

# **Neplodnost a její vliv na partnerský vztah**

Petra Talašová

---

Bakalářská práce  
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav pedagogických věd  
akademický rok: 2010/2011

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra TALAŠOVÁ**  
Osobní číslo: **H08560**  
Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Neplodnost a její vliv na partnerský vztah**

### Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury.**  
**Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti reprodukční medicíny.**  
**Příprava metodiky výzkumné části.**  
**Realizace kvalitativního výzkumu zaměřeného na partnerský vztah ovlivněný neplodností.**  
**Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.**  
**Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**DOSTÁL, J. Etické a právní aspekty asistované reprodukce: Situace ve státech přijatých do Evropské unie v roce 2004. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. ISBN 978-80-244-1700-4.**

**MACKŮ, F., ČECH, E. Gynekologie. Praha: Informatorium, 2002. ISBN 80-7333-001-6.**

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

**ŘEŽÁBEK, K. Léčba neplodnosti. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2103-3.**

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jarmila Šťastná**  
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **20. ledna 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **6. května 2011**

Ve Zlíně dne 20. ledna 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
*děkan*



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.  
*ředitelka ústavu*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 5.5./2011

.....  
Talašová

*1) Zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevyděločně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opis, rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školní nebo studijní povinnosti vyplývající z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 3.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá především psychologickými aspekty neplodnosti a možnostmi řešení tohoto stavu. Teoretická část vychází z odborné literatury, která pojednává o příčinách, diagnostice a léčbě neplodnosti. Dále se věnuje tomu, jak moc je plodnost důležitá pro muže a pro ženu, jejich prožíváním neplodnosti, uvádí možnosti řešení a způsoby, jak se s neplodností vyrovnat. Praktická část prezentuje výsledky kvalitativního výzkumu, jehož cílem bylo zjistit, jak neplodnost ovlivňuje partnerský vztah v procesu její léčby pomocí metod asistované reprodukce.

Klíčová slova: neplodnost, partnerský vztah, psychika, prožívání, asistovaná reprodukce, fertilizace, oocyt, spermie, embryo

## **ABSTRACT**

This thesis mainly deals with psychological aspects of infertility and possible solutions to this condition. The theoretical part is based on scientific literature, which discusses the causes, diagnosis and infertility treatment. Next, it looks at how important fertility is for men and for women, their experience with infertility, states possible solutions and ways to cope with infertility. The practical part presents the results of qualitative research; the aim was to determine how infertility affects a relationship in the process of its treatment by using methods of assisted reproduction.

Keywords: infertility, relationship, psyche, experience, assisted reproduction, fertilization, oocyte, sperm, embryos

Poděkování:

Děkuji vedoucí práce Mgr. Jarmile Šťastné za odborné vedení práce a cenné připomínky, které mi poskytla při zpracovávání bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat RNDr. Janě Březinové, Ph.D., všem respondentkám za ochotu a čas, který mi věnovaly k poskytnutí rozhovoru a své rodině za podporu.

Motto:

*„Manželství bez dětí je jako den bez slunce.“*

Walther von der Vogelweide

Prohlášení:

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 NEPLODNOST</b> .....	<b>13</b>
1.1 VYMEZENÍ POJMŮ.....	13
1.1.1 Neplodnost .....	13
1.1.2 Sterilita a infertilita .....	14
1.1.3 Asistovaná reprodukce .....	14
1.1.4 Vajíčko a spermie.....	15
1.1.5 Embryo .....	15
1.1.6 Partnerský vztah a manželství .....	15
1.2 NEPLODNOST V ČÍSLECH.....	15
1.3 SOCIÁLNÍ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ PLODNOST .....	16
<b>2 PŘÍČINY NEPLODNOSTI</b> .....	<b>19</b>
2.1 PŘÍČINY MUŽSKÉ NEPLODNOSTI.....	19
2.2 PŘÍČINY ŽENSKÉ NEPLODNOSTI.....	21
2.3 SPOLEČNÉ PŘÍČINY NEPLODNOSTI.....	23
2.4 NEVYSVĚTLITELNÁ NEPLODNOST .....	23
<b>3 DIAGNOSTIKA NEPLODNOSTI</b> .....	<b>25</b>
3.1 STANOVENÍ DIAGNÓZY U MUŽE .....	25
3.2 STANOVENÍ DIAGNÓZY U ŽENY .....	26
<b>4 LÉČBA NEPLODNOSTI</b> .....	<b>29</b>
4.1 MEDIKAMENTÓZNÍ METODY .....	29
4.2 CHIRURGICKÁ TERAPIE.....	30
4.3 METODY ASISTOVANÉ REPRODUKCE .....	30
4.3.1 Intrauterinní inseminace .....	30
4.3.2 In vitro fertilizace .....	31
4.3.3 Zákony a právní předpisy .....	32
4.3.4 Etické otázky léčby neplodnosti .....	33
4.4 REHABILITAČNÍ METODA MOJŽIŠOVÉ.....	34
4.5 BALNEOTERAPIE.....	34
4.6 ALTERNATIVNÍ METODY .....	35
4.7 PSYCHOTERAPIE .....	36



<b>5</b>	<b>VLIV NEPLODNOSTI NA PSYCHIKU PARTNERŮ</b> .....	<b>37</b>
5.1	VÝZNAM PLODNOSTI PRO MUŽE.....	38
5.2	DŮLEŽITOST DÍTĚTE PRO ŽENU .....	38
5.3	EMOCIONÁLNÍ PROŽÍVÁNÍ PARTNERŮ PŘI NEPLODNOSTI.....	39
5.3.1	Stadia emocionálních reakcí na neplodnost .....	39
5.3.2	Jak na neplodnost reaguje muž.....	41
5.3.3	Jak na neplodnost reaguje žena .....	42
5.4	ZPŮSOBY, JAK SE VYROVNAT SE SITUACÍ.....	42
5.5	PSYCHOLOGICKÁ POMOC NEPLODNÝM PÁRŮM .....	44
<b>6</b>	<b>MOŽNOSTI ŘEŠENÍ NEPLODNOSTI PÁRU</b> .....	<b>46</b>
6.1	NÁHRADNÍ RODINNÁ PÉČE.....	46
6.2	NÁHRADNÍ MATEŘSTVÍ.....	47
6.3	BEZDĚTNOST .....	47
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>49</b>
<b>7</b>	<b>KVALITATIVNÍ VÝZKUM</b> .....	<b>50</b>
7.1	VÝZKUMNÝ PROBLÉM .....	50
7.2	VÝZKUMNÝ CÍL .....	50
7.3	VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	51
7.4	METODA VÝZKUMU.....	51
7.5	VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	52
7.5.1	Seznámení s respondentkami .....	53
7.6	PRŮBĚH VÝZKUMU .....	54
7.7	ZPŮSOBY VYHODNOCENÍ DAT.....	56
<b>8</b>	<b>VÝSLEDKY VÝZKUMU</b> .....	<b>58</b>
8.1	VLIV NEPLODNOSTI NA PARTNERSKÝ VZTAH .....	58
8.2	PROŽÍVÁNÍ SPOJENÉ S NEPLODNOSTÍ .....	64
8.3	ZVLÁDÁNÍ SITUACE .....	68
8.4	MOŽNOSTI.....	73
8.5	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU .....	77
8.6	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	80
	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>81</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>83</b>
	<b>SLOVNÍK POJMŮ</b> .....	<b>86</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>92</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>93</b>

## ÚVOD

V rámci Týdne zdraví jsem měla možnost zúčastnit se přednášky na téma Neplodnost a její řešení, kterou zajistila Poradna pro ženy a dívky sídlící ve Zlíně, kde jsem absolvovala praxi. Jako přednášející byla pozvána MUDr. Ludmila Lázničková, lékařka s gynekologickou specializací, která se dlouhodobě věnuje problematice řešení poruch plodnosti a jejich prevenci. Do té doby jsem se problematikou neplodnosti nikterak nezabývala, ale to se změnilo poté, co jsem si ji vybrala jako téma bakalářské práce.

Přestože narůstá počet obyvatel naší planety, dochází k paradoxní situaci. V hospodářky vyspělých zemích světa je nízká porodnost a stále častěji se setkáváme s páry, jejichž touha po dítěti zůstává nenaplněna. Pravdou je, že neplodnost v ekonomicky vyspělých zemích postihuje přibližně 10 – 15 % párů, tedy asi každý 7. až 10. pár a očekává se další pozvolný nárůst. Podobná čísla vykazuje i Česká republika, kde má problémy s početím přibližně každý 6. pár. Pokud snahy o potomka trvají déle než jeden rok a k pohlavnímu styku dochází dvakrát až třikrát do týdne bez jakékoli ochrany před otěhotněním, hovoří se zde o neplodnosti. Neplodnost byla zařazena na seznam mezinárodní klasifikace nemocí, kterou vydala Světová zdravotnická organizace a označuje se jako nemoc páru. Ve většině případů se nejedná o trvalý stav. V současné době existuje mnoho způsobů, jak situaci řešit. Jedním z nich jsou metody asistované reprodukce, které zaznamenávají rychlý vývoj, a využívá jich stále více párů, které se potýkají s nedobrovolnou bezdětností. Přibližně v 90 % se lékařům podaří neplodnost vyléčit.

V posledních letech se problematika neplodnosti dostává do povědomí veřejnosti prostřednictvím internetu a časopisů, ale jedná se spíše o informace medicínského rázu. O tom, jak neplodné páry svoji situaci prožívají, zvládají a jaké důsledky to má pro jejich vztah, ještě mnoho napsáno nebylo. Najdeme jen pár českých knih, které se zabývají psychologickými a sociologickými důsledky neplodnosti, a to často jen okrajově. Obecně se ale neplodnost považuje za stresující životní situaci, která je doprovázena řadou psychosociálních reakcí. Narušuje životní pohodu člověka a může vést až k depresím a nízkému sebehodnocení.

Teoretickou část bakalářské práce jsem rozdělila do šesti kapitol. První kapitola vymezuje základní pojmy, uvádí výsledky statistik spojené s problematikou neplodnosti a zaměřuje

se na sociální faktory ovlivňující lidskou plodnost. Druhá kapitola se zabývá příčinami neplodnosti na straně muže a ženy, společnými příčinami a nevysvětlitelnou neplodností.

Třetí kapitola pojednává o způsobech stanovení diagnózy u muže i u ženy, čtvrtá kapitola se snaží přiblížit některé možnosti léčby neplodnosti, pátá kapitola se zabývá tím, co znamená plodnost pro muže a co pro ženu, prožíváním neplodnosti a způsoby jejího zvládnání. Šestá kapitola uvádí další možnosti řešení neplodnosti páru, jako jsou formy náhradní rodinné péče, náhradní mateřství či volba života bez dětí.

Praktickou část bakalářské práce tvoří kvalitativní výzkum, kde je hlavním cílem zjistit, jak neplodnost ovlivňuje partnerský vztah v procesu její léčby v centru asistované reprodukce. Dílčí cíle se vztahují na prožívání neplodnosti a její léčby, způsoby zvládnání léčby a zaměřují se také na přístup páru k možnostem řešení nedobrovolné bezdětnosti. V kapitolách jsou popsány zvolené kvalitativní metody, podle kterých byla získaná data z rozhovorů zpracována, analyzována a následně interpretována.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 NEPLODNOST

Podle Hollé (2011) je touha po zplození potomka naprosto přirozená, biologicky i evolučně zcela normální. Nicméně v současné době přibývá párů, které mít dítě nemohou, přestože po něm prahnou a snaží se o něj. Pokud si člověk sám nezvolí život bez dětí, je pro něj diagnóza neplodnosti zátěží, se kterou není snadné se vyrovnat.

V této kapitole se zabývám vysvětlením základních pojmů, které považuji za stěžejní vzhledem k obsahu bakalářské práce. Dále uvádím statistické údaje, které se týkají úhrnné plodnosti v České republice, míry neplodnosti u nás i v dalších ekonomicky vyspělých zemích, úspěšnosti léčby neplodnosti a v neposlední řadě míry neplodnosti v určitém věku. Je potřeba zmínit také sociální vlivy, které výrazně zasáhly do lidské plodnosti.

### 1.1 Vymezení pojmů

Problematika neplodnosti zahrnuje celou řadu pojmů. V následující podkapitole vysvětluji ty nejzákladnější, jako je například (např.) sterilita, infertilita, asistovaná reprodukce (AR), partnerský vztah, manželství a jiné (aj.).

#### 1.1.1 Neplodnost

Světová zdravotnická organizace definuje **neplodnou dvojici** jako muže a ženu, kteří nedosáhli otěhotnění po dvou letech nechráněných pohlavních styků. American Fertility Society uvádí v definici interval jeden rok, protože tento interval vychází z poznatku, že 95 % párů dospělo ke koncepci při nechráněném styku do 13 měsíců (Ventruha, 2008).

Jak uvádí Řežábek (2008a, s. 10), „*neplodnost je vždy diagnózou páru, tedy konkrétního muže a konkrétní ženy. Za neplodný považujeme pár v případě, že nedojde k otěhotnění po jednom roce pravidelného pohlavního styku.*“

Podle mého názoru je definice American Fertility Society nejvýstižnější, protože bere v úvahu průměrnou délku doby, během které se podaří drtivé většině párů dosáhnout početí a podle toho stanovit časovou hranici, po jejíž překročení by se už jednalo o problémy s otěhotněním. V ostatních definicích autoři bohužel neuvádějí, jakým způsobem k časové hranici jednoho či dvou let dospěli. Otázkou také zůstává, jaký interval nechráněných pohlavních styků je považován za pravidelný. Také se domnívám, že by časová hranice, po jejíž překročení už se jedná o neplodnost, neměla být jednotná pro všechny věkové ka-

tegorie, zejména (zejm.) u žen, které se rodí s určitým konečným počtem vajíček, kdežto mužům se spermie tvoří stále v průběhu života. Jsou velké rozdíly v plodnosti, když je ženě dvacet a když překročí pětatřicet let, kdy plodnost rapidně klesá, proto by měla být časová hranice neplodnosti s různým věkem různě nastavená.

### 1.1.2 Sterilita a infertilita

Neplodnost zahrnuje pojmy jako je sterilita nebo infertilita. V českém prostředí se termínem **sterilita** označuje neschopnost páru otěhotnět po více než roce nechráněného pohlavního styku, termínem **infertilita** potom neschopnost donosit plod, tedy potráčivost. V zahraniční literatuře se pojmu infertilita užívá obvykle pro neplodnost a potráčivost ženy, pro neplodnost muže i pro neplodnost páru (Konečná, 2009).

Jak uvádí Ventruba (2008, s. 149), „**sterilita** je stav, kdy žena není schopna otěhotnět. Neplodnost žen, které v anamnéze neudávají žádné těhotenství, se označuje jako **primární sterilita**. O **sekundární sterilitě** hovoříme, pokud žena uvádí těhotenství ukončené porodem, potratem nebo těhotenství mimoděložní.“

„**Infertilita** znamená, že žena bez problému otěhotní, ale není schopna dítě donosit a porodit životaschopný plod. V anglosaské terminologii se neplodnost označuje termínem *infertility*“ (Ventruba, 2008, s. 149).

Dle mého názoru by se země měly sjednotit v užívání a vysvětlování jednotlivých termínů. Za přehledné považuji rozdělení na sterilitu a infertilitu a dále členění sterility na primární a sekundární. Zahraniční literatura, která užívá pojmu infertility pro „všechno“, vysvětluje problematiku velmi obecně.

### 1.1.3 Asistovaná reprodukce

Při řešení neplodnosti se často uplatňuje AR, která představuje léčebné metody, při kterých se odebere vajíčko z vaječníku, které je následně oplodněno mimo tělo a poté zavedeno zpět do těla. Nejpoužívanější metodou je in vitro fertilizace (IVF) (Doherty, Clark, 2006).

### 1.1.4 Vajíčko a spermie

Dále považuji za důležité přiblížit pojmy vajíčko, spermie a embryo, s kterými je manipulováno v rámci technik AR. Podle Konečné (2009) je **vajíčko** neboli oocyt označení pro ženskou pohlavní buňku a **spermie** neboli spermatozoid je podle Novotny (1997) název pro mužskou pohlavní buňku, která zajišťuje přenos genetické informace a slouží k oplodnění vajíčka.

### 1.1.5 Embryo

Spojení spermie a vajíčka, při kterém vzniká embryo, se odborně říká fertilizace (Doherty, Clark, 2006). **Embryo** neboli zárodek je podle Řežábka (2008b) název pro oplozené vajíčko od okamžiku, kdy se rozdělilo na dvě buňky.

### 1.1.6 Partnerský vztah a manželství

Neplodnost je považována za nemoc páru, a to partnerského nebo manželského. Šulová (2007) vysvětluje pojem partnerský vztah a manželství následovně. **Partnerský vztah** chápe jako soužití dvou jedinců včetně jedinců homosexuálních. **Manželství** je podle ní partnerství, které je společností určitým způsobem legalizováno a v tomto soužití nemusí být přítomny děti.

## 1.2 Neplodnost v číslech

Podle Kocourkové (2009) nedávná transformace reprodukčního chování většiny vyspělých populací vyústila ve vytvoření takzvaného (tzv.) modelu pozdní plodnosti, který je často spojován s dosažením celkově nižšího počtu narozených dětí výrazně pod hranici prosté reprodukce. Např. v České republice klesla hodnota úhrnné plodnosti (průměrný počet dětí narozených jedné ženě během jejího reprodukčního období v kalendářním roce) pod hranici 1,2 dětí na jednu ženu už v roce 1996 a dodnes je stále na úrovni, která se označuje jako extrémně nízká plodnost, to je nižší než 1,3. Stále více žen odkládá založení rodiny do vyššího věku a narůstá podíl žen, které zůstávají záměrně i nechtěně bezdětné.

Podle studií demografů neplodnost v ekonomicky vyspělých zemích narůstá a postihuje přibližně 10 – 15 % párů, to znamená (tzn.) každý 7. až 10. pár (Ventruba, 2008). Podobně je na tom i Česká republika, kde odhadem každý 6. pár má problémy s početím, část z nich

se obrátí na gynekology, urology a praktické lékaře. Dnes existují i specializovaná pracoviště, která se snaží potřebným párům pomáhat různými metodami moderní medicíny. Úspěšnost léčby se pohybuje mezi 40 – 50 %. Každé 10. dítě se rodí po prodělané léčbě neplodnosti. Přibližně 3 % ze všech narozených dětí jsou výsledkem umělého oplodnění (Freundl, Gnoth, Frank-Herrmann, 2008). Např. ve Spojených státech amerických každoročně vyhledá léčbu více než 1 milión párů a v České republice 8 – 10 tisíc partnerských dvojic ročně (Doherty, Clark, 2006).

Výzkumy ukazují, že největší problémy s neplodností mají ženy ve věku 35 až 44 let (Doherty, Clark, 2006). Některé prameny uvádějí, že ve 20 letech jsou infertilní pouhá 2 % žen, kolem 35. roku věku už 25 % a na přelomu 40 let až 40 % (Hollá, 2011). Ve skutečnosti se jen 2 % všech dětí rodí ženám starším čtyřiceti let (Freundl, Gnoth, Frank-Herrmann, 2008). Pravděpodobnost otěhotnění naprosto zdravého páru v jednom menstruačním cyklu je asi 25 %. Podle statistik 60 % párů otěhotní v průběhu šesti měsíců, 80 % po devíti měsících a 85 % až po dvanácti měsících intenzivního snažení. Zbývajících 15 % má větší či menší problémy (Konečná, 2009).

Vzhledem ke statistikám by páry zřejmě neměly odkládat rodičovství až do pozdního věku. Je totiž velká pravděpodobnost, že dosažení těhotenství přirozenou cestou nebude možné nebo potrvá i několik roků. Vajíčka ženy stárnou spolu s ní a jejich počet i kvalita se snižuje. Ani spermie současného muže nelze srovnávat s kvalitou spermií mužů žijících v minulém století. Hranice normálních hodnot spermiogramu musela být kvůli neustále se snižující kvalitě a počtu spermií několikrát změněna, protože u většiny mužů jednotlivé parametry spermiogramu již neodpovídaly normě.

### 1.3 Sociální faktory ovlivňující plodnost

Člověk je po dosažení dospělosti postaven před rozhodnutí, zda mít nebo nemít děti, případně kdy a jaký počet. V minulosti lidé tyto události neměli možnost nějakým způsobem ovlivnit. S rozvojem antikoncepce a právní úpravou týkající se interrupcí se situace změnila. Partnerské dvojice si najednou mohly naplánovat dobu, kdy počnou prvního potomka a zda vůbec. Průměrný věk matek v České republice se při narození prvního dítěte v roce 2008 pohyboval kolem 29. roku.



Podle Kocourkové (2009) je změny v životním stylu a reprodukčním chování lidí důležité chápat v kontextu celkového rozvoje společnosti. Větší důraz je kladen na seberealizaci a sebenaplnění člověka jako jedince. Dítě přestává být prioritou v životě rodičů. Zároveň je poukazováno na větší ekonomickou a sociální nejistotu, ve které se v současné době mladí lidé nacházejí.

Do lidské plodnosti zasáhla celá řada sociálních vlivů:

- **Mění se role a ambice žen.** Mnoho žen práce naplňuje do té míry, že kvůli ní odkládají založení rodiny.
- **Odklad založení rodiny.** Dnešní ženy přivedou na svět svého prvního potomka v průměru o tři roky později, než tomu bylo před dvaceti lety. Výzkumy ukazují, že plodnost ženy klesá s věkem, k rapidnímu poklesu pak dochází především po dovršení 35. roku věku.
- **Častější užívání antikoncepce.** Rozšířené užívání hormonální antikoncepce a kondomů zapříčinilo to, že méně často dochází k tzv. náhodným těhotenstvím. V současné době mají rodiny možnost lépe naplánovat narození potomka na dobu, kdy se cítí finančně zajištěny a psychicky připraveny. Výsledkem je to, že partnerské dvojice stále častěji dospějí k rozhodnutí mít rodinu ve starším věku, kdy už jsou předpokládány problémy s otěhotněním.
- **Rozšíření pohlavně přenosných chorob.** Ke zvýšené neplodnosti přispívá také větší rozšířenost pohlavních nemocí, z nichž mnoho zůstává neléčných.
- **Toxické látky v životním prostředí.** V dnešním životním prostředí se nachází více toxických látek než v minulosti. Mnoho lidí dospělo k názoru, že tyto škodliviny mají významný vliv na plodnost a mají podíl i na častějším výskytu samovolných potratů (Doherty, Clark, 2006).

Je sporné, zda je zvyšující se trend odkládání mateřství do pozdějšího věku, než tomu bylo např. před dvaceti lety, rozumné či nikoliv. Pohnutky takového způsobu chování mohou být různé. Mění se hodnoty a jejich pořadí v životě člověka, ale také může být důvodem strach z toho, že jedinec nebude schopen rodinu uživit. S finanční podporou státu u nás příliš počítat nemůžeme. Mnoho mladých párů se často nejprve snaží finančně zabezpečit a pak si teprve pořídit rodinu, to ovšem nějakou dobu trvá. Na jednu stranu takové chování

poukazuje na velkou zodpovědnost, ale na druhou stranu se vystavují riziku, že nastanou problémy s otěhotněním či donošením dítěte v důsledku vyššího věku, než je z biologického hlediska vhodný pro založení rodiny.

## 2 PŘÍČINY NEPLODNOSTI

V této kapitole pojednávám o mužských, ženských a společných příčinách neplodnosti, kde uvádím výčet jednotlivých příčin a jejich charakteristiku. Pokud není původ neplodnosti zjištěn, jedná se o nevysvětlitelnou, tzv. idiopatickou neplodnost, o které se zmiňuji v poslední podkapitole.

Podle Freundl, Gnoth, Frank-Herrmann (2008) je u párů, kterým se nedaří počít dítě, odhalena fyzická porucha asi ve 40 % případů na straně ženy a přibližně stejnou měrou se podílí na neúspěšných pokusech o potomka muž. Asi ve 20 % případů se nachází příčina nezdarů u obou partnerů. Zhruba u 5 % párů, které vyhledají pomoc lékařů, není nakonec nalezena žádná fyzická příčina potíží.

### 2.1 Příčiny mužské neplodnosti

Existuje řada příčin neplodnosti u muže, nejčastěji se jedná o poruchy tvorby a vyzrání spermií a poruchy průchodnosti vývodů, kterými sperma prochází (Doherty, Clark, 2006). Zjistit přesnou etiologii mužské neplodnosti není jednoduché a nemožnost určit přesnou příčinu se uvádí dokonce v 80 % případů (Ventruha, 2008).

#### Abnormality spermií

Množství spermií a jejich kvalita jsou důležitou součástí mužské plodnosti. Problémy nastanou, je-li množství semene nedostačující, počet spermií je snížený nebo nemají správnou pohyblivost. Pojem oligospermie znamená nízký počet spermií. U některých mužů nedochází k tvorbě žádných spermií, tento stav je označován jako azospermie. Astenospermie značí nižší pohyblivost spermií, teratospermie je název pro morfologické defekty spermií. Často dochází u těchto jevů k jejich vzájemné kombinaci, např. oligoastenospermie. (Doherty, Clark, 2006).

#### Varikokéla

Podle Freundl, Gnoth, Frank-Herrmann (2008) je asi u 16 – 18 % pacientů ve varlatech objevena varikokéla – křečová žíla. Jedná se o rozšíření žil v oblasti šourku, které se vyskytuje převážně na levé straně. Následkem tohoto jevu žilní krev na levé straně již neproudí zpět, ale obráceně. Narušené krevního zásobení varlat pak poškozuje jejich tkáň. Onemocnění je dáno vlohami jednotlivce.

### Poškození vývodného systému

**Vasektomie** je nejčastější příčinou neprůchodnosti vývodního systému. Jedná se o dobrovolně prodělanou operaci, kdy se přeruší vývodní systém, kterým prochází sperma. Jde o antikoncepční metodu, kterou si muž časem přeje odstranit. Kromě vasektomie je další příčinou **blokáda v labyrintu velmi jemných kanálků**, kterými prochází semeno. Tyto kanálky jsou umístěny v nadvarletí, chámovodu a ejakulačních kanálkách. Přerušeni průchodnosti může nastat v jakékoli části vývodního systému mezi varletem a močovou trubicí. Neprůchodnost může trvat již od narození, ale k poškození kanálků dochází také později v průběhu života (Doherty, Clark, 2006).

### Dědičné a vrozené poruchy

U některých mužů se může vyskytovat abnormálně změněná část reprodukčního systému nebo mohou některé jeho části zcela chybět. Např. až 1 % mužů se narodí s **nesestouplým varletem** (Doherty, Clark, 2006).

Podle Novotny (1997) jsou další komplikací ovlivňující plodnost **chybějící chámovody**. Jedná se o dědičnou vadu, při které chybí kanálky, kterými prochází sperma od varlat do močové trubice. Tímto problémem je postiženo méně než 5 % neplodných mužů. Chirurgická náprava není možná a ani jiné terapeutické pokusy nespějí k obnovení plodnosti.

Další z příčin mužské neplodnosti je syndrom Sertoliho buněk. Podstatou je to, že v průběhu fetálního vývoje daného muže nedošlo k vývoji Leydigových buněk, které produkují spermiie. Za normálních okolností Sertoliho buňky pouze aktivně kontrolují tvorbu spermií ve varlatech (Doherty, Clark, 2006).

### Imunologické poruchy

Podle Ulčové-Gallové (2006) u některých mužů dochází k tvorbě protilátek proti vlastním spermiím. Z hlediska imunologie je mužská plodnost snížena tím více, čím vyšší je koncentrace protilátek a čím větší množství spermií je jimi povlečeno. U Evropanů se nejčastěji setkáváme s typem protilátky namířené proti hlavičkám, krčkům a bičíkům spermií. Tyto protilátky spermiie shlukují a znemožňují tak jejich normální pohyb, který je potřebný proto, aby se dostaly pohlavním ústrojím ženy až k vajíčku.

### **Infekce**

Infekce mohou vést ke vzniku jizevnaté tkáně blokující kanálky, jimiž prochází sperma, nebo mohou ovlivňovat tvorbu spermií či jejich pohyblivost (Doherty, Clark, 2006).

### **Deficit (nedostatečnost) hormonů hypofýzy**

Podle Novotny (1997) řídí tvorbu spermií ve varlatech endokrinní systém. Hypotalamus vylučuje hormon, který uvolňuje gonadotropní uvolňovací hormon (GnRH) směrem k hypofýze. Hypofýza vylučuje folikuly stimulující hormon (FSH) a luteinizační hormon (LH), které působí na Leydigovy buňky nacházející se ve varlatech. Leydigovy buňky produkují testosteron, který stimuluje tvorbu spermií v Sertoliho buňkách. Pokud dojde k porušení koloběhu, nastává problém. Spermie se nevytvoří nebo se budou tvořit ve velmi malém množství na to, aby byly účinné.

### **Ejakulační problémy**

Mezi nejčastější příčiny poruch ejakulace jsou impotence a retrográdní (zpětná) ejakulace (Doherty, Clark, 2006). Erektální dysfunkce je název pro neschopnost dosažení a udržení takového stupně erekce penisu, aby bylo možné uskutečnit sexuální styk (Kawaciuk, 2000). Retrográdní ejakulace nastane, když sperma odchází do močového měchýře místo toho, aby prošlo penisem (Novotny, 1997).

### **Léky**

Podle Doherty, Clark (2006) může mít na mužskou plodnost vliv celá řada běžně užívaných léků, které naruší hladiny hormonů mající důležitý vztah k tvorbě spermií. Tu významně ovlivňují také anabolické steroidy.

## **2.2 Příčiny ženské neplodnosti**

Podle Freundl, Gnoth, Frank-Herrmann (2008) je k otěhotnění ženy nezbytné, aby její tělo vyprodukovalo vajíčko schopné oplodnění a aby přišlo do styku se spermií, která ho bude schopna oplodnit. Nejprve se tedy zjistí, jestli jsou v jejím těle produkována vajíčka schopná oplodnění, musí být zkontrolována pochva, děloha i vaječníky – tedy cesta, kterou musí spermie urazit při putování za vajíčkem.

**Ovariální**

Označuje změny činnosti vaječníků, které jsou nejčastější příčinou poruch plodnosti. Dochází při nich k omezení nebo zástavě tvorby zralých vajíček – tzv. anovulace, kterou často doprovází nepravidelný menstruační cyklus, někdy zvýšené ochlupení, obezita atd. Někdy je při ovulačních cyklech změněna funkce žlutého tělíska (Macků, Čech, 2002).

**Tubární**

Většinou se jedná o uzávěr průsvitu vejcovodu v některém jeho úseku. K uzávěru vejcovodu obvykle dochází následkem zánětu. Proniknutí spermie k vajíčku mohou zabránit srůsty v okolí vejcovodů a změny uložení jejich břišních vyústění (Macků, Macků, 1996).

**Děložní**

Podle Freundl, Gnoth, Frank-Herrmann (2008) může být vnitřek dělohy poznamenán prodělanými záněty nebo nepříliš vydařenými operacemi (např. revizí po předchozím potratu). Následkem toho je pro oplodněné vajíčko velmi obtížné uhnízdit se na vhodném místě.

**Cervikální**

Zahrnují morfologické a funkční změny. Časté jsou potom následné fyzikálně-chemické změny cervikálního hlenu, které mohou představovat vážnou bariéru pro průchod spermií děložním hrdlem. Stejnou překážkou může být poševní infekce (Macků, Čech, 2002).

**Vaginální**

Ve velmi málo případech není žena vůbec schopna pohlavního styku. Příčina může být tzv. vaginismus – křečovitě sevření pochvy nebo také anatomicky neobvyklá pochva (Freundl, Gnoth, Frank-Herrmann, 2008).

**Extragenitální**

Snížená plodnost žen může být důsledkem poruch v oblasti hypotalamo-hypofyzárního systému nebo průvodním příznakem určitých onemocnění, především chorob žláz s vnitřní sekrecí. Podobný vliv na plodnost mohou mít i poruchy, výživy, nedostatek bílkovin, požívání narkotik, chronické intoxikace, nadměrné pití alkoholu a podobně (apod.), (Macků, Macků, 1996).

### **Imunologické**

Podle Ulčové-Gallové (2006) jsou spermie pro ženu antigenně i geneticky úplně cizí. U ženy, která je neplodná z imunologické příčiny lze předpokládat poruchu přirozené snášlivosti. Reprodukční trakt takové pacientky je schopný již při prvním setkání se spermii vytvořit protilátky, které je ničí.

### **Psychogenní**

Jestliže nejsou zjištěny žádné fyzické příčiny neplodnosti, potom se může jádro problému nacházet v psychice. Rozhodně tomu tak nemusí být ve všech případech. Důvody mohou být čistě biologické, možná je jen dnešní medicína dosud nezná nebo je neumí prokázat (Freundl, Gnoth, Frank-Herrmann, 2008).

## **2.3 Společné příčiny neplodnosti**

Společné příčiny neplodnosti mohou znamenat, že se u partnerů kombinují některé její faktory, ale také to, že jeden nebo oba v páru vytvářejí protilátky proti spermiím – imunologická neplodnost (Novotny, 1997). Tato forma neplodnosti se vyskytuje jen zřídka. Byla diagnostikována méně než 2 % párů, kterým se nedaří zplodit potomka (Freund, Gnoth, Frank-Herrmann, 2008).

## **2.4 Nevysvětlitelná neplodnost**

Zde se setkáváme s rozdílnými názory na to, zda je lepší příčinu neplodnosti znát či nikoli. Jsem přesvědčena, že je vždycky dobré vědět, co neplodnost způsobuje, protože víme proti čemu bojovat a podle toho určit nejvhodnější léčbu.

V odborném jazyce medicíny jsou veškeré neznámé příčiny nechtěné bezdětnosti nazývány jako „idiopatické“. Nečekaně mají však páry s nevysvětlitelnou neplodností lepší vyhlídky na úspěšnost ošetření než páry, u kterých je příčina nepochybně diagnostikována. Navíc je procentuální podíl spontánních otěhotnění u tohoto druhu neplodnosti podstatně vyšší než u ostatních neplodných dvojic. Tzn., že se po dlouhém čase bezdětnosti může přece jen dítě ohlásit (Freundl, Gnoth, Frank-Herrmann, 2008).

Podle Novotny (1997) může být nevysvětlitelná neplodnost jednou z těch nejhorších diagnóz, se kterou se dá jen těžko vypořádat. Páry mohou mít dojem, že se nemohou vzdát

pokusů, a zároveň jim takové snažení může připadat bezdůvodné, protože netuší, proti čemu stojí. Je to pocit absolutní bezmocnosti.

Hledání příčin neplodnosti by mělo probíhat současně u obou partnerů. Chybou je, jestliže se nalezne příčina u jednoho z nich a u druhého se už nehledá. Vzhledem k tomu, že se na příčině neúspěšných pokusů o potomka podílí muži a ženy stejnou měrou a společně až ve 20 %, měla by být vyšetření provedena se stejnou pozorností u obou partnerů.



### 3 DIAGNOSTIKA NEPLODNOSTI

Když se partnerům nedaří dlouhou dobu počít dítě, dříve či později navštíví lékaře, který se bude snažit zjistit původ potíží. Pro zjištění příčin neplodnosti je potřeba udělat řadu vyšetření, na jejichž základě se stanoví diagnóza. Některá vyšetření v této kapitole uvádím a stručně popisují jejich charakter.

Na odhalování příčin při problémech s plodností se podílejí specialisté z oboru gynekologie, andrologie, urologie, imunologie, endokrinologie, sexuologie, genetiky atd. (Konečná, 2009).

#### 3.1 Stanovení diagnózy u muže

Ve většině případů muže vyšetří nejprve praktický lékař, který obvykle provede vyšetření spermatu. Pokud zjistí nějaké abnormality, doporučí muže většinou k urologovi. U něj podstoupí celou řadu dalších vyšetření a bude se rovněž ptát na všechny prodělané nemoci. Také se odebírá krev na vyšetření infekčních chorob a hormonálních hladin. Poté lékař vyšetří pohlavní orgány, posoudí velikost, umístění varlat a okolních orgánů. Dále se provádí vyšetření moči a vzorku semene (Doherty, Clark, 2006).

Způsobů, jak zjistit příčinu mužské neplodnosti existuje celá řada. Já jsem zvolila vyšetřovací metody podle Ventruby (2008):

- **Anamnéza** - zaměřuje se na proběhlé operace na genitáliích, pohlavní choroby, virová onemocnění, mozkové a cévní onemocnění, zevní vlivy aj.
- **Základní vyšetření anatomických poměrů** – provádí se po odebrání anamnézy a zjištění sexuální aktivity.
- **Spermiogram a biochemické vyšetření seminální tekutiny** – jedná se o základní vyšetření plodnosti muže. Jde o kvantitativní mikroskopický rozbor ejakulátu, který byl získán masturbací po krátké, asi 2 – 4 denní pohlavní abstinenci.
- **Hormonální vyšetření** – provádí se před hormonální léčbou. Zahrnuje stanovení koncentrací GnRH, LH a FSH, prolaktinu a plazmatického testosteronu.
- **Kultivační vyšetření** – ureaplazmata, chlamydie, mykoplazmata.

- **Postkoitální test** – jedná se o vyšetření, které hodnotí interakci spermií a ovulačního hlenu. Počet spermií, procento a kvalita jejich pohybu je stanovena pomocí mikroskopického vyšetření cervikálního hlenu v periovulačním období za 2 – 6 hodin po pohlavním styku.
- **Vyšetření protilátek proti spermiím** – je možné jej provést ze séra muže, ženy, seminální plazmy a exsudátů z pohlavního ústrojí ženy.
- **Genetické vyšetření** – jeho prostřednictvím lze prokázat Klinefelterův syndrom, mužský pseudohermafroditismus, mužský Turnerův syndrom a pravý hermafroditismus.
- **Biopsie varlete** – ukazuje se jako vhodná pro zhodnocení spermiogenního epitelu a tubulů při oligoastenospermii před započítím léčby. Výjimku tvoří těžké poruchy, u nichž se nedá předpokládat zlepšení. Toto vyšetření vždy předchází operační léčbě obstrukční aspermie.

### 3.2 Stanovení diagnózy u ženy

Základem pro podrobná vyšetření jsou údaje o porodech, potratech, pravidelnosti menstruace, o délce doby snahy o početí, o operacích i nemocech, které žena prodělala. Vždy se berou v úvahu výsledky dosud provedených vyšetření, pokud už byla někde provedena. Nenajde-li lékař v anamnéze nic směrodatného, začne vyšetřování posouzením tvaru a velikosti pohlavních orgánů a poté ověří, jestli dochází ke zrání vajíčka a jestli jsou průchodné vejcovody. Vždy je snaha vést vyšetření metodami, které pacientku zatěžují co nejméně, ať už časově, finančně či svou nepříjemností, ale které přitom poskytují co nejjednoznačnější výsledky (Řežábek, 2008b).

Podle Konečné (2009) se při stanovení diagnózy u ženy provádějí následující testy a vyšetření:

- **Základní fyzikální vyšetření** – jedná se o běžnou gynekologickou prohlídku genitálního ústrojí, která pomáhá zpřesnit anamnestický závěr a optimalizovat diagnostickou cestu. Vyšetření není příjemné, ale obvykle nečiní pacientům potíže, pokud jsou o jeho obsahu informováni předem.

- **Vyšetření ovulace** – ovulaci lze prokázat např. z analýzy krve, děložního hlenu i ultrazvukem. Ženy mohou pro zjištění ovulace samy provést ovulační testy, které odhalí vzestup LH v moči krátce před ovulací a měřit bazální teplotu, přičemž zvýšení teploty v druhé polovině cyklu prokazuje ovulaci a fungující žluté tělísko. Vyšetření má minimální nároky na čas, ale velmi ovlivňuje psychiku ženy, protože se stále sleduje a ještě více se zaměřuje na otěhotnění. Na druhé straně může mít dobrý pocit z toho, že se podílí na diagnostice, což jí pomáhá snížit pocit vlastní bezmoci.
- **Vyšetření děložního hlenu** – je potřebné zjistit, jestli má žena prostupné genitální cesty pro spermie. Na základě tohoto vyšetření lze např. stanovit termín ovulace, lze ho použít k vyšetření penetrace spermií i k mikrobiologickým analýzám. Odběr děložního hlenu se provádí odsátím injekční stříkačkou nebo nátěrem vatovou štětičkou z čípku a povrchu pochvy. Tzv. postkoitálním testem se dá navíc zjistit, jestli jsou spermie schopné oplodnění. Vyšetření není bolestivé, ale nevýhodou může být nutnost proceduru opakovat. Časově náročné pro pár může být naplánování styku a vyšetření u postkoitálního testu.
- **Vyšetření prostředí dělohy a pochvy** – kromě nátěru z pochvy je někdy potřeba provést biopsii, kdy se odebírá malým ostrým nástrojem kus tkáně z dělohy. Občas žena absolvuje při celkovém znecitlivění tzv. kyretáž, která zahrnuje odběr celé povrchové vrstvy dělohy. Jako diagnostický úkon slouží např. pro stanovení průběhu menstruačního cyklu a kvality děložní sliznice, a sice jestli je schopná uchytit a vyživovat embryo.
- **Vyšetření krve** – poskytuje spolehlivý přehled o hormonálních hladinách a infekcích, o přítomnosti protilátek, genetické výbavě, imunitě atd. Toto vyšetření slouží ke stanovení kvality spermií i vajíčka, míry prostupnosti genitálních cest a schopnosti uhnízdit a vyživovat vajíčko. Nevýhodou tohoto vyšetření je opět jeho časté opakování, protože se mění různé ukazatele.
- **Laparoskopie** – umožňuje kontrolu pánevních a břišních orgánů. U ženských poruch plodnosti má dvojitý význam: diagnostický a terapeutický. Laparoskop se zavádí jedním až třemi otvory v břišní stěně, kudy se zavedou potřebné nástroje, kamera spojená s televizní obrazovkou a videem a zdroj světla. Operátor sleduje obrazovku

a pomocí nástrojů, které ovládá zvenčí, provede daný výkon. Pacientka je v celkové anestezii. Nutností je hospitalizace na jeden až dva dny a pracovní neschopnost trvá asi týden. Laparoskopie není obvykle bolestivá a jizvičky po otvorech jsou za týden téměř neznatelné.

- **Hysteroskopie** – zjišťuje průchodnost genitálních cest a podmínky pro uhníždění i vývoj embrya. Děložní dutina se uměle rozšíří, potom se do ní zavede hysteroskop a prohlídí se hrdlo, děložní dutina a ústí vejcovodů. Tak jako laparoskopie může být využita diagnosticky i terapeuticky. Vyšetření se provádí v celkové anestezii a je nutná hospitalizace na jeden až dva dny. Někdy se současně s hysteroskopií provádí i kyretáž.
- **Hysterosalpingografie** – jedná se o rentgenologické zobrazení děložní dutiny a vejcovodů. Pomáhá zjišťovat průchodnost genitálních cest a také podmínky pro uhníždění a vývoj embrya. Děloha, popřípadě i vejcovody se naplní kontrastní látkou a snímkují se rentgenem. Vyšetření neprobíhá v anestezii. Naplňování kontrastní látkou bývá pro některé ženy bolestivé. Po vyšetření je nutností hospitalizace na jeden až dva dny.
- **Sonografie** – vnitřní orgány jsou pomocí ultrazvuku zobrazeny na obrazovce. Vyšetření slouží k určení ovulace, průchodnosti genitálních cest, kvality vajíček, stáří plodu, stavu plodu a dělohy. Vyšetření není bolestivé, ale je nutné vyšetření několikrát opakovat.

Jednotlivá vyšetření jsou různě náročná. Některá mohou být nepříjemná fyzicky např. pociťování bolesti a jiná zase psychicky např. vyšetření konečníkem či získání spermatu masturbací v prostředí kliniky. Důležité je, aby lékař předem vysvětlil, co dané vyšetření obnáší, aby pacient věděl, co ho čeká a neměl „zbytečné“ obavy. Určitá vyšetření jsou časově náročná, protože se dají provést jen v určitém období ženského cyklu, musí se několikrát opakovat a v mnoha případech je nutná hospitalizace. U některých typů vyšetření je, příčina neplodnosti vyhledána a zároveň odstraněna. Jedná se o laparoskopii a hysteroskopii.

## 4 LÉČBA NEPLODNOSTI

Po zjištění příčin neplodnosti následuje zvolení vhodné léčebné metody. V této kapitole zmiňuji mnoho možností terapie, ale nejčastěji se užívají medikamentózní a chirurgické metody a techniky AR. Tyto způsoby léčby jsou někdy kombinovány s alternativní metodami, jako je homeopatie, akupunktura, přikládání rukou, apod.

### 4.1 Medikamentózní metody

Léčba neplodnosti medikamenty je určena pacientům, kteří se potýkají s nějakou hormonální poruchou a mají narušenou látkovou komunikaci probíhající mezi hypotalamem, hypofýzou a varlaty či vaječníky (Novotny, 1997).

Podle Konečné (2009) rozlišujeme tři základní přístupy:

- **Terapie infekce** – jádrem neúspěchu při snahách o početí dítěte mohou být záněty reprodukčních orgánů u ženy i muže. K odstranění příčin se podávají celkově a místně antibiotika a vitamíny.
- **Terapie imunologické poruchy plodnosti** – při prokázané imunitě proti spermii by se měl po určitou dobu používat kondom, aby se utlumila tato imunita a to v kombinaci s podáváním léků zvaných kortikoidy. V některých případech se doporučuje i intrauterinní inseminace (IUI). Při imunitě proti zoně pellucidě a proti trofoblastu se podávají nízké dávky kortikoidů. Někdy je doporučeno IVF ve spojení s imunosupresivní léčbou. Je možné ji využít k hormonální stimulaci nebo jako náhradu chybějících hormonů, které jsou pro otěhotnění nezbytné.
- **Hormonální terapie** – hormonální neboli endokrinní terapie se provádí zejm. v případech, kdy je příčina poruch plodnosti způsobena hormonální nedostatečností, která narušuje tvorbu spermií nebo průběh ovulace. Indukce ovulace, tedy podpora uvolnění vajíčka, se ovlivňuje podáváním fertilizačních léků. Mezi ty se řadí především clomiphen a GnRH.

Nevýhodou a jistým rizikem mohou být vedlejší účinky některých léků, které sice pomohou dosáhnout početí či donošení plodu, ale také mohou negativně ovlivňovat fyzický i psychický stav pacienta. Přece jen se jedná o manipulaci s hormony, které ovlivňují řadu procesů v organismu.

## 4.2 Chirurgická terapie

Přístup do břišní dutiny může být klasický chirurgický, tedy skrz břišní stěnu řezem dlouhým 8 – 10 cm (Řežábek, 2008b). Další metodou je mikrochirurgie, při níž chirurg operuje za pomoci operačního mikroskopu malým otvorem v břišní stěně. Dále se využívá laparoskopie, při které se v oblasti pupku provádí malý řez dlouhý 0,5 a 1 cm. Kromě toho je třeba udělat jeden až dva další miniaturní otvory v oblasti stydkého ochlupení (Freundl, Gnoth, Frank-Herrmann, 2008).

## 4.3 Metody asistované reprodukce

Mnohé příčiny neplodnosti lze řešit pomocí metod AR, které se neustále vyvíjejí a vyhledávají je páry, které mají problémy s početím, ale i ty, které se potýkají s genetickou zátěží.

*„Asistovaná reprodukce je obor medicíny, který pracuje mimo tělo člověka se spermiemi, vajíčky a embryi s cílem oplodnění ženy“ (Řežábek, 2008a, s. 10).*

### 4.3.1 Intrauterinní inseminace

Podle Freundl, Gnoth, Frank-Herrmann (2008) se období ovulace po předchozí hormonální terapii se třemi zralými folikuly nebo i v přirozeném cyklu zavede měkká cévka k místu, kde vejcovody ústí do dělohy. Pak je přímo do dělohy a vejcovodu vstříknuto asi 0,3 ml upraveného koncentrovaného spermatu. IUI je nekomplikovaná a bezbolestná. Lékař gynekolog ji může provést v rámci běžného vyšetření. Tato procedura zdvojnásobuje šance na otěhotnění oproti normálnímu pohlavnímu styku. V závislosti na indikaci je naděje na úspěch při tomto způsobu inseminace mezi 10 – 20 % na jeden cyklus. Metoda IUI měla být aplikována nanejvýš šestkrát, protože poté je naděje na otěhotnění mizivá.

V roce 1978 se v Anglii narodila Louise Brownová, první „dítě ze zkumavky“. U nás bylo tímto způsobem poprvé počato a následně porozeno dítě v roce 1982 (Konečná, 2009).

### 4.3.2 In vitro fertilizace

Nejčastěji používanou metodou AR je IVF – metoda, která se osvědčila především v léčbě neplodnosti u žen s poruchou průchodnosti vejcovodů, u mužů při abnormalitách počtu nebo funkce spermií a u partnerských dvojic s nevysvětlitelnou neplodností. IVF spočívá v získání vajíček z vaječníku ženy a jejich oplození manželovými nebo darovanými spermiemi v laboratoři. Poté jsou jedno až tři embrya zavedena do dutiny děložní k uhnízdění (Doherty, Clark, 2006). Ke koncepci dojde asi v 25 – 30 % všech provedených umělých oplodnění. Asi 25 – 30 % umělých oplodnění končí úspěšně narozením dítěte (Freundl, Gnoth, Frank-Herrmann, 2008).

#### Nejnovější techniky používané při IVF/ET (in vitro fertilizace/embryotransfer)

- **Mikromanipulační techniky** – metody, při kterých se pod mikroskopem manipuluje s vajíčkem, spermií nebo embryem tak, aby se zvýšila pravděpodobnost oplodnění vajíčka a jeho uhnízdění v děloze. V současné době se nejvíce používají metody intracytoplazmatická injekce (ICSI), při níž se mikrojeklou do vajíčka zavede jedna spermie, asistovaný hatching (AH) a zona driling, při které se narušením obalu embrya zvyšuje pravděpodobnost jeho uchycení v děloze.
- **Mikrochirurgické techniky** – v poslední době se využívají v případech snížené plodnosti u muže. Jde o mikrochirurgický odběr spermií z nadvarlete (MESA), mikrochirurgický odběr spermií z varlete (TESA) a mikrochirurgický odběr semennotvorných kanálků (TESE).
- **Preimplantační genetická diagnostika** – jedná se o techniku, která se užívá k rozpoznání defektů a abnormalit embryí vytvořených pomocí IVF před jejich přemístěním do dělohy. Vzhledem k tomu, že lze přenášet pouze zdravá embrya, je moderní alternativou k postkoncepčním diagnostickým procedurám, jako je např. amniocentéza, jejíž výsledky občas slouží jako indikace k provedení potratu.
- **Další pomocné metody** – již několik desetiletí je využíváno dárcovství spermií při andrologické poruše plodnosti. Dárcovství oocytů je metoda určena ženám, u kterých se nevyvíjejí vlastní vajíčka nebo jejichž vajíčka není možné z různých důvodů použít, např. kvůli genetické zátěži. Hojně je této možnosti využíváno u žen ve věku nad 40 let. Další možností je i dárcovství embrya. K uchovávání embryí slouží kryokonzervace – uložení v hluboko zmrazeném stavu (Konečná, 2009).

### 4.3.3 Zákony a právní předpisy

AR přináší řadu etických a právních otázek. Rychlým pokrokem v oblasti reprodukční medicíny vznikají mnohé problémy, které by vyřešila určitá právní úprava. Právní normy ovšem nejsou regulovány ruku v ruce s tímto vývojem.

#### Právní základy

Podle Zákona č. 227/2006 Sb., o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách lze použít pro účely AR zárodečné buňky poskytnuté dárce, který není v manželském svazku. Darovat vajíčka pro tyto účely může žena od 18 do 35 let věku, darovat spermie muž od 18 do 40 let věku. Ještě jsou stanoveny další podmínky. Dárce musí vyslovit souhlas s provedením výkonu AR, vyslovit souhlas s použitím zárodečných buněk pro umělé oplodnění a se získáním embryonálních kmenových buněk z nadbytečného embrya, které vzniklo z jeho zárodečné buňky, pro výzkum. Tím samym zákonem byla provedena novelizace hlavní zdravotnické normy České republiky, kterou je Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. AR v České republice mohou zdravotnická zařízení provádět výhradně se souhlasem Ministerstva zdravotnictví České republiky. Neplodný pár o ni musí podat písemnou žádost, není ale podmínkou, aby se jednalo o manželský pár. Mezi partnery nesmí ovšem být příbuzenský vztah vylučující podle zákona o rodině uzavření manželství. AR může být provedena u ženy v plodném věku, jestliže tomu nebrání její zdravotní stav (Freundl, Gnoth, Frank-Herrmann, 2008).

Zde vyvstává otázka, zda má narozené dítě, které bylo počato z jedné pohlavní buňky vlastní a z jedné od dárce, právo znát totožnost toho dárce? Dárcovství v České republice probíhá anonymně. Možná by se ani tolik lidí nerozhodlo pro dárcovství, kdyby věděli, že zde existuje právo dítěte znát v tomto případě svého rodiče-dárce.

#### Zdravotní pojišťovny a právní situace

Podle Řežábka (2008b) je úhrada IVF v každé zemi jiná. V některých zemích není AR, tedy ani IVF, hrazena pojišťovnami vůbec, např. ve Velké Británii a v jiných jsou IVF hrazeny prakticky neomezeně, např. v Izraeli. Ve většině zemí však hradí zdravotní pojišťovny několik cyklů s IVF.

V České republice ze Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění vyplývá, že z veřejného zdravotního pojištění se hradí na základě doporučení registrujícího ženského lékaře výkony AR ženám od 18 do 39 let věku. Věkové omezení je dáno datem narození



s připočtením 364 dní. Pár podstupující léčbu má nárok na úhradu maximálně čtyř monitorovaných cyklů se stimulací a v jejich rámci maximálně tří cyklů ET. Co se týče léků, pokud se neužívají základní, musí si pár doplatit i několikatisícové částky. Pojišťovny nehradí techniku ICSI, AH, prodlouženou kultivaci embryí, kryokonzervaci embryí nebo spermií, transfer rozmrazených embryí, MESA, TESE, spermie anonymního dárce, darované vajíčko (Konečná, 2009). IUI je pojišťovnou hrazena šestkrát za rok (Řežábek, 2008a).

Léčba neplodnosti pomocí metod AR je psychicky, fyzicky, časově, ale i finančně náročná procedura. Často musí pár po vyčerpání pokusů hrazených pojišťovnou, šetřit peníze na další, ale čas plyne a právě ten je největším nepřítelem především ženy. V některých případech trvá léčba pomocí metod AR až do té doby, kdy už není početí či donošení plodu z důvodu dosažení určitého věku možné nebo je těhotenství spojeno s vysokým rizikem jak pro ženu, tak pro plod. V případě příchodu menopauzy zbývá použít vajíčka dárkyně nebo zvolit jiný způsob, jak mít dítě např. adopci, kdy ale pár nemůže ve vyšším věku počítat s tím, že by dostal do osvojení kojence.

#### 4.3.4 Etické otázky léčby neplodnosti

Podle Řežábka (2008b) představují metody AR velké možnosti v léčbě neplodnosti. Můžeme si klást otázku, zda je správné všechny tyto metody využívat. Odpovědi budou vždycky závislé na daném kulturním prostředí a tradicích dané společnosti. Co se týče používání sperma dárce, v naší kultuře se setkáváme vesměs s kladným hodnocením, ale v zemích s velkým vlivem islámu se použití darovaného spermatu rovná cizoložství, tedy je zcela nepřijatelné. Podle Konečné (2009) umožňují pravidla muslimů využít metod AR, jestliže je respektována linie genetické identity otce a matky.

Stoupencům římskokatolické církve je možnost řešit neplodnost pomocí metod AR zapovězena, protože jsou její postupy v rozporu se stanovisky tohoto náboženství. Lidské embryo považují od spojení vajíčka a spermie za lidský subjekt se vším respektem, ne jen za shluk buněk. Navíc křesťané považují umělé oplodňování za nepřirozené a nedůstojné a zásadně odmítají jakýkoli neterapeutický zásah na embryu, včetně jejich zmrazování (Konečná, 2009).

Spousta etických otázek už bylo v minulosti vyřešeno. Patří mezi ně např. přípustnost mimotělního oplodnění, kryokonzervace a následné uchovávání embryí. Etické otázky rozebí-

rají etické komise, které jsou zřízeny v nemocnicích, na ministerstvu zdravotnictví atd. Jejich závěry jsou v podstatě jen doporučením, ale v praxi mají téměř váhu pokynu, jak se má postupovat. Etické pohledy vytváří základ, který se poté zčásti přenáší do zákonů, jejichž dodržování je již vymahatelné (Řežábek, 2008b).

#### 4.4 Rehabilitační metoda Mojžíšové

Paní Ludmila Mojžíšová je rehabilitační pracovnice, která svým objevem metody svalového cvičení dokázala odstranit některé druhy funkční sterility u žen a uvolnit svalové spazmy v oblasti páteře a pánevního dna. Cvičení sestává z dvanácti cviků, pokud počítáme dva poslední cviky vymyšlené speciálně pro muže, kteří cvičí pro zlepšení spermioqramu. V roce 1991 uznal ministr zdravotnictví Bojar metodu Mojžíšové jako metodu první volby pro léčbu funkční ženské sterility (Strusková, Novotná, 2003).

Mnohé páry necvičí Mojžíšovou jen proto, že by vyloženě věřily v její úspěch, ale dává jim pocit, že mohou pro dosažení cíle, kterým je dítě, samy něco udělat a ne jen nečinně sedět a přihlížet. Mnoha párům sice tato rehabilitační metoda dítě nepřinese, ale určitě se projeví jinými pozitivními výsledky, jako např. vytvarování postavy, lepší kondice, sblížení s partnerem při cvičích určených pro oba, zbavení se dřívějších bolestí zad či bolestivé menstruace, zlepšení prožitku při sexu nebo třeba lepší náladu vlivem vyplavování endorfinů.

#### 4.5 Balneoterapie

Balneoterapie představuje souhrn různých léčebných postupů, které pacient podstupuje pod lékařským vedením v lázeňském prostředí, většinou po dobu několika týdnů. Lázně navrhuje podle Indikačního seznamu ošetřující lékař. Význam balneoterapie jako souhrnu různorodých léčebných postupů tkví v jejich společné aplikaci. V souvislosti s léčbou poruch plodnosti je nejznámější peloidoterapie a diatermie. V rámci peloidoterapie se užívají tzv. rašelinové tampony, ale ve skutečnosti se jedná o slatinu. Ta se jemně rozdrčená a zahřátá zavede jednoduchým zařízením do vaginy, a poté odstraní výplachem. Účinek je komplexní – mechanický, tepelný i chemický. Diatermie využívá léčebné vysokofrekvenční proudy. Při průchodu proudů tkáněmi dochází v hloubce k jejich prohřátí, které způsobuje rozšíření cév se zvýšeným prokrvením a látkovou výměnou. Teplo má relaxační účinek na příčně pruhované svaly a spasmolytický účinek na hladké svalstvo. Diatermie často

nachází uplatnění právě v gynekologii, především u chronických zánětlivých onemocnění typu adnexitidy (zánět vejcovodů a vaječníků), parametritidy (parametrium – závěsný aparát dělohy tvořený několika vazy) a u poruch plodnosti (Konečná, 2009).

Podle mého názoru nepředstavuje tento druh terapie posun při léčbě neplodnosti. Má spíše relaxační účinek, který může zmírnit psychické důsledky provázející léčbu, ale ne ji vyléčit. Jedině, že by se jednalo o psychické příčiny neplodnosti.

## 4.6 Alternativní metody

Mnohé z těchto léčebných postupů mají staletou tradici a svůj původ v mimoevropské kultuře. Řada alternativních metod slibuje oproti standardní medicíně celostní přístup k tělu, duchu a duši a k tomu léčbu bez vedlejších účinků. Nové léčebné metody je rozumné nejprve probrat s lékařem. V určitých případech může pomoci právě alternativní medicína. K nejznámějším alternativním léčebným metodám řadíme homeopatii a akupunkturu (Freundl, Gnoth, Frank-Herrmann, 2008).

### Homeopatie

Podle Konečné (2009) jde o způsob léčení, který má základ v tom, že podobné se léčí podobným. Tuto metodu zavedl německý lékař Samuel Hahnemann, který vychází z idey, že minimální dávky léčiva povzbuzují životní sílu k větší činnosti, zatímco větší ji ochromují nebo ničí. Klasická homeopatie užívá velmi zředěná léčiva. Homeopatie si klade za cíl podpořit životní sílu organismu, který je schopen bránit se sám proti chorobám.

Vzhledem k tomu, že homeopatie používá malou koncentraci léčivé látky, jsem dospěla k názoru, že ani nemůže být považována za jednu z metod léčby neplodnosti, která by měla vést k početí dítěte či jeho donošení. Přesto ji uvádím, protože někdo se nemusí s mým přesvědčením ztotožňovat. Možná by mohla sloužit jako doprovodná léčba.

### Akupunktura

Má svůj původ v čínské medicíně. Základem je vlastní systematika, která vychází z předpokladu, že lidským tělem prochází 14 meridiánů (drah), kterými proudí energie. Na těchto drahách leží asi 700 akupunkturálních bodů, které jsou při léčbě stimulovány pomocí jehel. V Evropě dosahuje akupunktura dobrých výsledků zejm. při léčbě bolesti a v porodnictví. Účinek v oblasti neplodnosti však nebyl dosud prokázán, ale má jisté sugestivní a psychologické účinky. Může působit jako určitý druh odvedení pozornosti od problémů ohledně

neplodnosti a tím směřovat k uvolnění. I to může pár přiblížit k naplnění touhy po potomkovi (Freundl, Gnoth, Frank-Herrmann, 2008).

#### 4.7 Psychoterapie

Podle Linharta (2005) je psychoterapie v posledních letech hojně zmiňovanou léčbou při poruchách plodnosti. Nenaplňující se touha po dítěti je taková zátěžová situace, že bývá psychologická pomoc potřeba bez ohledu na to, jaká je příčina neplodnosti.

Léčba neplodnosti pro většinu párů představuje velkou zátěž, proto by v každém CAR měl být k dispozici psycholog, který by jim pomohl překonat složitou situaci, kterou s sebou neplodnost přináší. Psychology ovšem často suplují samotní lékaři. Některé páry vyhledají odborníka sami, ale v naší krajině je to spíše výjimka. Většinou se na psychologa neobrátlí, protože nechtějí nabýt pocitu, že si své problémy neumí vyřešit sami nebo si často pletou psychologa s psychiatrem a návštěvu odborníka odmítnou, protože přece nejsou blázni. Mnohé páry se stydí už za to, že dochází do CAR a ještě, aby byly v péči psychologa.

Léčba neplodnosti je většinou během na dlouhou trať. Především hormonální léčba bývá časově náročná, ale páry toužící po dítěti často postrádají trpělivost. Dá se to pochopit. Obvykle se snaží o dítě minimálně rok, než vůbec navštíví lékaře a potom musí ještě v mnoha případech absolvovat časově náročnou léčbu, aby dosáhly početí. Některé dvojice by mohly vidět rychlejší řešení v technikách AR, ale ty často příčiny spíše obcházejí, ale neřeší. Některé příčiny neplodnosti nejsou jen otázkou početí, ale vůbec zdraví člověka. Když nebude původ potíží odstraněn včas, v budoucnu může mít nevratné následky. Domnívám se, že pokud není páru více než třicet let, je lepší příčiny neplodnosti i za cenu delšího čekání na dítě odstranit a snažit se o přirozené početí než volit rychlejší cestu řešení, tedy umělé oplodnění, nehledě na to, že zde se může úspěch dostavit také za velmi dlouhý čas.

## 5 VLIV NEPLODNOSTI NA PSYCHIKU PARTNERŮ

V této kapitole pojednávám o tom, jak důležitá je plodnost pro muže a co znamená mít dítě pro ženu. Pokud nastane situace, že je u páru, který touží po dítěti, diagnostikována neplodnost, obvykle se dostaví určité emocionální reakce, které popisují u muže a u ženy zvlášť. Také se zmiňuji o možnostech, jakými se lze s nedobrovolnou bezdětností vyrovnat a jak může pomoci psycholog.

Mateřství a rodičovství je považováno za běžnou součást života člověka. Pojí se s dospělostí ve smyslu životní náplně a životního úkolu. Lidé, kteří neměli problémy s počtím dítěte, možná ani netuší, jaké břemeno představuje nenaplnující se touha po dítěti pro některé páry. V dnešní době je neplodnost považována za stresující životní situaci, která vede k různým psychosociálním reakcím. Zasahuje do životní pohody člověka a ovlivňuje jeho schopnost „normálně“ komunikovat a jednat. Člověk je svázán jakousi morální povinností zajistit pokračování rodu. Pokud není toto obecné očekávání splněno, pár začne vybočovat z řady a pociťovat stigma. S mateřstvím a rodičovstvím jsou spojovány určité hodnoty, jako je např. radost a potěšení z dětí, dávání a přijímání citu atd. Pokud nejsou muž a žena schopni dosáhnout rodičovství, tyto implicitní hodnoty si hluboce uvědomují a touží po tom, aby se naplnily (Sobotková, 2007).

Touha být rodičem se nemusí zákonitě dostavit u všech lidí. Někdo spatřuje svou životní náplň v jiných oblastech života než v rodičovství, např. v práci. Ženské a mužské role se stírají. Ženy už nejsou předurčeny jen k tomu, aby porodily děti, staraly se o ně a zůstávaly s nimi doma. Dnes mají téměř stejné možnosti uplatnění v určité profesi, jako muži. U některých žen se touha po dítěti zkrátka neobjeví. Než aby se vrhly do něčeho, co vlastně nechtějí, tak často raději zůstanou bezdětné. Někdo může mít třeba obavy, že péči o dítě nezvládne, že ho nebude umět vychovat nebo ho nechce přivádět do tohoto „zkaženého“ světa. Ať už je pravda jakákoli, myslím si, že na bezdětné muže se nepohlíží tak přísně, jako na bezdětné ženy. Od nich je více očekáván jakýsi mateřský pud, který u nich vzbudí touhu po dítěti. Ať už se jedná o bezdětnost dobrovolnou či nikoli, okolí to nemusí rozlišovat, protože často ani nemá informace o tom, jak se věci doopravdy mají. Podle mého názoru je dobrovolně bezdětná žena některými lidmi považována za sobeckou, chladnou a bezcitnou a nedobrovolně bezdětná žena zase za neschopnou. Ona sama může mít pocit, že se něčím provinila, že si za svoji bezdětnost může sama. Jinak je možná na problém bezdětnosti nazíráno na vesnici a jinak ve městě.

## 5.1 Význam plodnosti pro muže

Podle Freundl, Gnoth, Frank-Herrmann (2008) jednotliví muži vnímají svou „hodnotu“ rozdílně. Záleží to na tom, jak důležité jsou pro ně její samotné oblasti. Osobní pocit spokojenosti závisí hlavně na tom, zda jsou různé oblasti života v rovnováze. Pro většinu mužů je stále velmi důležitá práce a úspěšnost v ní. Stejně tak záleží na tom, zda má přátele, jak si s nimi rozumí a jestli ho lidé akceptují v jeho pracovním kolektivu. K pocitu spokojenosti velkou měrou přispívají i úspěchy u žen a neméně důležitá je pro muže vlastní funkčnost, např. v poměřování sil ve sportu nebo s ohledem na pohlavní potenci. Pokud se páru nedaří naplnit touhu po dítěti, muž tím trpí, ale často se zdá, že méně než žena. Možná je to dáno tím, že mnozí muži nedávají své pocity najevo a nemluví o nich, vytěsňují je. Muž může posuzovat neschopnost početí jako osobní selhání a nedobrovolnou bezdětnost hodnotit jako „nepodání výkonu“. V mnoha případech se stává, že muž se obává vůbec jít k lékaři, protože má strach, že příčina nezdarů by mohla být nalezena u něj.

Určitě souhlasím s tím, že je pro muže více či méně důležitý úspěch v práci i u opačného pohlaví, protože jim zvedá sebevědomí, důvěru ve vlastní schopnosti a dává jim pocit jedinečnosti. Muž potřebuje být respektován a uznáván, ať už svými přáteli, partnerkou nebo kolegy v práci. Je pro něj jistě důležité, aby byl úspěšný v oblastech, na kterých mu záleží. Tím, že mají muži potomka, jakoby měli důkaz o vlastní plodnosti. Pokud se muž dozví, že tento důkaz nebude moct poskytnout, nese to určitě velmi těžce. Může nabýt pocitu, že už není opravdovým mužem, že ztratil svou hodnotu. Může se začít považovat za neschopného, ne-li impotentního. Stejně ho může posuzovat jeho okolí, což situaci ještě zhorší. Početí dítěte tedy není samozřejmost, jak by se mohlo zdát.

V mnoha knihách o neplodnosti jsem se setkala se slovním obratem „schopnost početí“. Myslím si, že to není příliš šťastné vyjádření, navíc když je autorem kapacita v daném oboru, která je uznávaná. Neplodný člověk se po přečtení takové knihy může utvrdit v tom, že je neschopný, když se mu nedaří počít dítě.

## 5.2 Důležitost dítěte pro ženu

Většina žen se v dnešní době neztotožňuje výhradně s rolí manželky a matky. Jejich vnímání sebe sama ovlivňují podobně jako u mužů sociální kontakty a profesní úspěch. Význam pro sebevědomí má také uznání druhého pohlaví. Vedle toho je však důležitá i biolo-

gická „způsobilost“ vlastního těla. Pokud zůstává žena dlouhou dobu bezdětná, přestože si dítě přeje, může své tělo vnímat jako něco, co selhává a začne trpět pocity méněcennosti z toho, že nepodává „normální výkon“ (Freundl, Gnoth, Frank-Herrmann, 2008).

Diagnóza neplodnosti má na ženy v mnohém podobný vliv jako na muže. Žena může pociťovat pocity selhání, snížení vlastní hodnoty a nesplnění svého poslání, pokud spatřuje hlavní smysl života v dítěti. Má dojem, že se nemůže srovnávat s ostatními ženami, protože není schopna naplnit roli matky. Jenomže pro ženu to zplazením dítěte nekončí, ona musí dítě ještě donosit, což se bohužel v mnoha případech nepodaří. Na její psychiku to může mít ještě horší dopad, než když se nedaří „jen“ početí, protože si žena během těhotenství, i když nemá dlouhého trvání, často vytvoří k dítěti vztah a pak je těžší se s takovou ztrátou vyrovnat. Mnoho žen, které několikrát potratily, si své těhotenství do skončení prvního trimestru, kdy je riziko potratu vysoké, raději nepřipouští, aby nebyly tolik zklamané.

### **5.3 Emocionální prožívání partnerů při neplodnosti**

Najde-li se příčina neplodnosti u muže nebo trvá-li hledání příčin dlouhou dobu, pár je vystavován stresu, který časem přechází v chronický. Pokud už pár společně překonal nějakou krizi, je velká pravděpodobnost, že situaci lépe zvládne a jejich vztah to neohrozí. Některé páry společné trápení sblíží a posílí, jiné naopak postupně rozděluje. Ve vztahu je pak cítit napětí, negativní pocity, vzájemná averze a zvyšuje se riziko rozpadu manželství či partnerství (Sobotková, 2007).

#### **5.3.1 Stadia emocionálních reakcí na neplodnost**

Typické emocionální reakce na neplodnost jsou jiné podle toho, zda se jedná o muže, ženu nebo pár jako celek. Zvláštní je, že ženy jsou stresovány stejnou měrou bez ohledu na to, zda je příčina na jejich straně nebo na straně partnera (Mikesellová, Stohnerová, 1995, In Sobotková, 2007). Mnohé ženy se často staví do role toho neplodného z páru, přestože příčina neúspěchů spočívá v partnerovi. Mužskou neplodnost totiž pociťují jako okolím více stigmatizovanou než neplodnost ženskou a považují tento způsob vystupování jako menší zlo pro pár (Konečná, 2009).

Podle Novotny (1997) Barbara Eck Menningová použila na neplodnost totožná emocionální stadia s těmi, která Elisabeth Kubler-Rossová vytvořila pro smrt a umírání. Jde o následující stavy:

- **Popírání skutečnosti** – jak si pár začne uvědomovat realitu své neplodnosti, obvykle dochází k prohlubování pocitů. Počáteční překvapení střídá popírání skutečnosti. Popírání skutečnosti se může jevit jako útek od problémů, ale psychologové v tom vidí svůj smysl. Člověk tak získává čas na přizpůsobení se události, která pár obvykle zastihne nepřipravené. Velkou zátěž způsobuje páru i to, že musí zapomenout na myšlenky, že by došlo k početí bez problémů. Tento mechanismus popírání skutečnosti dovoluje „postiženému“ páru časem pochopit, že bude muset začít dělat něco jiného, než dosud dělal.
- **Zloba** – v této fázi se musí páry postavit skutečnosti, že postrádají schopnost počít dítě nebo jej donosit. V tomto momentě u většiny lidí začne přecházet popírání skutečnosti ve zlost, kterou obrací proti sobě, svému tělu nebo okolí. Pocit ztráty kontroly nad svým tělem, o kterém se člověk domníval, že ji má, může vést také ke zlobě a na začátku léčby může být ještě prohlouben.
- **Smlouvání a pocity viny** – přestup do této fáze je často jedním z prvních kroků, který vede k nějakému rozhodnutí. Pár si už dokáže připustit, že je neplodný, ale nepocítuje to jako konec světa. Objevuje se zde ale problém. Lidé v tomto stádiu často doufají, že pokud se partner nebo partnerka o něco dostatečně zaslouží, dítě nakonec přijde. Jakoby se neplodný člověk něčím provinil a pykal za nějaké své jednání, které považuje za příčinu svého stavu. Myslí si, že se tento stav změní, když odčiní své provinění. Když ani urputné snahy a oběti nepřinesou těhotenství nebo narození zdravého dítěte, považují to za nespravedlnost, kterou nemusí unést. Ztrácejí naději a nevěří, že má smysl cokoli dělat.
- **Deprese** – lidé, kteří mají jako konečnou diagnózu neplodnost, často procházejí krátkým obdobím deprese, kdy mohou zažívat pocity zániku a smrti a následně smutek. Jakmile se pár dozví konkrétní diagnózu a začne se léčit, pocity jsou jako na houpačce. Na začátku každého cyklu jsou šťastní a plni naděje a následně v depresi, jestliže nedošlo k otěhotnění. Nejhuře neplodnost snášejí dvojice, které neznají příčinu své neplodnosti, a tedy jim nemůže být navrhována žádná léčba. Svoji situaci pocítují jako bezvýchodnou a často je pro ně složité dostat se z deprese a začít smutnit nad ztrátou své plodnosti. Tady se potom doporučuje, aby si partneři uvědomili, jaké jsou jejich potřeby a představy o budoucnosti než aby čekali na diagnózu, kterou se možná nikdy nedozví.



- **Smutek a přijetí** – v naší kulturní společnosti je truchlení obvykle spojeno se smrtí nějakého člověka. Neplodné páry však cítí smutek nad svými možnostmi, nad dětmi, které nikdy nebudou, nad těhotenstvím, které nikdy neprožijí, nad rodinou, která nebude apod. Diagnóza neplodnosti je stavem, ke kterému smutek patří a kterým musí páry s touto diagnózou a ty, co se rozhodly pokusy o dítě vzdát, projít. Jedná se o způsob, jakým se neplodný pár vyrovnává s tím, že jeho sen o dítěti se nesplní.

Další autoři uvádějí reakce jako je bezmocnost a ztráta kontroly nad životními plány, pocity zlosti a strachu, smutek a přijetí, kdy se neplodný pár zaměří na uskutečnění jiných životních plánů než je dítě. V současné době nejsou modely, které jsou zakončeny definitivním přijetím reality, psychology uznávány. Podle nich jde o dlouhodobý a složitý proces vyrovnávání se s mnoha přidruženými pocity, přičemž tento proces nemá určitý konečný bod (Sobotková, 2007).

Souhlasím s tím, že konečným stadiem nemusí být přijetí. Některé páry se s diagnózou třeba nevyrovnají nikdy. Myslím, že prožívání neplodnosti je individuální, že vždy neprobíhá podle výše uvedených stadií. U někoho se nemusí objevit všechny popisované reakce, naopak mohou nějaké přibýt.

### 5.3.2 Jak na neplodnost reaguje muž

Diagnóza neplodnosti muže většinou hluboce zasáhne. Často si nechtějí skutečnost připustit, tají to před okolím, trpí pocity viny, reagují hněvem nebo rezignují (Konečná, 2009).

Podle Sobotkové (2007) je často na zplození dítěte nazíráno jako na úkol, jehož splnění souvisí s mužností. Pokud tedy muž tento úkol nezvládne splnit, začne pociťovat stud. Emocionální reakce na neplodnost se liší podle toho, zda a u koho byla neplodnost diagnostikována. Neplodný muž je schopen více než plodný empaticky poskytovat podporu ženě v její bolesti a zároveň odsouvá své vlastní emocionální potřeby do pozadí. V případě neplodnosti ženy se někdy u muže setkáváme se zlostí vůči ní, protože mu brání naplnit roli otce-zploditele. Muži také trpí nepříjemným pocitem a rozladem, když je sex řízen podle menstruačního cyklu ženy. V důsledku toho může dojít k rozvoji sexuálních poruch a snížení chuti na sex. Mimo jiné začne sexuální akt často postrádat spontaneitu a přirozenost.

### 5.3.3 Jak na neplodnost reaguje žena

Ženy jsou z neúspěchů ohledně početí či donošení dítěte smutné a v různé míře se u nich vyskytuje převážně depresivní ladění. Hodně z nich se potýká s pocitem bezmoci, strachem z budoucnosti, lítostí a mnohdy i se zlobou. Nezřídka svoji situaci považují za nespravedlivou a pociťují velkou křivdu. Neplodnost většinou lépe zvládají ženy, které už alespoň jedno dítě mají, bez ohledu na to, jestli vlastní nebo adoptované. Situace představuje plno ztrát, kde hlavní ztrátou je ztráta dítěte. Je podvědomá, prožívaná především tehdy, když se ohlásí menstruace, při potratu, při kontaktu s těhotnými ženami či dětmi, ale i když se děti stanou tématem rozhovoru. Ženy pociťují svou plodnost, naději a ztrátu jak psychicky, tak – na rozdíl od mužů – i tělesně. Menstruace se stává každý měsíc zdrojem pocitů smutku, zoufalství a zklamání, ale přináší i naději. Na psychické rozpoložení mají vliv všudypřítomné reklamy s dětmi, těhotné ženy, hračky a samotné děti a je velmi těžké se těmto zdrojům stresu vyhnout. Ženy, které se potýkají s neplodností často ztrácí naději, smysl života i zájem o jiné věci. Mnoho nedobrovolně bezdětných žen se za svou situaci stydí a objevují se u nich pocity méněcennosti a sebeobviňování. Nezřídka pociťují nepochopení okolí, izolaci od vrstevníků, není pro ně snadné najít společné téma k hovoru. Kromě toho se trápí výčitkami svědomí, mají dojem, že situaci nezvládají. Dokonce se u některých objevují obavy o vlastní psychické zdraví. Výrazně traumatizující zážitek přináší také potrat. V naší kultuře i přesto neprobíhají rituály, které by pomohly vyrovnat se s touto ztrátou. Kromě medicínských termínů nemáme ani žádný vhodný výraz pro nenarozené dítě, který by vystihoval jeho emocionální hodnotu. Za bolestnou událost srovnatelnou s potratem je považován i neúspěšný ET (Konečná, 2009).

## 5.4 Způsoby, jak se vyrovnat se situací

Podle Doherty, Clark (2006) existují určité způsoby, které napomáhají neplodným párům, vyrovnat se s jejich situací:

- **Dostatek informací** – když má léčený pár dostatek informací, obvykle situaci snáší mnohem lépe. Také je pro samotný úspěch léčby důležité sebevědomí a síla osobnosti. Čím více se léčené páry dozví o svém zdravotním stavu, tím snáze potom dojdou k nějakému rozhodnutí. Během léčby by měly páry zaměřit svou péči na sebe, věnovat se tomu, co je baví a zlepšuje jim náladu. Cílem totiž je, aby dvojice absolvovaly léčbu s co nejlepší náladou.

- **Mít správný náhled na léčbu** – je důležité, aby se neplodný pár zaměřoval svou pozornost i na jiné činnosti než jsou snahy o dítě. Za optimální se považuje, když se partneři věnují stejným činnostem jako v době, kdy se ještě o dítě nepokoušeli a nepodstupovali léčbu. V nejtěžších momentech léčby pomáhá kontakt s rodinou a přáteli. Cílem je, aby se problém, který pár prožívá, nestal hlavním tématem jejich života. Ve složité situaci jsou především páry, které mají přátele, kteří už rodinu mají nebo ji čekají. Setkání s nimi může být totiž spojeno s pociťováním prázdnoty a vlastní neschopnosti, když se začne hovořit o dětech.
- **Vyhýbání se situacím, které jsou pro pár bolestivé** – pokud má pár, který se léčí s plodností, navštívit přátele s malými dětmi a je jim toto setkání nepříjemné, je lepší střetnutí odmítnout. Stejně tak nepříjemné může být nakupování v obchodech, kde se vyskytuje mnoho mladých rodin s dětmi. Podobných situací je nespočet.
- **Příprava odpovědí na bolestivé dotazy** – mnoho blízkých a přátel neplodného páru často neví, jak se k němu chovat a o čem hovořit. Neplodný pár nezřídka vyslechne „zaručené“ rady, které by údajně měly vést k početí dítěte nebo třeba dotazy na téma, kdy už konečně budou mít děti apod. Neplodný pár může v tu chvíli pociťovat bolest a absolutní nepochopení, i když se jim přátelé ve skutečnosti snaží pomoci. Někdy je lepší známé o svém problému informovat a při nepříjemném rozhovoru naznačit, že by měli změnit téma. Vhodným řešením může být také příprava odpovědí na nepříjemné dotazy okolí.
- **Vedení deníku** – psychologové doporučují páru, aby si zapisoval pocity, které prožívá během léčby. Touto cestou si často uvědomí, jaké pokroky už udělal. Také může pomoci zapisování radostných událostí v životě, které si v případě smutku připomenou právě prostřednictvím deníku.
- **Jak omezit tlak kladený na manželství** – léčba neplodnosti může poznamenat vztahy v manželství či partnerství. Žena obvykle snáší dlouhodobou náročnou léčbu a muž se často cítí bezradný, že není schopen partnerce nijak pomoci. Muži se většinou nesvěří s bolestí, kterou jim přináší absence dítěte. Žena pak může mít pocit, že partner po dítěti tolik netouží a může se cítit osamělá. To často vede k vzájemnému odcizení. Tomuto stavu se dá předejít vzájemným sdílením pocitů a bolesti. Oba z páru musí být po dobu léčby přesvědčeni, že v ní chtějí pokračovat.

- **Stanovení cílů a doby, po které pár znovu přehodnotí svou situaci** – některým párům pomáhá, když čas od času přehodnotí svou léčbu. Jasný plán předchází tomu, aby byl problém probíran stále dokola. Pokud nastane diskuse, je dobré předem stanovit její délku, např. patnáct minut denně.
- **Kdy vyhledat odbornou pomoc** – léčba neplodnosti s sebou může přinést těžké deprese. V těchto případech je nezbytné vyhledat pomoc odborníka, který danému člověku pomůže jeho stavy překonat. Často pacient s návštěvou dlouho otálí.

### 5.5 Psychologická pomoc neplodným párům

Psychologická pomoc neplodným párům se začíná rozvíjet i u nás. Pokud má být splněna podmínka biopsychosociálních služeb pacientům, potom tato pomoc musí probíhat ve spolupráci s lékaři. Psycholog-poradce by měl být součástí pracovního kolektivu každého CAR. Psychologická pomoc v zahraničí obvykle kombinuje skupinové psychoedukační programy s individuálními behaviorálními technikami ke zvládnání úzkosti. Psychoedukační programy slouží neplodným párům k získávání podpory a informací od odborníků, ale i od lidí se stejným problémem. Setkání skupin má hlavně preventivní funkci. Neplodné páry se zde učí vyznat ve svých emocionálních reakcích, technikám zvládnání stresu, dozví se zde informace o možnostech AR atd. Individuální behaviorální techniky ke zvládnání úzkosti jsou využívány v rámci podpůrného poradenství. Důležité je odlišit úzkostné stavy či chronické deprese, které nemusí s neplodností vůbec souviset. Rovněž je důležité, aby se lékaři chovali adekvátně k párům, které prožívají bolest kvůli spontánnímu potratu. Měla by jim být nabídnuta pomoc psychologa, který jim pomůže naučit se zvládat tyto životní ztráty a smutek (Sobotková, 2007).

Většinu párů diagnóza neplodnosti překvapí, nemůže a nechce této skutečnosti uvěřit. Od zahájení sexuálního života se snaží početí vyhnout, a když naopak po dítěti touží, není jim přáno. Mohou to pociťovat jako ránu pod pás a zradu. Mnohdy si kladou otázku: „Proč zrovna já, co jsem komu udělal(a)?“ Často začnou obviňovat sebe nebo partnera a nejsou schopni uvažovat racionálně. Neplodnost zasahuje všechny oblasti života páru. Partneri jsou nuceni o neplodnosti hovořit, aby se např. dohodli, jak budou situaci řešit. Někdo se rozhovoru na téma dítě vyhýbá, jiný má potřebu o něm mluvit neustále a sdílet pocity s partnerem. Problém pochopitelně nastane, když má druhá strana v tomto směru jiné potřeby. Nemusí mít zájem si připomínat nepříjemnou situaci, ve které se nachází. Především

muži raději trpí mlčky. Neplodnost může ovlivnit také sexuální život partnerů, pokud se musí řídit podle plodných dnů. Často se pak z potěšení stane povinnost. Nezřídka žena zanedbává kvůli léčbě práci a v důsledku častých absencí je nucena ze zaměstnání odejít. Kromě ztráty práce také partneři často přijdou o některé kontakty s přáteli, protože si s nimi najednou nemají co říct. Také manželský či partnerský vztah může utrpět vážné trhliny. Některé páry tlak nevydrží a rozejdou se, jiné se naopak těší ze sblížení. Setkání s neplodností může změnit život páru od základu. Často musí přehodnotit své plány a hledat náplň života jinde než v dítěti. Ke zvládnutí této těžké životní situace by měla neodmyslitelně patřit pomoc psychologa, který páry naučí zvládat stres, vyznat se v situaci, porozumět svým a partnerovým emocionálním reakcím, orientovat se v informacích a v neposlední řadě jim pomůže v tom, aby netrpěli pocity méněcennosti, nízkým sebevědomím a sebehodnocením.

## 6 MOŽNOSTI ŘEŠENÍ NEPLODNOSTI PÁRU

V poslední kapitole teoretické části se věnuji dalším možnostem řešení neplodnosti - náhradní rodinné péči, náhradnímu mateřství a možnosti života bez dětí.

Některé páry hledají jiná řešení neplodnosti než např. techniky AR. Především pro věřící je takové řešení nepřijatelné. Mnohé dvojice si současně s léčbou pomocí metod AR podají žádost k osvojení. Pro některé představuje adopce jakousi pojistku v případě, že by byla léčba neplodnosti neúspěšná, přitom je podání žádosti k ničemu nezavazuje. Jiné páry se na osvojení nemusí dohodnout a volí raději život bez dětí. Zajímavou volbou je náhradní mateřství, které ovšem v České republice není povoleno a řeší problém jen některých párů.

### 6.1 Náhradní rodinná péče

Podle Konečné (2009) bezdětné páry obvykle volí náhradní rodinnou péči ve formě **osvojení** neboli adopce, kdy přijmou manželské páry nebo jednotlivci osiřelé dítě za vlastní. Osvojitelé pak mají stejná práva a povinnosti, jako by byli jeho rodiči. V České republice rozlišujeme osvojení prosté a nezrušitelné. U prostého osvojení přebírají náhradní rodiče veškerá práva a povinnosti rodičů. Tento vztah je možné ze závažných důvodů na žádost osvojence nebo osvojitele zrušit. Osvojením zanikají práva a povinnosti mezi osvojencem a původní rodinou. Toto osvojení je určeno pro osvojení dítěte mladšího jednoho roku. Nezrušitelné osvojení nelze vypovědět. U tohoto typu osvojení lze osvojit dítě pouze starší jednoho roku. Než o osvojení rozhodne soud, žadatel musí pečovat o dítě alespoň tři měsíce na vlastní náklady. Kromě osvojení v rámci České republiky je možné zažádat o mezinárodní osvojení, které se využívá, když se nepodaří najít pro dítě náhradní rodinu v zemi jeho původu. Další formou náhradní rodinné péče je **pěstounská péče**. Pěstoun obvykle není zákonným zástupcem dítěte. Kontakt dítěte v pěstounské péči s původní rodinou není vyloučen a o důležitých otázkách rozhodují původní rodiče.

Osvojení je složitý proces, který si klade vysoké nároky na psychiku potencionálních osvojitelů. Nejenže na dítě čekají mnohdy až pět let, ale před tím musí ještě absolvovat šetření, které zahrnuje spoustu zásahů do soukromí páru. Když jsou zařazeni k čekatelům, který splňují vhodné podmínky pro osvojení dítěte, může být pro ně těžké to, že neví, jak dlouho budou na dítě čekat. Osvojení většinou bývá spojeno s mnoha obavami.

## 6.2 Náhradní mateřství

Náhradní mateřství je další možností neplodného páru, jak mít geneticky vlastní dítě, pokud žena nemá dělohu nebo není způsobilá k donošení dítěte. Pokud má žena funkční vaječníky, odeberou se jí vajíčka, oplodní spermii jejího partnera a zárodek se vloží do dělohy náhradní matky, která dítě po porodu předá páru. Zní to jednoduše, ale ve skutečnosti tento způsob naráží na důležité právní i etické otázky (Řežábek, 2008b).

Otázka náhradního mateřství je velmi složitá. Řešení neplodnosti tímto způsobem se může zdát ideální, ale zahrnuje řadu překážek. Pár může mít velký problém náhradní matku, která by byla ochotná dítě odnosit, najít. Náhradní matce je obvykle věnována poměrně vysoká finanční částka. Je zde velké riziko, že náhradní matka k dítěti během těhotenství přilne a bude si ho chtít ponechat. Má na to právo, protože matkou je podle Zákona o rodině v České republice ta žena, která dané dítě porodila.

## 6.3 Bezdětnost

Podle Možného (2008) je přechod k rodičovství doprovázen silným kulturním tlakem, který působí především na ženu. Sociální postavení ženy je historicky těsně spjato s mateřstvím. V okolí celoživotně bezdětné ženy tedy mohou viset otázky po povaze jejího stavu. Může jít o otázky typu: nechce děti nebo je mít nemůže? Nemá partnera, který by s ní chtěl mít dítě?

Většina nedobrovolně bezdětných párů neukončí léčbu proto, že by se svou situací zcela smířily. Obvykle se tak rozhodnou proto, že už nevěří v úspěch léčby, vyčerpaly své psychické síly, nedisponují dalšími financemi nebo žena dosáhla věku, kdy už není možné otěhotnět (Konečná, 2009). Po skončení léčby, ať už dopadla jakkoli, se párům doporučuje zúčastnit psychoterapeutického sezení. Partneri by se měli vzájemně podporovat a především spolu hovořit. Měli by hledat odpověď na otázku: Kdo jsem? Jak chci žít? Jak chceme žít společně? Je náš společný život přínosný? Máme jako pár společnou budoucnost i bez dítěte? Pomoc a podporu by mohli nalézt také v přátelích nebo párech, které řeší stejný problém. Obrátit se mohou rovněž na sdružení nedobrovolně bezdětných párů (Freundl, Gnoth, Frank-Herrmann, 2008).

Bezdětnost nepřináší jen smutek a prázdnotu kvůli nenaplněné touze po dítěti, ale také řadu výhod. Bez dítěte se dvojice může realizovat v práci, cestovat, věnovat tomu, co je baví,

uskutečnit plány, které kvůli snahám o dítě odsouvala atd. Smysluplný život se dá vést i bez dítěte.

Mnoho párů toužících po vlastním dítěti, se často léčí řadu let, ale neúspěšně. Buď ukončí léčbu kvůli vysokému věku, nedostatku peněz, z psychického vyčerpání nebo z jiných důvodů. Třeba už nemají sílu nebo už nechtějí dál čekat a raději zvolí nějaký typ náhradní rodinné péče nebo bezdětnost. Je rozumné, když se pár už na začátku léčby dohodne, jak dlouho se chce snažit o vlastní dítě a co bude následovat, když bude léčba neúspěšná.



## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 7 KVALITATIVNÍ VÝZKUM

V praktické části bakalářské práce jsem se rozhodla zkoumat vliv neplodnosti na partnerský vztah v procesu její léčby v CAR. Problémy s početím dítěte se týkají v České republice asi každého 6. páru a určitá část z nich se léčí právě pomocí metod AR. Existuje dostatek literatury o jejich metodách a celkově o příčinách, diagnostice, a dalších způsobech léčby neplodnosti, ale chybí zde zmínka o tom, jak neplodnost a její léčbu páry prožívají a zvládají a jaké důsledky má tato krizová situace pro jejich vztah, proto se výzkum ubírá tímto směrem.

Pro moji bakalářskou práci jsem zvolila kvalitativní druh výzkumu, který umožňuje získat bohatá a hloubková data. Vzhledem k zaměření výzkumu se mi jeví kvalitativní přístup jako adekvátní a efektivní cesta, jak se dostat k požadovaným informacím (Hendl, 2008).

### 7.1 Výzkumný problém

Podle Švaříčka a Šed'ové (2007) vychází výzkumný problém ze stanovených výzkumných cílů a má se jednat o něco, co se odehrává v sociální realitě, čemu zcela nerozumíme, nebo s tím neumíme zacházet a proto potřebujeme o daném jevu získat více poznatků. Na základě těchto informací jsem formulovala výzkumný problém jako **vliv neplodnosti na partnerský vztah v procesu její léčby**.

### 7.2 Výzkumný cíl

**Hlavním cílem** výzkumu je zjistit, jak neplodnost ovlivňuje partnerský vztah v procesu její léčby z pohledu žen, které se léčí nebo léčily v CAR. Chci vyzkoumat, jakým způsobem neplodnost a její léčba zasahuje do komunikace, finanční situace, citové a sexuální oblasti neplodného páru. Dále se zaměřuji na to, zda zkušenost s neplodností přinesla páru nějaká pozitiva.

**Dílčí cíle** se vztahují na prožívání neplodnosti a její léčby, způsoby zvládání léčby a zaměřují se také na přístup páru k možnostem řešení nedobrovolné bezdětnosti.

### 7.3 Výzkumné otázky

Na základě cílů výzkumu a výzkumného problému jsem si stanovila výzkumné otázky, které jsem podle Hendla (2008) v průběhu výzkumu, tedy během sběru a analýzy dat, modifikovala a doplňovala. Jejich znění je následující:

- 1) Jak neplodnost ovlivňuje partnerský vztah?
  - a) Setrvali by partneři ve vztahu bez dětí?
  - b) Jaká pozitiva přináší zkušenost s neplodností pro vztah?
  - c) Jak snahy o dítě ovlivňují sexuální oblast páru?
  - d) Jak léčba neplodnosti ovlivňuje finanční situaci páru?
  - e) Jak neplodnost ovlivňuje citovou oblast ve vztahu?
  - f) Jak neplodnost ovlivňuje oblast komunikace ve vztahu?
- 2) Jak páry prožívají neplodnost a situace spojené s její léčbou?
- 3) Jakým způsobem se ženy z neplodného páru vyrovnávají s tíživou situací?
- 4) Jak přistupují neplodné páry k určitým možnostem řešení situace nedobrovolné bezdětnosti?

### 7.4 Metoda výzkumu

Pro sběr kvalitativních dat jsem zvolila metodu polostrukturovaného (semistrukturovaného) interview dle Miovského (2006), protože dokáže minimalizovat nevýhody a zároveň vylézt maximum z výhod strukturovaného a nestrukturovaného interview. Během přípravy si vytváříme schéma, které většinou specifikuje okruhy otázek a je možné zaměňovat pořadí, v jakém se okruhům věnujeme tak, abychom z rozhovoru vyléztli maximum. Také je důležité stanovit minimum témat a otázek, které musí být v rozhovoru určité probrány a jsou tedy pro výzkumníka závazné.

Rozhovor jsem provedla se čtyřmi ženami z párů, kterým se nedaří počít dítě a rozhodly se využít metod AR k dosažení těhotenství. Jeden rozhovor proběhl osobně, další telefonicky přes webové rozhraní a zbylé dva prostřednictvím internetu v programu ICQ. Jedním z důvodů rozhovorů přes internet byla velká vzdálenost respondentek a další si nepřály osobní setkání. Nicméně rozhovory, které nejsou prováděny tváří v tvář mají také své vý-

hody. Výhodou telefonního rozhovoru je zvýšení šance získat data od osob, které by se v případě osobního setkání do výzkumu nezapojily a neposkytly tak své názory (Miller, 1995, In Miovský, 2006).

Telefonní a osobní rozhovor byl se souhlasem respondentek nahráván na diktafon.

## 7.5 Výzkumný soubor

Podle Miovského (2006) jsem respondentky pro rozhovor získala záměrným (účelovým) výběrem na základě předem stanovených kritérií. Cíleně jsem tedy vyhledávala prostřednictvím oslovených CAR a diskusních fór ženy, které daná kritéria splňovaly a zároveň souhlasily s účastí na výzkumu.

- ženské pohlaví – původně jsem chtěla rozhovory provést s páry, přičemž bych se střetla s každým zvlášť, protože jsem se chtěla vyhnout ovlivnění odpovědí přítomností druhého partnera. Pro nezáměr mužů poskytnout rozhovor zvlášť nebo alespoň společně s partnerkou, jsem od tohoto záměru upustila.
- věk 18 – 39 let – věková hranice pro absolvování metod AR není v zákoně zakotvena, ale úspěšnost metod AR s dosažením určitého biologického věku klesá. Záleží především na tom, zda je klientka zdravotně způsobilá, aby absolvovala některou z metod. Já jsem stanovila věkové rozmezí pro výběr respondentek podle § 15 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, kdy je ze zdravotního pojištění financována maximálně třikrát za život zdravotní péče poskytnutá na základě doporučení registrujícího ženského lékaře v souvislosti s mimotělním oplodněním ženám s oboustrannou neprůchodností vejcovodů od 18 do 39 let věku a ostatním ženám od 22 do 39 let věku.
- navštěvuje nebo navštěvovala CAR kvůli problémům s početím dítěte – zaměřila jsem se na ženy, které se léčí pomocí metod AR, protože chci vyzkoumat, jak situace spojené s léčbou pomocí metod AR prožívají.
- minimálně jeden neúspěšný „pokus“ o dítě pomocí metod AR, abych mohla zkoumat, jak ženy prožívají neúspěchy léčby.

Pro získání respondentů jsem oslovila CAR ve Zlíně, v Brně a v Olomouci. Získání respondentů se ukázalo jako velmi problematické. Setkala jsem se s velkým nezájmem většiny center oslovit své klienty, zda by byli ochotní zúčastnit se rozhovoru. Naopak na Klinice reprodukční medicíny a gynekologie ve Zlíně byli velmi vstřícní, ale bohužel respondentka, která původně souhlasila, byla z neúspěšné léčby v takovém psychickém rozpoložení, že nakonec rozhovor odmítla. Nakonec jsem polovinu respondentek získala prostřednictvím diskusního fóra Baby-café na internetu a druhou polovinu přes CAR Porodnicko - gynekologické kliniky Fakultní nemocnice v Olomouci.

### **7.5.1 Seznámení s respondentkami**

Z důvodu zachování anonymity neuvádím místo bydliště ani skutečná jména respondentek.

#### **1. respondentka: Jitka**

Věk: 28

Stav: vdaná

Nejvyšší dosažené vzdělání: střední odborné učiliště

Zaměstnání: mateřská dovolená

Počet dětí: 2

#### **2. respondentka: Hana**

Věk: 27

Stav: vdaná

Nejvyšší dosažené vzdělání: střední škola s maturitou

Zaměstnání: zdravotní laborantka

Počet dětí: 0

**3. respondentka: Alena**

Věk: 38

Stav: vdaná

Nejvyšší dosažené vzdělání: střední odborné učiliště

Zaměstnání: nezaměstnaná

Počet dětí: 1

**4. respondentka: Monika**

Věk: 24

Stav: vdaná

Nejvyšší dosažené vzdělání: střední škola s maturitou

Zaměstnání: představitel jakosti ve stavební firmě

Počet dětí: 0

**7.6 Průběh výzkumu**

Průběh výzkumu byl naplánován na únor roku 2011, ale v této době jsem ještě neměla žádné respondentky. Až v březnu mi na email napsala paní Jitka a Hana, které si přečetly můj inzerát na diskusním fóru Baby-café a byly ochotné poskytnout rozhovor přes ICQ. Dále jsem s pomocí paní Jany Březinové, embryoložky pracující v CAR v Olomouci, získala kontakt na paní Alenu a Lucii, které s účastí na výzkumu souhlasily. Všechny čtyři rozhovory se uskutečnily v průběhu března a dubna roku 2011. Snažila jsem se respondentkám co nejvíce přizpůsobit, abych nenarušila jejich plány.

**Rozhovor s paní Jitkou**

Rozhovor s paní Jitkou byl uskutečněn dne 4. 3. 2011 přes internet prostřednictvím programu ICQ. Paní Jitka se mi jevila jako velmi vstřícná. Měla zájem poskytnout rozhovor v době, kdy hlídala své dvě malé děti, které zrovna spaly. Manželovi o proběhlém rozhovoru neřekla. Během rozhovoru jsem se snažila zjistit, zda by byl i manžel ochotný rozhovor poskytnout. Odpověděla mi, že sám určitě ne, že by mu trvalo věky, než by to sepsal, dal jí svolení. Paní Jitka mi věnovala hodinu času. Po vyčerpání otázek, které se týkaly výzkumu,

hovor ještě pokračoval, ale už mimo výzkum. Později jsem kontaktovala paní Jitku ještě jednou, abych se jí zeptala na pár otázek a ujasnila si některé informace.

### **Rozhovor s paní Hanou**

Rozhovor s paní Hanou byl realizován dne 13. 3. 2011 rovněž přes internetové rozhraní v programu ICQ. Hned na začátku mi nabídla tykání. Její manžel o rozhovoru věděl a částečně se jej také účastnil, ale po nějaké chvíli od počítače odešel. Rozhovor jen s ním se mi přes paní Hanu domluvit bohužel nepodařilo. Rozhovor trval dokonce hodinu a půl a po vyčerpání otázek ohledně výzkumu jsme spolu ještě celkem dlouho hovořily. Stejně jako první respondentku jsem kontaktovala podruhé i paní Hanu z důvodu doplnění informací.

### **Rozhovor s paní Alenou**

Rozhovor s paní Alenou se uskutečnil až dne 14. 4. 2011 přes internet prostřednictvím programu ICQ telefonicky. Se souhlasem paní Aleny byl rozhovor zaznamenán na diktafon. Měla velmi sympatický hlas, ale nehovořila příliš plynule. Používala hodně nadbytečných slov jako např. vlastně, teprve, jakože, jakoby potřebovala získat čas na rozmyšlení odpovědi. Rozhovor trval asi tři čtvrtě hodiny a po vyčerpání otázek k výzkumu už dále nepokračoval. Paní Alenu nebylo potřebné kontaktovat vzhledem k dostatku dat znovu.

### **Rozhovor s paní Monikou**

Rozhovor s paní Monikou proběhl dne 15. 4. 2011 osobně. Setkaly jsme se v Rožnově pod Radhoštěm, mimo bydliště paní Moniky, proto neměla obavy, že potká někoho známého a ten pochopí obsah našeho rozhovoru. Vzhledem k tomu, že jsme nenašly žádnou kavárnu, kde bychom měly trochu soukromí, rozhovor nakonec proběhl ve vozidle respondentky. Paní Monika byla velmi sympatická a otevřená. Spoustu informací o respondentce jsem získala ještě před zahájením rozhovoru. Rozhovor probíhal plynule a nikdo nás při něm nerušil. Paní Monika souhlasila s nahráváním rozhovoru na diktafon a podepsala informovaný souhlas.

## 7.7 Způsoby vyhodnocení dat

Podle Hendla (2008) jsem ke zpracování polostrukturovaných rozhovorů zvolila techniku **doslovné transkripce**, kdy jsem v mém případě dva rozhovory (Alena, Monika), převedla z mluvené podoby do podoby písemné. Po jejich přepisu jsem provedla opakovaný poslech, čímž byla transkripce zkontrolována. Následně jsem podle Miovského (2006) využila u všech čtyř rozhovorů **redukci prvního řádu**, kdy jsem učinila text plynulejším s cílem usnadnit další analytické práce s ním. Po této operaci jsem přepisy znovu pročetla. Dále jsem podle Miovského (2006) využila metodu **vytváření trsů**, kdy jsem shlukovala a konceptualizovala určité výroky respondentek do skupin (trsů). Tyto skupiny (trsy) vznikaly na základě podobnosti výroků respondentek. Při tom jsem si pomáhala metodou **barvení textu** v počítačovém programu Microsoft Office Word, kdy jsem tematicky podobné výroky barvila určitou zvolenou barvou.

Tímto postupem vznikly tyto kategorie a podkategorie:

### VLIV NEPLODNOSTI NA PARTNERSKÝ VZTAH

- vliv nedobrovolné bezdětnosti na setrvání ve vztahu
- neplodnost jako pozitivum pro vztah
- sexuální oblast
- finanční oblast
- citová oblast
- oblast komunikace

### PROŽÍVÁNÍ SPOJENÉ S NEPLODNOSTÍ

- pocity méněcennosti a (sebe)obviňování
- prožívání procedur v CAR
- prožívání neúspěchů léčby

### ZVLÁDÁNÍ SITUACE

- podpora od manžela
- podpora od okolí
- způsoby zvládnání čekání na výsledek léčby
- strategie odpovědí na otázky ohledně „pořízení“ dítěte



## MOŽNOSTI

- adopce
- dárcovství gamet
- Sofina volba - manžel nebo dítě

## 8 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Osnova vyhodnocení výsledků je následující:

### Název kategorie

**Hlavní výzkumná otázka 1), 2), 3), 4)** - odpověď na ni se nachází ve shrnutí kategorie

### Název podkategorie

**Dílčí výzkumná otázka a), b), c), d), e), f)** – odpověď na ni se nachází ve shrnutí podkategorie

**Jméno respondentky:** „*Výpovědi respondentek*“

**Shrnutí podkategorie** – nachází se vždy na konci podkategorie v rámci kapitoly kategorie

**Shrnutí kategorie** – nachází se vždy na konci kapitoly kategorie

Poznámka: Otázka z rozhovoru upřesňující nejasnou výpověď respondentek

### 8.1 Vliv neplodnosti na partnerský vztah

#### 1) Jak ovlivňuje neplodnost partnerský vztah?

##### Vliv nedobrovolné bezdětnosti na setrvání ve vztahu

##### a) Setrvali by partneři ve vztahu bez dětí?

**Jitka:** „*Myslím si, že kdybychom znali příčinu a dítě by nepřicházelo, mohlo by to vést po letech k rozchodu.*“

**Hana:** „*Rozhodně ano, zůstali bychom spolu. Mně by asi déle trvalo se s tím vyrovnat. Miluju zvířata, máme králíka a osmáka, takže bych si pořídila větší zoo a pokojík nechala jen jim napospas.*“ (smích)

**Alena:** „*Já si myslím, že určitě ano.*“

**Monika:** „*Jaká by byla realita, ale já určitě nemám tendenci nebo neměla bych tendenci manžela opustit, kdyby jsme spolu neměli dítě.*“

**Shrnutí podkategorie: a) Setrvali by partneři ve vztahu bez dětí?**

Ukázalo se, že většina respondentek (Hana, Alena, Monika) vidí i v manželství bez dětí svůj smysl, takže by absence dětí vztah nejspíš neohrozila. Jen jedna (Jitka) žena ze čtyř si myslí, že by dlouhodobé neúspěchy o dítě mohly vést časem k rozchodu.

**Neplodnost jako pozitivum pro vztah****b) Jaká pozitiva přináší zkušenost s neplodností pro vztah?**

**Jitka:** „Poté, co jsme se dozvěděli diagnózu, jsme se více upnuli jeden na druhého.“ „Začali jsme si více vážit jeden druhého nebo jsme si uvědomili, že věci, které se zdají být samozřejmé, být samozřejmé nemusejí.“ „Náš vztah to ovlivnilo spíše pozitivně.“ „Více jsme se semkli, naučili jsme se více si povídat o našich pocitech.“

**Hana:** „A city jsou spíše silnější, jsme si navzájem velkou oporou.“

**Alena:** „Já si myslím, že ten náš problém někoho rozdělil. Znáám tady v okolí hodně nebo dost párů, který když nemohly mít děti, že od sebe odešli, ale my jsme se spíš semkli a spíš je ten problém náš společně, a tak ho řešíme spíš spolu a jsme na to dva.“

**Monika:** „Mně se zdá, že jsme možná k sobě blíže než jsme byli ještě před tím.“

**Shrnutí podkategorie: b) Jaká pozitiva přináší zkušenost s neplodností pro vztah?**

Všechny ženy spatřují na zkušenosti s neplodností nějaká pozitiva pro manželství. Shodly se na tom, že došlo k většímu sblížení a semknutí. Některé respondentky také uvádějí, že si s manželem začali více vážit jeden druhého, více si povídat o svých pocitech (Jitka) a zmiňují také zesílení citů a vzájemnou oporu (Hana). Jeden pár (Jitka) přestal brát některé věci jako samozřejmost.

**Sexuální oblast****c) Jak snahy o dítě ovlivňují sexuální oblast páru?**

**Jitka:** „Před zjištěním diagnózy, jsme se "nemilovali, ale plnili úkol" sledovali jsme plodné dny atd..., ale po zjištění problému a poté, co jsme se dozvěděli řešení, se sex vrátil k normálu.“ „Zodpovědnost za nás převzali lékaři“ (smích)

*Byl třeba manžel naštvaný, když jste ho třeba odmítla v plodné dny nebo naopak?*

„Naopak (úsmev), ale u nás je situace obrácená, na "migrény" trpí manžel.“ (smích)

**Hana:** „Sex nám funguje pořád stejně. Manžela svedu v plodné dny, aniž by to tušil (smích).“ „Teď je to tedy zase řízené kvůli inseminaci.“

„Zatím se mi nestalo, že by mě odmítl. A já jeho? To musím být hodně unavená, třeba po noční službě nebo na dovolené po celodenní túře. Chodíme v létě po horách.“  
„Ale v plodné dny se snažíme oba. Toho trpaslíka si moc přeju.“

A nemáte pocit, že se už milujete jen kvůli miminku, ne jen kvůli sobě?

„Někdy bychom se chtěli milovat, ale musíme držet půst před zákrokem.“

**Alena:** „Kolikrát jsem ráno zjistila, že, mám plodný dny, tak jsem přijela na sedum do práce, abychom to zkusili takhle. Když jsme věděli nebo co nám poradili nebo podle té bazální teploty, tak to jsme pořád zkoušeli. Když to bylo nejlepší, tak jsme to zkoušeli takhle dělat.“ „Byla to spíš už povinnost, než když je to přirozený.“ „Nemám vejcovody, takže teďka se řídíme spíš podle toho, když je na to chuť nebo nálada“.

Byl třeba manžel naštvaný, když jste ho třeba odmítla v plodné dny nebo naopak?

No tak to sem ho neodmítla, to prostě musel (smích).“

**Monika:** „Sexuální oblast se mi zdá stejná, jak byla před tím, tam nějaká změna není.“

### **Shrnutí podkategorie: c) Jak snahy o dítě ovlivňují sexuální oblast páru?**

Celkově se respondentky shodly v tom, že v sexuální oblasti se v porovnání s obdobím před snahami o dítě nic nezměnilo, ale ukázalo se, že pokud byl pohlavní styk řízen podle plodných dnů, určitým způsobem to do sexuální oblasti páru zasáhlo. V době využívání této metody může být sex vnímán jako povinnost nebo plnění úkolu (Jitka, Alena). Jedna žena (Alena) uvádí, že manžel v plodné dny prostě musel, přičemž ona by ho neodmítla, jinde (Hana) se v plodné dny snažili také oba, ale v tomto případě už je cítit jakási dobrovolnost. Dále může být sexuální život páru ovlivňován v období před zákrokem, kdy je páru nařízena sexuální abstinence (Hana).

### **Finanční oblast**

#### **d) Jak léčba neplodnosti ovlivňuje finanční situaci páru?**

**Jitka:** „Po stránce finanční to bylo horší, neb jsme budovali bydlení a přemýšleli, v jakém pořadí se budou finance rozdělovat.“

„Byli jsme smutní, ale věřili jsme, že příští pokus dopadne dobře a přemýšleli, jak na něj našetřit finance.“ „Pojišťovna sice hradí tři pokusy, ale... V tom je zahrnutý protokol a spíše operativní části procedury. Ostatní jako léky, kultivaci, ICSI atd. si pacientka hradí vždy sama. „Média stále informují o třech hrazených pokusech, ale jak je to ve skutečnosti ven nepouští.“

**Hana:** „Finančně je to zatím v pořádku. Manžel jako policista šel s platem dolů, ale na miminko pořád rezervu máme.“

**Alena:** „To hodně, protože někdy děláme jenom na IVF. Stojí to hodně peněz, takže co vyděláme, tak to de na tu léčbu. Takže si nemůžeme dovolit nějaký drahý věci nebo drahý luxusní dovolený. Jsme rádi, že jedem někdy na Slovensko.“

**Monika:** „Tak prozatím né, kdyby to bylo možná častěji do roka, tak možná by tam nastala nějaká změna, ale zatím né. Máme za sebou jeden pokus, takže zatím to není pro nás takové kritické.“

#### **Shrnutí podkategorie: d) Jak léčba neplodnosti ovlivňuje finanční situaci páru?**

Polovině párů (Hana, Monika) finanční náklady na léčbu neplodnosti nenarušily jejich finanční situaci, ale do budoucna respondentky nevyklučují, že by zde mohl nastat problém. Druhá polovina dotázaných se potýkala spíše s nepříznivou finanční situací. Jedna respondentka (Alena) uvádí, že výdělky obou partnerů putují na léčbu, takže se museli uskrovnit. Další (Jitka) pár budoval v období léčby bydlení, proto byl nucen uvažovat o tom, jakým způsobem finance rozdělit, aby našetřil na další „pokus“ o dítě. Léčba pomocí metod AR je nákladná. Po vyčerpání zákroků hrazených pojišťovnou si pár platí další „pokusy“ sám.

#### **Citová oblast**

##### **e) Jak neplodnost ovlivňuje citovou oblast ve vztahu?**

**Jitka:** „Poté, co jsme se dozvěděli diagnózu, jsme se více upnuli jeden na druhého.“ „Začali jsme si více vážit jeden druhého nebo jsme si uvědomili, že věci, které se zdají být samozřejmé, být samozřejmé nemusejí.“

**Hana:** „City jsou spíše silnější, jsme si navzájem velkou oporou.“

**Alena:** „Pořád je to stejný. My se máme pořád rádi tak, jak když jsme se vzali, tak jak před tím. Teďka jsme šťastnější určitě o mnoho víc, ale pořád jsme pár, pořád bojujeme spolu.“

**Monika:** „Mně se zdá, že jsme možná k sobě blíží, než jsme byli ještě před tím.“

#### **Shrnutí podkategorie: e) Jak neplodnost ovlivňuje citovou oblast ve vztahu?**

Ukázalo se, že většina respondentek vidí v citové oblasti v porovnání s obdobím před léčbou nějakou změnu. Uvádějí větší lpění obou partnerů na sobě, zvýšení vzájemné úcty (Jitka), dochází k posílení citů (Hana), většímu sblížení (Monika) a jedna respondentka (Alena) uvádí, že jsou s manželem šťastnější než dříve, ale v oblasti vzájemných citů to zůstává údajně stejné jako krátce po svatbě.

#### **Oblast komunikace**

#### **f) Jak neplodnost ovlivňuje oblast komunikace ve vztahu?**

**Jitka:** „Komunikace se nijak nezhoršila, spíše jsme měli více témat k rozhovorům.“ „Naučili jsme se více si povídat o našich pocitech.“

**Hana:** „Před první IUI manžel couvnul. Pohádali jsme se. Pak jsem s ním tři týdny nemluvila.“

„Mluvíme spolu pořád.“

**Alena:** „Jako s manželem samozřejmě, že si o tom vykládáme.“ „.Tak my zas o tym mluvíme hodně často, takže víc už asi častěj se bavit nemůže. „S ním se bavím spíš já. Já o tom začínám. On je spíš takovej, že si to nechává tu bolest pro sebe a já jsem taková, že se z toho snažím vymluvit nebo to rozebírat.“

**Monika:** „My jsme oba dva komunikativní typy, takže my spolu mluvíme neustále.“

#### **Shrnutí podkategorie: f) Jak neplodnost ovlivňuje oblast komunikace ve vztahu?**

Z výroků respondentek vyplynulo, že o problémech týkajících se snah o dítě hovoří páry velmi často. Jedna žena (Alena) uvedla, že hovor na toto téma začíná většinou ona a jako důvod uvádí potřebu vymluvit se z bolesti. Její manžel naopak takovou potřebu nemá a své pocity drží spíše v sobě. Také jiná žena (Jitka) vidí posun v tom, že se s manželem naučili více povídat o svých pocitech a mají více témat k hovorům. U jednoho páru (Hana) byla komunikace narušena konfliktem kvůli „vycouvání“ manžela z prvního zákroku, kdy s ním

manželka tři týdny nemluvila. Nedobrovolná bezdětnost zasahuje do oblasti komunikace těchto párů bezesporu v mnoha směrech, ať už se jedná o domlouvání a podílení se partnerů na společných rozhodnutích spojených s řešením této situace nebo o komunikaci partnerů o prožívání tohoto stavu.

### Shrnutí kategorie: **1) Jak ovlivňuje neplodnost partnerský vztah?**

Z výpovědí respondentek vyplynulo, že neplodnost zasahuje v různé míře do všech oblastí partnerského soužití. Jednou z nich jsou **finance**, kde došlo k nepříznivým změnám u dvou párů. Jeden z nich se musel kvůli snahám o početí dítěte pomocí metod AR uskrovnit a druhý přemýšlet, jak peníze rozdělit, aby na tyto zákroky našetřil, protože v období léčby vynakládal peníze i na budování bydlení. Zbýlé dva páry řešení nedobrovolné bezdětnosti pomocí metod AR zatím neovlivnilo, ale do budoucna finanční problémy kvůli snahám o dítě touto cestou nevylučují, protože po vyčerpání zákroků hrazených pojišťovnou si pár platí další „pokusy“ sám. Co se týče **sexuálního života**, tak se v porovnání s obdobím před snahami o dítě nic nezměnilo, ale pokud byl pohlavní styk řízen podle plodných dnů ženy, v některých případech začal být sex vnímán jako povinnost nebo plnění úkolu. U párů snažících se o početí pomocí metod AR může být sexuální život ovlivněn také v období před zákrokem, který vyžaduje sexuální abstinenci. V **oblasti komunikace** vidí respondentky posun v tom, že se s manželem naučili více povídat o svých pocitech a mají více témat k hovorům. Je evidentní, že o problémech týkajících se snah o dítě hovoří páry velmi často. V **citové oblasti** v porovnání s obdobím před léčbou vidí respondentky změnu. Uvádějí větší lpění obou partnerů na sobě, zvýšení vzájemné úcty, dochází k posílení citů, většímu sblížení a jedna respondentka uvádí, že jsou s manželem šťastnější než dříve, ale v oblasti vzájemných citů to zůstává údajně stejné jako krátce po svatbě. Dále výpovědi respondentek ukazují, že zkušenost s neplodností může páru přinést i nějaká **pozitiva**. Shodly se na tom, že došlo k většímu sblížení a semknutí. Některé respondentky také uvádějí, že si s manželem začali více vážit jeden druhého, více si povídat o svých pocitech a zmiňují také zesílení citů a vzájemnou oporu. Také se ukázalo, že u většiny respondentek by **bezdětné manželství** neznamenal jeho rozpad. Jen jedna žena si myslí, že by dlouhodobé neúspěchy o dítě mohly vést časem k rozchodu.

## 8.2 Prožívání spojené s neplodností

### 2) Jak páry prožívají neplodnost a situace spojené s její léčbou?

#### Pocity méněcennosti a (sebe) obviňování

**Jitka:** „Méněcenně jsme se necítili ani jeden...“.

U koho z vás byla zjištěna příčina neplodnosti?

„U manžela.“

Dával vinu partner sobě za to, že nemůžete mít děti nebo dávala jste vinu mu?

„Ne, ne.“

**Hana:** „Já jo, manžel ne. Manžel má spermiogram v pořádku, přímo ukázkový mám napsat (smích). Minule mu to tak řekli.“

„Proč se nedaří, netušíme. Oba jsme teď už v pořádku. Podle výsledků tedy.“

„Ještě asi tak před dvěma měsíci mi vadilo vidět miminka nebo těhulky. Hned si pak říkám, že mají štěstí a já nejsem schopná.“

V jakých situacích nebo za jakých okolností se cítíš méněcenná nebo cítila?

„Cítím se pokaždé, když přijde menstruace.“ (smutek)

„Já jsem si to dávala za vinu nesčetněkrát. Je to asi psychika, ta dělá opravdu hodně. Bohužel se pokaždé přišlo na sice drobnou, ale komplikaci u mě. A manžel mi nikdy ani náznakem nedal najevo, že jsem neschopná a že je to moje vina. Je úžasnej.“

**Alena:**

A cítíte se méněcenná jako žena, když se vám nedaří mít dítě, druhé dítě?

„Ano, hodně a někdy mě to okolí třeba i dává najevo nebo slyším častokrát jé, a kdy budeš mít druhý nebo takový ty náznaky nebo to ptaní a tak už měj nebo proč vám to nejde, tak to mě pak hodně mrzí.“

„Tak manžel má trošku horší spermiogram, ale říkali, že to není žádná tragédie. Neřekli, nemůžete mít dítě z tohohle důvodu. Já třeba teďka už jo, protože nemám ani jeden vejcovod.“

„Tak sobě dávám vinu, někdy mám takovej pocit, že jsem zklamala, ale manželovi určitě nedávám vinu, protože za to nemůžem ani jeden. Prostě chceme, snažíme se. Že bych to



*třeba vyčítala já mu, třeba kdyby jsme se pohádali nebo von mně, to určitě ne. Když mám slabou chvíli, tak si řeknu, je to moje vina, že nejsem schopná. Čekala jsem dvojčátka po IVF, o který jsme přišli ve třetím měsíci, tak spíš dávám vinu sobě než mu.“*

**Monika:** *„Chvilku z toho byl špatný, ale potom nám dávali nějakou naději v tom centru asistované reprodukce, tak to nějak opadlo, jakože tady nějaká naděje je, takže né, že by žil od rána do večera s tím, že je špatný nějaký, tak, to né.“* „*Tak možná trošku jo, ze začátku, ale tak už jsme se s tím smířili nějak tady s tím.“*

*„On je ten problém u manžela.“*

*„Nedávám, není to, co by on sám mohl ovlivnit, takže kdyby třeba kouřil a vědělo se, že je to tím a nechtěl by s tím přestat, tak třeba mu tu vinu budu dávat, jakože kdyby hele, kdyby si přestal, tak by to třeba šlo.“* „*On jako chlap to nese těžko, jakože je vina na jeho straně, ale říkám, snažíme se přes to nějak přejít. Nedáváme si vinu jeden na druhého, a že bysme se doma přestali bavit nebo takle, to určitě né.“*

#### **Shrnutí podkategorie:**

Ukázalo se, že u většiny neplodných párů (Hana, Alena, Monika) trpěl alespoň jeden partner pocity méněcennosti. Zde platilo, že se objevovaly u toho partnera, u kterého byla nalezena příčina neúspěšných snah o dítě. V jednom případě (Jitka) se pocity méněcennosti neobjevily ani u jednoho z partnerů, i když byla příčina neplodnosti nalezena. U jedné ženy se pocity méněcennosti objevovaly vždy s příchodem menstruace (Hana) a u jiné při kontaktu s lidmi, kteří se jí ptali na otázky spojené s pořízením dítěte (Alena).

Dále z výpovědí respondentek vyplynulo, že partneři nedávají vinu jeden druhému. Spíše z neúspěšných snah o dítě obviňují sami sebe (Hana, Alena). U jedné respondentky (Alena) se ve slabých chvílích objevuje pocit vlastní neschopnosti a pocit, že zklamala.

#### **Prožívání procedur v CAR**

**Jitka:** *„Docela těžko snášel odběry, ale jinak je snášel poměrně dobře. Asi jako každou jinou návštěvu lékaře. K počátečnímu vyšetření se musel odhodlávat, trvalo mu to cca 14 dní.“*

**Hana:** „Vezmou mě na sál a zavedou mi úzký katetr a vstříknou tu silnou armádu. Poprvé jsme byla trošku nervózní, ale bylo to takové příjemné šimrání v žaludku, jako třeba při prvním rande.“ „Nebolí, je to jako při běžné prohlídce. Hrozné jsou ty dva týdny potom, kdy čekáš, jestli menstruace přijde nebo ne.“ „Vyšetření jsou ne banální, ale dají se zvládnout. Horší je čekání na výsledek.“

**Alena:** „Mně to nevadí, protože si říkám, že je to pro dobrou věc, že se to třeba povede.“ „Ale jinak manžel to zvládá tak, jak chlap. Když má se mnou sedět v čekárně a je tam hodně lidí nebo sedíme tam dvě, tři hodiny, tak je pak taky nervózní.“

„Taky musí. De, protože musí. Když byl na té urologii, nebylo to pro něho určitě příjemný, ale šel.“

**Monika:** „Je to něco nového, vlastně poprvé jsem šla do neznáma, takže jsem ani nevěděla, co mě čeká. Akorát z toho, co jsem si přečetla na internetu nebo co nám paní docentka řekla, že budeme absolvovat. Ale zas takové strašné to není, si myslím, aby třeba to někdo vzdal kvůli tady tomu.“

#### **Shrnutí podkategorie:**

Jedna respondentka (Monika) uvádí, že před první návštěvou CAR získala informace o procedurách od lékaře a z internetu, přesto měla pocit, že neví, do čeho jde, co ji čeká. Jiná žena (Hana) přirovnává prožívání před první procedurou k prvnímu rande, pociťuje nervozitu spojenou s příjemným šimráním v žaludku. Některé ženě (Alena) vyšetření a lékařské procedury nevadí, protože věří, že díky nim budou mít dítě. Z výpovědí respondentek vyplývá, že zákroky AR a různá vyšetření spojená s léčbou neplodnosti nejsou sice banální, ale nebolí a dají se zvládnout (Hana). Jedna respondentka (Hana) uvedla, že horší než vyšetření je čekání na výsledek léčby.

Některé respondentky popsaly, jak vyšetření prožívali jejich manželé. Ukázalo se, že návštěva lékaře v CAR není pro muže nic příjemného (Alena) a dlouhé čekání na vyšetření vyvolává nervozitu. Manžel jedné respondentky (Jitka) se dlouho odhodlával, než šel na první vyšetření. Kromě odběrů spermií je jinak snášel poměrně dobře.

### **Prožívání neúspěchů léčby**

**Jitka:** „Byli jsme smutní, ale věřili jsme, že příští pokus dopadne dobře a přemýšleli, jak na něj našetřit finance.“

**Hana:** „Po třetím měsíci braní léku se dostavil hyperstimulační syndrom a následně potrat, spontánní. První den jsme brečeli oba, já se z toho vzpamatovala týden. Věděla jsem jen týden, že je test pozitivní. Potratila jsem těsně po ultrazvuku.“ (smutek)

**Alena:** „Není se mnou řeč, chodím, brečím, jsem bez nálady, mrzí mě to a manžel je na tom asi tak nějak stejně. Oba dva jsme z toho nešťastní a smutní.“ „Nedokážu to hned takhle hodit za hlavu. Já jsem člověk, kterej se hodně zavírá a tak se tím hodně trápím.“ „Už jsme tam byli dvanáctkrát a tak už je to takový hrozně na tu psychiku. Je to hodně špatný, když se pořád nedaří.“ „Po tom posledním pokusu nemám zatím sílu do toho jít dál, protože už je to hrozně mockrát. A to zrovna bylo před těma Vánoce, tak už jsme si říkali, třeba budem mít krásnej dáreček. A když pořád vidím, jak mně se to nedaří. Já to každému přeju, ať to tedka nevyzní moc škaredě, ale vidím tam paní, když přijdou poprvé a už jsou těhotny, tak už mě někdy ta síla..., že pořád chodím, pořád to jsou nějaký hormony, jsou to injekce, vyšetření. A když se to nedaří, pořád se těším, pak mě zas dlouho trvá, než se z toho dostanu, tak zatím jsem nějak nenašla tu sílu, jít dál. Ale možná to ještě zkusíme.“

**Monika:** „Obrečeli jsme to, byly tam smutné chvílky, ale potom jsme hlavy zvedli zase nahoru a zkusíme to znova.“

### **Shrnutí podkategorie:**

Z výpovědí respondentek vyplynulo, že páry prožívají neúspěšnou léčbu velmi špatně a provází ji negativní emoce. Partneři neúspěšný „pokus o dítě obrečí (Hana, Alena, Monika) a jsou z toho smutní (Jitka, Alena, Monika). Jedna respondentka (Alena) uvedla, že v tu dobu málo komunikuje, je bez nálady a nešťastná, hodně se tím trápí. Někdy trvá dlouho, než se z negativního výsledku vzpamatují (Hana), a to nejen psychicky, ale i finančně (Jitka). Po nějaké době období smutku vystřídá období nové naděje, kdy se páry upnou na další „pokus“ o dítě. Jedna respondentka (Alena) už nemá sílu na další snahy o dítě, když vidí, jak jiné ženy bez problému otěhotní a jim se to ani po velmi dlouhé době přes veškeré úsilí pořád nepodařilo. Nevylučuje ovšem, že se o dítě pomocí metod AR časem pokusí znova.

## Shrnutí kategorie: **2) Jak páry prožívají neplodnost a situace s pojené s její léčbou?**

Diagnóza neplodnosti může vyvolat **pocity méněcennosti**. Ukázalo se, že u většiny neplodných párů jimi trpí alespoň jeden partner. U jedné ženy se pocity méněcennosti objevovaly vždy s příchodem menstruace a u jiné při kontaktu s lidmi, kteří se jí ptali na otázky spojené s pořízením dítěte. Dále z výpovědí respondentek vyplynulo, že partneři nedávají **vinu** jeden druhému. Spíše z neúspěšných snah o dítě **obviňují sami sebe**. U jedné respondentky se ve slabých chvílích objevuje pocit vlastní neschopnosti a pocit, že zklamala.

**Zákroky AR** a různá **vyšetření** spojená s léčbou neplodnosti nejsou sice banální, ale nebolí a dají se zvládnout. Horší než vyšetření je údajně čekání na výsledek léčby. Jedna respondentka měla před první návštěvou CAR i přes informace o vyšetřeních a zákrocích pocit, že neví, do čeho jde. Jiná žena přirovnává prožívání před první procedurou k prvnímu rande, pociťuje nervozitu spojenou s příjemným šimráním v žaludku. Některé ženě vyšetření a lékařské procedury nevadí, protože věří, že díky nim budou mít dítě. Jinak se ukázalo, že pro muže není návštěva AR nic příjemného. Dlouhé čekání na vyšetření vyvolává nervozitu. Manžel jedné respondentky se dlouho odhodlával, než šel na první vyšetření. Kromě odběrů spermií je jinak snášel poměrně dobře.

**Neúspěšnou léčbu** páry prožívají velmi špatně a je provázána negativními emocemi. Někdy trvá dlouho, než se z negativního výsledku partneři vzpamatují, a to nejen psychicky, ale i finančně. Reagují tak, že neúspěch obrečí a jsou z toho smutní. Jedna respondentka prožívá období neúspěchů tak, že málo komunikuje, je bez nálady a nešťastná, hodně se tím trápí. Po nějaké době období smutku vystřídá období nové naděje, kdy se páry upnou na další „pokus“ o dítě.

### 8.3 Zvládání situace

#### **3) Jakým způsobem se ženy z neplodného páru vyrovnávají s tíživou situací?**

##### **Podpora od manžela**

**Jitka:** „Podporoval mě, dohlížel, abych dodržovala nařízený režim.“ „Řekla bych, že během léčby byl k mým pocitům mnohem vnímavější a ohleduplnější než je tomu zvykem jindy, takže mi jeho chování vyhovovalo maximálně.“ „Víc mě opečovával.“

**Hana:** „A samozřejmě největší opora je v manželovi. Je úžasnej, že se mnou na ta vyšetření chodí.“ „Manžel mě úžasně podporuje a je mi obrovskou oporou, ve všem. Chodí se mnou na všechna vyšetření, odběry apod.“

„Manžel mě konejší, že budou vejce příště.“ (úsměv) „Manžel mě objímá a opakuje mi, že to všechno dobře dopadne. A pokud nedopadne, zařídíme se jinak. Už jednou se mnou i menzes oplakal.“ „Jsme si navzájem velkou oporou.“

**Alena:** „Ano, většinou, když třeba dostane volno v práci nebo když má odpolední, takže většinou tam se mnou chodí.“ „On mně hodně pomáhá. Nic těžkýho netahám, to všechno udělá on.“ „Jó, kolikrát snad říká, že to bude dobrý. Třeba, když mě bolí břicho, tak řekne, že to třeba nic neznamena, že to nic není, že by bylo něco špatnýho, to zas ano.“ „Stál hodně při mně.“ „Třeba, že jsem nervózní, nadávám nebo brečím, on mě zas utěšuje.“ „Řeknu mu třeba to, když se někdo pořád vyptává. Tak to mu řeknu, co se stalo nebo že jsem z toho nešťastná. No a on mi řekne, co máš z toho, jedno máme. Jako at' si z těch lidí nic nedělám, at' se každéj stará o sebe.“ „Snažil se být se mnou. Snažil se mně pomáhat nebo utěšovat.“

**Monika:** „Snaží se o tom se mnou mluvit, dycky mě utěšit. Není to, že by třeba zmizel z bytu a nechtěl se mnou být, že jsem protivná, to né.“ „Když o tom víme jenom my dva, tak tady ty věci jsou na nás obou, jak se k tomu postavíme, takže se snažíme oba dva vzájemně v tomto podporovat, protože dítě určitě oba dva chceme.“

### **Shrnutí podkategorie:**

Z výpovědí respondentek vyplynulo, že manžel je své partnerce velkou oporou při zvládnutí neplodnosti a její léčbě. Projevuje se doprovázením partnerky do centra asistované reprodukce, utěšováním, blízkostí, větší empatií a ohleduplností, objímáním, podporou, dohlížením na dodržování stanoveného režimu lékařem, konejšením, dodáváním naděje, opečováváním, snahou pomáhat, vyslechnutím atd.

### **Podpora od okolí**

**Jitka:** „Myslím, že sami jsme neměli nějaký zásadní problém situaci zvládnout. Jinak pomáhalo vědomí, že v tom nejsem sama - díky BC.“

**Hana:** „Tím, že jsme ženský kolektiv, mám velkou podporu. Což je opravdu v takových chvílích potřeba.“ „Ta moje kamarádka a moje mamka s mojí sestrou jsou ty největší podpory, bez kterých bych to asi nezvládla.“ „Manžel je introvert a já se radši o starosti podělím. Podle toho jsem pak našla plno známých, co mají známé, kteří to absolvovali, takže mě pak i uklidňovali.“ „Říkají, že se není čeho obávat, že jsme ještě mladí a je čas. Kolegyně mi říkají, ať na to pořád nemyslím. Kamarádka mi zase říká a jeden kamarád lékař také že si to mám moc přát a ono to vyjde.“ (úsměv) „Pořád koukám na stránky o snažilkách, kterým se to už povedlo, a dávají naději ostatním a radí, co jim pomohlo.“

**Alena:** „Já jsem to řekla kamarádce, která na tom byla taky, když jsem se třeba potřebovala někomu svěřit nebo vybrečet na rameni.“ „Byla jsem za paní doktorkou psychologkou, velice příjemná, sympatická, mladá paní doktorka. Možná, že jsem se vypovídala, ale ta bolest, já ju v sobě mám pořád. A jak říkám, tak pomohlo určitě, že jsem si o tym s ňou mohla povykládat. Ulevilo se mi, že jsem to nedržela jenom takhle v sobě.“

### **Shrnutí podkategorie:**

Z výpovědí respondentek vyplynulo, že kromě podpory ze strany manžela ženám pomáhali zvládnout složité období lidé z okolí jako kamarádka, matka, setra, kolegyně v práci, ženy na diskusním fóru, kamarád lékař nebo třeba známí, kteří v minulosti řešili stejný problém. Jen jeden pár (Monika) o svém problému s početím dítěte nikomu z okolí neřekl, musí si tedy vystačit se vzájemnou podporou. Jedné ženě (Jitka) pomáhalo ke zvládnání složité situace právě vědomí, že na to není sama, ale uvádí, že neměli s manželem problém situaci zvládnout. Jiná (Alena) uvítala podporu kamarádky, když se potřebovala svěřit se svými pocity nebo vybrečet, ale využila i pomoc psychologky. Jedna respondentka (Hana) byla podporována různými radami kolegyně a přátel, ale také uklidňováním ze strany známých, kteří kdysi řešili stejný problém. Kromě toho jí na internetu dodávaly naději ženy, u kterých byla léčba pomocí metod AR nakonec úspěšná.

### Způsoby zvládnání čekání na výsledek léčby

**Jitka:** „Snažili jsme se zabavit, aby jsme odvrátili myšlenky od termínu testu. Hodně jsem si četla a chodili jsme na procházky. Hlavním úkolem bylo nemyslet na to.“

**Hana:** „Čas si krátím vyšíváním, protože nemůžu cvičit. Nebo spíš nechci cvičit, abych si pak nevyčítala, že se to nepovedlo kvůli tomu.“

**Alena:** „Je to ty dva týdny, co se čeká, tak je to hodně takový nervózní. Třeba on chodí do práce, tak tam má svezch starostí dost, tak mu to třeba víc uteče. Já se někdy i pozoruju, jestli třeba tam mě píchne, tak jestli to může být kvůli tomu, že se to uchytilo nebo kvůli tomu, že přijdou měsíčky. Jako snažím se být v klidu, snažím se odpočívat. On mně hodně pomáhá. Nic těžkýho netahám, to všechno udělá on. Ale tak spíš je to pak ten druhý týden takovej, už víc nervóznější.“

**Monika:** „My jsme se zrovna v tu dobu stěhovali, takže jsme se bavili spíš malováním, takže jsme se na to potom snažili chvilku nemyslet.“

### **Shrnutí podkategorie:**

Období čekání na výsledek léčby může provázet nervozita. Páry se snaží nějak zabavit, aby jim čekání na „ortel“ rychleji uběhlo a pořád na „to“ nemyslely. Jedna respondentka (Jitka) si krátí čekání četbou a procházkami s manželem, druhá (Hana) vyšíváním, protože se bojí cvičit, aby kvůli tomu neohrozila uchycení plodu, třetí (Alena) se snaží být v klidu a odpočívat, manžel chodí do práce, tak mu čas lépe ubíhá a čtvrtá respondentka (Monika) uvádí, že se při posledním čekání na výsledek zabavili stěhováním a malováním.

### Strategie odpovědí na otázky ohledně „pořízení“ dítěte

**Jitka:** „Pokud jsme byli tázáni my, zda si dítě pořídíme a kdy, že je čas a tak dále, odpovídali jsme, že ještě nemáme hotové bydlení a jsme mladí, tudíž jsme řeč stočili, většinou.“

**Hana:** „Mně se s cizími o tom nechce mluvit vůbec. Mluvím jen s mamkou a s kamarádkou.“

**Alena:** „Nějak jim na to odpovím. Záleží, kdo to je. Když je to někdo cizí, tak třeba řeknu, že už nechci, že mně stačí to jedno, protože co budu komu vykládat. Ptají se mě, dá se říct cizí lidi, které znám jenom od vidění. No a pak přindu dom a pak to obrečím.“

**Monika:** „*Můžou si myslet cokoliv, ale dycky říkáme, když se nás někdo zeptá, co vy, co vy a děti, kdy budete mít děti, tak že na to je čas. Nedáváme prostě najevo, že máme nějaký problém a že se nám nedaří, to né.*“

#### **Shrnutí podkategorie:**

Ukázalo se, že většina respondentek (Jitka, Alena, Monika) má své strategie, jak odpovídat na otázky ohledně pořízení dítěte. Jeden pár (Jitka) na takové dotazy reaguje vyhýbavě, absenci dítěte zdůvodňuje tím, že jsou ještě mladí a nemají hotové bydlení. Jiná respondentka (Alena) odpovídá podle toho, o koho se jedná. Cizím lidem říká, že už další dítě nechce, že jí stačí jedno. Další respondentka (Hana) se o tom s cizími lidmi nechce bavit vůbec. Jiný pár nedává problém s otěhotněním najevo a odpovídá ve smyslu, že je na dítě ještě čas. Je evidentní, že neplodné páry svůj problém jen tak s někým rozebírat nechtějí.

#### **Shrnutí kategorie: 3) Jakým způsobem se ženy z neplodného páru vyrovnávají s tíživou situací?**

Z výpovědí respondentek vyplynulo, že při zvládání neplodnosti a její léčbě je své partnerce velkou **oporou manžel**, která se projevuje se doprovázením partnerky do CAR, utěšováním, blízkostí, větší empatií a ohleduplností, objímáním, podporou, dohlížením na dodržování stanoveného režimu lékařem, konejšením, dodáváním naděje, opečováváním, snahou pomáhat, vyslechnutím atd. Kromě podpory ze strany manžela ženám pomáhali zvládnout složité období určití **lidé z okolí**. Jen jeden pár o svém problému s početím dítěte nikomu neřekl, takže s podporou z venčí počítat nemohou. Jedné ženě pomáhalo ke zvládání složité situace právě vědomí, že na to není sama, ale uvádí, že neměli s manželem problém situaci zvládnout. Jiná uvítala podporu kamarádky, když se potřebovala svěřit se svými pocity nebo vybrečet, ale využila i pomoc psycholožky. Jedna respondentka byla podporována různými radami kolegyně a přátel, ale také uklidňováním ze strany známých, kteří kdysi řešili stejný problém. Kromě toho jí na internetu dodávaly naději ženy, u kterých byla léčba pomocí metod AR nakonec úspěšná.

Období **čekání na výsledek léčby** může provázet nervozita. Páry se snaží nějak zabavit, aby jim čekání rychleji uběhlo a pořád na „to“ nemyslely. Jedna respondentka si krátí čekání četbou a procházkami s manželem, druhá vyšíváním, protože se bojí cvičit, aby kvůli tomu neohrozila uchycení plodu, třetí se snaží být v klidu a odpočívat a čtvrtá respondentka



uvádí, že se při posledním čekání na výsledek s manželem zabavili stěhováním a malováním.

Při kontaktu s lidmi, kteří se páru ptají na **otázky ohledně pořízení dítěte**, má většina respondentek své strategie, jak na takové dotazy odpovídat. Jeden pár v takové situaci reaguje vyhybavě, absenci dítěte zdůvodňuje tím, že jsou ještě mladí a nemají hotové bydlení. Jiná respondentka odpovídá v závislosti na tom, o koho se jedná. Cizím lidem říká, že už další dítě nechce, že jí stačí jedno. Další žena se o tom s cizími lidmi nechce bavit vůbec. Jiný pár nedává problém s otěhotněním najevo a odpovídá ve smyslu, že je na dítě ještě čas.

## 8.4 Možnosti

### 4) Jak přistupují neplodné páry k určitým možnostem řešení situace nedobrovolné bezdětnosti?

#### Adopce

*Podali jste si nebo podali by jste si žádost o adopci?*

**Jitka:** „Určitě bychom požádali o adopci, dokonce jsme si zjišťovali podmínky adopce.“

**Hana:** „Pokud by nám nevyšly tři pokusy IVF, které hradí pojišťovna, podali bychom žádost o adopci. Ale děsí nás to, jak sledují rodinu, do které dítě umisťují. „Bojíme se adoptivního dítěte, nevíme, co má v genech.“ Možná bychom otěhotněli během čekání na vyřízení adopce. (smích) Už bychom nemysleli na naše, ale radovali se na příchod toho človíčka, který neměl to štěstí mít vlastní rodiče.“

**Alena:** „Pokud by nám dali malý miminko, tak asi ano. Já vím, že známí si dali žádost a říkali, že s tím je hrozně dlouhá čekací doba. Pořád někde chodit, pořád se vyptávat, tak to vzdali, takže to si nejsem jistá, to spíš asi ne.“

**Monika:** „V tomto momentě né. Nevím, jak bych mluvila za deset, patnáct let, ale v tomto momentě určitě ne.“ „Mě spíš odrazuje to, že by to dítě nebylo moje, ale určitě kdyby to třeba nešlo a my byzme k adopci přistoupili, tak určitě bych tomu dítěti nedávala najevo, že není moje, určitě bych se k němu chovala jak k vlastnímu.“

*Kdyby jste se rozhodla pro adopci a manžel by nechtěl, mělo by to pro váš vztah nějaký důsledek?*

**Jitka:** „*O adopci jsme uvažovali oba, takže nevím.*“

**Hana:** „*Adopce pouze z mojí strany by vztah ovlivnila. Zatím si život bez dítěte ještě představit neumím, takže buď by manžel přistoupil na adopci, nebo bych ho opustila. Ale díky tomu jaký je, by asi souhlasil (úsměv). Myslím, že až by to mrně bylo doma, nelitoval by.*“

**Alena:** „*Já jsem si už tenkrát obvolávala dětský domovy, ale pak se nám to podařilo a pak už jsem nevolala. Tak možná bych byla nešťastná, možná bysme se kvůli tomu pohádali, ale jinak, co bych mohla dělat.*“

**Monika:** „*To nevím, za jakých okolností, ale to je teď tak těžko. Já si myslím, že bysme se nějak domluvili. Nějaký kompromis si myslím, že by tam byl. Ale vím, že manžel, kdybych to hodně chtěla, tak určitě by to pro mě udělal tady toto.*“

#### **Shrnutí podkategorie:**

Z výpovědí vyplynulo, že páry o adopci přemýšlejí, ale zatím si o ni žádný z nich žádost nepodal. Spíše čekají na to, co přinese léčba pomocí metod AR (Hana, Monika). Jeden pár (Hana) by si po třech neúspěšných IVF žádost o adopci podal, ale má strach z kontrol, které svěření dítěte do osvojení předchází a také z toho, co bude mít adoptivní dítě v genech. Další pár (Alena) by uvažoval o adopci v případě, že by do osvojení dostal malé miminko, jinak spíš ne. Jiný pár (Monika) v současné době žádost o adopci určitě nepodá, ale do budoucna to nevylučuje. Tuto ženu od adopce odrazuje fakt, že by to dítě nebylo vlastní.

Pokud by manžel adopci odmítl, ale manželka by si ji přála, v jednom případě (Hana) by manželka raději opustila. Další pár (Alena) by se kvůli tomu možná pohádal, jiná respondentka (Monika) se domnívá, že by se nějak domluvili a další (Jitka) si takovou situaci neumí představit, protože o adopci uvažovali oba.

### Dárcovství gamet

#### **Jitka:**

*Souhlasil by manžel s dárcovskou spermií, když je problém u něj? A vy byste souhlasila?*

*„Ano souhlasil, zvažovali jsme tuto možnost.“ „Souhlasila.“*

**Hana:** *„Je to těžké. Oba bychom s dárcovstvím vajíček souhlasili. Nejdříve bychom oslovili moji sestru. Je mladší o 4 roky a i ona říkala, že by to pro nás udělala. S dárcovstvím spermií nesouhlasí manžel. Jako chlap by to těžce nesl. Raději by byl pro adopci.“*

**Alena:** *„No, nabídli nám možnost zkusit embryjka, prostě už ne svoje, ale cizí embryjka.“*

*Souhlasili byste s dárcovským vajíčkem?*

*„Ano.“*

#### **Monika:**

*Souhlasil by manžel s dárcovskou spermií, když je problém u něj? A vy byste souhlasila?*

*„Dokonce mi to navrhoval, takže já si myslím, že jo.“ „Já bych s tím možná měla problém, ale kdyby tady nebyla žádná jiná možnost, tak určitě před tou adopcí bych volila spíše tuto variantu.“*

#### **Shrnutí podkategorie:**

Ukázalo se, že páry spolu možnost dárcovství gamet probíraly. Co se týče dárcovství spermií, jeden pár (Jitka) by s touto možností souhlasil. V jiném páru (Monika) by souhlasil spíš jen ten partner, u kterého se našla příčina neúspěšných snah o dítě, ale kdyby na to přišlo, jeho partnerka by raději přistoupila na tuto variantu než k adopci. V dalším páru (Hana), by s dárcovskou spermií nesouhlasil naopak muž a oproti předchozímu páru by volil raději adopci. S dárcovstvím vajíček by souhlasili oba partneři ve dvou párech (Hana, Alena).

### Sofiina volba - manžel nebo dítě

*Kdyby jste si musela vybrat mezi manželem a dítětem, koho byste zvolila?*

**Jitka:** *„Asi dítě, ale nevím nemám ráda jednostranná rozhodnutí.“*

**Hana:** *„To je sakra těžká otázka. (úsměv) Myslím, že je třeba, aby rodina byla kompletní. Pokud ale myslíš ohledně adopce, tak manžel. Bojíme se adoptivního dítěte, nevíme, co má*

v genech.“ „A jinak výběr, rozhodně dítě před manželem. Je to asi hrozné, ale ta touha mít mimi je silnější.“

**Alena:** „Tak to se asi nedá, protože já mám teďka oba dva, já nemůžu říct ani jednoho. Já jsem ráda, že mám oba, určitě. To vám nemůžu říct, protože jak mám ráda jednoho, tak mám ráda druhýho.“

**Monika** „No určitě manžel.“

#### **Shrnutí podkategorie:**

Kdyby si respondentky musely vybrat mezi manželem a dítětem, dvě z nich (Jitka, Hana) by zvolily dítě, jedna respondentka manžela a čtvrtá žena by se nedokázala rozhodnout. Ukázalo se, že tato otázka byla pro respondentky velmi těžká.

#### **Shrnutí kategorie: 4) Jak přistupují neplodné páry k určitým možnostem řešení situace nedobrovolné bezdětnosti?**

Z výpovědí vyplynulo, že páry o **adopci** přemýšlejí, ale zatím si o ni žádný z nich žádost nepodal. Spíše čekají na to, co přinese léčba pomocí metod AR. Jeden pár si po třech neúspěšných IVF žádost o adopci podal, ale má strach z kontrol, které svěření dítěte do osvojení předchází a také z toho, co bude mít adoptivní dítě v genech. Další pár by uvažoval o adopci v případě, že by do osvojení dostal malé miminko, jinak spíš ne. Jiný pár v současné době žádost o adopci určitě nepodá, ale do budoucna to nevyklučuje. Tuto ženu od adopce odrazuje fakt, že by to dítě nebylo vlastní. Pokud by manžel adopci odmítl, ale manželka by si ji přála, v jednom případě by manžela raději opustila. Další pár by se kvůli tomu možná pohádal, jiná respondentka se domnívá, že by se nějak domluvili a další si takovou situaci neumí představit, protože o adopci uvažovali oba.

Ukázalo se, že páry spolu probíraly i možnost **dárcovství gamet**. Co se týče dárcovství spermií, jeden pár by s touto možností souhlasil. V jiném páru by souhlasil spíš jen ten partner, u kterého se našla příčina neúspěšných snah o dítě, ale kdyby na to přišlo, jeho partnerka by raději přistoupila na tuto variantu než k adopci. V dalším páru by s dárcovskou spermií nesouhlasil naopak muž a oproti předchozímu páru by volil raději adopci. S dárcovstvím vajíček by souhlasili oba partneři ve dvou párech.

Kdyby si respondentky musely **vybrat mezi manželem a dítětem**, dvě z nich by zvolily dítě, jedna respondentka manžela a čtvrtá žena by se nedokázala rozhodnout. Ukázalo se, že tato otázka byla pro respondentky velmi těžká.

## 8.5 Shrnutí výsledků výzkumu

Na počátku byly stanoveny čtyři hlavní a šest dílčích výzkumných otázek, které se vztahují k cílům výzkumu. V této kapitole již nebudu odpovídat na dílčí výzkumné otázky. Lze se k nim vrátit v podkapitole 8. 1. vždy ve shrnutí podkategorie.

- 5) Jak neplodnost ovlivňuje partnerský vztah?
  - a) Setrvali by partneři ve vztahu bez dětí?
  - b) Jaká pozitiva přináší zkušenost s neplodností pro vztah?
  - c) Jak snahy o dítě ovlivňují sexuální oblast páru?
  - d) Jak léčba neplodnosti ovlivňuje finanční situaci páru?
  - e) Jak neplodnost ovlivňuje citovou oblast ve vztahu?
  - f) Jak neplodnost ovlivňuje oblast komunikace ve vztahu?
- 6) Jak páry prožívají neplodnost a situace spojené s její léčbou?
- 7) Jakým způsobem se ženy z neplodného páru vyrovnávají s tíživou situací?
- 8) Jak přistupují neplodné páry k určitým možnostem řešení situace nedobrovolné bezdětnosti?

### Jak ovlivňuje neplodnost partnerský vztah?

Neplodnost zasahuje v různé míře do všech oblastí partnerského soužití – finance, sex, komunikace, city. Ve **finanční oblasti** došlo k nepříznivým změnám u dvou párů. Jeden z nich se musel kvůli snahám o početí dítěte pomocí metod AR uskrovnit a druhý přemýšlet, jak peníze rozdělit, aby na tyto zákroky našetřil. Zbylé dva páry řešení nedobrovolné bezdětnosti pomocí metod AR zatím neovlivnilo, ale do budoucna finanční problémy kvůli snahám o dítě touto cestou nevylučují. Co se týče **sexuálního života**, tak se v porovnání s obdobím před snahami o dítě nic nezměnilo, ale pokud byl pohlavní styk řízen podle plodných dnů ženy, v některých případech začal být sex vnímán jako povinnost nebo plně-

ní úkolu. U párů snažících se o početí pomocí metod AR může být sexuální život ovlivněn také v období před zákrokem, který vyžaduje sexuální abstinenci. **V oblasti komunikace** se s manželem naučili více povídat o svých pocitech a mají více témat k hovorům. V **citové oblasti** nastal v porovnání s obdobím před léčbou posun v podobě většího lpění obou partnerů na sobě, zvýšení vzájemné úcty, dochází k posílení citů a většímu sblížení. Dále se ukázalo, že zkušenost s neplodností může páru přinést i nějaká **pozitiva**. Došlo k většímu sblížení a semknutí. Některé respondentky také uvádějí, že si s manželem začali více vážit jeden druhého, více si povídat o svých pocitech a zmiňují také zesílení citů a vzájemnou oporu. Také se ukázalo, že u většiny respondentek by **bezdětné manželství** neznamenal jeho **rozpad**. Jen jedna žena si myslí, že by dlouhodobé neúspěchy o dítě mohly vést časem k rozchodu.

### **Jak páry prožívají neplodnost a situace spojené s její léčbou?**

Diagnóza neplodnosti může vyvolat pocity méněcennosti. Ukázalo se, že u většiny neplodných párů jimi trpí alespoň jeden partner z páru. Jinak z toho, že se početí dítěte nedaří, nedávají vinu jeden druhému. Spíše z neúspěšných snah o dítě obviňují sami sebe. Může se objevit pocit vlastní neschopnosti a selhání.

Zákroky AR a vyšetření spojená s léčbou neplodnosti nejsou podle respondentek banální, ale nebolí a dají se zvládnout. Při první návštěvě CAR se objevuje nejistota a nervozita. Jedna respondentka přirovnává prožívání před první procedurou k pocitům před prvním rande. Horší než vyšetření je ale údajně čekání na výsledek léčby. Pro muže není návštěva CAR s vyšetřením nic příjemného.

Neúspěšnou léčbu páry prožívají velmi špatně a je provázena negativními emocemi. Reagují především tak, že neúspěch obrečí a jsou z toho smutní. Jedna respondentka prožívá období neúspěchů tak, že málo komunikuje, je bez nálady a nešťastná, hodně se tím trápí. Někdy trvá dlouho, než se z negativního výsledku partneri vzpamatují, a to nejen psychicky, ale i finančně. Období smutku časem střídá období nové naděje z dalšího „pokusu“ o dítě.

### **Co pomáhá ženám z neplodného páru, aby se vyrovnaly s tíživou situací?**

Z výpovědí respondentek vyplynulo, že při zvládání neplodnosti a její léčbě je své partnerce velkou oporou manžel, která se projevuje doprovázením partnerky do CAR, utěšováním, blízkostí, větší empatií a ohleduplností, objímáním, podporou, dohlížením na dodržování

stanoveného režimu lékařem, konejšením, dodáváním naděje, opečováváním, snahou pomáhat, vyslechnutím atd. Kromě podpory ze strany manžela ženám pomáhají zvládnout složité období určití lidé z okolí. Jen jeden pár o svém problému s početím dítěte nikomu neřekl, takže s podporou z venčí počítat nemohou. Jedné ženě pomáhalo ke zvládnání složité situace právě vědomí, že na to není sama, ale uvádí, že neměli s manželem problém situaci zvládnout. Jiná uvítala podporu kamarádky, když se potřebovala svěřit se svými pocity nebo vybrečet, ale využila i pomoc psycholožky. Jedna respondentka byla podporována různými radami kolegyně a přátel, ale také uklidňováním ze strany známých, kteří kdysi řešili stejný problém. Kromě toho jí na internetu dodávaly naději ženy, u kterých byla léčba pomocí metod AR nakonec úspěšná.

Období čekání na výsledek léčby může provázet nervozita. Páry se snaží nějak zabavit, aby jim čekání rychleji uběhlo a pořád na „to“ nemyslely. Jedna respondentka si krátí čekání četbou a procházkami s manželem, druhá vyšíváním, protože se bojí cvičit, aby kvůli tomu neohrozila uchycení plodu, třetí se snaží být v klidu a odpočívat a čtvrtá respondentka uvádí, že se při posledním čekání na výsledek s manželem zabavili stěhováním a malováním.

Při kontaktu s lidmi, kteří se páru ptají na otázky ohledně pořízení dítěte, má většina respondentek své strategie, jak na takové dotazy odpovídat. Jako důvody absence dítěte respondentky uvádějí, že jsou ještě mladí, že je čas, nemají hotové bydlení a respondentka, která už jedno dítě má říká, že jí to jedno stačí.

### **Jak přistupují neplodné páry k určitým možnostem řešení situace nedobrovolné bezdětnosti?**

Z výpovědí vyplynulo, že páry o adopci přemýšlejí, ale zatím si o ni žádný z nich žádost nepodal. Spíše čekají na to, co přinese léčba pomocí metod AR. Jeden pár by si po třech neúspěšných IVF žádost o adopci podal, ale má strach z kontrol, které svěření dítěte do osvojení předchází a také z toho, co bude mít adoptivní dítě v genech. Další pár by uvažoval o adopci v případě, že by do osvojení dostal malé miminko, jinak spíš ne. Jiný pár v současné době žádost o adopci určitě nepodá, ale do budoucna to nevyklučuje. Tuto ženu od adopce odrazuje fakt, že by to dítě nebylo vlastní. Pokud by manžel adopci odmítl, ale manželka by si ji přála, v jednom případě by manžela raději opustila. Další pár by se kvůli tomu možná pohádal, jiná respondentka se domnívá, že by se nějak domluvili a další si takovou situaci neumí představit, protože o adopci uvažovali oba.

Ukázalo se, že páry spolu probíraly i možnost dárcovství gamet. Co se týče dárcovství spermií, jeden pár by s touto možností souhlasil. V jiném páru by souhlasil spíše jen ten partner, u kterého se našla příčina neúspěšných snah o dítě, ale kdyby na to přišlo, jeho partnerka by raději přistoupila na tuto variantu než k adopci. V dalším páru by s dárcovskou spermií nesouhlasil naopak muž a oproti předchozímu páru by volil raději adopci. S dárcovstvím vajíček by souhlasili oba partneři ve dvou párech.

Kdyby si respondentky musely vybrat mezi manželem a dítětem, dvě z nich by zvolily dítě, jedna respondentka manžela a čtvrtá žena by se nedokázala rozhodnout. Ukázalo se, že tato volba byla pro respondentky velmi těžká.

## 8.6 Doporučení pro praxi

Domnívám se, že tato bakalářská práce by mohla být užitečná široké veřejnosti. Neplodných párů stále přibývá a často kolem nás prochází, aniž bychom věděli, že je trápí nenaplnující se touha po dítěti. Chtěla bych, aby se lidé dozvěděli o problematice neplodnosti více, ale především si přeji, aby získali představu o tom, jak se neplodné páry cítí a co jim pomáhá situaci zvládnout. Všichni se můžeme jednou ocitnout na opačné straně břehu, početí či donošení dítěte není samozřejmost.

Byla bych ráda, kdyby tyto materiály byly využity k další přednášce v rámci Týdne zdraví ve Zlíně. Kdyby záleželo na mně, jako přednášející bych pozvala psycholožku Hanu Konečnou, která pracuje s páry, které mají problémy s otěhotněním nebo donošením dítěte. Jedná se o jednu z mála psycholožek, která se zabývá přímo touto specifickou oblastí a má v tomto směru velké zkušenosti.

Bakalářská práce může být přínosem také pro páry, které se nacházejí na začátku cesty za dítětem a hledají základní informace o neplodnosti, jejich příčinách, diagnóze, možnostech řešení nedobrovolné bezdětnosti, psychických důsledcích neplodnosti atd. Může sloužit psychologům, sociálním pracovníkům, zdravotním sestrám, terapeutům – lidem, kteří přichází s neplodnými páry do styku.

Výsledky výzkumu budou poskytnuty ženám, které se do něj přímo zapojily, ale také těm, které měly zájem podílet se na něm a požádaly mě, zda bych je s výstupy bakalářské práce po její obhajobě neseznámila.



## ZÁVĚR

Neplodnost je nemoc páru, která znesnadňuje a v některých případech úplně uzavře cestu k vytouženému dítěti. Nemusí jít tedy o trvalý stav, ale dokáže takto „postižený“ pár často na velmi dlouhou dobu potrápiti.

Cílem teoretické části práce bylo přiblížit problematiku neplodnosti především z biologicko psychologického pohledu. Zabývala jsem se především psychickými dopady neplodnosti a uvedla různé možnosti jejího řešení. Z nich jsem se nejvíce, věnovala léčbě pomocí metod AR, protože jsem z tohoto okruhu hledala respondentky pro výzkum.

Praktická část bakalářské práce provází kvalitativním výzkumem, který směřoval ke zjištění, jak neplodnost ovlivňuje partnerský vztah v procesu její léčby z pohledu žen, které se léčí nebo léčily v CAR. Na základě polostrukturovaných rozhovorů jsem se snažila vyzkoumat, jakým způsobem neplodnost a její léčba zasahuje do komunikace, finanční situace, citové a sexuální oblasti neplodného páru. Výsledky výzkumu mě v určitém směru překvapily. Čekala jsem, že neplodnost ovlivní vztah spíše negativně. Paradoxně se všechny respondentky shodly na tom, že zkušenost s neplodností jejich manželství posílila. V sexuální oblasti k velkým změnám nedošlo, ale v době řízení pohlavního styku podle plodných dnů byl sex polovinou respondentek vnímán jako povinnost nebo plnění úkolu. V období řešení neplodnosti se naskytlo hodně témat k hovorům a partneři se naučili více svěřovat se svými pocity. Myslím, že hlavního cíle výzkumu se podařilo dosáhnout. Dílčí cíle se vztahovaly na prožívání neplodnosti a její léčby, způsoby zvládání léčby a byly zaměřeny také na přístup páru k možnostem řešení nedobrovolné bezdětnosti. Spolu s diagnózou neplodnosti se objevovaly pocity méněcennosti a někdy i sebeobviňování, ale vinu jeden druhému partneři nedávali ani v jednom z párů. Léčba pomocí metod AR se ukázala jako psychicky a u poloviny párů i finančně náročná. Vyšetření byla snášena v případě žen celkem dobře, shodly se na tom, že nejsou banální, ale dají se zvládnout. U mužů to bylo horší, ale vůbec nejhůře se páry vyrovnávaly s neúspěšnými „pokusy“ o dítě. Je zde typické střídání období smutku s obdobím naděje, kdy pár čeká na výsledek zákroku. V tuto dobu se snaží všelijak zabavit, aby na „to“ pořád nemysleli. Největší oporu ženě poskytoval v období léčby ve všech případech manžel, ale i blízké okolí se ukázalo jako důležitým článkem při zvládání této tíživé situace. Co se týče jiných možností, jak mít dítě, třeba adopce, páry o ní přemýšlejí, ale zatím si o ni žádný z nich žádost nepodal. Spíše čekají na to, co přinese léčba pomocí metod AR.

Ať už se neplodný pár vydá jakoukoli cestou za dítětem, může být dlouhá a může se zdát nekonečná.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### Monografie:

- [1] DOHERTY, C. M. – CLARK, M. M. *Léčba neplodnosti: Podrobný rádce pro neplodné páry*. Brno: Computer Press, 2006. ISBN 80-251-0771-X.
- [2] FREUNDL, G. – GNOTH, CH. – FRANK-HERRMANN, P. *Chceme mít miminko: Nové cesty k vytouženému dítěti*. Praha: JAN VAŠUT, 2008. ISBN 978-80-7236-603-3.
- [3] HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 2., přeprac. a aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
- [4] KAWACIUK, I. *Urologie*. Jinočany: H+H, 2000. ISBN 80-86022-60-9.
- [5] KOCOURKOVÁ, J. Mít či nemít děti?. 3., přeprac. vyd. In KALIBOVÁ, K. – PAVLÍK, Z. – VODÁKOVÁ, A. *Demografie (nejen) pro demografy*. Praha: SLON, 2009, s. 226-236.
- [6] KONEČNÁ, H. *Na cestě za dítětem: Dvě malá křídla*. 2. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-591-8.
- [7] MACKŮ, F. – ČECH, E. *Gynekologie pro střední zdravotnické školy*. Praha: INFORMATORIUM, 2002. ISBN 80-7333-001-6.
- [8] MACKŮ, F. – MACKŮ, J. *Gynekologové ženám*. Praha: Grada Publishing, 1996. ISBN 80-7169-323-5.
- [9] MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- [10] MOŽNÝ, I. *Rodina a společnost*. 2., upr. vyd. Praha: SLON, 2008. ISBN 978-80-86420-87-8.
- [11] NOVOTNY, P. P. *Co dělat při neplodnosti*. Praha: PRAGMA, 1997. ISBN 80-7205-494-5.
- [12] ŘEŽÁBEK, K. 2008a *Asistovaná reprodukce: Průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-154-7.

- [13] ŘEŽÁBEK, K. 2008b *Léčba neplodnosti*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2103-3.
- [14] SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-250-8.
- [15] STRUSKOVÁ, O. – NOVOTNÁ, J. *Metoda Ludmily Mojžíšové: Cesta k přirozenému otěhotnění*. Praha: Ivo Železný, 2003. ISBN 80-237-3771-6.
- [16] ŠVARŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: Pravidla hry*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- [17] ULČOVÁ-GALLOVÁ, Z. *Neplodnost: Útok imunity*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1493-0.
- [18] VENTRUBA, P. Poruchy plodnosti. 2., dopl. a přeprac. vyd. In ROB, L. – MARTAN, A. – CITTERBART, K. *Gynekologie*. Praha: Galén, 2008, s. 149-161.
- [19] VOKURKA, M. – HUGO, J. *Velký lékařský slovník*. 9., aktualiz. vyd. Praha: MAXDORF, 2009. ISBN 978-80-7345-202-5.

#### **Seriálové publikace:**

- [20] HOLLÁ, K. Jak mluvit o tom, že nemůžu mít děti?. *Psychologie dnes*, 2011, č. 1, s. 14-15.

#### **Sborníky:**

- [21] LINHART, P. Ženské reprodukční zdraví. In KONEČNÁ (ed.) *Reprodukční zdraví 2005: Co dělat, aby člověk měl děti, když a až je bude chtít mít*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2005. s. 8-13.

#### **Elektronické zdroje:**

- [22] ŠULOVÁ, L. Partnerské vztahy, manželství a rodičovství. In *Sborník z kongresu Pardubice 2007* [online]. [s.l.]: [s.n.], 2007 [cit. 2011-03-26].

URL: <<http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocclanku=2008020102>>.

**Zákony:**

- [23] Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

## SLOVNÍK POJMŮ

**amniocentéza** – jedná se o metodu, při které se odebírá plodová voda. Tento druh vyšetření slouží k odhalení některých nemocí, včetně dědičných, ještě před narozením (Vokurka, Hugo, 2009).

**andrologie** – lékařský obor, který se zabývá diagnostikou, léčbou a výzkumem mužských pohlavních orgánů (Vokurka, Hugo, 2009).

**anestezie** – „zncitlivění, ztráta vnímání dotyku, bolesti, tepelných změn apod.“ (Vokurka, Hugo, 2009, s. 54).

**antigenní** – „rozeznatelný imunitním systémem, působící jako antigen“ (Vokurka, Hugo, 2009, s. 65).

**biopsie** – „vyšetření (histologické, histochemické, cytologické, molekulárně genetické aj.) vzorku živého lidského orgánu nebo tkáně a odběr této tkáně“ (Vokurka, Hugo, 2009, s. 126).

**cervikální hlen** – hlen, který je tvořen žlázkami v děložním hrdle (cervix uteri). Jeho vlastnosti se mění vlivem pohlavních hormonů (Vokurka, Hugo, 2009).

**děloha** – vnitřní pohlavní orgán ženy, který slouží k uložení a dalšímu vývoji lidského zárodku (Vokurka, Hugo, 2009).

**diagnóza** – jedná se o rozeznání nemoci a její pojmenování (Vokurka, Hugo, 2009).

**ejakulát** – tekutina vystřikující z penisu při orgasmu. Je složena z výměšků prostaty a semenných váčků a obsahuje spermie (Vokurka, Hugo, 2009).

**embryotransfer** – jedná se o přenos embrya (zárodku) do dělohy (Konečná, 2009).

**endokrinní systém** – jedná se o systém žláz s vnitřní sekrecí a jejich hormonů. Je to složitá soustava navzájem funkčně propojených orgánů, která ovlivňuje většinu dějů v lidském organismu (Vokurka, Hugo, 2009).

**endokrinologie** – lékařský obor, který se zabývá žlázkami s vnitřní sekrecí, jejich produkty (hormony) a diagnózou i léčbou jejich poruch (Vokurka, Hugo, 2009).

**extragenitální** – „mimo pohlavní ústrojí“ (Vokurka, Hugo, 2009, s. 297).

**exsudát** – „(zánětlivý) výpotek. Tvoří se v tělesných dutinách, např. pohrudniční (hydrothorax), kloubní aj.“ (Vokurka, Hugo, 2009, s. 297).

**fetální** – „plodový, týkající se plodu“ (Vokurka, Hugo, 2009, s. 314).

**folikul** – dutinka ve vaječníku, ve které vyžívá vajíčko (Vokurka, Hugo, 2009).

**folikuly stimulující hormon** – FSH – patří ke gonadotropinům, které jsou tvořeny v předním laloku hypofýzy. U ženy řídí především zrání folikulů ve vaječnicích a podílí se na ovulaci, u mužů je důležitý pro tvorbu spermií (Vokurka, Hugo, 2009).

**genetika** – věda, která se zabývá studiem zákonitostí a mechanismů dědičnosti (Vokurka, Hugo, 2009).

**gonadotropiny** – (gonadotrofiny) – jedná se o dva hormony předního laloku hypofýzy, které řídí činnost pohlavní žláz – FSH a LH (Vokurka, Hugo, 2009).

**gynekologie** – lékařský obor, který se zabývá péčí o ženu se zaměřením především na výzkum, diagnózu, léčbu a prevenci nemocí ženských pohlavních orgánů (Vokurka, Hugo, 2009).

**hypofýza** – podvěsek mozkový (glandula pituitaria). Drobný orgán na spodní straně mozku, je součástí diencefala. S hypothalamem je hypofýza spojena nálevkovitou stopkou (infundibulem). Patří mezi žlázy s vnitřní sekrecí (Vokurka, Hugo, 2009).

**hypothalamus** – (hypotalamus) – část mozku (diencefala) ležící pod 3. mozkovou komorou. Hypothalamus řídí řadu hormonálních a útrobních funkcí organismu, hypofýzu a jejím prostřednictvím pak další žlázy s vnitřní sekrecí (nadledviny, štítnou žlázu, pohlavní žlázy) (Vokurka, Hugo, 2009).

**chámovod** – (ductus deferens) – je součástí mužského pohlavního ústrojí sloužící k přenosu spermií při ejakulaci. Jde o orgán trubicovitého tvaru s hladkou svalovinou, který vede od nadvarlete tříselným kanálem k prostatě a ústí do močové trubice (Vokurka, Hugo, 2009).

**chlamydia** – jedná se o rod mikroorganismů, který je schopný množení v buňce (obligátní intracelulární paraziti), (Vokurka, Hugo, 2009).

**impotence** – (impotentia) – „neschopnost, zejm. v oblasti pohlavního života. V běžném smyslu zahrnuje neschopnost soulože (erektivní i.), v širším i neplodnost (impotentia generandi). Erektivní i. (impotentia erectionis) – porucha sexuální funkce s neschopností dosáhnout ztopoření pohlavního údu (erekce, erektilní dysfunkce) dostatečného k provedení pohlavního styku“ (Vokurka, Hugo, 2009, s. 464).

**imunologie** – věda, která se zabývá výzkumem imunitního systému a jako klinická imunologie rovněž diagnózou a léčbou jeho poruch (Vokurka, Hugo, 2009).

**imunopresivní léčba** – léčba, která tlumí nežádoucí imunitní reakce, zejm. u autoimunitních chorob nebo po transplantaci (Vokurka, Hugo, 2009).

**indikace** – „rozhodný důvod či soubor okolností vyžadující určitý léčebný nebo diagnostický postup“ (Vokurka, Hugo, 2009, s. 471).

**interrupce** – umělé přerušení těhotenství, které se provádí do jeho 12. týdne (Vokurka, Hugo, 2009).

**klomifen** – (clomifen) – jedná se o slabý syntetický antiestrogen, který se používá především k léčbě anovulační sterility a při AR, také ke klomifenovému testu. U mužů je využíván k léčbě mužské sterility (Vokurka, Hugo, 2009).

**koncepce** – početí, oplodnění, splnutí dvou pohlavních buněk – ženské (vajíčka) a mužské (spermie) ve vejcovodu (Vokurka, Hugo, 2009).

**kortikoidy** – látky s účinky podobnými hormonům kůry nadledvin – glukokortikoidům, někdy též tyto hormony. Léčebně se využívá především pro protizánětlivý, protialergický a imunopresivní, vazokonstrikční účinek (Vokurka, Hugo, 2009).

**Leydigovy buňky** – buňky varlete (intersticiální buňky) produkující mužské pohlavní hormony, především testosteron. Leydigovy buňky řídí hormon předního laloku hypofýzy (Vokurka, Hugo, 2009).

**luteinizační hormon** – LH – je peptidový hormon předního laloku hypofýzy, který řídí činnost pohlavních žláz. U žen má působnost na žluté tělísko ve vaječnicích (corpus luteum) a na tvorbu hormonů gestagenů, u mužů ovlivňuje tvorbu testosteronu ve varlatech (Vokurka, Hugo, 2009).

**masturbace** – manuální nebo jiná umělá erotická stimulace pohlavních orgánů, většinou s dosažením orgasmu (Vokurka, Hugo, 2009).



**Mycoplasma** – rod bakterií, jež netvoří peptidoglykan a pevnou buněčnou stěnu (Vokurka, Hugo, 2009).

**nadvarle** – (epididymis) – je součástí mužského pohlavního ústrojí. Jedná se o orgán, který přiléhá v šourku k varleti (Vokurka, Hugo, 2009).

**obstrukce** – „překážka, zamezení či ztížení průchodnosti dutým (trubicovým) orgánem“ (Vokurka, Hugo, 2009, s. 735).

**ovulace** – v jejím průběhu dochází k uvolnění zralého vajíčka z Graafova folikulu ve vaječníku do vejcovodu (Vokurka, Hugo, 2009).

**penetrace** – znamená proniknutí (Vokurka, Hugo, 2009).

**penis** – pyj, mužský pohlavní úd, který je součástí mužského pohlavního ústrojí. Je tvořen houbovitými kavernózními tělesy, která když se naplní krví, způsobí erekci (Vokurka, Hugo, 2009).

**pochva** – (vagina) – jedná se o pohlavní orgán ženy trubicovitého tvaru vystlaný sliznicí, který slouží k pohlavnímu styku (koitu), ochraně výše položených částí pohlavního ústrojí a jako porodní kanál. Nachází se mezi močovým měchýřem a močovou trubicí (vpředu) a konečníkem (vzadu), (Vokurka, Hugo, 2009).

**potrácivost** – jedná se o onemocnění, které se vyznačuje neschopností ženy donosit nebo porodit životaschopný plod (Konečná, 2009).

**prolaktin** – „hormon předního laloku hypofýzy“ (Vokurka, Hugo, 2009, s. 851).

**Pseudohermaphroditismus** – (hermaphroditismus spurius) – druh intersexuality, při které se vyskytuje žláza jen jednoho pohlaví, ale ostatní oddíly pohlavních orgánů, popřípadě i sekundární pohlavní znaky odpovídají pohlaví opačnému (Vokurka, Hugo, 2009).

**rentgen** – jedná se o dřívější jednotku ozáření neboli expozice (Vokurka, Hugo, 2009).

**reprodukce** – „rozmnožování“ (Vokurka, Hugo, 2009, s. 898).

**Sertoliho buňky** – buňky ve varleti, které jsou nezbytné pro výživu dozrávajících spermií (Vokurka, Hugo, 2009).

**Sexuologie** – lékařský obor, který se zaměřuje na studium lidské sexuality, diagnostikou a léčbou sexuálních poruch (Vokurka, Hugo, 2009).

**spasmus** – svalová křeč (křečový stah). Postihuje jak kosterní, tak hladké svaly (Vokurka, Hugo, 2009).

**spermiogenního epitelu** – „zárodečný epitel v kanálcích varlete (tubuli seminiferi). Tvoří jej Sertoliho buňky a dále různá stadia vývoje spermií (spermatogonie, spermatocyty a spermatidy)“ (Vokurka, Hugo, 2009, s. 971).

**spermiogram** – „výsledek vyšetření spermatu (spermiologické vyšetření). Udává počet spermií v 1 mililitru ejakulátu, jejich zralost a pohyblivost. Využívá se při vyšetřování neplodnosti páru“ (Vokurka, Hugo, 2009, s. 971).

**šourek** – (skrotum) – jedná se o vak, jehož součástí jsou varlata, nadvarlata s příslušnými obaly a začátek semenného provazce (Vokurka, Hugo, 2009).

**testosteron** – mužský pohlavní steroidní hormon (androgen) tvořící se ve varlotech v Leydigových buňkách. Tvorbu testosteronu řídí hypofyzární hormon LH (Vokurka, Hugo, 2009).

**trofoblast** – „původně jedna vrstva plochých až kubických buněk na povrchu blastocysty, která se diferencuje v extraembryonální tkáň zárodku (plodové obaly a placentu)“ (Vokurka, Hugo, 2009, s. 1060).

**tubární** – týká se tuby, obvykle vejcovodu (Vokurka, Hugo, 2009).

**tubulus** – znamená kanálek (Vokurka, Hugo, 2009).

**ultrazvuk** – zvukové vlnění, které není slyšitelné lidským uchem, to je cca nad 20 kHz. V lékařství se využívá pro vyšetřování mnoha orgánů a jako léčebná metoda (Vokurka, Hugo, 2009).

**Ureaplasma** – „rod bakterií blízký mykoplasmatům“ (Vokurka, Hugo, 2009, s. 1081).

**urologie** – lékařský chirurgický obor, který se zabývá chorobami močového systému a mužských pohlavních orgánů a jejich léčbou, včetně operační léčby (Vokurka, Hugo, 2009).

**vaječník** – (ovarium) – párová ženská pohlavní žláza (gonáda), která se nachází v malé pánvi. Dozrávají zde pohlavní buňky (vajíčka) a tvoří ženské pohlavní hormony (estrogeny a gestageny), (Vokurka, Hugo, 2009).

**varlata** – párová mužská pohlavní žláza, která je součástí pohlavního ústrojí. Vzniká v břišní krajině a během těhotenství sestupuje tříselným kanálem do šourku (tzv. descensus testis), kde jsou ideální podmínky pro jeho činnost (zejm. nižší teplota nutná pro tvorbu pohlavních buněk), (Vokurka, Hugo, 2009).

**vejcovod** – (tuba uterina) – párová součást ženského pohlavního ústrojí, orgán trubicovitěho tvaru, který se nachází mezi vaječníky a dělohou a je tvořen hladkou svalovinou a sliznicí s řasami a řasinkami (Vokurka, Hugo, 2009).

**zona pellucida** – (membrana pellucida) – jedná se o glykoproteinový obal vajíčka (oocyty), který je zvenku obklopený folikulárními buňkami (corona radiata). Je překážkou přispívající k výběru zdatných spermií a zároveň snižuje riziko polyspermie (Vokurka, Hugo, 2009).

**žluté tělísko** – (corpus luteum) – „endokrinně aktivní útvar ve vaječníku, který se vyvíjí po ovulaci z Graafova folikulu, produkuje velké množství progesteronu (v přeměněných buňkách granulózy) a menší množství estrogenů a androgenů (z přeměněných buněk theca interna)“ (Vokurka, Hugo, 2009, s. 182).

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

AH	asistovaný hatching
aj.	a jiné
apod.	a podobně
AR	asistovaná reprodukce
atd.	a tak dále
CAR	centrum asistované reprodukce
ET	embryotransfer
FSH	folikuly stimulující hormon
GnRH	gonadotropní uvolňovací hormon
ICSI	intracytoplazmatická injekce
IUI	intrauterinní inseminace
IVF	in vitro fertilizace
LH	luteinizační hormon
MESA	mikrochirurgický odběr spermií z nadvarlete
např.	například
TESA	mikrochirurgický odběr spermií z varlete
TESE	mikrochirurgický odběr semenotvorných kanálků
tzv.	takzvaný
zejm.	zejména

## SEZNAM PŘÍLOH

P I: Ceník IVF cyklů se stimulací

P II: Ceník cyklů s kryalizovanými embryi

P III: Otázky použité v rozhovorech

## **PŘÍLOHA P I: CENÍK IVF CYKLŮ SE STIMULACÍ**

### **Tabulka 1**

popisuje cenu IVF cyklů se stimulací. Zvláště v ní uvádíme úhradu od zdravotní pojišťovny a platbu "z vlastní kapsy" (červený údaj). Nabízíme nejčastější varianty, jednak při dobrém, jednak při špatném spermioqramu. Samozřejmě lze jednotlivé položky kombinovat i jinak.

#### **Minimální varianta:**

užity léky s minimálním nebo nulovým doplatkem, přebytečná embrya se nemrazí, kultivace embryí jen 48 hodin.

#### **Základní varianta:**

užity léky s minimálním nebo nulovým doplatkem, přebytečná embrya se mrazí, kultivace embryí jen 48 hodin.

#### **Racionální varianta:**

užity léky s minimálním nebo nulovým doplatkem, přebytečná embrya se mrazí, doplněna prodloužená kultivace embryí

#### **Ideální varianta:**

užity nejkomfortnější léky, oplozováno metodou ICSI, přebytečná embrya se mrazí, prodloužená kultivace embryí, doplněn asistovaný hatching na 1 embryo

#### **Maximální varianta:**

užity nejkomfortnější léky, oplozováno metodou PCSI (viz aktuality), přebytečná embrya se mrazí, prodloužená kultivace embryí, doplněn asistovaný hatching na 2 embrya

	cyklus	léky	ISCI	kryalizace embryí	prodloužená kultivace	AH	pojišťovna hradí dle volby léků	doplatek za úkony + za léky	celková cena
minimální varianta dobrý spermiogram	26000	cca 16000 + doplatek 0 až 2000	0	0	0	0	cca 42000	0 +0 až 2000 =0 až 2000	cca 42000 až 44000
minimální varianta špatný spermiogram	26000	cca 16000 + doplatek 0 - 2000	8800	0	0	0	cca 42000	8000 +0 až 2000 =8800 až 10800	cca 50800 až 52800
základní varianta dobrý spermiogram	26000	cca 16000 + doplatek 0 až 2000	0	3300	0	0	cca 42000	3300 +0 až 2000 =3300 až 5300	cca 45300 až 47300
základní varianta špatný spermiogram	26000	cca 16000 + doplatek 0 až 2000	8800	3300	0	0	cca 42000	12100 +0 až 2000 =12100 až 14100	cca 54100 až 56100
racionální varianta dobrý spermiogram	26000	cca 16000 + doplatek 0 až 2000	0	3300	3500	0	cca 42000	6800 +0 až 2000 =6800 až 8800	cca 48800 až 50800
racionální varianta špatný sperniogram	26000	cca 16000 + doplatek 0 až 2000	8800	3300	3500	0	cca 42000	15600 +0 až 2000 =15600 až 17600	cca 57600 až 59600
ideální varianta (ICSI)	26000	cca 26000 +dopl. cca 6000	8800	3300	3500	3300	cca 48000	18900 + cca 6000 =24900	cca 72900
maximální varianta (PICS)	26000	cca 26000 +dopl. cca 4000	16000	3300	3500	6600	cca 48000	29400 + cca 6000 =35400	cca 81400

pojišťovna

pacient

## PŘÍLOHA II: CENÍK CYKLŮ S KRYALIZOVANÝMI EMBRYI

### Tabulka 2

pak popisuje cenu cyklů s kryalizovanými embryi. Ty zdravotní pojišťovny nehradí. Proto je „platba ze svého“ vždy stejná jako celková cena. Kvalita spermií zde cenu neovlivňuje. Neužíváme ani drahé stimulační léky, takže se sem tato položka nepromítne.

Jediným rozdílem mezi základní, racionální a maximální variantou u cyklů s kryalizovanými embryi je, zda připojíme či nepřipojíme asistovaný hatching a u kolika embryí.

	monitoring cyklus	kryoembryotransfer	AH	celková cena	cena pro pacientku
základní varianta	1650	4400	0	6050	6050
racionální varianta	1650	4400	3300	9350	9350
maximální varianta	1650	4400	6600	12650	12650

pojišťovna

pacient



### **P III: OTÁZKY POUŽITÉ V ROZHOVORECH**

Dobrý den, děkuji, že máte zájem zúčastnit se výzkumu v rámci mé bakalářské práce, která zjišťuje, jak neplodnost ovlivňuje partnerský vztah během léčby neplodnosti z pohledu ženy, která dochází nebo dříve docházela do centra asistované reprodukce za účelem početí dítěte. Souhlasíte tedy s tím, aby byl rozhovor nahrán na diktafon?

#### **Použité otázky v rozhovorech**

- 1) Kolik je Vám let?
- 2) Jaké vykonáváte povolání a jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- 3) Žijete v manželském svazku?
- 4) Máte s manželem už nějaké dítě nebo se snažíte o vašeho prvního potomka?
- 5) Máte vy nebo manžel dítě z předchozího vztahu?
- 6) Myslíte si, že manžel netouží po dítěti tak moc jako vy, když už jedno dítě má?
- 7) Navštěvujete centrum asistované reprodukce?
- 8) Kdo z vás inicioval návštěvu CARU?
- 9) Chodí manžel do CARu s vámi?
- 10) Co všechno jste ve snaze o dítě vyzkoušeli, než jste se rozhodli pro léčbu v CARu?
- 11) Jak dlouho se snažíte o dítě pomocí metod asistované reprodukce?
- 12) Kdo všechno ví o vašich problémech?
- 13) Shodli jste se s manželem na tom, komu z okolí o problému řeknete nebo jste se zařídili každý podle sebe a nijak jste se na tom nedomlouvali?
- 14) Kdo vám nejvíce pomáhá zvládnout toto složité období?
- 15) Navštěvujete psychologa v tomto složitém období?
- 16) Byla vám nabídnuta pomoc psychologa?
- 17) Máte kontakt s někým, kdo řeší stejný problém jako vy?
- 18) Byl někdo z těch, co o vašem problému ví proti tomu, abyste se léčili v CARu metodami asistované reprodukce?
- 19) Setkáváte se s přáteli či blízkými, kteří mají děti?
- 20) Jak se mezi nimi cítíte?
- 21) Máte pocit, že byste zklamali někoho z okolí tím, že byste neměli dítě? Koho?
- 22) U koho z vás byla zjištěna příčina neplodnosti?
- 23) Jak jste se cítila, když jste se to dozvěděla?

- 24) Narušilo to nějak vaše sebevědomí?
- 25) Cítíte se méněcenná jako žena, když se vám nedaří mít dítě?
- 26) Co ve vás tento pocit vyvolává, v jakých situacích to nejvíce pociťujete?
- 27) Dáváte vinu sobě nebo manželovi za to, že se vám nedaří mít dítě nebo dává vinu manžel vám?
- 28) Stydíte se vy a váš manžel za to, že máte potíže s početím, že navštěvujete CAR?
- 29) Odsuzuje vás za to, že se vám nedaří mít dítě okolí (ti co o problému ví)?
- 30) Došlo už ve vašem případě k tomu, že byl pokus pomocí metod asistované reprodukce neúspěšný?
- 31) Jak prožíváte neúspěch(y) léčby vy a váš partner na cestě za dítětem?
- 32) Jak zvládáte to střídavé období naděje, když čekáte, zda se to podařilo, s obdobím, kdy zjistíte, že snahy o dítě nevyšly?
- 33) Jak se cítíte a chováte vy a váš partner, když čekáte na výsledek léčby?
- 34) Máte v partnerovi oporu, když se dozvíte, že snaha o dítě nevyšla nebo čekáte o partnera více účasti?
- 35) Jak se jeho podpora projevuje, jak se k vám chová?
- 36) Projevuje více pochopení v tomto období a dodává vám naději?
- 37) Máte pocit, že se můžete na partnera spolehnout?
- 38) Máte tendenci vy nebo váš partner léčbu po neúspěšném pokusu o dítě vzdát?
- 39) Dokážete si představit život bez dítěte?
- 40) Zůstal(a) byste s partnerem(kou) i přes to, že byste spolu neměli děti?
- 41) Máte obavy, že vás partner opustí, když nebude léčba úspěšná a dítě nepřijde?
- 42) Vzali byste se, kdybyste dopředu věděli, že budete mít problémy s neplodností?
- 43) Máte plány do budoucna v případě, že nebude léčba úspěšná? Případně jaké?
- 44) Podali jste si žádost nebo plánujete podat žádost k adopci?
- 45) Souhlasili byste s adopcí oba? Pokud ne, mělo by to pro vás vztah nějaký důsledek?
- 46) Kdyby jste si musela vybrat mezi partnerem a dítětem, koho byste zvolila?
- 47) Myslíte, že by partner souhlasil s dárcovským vajíčkem/spermií, kdyby nebyla jiná možnost, jak mít touto cestou dítě?
- 48) Co se změnilo mezi vámi a partnerem od té doby, co jste se dozvěděli diagnózu?
- 49) Jak ovlivnila neplodnost váš partnerský vztah v oblasti komunikace, finanční, citové a sexuální oblasti?
- 50) Řídíte milování podle toho, kdy máte (má partnerka) plodné dny?

- 51) Vnímáte v současné době milování jako potěšení nebo jako povinnost?
- 52) Jak se chová partner(ka), když odmítnete milování v plodné dny?
- 53) Mluvíte s partnerem o problémech souvisejících se snahou o dítě nebo se tomuto tématu někdo z vás dvou nebo oba raději vyhýbáte?
- 54) Je mezi vámi a partnerem cítit napětí? /pokud o tom nehovoří/
- 55) Chtěla byste, aby s vámi manžel hovořil častěji ohledně věcí spojených s dítětem, léčbou, atd.?
- 56) Jaké máte pocity, když partner nebo někdo jiný zavede řeč na dítě?
- 57) Svěřujete se partnerovi se svými pocity v tomto období?
- 58) Pociťujete od partnera pochopení?
- 59) Víte, jak toto období snahy o dítě prožívá váš partner? Jak?
- 60) Jak toto období snah o dítě zvládáte vy, je to psychicky těžké?
- 61) Jak zvládáte léčbu, všechna ta vyšetření a jak manžel?
- 62) Změnily se nějak vaše city k partnerovi?
- 63) Sblížili jste se s partnerem během řešení vašich problémů nebo jste se vzájemně odcizili?
- 64) Vidíte u partnera vlastnosti, které dříve neměl?
- 65) A vás tato zkušenost nějak změnila?
- 66) Co vám přinesla tato zkušenost s neplodností?
- 67) Máte problémy v práci kvůli častým absencím?
- 68) Narušila léčba nějak výrazně váš finanční rozpočet?
- 69) Ovlivnila neplodnost váš partnerský vztah v něčem negativně nebo pozitivně? Pokud ano, tak v čem?
- 70) Změnili se nějak vaše priority během léčby neplodnosti v porovnání s obdobím před snažením o dítě?
- 71) Co je pro vás v současné době nejdůležitější, co je vaší prioritou?
- 72) Je pro vás v současné době snaha o dítě prioritou?
- 73) Máte pocit, že kvůli „honbě“ za dítětem zanedbáváte nějaké jiné věci nebo kontakty s lidmi? Pokud ano, tak co nebo koho?
- 74) Věnujete se činnostem, kterým jste se věnovali dříve, než jste začali s léčbou?
- 75) Přibýly vám nějaké nové koníčky během léčby neplodnosti?
- 76) Co pro vás znamená dítě, jaká pocity ve vás toto slovo vzbuzuje?
- 77) Jak jste se během rozhovoru cítila, měla jste problém odpovědět na některé otázky?