotenství, záhy, ale byla dosti negativní. Taky jsme se domnívali, že respondentka špatně pochopila samotné výzkumné šetření a nevyjádřila se v dotaznících adekvátně, anebo vše pochopila a její příběh měl mnohem hlubší podtext. To už jsme ale nezjistili. Výsledky samotných hodnot (hodnota celkového skóre ESK dotazníku byla 97,00 a hodnota výsledku Logo – testu činila 23,00, což spadá do kvartilu Q_4 , decil D_{10}) byly až na samém konci, tedy velmi špatné vnímání naplnění vlastního smyslu existence a přítomnost existenciální frustrace, které vyžadovalo až odbornou pomoc. To už jsme se, bohužel, nedověděli. Doufali jsme, ale že vše mělo zdárný konec, a že i tato žena prožívala a uvědomovala si vlastní smysluplnost existence po narození vlastního dítěte.

5. ZÁVĚR

V této diplomové práci jsme se pokusili prokázat, že i ženy, které mají problémy s otěhotněním a to do takové míry, že musí podstupovat dosti náročnou léčebnou terapii, která zatěžuje fyzickou, ale především psychickou stránku jejich osobnosti, mají dostatečně pozitivní míru smyslu vlastního života a dobré existenciální zakotvení. Jsou schopné adekvátně a účinně čelit různým nástrahám života, které jistě přicházejí do jejich životů a ví si rady s obtížemi, které život přináší.

Dále jsme zjistili, že vzrůstající věk u této výzkumné skupiny má spíše nepodstatný vliv na snížení míry smyslu života. Analýzou životních cest jednotlivých žen bylo zjištěno, že podstatný vliv na míru prožívané smysluplnosti vlastního života má touha existence vlastního dítěte a individuální přístup k životu, jakož i odlišná povaha každé z dotazovaných žen a podpora toho nejbližšího člověka – manžela, partnera..

Jako podnět k dalšímu zkoumání bychom viděli ve vytvoření kontrolní skupiny žen netěhotných a žen s bezproblémovým otěhotněním, a také získání dat od žen, které právě podstupují léčebnou terapii, i když, jak se zdá, je tento výzkumný vzorek těžko dosažitelný vzhledem k již zmiňovanému velkému psychickému vypětí a neochotě se do výzkumu zapojit.

I přese všechno jsme doufali, že tato diplomová práce přinesla nový pohled na danou problematiku a nové poznatky, které se vyskytovaly jak v teoretické tak praktické části a byly pro všechny, jež si tuto práci přečetli, zajímavým přínosem.

6. SOUHRN

Tato diplomová práce, názvem Smysluplnost existence u žen s poruchou fertility, se zabývá prožívanou mírou smyslu vlastního života u žen, které mají problém s otěhotněním a to až do té míry, že musí podstoupit mnohdy dosti náročnou, i několikrát za sebou, léčebnou terapii, kterou je možné v České republice podstoupit.

Výzkumný vzorek, čítající 31 žen, podstoupil vždy stejnou nebo i odlišnou léčebnou terapii, a také vždy se dočkal chtěného těhotenství a očekávání narození vlastního potomka.

Předkládaná diplomová práce se skládá ze dvou základních částí. V první – teoretické, jsou teoretické poznatky z medicíny týkající se různých druhů neplodnosti, zmíněny jsou i různé způsoby řešení této problematiky, poté je zaměřena na psychickou stránku člověka, v našem případě žen s touto diagnózou, je osvětlena, jaká je psychologie těhotenství, co se v ženě během těhotenství odehrává, a jaká je psychologie žen, které mají problém otěhotnět. Následně je přecházeno k vlastní otázce smyslu existence, jsou zmíněny různé aspekty smyslu vlastního života, a nakonec je stručně popsán kontext přístupu zdravotní péče České republiky k ženám s poruchou fertility.

Druhá část se zabývá vlastním výzkumem, jsou popsány metody sběru dat, předem stanovené cíle výzkumného šetření, z toho plynoucí výzkumné předpoklady a prezentace vlastních výsledků. V této části jsou také prezentovány 4 příběhy konkrétních žen, které výzkumníka zaujaly a jsou rozebrány jejich konkrétní výsledky.

Velmi si vážím všech žen, které přistoupily k výzkumnému šetření, a velmi jim děkuji.

Klíčová slova: fyziologie reprodukčního systému ženy, patologie reprodukčního systému ženy, neplodnost, léčba neplodnosti, smysluplnost existence, smysluplnost existence vlastního života u žen s poruchou plodnosti.

7. SOUHRN - SUMMARY

This thesis, titled The meaningfulness of existence for women with impaired fertility, looks at levels of meaning of his own life for women who have difficulty conceiving, and to the extent that they must undergo the often challenging enough, even a few times a therapy treatment that it is possible to take in the Czech Republic.

The research sample numbering 31 woman underwent always the same or different therapy treatment, and always lived to see contrived pregnancy and anticipation of the birth of her own child.

The present thesis consists of two main parts. In the first - theoretical, theoretical knowledge of medicine relating to different types of infertility are discussed and different ways of dealing with this issue, then focuses on the psychological side of woman, in our case, women with this diagnosis is illuminated, what is the psychology of pregnancy, what in a woman during pregnancy takes place, and what is the psychology of women who have difficulty getting pregnant. Subsequently crossing to question the meaning of their own existence, they mention the various aspects of the meaning of his own life, and then briefly describe the context of access to health care Czech Republic to women with impaired fertility.

The second part deals with the research, describes methods of collecting data, predetermined goals of the research, the resulting research assumptions and presentation of results. This section also presents four stories of individual women who have taken the researcher and discussed their concrete results.

I very much appreciate all the women who joined the research investigation, and I thank them greatly.

Keywords: physiology of female reproductive system, reproductive system pathology women, infertility, infertility treatment, meaningful existence, meaningful existence own life for women with impaired fertility.

8. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY – REFERENČNÍ SEZNAM

KNIHY:

1. ČECH, E. 1999. *Porodnictví*. Praha: Grada Publishing. 434 s. ISBN 80 – 7169 – 355 – 3
2. FRANKL, V. E. 1996. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta. 240 s. ISBN 80 – 85319 – 50 - 0
3. FRANKL, V. E. 1997. *Vůle ke smyslu*. 2. Vyd. Brno: Cesta. 212 s. ISBN 80 – 85139 – 63 – 2
4. FRANKL, V. E. 2016. *Utrpení z nesmyslnosti života*. Praha: Portál. 127 s. ISBN 978-80-262-1038-2.
5. KLIMENT, V. 1957. *O neplodnosti*. Martin: Osveta. 84 s. 302 08 – 19 – 451 – 18 859/56 – PSK – HSV
6. KONEČNÁ, H. 2009. *Na cestě za dítětem. Dvě malá křídla*. 2. Vyd. Praha: Galén. 296 s. ISBN 978 – 80 – 7262 – 591 – 8
7. KOZÁKOVÁ, R. 2015. *Základy obecné a vývojové psychologie pro studenty nelékařských zdravotnických oborů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 106 s. ISBN 978 – 80 – 244 – 4259 – 4
8. KŘIVOHLAVÝ, J. 1994. *Mít pro co žít*. Praha: návrat domů. 94 s. ISBN 80 – 85495 – 33 – 3
9. KŘIVOHLAVÝ, J. 2006. *Psychologie smysluplnosti existence. Otázky na vrcholu života*. Praha: Grada Publishing. 204 s. ISBN 80 – 247 – 1370 – 5
10. KUDELA, M., a kol. 2008. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. 2. Vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 273 s. ISBN 978 – 80 – 244 – 1975 – 6

11. LÄNGLE, A. 2002. *Smysluplně žít. Aplikovaná existenciální analýza*. Brno: Cesta.
12. LUKASOVÁ, E. 1997. *Logoterapie ve výchově*. Praha: Portál. 207 s. ISBN 80 – 7178 – 180 – 0
13. MARDEŠIČ, T., a kol. 2013. *Diagnostika a léčba poruch neplodnosti*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 798 – 80 – 247 – 4458 – 2
14. MASLOW, A. H. 2014. *O psychologii bytí*. Praha: Portál. 320 s. ISBN 978 – 80 – 262 – 0618 – 7
15. PETROVÁ, A. 2013. *Vybrané kapitoly z psychologie osobnosti*. Olomouc: Agentura Gevak. 64 s. ISBN 978 – 80 – 86768 – 66 – 3
16. PETROVÁ, A. 2005. *K problematice psychologie existence*. Olomouc: Votobia. 115s. ISBN 80- 7220-2444-8.
17. SHNEIDER, J. W. 2011. *Náš život – náš osud, přiblížit se sami sobě*. Praha: Malvern. 123 s. ISBN 978 – 80 – 87580 – 04 – 2
18. SKORLINKOVÁ, R. 2013. *Základy vývojové psychologie*. Hradec Králové: Gaudeamus, Univerzita Hradec Králové. 160 s. ISBN 978 – 80 – 7435 – 253 – 9
19. STRUSKOVÁ, O. a NOVOTNÁ, J. 2003. *Metoda Ludmily Mojžíšové, cesta k přirozenému otěhotnění*. Praha: Ivo Želazný. 164 s. ISBN 80 – 237 – 3771 – 6
20. TAVEL. P. 2007. *Smysl života podle Viktora Emanuela Frankla*. Praha: Kroměříž. 303 s. ISBN 80 – 7254 – 915 – 4
21. THOROVÁ, K. 2015. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí*. Praha: Portál. 576 s. ISBN 978 – 80 – 262 – 0714 – 6
22. TOMAN, I. 2014. *Štěstí na míru. Kolik štěstí můžeme mít?*. Praha: Taxus international. 196 s. ISBN 978 – 80 – 87717 – 08 – 0
23. Doc. MUDr. ULČOVÁ – GALLOVÁ, Dr.Sc. 2006. *Neplodnost – útok imunity*. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 80 – 247 – 1493 – 0
24. WAHLGRENIS. 2012. *Proč k nám miminko nechce*. Praha: Renata Šoltová – 538. 192 s. ISBN 978 – 80 – 905296 – 0 – 1

ELEKTRONICKÉ ZDROJE:

25. EUROFERTIL.cz [online]. 2016 [cit. 2016 – 01 - 20]. Dostupné z: <http://www.Eurofertil.cz/cz/neplodnost/muzska – neplodnost>

26. PROZENSKEZDRAVI.cz [online]. 2016 [cit. 2016 – 01 - 20]. Dostupné z: <http://www.Prozenskezdravi.cz/planovane – rodičovství – a – asistovana – reprodukce/neplodnost – a – její – lecba>

27. WIKIPEDIA.org [online]. 2016 [cit. 2016 – 01 - 20]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/plodnost>

POUŽITÉ OBRÁZKY:

28. FILES.ZPV-EKOLOGIE.WEBNODE.CZ [online]. 2015 [cit. 2015 – 11 - 25]. Dostupné z: http://files.zpv-ekologie.webnode.cz/system_preview_detail_200002944-8f7f79078b-public/v%C3%BDvoj%20plodu.jpg

29. T2.GSTATIC.com [online]. 2015 [cit. 2015 – 11 - 25]. Dostupné z: <http://t2.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcT402Zeerm7yyEZcQ0Fcoi-foYG0jA1NeBjIqOUQNf5ix3v96U>

30. SKOLAJECNA.cz [online]. 2015 [cit. 2015 – 11 - 15]. Dostupné z: <http://skolajecna.cz/biologie/Images/Textbook/Big/0120000/00218.png>

DIPLOMOVÁ, DISERTAČNÍ PRÁCE:

31. CACKOVÁ, H. 2009. *Prožívání smysluplnosti života u vybraných skupin středoškolské mládeže: diplomová práce*. Olomouc: Univerzita Palackého, Filozofická fakulta. 76s. 17 příl. Vedoucí diplomové práce PhDr. Eleonora Smékalová, Ph.D.

32. SLABÝ, M. 2015. *Smysl života, nezdolnost a závislost na alkoholu: disertační práce*. Olomouc: Univerzita Palackého. Filozofická fakulta. 287 s., 6 příl. Vedoucí disertační práce prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CSc.

9. Seznam obrázků/tabulek/grafů/zkratek

Seznam obrázků

- 1) Obrázek č. 1: Počátek těhotenství
- 2) Obrázek č. 2: Zrání vajíčka
- 3) Obrázek č. 3: Vývoj a zrání plodu

Seznam tabulek

- 1) Tabulka č. 1: Rozdělení nemocí
- 2) Tabulka č. 2: Měřítka pro kvantifikaci výpovědi v III. části Logo – testu – Ž
- 3) Tabulka č. 3: Věk respondentek
- 4) Tabulka č. 4: Výsledky Existenciální škály a Logo – testu pro ženy
- 5) Tabulka č. 5: Decilové rozpětí Existenciální škály
- 6) Tabulka č. 6: Kvartilové normy Logo – testu pro ženy
- 7) Tabulka č. 7 Výsledky Existenciální škály a Logo – testu pro ženy

Seznam grafů

- 1) Graf č. 1: Dosažení vzdělání respondentek
- 2) Graf č. 2: Posouzení vlastního zdravotního stavu respondentkami
- 3) Graf č. 3: Zastoupení léčebné terapie u respondentek

Seznam zkratek

- | | |
|-------------------|--|
| 1) IVF: | Oplodnění ve zkumavce (in vitro fertilizace) |
| 2) Dotazník ESK: | Dotazník Existenciální škály |
| 3) SO: | Sebeodstup |
| 4) SP: | Sebepřesah |
| 5) SV: | Svoboda |
| 6) OD: | Odpovědnost |
| 7) Hrubý skóre P: | Součet hrubých skóre SO a SP |
| 8) Hrubý skóre E: | Součet hrubých skóre SV a OD |

Seznam zkratk

9) Celkový skór CS:	Součet hrubých skórů P a E
10) P:	Personalita
11) E:	Existencialita
12) CS:	Celkový skór

10. Seznam příloh

- 1) Příloha č. 1 – Dotazník č. 1: Dotazník demografických údajů
- 2) Příloha č. 2 – Dotazník č. 2: Dotazník existenciální škály
- 3) Příloha č. 3 – Dotazník č. 3: Logo – test pro ženy
- 4) Příloha č. 4 – Anotace
- 5) Příloha č. 5 – CD s obsahem diplomové práce (nachází se v zadní části práce,
v obálce)

PŘÍLOHA č. 1: Dotazník demografických údajů

Než začnete pracovat na dotaznících, vyplňte, prosím, následující údaje.

	DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE	Zvolte, prosím, pro Vás vyhovující možnosti:	Použijte krížkování celého pole takto:	
1.	Věk (rok narození):			
2.	Pohlaví:	žena muž		
3.	Rodinný stav:	ženatý/vdaná rozvedený/á	vdovec/vdova	svobodný/á
4.	Vzdělání:	ZŠ	SŠ s maturitou	Vysoká škola Vysoká škola s programem doktorského studia
5.	Současné povolání: (napíšte profesi)			
6.	Studenti zaměření studia:	humanitní zaměření	technické zaměření	umělecké zaměření
7.	Bydliště:	město ateista	přírodovědné zaměření vesnice	zdravotnické zaměření jiné
8.	Náboženské vyznání:	věřící (bezvěrec)	nemám ujasněno	
9.	Stálé zaměstnání v současnosti:	ano	student	invalidní důchodce
10.	Řekl byste, že Vaše zdraví je:	Vynikající	Není špatné	špatné
11.	Pohybová aktivita: (obvykle za týden v hodinách)			
12.	Jiná zájmová činnost: (obvykle za týden v hodinách). Stručně vyplňte jaká.			

PŘÍLOHA č. 2: Dotazník existenciální škály

Existenciální škála

A. Längleho, Ch. Orglerové a M. Kundiho

Dotazník

Jméno:

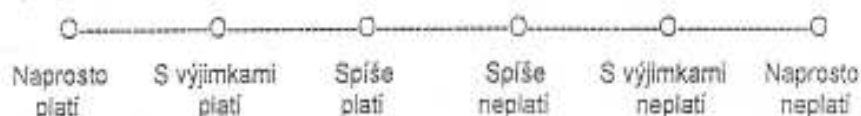
Věk: r. Muž / Žena Datum a místo:

Povolání nebo škola:

© Beltz Test GmbH, Göttingen · Patisk a jakékoli rozmnožování jsou zakázány

© Testcentrum Praha s.r.o · Objednávky pod číslem

Posudte, prosím, nakolik dále uvedené výroky platí právě o Vás. U každého výroku proškrtněte na připojené vodorovné stupnici křížkem X vždy to kolečko, jehož pozice to nejlépe vyjadřuje. (Při posuzování výroku neberte v úvahu příležitostné krátkodobé výkyvy.)



Nakolik o mně platí tento výrok?

PLATÍ NEPLATÍ

- | | |
|---|---------------------------------|
| 1) Často zanechám důležitých činností, protože je mi nepříjemná námaha s nimi spojená. | ○-----○-----○-----○-----○-----○ |
| 2) Cítím, že mě mé úkoly osobně oslovují. | ○-----○-----○-----○-----○-----○ |
| 3) Významné pro mě je jenom to, co odpovídá mému přání. | ○-----○-----○-----○-----○-----○ |
| 4) V mém životě není nic dobrého. | ○-----○-----○-----○-----○-----○ |
| 5) Nejraděj se zabývám sám (sama) sebou - svými starostmi, přáními, sny a obavami. | ○-----○-----○-----○-----○-----○ |
| 6) Většinou se nedokážu soustředit. | ○-----○-----○-----○-----○-----○ |
| 7) S tím, co jsem doposud vykonal(a), jsem nespokojen(a), protože si myslím, že jsem měl(a) dělat něco důležitějšího. | ○-----○-----○-----○-----○-----○ |
| 8) Vždy se řídím podle toho, co ode mne očekávají druzí. | ○-----○-----○-----○-----○-----○ |
| 9) Nepříjemná rozhodnutí se snažím bez dlouhého uvažování odložit na později. | ○-----○-----○-----○-----○-----○ |
| 10) Snadno se nechám odvést i od prací, které dělám rád(a). | ○-----○-----○-----○-----○-----○ |
| 11) V mém životě není nic, o co bych se docopravdy rád(a) zasadil(a). | ○-----○-----○-----○-----○-----○ |
| 12) U mnoha věcí nechápu, proč bych je měl(a) dělat právě já. | ○-----○-----○-----○-----○-----○ |
| 13) Myslím, že můj život tak, jak jej vedu, není k ničemu dobrý. | ○-----○-----○-----○-----○-----○ |
| 14) Připadá mi těžké pochopit význam mnohých věcí. | ○-----○-----○-----○-----○-----○ |

Nakolik o mně platí tento výrok?

PLATÍ

NEPLATÍ

- | | |
|--|---|
| 15) Dovedu sám (sama) se sebou dobře vycházet. | <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> |
| 16) Věnuji příliš málo času tomu, co je důležité. | <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> |
| 17) Nikdy mi není hned jasné, co mohu v dané situaci udělat. | <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> |
| 18) Mnoho toho dělám jen proto, že to musím dělat, a ne proto, že to dělat chci. | <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> |
| 19) Když nastanou problémy, snadno ztrácím hlavu. | <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> |
| 20) Většinou dělám věci, které bych mohl(a) stejně tak dobře udělat později. | <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> |
| 21) Vždy znovu jsem zaujat(a) tím, co přináší den. | <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> |
| 22) Většinou až při svém jednání zjišťuji, jaké má moje rozhodnutí následky. | <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> |
| 23) Když se musím rozhodovat, nemohu se vůbec spoléhat na svůj cit. | <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> |
| 24) I když mi na něčem velmi záleží, brání mi nejistota, jak to dopadne, abych to udělal(a). | <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> |
| 25) Nikdy přesně nevím, za co jsem odpovědný(-á). | <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> |
| 26) Cítím se vnitřně svobodný(-á). | <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> |
| 27) Cítím, že mi život ukřivdil, protože mi nedopřál splnění mých přání. | <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> |
| 28) Když vidím, že nemám možnost volby, je to pro mě úleva. | <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> |
| 29) Jsou situace, ve kterých se cítím zcela bezmocný(-á). | <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> |
| 30) Dělán mnoho věcí, ve kterých se ve skutečnosti nevyznám. | <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> |
| 31) Obvykle nevím, co je v dané situaci důležité. | <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> ----- <input type="radio"/> |

Nakolik o mně platí tento výrok?

PLATÍ

NEPLATÍ

- 32) Splnění vlastních přání má přednost.
- 33) Je mi zatěžko vcítit se do druhých lidí.
- 34) Bylo by lépe, kdybych nebyl(a).
- 35) Mnohé věci, se kterými mám co dělat, jsou mi v podstatě cizí.
- 36) Rád(a) si dělám svůj vlastní názor.
- 37) Cítím se rozháraný(-á), protože dělám příliš mnoho věcí najednou.
- 38) I při důležitých věcech mi schází síla k tomu, abych vytrval(a).
- 39) Dělán mnohé věci, které vlastně ani dělat nechci.
- 40) Situace mě zajímá jen potud, pokud vyhovuje mým přáním.
- 41) Když jsem nemocný(-á), nevím, co si počít s tím časem.
- 42) Jen zřídka kdy vidím, že v nějaké situaci mám více možností, jak jednat.
- 43) Okolní svět mi připadá jednotvárný.
- 44) Jen zřídka kdy se klade otázka, zda něco chci dělat, protože to většinou dělat musím.
- 45) V mém životě není nic opravdu krásné, protože všechno má své pro a proti.
- 46) Moje vnitřní nesvoboda a závislost mi působí potíže.

○—○—○—○—○—○

○—○—○—○—○—○

○—○—○—○—○—○

○—○—○—○—○—○

○—○—○—○—○—○

○—○—○—○—○—○

○—○—○—○—○—○

○—○—○—○—○—○

○—○—○—○—○—○

○—○—○—○—○—○

○—○—○—○—○—○

○—○—○—○—○—○

○—○—○—○—○—○

○—○—○—○—○—○

○—○—○—○—○—○

PŘÍLOHA č. 3: Dotazník č. 3: Logo – test pro ženy

LOGO - TEST - Ž

(Elisabeth S. Lukasová / K.B.)

Jméno: _____ Věk: _____

Povolání: _____ Vzdělání: _____

1) Přečtěte si následující výroky. Jsou-li mezi nimi takové, které se k Vám osobně tak hodí, jako by pocházely přímo od Vás, prosím, přiřaďte k nim "ANO". Jsou-li mezi nimi takové, které zcela odporují Vašemu názoru, prosím, přiřaďte k nim "NE". Pokud pro Vás bude rozhodnutí mezi "ANO" a "NE" obtížné, můžete nechat okénko prázdné.

1) Příjemný a klidný život bez velkých nesází a s dostatečným hmotným zabezpečením pokládám za velice dobrou věc.

2) Mám své představy, jaká bych chtěla být a čeho bych chtěla dosáhnout, a tyto představy se podle možnosti snažím uskutečňovat.

3) Citím se velmi dobře doma v kruhu rodiny a ráda bych přispěla k vytvoření takového domova i dětem.

4) V povolání, které nyní vykonávám nebo pro které se připravuji, vidím své pravé uplatnění.

5) Mám k jednomu člověku nebo k více lidem závazky či vztahy, jejichž naplňování mi působí radost.

6) Mimo své zaměstnání nebo studium mám ještě nějaký další zájem (třeba odborný nebo oddechový), kterému se věnuji nebo budu věnovat, jakmile na to budu mít čas.

7) Některé zážitky (třeba poznávání něčeho nového, prožívání umění, vnímání přírody apod.) mi přinášejí radost a nerada bych je postrádala.

8) Věřím, že mám v životě nějaký svůj úkol (ať v oblasti mravní, společenské, ve službě pokroku apod.) a snažím se jej plnit.

9) Mám život zkalený nouzí, nemocí nebo jinou vážnou starostí a všemožně usiluji o to, abych tyto těžkosti překonala a dosáhla zlepšení.

10) Prosím, udělejte křížek do okénka k té odpovědi, která nejlépe vystihuje, jak často jste dosud prožívala následující zážitky. Snažte se být upřímná.

1) Bezmocný vztek, že všechno, co jsem dosud vykonala, bylo nadarmo.

velmi často občas nikdy

2) Přání, být ještě jednou dítětem a moci začít život znovu od začátku.

velmi často občas nikdy

3) Poznání, že se snažím před sebou samou nebo před jinými lidmi ukazovat svůj život lepší či plnější, než doopravdy je.

velmi často občas nikdy

4) Nechuť zatěžovat se hlubším a možná nepříjemným přemýšlením o tom, co činím a co tím způsobuji.

velmi často občas nikdy

5) Naději, že i když mě třeba potká nezdar nebo neštěstí, tak z toho přesto mohu nakonec učinit prospěšnou věc, když pro to nasadím všechny své síly.

velmi často občas nikdy

6) Takový neklid, který mě zbavuje rozumného pohledu na věci a trápí mě tak, že ztrácím zájem o to, co se děje.

velmi často občas nikdy

7) Myšlenku, že bych si jednou před smrtí musela říct: "Nestálo za to žít."

velmi často občas nikdy

III)

1) Popište Vám tři případy:

- a) Jedna žena se nemohla ve svém životě věnovat tomu, co si vždy přála uskutečnit. Místo toho si však během doby vytvořila dobrou příležitost k jiné prospěšné činnosti a plně se jí věnovala s takovým zaujetím, že v ní dosáhla mnoha úspěchů a velmi dobrých vyhlídek do budoucna.
- b) Jedna žena se ve svém životě stále a plně věnovala pouze tomu, co si vytýkla za svůj životní cíl. Vůbec se jí to nedařilo, avšak neustále se snažila svůj záměr uskutečnit, i když se kvůli tomu musela mnohého v životě vzdát a nic dobrého tím nedosáhla.
- c) Jedna žena se nemohla ve svém životě věnovat tomu, co si vždy přála uskutečnit. Učinila proto kompromis mezi svými vlastními cíli a okolnostmi, které jí zabránily jich dosáhnout. Povinností, které na ni připadly, plnila ukázněně, i když bez zvláštní radosti. Mezitím však, když to zrovna je možné, věnuje se svým osobním zájmům.

2) Prosím, odpovězte k popsaným případům (vepište do okénka písmeno):

Která z těchto žen je nejšťastnější?

Která z těchto žen nejvíce trpí?

3) Prosím, vylíčte nyní několika větami svůj vlastní "případ" tak, že vzájemně porovnáte, co jste v životě chtěla a oč jste se snažila, co z toho jste docílila a jak toto vše nyní pro sebe hodnotíte:

PŘÍLOHA č. 4: ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Aneta Knapová
Katedra:	Psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Alena Petrová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2016

Název práce:	Smysluplnost existence u žen s poruchou fertility
Název v angličtině:	Meaningfulness of existence in women with impaired fertility
Anotace práce:	<p>Tato diplomová práce, názvem Smysluplnost existence u žen s poruchou fertility, se zabývá mírou smyslu vlastního života u žen, které mají problém s otěhotněním a to až do té míry, že musí podstoupit mnohdy dosti náročnou, i několikrát za sebou, léčebnou terapii, kterou je možné v České republice podstoupit.</p> <p>Výzkumný vzorek, čítající 31 žen, podstoupil vždy stejnou nebo odlišnou léčebnou terapii, a také vždy se dočkal chtěného těhotenství a očekávání narození vlastního potomka.</p> <p>Předkládaná diplomová práce se skládá ze dvou základních částí. V první – teoretické, jsou teoretické poznatky z medicíny týkající se různých druhů neplodnosti, zmíněny jsou i různé způsoby řešení této problematiky, poté je zaměřena na psychickou stránku</p>

	<p>člověka, v našem případě žen s touto diagnózou, je osvětlena, jaká je psychologie těhotenství, co se v ženě během těhotenství odehrává, a jaká je psychologie žen, které mají problém otěhotnět. Následně je přecházeno k vlastní otázce smyslu existence, jsou zmíněny různé aspekty smyslu vlastního života, a nakonec je stručně popsán kontext přístupu zdravotní péče České republiky k ženám s poruchou fertility.</p> <p>Druhá část se zabývá vlastním výzkumem, jsou popsány metody sběru dat, předem stanovené cíle výzkumného šetření, z toho plynoucí výzkumné předpoklady a prezentace vlastních výsledků. V této části jsou také prezentovány 4 příběhy konkrétních žen, které výzkumníka zaujaly a jsou rozebrány jejich konkrétní výsledky.</p> <p>Velmi si vážím všech žen, které přistoupily k výzkumnému šetření, a velmi jim děkuji.</p>
<p>Klíčová slova:</p>	<p>fyziologie reprodukčního systému ženy, patologie reprodukčního systému ženy, neplodnost, léčba neplodnosti, smysluplnost existence, smysluplnost existence vlastního života u žen s poruchou plodnosti</p>
<p>Anotace v angličtině:</p>	<p>This thesis, titled The meaningfulness of existence for women with impaired fertility, looks at levels of meaning of his own life for women who have difficulty conceiving, and to the extent that they must undergo the often challenging enough, even a few times a therapy treatment that it is possible to take in the Czech Republic.</p> <p>The research sample numbering 31 woman underwent always the same or different therapy treatment, and always lived to see contrived pregnancy and anticipation of the birth of her own child.</p>

	<p>The present thesis consists of two main parts. In the first - theoretical, theoretical knowledge of medicine relating to different types of infertility are discussed and different ways of dealing with this issue, then focuses on the psychological side of woman, in our case, women with this diagnosis is illuminated, what is the psychology of pregnancy, what in a woman during pregnancy takes place, and what is the psychology of women who have difficulty getting pregnant. Subsequently crossing to question the meaning of their own existence, they mention the various aspects of the meaning of his own life, and then briefly describe the context of access to health care Czech Republic to women with impaired fertility.</p> <p>The second part deals with the research, describes methods of collecting data, predetermined goals of the research, the resulting research assumptions and presentation of results. This section also presents four stories of individual women who have taken the researcher and discussed their concrete results.</p> <p>I very much appreciate all the women who joined the research investigation, and I thank them greatly.</p> <p>Keywords: physiology of female reproductive system, reproductive system pathology women, infertility, infertility treatment, meaningful existence, meaningful existence own life for women with impaired fertility.</p>
<p>Klíčová slova v angličtině:</p>	<p>physiology of female reproductive system, reproductive system pathology women, infertility, infertility treatment, meaningful existence, meaningful existence own life for women with impaired fertility</p>

Přílohy vázané v práci:	<ol style="list-style-type: none"> 1) Příloha č. 1 – Dotazník č. 1: Dotazník demografických údajů 2) Příloha č. 2 – Dotazník č. 2: Dotazník existenciální škály 3) Příloha č. 3 – Dotazník č. 3: Logo – test pro ženy 4) Příloha č. 4 – Anotace 5) Příloha č. 5 – CD s obsahem diplomové práce
Rozsah práce:	83
Jazyk práce:	Český jazyk

**PŘÍLOHA č. 5: CD s obsahem diplomové práce (nachází se v
zadní části práce v obálce)**